



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES**

Primeros episodios psicóticos:

**Características diagnósticas, factores de riesgo y
tratamientos basados en la evidencia.**

Autora: Ana Heras Fernández

Directora: Rocío Caballero Campillo

Madrid

2021/2022

Resumen:

El primer episodio psicótico (PEP) es uno de los principales retos para la investigación en Salud Mental dada la gravedad clínica y las devastadoras consecuencias psicosociales que pueden generar en las vidas de quienes los sufren. El presente trabajo copila y estudia la prevención, el curso y la recuperación del PEP.

El objetivo será profundizar en las variables más significativas de la prevención, el curso del trastorno y de la recuperación de este. Con los resultados se pretenderá exponer las herramientas más eficaces, sobre todo en los tratamientos psicosociales, para hacer así más eficaz la intervención en el PEP.

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica y un profundo análisis acerca de la literatura psicótica. El estudio se centró en los factores de riesgo y protección psicóticos, y en los tratamientos más actualizados centrados en la prevención y recuperación de la primera experiencia psicótica.

La evidencia muestra la necesidad del tratamiento temprano, integral y multidisciplinar para abordar el PEP en todas las áreas vitales afectadas. Gracias a estas intervenciones la recuperación se hace más accesible, además de disminuir la probabilidad de sufrir recaídas. Por otro lado, el trabajo individualizado desde el respeto y la autonomía muestran ser fundamentales en el proceso de recuperación, al igual que la intervención centrada en cada fase del PEP y basada en objetivos.

Palabras clave: Primer Episodio Psicótico (PEP), psicosis, factores de riesgo, factores de protección, tratamiento temprano.

Abstract:

The first psychotic episode (FEP) is one of the main challenges for research in Mental Health given its clinical severity and the devastating psychosocial consequences it can generate in the lives of those who suffer from it. This paper compiles and studies the prevention, course, and recovery from FEP.

The aim is to examine the most significant variables of prevention, the course of the disorder and the recovery from it. The results will be used to expose the most effective tools, especially in psychosocial treatments, in order to make the intervention in PEP more effective.

A literature search and in-depth analysis of the psychotic literature was carried out. The study focused on psychotic risk and protective factors, and on the most up-to-date treatments focusing on prevention and recovery from the first psychotic experience.

Evidence shows the need for early, comprehensive, and multidisciplinary treatment to address PEP in all affected areas of life. Thanks to these interventions, recovery becomes more accessible, as well as reducing the probability of relapse. On the other hand, individualised work based on respect and autonomy is shown to be fundamental in the recovery process, as well as intervention focused on each phase of FEP and based on objectives.

Key words: First-episode psychosis (FEP), psychosis, risk factors, protective factors, early treatment.

ÍNDICE

1. Primeros Episodios Psicóticos.....	1
2. Factores de Riesgo.....	4
2.1. Factores Biológicos.....	5
2.2. Factores Psicológicos.....	7
2.3. Factores Sociales.....	10
3. Factores de Protección.....	11
3.1. Factores Biológicos.....	11
3.2. Factores Psicológicos.....	12
3.3. Factores Sociales.....	14
4. Diagnóstico Temprano Diferencial.....	15
5. Intervención Temprana.....	17
6. Tratamientos Basados en la Evidencia.....	19
6.1. Tratamiento Farmacológico.....	19
6.2. Tratamiento Psicosocial.....	20
7. Conclusiones.....	22
8. Referencias.....	26

1. Primeros Episodios Psicóticos

La prevalencia del primer episodio psicótico (PEP) es de alrededor de un 3% en la población general (Masanet et al., 2016). Suele tener lugar entre los 15 y 25 años de edad y el 70% de los que lo experimentan acuden a urgencias psiquiátricas, habiendo cursado el episodio durante cuatro semanas en la mitad de los casos (Kirkbride et al. 2012; Menezes et al., 2021; Oliveira et ál., 2010, como se citó en Prakash et al., 2021). Para poder definir lo que es un primer episodio psicótico (PEP), primero hay que conocer en lo que consisten los síntomas psicóticos.

La psicosis hace referencia al estado mental caracterizado por una interpretación y comprensión erróneas en contra de la naturaleza de la realidad. De manera que el individuo experimenta una distorsión y/o pérdida de contacto con la realidad. Este trastorno psiquiátrico grave, se caracteriza por los síntomas psicóticos y otros no únicamente psicóticos (McClellan, 2018). El PEP se define como la primera experiencia psicótica, donde aparecen por primera vez los síntomas psicóticos, y finaliza con su remisión. Estos síntomas se pueden clasificar en los síntomas prodrómicos, síntomas cognitivos, síntomas negativos, síntomas positivos y síntomas desorganizados (The Early Diagnosis and Management of Psychosis [EDMP], 2002; Early Psychosis Guidelines Working Group [EPGWG], 2010; McClellan, 2018).

Los primeros síntomas en desarrollarse son los síntomas prodrómicos o premórbidos. Estos señalizan el riesgo de aparición del PEP, funcionando como señales anticipatorias, las cuales normalmente solo son percibidas por el propio sujeto (McClellan, 2018). La mayoría de los pródromos no son de naturaleza psicótica y, de hecho, estos síntomas no tienen que concluir en un PEP para pertenecer a esta clasificación (Prakash et al., 2021). Estos síntomas se caracterizan por ser alteraciones subjetivamente experimentadas en áreas muy diversas de la persona. Según el EPGWG (2010) los pródromos podrían ser síntomas neuróticos (irritabilidad, ansiedad, etc.), síntomas relacionados con el estado de ánimo (anhedonia, ideas suicidas, etc.), cambios en la voluntad (apatía, fatiga, etc.) o cognitivos (alteración en la atención y concentración, abstracción reducida, etc.), síntomas físicos (quejas somáticas, alteración del sueño, etc.), cambios de conducta (impulsividad, agresividad, etc.), experiencias por debajo del umbral de los síntomas psicóticos (anomalías perceptivas, recelo, etc.), etc. Los pródromos no solo tienen lugar en las etapas iniciales, sino que son una parte integral del trastorno (Shultze-Lutter et al., 2012).

Los síntomas cognitivos hacen referencia al bloqueo o deterioro en funciones mentales importantes (Pena-Garijo y Monfort-Escrig, 2020). Estudios han mostrado que la afectación en las funciones ejecutivas surge de la anormalidad en el funcionamiento de la corteza prefrontal dorsolateral en individuos con psicosis, al igual que existe relación causal entre anomalías en la sustancia blanca y disfunciones en la memoria episódica o el procesamiento del lenguaje en la esquizofrenia (Aleman, 2014; Gómez-Gastiasoro et al., 2019, como se citó en Pena-Garijo y Monfort-Escrig, 2020). En el PEP concretamente, los síntomas cognitivos parecen verse en la alteración de la memoria verbal, la velocidad de procesamiento y las funciones ejecutivas (Ludwick et al., como se citó en Pena-Garijo y Monfort-Escrig, 2020). Por otro lado, también ha sido estudiado que las personas de alto riesgo de experimentar un episodio psicótico tienen una memoria de trabajo por debajo que la población sana (Pena-Garijo y Monfort-Escrig, 2020). Según Sheffield et al., (2019) las funciones cognitivas en los trastornos psicóticos se ven aceleradamente envejecidas, aunque en las etapas tempranas las funciones superiores estén intactas en su mayoría (como se citó en Pena-Garijo y Monfort-Escrig, 2020). A pesar de todos estos datos, es importante tener en cuenta que los resultados del rendimiento cognitivo en esta población también pueden estar influenciados por la falta de motivación, la distracción o la ansiedad padecida a la hora de ejecutar la evaluación como efectos secundarios a los propios síntomas del trastorno (Moritz et al., 2017, como se citó en Pena-Garijo y Monfort-Escrig, 2020).

Los síntomas positivos consisten en alucinaciones y/o delirios, es decir, procesos cognitivos y perceptivos que pasan a ser vivencias reales para los sujetos (Aznar et al., 2019; McClellan, 2018). Las alucinaciones son distorsiones sensorio-perceptivas en las que se experimenta la sensación de un estímulo que no está presente en la realidad, siendo las más comunes las auditivas y las visuales (Meana, 2014). Los delirios, por otro lado, son trastornos de contenido del pensamiento (Masanet et al., 2016) que se caracterizan por representar una certeza inamovible en la persona. Basan en ellas toda una estructura de pensamientos y consecuentemente de acciones a pesar de haber evidencias que lo contradigan (Meana, 2014). Algunos de los delirios más comunes según el DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013) son el de grandeza o el de persecución.

Por otro lado, los síntomas negativos son definidos como déficits funcionales observables por terceros, en lo que se diferencia con los síntomas prodrómicos, como pueden ser el aplanamiento afectivo, la abulia o la bradipsiquia (Shultze-Lutter et al., 2012). La

aparición de mayor número o tiempo de síntomas negativos suele estar relacionada con una peor recuperación (Meana, 2014).

Por último, los síntomas desorganizados consisten en pensamientos y conductas extrañas (McClellan, 2018). En el DSM-5 (APA, 2013) se hace referencia a estos aludiendo al lenguaje desorganizado debido al descarrilamiento del discurso o a la incoherencia de este, o al comportamiento desorganizado o catatónico.

La etiología de la psicosis se entiende como el resultado del impacto del estrés y otros factores de riesgo basados en la predisposición biológica: la interacción vulnerabilidad-estrés. El modelo vulnerabilidad-estrés de Zubin y Spring (1977) es una de las bases centrales para la explicación y el tratamiento de la psicosis, haciendo énfasis tanto en vulnerabilidades biológicas como en las psicológicas y sociales (EPGWG, 2010). Según este modelo las personas vulnerables, es decir con mayor predisposición a desarrollar una crisis psicótica, requieren de menos nivel de estrés para verse desbordadas y, en consecuencia, experimentar síntomas psicóticos prematuramente concluyendo en un PEP o una recaída (Nuechterlein, 1987 como se citó en Kommesch et al., 2015; McGorry, 1994, Nicholson y Neufeld, 1992, Yank et al, 1993, como se citó en EPGWG, 2010).

El curso del desarrollo del PEP puede dividirse por fases según la presencia de los distintos síntomas. Estas fases se dividirían de comienzo a fin en: fase prodrómica, fase aguda, fase de estabilización, fase de recuperación y, en ocasiones, fase de recaída.

La primera, la fase prodrómica, se define como su nombre indica, por los síntomas prodrómicos. Esta fase puede tener una prolongación de entre dos y cinco años (Belloso, 2014). De esta fase con características las “ideas de referencia inestables”, las cuales se refieren a la vivencia de experiencias subjetivas autorreferenciales que son rectificadas rápidamente por la propia cognición. Sin embargo, a medida que avanza el trastorno estos pensamientos evolucionan y pasan a ser vividos como una realidad (Shultze-Lutter et al., 2012). A partir de este momento, la fase finaliza ya que estas ideas pasan a ser delirios autorreferenciales y, por tanto, sintomatología positiva, dando lugar a la crisis psicótica. Esto implica el comienzo de la fase aguda, en la que tienen protagonismo la sintomatología cognitiva, positiva, desorganizada y negativa (APA, 2013). En esta fase los síntomas son graves y tiene lugar deterioro funcional evidente (EPGWG, 2010). A continuación, está la fase de estabilización, en la que la gravedad de los síntomas disminuye y predominan los síntomas

negativos, denominados en esta etapa signos residuales, (APA, 2013), y los cognitiva, ya que la neurocognición está por debajo del nivel previo a la crisis psicótica (EPGWG, 2010). Por último, la fase de recuperación suele tener una duración de entre tres y dieciocho meses después de la crisis (Belloso, 2014), es un periodo que conlleva más tiempo y debe ser enfocada desde el optimismo de la mejoría continua (EDMP, 2002). En algunos casos, se da una fase de recaída, en la que vuelven a tener lugar los síntomas psicóticos, con mayor o menor gravedad, al no completarse la remisión del PEP (EPGWG, 2010).

Los síntomas psicóticos pueden ir variando inconsistentemente de manera natural hasta darse de manera continuada en el tiempo, presentándose más clara y establemente después del primer episodio si es que este no remite. Es por esto que la literatura defiende que el PEP sea considerado como un trastorno del espectro psicótico (Prakash et al., 2021). Este cuadro clínico puede ser la presentación inicial de una evolución que acabe en alguno de los síndromes psicóticos específicos como puede ser la esquizofrenia, el trastorno delirante, la depresión con características psicóticas, la manía con síntomas psicóticos, trastornos psicóticos transitorios inducidos por sustancias, trastornos psicóticos orgánicos u otras enfermedades psicóticas no especificadas o con otras causas no orgánicas (Salvatore et al., como se citó en Prakash et al., 2021).

En el modelo de estadificación clínica para trastornos psiquiátricos de McGorry et al. (2006) (como se citó en Kommescher et al., 2014), se postula una progresión de las fases del trastorno psicótico según su gravedad. El estadio 0-1 se corresponde a personas con riesgo a desarrollar un episodio psicótico; en el estadio 2 se situarían a las personas que hayan experimentado un PEP; el estadio 3 se caracteriza por una remisión incompleta del episodio o por una recaída; y el estadio 4 se refiere al trastorno psicótico grave y/o permanente, es decir, crónico.

2. Factores de Riesgo

Según el modelo de vulnerabilidad-estrés (Zubin y Spring, 1977), uno de los factores de riesgo más importantes para desarrollar un PEP es la variable individual de vulnerabilidad al estrés, en la que se encuentran distintos factores biopsicosociales que influyen en los niveles de vulnerabilidad al estrés y por lo tanto aumentan el riesgo de desarrollar una experiencia psicótica (EPGWG, 2010). Estos factores pueden clasificarse en tres grupos según

el modelo biopsicosocial de Engel (1977): *los factores biológicos, los factores psicológicos y los factores sociales*. Los *factores biológicos* hacen referencia a la fisiología, la genética, la bioquímica o la constitución física, y pueden estar presentes incluso antes del nacimiento. Los *factores psicológicos* se asocian con la crianza recibida en la infancia, las experiencias vividas y la interacción con otras personas, y por otro lado, la situación actual y el entorno sociocultural constituyen los *factores sociales* (EPGWG, 2010). El modelo biopsicosocial, modelo en el que basa su evidencia empírica este trabajo, considera de gran importancia el papel de estos tres factores y su interacción en la aparición de los trastornos psicológicos y por tanto psicóticos.

2.1. Factores Biológicos

Dentro de los factores biológicos algunos de los más importantes y estudiados son los factores perinatales y prenatales. Según el metaanálisis de Davies et al. (2020), algunos de los factores más significativos hacen referencia a una edad parental por debajo de los 20 años o por encima de los 35, y a cualquier psicopatología parental. Este análisis menciona que tres embarazos o más aumentan el riesgo de desarrollar psicosis en el bebé, al igual que cualquier infección materna, más concretamente el virus del herpes simple tipo II. En este mismo estudio, el estrés, la hipertensión, la hambruna o los déficits de nutrición a los que la madre gestante se vea sometida durante el embarazo son igualmente factores de riesgo para que el futuro hijo desarrolle un PEP.

Complicaciones obstétricas como la falta de oxigenación (hipoxia), la ruptura de membranas aumentando el riesgo de sufrir infecciones, el aumento del líquido amniótico (polihidramnios) o las malformaciones congénitas, son otros de los factores de riesgo perinatales. Una vez el parto ha tenido lugar existen tres factores de riesgo, el nacimiento prematuro, el bajo peso en el momento del nacimiento por debajo de 2000 gramos y la longitud por debajo de los 49 centímetros (Cannon et al., 2002; Geddes et al., 1999; Nalivaeva et al., 2018, como se citó en Davies et al., 2020). Por último, el nacimiento en el hemisferio norte, durante el invierno o primavera aumenta las posibilidades de experimentar una crisis psicótica (Radua et al., 2018).

Otro de los factores de riesgo es el postparto (Bergink et al., 2016; Meltzer-Brody et al., 2018). Este es un momento vital que conlleva un gran cambio en las mujeres y en el cual

resultan más vulnerables, para desarrollar un PEP u otros trastornos psicológicos, como la depresión o la ansiedad (Meltzer-Brody et al., 2018). Aproximadamente 1 de cada 1.000 puérperas desarrollan un PEP entre dos y cuatro semanas después del parto (Bergink et al., 2016; Munk-Olsen et al., 2001, Harlow, 2007, Kendell et al., 1987, Valdimarsdottir et al., 2009, como se citó en Meltzer-Brody et al., 2018). Este trastorno se considera una emergencia psiquiátrica debido a la falta de autocuidado en la mujer y en la incapacidad de cuidado dirigido al lactante, que puede llevar al suicidio y en casos extremos, al infanticidio (Jones et al., 2014, como se citó en Bergink et al., 2016). Después del episodio incipiente de psicosis postparto, entre el 20%-50% de las mujeres tienen un único episodio aislado y las demás sufren recaídas (Bergink et al., 2016). El riesgo de recaída en un embarazo posterior para las mujeres que hayan experimentado un PEP postparto es del 31% (Bergink et al., 2016).

El inicio del PEP postparto está relacionado con los cambios fisiológicos, ya sean hormonales, inmunológicos, circadianos, etc., que precipitan el brote en mujeres genéticamente vulnerables (Bergink et al., 2016). Algunas mujeres presentan comorbilidad o tienen enfermedades asociadas a una desregulación inmunológica como la tiroiditis autoinmune, alteraciones en anticuerpos del sistema nervioso central (Bergink et al., 2016; Meltzer-Brody et al., 2018), N-metil-D-aspartato-encefalitis o errores congénitos de metabolismo (Bergink et al., 2016). La evidencia científica ha demostrado una alta eficacia del tratamiento con litio, funcionando no solo como posible remitido sino también como preventivo, y de la terapia electroconvulsiva en los casos más graves (Bergink et al., 2016; Meltzer-Brody et al., 2018).

Por otro lado, el trastorno psicótico inducido por sustancias está recogido en el DSM-5 (APA, 2013), ya que el consumo de sustancias es un factor de riesgo elemental para el desarrollo de un PEP (Beckham et al., 2020; Ortiz-Medina et al., 2018). Al rededor de la mitad de las personas en tratamiento por psicosis padecen una patología dual con un trastorno por consumo de sustancias, de las cuales aproximadamente un 50% son o han sido consumidoras de cannabis (Kovaszny et al., 1997; Wade et al., 2005; Wade et al., 2006; Mauri et al., 2006; Archie et al., 2007, como se citó en Wisdom et al., 2011). Según Wisdom et al. (2011), los consumidores de cannabis sufren mayor gravedad de síntomas positivos. Por otro lado, una gran parte de la población adicta reduce su consumo o incluso lo abandona por la vivencia traumática del PEP (Drake et al., 2011, como se citó en Wisdom et al., 2011).

2.2. Factores Psicológicos

En línea con el modelo de vulnerabilidad-estrés, el estrés es una de las variables individuales psicológicas más importantes en los factores de riesgo. El estrés percibido se define como el nivel de estrés valorado de manera subjetiva e individual ante diferentes situaciones experimentadas (Cohen et al., 1983, como se citó en Vila-Badia, 2018). Según estudios como el de Allott et al. (2015), los sujetos con un PEP padecen de mayores niveles de estrés percibido en comparación con el grupo control (como se citó en Vila-Badia, 2018).

Uno de los factores más importantes propuesto desde los inicios del estudio de la esquizofrenia en la segunda mitad del siglo XX, e igualmente aplicable a la psicosis, es la emoción expresada (Brown et al., 1972). Este concepto hace referencia al estilo comunicativo dentro del sistema familiar aludiendo al nivel de criticismo, hostilidad o sobreimplicación emocional. Siendo la alta emoción expresada un factor de riesgo para el desarrollo del PEP (García et al., 2012). Es importante tener en cuenta que, aunque la mayoría de la literatura hace referencia a la correlación existente entre la alta emoción expresada y la tasa de recaídas o estadios más avanzados del trastorno psicótico (Bebbington y Kuipers, 1994; Butzlaff y Hooley, 1998; Linszen et al., 1997, como se citó en García et al., 2012), existen varios estudios que confirman que la prevalencia de alta emoción expresada en familias de pacientes con PEP es similar a la de pacientes en estadios más avanzados (McNab et al. (2007); Raune et al. (2004); Heikkila (2002), como se citó en García et al., 2012). Al igual que en el estudio de King (2000) (como se citó en García et al., 2012) que muestra que, en los jóvenes con PEP, el criticismo materno está relacionado con una mayor gravedad de sintomatología negativa y falta de habilidades de cooperación.

Otro de los factores relevantes estudiados ha sido la monoparentalidad o la pobre red social de los familiares, ya que están relacionados con mayor probabilidad de alta emoción expresada familiar (Parker et al., 1988; Hammer et al., 1981; Platt, 1985; Fadden et al., 1897; Espina et al., 2000, como se citó en García et al., 2012). Esta mayor probabilidad también está relacionada con la presencia de psicopatología en los familiares, su nivel subjetivo de sobrecarga y las atribuciones de culpabilización o responsabilización sobre los pacientes por parte de los familiares (Hibbs et al., 1991; Hooley et al., 1987; Brewin et al., 1991; Weisman et al., 1998, como se citó en García et al., 2012). Por otro lado, el estilo afectivo negativo, término acuñado por Doane et al., (1985), conocido como el comportamiento emocional y

verbal en la interacción del familiar con el paciente, y la comunicación desviada definida por Wynne y Singer (1963) como la ausencia de claridad o el contenido disruptivo en el discurso familiar dentro del sistema familiar, funcionan como predictores de la aparición del PEP, al igual que afectan a una alta emoción expresada (García et al., 2012).

Dentro del campo de la psicosis, el estilo de apego ha sido sugerido como un factor clínicamente relevante en relación con el desarrollo y el tratamiento. La teoría del apego de Bowlby (1988), surge de la necesidad humana de crear vínculos afectivos y significativos desde el comienzo de la vida. De manera que, a partir de esta interacción temprana, en los primeros años de vida se establecerá el estilo de apego, es decir, la interacción interpersonal y la capacidad de regular las emociones en el futuro (Carr et al., 2018; Mathews et al., 2014). Si el niño percibe al cuidador como disponible, responsivo y sensible a sus necesidades tanto fisiológicas como afectivas, desarrollará un apego seguro, desarrollando una buena manera de desarrollarse con los demás y una buena gestión emocional. Por el contrario, si el cuidador es percibido como alguien inaccesible, no responsivo e insensible, se desarrollará un apego no seguro (Mathews et al., 2014). Dentro del apego inseguro existen tres tipos: el apego ansioso-ambivalente, en el que se exagera la expresión emocional y se desarrolla dependencia al cuidador; el apego evitativo, en el que el bebé no acude a sus cuidadores en situaciones de malestar o estrés; y el apego desorganizado que consiste en respuestas como miedo ante el cuidador, conductas contradictorias o la congelación, y está relacionado con experiencias de cuidado interrumpido, como la negligencia, o las pérdidas tempranas (Carr et al., 2018; Mathews et al., 2014).

La literatura expone que el apego inseguro es un factor de riesgo en la psicosis, ya que es significativamente más prevalente en individuos con psicosis, de los cuales, alrededor de un 76% es desorganizado (Carr et al., 2018). Este apego, en la adultez, es representado por un sentido inconsistente del sí mismo y la incapacidad para regular las emociones, siendo normalmente personas altamente ansiosas y evasivas (Bartholomew y Horowitz, 1991, como se citó en Carr et al., 2018). Los estudios muestran una pequeña pero significativa relación entre la severidad de los síntomas y el apego inseguro (Carr et al., 2018). Concretamente, el apego ansioso parece estar relacionado con los síntomas positivos, pudiendo desarrollarse como resultado de la alta ansiedad y la baja regulación emocional, ya que está demostrado que la alta sensibilidad y estrés pueden predecir los síntomas positivos (Gumley y Schwannauer, 2006; Laster et al., 2013; Masillo et al., 2012, como se citó en Carr et al., 2018).

Según Gumlet et al., (2014), además de la relación con los síntomas psicóticos, el apego inseguro también está relacionado con la falta de compromiso en el tratamiento. El apego evitativo correlaciona con la dificultad en la búsqueda de ayuda, ingresos hospitalarios más largos y una peor alianza terapéutica. Estos mismos autores afirman que el sistema de apego se activa en la relación con los profesionales, por lo que sería un marco de trabajo muy útil en el proceso de recuperación (como se citó en Mathews et al., 2014).

El trauma es considerado otro factor de riesgo en la población general a la hora de sufrir una experiencia psicótica. Las experiencias traumáticas, se definen por ser situaciones que están fuera del control del individuo y que implican muerte real o percepción de amenaza de muerte, lesiones graves, amenaza a la integridad física de uno mismo o de otros, pudiendo alterar el desarrollo causando estrés y sufrimiento (Burgermeister, 2007, como se citó en Vila-Badia, 2018). Según el metaanálisis de Varese et al. (2012) existe correlación entre la aparición del brote psicótico y las experiencias traumáticas (como se citó en Vila-Badia, 2018). Estas experiencias comparten la desregulación biológica con la respuesta al estrés, por esto la literatura hace hincapié en el trauma infantil (TI) o adolescente, ya que el impacto puede ser particularmente significativo al tratarse de un cerebro en desarrollo por poder provocar secuelas irreversibles físicas, emocionales o cognitivas (López-Soler et al., 2008; Mesa-Gresa y Moya-Albiol, 2011, como se citó en Vila-Badia et al., 2021). El TI puede conllevar una mayor gravedad clínica en el PEP, dando lugar a un mayor índice de intentos de suicidio y, en el aspecto positivo, a un diagnóstico más temprano (Alvárez et al., 2011; Conus et al., 2010; Garno et al., 2005; Lysaker et al., 2008; Morrison et al., 2003; Schenkel et al., 2005, como se citó en Vila-Badia et al., 2021). Dentro de las experiencias más comunes que derivan en TI, se han considerado el abuso emocional, físico y sexual, la negligencia emocional y física, y crisis vitales estresantes como la pérdida o el abandono de una figura de apego, el divorcio de los padres o estar bajo cuidado institucional (Bernstein et al., 2003; Bifulco et al., 1994; Bremner et al., 2007; Goldberg y Freyd, 2006; Smith et al., 2002; Wolfe et al., 1996, como se citó en Vila-Badia et al., 2021). Este mismo estudio determinó que un número muy alto de pacientes con PEP han sufrido TI. Asimismo se ha establecido que los síntomas positivos están estrechamente relacionados con la experiencia del TI y normalmente se presentan de manera más severa y frecuente.

2.3. Factores Sociales.

Los acontecimientos vitales estresantes son uno de los factores de riesgo más sólidos para sufrir un PEP (Bendall et al., 2013; Varese et al., 2012, como se citó en Vila-Badia, 2018). Son definidos como situaciones ante las que se enfrenta un individuo, de manera directa o indirecta, que provocan una dificultad en las actividades de la vida cotidiana y un reto a sus estrategias de afrontamiento (Cornes, 1994, como se citó en Vila-Badia, 2018).

Según la literatura, el PEP suele tener lugar en momentos vitales decisivos (Masanet et al., 2016), como es el final de la adolescencia o el comienzo de la adultez emergente. Los jóvenes se enfrentan a tareas y procesos de maduración decisivos como la construcción de la identidad, el desarrollo de la intimidad emocional y sexual o la toma de decisiones en el mundo académico o laboral entre otras muchas (Belloso, 2014), que tienen consecuencias en dimensiones psicológicas, sociales y biológicas (Masanet et al., 2016). Es por el estrés que surge ante la resolución de estas tareas por lo que el PEP tiene más probabilidad de aparecer en esta etapa (Belloso, 2014).

Las situaciones de estrés son un factor de riesgo decisivo según la evidencia empírica para la aparición de un PEP. Una situación bajo la que las personas sufren grandes niveles de estrés es la emigración. Como es citado en Stouten et al. (2018) la incidencia de trastornos psicóticos en personas inmigrantes es el doble que en los casos encontrados en la población nativa (Bourque et al., 2011). Según el estudio longitudinal de O'Donoghue et al. (2020) la población inmigrante de riesgo son los jóvenes de entre 15 y 24 años. Al igual que ser hombre, africano, ya que tienen mayor probabilidad de experimentar un PEP que la población asiática y caucásica (Kirkbride et al., 2012, como se citó en O'Donoghue et al., 2020), y la desventaja socioeconómica en el barrio inmigrado, son también factores de riesgo (O'Donoghue et al., 2020).

Se pueden establecer diferentes posibles causas por las que la población inmigrante padece mayor riesgo para desarrollar un PEP que la población nativa, además de las diferencias dentro del propio grupo migrante. La posible historia familiar antecedente de trastornos psicóticos, las complicaciones obstétricas, el trauma vivido, la privación social o el consumo de sustancias tóxicas son factores que aumentan la probabilidad de desarrollar un episodio psicótico e la población general (Mortensen et al., 2010; Cannon et al., 2002; Hollander et al., 2016; O'Donoghue et al., 2016; Moore et al., 2007, como se citó en

O'Donoghue et al., 2020). A parte de estos factores genéticos y ambientales (Radua et al., 2018), existen otros más específicos relacionados con la migración. Estos son la adaptación en el nuevo país, la propia experiencia de migración o la búsqueda de asilo y el recibimiento en el país (Dykxhoorn et al., 2019, como se citó en O'Donoghue et al., 2020).

3. Factores de Protección

Una vez planteados los factores de riesgo, es importante presentar los factores de protección. Estos factores sirven tanto como para promover la salud mental y evitar posibles brotes, como para mejorar el pronóstico y favorecer la recuperación. Para hablar de factores de protección la gran mayoría de los estudios publicados han hecho énfasis en los efectos adversos o negativos de los factores de riesgo. No hay grandes estudios dedicados a factores que no sean recíprocos a factores de riesgo (Radua et al., 2018). Existen factores individuales como el tipo de maltrato, la frecuencia, la edad, la actitud de los padres o cuidadores, la interpretación y el manejo del estrés ante situaciones adversas, que no funcionan como protectores, pero sí tienen gran responsabilidad en que la situación de lugar a una alteración psicopatológica o no (Vila-Badia, 2018).

Los factores de protección también son importantes a la hora de establecer diferencias individuales que hacen que personas que hayan sido expuestas a los mismos factores de riesgo, como experiencias traumáticas o acontecimientos vitales estresantes, lleguen a desarrollar un PEP o no (Vila-Badia, 2018).

Estos factores se pueden clasificar igualmente entre *factores biológicos*, *factores psicológicos* y *factores sociales* siguiendo el mismo modelo de vulnerabilidad-estrés biopsicosocial que los factores anteriores.

3.1. Factores Biológicos

Además de los factores genéticos, vuelven a destacar los perinatales y prenatales. El metaanálisis de Davies et al. (2020), muestra que variables perinatales, como la edad materna de entre 20 y 29 años funciona como un factor de protección ante un PEP. Al igual que, por otro lado, este estudio concluye que la nuliparidad, entendida como el embarazo que no ha

llegado a término, y el peso en el nacimiento mayor a 3500 gramos, también serían factores de protección para que no se llegue a desarrollar una experiencia psicótica. Otros factores son la ausencia de obesidad materna antes y durante el embarazo, los altos niveles neonatales de vitamina D y la ausencia de agentes contaminantes (Van Lieshout et al., 2011; Christesen et al., 2012; Attademo et al., 2017, como citó Radua et al., 2018).

Otro de los factores considerados como protectores por su gran importancia en la recuperación es la afección cognitiva: cuanto más alterada se encuentre, más complicado será adquirir nuevas herramientas para favorecer la recuperación (Zaytseva et al., 2012, como se citó en García-Álvarez et al., 2014). Por lo que su menor afectación funcionará como un factor de protección en la recuperación. Según el estudio de Li et al., (2019) la afectación en cualquiera de las áreas cognitivas tras una primera experiencia psicótica se correlaciona con el nivel educativo y con la edad de inicio tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, este estudio encontró diferentes afecciones cognitivas entre ambos sexos: la sintomatología positiva severa se relaciona con una mayor afectación en la atención selectiva de los hombres y, por otro lado, los efectos secundarios de los fármacos antipsicóticos muestran mayor afectación en la memoria de trabajo y en la velocidad de procesamiento de las mujeres. En este estudio se concluye que tras un PEP existe un mejor rendimiento de la memoria de trabajo en los hombres, y menor deterioro cognitivo en las mujeres.

3.2. Factores Psicológicos

Los factores psicológicos en este caso aportan protección para no desarrollar o aumentar la vulnerabilidad al estrés.

La resiliencia es uno de los factores de protección más importantes para no llegar a experimentar un PEP (Butjosa et al., 2014; Villa-Badia, 2018). Esta consiste en la evaluación modificable del nivel de estrés en situaciones adversas (Butjosa et al., 2014). Una vez se hace frente a la situación de estrés elevado, una persona resiliente consigue que sus esfuerzos terminen con una adaptación flexible y positiva, logrando la recuperación y el desarrollo a pesar de las adversidades sufridas (Vila-Badia, 2018; Monroy y Palacios, 2011, como se citó en Butjosa, 2014). Según estudios como los de Hofer et al. (2016), Kim et al. (2013) o Palmer et al. (2014), pacientes con psicosis muestran un menor nivel de resiliencia en comparación con

los grupos control sanos (como se citó en Vila-Badia, 2018). Según Harder (2014) el apego seguro es un factor importante de resiliencia para la resolución de experiencias traumáticas en la infancia, indicando que el apego seguro podría funcionar como moderador entre el trauma y la psicosis y, por lo tanto, como un factor de protección.

Otro de los factores de protección en esta materia son las estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes. Según Vila-Badia (2018) las estrategias de afrontamiento se pueden definir como los esquemas mentales con los que la persona hace frente a las distintas situaciones demandantes, tanto las internas como las del medio. Podemos distinguir tres estrategias de afrontamiento según la clasificación de Endler y Parker (1990): estrategias enfocadas en la emoción, estrategias de evitación y estrategias enfocadas a la tarea (como se citó en Vila-Badia, 2018). Las estrategias enfocadas en la emoción hacen que la persona se centre en las emociones que le causa la situación desbordante o por el contrario las reprima, de manera que la situación a la que habría que enfrentarse no varía. Por otro lado, evitar la situación ya sea de forma cognitiva o conductual, implicaría estrategias evitativas. Por último, las estrategias enfocadas en la tarea consisten en enfrentarse a la situación gracias a la confianza en las propias estrategias conductuales y cognitivas y así, conseguir reducir el estrés y hacer frente a la situación.

La revisión sistemática de Riera-López et al. (2019) muestra que las estrategias menos adaptativas de afrontamiento están asociadas con la psicosis, mayoritariamente las enfocadas en la emoción, mientras que las estrategias más activas, es decir, las enfocadas en la tarea, tienen una correlación negativa con la psicosis (Allott et al., 2015, como se citó en Vila-Badia, 2018), además de estar relacionadas con los sujetos sanos y un nivel de educación más alto. Más concretamente las personas que han experimentado un PEP, siguen estrategias de autoayuda, como rezar o leer, cambian de ambiente para dejar la experiencia atrás, se hacen más selectivos con sus relaciones sociales, minimizan información preocupante, buscan asistencia y ayuda para tener apoyo o siguen la estrategia de normalización (Woodside et al., 2008, como se citó en Riera-López et al., 2019).

Siguiendo en esta línea, la literatura ha demostrado que distintas variables psicológicas están relacionadas con el tipo de estrategias de afrontamiento de cada sujeto, como es la personalidad o la autoeficacia (Beauchamp et al., 2013, como se citó en Riera-López, 2019). En primer lugar, algunos rasgos de personalidad como la simpatía o agradabilidad, la

concienciación o estado consciente, la apertura y la extraversión están relacionados con estrategias de afrontamiento más eficaces. En segundo lugar, la creencia en la propia competencia ha demostrado estar relacionada con un mejor afrontamiento en situaciones complicadas (Schmidt et al., 2014, como se citó en Riera-López, 2019). Esto sugiere que la autoestima y la desesperanza deben ser consideradas en intervenciones para reducir los efectos del autoestigma respecto a la enfermedad (Vass et al., 2015, como se citó en Riera-López, 2019). Dentro de este factor protector, la literatura plantea la posibilidad de diferencias de género. Por ejemplo, en cuanto a las estrategias de afrontamiento, los hombres siguen estrategias más antisociales o agresivas que las mujeres, mientras que estas siguen más las estrategias prosociales como la búsqueda de apoyo, o estrategias más pasivas como la evitación (Dunahoo et al., 1998, como se citó en Vila-Badia, 2018). En cuanto a la relación existente entre el tipo de estrategias de afrontamiento y la sintomatología psicótica, Endler y Parker (1990) asocian el afrontamiento centrado en la emoción y el evitativo con un mayor nivel de sintomatología psicótica, tanto positiva como negativa (como se citó en Vila-Badia, 2018).

3.3. Factores Sociales

El apoyo social es uno de los factores de protección más importantes para un PEP. Según Cornes et al. (1994) el apoyo social percibido y accesible es un recurso muy importante en la protección no solo de la psicosis, sino de la salud mental y física en general (como se citó en Butjosa et al., 2014). Gracias a la definición de Vila-Badia (2018), entendemos por apoyo social el sentimiento de pertenencia a una red social en la cual existe la valoración subjetiva de ser aceptado, apreciado y respetado por los demás. Los estudios demuestran que las personas con psicosis definen sus redes sociales como más pequeñas, con menos interacción y menos satisfactorias (Gayer-Anderson y Morgan, 2013; MacDonald et al., 2000; Palumbo et al., 2015; Reininghaus et al., 2008; Veiling et al., 2010, como se citó en Vila-Badia, 2018). El apoyo social percibido correlaciona inversamente con el nivel de sintomatología depresiva en los pacientes con un PEP (Kaiser et al., 2006; Santini et al., 2015; Sündermann et al., 2014, como se citó en Vila-Badia, 2018).

Por otro lado, el estigma de la sociedad, de las personas cercanas y el interiorizado por el paciente tras una experiencia psicótica es un factor muy importante en la recuperación

(McGorry y Killackey, 2002, como se citó en Ienciu et al., 2010). Las personas evitan la etiqueta social de enfermedad por miedo, y en consecuencia retrasan la búsqueda de ayuda profesional (García-Álvarez et al., 2014). Por el contrario, la conciencia de enfermedad sin estigma está asociado a la mejora de adherencia al tratamiento (García-Álvarez et al., 2014), por lo que este podría ser clasificado como un factor de protección.

Por último, algunos de los factores de protección putativos en relación con los trastornos psicóticos son el alto estatus socioeconómico parental y el acceso social en el barrio (O'Donoghue et al., 2016; Kwok, 2014, como se citó en Radua et al., 2018).

4. Diagnóstico Temprano Diferencial

Algo esencial para que el tratamiento del PEP sea eficaz es el diagnóstico temprano y diferencial. Esto permite lograr una programación psicosocial y psicofarmacológica adecuada para las necesidades de cada sujeto y así promover la recuperación y los resultados de esta (EDMP, 2002; McClellan, 2018).

Existe una amplia variedad de escenarios sintomatológicos dentro de un PEP que pueden dificultar el diagnóstico temprano, de manera que es esencial familiarizarse con los posibles rasgos de la psicosis y la historia de evolución de un episodio psicótico (EDMP, 2002). Por este motivo es muy importante valorar los pródromos psicóticos y así avanzar en el diagnóstico, sobre todo si se trata de individuos, adolescentes o jóvenes adultos, con cambios persistentes en el funcionamiento, comportamiento o personalidad, y especialmente si hay otros factores de riesgo psicótico presentes. Por esta razón es tan importante evaluar de manera específica posibles alucinaciones y delirios (EDMP, 2002). En consecuencia, elaborar diagnósticos rígidos y demasiado específicos puede hacer que sean no solo poco fiables, sino tener efectos iatrogénicos en el optimismo del profesional y del cliente, al igual que en el potencial de su recuperación. Es por esto que, en la práctica clínica contemporánea los profesionales suelen referirse a la psicosis como una abreviatura de los trastornos psicóticos en general, en vez de ceñirse a una etiqueta específica (EPGWG, 2010). Según el modelo de estadificación clínica, al definir el trastorno como un continuo, los tratamientos ofrecidos en el curso más temprano de la psicosis tienen el potencial de ser más seguros, aceptables, efectivos y asequibles que los que se plantean en estadios más avanzados (EPGWG, 2010).

Para poder llevar a cabo el diagnóstico de la manera más temprana posible, existen dos tipos de instrumentos de detección del alto riesgo en síntomas básicos o prodrómicos cognitivos y perceptivos: el Criterio de Riesgo de Síntomas Básicos Cognitivo-Perceptivos (COPER) y el Criterio de Alto Riesgo de Síntomas Básicos de Trastornos Cognitivos (*Cognitive Disturbances*) (COGDIS). Gracias a estas escalas es posible identificar sujetos con alto riesgo de desarrollar psicosis, ya que los síntomas evaluados en ellas son lo suficientemente frecuentes en la fase prodrómica, a la vez que suficientemente poco comunes en las personas que no desarrollan psicosis, como para considerarlos valiosos para la detección temprana de la psicosis (Schultze-Lutter et al., 2012).

A pesar de esto, es igualmente importante conocer todas las posibilidades diagnósticas. Dentro de estas, los trastornos más comunes son la esquizofrenia y el trastorno bipolar tipo I, con su pico de aparición entre la adolescencia y la adultez temprana, y un impacto de alrededor del 2% en la población. La depresión psicótica también tiene una prevalencia alta, de entre el 0.35% y el 1%, dentro de la población, con una ratio más alto dentro de la etapa de la adultez (McClellan, 2018). Para poder diferenciar la esquizofrenia de los episodios maníacos, el factor clave es la ausencia de síntomas negativos en la manía. Sin embargo, estos síntomas pueden dificultar la diferenciación con la depresión. Por otro lado, la incapacidad de conciliar el sueño por su alta activación es común en la manía y el sueño interrumpido es más característico de la esquizofrenia. En cualquier caso, la historia psiquiátrica familiar en ocasiones da información acerca de los posibles diagnósticos debido al factor hereditario (McClellan, 2018).

Otro reto diagnóstico es diferenciar en jóvenes el trastorno del espectro autista y los síntomas psicóticos. La diferencia principal es que en el autismo las deficiencias cognitivas y las creencias idiosincráticas parten de patrones de funcionamiento de base, y por el contrario, los síntomas psicóticos aparecen cambiando el estado mental y el funcionamiento de la persona (McClellan, 2018). Por otra parte, es importante diferenciar en niños y adolescentes experiencias de alto nivel de pensamiento mágico y fantasías de experiencias psicóticas. Por último, otro factor importante para el diagnóstico es la etiología del PEP. Ya que pueden ser secundarios a condiciones médicas, desde efectos secundarios de fármacos, infecciones del sistema nervioso central, síndromes genéticos, etc. a intoxicaciones (McClellan, 2018).

El diagnóstico temprano y diferencial es clave para poder llevar a cabo un tratamiento personalizado. Esto es esencial para que la recuperación del PEP sea eficaz, ya que es el primer paso para poder comenzar el proceso de intervención y recuperación cuanto antes (Ienciu et al., 2010).

5. Intervención Temprana

La intervención temprana es definida por Vanilla et al., (2019) como un proceso que comienza por la prevención y sigue por la detección y la aplicación de tratamientos más efectivos e inmediatos a la fase aguda de la psicosis, en personas entre 14 y 35 años o que se encuentran dentro de los primeros tres años del trastorno.

Los estudios más actualizados acerca de la psicosis han enfocado el análisis en el tratamiento temprano y la intervención, al igual que en el diagnóstico en fases iniciales (fase prodrómica), ya que es uno de los aspectos más importantes para la recuperación o incluso prevención del PEP (Ienciu et al., 2010). La duración de la psicosis sin tratar, desde el momento de la aparición de los primeros síntomas hasta el inicio del tratamiento adecuado, es proporcional a la alta o baja funcionalidad y recuperación de la persona. Cuanto menor sea el tiempo sin tratar, más rápida y mejor se dará la recuperación o remisión, con menor deterioro cognitivo, menos síntomas tanto positivos como negativos y mejor será la funcionalidad social del sujeto (EPGWG, 2010; Ienciu et al., 2010). De ahí la importancia de la intervención temprana. Estudios muestran que factores como la familia, las personas significativas y el estigma, tanto social y familiar como el autoestigma, tienen gran peso a la hora de que alargue el periodo de tiempo sin tratamiento. En la familia, por ejemplo, influye mucho el mecanismo de afrontamiento (ignorar, evitar, esconder, buscar otras explicaciones, etc.) con el que se tome la nueva situación, al igual que la historia familiar con la salud mental (Ienciu et al., 2010).

La programación se basa en algunos componentes esenciales que guían la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Internacional para la Psicosis Temprana (IEPA) (Vallina et al., 2019). De manera concisa se recogen cinco puntos esenciales que deben estar incluidos en todos los métodos de trabajo para la detección y evaluación temprana (Bertolote y McGorry, 2005, como se citó en Vallina et al., 2019): 1) Tratamiento farmacológico y psicosocial; 2) Énfasis en la fase aguda y la comorbilidad; 3) Apoyo en áreas

de trabajo y educación; 4) Trabajo profesional interdisciplinar; 5) Estilo de trabajo flexible y adaptado al individuo.

Un ejemplo concreto, siguiendo en esta línea de trabajo, es el programa estadounidense llevado a cabo en 2015 por el National Institute of Mental Health's Recovery After an Initial Schizophrenia Episode (RAISE): NAVIGATE. Consiste en un programa de tratamiento multicomponente, basado en el trabajo en equipo. Está diseñado para ser aplicado a los tratamientos rutinarios con el objetivo de guiar a las personas con un PEP, asimismo a sus familiares, hacia la salud mental y funcional, haciendo hincapié en los componentes psicosociales. Los servicios clave que ofrece este programa incluyen la educación familiar, el entrenamiento individual en resiliencia, apoyo laboral y educativo, y un tratamiento farmacológico individualizado. NAVIGATE adopta un enfoque de toma de decisiones compartida centrada en los puntos fuertes y en la resiliencia. Además, en este programa es esencial la colaboración con los pacientes y las familias en la planificación y revisión del tratamiento (Mueser et al., 2015).

De manera usual, una vez se le da comienzo a la intervención, la experiencia subjetiva y única de cada persona queda olvidada o como poco obviada. Al tener una programación y un tratamiento en trastornos de salud mental grave suele ser fácil desvincular al paciente del proceso, respondiendo solo a los objetivos y a la programación. Sin embargo, Eisenstadt et al. (2012) plantean la vivencia de recuperación como un proceso subjetivo, de manera que los factores individuales son una dimensión crucial para la recuperación. Dos de los factores que se nombran en este estudio es la esperanza y el propio esfuerzo por recuperarse, de manera que los pacientes se responsabilizan de su evolución, se empoderan y en consecuencia el proceso se ve favorecido. Otro factor individual son las expectativas de futuro, ya que tener proyectos relacionados con el trabajo, el estudio o el amor de pareja hace que la psicosis no sea experimentada como algo que haya interrumpido el proyecto vital (Eisenstadt et al., 2012). A raíz de esto, también es muy importante el significado que se le da a esta experiencia: enfocarlo desde una perspectiva de oportunidad al cambio, de madurez y aprendizaje, hace que la recuperación sea más prolífera, dando lugar a un gran nivel de introspección y autoconocimiento (Eisenstadt et al., 2012).

6. Tratamientos Basados en la Evidencia

El tratamiento integrado hace referencia a la combinación del *tratamiento farmacológico* y el *tratamiento psicosocial* basado en las necesidades de los individuos según la fase del trastorno en la que se encuentren.

6.2. Tratamiento Farmacológico

El tratamiento farmacológico consiste principalmente en la medicación de antipsicóticos y medicamentos necesarios para tratar la comorbilidad, y va dirigido a reducir los síntomas psicóticos y para la prevención de recaídas (Masanet et al., 2016; McClellan, 2018).

Este tratamiento se aplica desde la fase prodrómica de la psicosis, aunque no es considerado como la primera opción si los síntomas no interfieren en el funcionamiento de la persona. El objetivo principal de estos fármacos es reducir y llegar a eliminar la sintomatología sobre todo en la fase aguda (EPGWG, 2010). Para personas con un PEP con una remisión completa, se recomienda mantener la terapia farmacológica de uno a dos años después de la cesación de los síntomas. Por esto la monitorización de la evolución del paciente, como última etapa del tratamiento, es esencial, tanto como para prevenir recaídas, como para variar las dosis del fármaco o para llevar a cabo un tratamiento colateral que atienda a los desequilibrios en el estado de ánimo o en la conducta (McClellan, 2018). Debido al importante impacto que estos medicamentos tienen en los pacientes, se recomienda que el tratamiento farmacológico destinado a las comorbilidades se aborde después de que los síntomas psicóticos hayan sido atenuados por los fármacos antipsicóticos específicos (EPGWG, 2010).

Los antipsicóticos de segunda generación deben ser la primera opción en este tratamiento, ya que la evidencia muestra una mejor tolerancia a este tratamiento, además de que estos provocan menos síntomas extrapiramidales (temblores, mareos, rigidez, etc.) (EPGWG, 2010). Estos medicamentos conllevan una serie de efectos secundarios generalmente notorios para la persona, que van desde retención de líquidos y subida de peso a problemáticas en el sistema nervioso central o aplanamiento del estado de ánimo además de muchos otros (McClellan, 2018). Es por esto, que el tratamiento elegido, tiene que ser individualizado según los beneficios y los efectos secundarios en cada paciente.

5.2.1. Tratamiento Psicosocial

El tratamiento psicosocial trata de abordar la comorbilidad (abuso de sustancias, riesgo suicida, ideas autolíticas, ansiedad, etc.) y los déficits funcionales provistos por el brote, así como mejorar distintos ámbitos afectados, como las interacciones sociales, el autocuidado o el rendimiento escolar o laboral y redirigir la calidad de vida, además de trabajar en la prevención de recaídas (McClellan, 2018). Este tipo de procedimiento incluye apoyo en todas las áreas de la persona, de ahí la importancia a la intervención educativa y psicoterapéutica.

Bechdolf et al., (2012) presentan ciertos factores significativos en el tratamiento por su influencia en el curso de recuperación o incluso en la prevención. Estos consisten en las habilidades para llevar a cabo una vida social y personal próspera, el trabajo en la percepción y el pensamiento, así como un trabajo personal terapéutico individualizado y el conocimiento acerca del trastorno, gracias a la psicoeducación, por parte no solo del individuo sino de su entorno.

Las intervenciones psicológicas, se incorporan desde las fases de inicio y se rigen por diez principios para establecer planes de intervención psicológica eficaces y seguros (Vallina et al., 2019): 1) La profesionalidad estará basada en una visión psicosocial actualizada; 2) El trabajo tendrá lugar en un clima de esperanza y optimismo enfocado a la recuperación; 3) Se deberá lograr que el paciente consiga el máximo nivel de control sobre su propia vida; 4) Los tratamientos han de ser basados en la evidencia y en las guías clínicas; 5) El paciente tiene derecho a conocer los planes de cuidado; 6) Tendrán que ser combinadas las áreas farmacológicas, sociales y psicológicas igualmente; 7) El tratamiento ha de ser holístico; 8) Trabajar desde el respeto, salvaguardando la dignidad y seguridad de la persona; 9) Tener en cuenta la variabilidad e individualidad de cada sujeto; 10) Trabajar sobre el estigma ofreciendo todo el apoyo necesario.

La intervención psicológica también se guía por el modelo de estadificación clínica, por eso dentro de cada fase se definen unos objetivos específicos, incluyendo tanto a los pacientes como a los familiares, que las terapias deben conseguir adecuando el proceso a cada individuo (AEN, 2009; Baird et al., 2012; Vallina et al., 2012; Vallina, 2014, como se citó en Vallina et al., 2019). En la fase prodrómica, la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) ha sido la principal intervención psicológica estudiada de manera independiente a los demás tratamientos. En esta fase la terapia desafía los patrones de pensamiento y el comportamiento asociado a ellos.

La TCC enfoca su trabajo a mejorar la comprensión de los síntomas, mediante la psicoeducación y normalización de las experiencias basándose en un modelo biopsicosocial, también se trabaja a través de la “prueba de realidad” de los pensamientos delirantes y alucinaciones, el entrenamiento en estrategias de afrontamiento eficaces ante los síntomas potencialmente positivos y la promoción de la autovigilancia de los síntomas para establecer relaciones con el nivel de estrés (EPGWG, 2010). Con respecto a los síntomas negativos se lleva a cabo una programación de actividades placenteras y una reestructuración cognitiva de los esquemas cognitivos autodestructivos y negativos. Por último, se trabaja en reforzar las estrategias de afrontamiento para reducir el impacto de estresores y, por lo tanto, también de síntomas adicionales o más graves, mediante técnicas como: psicoeducación sobre el estrés, monitorización del estrés, técnicas para la gestión del estrés, etc. Gracias a este tipo de intervención se puede conseguir prevenir o atrasar la transición a la psicosis (EPGWG, 2010).

En la fase aguda del PEP la evidencia hace referencia a la eficacia de la TCC y la Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC). La TCC adaptada a la psicosis, se llevó a cabo por Lewis et al., (2002) en el estudio SoCRATES (como se citó en Vallina et al., 2019). En este estudio se desarrollan tres etapas: 1) Enganche, evaluación de los síntomas y psicoeducación psicótica; 2) Lista de problemas según las prioridades y su viabilidad; 3) Intervención y monitorización. Por otro lado, la TAC para la psicosis, desarrollada por Gaudiano y Herbert (2006), consiste en el abordaje de un conjunto de temas, según un esquema de trabajo específico en las sesiones, desde un enfoque de aceptación y/o mindfulness. Los temas que se deben abordar son: la disposición conductual como alternativa al control/lucha, la trabajabilidad en las estrategias de afrontamiento, la aceptación de las experiencias incontrolables y controlables, y el trabajo de los pensamientos como productos mentales (como se citó en Vallina et al., 2019).

Una vez se supera la fase aguda, llega la fase de recuperación inicial. Esta fase se caracteriza por el autoestigma, la pérdida, la desesperanza o la evitación de relaciones interpersonales entre otras cosas. Actualmente se dispone de una gran variabilidad de tratamientos psicológicos validados en los que alguno de los objetivos son la reconstrucción de la identidad diferenciada del Yo de la psicosis, la aceptación autocompasiva, implicación tanto del paciente como de la familia en el proceso o tratamiento de la comorbilidad, entre otros (Vallina et al., 2019). Según Vallina et al., (2019) los tratamientos psicológicos a los que hace referencia la literatura basada en la evidencia empírica son: la terapia de orientación

cognitiva para la adaptación a la psicosis temprana, la terapia cognitiva interpersonal para la recuperación y prevención de recaídas en la psicosis, el entrenamiento individual en resiliencia, la terapia de aceptación y compromiso para la disfunción emocional secundaria a la psicosis temprana, el tratamiento sistemático de la psicosis persistente, la psicoterapia positiva para la psicosis, el entrenamiento metacognitivo, la terapia cognitivo-conductual para síntomas negativos y la terapia basada en mindfulness para la recuperación de un primer episodio psicótico.

Dentro de este tratamiento la intervención familiar tiene un papel a destacar, ya que esta influye en la mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico, y del funcionamiento social, además de reducir el nivel de estrés en casa, y mejorar el acompañamiento en el proceso de recuperación (McClellan, 2018). El trabajo con familiares varía mucho según las necesidades de cada sistema familiar. Sin embargo, existe evidencia acerca de elementos en común para cualquier intervención con familias en un PEP. Según Lobban y Barrowclough (2009), estos puntos en común consisten en ofrecer apoyo temprano, proporcionar espacio para compartir la experiencia de cada miembro familiar, explicar la funcionalidad del tratamiento, el establecimiento de metas claras, la psicoeducación, la aproximación flexible y la supervisión del trabajo (como se citó en Vallina, 2019).

7. Conclusiones

En el presente trabajo se ha llevado a cabo un profundo estudio del PEP a partir del análisis de la bibliografía psicótica. Con la definición del PEP, sus síntomas y fases, se plantea un marco teórico que facilite la comprensión del análisis de los factores tanto de riesgo como de protección, así como el diagnóstico y la intervención con los tratamientos más actualizados y eficaces.

Según el análisis bibliográfico, la explicación más acogida del PEP se basa en el modelo vulnerabilidad-estrés (Zubin y Spring, 1977). Gracias a ello, se comprende el PEP como una respuesta ante el impacto del estrés en personas vulnerables a este. Esta vulnerabilidad es entendida en un pretexto biopsicosocial, de manera que puede tratarse de una vulnerabilidad innata y/o de una vulnerabilidad ambiental (EPGWG, 2010).

Los factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad y, en consecuencia, la probabilidad de la aparición del PEP, se han clasificado según su origen biopsicosocial. Dentro de los biológicos, el trabajo se ha centrado en factores perinatales y prenatales (Davies et al., 2020), el consumo de drogas (Beckham et al., 2019; Ortiz-Medina et al., 2018; Wisdom et al., 2011) y el postparto (Bergink et al., 2016; Meltzer-Brody et al., 2018). En los psicológicos destacan el apego inseguro (Carr et al., 2018; Mathews et al., 2014), el estrés percibido (Vila-Badia, 2018), la emoción expresada (Brown et al., 1972) y el trauma (Vila-Badia, 2018). Por último, en los factores sociales se han recogido los acontecimientos vitales estresantes (Vila-Badia, 2018), la adolescencia o adultez temprana (Masanet et al., 2016) y la inmigración (O'Donoghue et al., 2016). Por otro lado, los factores de protección que muestra este trabajo según esta misma clasificación son: en los biológicos la edad materna de 20 a 29 y el peso del bebé al nacer (Davies et al., 2020), la ausencia de obesidad materna en el embarazo (Radua et al., 2018) o la poca afectación cognitiva (García-Álvarez et al., 2014) entre otros; la resiliencia (Butjosa et al., 2014; Vila-Badia, 2018), el apego seguro (Harder, 2014), las estrategias de afrontamiento (Riera-López et al., 2019; Vila-Badia, 2018), la personalidad o la autoeficacia (Riera-López et al., 2019) son algunos de los psicológicos; y para finalizar, el apoyo social (Butjosa et al., 2014), la conciencia de enfermedad sin estigma (García-Álvarez et al., 2014; Ienciu et al., 2010) o el estatus socioeconómico (Radua et al., 2018), constituyen los factores de protección sociales.

En cuanto al curso de evolución del PEP, este comienza en la fase prodrómica, en la cual aparecen una serie de síntomas psicóticos y no psicóticos que alertan del riesgo de aparición de una crisis psicótica (Belloso, 2014; McClellan, 2018; Prakash et al., 2011). Los síntomas prodrómicos son muy diversos y se presentan en distintas áreas de la persona, afectando en el estado de ánimo, el estado físico o el cognitivo, la conducta, ocasionando experiencias pseudo-psicóticas, etc. (EPGWP, 2010). La literatura psicótica da mucha importancia a los pródromos ya que cuanto antes se dé su detección, antes se podrá evitar que tenga cabida el PEP o en caso de que se desarrolle, mejor y más rápida será la recuperación (Ienciu et al., 2010; Meana, 2016).

Los síntomas positivos, negativos, cognitivos y desorganizados son los otros cuatro tipos de síntomas psicóticos que aparecen en la fase aguda (APA, 2013), es decir con la crisis psicótica: los síntomas positivos consisten en alucinaciones y delirios (Aznar et al., 2019; McClellan, 2018), son los más característicos y en los que se ha centrado la intervención

mayoritariamente desde el nacimiento del tratamiento de la psicosis; los síntomas negativos se definen por ser déficits funcionales (Shultze-Lutter et al., 2012); los síntomas cognitivos consisten en afecciones en las funciones ejecutivas (Pena-Garijo y Monfort-Escrig, 2020); y los síntomas desorganizados son pensamientos y conductas extrañas (McClellan, 2018). A continuación, en la fase de estabilización se produce consecutivamente una reducción de los síntomas (EPGWG, 2010). Finalmente, el curso del PEP concluye con la remisión completa de los mismos, en lo que consiste la fase de recuperación (Belloso, 2014). No obstante, si esto no llega a pasar y la recuperación es incompleta, podrá darse la fase de recaída (EPGWG, 2010). Por consiguiente, el curso del PEP puede dividirse en: fase prodrómica, fase aguda, fase de estabilización, fase de recuperación y fase de recaída.

Por otro lado, el modelo de estadificación clínica (McGorry et al., 2006), esencial tanto para la evaluación como para el tratamiento, plantea el curso del PEP en estadios. El estadio 0-1 haría referencia a la fase prodrómica, en la que el sujeto está en riesgo de desarrollar un PEP; el estadio 2 se corresponde con la fase aguda y la fase de estabilización, ya que agrupa a las personas que han sufrido la crisis psicótica; en el estadio 3 se encuentran las personas en fase de recuperación aproximándose a la remisión o fase de recaída; y el estadio 4 se refiere al trastorno crónico grave (Kommesch et al., 2014).

El conocimiento de los síntomas y las etapas facilita la comprensión del curso del PEP, lo cual es esencial para el diagnóstico y tratamiento temprano, individualizado y focalizado en las necesidades del sujeto (EDMP, 2002; McClellan, 2018). La intervención temprana basada en objetivos según cada etapa planteada por el modelo de estadificación clínica está orientado a la recuperación e incluso a la prevención en las fases de alto riesgo (Ienciu et al., 2010; EPGWG, 2010; Vanilla et al., 2019). La literatura actual demuestra que el diagnóstico diferencial y el tratamiento temprano integral influyen en el desarrollo de la psicosis con resultados más positivos, hacia la remisión completa y la prevención del PEP cuando no se ha desarrollado la crisis psicótica (Ienciu et al., 2010; McClellan, 2018; Schultze-Lutter et al., 2012).

En la fase de recuperación juega un papel esencial la autonomía del paciente (Vanilla et al., 2019). Por ejemplo, consultar con los pacientes el tipo de tratamiento que se trabajará incluye a la persona respetuosamente en el proceso, el desarrollo de habilidades de autocuidado, el aprendizaje de la autovigilancia para tener mayor sensación de control ante

el estrés, y el entrenamiento en otras habilidades como las estrategias de afrontamiento o la reducción del autoestigma, favorecen la recuperación (EPGWG, 2010; Mueser et al., 2015; Vanilla et al., 2019). Estas variables, además de otras como la aceptación autocompasiva o la autoeficacia, mejoran la autoestima del paciente, mejoran la adherencia al tratamiento y, en consecuencia, la recuperación (Riera-López, 2019; Vanilla et al., 2019). Todas estas áreas de trabajo forman parte del tratamiento psicosocial, el cual tiene un peso igual de importante que el tratamiento farmacológico. Este tratamiento hace referencia tanto al sujeto como a sus familiares, ya que la intervención familiar contribuye positivamente en la recuperación (Ienciu et al., 2010; EPGWG, 2010; Vanilla et al., 2019). Asimismo, el trabajo psicosocial parece mejorar los efectos del tratamiento farmacológico gracias a la adherencia al tratamiento (Mathews et al., 2014; McClellan, 2018), la psicoeducación (Bechdolf et al., 2012; EPGWG, 2010; Vanilla et al., 2019) o el abordaje a los efectos secundarios de los antipsicóticos (EPGWG, 2010; McClellan, 2018).

Los tratamientos psicológicos basados en la evidencia desde la fase inicial del PEP son efectivos en la mayoría de los casos. Estas intervenciones también se centran en el trabajo por objetivos según la fase del PEP. Dos de las terapias más estudiadas y aplicadas en este campo debido a su eficacia, son la TCC y la TAC, ambas adaptadas al PEP. Estas dos terapias tienen muchas posibilidades de trabajo las cuales deben ser seleccionadas según las necesidades y habilidades del individuo. Abarcan desde el mindfulness hasta el entrenamiento en habilidades concretas o la terapia cognitiva, además de muchas otras terapias concretas (Vanilla et al., 2019).

A pesar de que la investigación acerca del PEP va en aumento en los últimos años, todavía es necesario más estudio sobre del tema. Una de las áreas más importantes en las que hace falta investigación es en los factores de protección. Este trabajo ha encontrado que generalmente la literatura define los factores protectores como la ausencia de los de riesgo, lo cual es un error de concepto. Los factores de protección funcionan como reductores de la vulnerabilidad y disminuyen la probabilidad de experimentar un PEP, sin embargo, la ausencia de factores de riesgo únicamente no aumenta la probabilidad de padecerlo. Esto es esencial si se quiere trabajar en la prevención de la psicosis y en la promoción de la salud mental. Por otra parte, a la luz de la información recogida, la psicoeducación en la sociedad acerca de trastornos psicológicos graves es esencial para acabar con el estigma, la humillación y la vergüenza con la que viven los pacientes de este tipo de trastornos aún hoy en día. Por

consiguiente, un programa público de psicoeducación, prevención y promoción de bienestar psicológico sería idóneo para afrontar las dificultades en este campo, aumentar la normalización de la psicosis y reducir el impacto que estos trastornos tienen en la vida de las personas.

A propósito de las limitaciones de este trabajo, es importante hacer referencia a que la evidencia empírica es más amplia que la que este estudio ha recogido, en consecuencia, el análisis es limitado. Por otro lado, los artículos recogidos y en los que se basa la presente revisión bibliográfica están desarrollados únicamente en inglés y español. Por estos motivos es altamente probable que ciertas variables, factores, tratamientos o modelos explicativos, no hayan sido expuestos.

8. Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. (5.ª ed.). American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Aznar Moya, J. A., Balanza Martínez, P., Castillo Bueno, M. D., Martín García, J. C., Martínez Tudela, I., Martínez-Artero, M. C., Moreno Ramos, J., Pujalte Martínez, M. L., Salmerón, J. M., San Llorente Portero, C., Sánchez Alonso, R., Serrano Bueno, F., del Toro Mellado, M., & Viñas Pifarre, R. (2009). Guía Práctica Clínica para el Tratamiento de la Esquizofrenia en Centros de Salud Mental. *Servicio Murciano de Salud*.
- Bechdolf, A., Wagner, M., Ruhrmann, S., Harrigan, S., Putzfeld, V., Pukrop, R., Brockhaus-Dumke, A., Berning, J., Janssen, B., Decker, P., Bottlender, R., Maurer, K., Möller, H. J., Gaebel, W., Häfner, H., Maier, W., & Klosterkötter, J. (2012). Preventing progression to first-episode psychosis in early initial prodromal states. *British Journal of Psychiatry*, 200(1), 22–29. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.066357>
- Beckmann, D., Lowman, K. L., Nargiso, J., McKowen, J., Watt, L., & Yule, A. M. (2020). Substance-induced Psychosis in Youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 29(1), 131–143. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.08.006>
- Belloso Roper, J. J. (2014). Intervención Psicoterapéutica en Primeros Episodios Psicóticos: Un Programa de Tratamiento en una Unidad de Transición. *Clínica Contemporánea*, 5(2), 161–179. <https://doi.org/10.5093/cc2014a12>

- Bergink, V., Rasgon, N., & Wisner, K. L. (2016). Postpartum Psychosis: Madness, Mania, and Melancholia in Motherhood. *American Journal of Psychiatry*, *173*(12), 1179–1188. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16040454>
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Brown, G. W., Birley, J. L. T., & Wing, J. K. (1972). Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Disorders: A Replication. *British Journal of Psychiatry*, *121*(562), 241–258. <https://doi.org/10.1192/bjp.121.3.241>
- Butjosa, A., Gómez-Benito, J., & Ochoa, S. (2014). Acontecimientos vitales estresantes y primer episodio psicótico. *Psiquiatría Biológica*, *21*(2), 43–58. <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2014.05.001>
- Carr, S. C., Hardy, A., & Fornells-Ambrojo, M. (2018). Relationship between attachment style and symptom severity across the psychosis spectrum: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *59*, 145–158. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.12.001>
- Davies, C., Segre, G., Estradé, A., Radua, J., de Micheli, A., Provenzani, U., Oliver, D., Salazar De Pablo, G., Ramella-Cravaro, V., Besozzi, M., Dazzan, P., Miele, M., Caputo, G., Spallarossa, C., Crossland, G., Ilyas, A., Spada, G., Politi, P., Murray, R. M., . . . Fusar-Poli, P. (2020). Prenatal and perinatal risk and protective factors for psychosis: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, *7*(5), 399–410. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30057-2](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30057-2)
- The Early Diagnosis and Management of Psychosis. (2002). *ORYGEN Youth Health*. https://oyh.org.au/sites/default/files/gp_manual.pdf
- Early Psychosis Guidelines Writing Group. (2010). AUSTRALIAN CLINICAL GUIDELINES FOR EARLY PSYCHOSIS SECOND EDITION. *Orygen, The National Centre of Excellence in Youth Mental Health*.
- Eisenstadt, P., Monteiro, V. B., Diniz, M. J., & Chaves, A. C. (2012). Experience of recovery from a first-episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, *6*(4), 476–480. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2012.00353.x>
- García Ramos, P. R., Moreno Pérez, A., Freund Llovera, N., & Lahera Forteza, G. (2012). Factores asociados a la Emoción Expresada familiar en la Esquizofrenia: implicaciones terapéuticas. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, *116*(32), 740–756. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352012000400005>

- García-Álvarez, L., Lemos-Giráldez, S., Vallejo-Seco, G., Ordóñez-Cambor, N., Paino, M., Burón-Fernández, P., Vallina-Fernández, O., Fernández-Iglesias, P., & Solares-Vázquez, J. (2014). Factores clave de la recuperación en trastornos psicóticos. *Anuario de Psicología/The UB Journal of Psychology*, *44*(2), 136–149.
- Geddes, J. R., Verdoux, H., Takei, N., Lawrie, S. M., Bovet, P., Eagles, J. M., Heun, R., McCreadie, R. G., McNeil, T. F., O’Callaghan, E., Stober, G., Willinger, U., & Murray, R. M. (1999). Schizophrenia and Complications of Pregnancy and Labor: An Individual Patient Data Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, *25*(3), 413–423.
<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033389>
- Harder, S. (2014). Attachment in Schizophrenia--Implications for Research, Prevention, and Treatment. *Schizophrenia Bulletin*, *40*(6), 1189–1193. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu133>
- Ienciu, M., Romosan, F., Bredicean, C., & Romosan, R. (2010). FIRST EPISODE PSYCHOSIS AND TREATMENT DELAY – CAUSES AND CONSEQUENCES. *Psychiatria Danubina*, *22*(4), 540–543.
- Kommescher, M., Gross, S., Pützfeld, V., Klosterkötter, J., & Bechdorf, A. (2015). Coping and the stages of psychosis: an investigation into the coping styles in people at risk of psychosis, in people with first-episode and multiple-episode psychoses. *Early Intervention in Psychiatry*, *11*(2), 147–155. <https://doi.org/10.1111/eip.12223>
- Li, A. W., Hui, C. L., Lee, E. H., Chang, W., Chan, S. K., & Chen, E. Y. (2019). Gender differences in correlates of cognition in first-episode psychosis. *Psychiatry Research*, *271*, 412–420. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.011>
- Masanet García, M. J., Lacruz Silvestre, M., Martínez Pastor, C., Giménez De Llano, E., Martínez Giner, G., Camañes Fores, C., Romeu Climent, J., de Vicente Muñoz, T., Escartí Fabra, M. J., Sanjuan, J., Pérez Marín, E., Palmer Viciado, R., García Fernández, L., Frades García, B., Navarro García, T., & López Cócera, J. (2016). ATENCIÓN A PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS. http://www.san.gva.es/documents/156344/6716088/20161026_PROGRAMA+PRIMEROS+EPISODIOS+PSIC%C3%96TICOS_CAST.pdf
- Mathews, S., Onwumere, J., Bissoli, S., Ruggeri, M., Kuipers, E., & Valmaggia, L. (2014). Measuring attachment and parental bonding in psychosis and its clinical implications.

Epidemiology and Psychiatric Sciences, 25(2), 142–149.

<https://doi.org/10.1017/s2045796014000730>

McClellan, J. (2018). Psychosis in Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57(5), 308–312.

<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.01.021>

Meana, R. J. (2014). Algunos trazos para comprender mejor a las personas con esquizofrenia. En J. P. Núñez & M. T. Ruiz (Eds.), *SUFIRIR ESQUIZOFRENIA* (pp. 13–82). Editorial Grupo 5.

Meltzer-Brody, S., Howard, L., Bergink, V., Vigod, S., Jones, I., Munk-Olsen, T., Honikman, S., & Milgrom, J. (2018). Postpartum psychiatric disorders. *Nature Reviews Disease Primers*, 4(1). <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.23>

Mueser, K. T., Penn, D. L., Addington, J., Brunette, M. F., Gingerich, S., Glynn, S. M., Lynde, D. W., Gottlieb, J. D., Meyer-Kalos, P., McGurk, S. R., Cather, C., Saade, S., Robinson, D. G., Schooler, N. R., Rosenheck, R. A., & Kane, J. M. (2015). The NAVIGATE Program for First-Episode Psychosis: Rationale, Overview, and Description of Psychosocial Components. *Psychiatric Services*, 66(7), 680–690.

<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400413>

O'Donoghue, B., Downey, L., Eaton, S., Mifsud, N., Kirkbride, J. B., & McGorry, P. (2020). Risk of psychotic disorders in migrants to Australia. *Psychological Medicine*, 51(7), 1192–1200. <https://doi.org/10.1017/s0033291719004100>

Ortiz-Medina, M. B., Perea, M., Torales, J., Ventriglio, A., Vitrani, G., Aguilar, L., & Roncero, C. (2018). Cannabis consumption and psychosis or schizophrenia development. *International Journal of Social Psychiatry*, 64(7), 690–704.

<https://doi.org/10.1177/0020764018801690>

Pena-Garijo, J., & Monfort-Escrig, C. (2020). Cognición en la esquizofrenia. Estado actual de la cuestión (I): métodos de evaluación y correlatos neurales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 40(137), 109–130. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352020000100007>

Prakash, J., Chatterjee, K., Srivastava, K., & Chauhan, V. (2021). First-episode psychosis: How long does it last? A review of evolution and trajectory. *Industrial Psychiatry Journal*, 30(2), 198–206. https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_38_21

- Radua, J., Ramella-Cravaro, V., Ioannidis, J. P., Reichenberg, A., Phiphophthasanee, N., Amir, T., Yenn Thoo, H., Oliver, D., Davies, C., Morgan, C., McGuire, P., Murray, R. M., & Fusar-Poli, P. (2018). What causes psychosis? An umbrella review of risk and protective factors. *World Psychiatry, 17*(1), 49–66. <https://doi.org/10.1002/wps.20490>
- Riera-López De Aguilera, I., Vila-Badia, R., Usall, J., Butjosa, A., & Ochoa, S. (2019). Coping strategies in first-episode psychosis: A systematic review. *Early Intervention in Psychiatry, 14*(3), 252–262. <https://doi.org/10.1111/eip.12847>
- Schultze-Lutter, F., Ruhrmann, S., Fusar-Poli, P., Bechdolf, A., G. Schimmelmann, B., & Klosterkötter, J. (2012). Basic Symptoms and the Prediction of First-Episode Psychosis. *Current Pharmaceutical Design, 18*(4), 351–357. <https://doi.org/10.2174/138161212799316064>
- Stouten, L. H., Veling, W., Laan, W., & van der Gaag, M. (2018). Psychopathology, cognition and outcome in Dutch and immigrant first-episode psychosis patients. *Early Intervention in Psychiatry, 13*(3), 646–656. <https://doi.org/10.1111/eip.12561>
- Vallina Fernández, O., Fernández Iglesias, M. P., & Lemos Giráldez, S. (2019). Tratamientos psicológicos para la intervención temprana en psicosis. *FOCAD para la División de Psicología Clínica*.
- Vila-Badia, R. (2018). *Estrés psicosocial y factores protectores en primeros episodios psicóticos*. Re-UNIR. <https://reunir.unir.net/handle/123456789/6469>
- Wisdom, J. P., Manuel, J. I., & Drake, R. E. (2011). Substance Use Disorder Among People With First-Episode Psychosis: A Systematic Review of Course and Treatment. *Psychiatric Services, 62*(9), 1007–1012. https://doi.org/10.1176/ps.62.9.pss6209_1007