RECUPERACIÓN TRAS UN PRIMER BROTE PSICÓTICO (PEP)

Trabajo de ***revisión e investigación bibliográfica***

Victoria Pedraza Martos-Aula 3

UOC- Proyecto de Grado

Grado de psicología

Tutor: Josep Rodríguez Roca

Enero 2014

AGRADECIMIENTOS

Llegar hasta aquí representa haber superado a lo largo del recorrido un mar de obstáculos que hacen de la meta, un final que dignifica a todas las personas que han estado a mi lado y sobre todo a aquellas que creyeron en mí y me dieron la oportunidad de demostrar que este sueño era posible, me brindaron su apoyo incondicional y apostaron por mis posibilidades. A todas ellas, sin excepciones, agradezco su apoyo. Sin embargo, no sería justo no nombrar a dos seres maravillosos que me han recordado cada día que me necesitan y por eso ha merecido la pena este trabajo, mis dos hijos DAVID, MARIA y a ANDREA, mi MADRE coraje, a ellos dedico mi carrera y mi vida.

Barcelona, Enero 2014

"Hay una fuerza motriz más poderosa que el vapor, la electricidad y la energía atómica: LA VOLUNTAD"

Albert Einstein (1879-1955)

ÍNDICE

1. **INTRODUCCIÓN……4**

2. **BROTE PSICÓTICO…….....6**

   A. Fases del Trastorno Psicótico. ……..……..**8**

   B. Modelo de Vulnerabilidad en salud mental……**9**

3. **PATOLOGÍAS SUBYACENTES A UN PRIMER BROTE PSICÓTICO (PEP)…….11**

   A. Primer Brote Psicótico…… **11**

   B. Factores que modifican el curso y pronóstico del PEP……... **13**

   C. Sintomatología positiva asociada a un Brote Psicótico…….....**15**

      a. Alucinaciones……...**15**

      b. Delirios……..**17**

   D. Trastornos Psicóticos**……..19**

4. **INTERVENCIONES TRAS UN PRIMER BROTE PSICÓTICO (PEP)……20**

   A. Intervención farmacológica en la recuperación de un primer episodio psicótico……..**21**

   B. Intervenciones en fases tempranas de la enfermedad psicótica……..**22**

      a) Intervenciones psicoterapéuticas en pacientes de alto riesgo……....**23**

      b) Intervenciones psicoterapéuticas en primeros episodios psicóticos...**24**

      c) Intervenciones clásicas en la psicoterapia de la psicosis: estado actual…….....**26**

5. **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES……...29**

6. **BIBLIOGRAFIA…….....34**

I. INTRODUCCIÓN

La temática central de este trabajo versa sobre El Primer Brote Psicótico (PEP) contextualizándolo dentro del proceso de desarrollo de una psicosis. Aunque, precisamente, al interés que suscita este tema subyace el propósito de poder contestar fundamentalmente a la pregunta de si es posible la recuperación total de un primer brote psicótico, si una persona que haya experimentado un primer episodio psicótico puede volver a llevar una vida "normal" como la que pudiera haber tenido antes de tal suceso. Asimismo, se mueve un interés por conocer el proceso des de su inicio, des de los primeros síntomas, hasta encontrar las alternativas de intervención que pudieran dar una luz de esperanza a esta recuperación. Y conocer, cómo afecta emocionalmente a la persona que padece un proceso como éste. Con esta finalidad, se revisa en profundizad y de manera sistemática el concepto actual de "Brote Psicótico", y más específicamente el de "primer brote psicótico" (PEP); atendiendo a estudios sobre la intervención que se está llevando a cabo en el contexto sanitario cuando una persona llega a un centro de urgencias hospitalarias con sintomatología positiva (delirios, alucinaciones y comportamiento desorganizado); i revisando la información de la que se dispone sobre su pronóstico, así como a su contextualización dentro de la enfermedad mental, en el sentido que en muchas ocasiones un primer brote psicótico representa el indicio de una psicosis incipiente y en otras, representa un episodio aislado que no se repite nuevamente en la vida de la persona. Así mismo, se revisan aquellos estudios que prometen la investigación futura para un mejor pronóstico, apostando por la intervención preventiva y temprana en la persona, ante el primer brote psicótico.

La fundamentación teórica y empírica de este trabajo se basará en información extraída de diferentes fuentes: libros especializados en el proceso de la psicosis, esquizofrenia, historia de la psiquiatría, contenido de las psicosis; artículos científicos que revelen como se sitúa, en la actualidad, la temática de las psicosis, y del tratamiento precoz de las mismas, donde se sitúa el primer brote

psicótico. Cabe destacar que en su mayoría, estos artículos de revisión clínica, así como de investigación han sido extraídos de bases de datos internacionales encontradas entre los recursos que la propia universidad pone a disposición de sus alumnos (UOC). Las palabras, o parámetros de búsqueda han sido múltiples: primer brote psicótico, intervenciones precoces en la psicosis, brote psicótico, esquizofrenia, anti psicóticos…

En términos actuales en psicología clínica y psiquiatría, **el Brote Psicótico se podría considerar como una ruptura temporal de la realidad. La etiología de este estado mental ha sido relacionada con diversas causas, entre las más frecuentes se encuentran: una fuente de estrés potente, o constante en el tiempo, una sobreexposición emocional, un acontecimiento traumático, el padecimiento de ansiedad o tensión de forma desproporcionada, o debido al consumo de alguna droga que principalmente aquellas que poseen un principio activo alucinógeno** (Palma, C., Cañete, J., Farriols, N., Soler, F., y Julià, J., 2005). Por otro lado, el resultado de la revisión bibliográfica de la literatura mundial llevada a término por Cano et al. (2007), revela que los factores reportados como determinantes del pronóstico en primer episodio psicótico son: el tiempo de psicosis no tratada (DUP), adaptación premórbida, predominio de síntomas negativos, consumo comórbido de sustancias psicoactivas y condiciones psicosociales asociadas.

El término “Brote Psicótico” o “Episodio Psicótico” en muchas ocasiones se utiliza erróneamente como sinónimo de esquizofrenia. Para delimitar ambos términos cabría señalar que la esquizofrenia se caracteriza por “*la presencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, conducta catatónica y/o desorganizada y síntomas negativos tales como el aplanamiento afectivo, alogia o abulia y al menos, dos de estos síntomas pueden haber estado presentes durante 6 meses (salvo que el paciente se haya tratado previamente) y se asocian a una disfunción laboral y social*” *(Ballesteros, J. 2013)*. El matiz que pone de manifiesto la diferencia con el brote psicótico se advierte en el hecho de que la esquizofrenia es una forma de psicosis de larga duración, mientras que el

brote psicótico sería una manifestación abrupta de lo que se podría considerar la sintomatología positiva de la esquizofrenia durante un breve período de tiempo.

II. BROTE PSICÓTICO

El brote psicótico no es una entidad nosológica (Ballesteros, 2013), sin embargo, se dispone de una gran variedad de información, basada en la experiencia clínica i estudios científicos, capaces de definir esta entidad con parámetros bien definidos, en términos de síntomas y diagnóstico diferencial. En otro sentido, estudios con una base empírica ponen de manifiesto la controversia que representa el concepto y la definición de **primer episodio psicótico**; ya que no se puede hacer referencia a un grupo homogéneo de pacientes en cuanto a presentación clínica, formas de inicio y contexto (Palma, C., Cañete, J., Farriols, N., Soler, F., y Julià, J., 2005).

En palabras de Ballesteros (2013) **el brote psicótico es definido como una alteración grave en el juicio de la realidad que se asocia con la presencia de delirios, alucinaciones y cambios de conducta, que van des de la agitación psicomotora hasta el estupor catatónico**. Además, cabe añadir que los síntomas prodrómicos, en los primeros episodios psicóticos, se pueden iniciar en un contexto de larga e inespecífica evolución; y en forma combinada y heterogénea en la presentación de los síntomas clínicos (Palma, C., Cañete, J., Farriols, N., Soler, F., y Julià, J., 2005). En este sentido, Ballesteros (2013) establece que **el estudio de un paciente con brote psicótico se inicia con la historia clínica completa, con el fin de conseguir un diagnóstico de la patología subyacente, puesto que, no se trata de una entidad nosológica, sino que constituye una sintomatología común a varias entidades psiquiátricas.** Para tal finalidad se necesitaría tener en cuenta los datos aportados por los familiares, por la incapacitación que produce el brote psicótico en el paciente que no se encontraría en condiciones de aportar información confiable para tal diagnóstico.

Jorge Salazar, psicólogo clínico y terapeuta familiar, en su artículo: **"Primeros indicadores de esquizofrenia o psicosis" (2012)**, pone de manifiesto que **la enfermedad psicótica, como un proceso, implica además del brote psicótico o esquizofrénico, una etapa denominada prodrómica, en la que le son propios signos y síntomas introductorios a la fase crítica de la enfermedad psicótica.** Esta etapa y según Hafner H y Maurer K. (2005), se extiende desde la aparición de los **síntomas inespecíficos o prodrómicos** (miedos, nerviosismo, inquietud, falta de energía, lentitud, depresión, desconfianza, disminución del rendimiento, retraimiento social, cefaleas, pérdida de la libido, irritabilidad, ideas de suicidio, promiscuidad sexual, comportamiento auto agresivo, ansiedad, dificultades en el pensamiento y concentración, inseguridad, trastornos del sueño y apetito, hipersensibilidad, cambios en los afectos habituales, disminución de la concentración y/o atención, falta de interés y síntomas obsesivos y/o compulsivos); hasta la aparición del primer **síntoma positivo**; y que **puede extenderse entre 2 a 6 años, con un promedio de 4**. Para este profesional clínico, cobra especial relevancia el fenómeno denominado **trema** que se sitúa en una etapa temprana en la que la persona además de presentar estos síntomas inespecíficos siente que algo ha cambiado, que algo es distinto en el mundo, lo que se denomina des realización (Klaus Konrad, 1958). Salazar (2012) cita a Ricardo Capponi para expresar esta vivencia, en los siguientes términos: "Un paciente en fase de trema al observar su rostro en el espejo dice "sé que es mí cara de siempre, pero la siento rara, con cosas desconocidas". Miraba el delantal blanco colgado en la oficina y decía "yo sé que es el delantal que usan los médicos, mi abuelo usaba uno siempre, pero encuentro que parece que significan algo que desconozco, ¿tendré que saber de los cuerpos que lo han usado?". Estando involucrado en lo descrito, fenómenos de des realización y despersonalización, son entregados con extrema perplejidad." (Capponi, R. 2006).

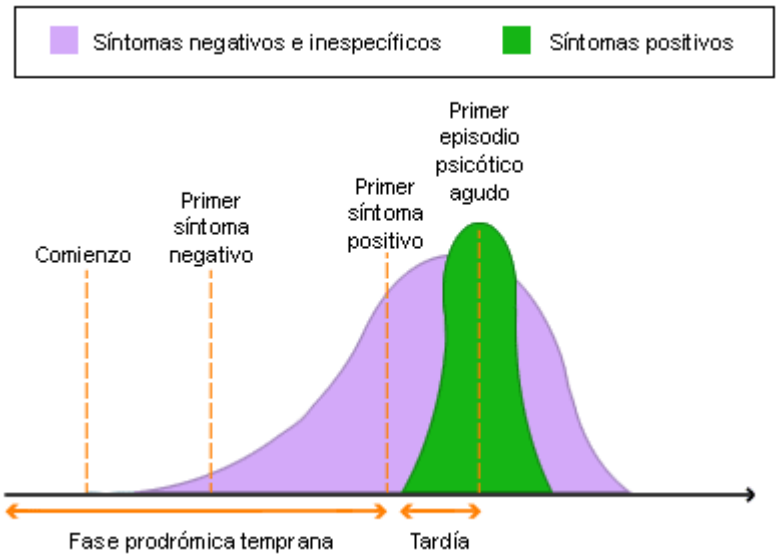
Salazar (2012) afirma que de la enfermedad psicótica es un proceso que se inicia con una etapa prodrómica en la que puede manifestarse el fenómeno de la trema (des realización), seguida de los primeros síntomas positivos (delirios y

alucinaciones), que indican la superación de esta primera etapa y que sitúa a la persona en una etapa pre psicótica que está a un paso del brote psicótico, etapa demoledora y dramática del trastorno psicótico o esquizofrénico.

A. FASES DEL TRASTORNO PSICÓTICO.

Tal y como ya se ha explicado, el primer **episodio psicótico agudo** representa la finalización de una **fase prodrómica** temprana del trastorno psicótico; y el punto más álgido de la fase tardía de dicho episodio psicótico. Cada una de las fases evolutivas la psicosis se caracteriza por un conjunto de síntomas que le son propios. La primera **fase premórbida** representa un período anterior al comienzo de los síntomas. En una **segunda fase prodrómica** aparecen ciertos síntomas atenuados, ya nombrados en el apartado anterior (cambios afectivos, cambios cognitivos, cambios en la percepción de uno mismo i cambios físicos y de percepción. **La fase aguda** se caracteriza por la aparición de un episodio psicótico: síntomas positivos (delirios y alucinaciones), pensamiento confuso, lenguaje desorganizado, conducta desorganizada, cambios en los sentimientos y síntomas negativos. En una última fase del trastorno psicótico se procede a la **recuperación del episodio psicótico**, en la que contribuyen factores como: las redes de apoyo social y el apoyo familiar, el trabajo y las actividades de ocio, una mínima seguridad económica y estabilidad, el tratamiento farmacológico, los tratamientos psicológicos, los conocimientos sobre la enfermedad, la capacidad para manejar el estrés; y el aumento de la discapacidad social y personal por el empobrecimiento de la red social, la pérdida de la auto-estima, desempleo…etc. Es propio de esta fase de recuperación los síntomas resistentes al tratamiento a largo plazo.

Fases de un trastorno psicótico



B. MODELO DE VULNERABILIDAD EN SALUD MENTAL.

Conocer las bases en la que se sustenta el modelo de vulnerabilidad permitirá discernir entre brote psicótico y el trastorno psicótico subyacente (en el caso de diagnóstico clínico), como puede ser la esquizofrenia.

El modelo de vulnerabilidad a la esquizofrenia parece ser el marco teórico sobre el que se sustentan los programas preventivos de los trastornos psicóticos, en el sentido que siguiendo los postulados básicos de dicho modelo se están llevando a cabo en la actualidad, estudios experimentales que están permitiendo la identificación de marcadores cognitivos de vulnerabilidad a la esquizofrenia en poblaciones de "*alto riesgo*". Dichos estudios podrías ser la antesala para la elaboración de una batería que permitiría la identificación precoz de los sujetos que podrían convertirse en esquizofrénicos y por tanto se podría prevenir la esquizofrenia en un futuro.

El modelo de vulnerabilidad surge del propósito de resolver la etiología de la esquizofrenia. De manera que con este propósito, Zubin y Spring (1977) revisaron los seis modelos que intentaban resolver este enigma: genético, del ambiente interno, neurofisiológico-anatómico, de la teoría del aprendizaje, evolutivo y ecológico. En esta revisión comprobaron que existe un factor común a todos ellos que los conectaba entre sí; y a ese denominador lo llamaron "modelo de la vulnerabilidad a la esquizofrenia".

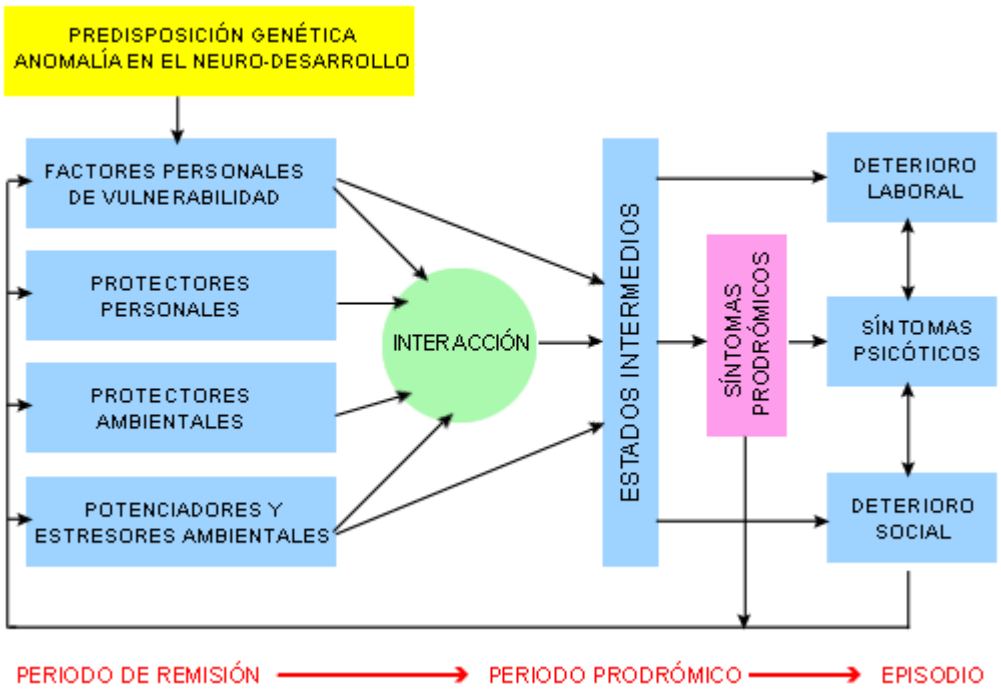
El modelo de vulnerabilidad postula: "*todo individuo participa de un determinado grado de vulnerabilidad a la esquizofrenia, que bajo determinadas circunstancias (agentes <<estresógenos>>), se traducirá en un episodio esquizofrénico*" (e.g., Spring y Zubin, 1978; Zubin y Steinhauer, 1981; Zubin, Magaziner y Steinhauer, 1983, y Nuechterlein y Dawson, 1984)

Zubin (1978, p.641) define ***la vulnerabilidad como "la predisposición a desarrollar un episodio esquizofrénico cuando las circunstancias vitales (tanto externas como internas) producen el suficiente grado de estrés que supera (el umbral) la tolerancia al estrés de una persona".***

Zubin y Spring (1977) introducen la distinción entre vulnerabilidad y esquizofrenia. **La vulnerabilidad se entendería como un rasgo relativamente permanente y duradero, y episodios de desorden esquizofrénico (brote psicótico) se considerarían como estados que aparecen y desaparecen, teniendo un carácter esencialmente temporal.**

El modelo de vulnerabilidad asume que el concepto de esquizofrenia no implica un desorden crónico, sino una vulnerabilidad permanente a desarrollar el episodio psicótico. De manera que **la esquizofrenia se entendería como *"una enfermedad episódica en el mismo sentido que la depresión, la epilepsia o la alergia"*** (Zubin, Magaziner y Steinhauer, 1983, p. 557).

El modelo de vulnerabilidad-estrés



III. PATOLOGÍAS SUBYACENTES A UN PRIMER BROTE PSICÓTICO (PEP)

A.PRIMER BROTE PSICÓTICO (PEP).

Estudios recientes como el de Palma et al. (2005) ponen de manifiesto la dificultad para definir *un primer episodio psicótico.* Esto se sustenta en la falta de homogeneidad en los pacientes en lo referente a la presentación clínica, formas de inicio y contexto. Según este estudio, se hace difícil optar por considerar como primer brote psicótico el período comprendido entre la aparición de los síntomas prodrómicos y la aparición de los primeros síntomas psicóticos (englobando la fase y el brote); o bien considerarlo en el momento en que el paciente cumple con todos los criterios diagnósticos. Además, manifiestan que en este último caso la clínica de los pacientes varía de forma considerable, lo que supone una dificultad añadida para la definición de dicho término, en función del período existente entre la aparición de los primeros síntomas prodrómicos y el inicio del tratamiento.

En palabras de Cano et al. (2007), sin embargo, **el primer episodio psicótico (PEP) se caracteriza por la aparición abrupta, por primera vez en la vida, de un episodio de síntomas psicóticos.** Asimismo, es definido como "*un cuadro de tipo sindrómico que se aclara, en cuanto a un diagnóstico específico, sólo después de seguir la evolución clínica*". Según los resultados de esta revisión bibliográfica (Cano et al. 2007), un buen porcentaje de los casos reciben con el tiempo el diagnóstico de esquizofrenia y para otro grupo de pacientes, **el PEP es el único episodio psicótico en su vida y no se acompaña de repercusiones en el funcionamiento psicosocial ni en la calidad de vida.**

Ballesteros (2013) señala que el estudio de un paciente con un primer brote psicótico se inicia con la historia clínica completa, y debe orientarse a efectuar un diagnóstico de la patología subyacente, ya que el brote psicótico, tal y como se

señalaba anteriormente, por sí solo no es una entidad nosológica, pero constituye una sintomatología común para varias entidades psiquiátricas. **Palma et al. (2005) en la muestra de su estudio observaron que las tasas más altas en la prevalencia del diagnóstico clínico fueron de: trastorno esquizofreniforme, de trastorno psicótico breve y esquizofrenia paranoide.** Dichas tasas difieren en otros estudios recientes como los de Norman et al. (2001), que con una muestra de **113 pacientes con primer episodio; la frecuencias de diagnósticos fueron distintas: esquizofrenia (40%), trastorno esquizofreniforme (13%), trastorno esquizoafectivo (7.4%) y el trastorno psicótico breve (1.9%)**. Asimismo, Ballesteros (2013) destaca la sintomatología psicótica con la que cursa el trastorno depresivo mayor; tal como, las alucinaciones o ideas delirantes cuyo contenido se relaciona con sentimientos de inutilidad, culpa, enfermedad o nihilismo. Así mismo, sostiene que el episodio maniaco también puede cursar con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo. Y en este caso, la ideación delirante y el contenido alucinatorio se relacionan con el aumento de la autoestima, poder, sabiduría, etc.…

Según el DSM-IV el diagnóstico tras un primer brote psicótico estaría sujeto a la duración de los síntomas, aunque no sería el único criterio para determinar el pronóstico, ya que la remisión de los síntomas en menos de un mes, no siempre significa ausencia de recaídas. En la actualidad, se está ampliando el estudio de otras dimensiones que influyen en el diagnóstico, tales como, el funcionamiento psicosocial como el empleo, la adaptación a las exigencias de la vida en comunidad y la calidad de vida.

En lo que se refiere a cómo **la persona afronta un primer episodio psicótico,** cabe destacar que la repercusión emocional que éste genera se debe tener en cuenta **sentimientos de vergüenza, minusvalía, culpa, ansiedad social o baja autoestima yo no es infrecuente que se asocien síntomas propios del trastorno por estrés post traumático.**

B.FACTORES QUE MODIFICAN EL CURSO Y PRONÓSTICO DEL PEP

No hay suficiente evidencia empírica para determinar qué factores podrían modificar el curso del PEP, en el sentido que éstos pudieran mejorar el pronóstico después de la presentación de un primer brote psicótico; debido a que el **campo de investigación en intervenciones tempranas en psicosis** es joven. En la actualidad en la investigación se está considerando que destacan como factores que intervienen en la determinación del pronóstico: el tiempo de psicosis no tratada (DUP), la adaptación premórbida, el predominio de síntomas negativos, el consumo comórbido de sustancias psicoactivas y las condiciones psicosociales, en especial la pobreza.

El tiempo de psicosis no tratada (DUP) se refiere al espacio temporal transcurrido entre la aparición de los primeros síntomas psicóticos y el momento en el que se inicia el tratamiento. Perkins y colaboradores (2005) afirman, tras la revisión de 43 publicaciones de 28 centros, que un período prolongado de psicosis previo al comienzo de la terapia farmacológica se asocia con más bajos niveles de recuperación sintomática y funcional. Por este motivo se concluye que la DUP representa uno de los factores pronósticos a tener en cuenta; y de ahí la importancia de identificar tempranamente los síntomas y establecer un esquema terapéutico adecuado.

Perkins (2005) relaciona el funcionamiento premórbido caracterizado por un aplanamiento afectivo, la apatía y la pobreza del pensamiento, con una pobre respuesta al tratamiento. En este sentido se podría afirmar que los problemas en el funcionamiento o adaptación premórbida, representan otro factor a considerar como predictor del curso de la psicosis y se asociarían con una instauración más temprana del deterioro. Menezes y colaboradores apuntan que los valores predictivos del curso de la psicosis serían aquellos que indican los resultados del GAF antes y después del PEP. En palabras de estos autores: “la adaptación

premórbida del adolescente y la Escala Global del Funcionamiento (GAF) antes y después del PEP en adolescentes y adultos son los mejores predictores del curso de la psicosis".

Es conocido el hecho que en los tres o cuatro años previos a la aparición el PEP se presenta sintomatología inespecífica y/o es observable un declive en ciertas áreas del funcionamiento habitual de la persona. A estos síntomas se les atribuye el calificativo de pródromos. Entre estos síntomas se encuentra: el afecto depresivo, el aislamiento social, la disminución de la concentración y motivación, las alteraciones del sueño y la suspicacia.

El hecho de que en pacientes con PEP la introspección es menor, implica dificultad para atribuir los síntomas negativos a una enfermedad e interpretar la experiencia psicótica como anormal.

Se relaciona frecuentemente con el PEP el consumo de sustancias psicoactivas, como la marihuana y el alcohol. Dicho consumo se ha relacionado con un peor pronóstico de la enfermedad y una mayor severidad de los síntomas.

No se ha encontrado evidencia empírica en la que se relacione la prevalencia de la esquizofrenia con la pertenencia a estratos socioeconómicos bajos. Sin embargo, se obvia que la situación del individuo se agrava debido a la dificultad en el acceso a los servicios de salud, al pobre reconocimiento de los síntomas prodrómicos por parte del personal médico y al estigma que aún en países desarrollados genera la enfermedad mental.

A modo de conclusión en este apartado, se afirmaría que no es fácil predecir el curso que tomará un primer episodio psicótico: ¿Se tratará de un episodio único en la vida o el comienzo de una esquizofrenia? Se podría afirmar que :el tiempo transcurrido de síntomas sin recibir tratamiento, la precariedad en el funcionamiento previo, el consumo de sustancias y la aparición temprana de síntomas negativos indican un peor pronóstico y se constituyen en factores de riesgo para la aparición de la esquizofrenia.

C. SINTOMATOLOGÍA POSITIVA ASOCIADA A UN BROTE PSICÓTICO

ALUCINACIONES

Esquirol (1838) define con las siguientes palabras el significado de “alucinación”: “La alucinación es la percepción sin objeto”. El DSM-IV (APA, 1994) la define como: “Percepción sensorial que tiene el convincente sentido de realidad de una percepción real, pero que ocurre sin estimulación externa del órgano sensorial implicado”. Slade y Bental (1988), distingue la alucinación de la ilusión o la imaginación, en la capacidad de ejercer control voluntario sobre la experiencia perceptiva propia de éstas últimas.

Des de un punto de vista clínico, cabe incidir en las limitaciones que presenta el estudio de las alucinaciones. Esto se debe a su inverificabilidad, que hace que se tenga que recurrir a auto informes y a indicadores indirectos de la actividad delirante. La primera limitación la encontramos en el hecho que el terapeuta ha de estar a expensas de lo que el paciente decida contar, a la vez que no es imposible que la persona conviva con las alucinaciones sin que nadie lo note. Existen algunos indicadores de alucinaciones verbales en un sujeto que afirma no experimentarlas: la actitud de escucha, hablar con un interlocutor ausente y luego callar para recibir la respuesta, así como utilizar protectores auditivos (Lanteri-Laura, 1994).

Así mismo, existe el problema de la subjetividad, que está relacionado con el valor cultural y el contexto social de la alucinación; que determinan si una misma información es considerada como evidencia de alucinación o no lo es. Esto quiere decir que la experiencia alucinatoria es susceptible a múltiples interpretaciones por parte del paciente y el clínico, éstas últimas dependiendo de teorías y constructos a priori. En la misma línea cabe subrayar que lo que en la cultura occidental significa "escuchar voces", sinónimo de locura; en otras culturas se considera un signo de divinidad. En este último caso, la connotación del síntoma condicionará el relato del paciente y el diagnóstico que recibe.

"*Las dimensiones más relevantes del fenómeno alucinatorio serían: el contenido de la experiencia perceptiva, la articulación muscular (movimientos de boca, labios o lengua), caracteres de la percepción (intensidad, nitidez, fonéticos, visuales, olfativos, sexual u táctil), localización de la percepción (dentro o fuera del cuerpo de un objeto concreto, de un área difusa o concreta o de un campo visual que ocupa), número de experiencias perceptivas, frecuencia y duración de la experiencia perceptiva, circunstancias en las que se produce la experiencia alucinatoria, creencias sobre la percepción alucinatoria, creencias sobre la realidad de la percepción, respuesta afectiva ante la experiencia perceptiva y respuesta conductual ante la experiencia perceptiva*" (Valiente, C., 2005).

Lanteri-Laura (1994) elabora la siguiente clasificación de tipos de modalidades de alucinaciones.

En el terreno del lenguaje:

- alucinaciones psicosensoriales verbales (recepción),
- alucinaciones psicomotrices verbales (emisión).

En el terreno de la sexualidad, el paciente describe una experiencia sexual, a veces relatando que han abusado de él durante el sueño.

En el terreno de los diversos campus sensoriales:

a. el campo de lo visible (alucinaciones elementales y complejas),
b. en el campo de lo auditivo (referidas a la recepción de sonidos sin significado, graznidos, campanadas o pitidos, aunque a posteriori el individuo pueda interpretarlos dándoles un sentido donde predominara su temática delirante),
c. en el campo de lo olfativo, el olor alucinatorio puede tener distintas características (agradable, suave…),
d. en el campo de lo gustativo (se trata de ilusiones perceptivas en las que los líquidos o alimentos parecen tener sabores diferentes a los habituales),
e. en el campo de lo táctil (consisten en unas sensaciones cutáneas de diversa intensidad de calor, frío, dolor, contacto… en zonas bien delimitadas o difusas.)
f. en el campo cenestésico, las alucinaciones consisten en la sensación falsa de que le ocurre algo en el cuerpo o en su interior, más a menudo con un origen visceral aunque también puede localizarse en las articulaciones.

DELIRIOS

Jaspers (1946), desde un punto de vista clínico, argumenta que las creencias delirantes de los pacientes psiquiátricos son “creencias anormales a las que los pacientes se aferran con gran convicción, que tienen un contenido extraño por no ser propias de la cultura del individuo o imposible, y que son insensibles a los argumentos contrarios o al impacto de la experiencia” (Valiente, C. 2005). Según Jaspers (1946), los delirios verdaderos son manifestaciones directas de un proceso patológico, experiencias no-mediadas que llegan al sujeto como *givens* psicológicos, como lo son las percepciones delirantes, al igual que Schneider (1959).

El DSM-IV-TR define “Idea delirante” como: “*falsa creencia basada en una inferencia incorrecta relativa a la realidad externa que es firmemente sostenida, a pesar de lo que casi todo el mundo cree y a pesar de cuanto constituye una prueba o evidencia incontrovertible y obvia de lo contrario*.” Así mismo y siguiendo esta misma fuente, las ideas delirantes se subdividirían de acuerdo con su contenido: celos delirantes, congruente con el estado de ánimo, de grandeza, de referencia, de ser controlado, difusión del pensamiento, erotomaníaca, extraña, inserción del pensamiento, no congruente con el estado de ánimo, persecutoria y somática.

Des de un punto de vista clínico, los delirios serían un fenómeno multidimensional complejo, cuyas dimensiones más importantes, según Vázquez y colaboradores (1998) serían: adherencia a la creencia, el compromiso, convicción, estructura y sistematicidad, desorganización, relevancia a la vida del paciente o extensión, preocupación, presión, interferencia conductual, acomodación, reacción ante una hipotética contradicción, rareza del contenido y perspectiva.

Munro (1995) sostiene que la presencia del delirio no permite hacer un diagnóstico, ni dar un pronóstico, ni se le puede dar una trascendencia clínica concreta hasta que no se conoce el contexto de la enfermedad y la relación de este síntoma con otros síntomas. El espectro paranoide de Henderson y Gillespie se refiere a un amplio rango de patología psiquiátrica, donde el delirio adopta distintos matices, asociándose con diversos signos y síntomas y con una evolución más o menos variable según el trastorno: Trastornos de la personalidad paranoide; Trastornos paranoides (erotomaníaco, de grandiosidad, celo típico, persecutorio, somático y no especificado);

Parafrenia (estados paranoides, psicosis paranoides, parafrenia senil, parafrenia involucional…); Esquizofrenia paranoide y el resto de esquizofrenias.

D. TRASTORNOS PSICÓTICOS

Expresando en palabras de Gutiérrez y colaboradores, el curso de los trastornos psicóticos se caracteriza por la presencia de episodios del tipo agudo (PEP), que en ocasiones se presentan tan sólo una vez en la vida del paciente, pero por regla general siguen un curso crónico con exacerbaciones acompañadas de un deterioro tanto de la personalidad del individuo (defecto) como de sus relaciones con el entorno, que se agravan en función del tiempo de evolución de la enfermedad. Por este motivo, hay que hacer referencia a la importancia de los programas de intervención precoz en las psicosis y a los programas específicos de prevención de recaídas para el tratamiento de los pacientes con síntomas psicóticos.

Los trastornos psicóticos son entidades psiquiátricas graves y crónicas que afectan al 2,5% de la población general; lo que genera elevados costes, tanto personales como asistenciales al sistema sanitario y a la sociedad en conjunto.

Atendiendo a su gravedad, se destaca la esquizofrenia con un riesgo mórbido en la vida de una persona que alcanza el 1% de la población general. Es una enfermedad crónica que se caracteriza por una destrucción progresiva de la persona y de las relaciones del individuo con el mundo exterior. Produce una incapacidad funcional de la persona en un 15% de los casos, y un alto riesgo de suicidio a lo largo de su vida.

La etiopatogenia de la esquizofrenia es aún desconocida; aunque la investigación apunta a diferentes factores, tales como: las alteraciones del neurodesarrollo cerebral y de la migración neuronal en estadios precoces del desarrollo del individuo, disfunciones talámicas a la hora de procesar una filtración adecuada sensorial, factores ambientales y de personalidad y un desequilibrio en el balance entre ciertos neurotransmisores cerebrales

incluyendo los sistemas dopaminérgico, serotoninérgico y glutamaérgico entre otros.

El diagnóstico y el tratamiento de un primer episodio psicótico (PEP) abarca un amplio grupo de enfermedades al margen de la esquizofrenia que pudieran ser el origen de los síntomas psicóticos presentes en estas personas. Gutiérrez y colaboradores apuntan hacia el trastorno afectivo bipolar en sus distintas formas de presentación clínica, el trastorno esquizoafectivo, el trastorno por ideas delirantes, el trastorno psicótico compartido o inducido, el trastorno psicótico breve o trastorno psicótico agudo y transitorio, el trastorno psicótico inducido por sustancias, ciertos trastornos de personalidad (esquizoide, esquizotípico, <<borderline>>), determinados trastornos de base orgánica (neurológicos, tumorales, vasculares, autoinmunes, metabólicos, farmacológicos, etc.).

IV. INTERVENCIONES TRAS UN PRIMER BROTE PSICÓTICO (PEP)

En este apartado se mostraran los resultados clínicos que se han obtenido en la intervención farmacológica con risperidona y otros antipsicóticos atípicos de nueva generación. Además, dado que otros estudios han mostrado que el uso generalizado de estos psicofármacos no muestra una eficacia en determinados enfermos; Nuria Esteve Díaz y colaboradores (2010) proponen la intervención psicoterapéutica para paliar las limitaciones de un abordaje exclusivamente farmacológicos. En este sentido, García y González (2009) afirman que la combinación de antipsicóticos con otros tipos de abordaje terapéuticos hace que ambos métodos se influyan y potencien. De manera que, siguiendo la revisión que realizan Nuria Esteve Díaz y colaboradores (2010), se expondrán las intervenciones psicoterapéuticas más utilizadas en pacientes psicóticos; siguiendo las fases de la enfermedad psicótica: intervenciones realizadas durante las fases tempranas de la psicosis, las intervenciones psicoterapéuticas

clásicas durante los períodos de estabilidad del paciente y por último aquellas relacionadas con la rehabilitación psicosocial del enfermo psicótico. Se aplican tratamientos distintos en fases tempranas, según si el paciente son de alto riesgo o si éste padece una psicosis franca. Entre las formas actuales de intervención más convencionales se destacan cuatro modelos psicoterapéuticos: dinámico, cognitivo-conductual, familiar y grupal. Así mismo se aconsejan intervenciones integradas orientadas a las necesidades de cada paciente. Y las intervenciones psicosociales, dada u eficacia: tratamiento comunitario asertivo, entrenamiento en habilidades sociales y programas de apoyo al empleo.

1. INTERVENCIÓN FARMACOLÓGICA EN LA RECUPERACIÓN TRAS UN PRIMER EPISODIO PSICÓTICO

Gutiérrez y colaboradores (2002) llevan a cabo un estudio clínico cuyo objetivo ha sido, mediante un estudio multicéntrico, observacional, abierto y prospectivo; valorar la efectividad, tolerancia y seguridad del tratamiento precoz con risperidona en pacientes afectados por un primer episodio psicótico (PEP). Así mismo, evaluar a largo plazo (dos años) el efecto de dicho tratamiento en la evolución clínica de estos pacientes. Incluyendo 436 pacientes de entre 18 y 65 años a los que se instauró tratamiento anti psicótico por primera vez. Los resultados de este estudio revelan que el diagnóstico realizado con mayor frecuencia fue el de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos inducidos por sustancias (90.6%). La dosis de risperidona fue de 5,12 mg/día, y la mejoría de estos pacientes fue significativa según los resultados de PANSS (psicopatología total y subescalas positiva, negativa y general, EEAG (actividad global del paciente) y la escala ICG (impresión clínica global); a partir del primer mes del tratamiento y mantenida durante los dos años de seguimiento. También se observaron mejorías en las escalas de la manía de Young y de depresión de Hamilton de forma sostenida desde el primer mes y durante los dos años de evaluación. Cabe destacar que se redujo de manera importante el número de pacientes hospitalizados, manteniéndose en régimen ambulatorio en un 95,9% de los pacientes a los dos años de tratamiento. En cuanto a los efectos adversos de la risperidona se observó que en la escala UKU (Udvalg für Kliniske

Undersogelser), los de tipo neurológico, se experimentó una disminución significativa. Esta escala fue elaborada por O. Lingjaerd, U.G. Ahlfors, P. Bech, S.J. Dencker y K. Elgen (1987). Y Evalúa los efectos secundarios de los psicofármacos. Consta de 56 ítems.

Según estos resultados y en palabras de Gutiérrez y colaboradores (2002) se concluye en que **la risperidona es un antipsicótico que presenta un buen perfil de efectividad clínica, de tolerancia y de seguridad en el tratamiento de los primeros episodios psicóticos, constituyendo una alternativa farmacológica de primera línea en este tipo de trastornos.**

Estos mismos autores, resaltan la eficacia de los antipsicóticos convencionales en el tratamiento de los trastornos psicóticos, en especial para los síntomas psicóticos positivos, aunque niegan que lo sean frente a los síntomas negativos, y por tanto dificultan la rehabilitación psicosocial del paciente. También se afirma en su estudio clínico sobre la risperidona, que **los antipsicóticos denominados atípicos como la olanzapina, clozapina, risperidona y la quetiapina han ampliado el espectro del tratamiento farmacológico**. Así mismo, afirman que des de un punto de vista farmacológico los objetivos de un tratamiento antipsicótico han de ser la mejoría de la sintomatología psicótica positiva, la negativa y los síntomas afectivos y cognitivos que acompañan a la psicosis.

Los estudios clínicos sobre fármacos antipsicóticos ponen de manifiesto por lo general que un tratamiento psicofarmacológico precoz disminuye la gravedad de los síntomas psicóticos positivos de la esquizofrenia, pero la incidencia de SEP (sintomatología extrapiramidal) es elevada por una mayor susceptibilidad en los pacientes a estos síntomas. Así mismo, generalmente **los estudios clínicos orientados en la farmacología, ponen de manifiesto que una intervención farmacológica precoz en pacientes con un primer episodio psicótico; aumenta las posibilidades de conseguir una mejor evolución a largo plazo.**

2. INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS EN FASES TEMPRANAS DE LA ENFERMEDAD PSICÓTICA

El tratamiento de los primeros episodios psicóticos se asocia con una mejor respuesta al tratamiento farmacológico, menor severidad de síntomas positivos, negativos y depresivos y mejor funcionamiento global (Francey, et al,, 2012; Marshall, et al., 2005; Perkins, Gu, Boteva y Lieberman, 2005). Así mismo estudios de neuroimagen han indicado que un periodo prolongado de enfermedad no tratada produce anormalidades estructurales cerebrales más pronunciadas (Francey, et al., 2010; Keshavan y Amirsadri, 2007).

El objetivo de las intervenciones en las primeras fases de la enfermedad seria evitar la cronificación del paciente, por este motivo es tan importante reducir el periodo de la enfermedad sin tratar (PNT).

Se ha demostrado que los tratamientos psicológicos son de utilidad para potenciar los efectos de los farmacológicos, para atender los contenidos delirantes que tienen riesgo de permanecer imperturbables, además para amortiguar el impacto que las experiencias psicóticas o ingresos hospitalarios tienen en estos pacientes.

INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS EN PACIENTES DE ALTO RIESGO

El término de “Sujetos de alto riesgo” surge de estudios de investigación donde se detectan un conjunto de características que permiten la identificación de personas con gran probabilidad de desarrollar psicosis en el futuro.

Entre las definiciones más importantes encontramos la más extendida llamada “riesgo ultra-alto” que la desarrolló el grupo de trabajo PACE (Personal Assessment and Crisis Evaluation) e incluye la edad (14 y 29 años) y criterios de al menos uno de los siguientes grupos: (1) Grupo de Síntomas Psicóticos Atenuados (si éstos se han experimentado el año previo y que no alcanzan el

umbral); (2) Grupo de Síntomas Psicóticos Breves Limitados e Intermitentes (BLIPS), que se corresponden a episodios psicóticos francos de menos de una semana de duración; (3) Grupo de Rasgo y Estado como Factor de Riesgo (tener un trastorno esquizotípico de la personalidad o un familiar de primer grado con un trastorno psicótico y haber sufrido durante el año previo un deterioro significativo en el funcionamiento global) (Yung, et al., 2003; Yung, Phillips, Yuen y Mc Gorry, 2004).

Una segunda definición del término de "Sujetos de alto riesgo", encontramos la desarrollada por el grupo de Reconocimiento y Prevención de Hillside (Hillside-RAP). En esta ocasión se plantea dos categorías: pacientes de "alto riesgo clínico" (CHR) y pacientes con "psicosis esquizofrenia-like" (SLP). En el primer grupo encontramos personas que cursan con síntomas negativos atenuados como: aislamiento social, abulia y deterioro del rol o funcionamiento académico (alto riesgo negativo); y adolescentes con Síntomas Psicóticos Atenuados. En el segundo grupo "esquizofrenia-like" estaría formado por aquellas personas con síntomas psicóticos que no llegan a cumplir los criterios DSM-IV para la esquizofrenia (Cornblatt, 2002).

La terapia cognitivo conductual seria la que al día de hoy cuenta con más evidencia empírica acerca de su utilidad en este tipo de sujetos. Por ejemplo, el estudio EDIE pone de manifiesto que aquellas personas a las que se les aplica terapia cognitiva a la vez que elementos de gestión, a largo plazo (3 años), inhiben la transición a psicosis. En esta intervención cognitivo conductual se controlan algunos síntomas cognitivos (incontrolabilidad de pensamientos no deseados y miedo al rechazo y criticismo); a la vez que reduce significativamente la prescripción de antipsicóticos (Morrison, et al., 2007; Morrison, et al., 2004).

Por otro lado, el OPUS danés mide la tasa de transición de personas con un trastorno esquizotípico de la personalidad a psicosis, encontrando que una intervención integradora retrasa o inhibe su aparición frente al tratamiento estándar (Nordentoft, et al., 2006).

INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS EN PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS

Las guías nacionales e internacionales generalmente defienden abordajes psicoterapéuticos que incluyen terapia cognitivo-conductual, intervenciones psicoeducativas y familiares, pero son los programas integradores las intervenciones que han puesto de manifiesto mayor eficacia (Bravo et al, 2009).

La terapia cognitiva tiene como objetivos aumentar en el paciente la capacidad de controlar los síntomas psicóticos, educarle sobre la naturaleza de los mismos, identificar pensamientos negativos o molestos y que sepa en qué contextos surgen, aprender manejos alternativos ante situaciones estresantes y favorecer una pronta y adecuada recuperación (Bravo et al., 2009). Se ha demostrado que la terapia cognitiva mejora síntomas positivos persistentes, alucinaciones auditivas, sentimientos de desesperanza, ayuda a mejorar la adaptación a la enfermedad, la adherencia al tratamiento, incluso a reducir el abuso de sustancias (Penn, Waldheter, Perkins, Mueser y Lieberman, 2005; Scott, Chant, Andrews y McGrath, 2006; Tarrier, 2005).

Las técnicas psicoeducativas se enfocan tanto en el paciente como en los familiares. El objetivo es aumentar el conocimiento que se tiene sobre la enfermedad, eliminando mitos y fomentando su aclaración. Esta información debe estar adaptada al nivel cultural e intelectual de todos los miembros. En los primeros estadios de la psicosis es importante intentar desculpabilizar a los familiares e infundir esperanzas de futuro (Bravo et al, 2009). Existen estudios que avalan una reducción del 20% de recaídas cuando se incluyen a familiares en el tratamiento (Francey, et al., 2010)

La intervención familiar incluye dinámicas intrafamiliares, recopila información acerca del comportamiento aportada por el familiar; se tratan de solventar los conflictos existentes, se analizan las emociones más comunes que aparecen tras los primeros episodios, se da soporte e información, entre otras intervenciones

(Bravo et al, 2009). Esta intervención acorta el tiempo de hospitalización y evita recaídas (Dingemans, et al., 1996; Wang, Li y Phillips, 1994).

La intervención Integrada en la intervención precoz en la psicosis es propuesta por McGorry en su libro “Intervención precoz en la psicosis”. Este autor explica los principios a tener en cuenta en el tratamiento inicial de un primer episodio psicótico. Señala que además de un tratamiento farmacológico y tener en cuenta la terapia cognitivo conductual, todo debe formar parte de un tratamiento integrado de los aspectos “biológicos, sociales y psicológicos”. En esta línea, la terapia integral debería adaptarse a unos objetivos, las necesidades del paciente y a la fase de la enfermedad en la que se encuentre el paciente. La naturaleza de la intervención biológica seria un tratamiento farmacológico. Por otra parte, las intervenciones psicológicas tendrían el objetivo de explicar al paciente en qué consiste la enfermedad, dar apoyo y confianza de cara a la recuperación, a la vez que dar una explicación acerca de por qué es preciso tomar la medicación y cuáles son los efectos de ésta. Finalmente los aspectos sociales incluiría el trabajo con la familia y la red social del paciente, y ayudarle en la resolución de problemas (Edwars y McGorry, 2004).

Según los resultados obtenidos por el OPUS en un estudio con el objetivo de evaluar las intervenciones de carácter integrador en primeros episodios psicóticos; revelan que el tratamiento integrador (tratamiento asertivo, psicoeducación y habilidades sociales), seguido a lo largo de los dos primeros años, facilita una mayor recuperación tanto sintomática como funcional, así como menos carga familiar (Petersen, et al., 2005). Así mismo, tras cinco años de tratamiento integral permiten al paciente obtener mayor autonomía y un menor número de hospitalizaciones (Bertelsen, et al., 2009).

INTERVENCIONES CLÁSICAS EN LA PSICOTERAPIA DE LA PSICOSIS: ESTADO ACTUAL

En la actualidad, la tendencia terapéutica es hacia enfoques integradores que implica aplicar en la terapia aspectos de los cuatro enfoques psicoterapéuticos: dinámico, cognitivo- conductual, familiar y grupal (Alanen, 2003).

Las intervenciones dinámicas generalmente se esfuerzan en entender al paciente en su contexto biográfico integrando las vivencias psicóticas, afirmando límites del Yo y ayudando al proceso de individuación (García Cabeza y González de Chávez, 2009), y está demostrada en pacientes más estables (Hauff, et al., 2002)

Las intervenciones de carácter cognitivo-conductual, van desde posturas centradas en el abordaje de los síntomas (positivos, negativos, depresión, ansiedad) hasta modelos globales centrados en la persona como la terapia personal de Hogarty (Hogarty, Flescher, Ulrich y Carter M, 2004), orientada a la respuesta emocional y cognitiva ante el estrés, dando al paciente estrategias de afrontamiento (Chadwick,2006). En la actualidad, en un metaanálisis sobre diversos estudios de determinadas intervenciones, la comparación entre la terapia cognitiva conductual y un abordaje psicoeducativo, pone de manifiesto que no hay diferencias en cuanto a prevención de recaídas y mejoría de síntomas negativos y sí en los síntomas positivos (Lynch, Laws y McKenna, 2010).

Turkington y colaboradores establecen las etapas que ha de seguir la terapia cognitivo conductual: 1) desarrollo de una alianza terapéutica basada en la perspectiva del paciente; 2) desarrollo de explicaciones alternativas a los síntomas de la esquizofrenia; 3) reducir el impacto de síntomas positivos y negativos; 4) ofrecer alternativas al modelo médico para facilitar la adherencia al tratamiento (Turkington, Kingdon y Weiden, 2006).

En lo referente a terapias familiares o sistémicas, hoy día se consideran eficaces intervenciones prolongadas, más de seis meses, que van más allá de la psicoeducación y combinan con ésta, apoyo emocional, intervención en crisis y estrategias de afrontamiento de los síntomas de la enfermedad y problemas relacionados, reduciendo la tasa de recaídas, rehospitalizaciones y disminuyendo la carga familiar (Dixon, et al., 2009; Patterson y Leeuwenkamp, 2008; Pharoa, 2007).

"*En la actualidad se propone un modelo flexible e integrador, que partiendo del ambiente socializador que supone un grupo, del apoyo, consejo y técnicas de afrontamiento del "aquí y ahora" permita cuando el grupo adquiere la suficiente cohesión, los pacientes están estabilizados, con buena tolerancia a la de ansiedad y viviendo escasas experiencias psicóticas, la utilización de las mismas con fines terapéuticos, llegando en las fases más avanzadas a un abordaje dinámico de la problemática del paciente, manteniendo siempre presentes estrategias de apoyo , afrontamiento e interpersonales*" (García Cabeza, 2008; García Cabeza y González de Chávez, 2009; M González de Chávez, et al., 1999).

V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La temática de este trabajo gira en torno al "Brote Psicótico", centrando la atención especialmente en el "Primer Brote Psicótico" (PEP). Se inicia la labor de revisión bibliográfica con el fin de encontrar una respuesta fundamentada empíricamente a la pregunta: ¿Es posible la recuperación tras un primer brote psicótico? En base al contenido expuesto en este documento, una respuesta fundamentada implica conocer en profundizar el concepto de Primer Brote Psicótico (PEP), para entender que en sí mismo, un episodio psicótico no es una entidad diagnóstica, sino la aparición abrupta, por primera vez en la vida, de un episodio con síntomas positivos tales como: alucinaciones, delirios, alteración del comportamiento….

¿Qué Sabemos acerca de la etiología de un Primer Brote Psicótico?

La etiología de este estado mental ha sido relacionada con diversas causas, entre las más frecuentes se encuentran: **una fuente de estrés potente**, o **constante en el tiempo**, una **sobreexposición emocional**, un **acontecimiento traumático**, **el padecimiento de ansiedad o tensión de forma desproporcionada**, o debido al **consumo de alguna droga** que principalmente aquellas que poseen un principio activo alucinógeno *(Palma, C., Cañete, J., Farriols, N., Soler, F., y Julià, J., 2005).*

¿Es posible la recuperación tras un primer brote psicótico?

Según los resultados de esta revisión bibliográfica y según Cano et al. (2007), Un buen porcentaje de los casos reciben con el tiempo el diagnóstico de esquizofrenia y para otro grupo de pacientes, **el PEP es el único episodio psicótico en su vida y no se acompaña de repercusiones en el funcionamiento psicosocial ni en la calidad de vida y por tanto en este sentido cabe la posibilidad de recuperarse a un Primer Episodio Psicótico.**

¿Tras un primer brote psicótico siempre subyace un Trastorno Psicótico?

Expresando en palabras de **Gutiérrez y colaboradores**, el curso de los trastornos psicóticos se caracteriza por **la presencia de episodios del tipo agudo (PEP),** que en ocasiones **se presentan tan sólo una vez en la vida del paciente,** pero **por regla general siguen un curso crónico** con exacerbaciones acompañadas de un deterioro tanto de la personalidad del individuo (defecto) como de sus relaciones con el entorno, que se agravan en función del tiempo de evolución de la enfermedad. Para el diagnóstico de un **Trastorno psicótico** sería necesario tener en cuenta un conjunto de síntomas propios de cada entidad diagnóstica, además de, la sintomatología positiva, propia del **Brote psicótico** (Ballesteros, 2013). **De manera que no se sabe con certeza si a un brote psicótico subyace siempre un trastorno psicótico. Aunque, siguiendo los postulados básicos del Modelo de Vulnerabilidad se están llevando a cabo en la actualidad, estudios experimentales que están permitiendo la identificación de marcadores cognitivos de vulnerabilidad a la esquizofrenia en poblaciones de "*alto riesgo*".** Así como, estudios científicos que avalan el proceso a través del cual a un primer brote psicótico subyace una entidad diagnóstica de carácter psicótico, la cual se desarrolla des de una primera fase pre mórbida, pasando por una segunda fase prodrómica, hasta manifestarse, el primer síntoma positivo (delirios y/o alucinaciones), que indica el comienzo de la fase aguda en la que tiene lugar el brote psicótico.

Según los estudios, los trastornos psicóticos asociados a un primer brote psicótico serían según Gutiérrez y colaboradores (2002): trastorno afectivo bipolar, el trastorno esquizoafectivo, el trastorno por ideas delirantes, el trastorno psicótico agudo, el trastorno psicótico inducido por sustancias y ciertos trastornos de la personalidad.

Finalmente, es importante subrayar que **para el diagnóstico de un trastorno psicótico sería necesario tener en cuenta un conjunto de síntomas propios de cada entidad diagnóstica, además de, la sintomatología positiva, propia del brote psicótico.**

¿Qué factores intervienen en un mejor pronóstico?

En la **actualidad** en la investigación se está considerando que destacan como **factores que intervienen en la determinación del pronóstico**: el tiempo de psicosis no tratada **(DUP), la adaptación premórbida**, **el predominio de síntomas negativos**, **el consumo comórbido de sustancias psicoactivas** y las **condiciones psicosociales**, en especial la **pobreza. Aunque no hay suficiente evidencia empírica para de** determinar qué factores podrían modificar el **curso del PEP**, en el sentido que éstos pudieran mejorar el pronóstico después de la presentación de **un primer brote psicótico;** debido a que el **campo de investigación en intervenciones tempranas en psicosis** es joven.

¿Es la intervención temprana la causa de una recuperación tras un P.E.P?

El tratamiento de los primeros episodios psicóticos se asocia con una **mejor respuesta al tratamiento farmacológico, menor severidad de síntomas positivos, negativos y depresivos y mejor funcionamiento global** (Francey, et al,, 2012; Marshall, et al., 2005; Perkins, Gu, Boteva y Lieberman, 2005) El estudio EDIE pone de manifiesto que aquellas personas a las que se les aplica **terapia cognitiva** a la vez que elementos de gestión, a largo plazo (3 años), **inhiben la transición a psicosis**.

En lo referente a la intervención cabe destacar la eficacia de un tratamiento farmacológico acompañado de psicoterapia, sería la que obtiene mejores resultados después de largos períodos de tratamiento de las fases precoces de la psicosis.

Según los resultados obtenidos por el OPUS en un estudio con el objetivo de evaluar las **intervenciones de carácter integrador en primeros episodios psicóticos**; revelan que el **tratamiento integrador** (tratamiento asertivo, psicoeducación y habilidades sociales), seguido a lo largo de los dos primeros años, facilita una **mayor recuperación tanto sintomática como funcional**, así como menos carga familiar (Petersen, et al., 2005).

Así pues y a **modo de conclusión**, en el marco de la investigación actual en psicología clínica, no habría que perder las esperanzas acerca de una recuperación tras un PEP, dado que, hay personas que experimentan un único episodio en toda su vida, y en este sentido podría se podría orientar la investigación hacia la hipótesis que el proceso de un trastorno psicótico pudiera remitir, atendiendo a una detección temprana de los primeros síntomas inespecíficos o **pródromos,** dado que, hay evidencias en este sentido, de que la detección precoz de estos síntomas repercute en un mejor pronóstico del PEP. En este contexto de intervención, cabe destacar la investigación actual que se está llevando a cabo para la prevención de la psicosis; se basa en el modelo teórico de vulnerabilidad. Un marco teórico que permite delimitar un estado llamado de “alto riesgo” del individuo, que puede entenderse como la disposición de éste a desarrollar una psicosis; y que la detección de la sintomatología asociada, según determinados estudios, permite un mejor pronóstico de la enfermedad psicótica.

BIBLIOGRAFIA I WEBGRAFIA

INTRODUCCIÓN

- Ballesteros, J. (2013), Brotes psicóticos. Sección de Psiquiatría Fundación Santa Fe de Bogotá. pp. 1330-1332
- Cano, P. (2007). "Common and well-documented HLA alleles: report of the ad-hoc committee of the American Society for Histocompatiblity and Immunogenetics". 68. 5. 392-417. *Human Immunology*.
- Extraído el 20 de octubre de 2013 desde: http://psicologo-especialista-barcelona.com/que_es_un_brote_psicotico.html
- Palma, C., Cañete, J., Farriols, N., Cebrià, J., Michael, M., Alonso, I., Fernández, M. i Segarra, G. (en premsa). Randomised Controlled Trial of Cognitive-Motivational Therapy Program for the initial phase of schizophrenia: a 6-month assessment. The European Journal of Psychiatry.

BROTE PSICÓTICO

- Adnet P, Lestavel P, Krivosic-Horver R. Neuroleptic malignant syndrome. Br J Anaesth 2000; 85:129- 135.
- American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. Am J Psychiatry 1997; 154(4 Suppl):1-63.
- Ballesteros, J. (2013), Brotes psicóticos. Sección de Psiquiatría Fundación Santa Fe de Bogotá. pp. 1330-1332
- Brook S, Lucey JV, Gunn KP. Intramuscular ziprasidone compared with intramuscular haloperidol in the treatment of acute psychosis.Ziprasidone I.M. Study Group. J Clin Psychiatry 2000; 61:933-941.

- Byford S, Barber JA, Fiander M, et al. Factors that influence the cost of caring for patients with severe psychotic illness: report from the UK 700 trial. Br JPsychiatry 2001; 178:441-447.

- Palma C, Cañete, J., Farriols, N., átima, H., y Julià J. (2005). Primeros episodios psicóticos: características clínicas y patrones de consumo de sustancias en pacientes ingresados en una unidad de agudos. *Anales de psicología* 2005, vol. 21, nº 2 (diciembre), 286-293

- Drury V, Birchwood M, Cochrane R. Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial. 3. Five-year follow-up. Br JPsychiatry 2000; 177:8-14.

- Häfner H, Maurer K, Ruhrmann S, Bechdolf A, Klosterkötter J, Wagner M, Maier W, Bottlender R, Möller HJ, Gaebel W, Wölwer W Early detection and secondary prevention of psychosis: facts and visions. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2004 Apr; 254(2):117-28.

- Volavka J, Czobor P, Sheitman B, et al. Clozapine, olanzapine, risperidone, and haloperidol in the treatment of patients with chronic schizophrenia and schizoaffective disorder. Am J Psychiatry 2002; 159:255-262.

- Walsh E, Gilvarry C, Samele C, et al. Reducing violence in severe mental illness: randomised controlled trial of intensive care management compared with standard care. BMJ 2001;323:1093-1096.

- Walsh E, Harvey K, White I, et al. Suicidal behaviour in psychosis: prevalence and redictors from a randomized controlled trial of case management: report from the UK700 trial. Br J Psychiatry 2001; 178:255-260.

- Ruiz, D. (2014). Extraído el 2 de noviembre del 2013 desde: http://www.comprendernos.com/noticias/general/brote-psicotico-2.html

- Salazar, J. (2012). Primeros indicadores de esquizofrenia o psicosis. Extraído el 8 de octubre de 2013 desde: http://psicologojorgesalazar.blogspot.com.es/2012/03/primeros-indicadores-de-esquizofrenia-o.html

FASES DE UN TRASTORNO PSICÓTICO

- Palma C, Cañete, J., Farriols, N., átima, H., y Julià J. (2005). Primeros episodios psicóticos: características clínicas y patrones de consumo de sustancias en pacientes ingresados en una unidad de agudos. *Anales de psicología* 2005, vol. 21, nº 2 (diciembre), 286-293

- Programa de Prevención de Psicosis. Extraído el 9 de noviembre de 2013 des de: http://www.p3-info.es/view_article.asp?id=4&cat=1

MODELO DE VULNERABILIDAD

- Ruiz, J.M. (1988) Vulnerabilidad, alto riesgo y prevención de la esquizofrenia: una perspectiva cognitiva. Departamento de Psicología Básica, Social y Metodología. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid. *Estudios de Psicología*, vol. 36, pp. 129-144. Extraído el 3 de diciembre de 2013 des de : dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/66027.pdf

- Spring, B.J., y Zubin, J. (1978). Attention and information processing as indicators of vulnerability to schizophrenic episodes. J. of Psychiatric Research, 14, 289-302.

- Zubin, J. (1978). Concluding comments. En L. C. Wynne, R. L. Cromwell y S. Matthysse (eds): The nature of schizophrenia. Nueva York: Wiley.

- Zubin, J,; Magaziner, J., y Steinhauer, S.R. (1983). The metaporphosis of schizoprenia: from chronicity to vulnerability. Psychological Medicine, 13, 551-571.

- Zubin, J., y Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. J. of Abnormal Psychology, 86, 103-126.

PATOLOGIAS SUBYACENTES A UN BROTE PSICÓTICO

- Palma C, Cañete, J., Farriols, N., átima, H., y Julià J. (2005). Primeros episodios psicóticos: características clínicas y patrones de consumo de sustancias en pacientes ingresados en una unidad de agudos. *Anales de psicología* 2005, vol. 21, nº 2 (diciembre), 286-293

FACTORES QUE MODIFICAN EL CURSO Y PRONÓSTICO DEL PEP

- Cano, J., Fierro, M., Vanegas, C., Alzate,M., Olarte, A., Cendales, R., y Córdoba, R., (2007). Factores Pronósticos de Esquizofrenia en Primer Episodio Psicótico Prognostic factors for schizophrenia during first psychotic episode. *Rev. salud pública*. 9 (3): pp. 455-464.Extraído el 29 de octubre de 2013 desde: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42219062014

ALUCINACIONES

- Lanteri-Laura, G. (1994). *Las alucinaciones*. México: Fondo de Cultura Económica.

- Slade, P. y Bentall, R. (1988). *Sensory deception: A scientific analysis of Hallucination*. Londres y Sydney: Croom Helm.

- Valiente, C. (2005), Alucinaciones y delirios. pp.13-41. Ed. Síntesis.

DELIRIOS

- Munro, A. (1995). The classification of Delusional Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 18, 199-212.
- Valiente, C. (2005), Alucinaciones y delirios. pp.13-41. Ed. Síntesis.
- Vázquez, C.; Valiente, C. y Díez-Alegría (1998). La evaluación del delirio: Desde los sistemas categoriales a la evaluación multidimensional. En F. Silva (Ed.). *Avances en Evaluación Psicológica*. Valencia: Prolibro.

TRASTORNOS PSICÓTICOS

- Gutierrez, F., Segarra, R., González, A., Martínez, G., Tratamiento precoz con risperidona de primeros episodios psicóticos: dos años de seguimiento. *Actas Esp. Psiquiatr.2002;30(3):142-152*

INTERVENCIONES TRAS UN PRIMER BROTE PSICÓTICO

- Esteve, N., Román, N., González, M., Fraile, J.C., García, I, (2010), Psicoterapia de la Psicosis: De la Persona en Riesgo al Paciente Crónico. *Clínica y Salud* Vol. 21, n.° 3, 2010 - Págs. 285-297.

INTERVENCIÓN FARMACOLÓGICA EN LA RECUPERACIÓN TRAS UN PRIMER EPISODIO PSICÓTICO

- Gutierrez, F., Segarra, R., González, A., Martínez, G., (*2002)*Tratamiento precoz con risperidona de primeros episodios psicóticos: dos años de seguimiento. *Actas Esp. Psiquiatr.;30(3):142-152*

INTERVENCIONES PSICOTERAÉUTICAS EN FASES TEMPRANAS DE LA ENFERMEDAD PSICÓTICA

- Alanen, Y. (2003). *La esquizofrenia: sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente*. Madrid: Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis.

- Bertelsen, M., Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A.,Ohlenschlaeger, J., Le Quach, P., et al. (2009).Course of illness in a sample of 265 patients with first-episode psychosis—five-year follow-up of the Danish OPUS trial. *Schizophrenia Research,107* (2-3), 173-178.

- Bravo MF, V. O., San Emeterio M, Cid J, Ibañez V,González Cases J, Fernández Liria A. (2009).*Consenso sobre la Atención Temprana a la psicosis de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Paper presented at the Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid.

- Chadwick, P. (2006). *Person-based cognitive therapy for distressing psicosis*. Wiley: Chichester.

- Chadwick, P. (2009). *Psicoterapia cognitiva basada en la persona para la psicosis perturbadora*. Madrid: Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis

- Cornblatt, B. A. (2002). The New York high risk project to the Hillside recognition and prevention (RAP) program. *American Journal of Medical Genetics, 114*, 956-966.

- Dingemans, P., Van der Does, J., Nugter, A., Scholte, P., Lenior, R. y Goldstein, M. (1996). Treatment, expressed emotion and relapse in recent schizophrenic disorders. *Psychological Medicine, 26*, 333-342.

- Dixon, L. B., Dickerson, F. y Bellack, A. S. (2009).The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophrenia Bulletin, 36*, 48-70.

- Edwards, J. y McGorry, P. D. (2004). *La intervenciónprecoz en la psicosis: Guía para la creaciónde servicios de intervención precoz en la psicosis*.Madrid: Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis.

- Esteve, N., Román, N., González, M., Fraile, J.C., García, I, (2010), Psicoterapia de la Psicosis: De la Persona en Riesgo al Paciente Crónico. *Clínica y Salud* Vol. 21, n.º 3, 2010 - Págs. 285-297.

- Francey, S. M., Nelson, B., Thompson, A., Parker,A. G., Kerr, M., Macneil, C., et al. (2010). Who needs antipsychotic medication in the earliest stages of psychosis? A reconsideration of benefits,risks, neurobiology and ethics in the era of early intervention. *Schizophrenia Research, 119*, 1-10.

- García Cabeza, I. (2008). Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 101*, 9-25.

- García Cabeza, I. y González de Chávez, M. (2009).Insight and therapeutic factors in group psychotherapy for schizophrenic outpatients *Psychosis,1*, 134-144.

- González de Chávez, M., García Cabeza, I. y Fraile,J. (1999). Dos grupos psicoterapéuticos de pacientes esquizofrénicos: hospitalizados y ambulatorios.*Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 72*, 573-586.

- Hauff, E., Varvin, S., Laake, P., Melle, I., Vaglum, P.y Friis, S. (2002). Inpatient psychotherapy copmpared with usual care for patients who have schizophrenia psychoses. *Psychiatric Services, 53*, 471-473.

- Hogarty, G., Flescher, S., Ulrich, R. y Carter M, G.D., Pogue-Geile M., Keshavan M., Cooley S., DiBarri A. L., Garret A., Parepally H. y Zoretich R. (2004). Cognitive enhancement therapy for schizophrenia: effects of a 2-years randomised trial on cognition and behaviour. *Archives of General Psychiatry, 61*, 866-876.

- Keshavan, M. S. y Amirsadri, A. (2007). Early intervention in schizophrenia: current and future perspectives.*Current Psychiatry Reports, 9*, 325-328.

- Lynch, D., Laws, K. y McKenna, P. J. (2010).Cognitive behavioural therapy for major psychiatric disorder: Does it really work? A meta-analytical review of well-controlled trials. *Psycological Medicine 40*, 9-24.

- Marshall, M., Lewis, S., Lockwood, A., Drake, R.,Jones, P. y Croudace, T. (2005). Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a Systematic review. *Archives of General Psychiatry,62*, 975-983.

- Morrison, A. P., French, P., Walford, L., Lewis, S.W., Kilcommons, A., Green, J., et al. (2004).Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry, 185*, 291-297.

- Morrison, A. P., French, P., Parker, S., Roberts, M.,Stevens, H., Bentall, R. P., et al. (2007). Threeyear follow-up of a randomized controlled trial of cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultrahigh risk. *Schizophrenia Bulletin, 33*, 682-687.

- Nordentoft, M., Petersen, L., Jeppesen, P., Thorup, A. A., Abel, M. B., Ohlenschlaeger, J., et al.(2006). [OPUS: a randomised multicenter trial of integrated versus standard treatment for patients with a first-episode

psychosis—secondary publication]. *British Journal of Psychiatry, 168*, 381-384.

- Patterson, T. L. y Leeuwenkamp, O. R. (2008).Adjunctive psychosocial therapies for the treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Research, 100*, 108-119.

- Penn, D. L., Waldheter, E. J., Perkins, D. O., Mueser,K. T. y Lieberman, J. A. (2005). Psychosocial treatment for first-episode psychosis: a research update. *American Journal of Psychiatry, 162*, 2220-2232.

- Perkins, D. O., Gu, H., Boteva, K. y Lieberman, J.A. (2005). Relationship etween duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis.*American Journal of Psychiatry, 162*(10), 1785-1804.

- Petersen, L., Nordentoft, M., Jeppesen, P.,Ohlenschaeger, J., Thorup, A., Christensen, T. O.,et al. (2005). Improving 1-year outcome in firstepisode firstepisode psychosis: OPUS trial. *British Journal of Psychiatry, Suppl, 48*, 98-103.

- Patterson, T. L. y Leeuwenkamp, O. R. (2008).Adjunctive psychosocial therapies for the treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Research,100*, 108-119

- Pharoa, F. (2007). *Intervención familiar para la esquizzofrenia (Revisión Cochrane traducida)*. Oxford: La bibiloteca Cochrane Plus.

- Scott, J., Chant, D., Andrews, G. y McGrath, J.(2006). Psychotic-like experiences in the general community: the correlates of CIDI psychosis screen items in an Australian sample. *Psychological Medicine, 36*, 231-238.

- Tarrier, N. (2005). Cognitive behaviour therapy for schizophrenia — a review of development, evidence and implementation. *Psychotherapy and Psychosomatics, 74*, 136-144.

- Turkington, D., Kingdon, D. y Weiden, P. J. (2006).Cognitive Behavior therapy for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 163*, 365-373.

- Wang, M., Li, J. y Phillips, M. (1994). Ramdomized- control trial of family intervention for first-episode male schizophrenic patients: an 18- month study in Suzhou, Jiangsu. *British Journal of Psychiatry 165*(supl 24), 96-102

- Yung, A. R., Phillips, L. J., Yuen, H. P., Francey, S.M., McFarlane, C. A., allgren, M., et al. (2003). Psychosis prediction: 12-month follow up of a high-risk ("prodromal") group. *Schizophrenia Research, 60*, 21-32.

- Yung, A. R., Phillips, L. J., Yuen, H. P. y McGorry,P. D. (2004). Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group: psychopathology and clinical features. *Schizophrenia Research, 67*, 131-142.

.**ANEXOS**

- Programa de Prevención de Psicosis. Extraído el 9 de noviembre de 2013 des de: http://www.p3-info.es/view_article.asp?id=4&cat=1

- Aguirre, A., Protocolo de trabajos de investigación bibliográficas. Extraído el 2 se septiembre de 2013 des de:
- http://www.slideshare.net/mariajosevaldivia/protocolo-de-trabajos-de-investigacin-bibliogrfica

- METODOLOGIA EN LA INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA. Extraído el 1 de Agosto de 2013 des de http://www.oocities.org/zaguan2000/metodo.html#defi