



**COMILLAS**  
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y  
SOCIALES

**Psicosis de inicio en la adolescencia**

Autor: Daniel Cossío Miravalles

Directora: María Belén Marina Gras

Madrid

2019/2020

## Índice

Introducción.....	4
Definición .....	4
Metodología y objetivos .....	5
Incidencia y prevalencia en la población .....	5
Evolución histórica.....	6
Dificultades conceptuales y de investigación .....	7
Etiología .....	8
Factores de riesgo .....	8
Modelos explicativos .....	10
Sintomatología, signos y evolución.....	12
Síntomas positivos o productivos .....	12
Síntomas negativos o deficitarios .....	13
Consumo de sustancias.....	13
Cannabis.....	14
Cocaína.....	16
Evaluación y diagnóstico.....	17
Evolución, tratamiento y pronóstico .....	19
Farmacológica .....	24
No farmacológica .....	25
Discusión .....	26
Referencias.....	31

## Resumen

El concepto de psicosis de inicio temprano hace referencia a un conjunto de síntomas psicóticos graves que pueden enmarcarse en diferentes cuadros psicopatológicos y que se presentan antes de los 18 años. Los trastornos psicóticos afectan al el 0,4% de la población comprendida entre los 10 y los 18 años. Mediante la revisión bibliográfica, en este trabajo se pretende recoger el conocimiento actual sobre la psicosis, así como establecer qué formas de intervención podrían ser eficaces. En la adolescencia el factor social es de especial relevancia pues, en esta etapa vital, la búsqueda de un grupo de iguales significativos es una sus principales tareas evolutivas. El estigma es uno de los principales fenómenos sociales que influye en la vida de las personas que sufren un trastorno psicótico. Finalmente, se concluye que los programas de alfabetización en salud mental suponen una buena forma de intervención frente al estigma y el desconocimiento de la población general.

*Palabras clave: psicosis; adolescencia; trastorno psicótico; PIT; psicosis de inicio temprano; PEP; estigma; programas de alfabetización.*

## Abstract

The concept of early onset psychosis refers to a group of psychotic symptoms that can be classified in different psychopathological cases that appear before the age of 18. Psychotic disorders affect 0,4% of the population between 10 and 18 years old. By a bibliographic review, the aim of this work is to go through the current knowledge about psychosis and determine which intervention methods might be the most effective. During the adolescence, the social factor is especially relevant, as the search of a meaningful peer group is considered to be one of main evolutive tasks in this stage. Stigma is one of the principal social phenomena that influence the lives of people with a psychotic disorder. Finally, it is concluded that mental health literacy is a good intervention option against stigma and the general population's lack of knowledge.

*Key words: psychosis; adolescence; psychotic disorder; EOP; early onset psychosis; PSE; stigma; mental health literacy.*

## Introducción

### Definición

Hasta el final del siglo XIX el concepto de *psychose* se empleaba de forma indistinta para referirse a la enfermedad mental. Es a partir de 1861 cuando Griesinger acuña el concepto de “psicosis única”, algo que supone un punto de partida para autores posteriores y la descripción de diferentes enfermedades con sintomatología psicótica. De esta forma, la segunda mitad de este siglo y el siglo XX suponen una transición de la concepción de psicosis única a la consideración de diferentes trastornos psicóticos con cuadros y etiopatogenias diferenciadas (Martín y Payá, 2016).

La psicosis, por tanto, puede conceptualizarse como un síndrome que puede manifestarse a través de diferentes trastornos mentales graves, cuya característica común es la pérdida de contacto con la realidad. El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-V) (2013) encuadra las psicosis dentro de la categoría del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Este manual describe nueve trastornos: la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno psicótico breve, el trastorno delirante, el trastorno psicótico inducido por sustancias, el trastorno psicótico secundario a enfermedad médica, la catatonia asociada a enfermedad médica y el trastorno psicótico no especificado. Sin embargo, los síntomas psicóticos también pueden aparecer en otras patologías que no forman parte del espectro de la esquizofrenia, como en los trastornos del estado de ánimo.

El concepto de psicosis de inicio temprano (PIT) hace referencia a un conjunto de síntomas psicóticos graves que pueden enmarcarse en diferentes cuadros psicopatológicos y que se presentan antes de los 18 años (Martín y Payá, 2016). Dentro del ámbito de las PIT, hace falta también mencionar el concepto de primer episodio psicótico (PEP), que el Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (2014) define como “la presencia, por primera vez, de sintomatología definida como la existencia o sospecha clínica (por desorganización conductual, catatonia, etc.) de delirios y/o alucinaciones, independientemente del tiempo de evolución de los síntomas”.

## **Metodología y objetivos**

El objetivo del presente trabajo es, a través de la revisión crítica de la literatura acerca de las PIT, formar una visión global y multidimensional de la enfermedad, así como de la investigación desarrollada hasta el momento sobre el tema, con el fin de establecer qué líneas de investigación se siguen en la actualidad, además de indagar sobre qué otras podrían ser de interés científico para futuras investigaciones.

De igual manera, en este trabajo se pretende recoger la relevancia de la adolescencia en el desarrollo de un trastorno psicótico y las diferencias que pudiera haber con respecto a otras etapas del desarrollo vital.

Por último, se pretende establecer qué programas de intervención podrían ser de utilidad en adolescentes que padezcan un trastorno psicótico.

## **Incidencia y prevalencia en la población**

Si prestamos atención a las tasas de prevalencia de los síntomas psicóticos aislados en la población, una investigación llevada a cabo por Van Os (como se citó en CIBERSAM, 2014) establece que alrededor del 3-5% de la población muestra este tipo de sintomatología. Sin embargo, si atendemos a los datos de seguimiento, alrededor del 75-90% de las personas con estas características dejaron de presentar sintomatología psicótica.

El Instituto Nacional de Excelencia Clínica (NICE) (como se citó en CIBERSAM, 2014), un organismo británico encargado de proveer orientación en la salud y la prevención y tratamiento de enfermedades, estima la prevalencia de trastornos psicóticos en el 0,4% de la población comprendida entre los 10 y los 18 años, siendo mayor la incidencia a partir de los 15 años. La investigación epidemiológica establece que las alucinaciones y delirios, síntomas clásicos de psicosis, son más frecuentes en población con diagnóstico, aunque no es infrecuente encontrar sintomatología psicótica subclínica en población sin diagnóstico, incluso presentándose con frecuencia en la infancia y la adolescencia. El estudio llevado a cabo por Kelleher establece una prevalencia de síntomas psicóticos en adolescentes entre los 9 y los 12 años del 17%, mientras que entre los 13 y los 18 años es del 7,5% (como se citó en CIBERSAM, 2014).

Cabe destacar que variables demográficas, como la raza, el sexo o la edad, influyen en la incidencia de la psicosis. Una investigación llevada a cabo por The European Network of

National Schizophrenia Networks Studying Gene-Environment Interactions Work Package 2 (EU-GEI WP2) (como se citó en Movimiento Rethinking, 2018) halló que, en la juventud, especialmente los varones, se asocian a un mayor riesgo de desarrollar un PEP. Jongsma et al. (como se citó en Movimiento Rethinking, 2018) estiman que alrededor del 68% de los hombres y del 51% de las mujeres diagnosticadas con un trastorno psicótico sufren el comienzo de la enfermedad antes de los 35 años.

El Movimiento Rethinking, un proyecto desarrollado por un grupo de profesionales de la salud mental, cuyos coordinadores son el doctor Celso Arango y el doctor Benedicto Crespo-Farroco, desarrolló en 2018 el Libro Blanco de la Intervención Temprana en Psicosis, donde recogen que actualmente un octavo de las causas de morbilidad hospitalaria vienen representadas por los trastornos mentales entre los 15 y los 34 años, algo que se eleva hasta el 9,5% de las altas en trastornos mentales en el caso de hombres entre 25 y 34 años. Los trastornos mentales suponen una media de 26,28 días de ingreso hospitalario, en contraposición de los 6,66 días de media que presentan el resto de las causas. Concretamente, la esquizofrenia se encuentra en primer lugar, con un periodo de estancia hospitalaria de entre 37,36 y 80,66 días en los casos ordinarios.

### **Evolución histórica**

La psicosis se ha caracterizado por la heterogeneidad en sus descripciones, etiologías y definiciones a lo largo de la historia; muchos autores han asociado cuadros psicóticos con distintas entidades nosológicas. (Pedreira-Massa, 2009; Martín y Payá, 2016; Enríquez-Sánchez y Ochoa-Madrigal, 2019). Autores como Vispe, Hernández, Ruiz-Flores y García-Valdecasas (2015) y Martín y Payá (2016) recogen la evolución del concepto de psicosis y de las diferentes patologías relacionadas a la misma:

Kraepelin, en 1896 acuña el término “demencia precoz”, con inicio en la infancia y en la adolescencia, haciendo referencia a distintos estados que se caracterizan por afectar a la personalidad y las esferas emocionales y volitivas de la persona.

De Sanctis en 1909 desarrolla el término “demencia precocísima”, que describe diferentes cuadros de personalidad desorganizada en la infancia. Así, este autor plantea por primera vez la distinción entre la psicosis durante la infancia y durante la vida adulta en función de la gravedad, la evolución y velocidad de evolución de la enfermedad hacia la demencia, siendo más rápida y agresiva en el primer caso.

Bleuer sustituye el término demencia precoz de Kraepelin por el de “esquizofrenia” para hacer referencia a la disociación y a la pérdida de asociación que se produce en el pensamiento del enfermo al ver que eran dos patologías distintas.

La aportación del término esquizofrenia fue cobrando fuerza y empezó a servir de base a distintos autores, que daban más importancia a lo social y lo relacional, más que a los síntomas alucinatorios o delirantes. Surge, por tanto, una larga lista de psicopatologías del espectro de la esquizofrenia que se caracterizan por su heterogeneidad. Entre aquellos trastornos psicóticos infantiles o prepuberales destacan, por ejemplo, la “psicosis de motilidad” de Kramer en 1932, el “autismo infantil precoz” descrito por Kanner en 1943, la “psicosis simbiótica” de Malher en 1952, la “esquizofrenia prepupal” de Stutte en 1969, más tarde retomada por Eggers, 1973 o la “psicosis infantil de inicio tardío” de Kolvin en 1971.

El problema que se presentaba hasta ese momento era la diversidad de clasificaciones diagnósticas y cuadros patológicos que ofrecían los diversos autores en función de criterios diferentes, centrándose cada uno en aspectos distintos. Sin embargo, con la llegada del DSM II en 1968 y la CIE-8, muchos de estos trastornos quedan abarcados por el término “psicosis infantil”, una categoría distinta que permitía diferenciarla de la del adulto. Más adelante, con la aparición de la CIE-9 en 1977 y del DSM III en 1980, se produce también la diferenciación entre el autismo y la denominada “esquizofrenia de inicio temprano”, en este caso con los mismos criterios que para el diagnóstico en personas adultas.

### **Dificultades conceptuales y de investigación**

Durante el desarrollo del presente trabajo han interferido distintos factores que han dificultado su elaboración. Entre ellos se destacan las siguientes:

En primer lugar, existe una notable falta de investigaciones en muchos aspectos relacionados con la temática, lo que se traduce en una carencia de resultados concluyentes sobre distintos aspectos de especial relevancia en la materia. Esto se debe a distintos factores como, por ejemplo, el hecho de que la prevalencia de la psicosis de inicio temprano sea muy baja y que, en la mayoría de los casos, sea transitoria y, por lo tanto, las investigaciones se vean limitadas por el tiempo y en consecuencia los estudios longitudinales sean escasos. Además, muchas de las investigaciones no cuentan con una muestra numerosa, lo que lleva a una variabilidad de resultados que redundará en disparidad de conclusiones.

Por otro lado, se ha podido apreciar durante la búsqueda bibliográfica que la esquizofrenia es la entidad nosológica más investigada, mientras que el resto de los cuadros psicóticos apenas son investigados. La gran mayoría de las investigaciones, o bien estudian la esquizofrenia concretamente, o bien estudian la psicosis en general, sin centrarse en ningún trastorno concreto. Esto es relevante, puesto que patologías como el trastorno esquizoafectivo, el trastorno esquizofreniforme o el trastorno delirante cuentan con menos investigación, algo que podría ser importante, por ejemplo, de cara al tratamiento. Cabe destacar que algunos estudios longitudinales establecen que una gran parte de los diagnósticos de psicosis de inicio temprano se encuadran como trastorno psicótico no especificado y que incluso es habitual que dicho diagnóstico cambie con el tiempo, lo cual probablemente suponga una limitación a la hora de investigar.

En cuanto a las limitaciones propias del presente trabajo, ha habido una notable dificultad para acceder a ciertas investigaciones y publicaciones de prestigio que hubieran sido de gran utilidad para el desarrollo del mismo, pudiendo acceder únicamente a parte de la información a través de publicaciones de terceros. De igual manera, se han descartado aquellas publicaciones que estuvieran desarrolladas en cualquier idioma que no fuera español o inglés, con independencia del interés y la relevancia académica y científica.

## **Etiología**

### **Factores de riesgo**

Los estudios refieren que el inicio de la psicosis no puede asociarse a una causa exclusivamente. Sin embargo, las investigaciones sí establecen una serie de factores clave que suponen un riesgo para el desarrollo de una psicosis y su evolución (Enríquez-Sánchez y Ochoa-Madrigal, 2019). Entre estos factores se encuentran:

- **Trauma infantil, abuso y negligencia:** aunque los estudios sobre prevalencia de psicosis en la vida adulta tras haber sufrido abusos no son concluyentes a día de hoy, sí que se ha encontrado relación causal entre el desarrollo de una psicopatología posterior al maltrato y a la vivencia de una experiencia traumática. Se sabe que una vivencia estresante durante la infancia puede tener una especial influencia en el desarrollo neurobiológico posterior, ya que el cerebro todavía se encuentra en plena formación y la exposición prolongada a situaciones de estrés altera el funcionamiento del sistema límbico, encargado de la integración entre la información sensorial y el estado emocional.



Croft et al. (como se citó en Stanton, Denietolis, Goodwin y Dvir, 2019) llevaron a cabo una investigación sobre la relación entre trauma y psicosis, encontrando que el 83,8% de las personas de 18 años con síntomas psicóticos habían padecido algún acontecimiento traumático. Estimaron, además, que la probabilidad de padecer síntomas psicóticos era 2,91 veces mayor para aquellas personas que habían experimentado situaciones traumáticas durante los primeros 17 años de vida. El trauma en la infancia se relacionó con un mal curso y severidad del trastorno, siendo peor en el caso de las mujeres. Estos autores explican que uno de los factores de la posible relación entre trauma infantil y la psicosis tendría que ver con cambios en los esquemas cognitivos. Además, la conexión entre eventos traumáticos y desregularización emocional explicaría porqué en los casos de trauma infantil hay una mayor comorbilidad con otras patologías, como ansiedad, depresión o abuso de sustancias.

- Embarazo y complicaciones durante el parto: hay estudios que relacionan problemas durante el embarazo, como factores ambientales (como podría ser una enfermedad) o defectos genéticos del neurodesarrollo con una mayor predisposición a padecer un trastorno psicótico. También se relaciona la deficiencia nutricional intrauterina con un riesgo dos veces mayor de padecer esquizofrenia. De igual manera, un mayor riesgo de padecer esta enfermedad también ha sido relacionado con un bajo peso al nacer y durante el crecimiento infantil.

- Consumo de sustancias: las investigaciones sugieren que el consumo de sustancias estimulantes y psicotrópicas se relaciona con la aparición de sintomatología psicótica y que estas agravan un trastorno psicótico previo. Los estudios llevados a cabo por Baeza y Addington (como se citó en CIBERSAM, 2014) sugieren que el consumo de cannabis está directamente relacionado con una mayor puntuación en sintomatología psicótica en pacientes con un primer episodio psicótico. Pese a la falta de datos concluyentes al respecto, los estudios indican que hay un mayor riesgo de experimentar sintomatología psicótica cuanto antes se inicie el consumo de cannabis (CIBERSAM, 2014). Sin embargo, este tema se tratará por separado más adelante.

- Discapacidad intelectual: una investigación desarrollada por Negueruela et al. (2009) encontró que, en una muestra de 22.859 personas diagnosticadas con esquizofrenia, alrededor del 3,4% mostraban antecedentes de retraso mental. Estos datos, como se refleja en la misma investigación, son compatibles con estudios previos. La

relación entre discapacidad intelectual y la psicosis se relaciona estrechamente con factores genéticos.

- Factores genéticos: los estudios genéticos establecen un riesgo relativo hasta tres veces mayor para el desarrollo de esquizofrenia para hijos de padres con esquizofrenia. Sin embargo, estas investigaciones son discutidas, ya que como establecen Tengan y Maia (2004), al hacer referencia a la transmisión genética es necesario distinguir entre factores congénitos y factores ambientales y se trata de una distinción muy compleja. Actualmente, las técnicas de biología molecular permiten el mapeo genético para investigar qué genes están relacionados con la vulnerabilidad a los trastornos psicóticos, tal y como reflejan Shirakawa, Chaves y Maria (como se citó en Tengan y Maia, 2004). Sin embargo, diversos autores, como McKenna, Gordon y Rapoport (como se citó en Tengan y Maia, 2004), consideran el factor biológico como uno de los factores primarios más determinantes para el posible desarrollo de psicosis. Estudios como el llevado a cabo por el grupo *The International Consortium on Brain and Behavior in Deletion Syndrome* (como se citó en CIBERSAM, 2014) publicaron una investigación cuyos resultados mostraban evidencia sólida de que el Síndrome de deleción del cromosoma 22q11.2 se relaciona estrechamente con el desarrollo de una psicosis, suponiendo uno de los mayores factores de riesgo.

- Otras patologías: la presentación de sintomatología psicótica se relaciona con otras patologías, pero sin duda unas de las más investigadas y más relacionadas, son aquellas relacionadas con los trastornos del espectro autista. Un estudio de cohortes desarrollado por Bevan Jones et al. (como se citó en CIBERSAM, 2014) exploró si los niños que presentaban rasgos autistas durante la infancia tenían una mayor predisposición a mostrar síntomas psicóticos durante la adolescencia. El 11,55% de los participantes mostró síntomas de psicosis. El estudio concluyó que mostrar rasgos autistas sobre la edad de 7 u 8 años se relaciona con una mayor prevalencia de sintomatología psicótica, aunque los resultados tienen dos posibles lecturas: por un lado, podría entenderse como el resultado de una etiología conjunta, mientras que por otro sería posible interpretar el autismo como un factor que predispondría a la expresión de sintomatología psicótica.

### **Modelos explicativos**

Si nos atenemos a los factores previamente mencionados, hay autores que consideran que el desarrollo de distintas patologías es difícilmente explicable a través de un solo factor o causa. En esta línea, Engel (1977) propone un modelo distinto al que imperaba en el

momento: el modelo biomédico. Kety (como se citó en Engel, 1977), argumenta que, pese a lo útil de una aproximación biológica a la patología, no todas las enfermedades pueden ser explicadas únicamente por factores bioquímicos, y pone de ejemplo la diabetes o la esquizofrenia, por lo que propone que los factores experienciales también deberían tener peso en la etiología de las enfermedades. Surge el Modelo Biopsicosocial, que pone en relación los factores biológicos, psicológicos y sociales, que se influyen entre ellos y determinan diversos aspectos de la enfermedad que no siempre eran explicables por el modelo previo, como por ejemplo el momento de inicio de algunas patologías como la esquizofrenia, o las diferencias interpersonales en la expresión de una enfermedad.

El modelo que pretende integrar los factores claves en la aparición y el desarrollo de las psicosis de inicio temprano es el Modelo de Diátesis-Estrés desarrollado por Zubin y Spring (1977). Este modelo pone en relación los factores, biológico y ambientales con la vulnerabilidad individual. Audy (como se citó en Zubin y Spring, 1977), establece que el mantenimiento de la salud supone el equilibrio entre los factores químicos, físicos, infecciosos, psicológicos y sociales; cuando ese equilibrio se ve demasiado alterado para que la persona sea incapaz de reinstaurar dicho equilibrio, surge la posibilidad de que aparezca la enfermedad. Alguno de los motivos que llevan a los autores a desarrollar este modelo es, por ejemplo, que la mera descripción de síndromes no presupone siempre el entendimiento de aquello que lo causa. De esta forma, desarrollan el Modelo de Diátesis-Estrés poniendo en relación distintos modelos que ya se venían empleando hasta el momento: ellos modelos genéticos y biológicos, los modelos cognitivo-conductuales y el modelo ecológico.

Martín y Payá (2016) hacen una distinción entre vulnerabilidad innata y vulnerabilidad adquirida. La vulnerabilidad innata hace referencia a un riesgo genético compartido con familiares para diferentes patologías, como la esquizofrenia, el trastorno bipolar, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Sin embargo, todavía no hay datos concluyentes sobre algún genotipo concreto que se relacione con la esquizofrenia, aunque se sabe que el factor genético tiene una relevancia mayor en las PIT que en las psicosis de inicio adulto. La vulnerabilidad adquirida incluye las experiencias vitales previas a la aparición del trastorno, como pueden ser enfermedades, experiencias traumáticas, consumo de sustancias, etc. Van Os (como se citó en Enríquez-Sánchez y Ochoa-Madrigal, 2019) habla de la importancia de la interacción entre la genética y el ambiente, influenciándose de manera

recíproca y, por tanto, no siendo meramente una cuestión de suma de factores, sino de interacción de factores.

Por último, el Modelo de Vulnerabilidad-Estrés establece la necesidad de un acontecimiento estresante que funcione como disparador, desencadenando el cuadro clínico y sin el cual este no aparecería. Dicho estresor no solo estaría relacionado con la aparición de la patología, sino también con su evolución. La severidad y la duración de la enfermedad también vendrían determinados por el nivel de vulnerabilidad de la persona.

El modelo contempla, además, diferentes variables que sirven de moderadoras, entre las que se encuentran el apoyo social y familiar, la personalidad premórbida, o los parámetros físicos, sociales y culturales, que podrían paliar los efectos negativos del estrés.

### **Sintomatología, signos y evolución**

La sintomatología que se presenta en los cuadros psicóticos puede aparecer dentro de otras patologías. Dentro de los trastornos psicóticos es habitual la distinción entre lo que se denominan síntomas positivos y síntomas negativos. Esta distinción tiene que ver con algunas variables, como las funciones que se ven deterioradas, el pronóstico, la reacción al tratamiento (Martín y Payá, 2016; Lingiardi y McWilliams, 2017; Álvarez-Mon, Vidal y Ortuño, 2019).

#### **Síntomas positivos o productivos**

Entre los síntomas positivos se incluyen: fenómenos alucinatorios, alteraciones del pensamiento, alteraciones del comportamiento, alteraciones en el discurso, desorganización conceptual y excitación. Sin embargo, algunos autores identifican las alteraciones de comportamiento dentro de una tercera categoría (Lingiardi y McWilliams, 2017).

Las alucinaciones más comunes en la esquizofrenia son las auditivas, que habitualmente hablan en tercera persona, por ejemplo, narrando lo que hace el enfermo. Se estima que alrededor del 80% de los niños que se encuentran bajo sospecha diagnóstica las padecen (Martín y Payá, 2016; Álvarez-Mon, Vidal y Ortuño, 2019). La literatura diferencia entre alucinaciones auditivas y pseudoalucinaciones. Las pseudoalucinaciones fueron descritas por primera vez por Hagen en 1868 (Kokoulina y Angosto, 2011). La diferencia esencial entre una pseudoalucinación y una alucinación reside en que las primeras se producen únicamente dentro del mundo interno de la persona (De Arce, 2007) . Las pseudoalucinaciones auditivas

son las más comunes; un ejemplo de pseudoalucinación auditiva sería, por ejemplo, escuchar voces cuya procedencia es identificada como “dentro de su cabeza”.

### **Síntomas negativos o deficitarios**

Entre los síntomas negativos se incluyen: abulia, apatía, anhedonia, asociabilidad, pobreza de discurso, embotamiento afectivo, retraimiento emocional y falta de atención, entre otros. Los síntomas negativos son, en comparación con los positivos, menos llamativos, evidentes y preocupantes, por lo que percatarse de ellos es más complejo. La sintomatología negativa es más resistente y persiste más, aunque haya tratamiento farmacológico. Algunos autores consideran que la sintomatología negativa es más característica de la esquizofrenia, ya que las alucinaciones y delirios están presentes en otras patologías (Álvarez-Mon, Vidal y Ortuño, 2019).

### **Consumo de sustancias**

Uno de los aspectos relacionados con la psicosis que más se está investigando a día de hoy es el consumo de sustancias y su posible relación con el desarrollo de un trastorno psicótico. Las sustancias que se relacionan con la psicosis son aquellas con propiedades psicomiméticas, puesto que sus efectos se asemejan notablemente a los de algunos trastornos psicóticos, como por ejemplo el cannabis, la cocaína, anfetaminas y distintos alucinógenos. En la actualidad se está observando con preocupación un mayor consumo de cocaína, anfetaminas y cannabis frente a otras drogas (CIBERSAM, 2014), algo que unido a una disminución en la edad en la que se empieza a consumir, pone en alerta a los servicios de salud, ya que el riesgo en niños y adolescentes aumenta debido a que sus cerebros son más vulnerables al estar todavía desarrollándose. El sistema dopaminérgico juega un papel clave, ya que en este momento del desarrollo cerebral se empieza a sensibilizar; el consumo de ciertas sustancias, como las previamente mencionadas, supone la activación repetida de las vías dopaminérgicas, algo que se relacionaría con una mayor predisposición al desarrollo de un trastorno psicótico (Bagot, Milin y Kaminer, 2015).

Lambert et al. (como se citó en Bagot, Milin y Kaminer, 2015) estiman que alrededor del 62% de las personas que experimentan un PEP cuentan con una historia de abuso de sustancias previa. Kaminer y Bukstein (como se citó en Bagot, Milin y Kaminer, 2015) hablan de que alrededor del 70-80% de los jóvenes con un trastorno relacionado con sustancias y adictivos presenta, al mismo tiempo, comorbilidad con otras patologías

psiquiátricas. La presentación de una adicción y un trastorno mental simultáneamente por parte de una persona durante un periodo de tiempo es lo que se conoce como patología dual (Arias et al., 2013). Los datos sobre patología dual son escasos (Arias et al., 2013; CIBERSAM, 2014), ya que el diagnóstico es en muchas ocasiones difícil, pues los síntomas son habitualmente difícilmente distinguibles de los de un trastorno psicótico, además de que las muestras en ocasiones no son suficientemente representativas.

## **Cannabis**

La mayoría de las investigaciones que relacionan el desarrollo de psicosis con el consumo de sustancias se centran en la marihuana, por diversos motivos: en primer lugar, los datos colocan a la marihuana como la droga ilegal que más se consume en España (Roncero, Collazos, Valero y Casas, 2007; Rial, Burkhart, Isorna, Barreiro, Varela y Golpe, 2019). Además, la marihuana es la droga ilegal más consumida por los adolescentes durante la secundaria según el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) (como se citó en Roncero, Palma-Álvarez, Barrau, Urbano, Martínez-Luna, Ortiz-Medina y Diagre, 2017). El Plan Nacional sobre Drogas estima que la edad media de inicio de consumo de cannabis ronda los 14,9 años y es la única droga cuyo consumo no ha descendido prácticamente, a diferencia de otras drogas (como se citó en Rial et al., 2019). Wu, Brady, Mannelli y Killeen (como se citó en Bagot, Milin y Kaminer, 2015) indican que la prevalencia del consumo de cannabis ronda el 13,4% de los adolescentes entre 12 y 17 años, de los cuales un 25% presenta una adicción al cannabis. Según la Encuesta Estatal sobre el Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) (como se citó en Rial et al., 2019), el 2,5% de los adolescentes que consumen marihuana presentan un consumo de riesgo.

Sin duda, estos datos son preocupantes. Hay controversia respecto al inicio en el consumo del cannabis, ya que hay autores que defienden que los jóvenes empiezan ya a consumir marihuana antes que otras drogas, incluidas las legales, mientras que otros autores defienden el postulado clásico de que el consumo de drogas como el alcohol o el tabaco supone un paso previo al consumo de otras drogas ilegales (Rial et al., 2019). Uno de los mayores problemas que supone el inicio de consumo de cannabis durante la adolescencia es que viene acompañado por el consumo de tabaco. De hecho, la forma más común de consumo es mezclando ambas sustancias, lo que mantiene el consumo de ambas, pero además incrementa el potencial adictivo que tienen (Rial et al., 2019).

Los estudios (Bergé, 2016) establecen que el consumo de cannabis acompaña diversas patologías psicóticas: 22% en el caso de la esquizofrenia, 28,6% en PIT y entre el 2,5 y el 10% para la población general. Un modelo polifactorial establecería una relación de interacción entre el consumo de marihuana con el ambiente y la vulnerabilidad genética, donde únicamente el consumo no sería un factor que por sí solo pudiera desembocar en un trastorno psicótico, aunque sí aumentaría el riesgo de padecerlo (Roncero et al., 2007; Bergé, 2016; Roncero et al., 2017). Otra hipótesis que relacionaría el consumo con la psicosis sería la llamada hipótesis de la automedicación, que argumenta que los pacientes recurren al consumo para paliar parte de la sintomatología del trastorno. Sin embargo, esta hipótesis entra en contradicción con el hecho de que el 28,6% de la población con PIT, más del doble de la población general y más que en el caso de personas con esquizofrenia, tenga un historial de consumo previo al trastorno. Finalmente, la última hipótesis establece que la estimulación de las vías dopaminérgicas y su alteración debido al consumo de cannabis supondría una predisposición al desarrollo de una psicosis (Bergé, 2016). Esto podría tener especial relevancia, ya que, como se ha mencionado previamente, durante la adolescencia las vías dopaminérgicas todavía se encuentran en desarrollo, algo que podría influir en las características de un posible trastorno psicótico. Sin embargo, estas hipótesis no están lo suficientemente contrastadas, pues existen un gran número de variables que podrían llevar a conclusiones erróneas, tales como el sexo, la raza, la cultura, el entorno, etc. (Roncero et al. 2007).

La exposición a altos niveles de tetrahidrocanabinol (THC) se relacionan con sintomatología similar a la que puede apreciarse en la esquizofrenia, incluyendo alteraciones sensorio-perceptivas, ansiedad, alteraciones de la memoria operativa y la memoria a corto plazo y la atención (Roncero et al., 2007; Bagot, Milin y Kaminer, 2015). Los datos apuntan a que otras consecuencias del consumo de cannabis son: disforia, alteraciones de la conducta, peores resultados escolares y alteraciones psicopatológicas (Roncero et al. 2007; Bagot, Milin y Kaminer, 2015) Un estudio desarrollado por Stefanis y colaboradores (como se citó en Bagot, Milin y Kaminer, 2015) establece que existe una relación proporcional entre la frecuencia y la cantidad consumida de cannabis con la sintomatología positiva, además de una mayor posibilidad de desarrollar ideas de grandiosidad, alucinaciones sensorio-perceptivas y alteraciones de pensamiento si el consumo se inicia a los 15 años o antes. Lo mismo ocurrió con la sintomatología negativa. En la misma línea se encuentran los resultados obtenidos por Schubart y colaboradores (como se citó en Bagot, Milin y Kaminer, 2015), donde la cantidad,

la frecuencia y el inicio de consumo de cannabis temprano se relacionan con una mayor presencia de sintomatología psicótica negativa, así como por las investigaciones de Addington y de Baeza y colaboradores (como se citó en CIBERSAM, 2014), donde la sintomatología psicótica positiva se asociaba fuertemente al consumo de cannabis.

Una de las dificultades para el diagnóstico diferencial en los casos de psicopatología dual radica en la complejidad para averiguar si el trastorno psicótico se debe a los efectos de la sustancia o si bien el consumo de la misma podría desencadenar la enfermedad en alguien vulnerable. De hecho, es habitual que el consumo de tóxicos concorra con el PEP, algo que también dificulta el diagnóstico y el tratamiento (CIBERSAM, 2014). Una investigación llevada a cabo por Niemi-Pynttari y colaboradores (como se citó en CIBERSAM, 2014) realizó un seguimiento de personas que habían sufrido un episodio psicótico debido al consumo de cannabis durante 8 años, donde pudieron apreciar que la tasa de riesgo acumulado era del 46% para el diagnóstico de esquizofrenia. Otras investigaciones que relacionan el consumo de cannabis con el desarrollo de un trastorno psicótico, como la llevada a cabo por Zammit (como se citó en Roncero et al., 2007), analizaron la evolución de voluntarios que consumían marihuana durante más de 25 años, concluyendo que el consumo de dicha droga aumentaba el riesgo de esquizofrenia en un 30%, lo que supondría que alrededor del 13% de los casos de esquizofrenia podrían evitarse si el consumo cesara. Va Os y sus compañeros (como se citó en Roncero et al., 2007) llevaron a cabo el seguimiento de una muestra, concluyendo que la evolución a psicosis podría ser reducida en un 50% si se eliminara el consumo en personas que requerían tratamiento de sintomatología psicótica.

Si nos atenemos a la evolución del consumo durante la enfermedad, los estudios llevados a cabo por Baeza et al. (como se citó en Bagot, Milin y Kaminer, 2015) mostraron que el 54,7% de los pacientes cesaron el consumo tras un PEP y el 11,5% cesó el consumo en los 6 meses siguientes. Los resultados de esta investigación refuerzan que el consumo durante el tratamiento de un trastorno psicótico conlleva una menor adhesión al tratamiento y una mayor severidad de la sintomatología.

## **Cocaína**

Según el Plan Nacional sobre Drogas (2018), ha habido una disminución en el consumo de cocaína en los últimos años en España. Sin embargo, nuestro país se sitúa el 4º país de la Unión Europea con mayor consumo de esta droga, con una prevalencia del 3%. Los datos



apuntan a que alrededor del 2,7% de los jóvenes entre 15 y 24 años consumen cocaína, siendo más habitual entre los hombres.

El consumo de cocaína mantenido en el tiempo puede producir sintomatología psicótica transitoria, habitualmente mediante síntomas positivos como alteraciones sensorio-perceptivas o paranoia. Este cuadro ha sido denominado Psicosis Inducida por Cocaína (PIC) (Roncero, Diagre, Gonzalvo, Valero, Castells, Grau-López, Eiroa-Orosa y Casas, 2013). Sin embargo, también cabe la posibilidad de desarrollar un trastorno psicótico inducido por el consumo de cocaína.

La investigación desarrollada por Roncero et al. (2013) encontró que la cantidad de cocaína, así como las vías de administración diferentes a la nasal, tienen una relación directa con la gravedad de la sintomatología psicótica en las PIC.

Los estudios apuntan a que, al igual que en el caso del cannabis, el consumo de cocaína supondría una alteración de las vías dopaminérgicas, lo que explicaría la sintomatología psicótica. De nuevo, esto tendría especial relevancia en la adolescencia. (Roncero et al., 2013).

Los datos establecen que entre el 50 y el 70% de los consumidores de cocaína también presentan consumo de cannabis, algo que incrementaría el riesgo de padecer un trastorno psicótico.

Sin embargo, los datos de la evolución del consumo de cocaína, así como de la transición de las PIC a un trastorno psicótico inducido por consumo de cocaína está todavía poco investigado.

### **Evaluación y diagnóstico**

En la actualidad, se emplea como herramienta para el diagnóstico de psicosis la entrevista clínica, en la que el profesional debe conseguir información mediante preguntas, además de prestar atención al lenguaje no verbal y otros signos que pudieran ser relevantes. Es posible encontrar entrevistas clínicas estructuradas y específicas para cada trastorno, como la desarrollada por Ballesteros, Pedreira, Alcázar y De los Santos para la Asociación Española del Niño y Adolescente (Pedreira-Massa, 2009) o la Entrevista Estructurada para los Síndromes Prodrómicos (SIPS). El objetivo de dichas entrevistas es explorar y valorar si se

cumplen los criterios diagnósticos de la Clasificación Internacional de enfermedades (CIE-11) o del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V).

Para la evaluación de los trastornos psicóticos se emplean diferentes instrumentos en función de lo que se pretenda evaluar. Permiten, asimismo, un seguimiento de la evolución del trastorno (Ibáñez, 2018; Enríquez-Sánchez y Ochoa-Madrigal, 2019). Algunas de ellas son:

- Escala de Impresión Clínica Global (CGI) (Haro et al., 2003): evalúa la gravedad del trastorno, así como si hay una mejoría.
- Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (PANSS) (Kay, Fiszbein y Opler, 1987): consta de tres subescalas que permiten medir la gravedad de la patología en general, la de los síntomas positivos (PANSS-P) y los negativos (PANSS-N). También hace una distinción categorial, clasificando el trastorno como positivo, negativo o mixto.
- Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (BPRS) (Overall y Gorham, 1962): permite una evaluación rápida del estado mental, así como de los cambios que puedan producirse en la sintomatología positiva y negativa.
- Escala de Funcionamiento Social (SFS) (Birchwood, Smith, Cochrane, Wetton y Copestake, 1990): permite la evaluación del funcionamiento social en distintas áreas.

Diversos estudios coinciden en la relevancia del diagnóstico diferencial en los PEP y PIT, ya que en función de la valoración resultante y lo observado durante la exploración clínica se llevará a cabo un plan de intervención distinto. La infancia y la adolescencia son momentos evolutivos de desarrollo y cambio, por lo que un buen diagnóstico diferencial es clave para distinguir entre distintas patologías que podrían ser fácilmente confundibles (Tengan y Maia, 2004; Álvarez-Mon, Vidal y Ortuño, 2019), como podrían ser los trastornos del espectro autista, el trastorno obsesivo compulsivo o el trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Una investigación llevada a cabo por Fraguas, de Castro, Medina, Parellada, Moreno, Graell, Merchán-Naranjo y Arango (2008) estudió la evolución de pacientes con un diagnóstico de trastorno psicótico en un seguimiento de dos años. El propósito del estudio era investigar cómo de estable es el diagnóstico en este tipo de trastornos, ya que estudios previos

establecen que ciertos trastornos psicóticos en las PIT tienen una estabilidad diagnóstica muy baja. La investigación desarrollada por McClellan y McCurry (como se citó en Fraguas et al., 2008) señala que gran parte de la inestabilidad diagnóstica se establecía en los primeros momentos de la enfermedad. Los resultados fueron compatibles con las investigaciones previas, concluyendo que la mayoría de los cambios en el diagnóstico se producen durante en el primer año, sobre todo para la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Estos autores establecen que estos cambios en el diagnóstico pueden deberse a distintos factores, entre los que se encuentran los cambios evolutivos que tienen lugar durante la adolescencia. Por tanto, la inestabilidad diagnóstica podría ser un factor de especial relevancia para las PIT y los PEP.

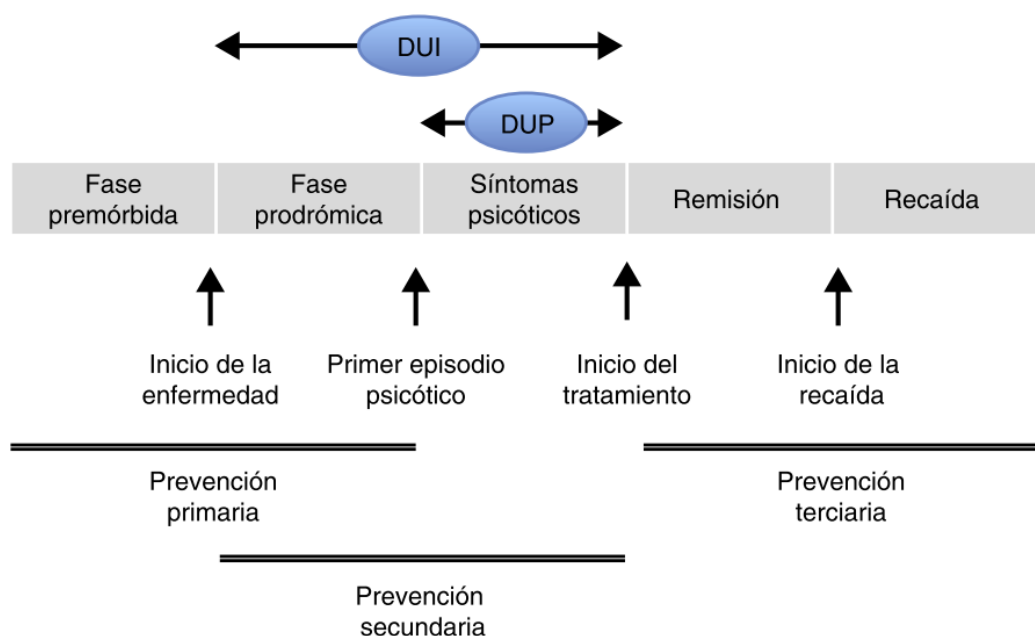
### **Evolución, tratamiento y pronóstico**

Los trastornos psicóticos no tienen una evolución clara y homogénea. Ni siquiera el inicio de la enfermedad es igual, dado que en algunas personas se da un inicio insidioso, mientras que en otras el inicio es más gradual (Palma, Cañete, Farriols, Soler y Julià, 2005; Lingiard y McWilliams, 2017). Sin embargo, la literatura establece 3 etapas diferenciadas:

Por un lado, se encuentra la que se denomina fase prodrómica, caracterizada por sintomatología inespecífica, por un declive funcional y por una emergencia gradual de sintomatología positiva, aunque con mayor predominancia de la sintomatología negativa. Yung y McGorry (como se citó en Lingiard y McWilliams, 2017) establecen que la fase prodrómica suele venir acompañada por una disminución del rendimiento académico y retraimiento en las relaciones interpersonales, así como la higiene personal. La detección de los síntomas premórbidos y los factores de riesgo han sido identificados como elementos clave de cara al tratamiento y al pronóstico (Palma et al., 2005). Algunas investigaciones establecen que gran parte de los PEP, concretamente un 73% se inicia con una fase prodrómica o con sintomatología negativa, mientras que tan solo el 7% lo hace con síntomas positivos (Gil, 2012). En este contexto de identificación de la sintomatología premórbida, es de especial relevancia el concepto de *Duration of Untreated Illness* (DUI) (Duración de la Enfermedad Sin Tratar), que se refiere al periodo de tiempo que precede al inicio del tratamiento de la enfermedad en el que no se ha manifestado con total claridad (Gil, 2010; Vallina, Lemos y Fernández, 2012), tiempo durante el cual la persona no está recibiendo atención médica ni tratamiento.

La evolución de la fase prodrómica no es lineal. Algunos autores establecen que la fase prodrómica supondría una fase de vulnerabilidad hacia el desarrollo de una psicosis, pero que no desemboca en ella de forma inevitable (Lingiardi y McWilliams, 2017). En el caso de que sí se desarrolle un trastorno psicótico, nos encontraríamos ante la fase aguda, caracterizada por una mayor presencia de sintomatología, siendo esta, además, de mayor gravedad. Se produce un mayor desajuste en las diferentes esferas de la vida de la persona (Vallina et al., 2012). Cobra importancia entonces el concepto *Duration of Untreated Psychosis* (DUP) o Duración de la Psicosis No Tratada (DPNT), que se define como el periodo de tiempo transcurrido desde la aparición de sintomatología psicótica hasta el comienzo del tratamiento farmacológico, periodo fundamental para el tratamiento y el pronóstico de la enfermedad (Palma et al., 2005; García, Fresán, Medina-Mora y Mariana Ruiz, 2008; Gil, 2010; Martín y Payá, 2016; Labad, 2016; Ibáñez, 2018) (ver Figura 1). El DUP es considerado en la actualidad uno de elementos más importantes en el pronóstico y el curso de la enfermedad, ya que las investigaciones han demostrado que la demora en el tratamiento tiene consecuencias especialmente negativas, tales como una mayor pérdida funcional en la persona, mayor riesgo de cometer suicidio o peor remisión de la sintomatología psicótica (Palma et al., 2005).

Figura 1. Fases de la psicosis, DUI, DUP y tipos de intervención. Copyright 2017 por Arango et al.



Surge, ante este periodo de tiempo en el que la persona está, o podría estar, en una situación de riesgo, la necesidad de una detección temprana, para identificar a aquellas personas que están en una situación de riesgo, entre las que se incluyen las personas que

muestran sintomatología prodrómica (Vallina et al., 2012). De esta forma, se pretende minimizar las repercusiones del trastorno, tanto a nivel sintomatológico como a nivel disfuncional en los distintos ámbitos vitales de la persona (Labad, 2016). Yung y McGorry (como se citó en Lingiardi y McWilliams, 2017) establecen el término “at-risk mental state” o ARMS (Estado Mental de Alto Riesgo o EMAR en español) y el término “ultra-high-risk” o UHR (Lingiardi y McWilliams, 2017). Según Yung y McGorry, el ARMS hace referencia a aquellos adolescentes que muestran una sintomatología psicótica subclínica, mientras que el UHR se define como aquellas situaciones en las que el adolescente muestra síntomas psicóticos de manera clara que desaparecen sin necesidad de intervención en 7 días o menos. Estos dos autores hacen una distinción entre ambos términos, mientras que otros entienden que son términos equivalentes y con criterios compartidos, que se incluirían dentro de un término paraguas conocido como síndrome de riesgo psicótico (SRP) (CIBERSAM, 2014). Para la identificación de estos casos se han creado escalas específicas que permitan identificar estos estados de riesgo e intervenir cuanto antes, como la escala CAAR-MS o la escala SOP (Ibáñez, 2018). Existen 3 criterios para el diagnóstico de UHR, que requeriría la presencia de uno de ellos (Vallina et al., 2012; CIBERSAM, 2014):

- Mostrar sintomatología psicótica de forma atenuada
- Presentar un episodio psicótico breve, intermitente y limitado (BLIP en inglés), es decir, sintomatología psicótica que se presenta de forma clara pero que desaparece antes de una semana sin necesidad de intervención.
- Síndrome de riesgo genético (SRG): tener un familiar de primer grado que presente un diagnóstico de trastorno de la personalidad esquizotípico o de trastorno psicótico que presenta un deterioro significativo en la Escala de Funcionamiento Global (GAF).

Si prestamos atención a las investigaciones, el meta-análisis desarrollado por Fusar-Poli y colaboradores (como se citó en CIBERSAM, 2014; Labad, 2016) establece que el SRP supone un alto riesgo de desarrollar psicosis, en especial durante los 3 primeros años. Según estos autores, el riesgo de desarrollar un trastorno psicótico es acumulativo e iría en aumento con el paso del tiempo... Además, está mediado por distintos factores como la edad, el tratamiento, etc., e iría desde el 18% en los 6 primeros meses hasta el 36% a los 3 años en las personas identificadas. Otras investigaciones, como la llevada a cabo por Cannon, Cornblatt y McGorry (como se citó en Lingiardi y McWilliams, 2017) son compatibles con estos

resultados, estimando que entre el 30% y el 35% de las personas identificadas como UHR mostraron una transición a la psicosis en los dos primeros años de seguimiento. Sin embargo, existe cierta controversia respecto a la relevancia de estos estados, puesto que existe una gran variabilidad en cuanto al porcentaje de personas que son identificadas como “en alto riesgo para la psicosis”. En función de la investigación, entre un 15% y un 85% de las personas identificadas desarrollan un trastorno psicótico (Ibáñez, 2018). Pese a la alta variabilidad, que pone en duda la utilidad de la identificación e intervención precoces, algunos autores reconocen que el mero hecho de que el riesgo exista tiene relevancia clínica (Labad, 2016).

Finalmente, la literatura identifica la fase residual como aquella que sucede a la fase aguda, donde hay una estabilización del trastorno, así como de la sintomatología, predominando sintomatología negativa. Algunos autores, como Edwards y McGorry (como se citó en Vallina et al., 2012) dividen esta fase en dos subetapas: una etapa de recuperación temprana del tercer al noveno mes, mientras que del noveno mes al año y medio sería la etapa de recuperación prolongada. Numerosos estudios identifican en esta fase lo que se conoce como periodo crítico, que Birchwood y colaboradores definen como “aquel período de la esquizofrenia en el que existe una máxima sensibilidad a las influencias biológicas y sociales” (como se citó en Baldor Tubet, Jerez Álvarez, Rullas Trincado y González Cases, 2008). Aunque esta definición esté enfocada a la esquizofrenia, otros autores coinciden en que los primeros años tras la fase aguda suponen un periodo de tiempo en el que, a pesar de que se produce cierta estabilización del trastorno, la persona sufre un riesgo real de recaer. Edwards y McGorry hablan de que en este momento puede darse, también, un empeoramiento de la sintomatología, consumo de tóxicos, respuestas no adaptativas, e incluso el suicidio, entre otros (como se citó en Baldor Tubet et al., 2008; Vallina et al., 2012). Algunos estudios establecen que entre un 15% y un 35% de las personas con un PEP sufren una recaída durante el primer año (Palma et al., 2005). Otros estudios compatibles con estos resultados son los desarrollados por Robinson, que establecen que las recaídas suceden entre un 20-35% de los pacientes durante los primeros 12 meses, entre un 50-65% a los dos años y un 80% a los 5 años (Fornells-Ambrojo y Craig, 2011; Vallina et al., 2012). Aunque estos datos parezcan alarmantes, los estudios de Robinson también indican que hasta el 96% de los casos de PEP consigue una remisión total durante el primer año años (Fornells-Ambrojo y Craig, 2011).

Por todo esto, el tratamiento es un elemento clave para conseguir una mejoría clínica. La investigación de Álvarez-Jiménez y colaboradores (como se citó en Fornells-Ambrojo y Craig, 2011) demuestran que la intervención a través de los servicios de atención temprana supone una disminución considerable del riesgo de recaídas. La importancia de la intervención temprana recae en que el periodo crítico supone un momento de mayor plasticidad en términos biológicos, psicológicos y psicosociológicos, de tal manera que intervenir en este momento se relaciona con mejores resultados a menor coste si se compara con la intervención en otros momentos del curso de la psicosis (Baldor Tubet et al., 2008). Cabe destacar, asimismo, que la intervención temprana parece disminuir el riesgo de recaída

La intervención habitual en los trastornos psicóticos está enfocada en función de la fase del trastorno en la que se encuentre la persona. De esta forma, el tratamiento puede ir enfocado a prevenir un posible desarrollo de la patología, a la promoción de la recuperación de la persona o a evitar una posible recaída (Vallina et al., 2012). Si atendemos a los distintos objetivos terapéuticos, el Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (2014) hace una distinción entre la estabilidad clínica, la remisión clínica y la recuperación funcional. La estabilidad clínica se define como un periodo de tiempo inespecífico en el que la persona apenas presenta sintomatología positiva y está estable psicopatológicamente; no tiene por qué presentar una mejoría en la sintomatología negativa ni en la calidad de vida. Sin embargo, el conocimiento y tratamientos actuales hacen posible el establecimiento de metas terapéuticas más complejas. La remisión clínica es un terreno más complejo, donde se presenta cierta diversidad de opiniones. El término “remisión”, empleado dentro del ámbito de la psicosis, normalmente se refiere a la ausencia de sintomatología positiva. Sin embargo, tras los avances en el tratamiento de los PEP ha permitido el establecimiento de la remisión como el restablecimiento funcional global lo más próximo posible a lo normal, incluyendo los síntomas negativos. Andreasen y colaboradores (como se citó en CIBERSAM, 2014) establecieron unos criterios multidimensionales para la remisión clínica basado en la puntuación obtenida en los 8 ítems de la escala PANSS, teniendo que ser la puntuación igual o inferior a 3, resultados que deben mantenerse durante al menos 6 meses seguidos. La actualización en esta definición de remisión se asocia con un mejor funcionamiento global, la cognición social, la sintomatología depresiva y la adherencia al tratamiento, aunque su valor de predicción y la utilidad clínica todavía son debatidas (CIBERSAM, 2014). Se deja constancia, además, de la necesidad de una reevaluación periódica, con especial interés durante los 6 primeros meses, para la revisión diagnóstica y de tratamiento. Por último, se

entiende como recuperación funcional la remisión de toda sintomatología, tanto positiva como negativa, además de restablecer el funcionamiento social y vocacional; se incluye aquí la opinión subjetiva del paciente, no dejando la consideración únicamente bajo la opinión del clínico.

Existen distintos tipos de intervención en el tratamiento de los trastornos psicóticos:

### **Farmacológica**

Para el tratamiento de las psicosis a través de fármacos destaca el uso de antipsicóticos, también conocidos como neurolépticos (Tengan y Maia, 2004; Ulloa, Sauer y Apiquian, 2011; CIBERSAM, 2014; Enríquez-Sánchez y Ochoa-Madrigal, 2019). Un estudio desarrollado por Jensen y colaboradores (como se citó en CIBERSAM, 2014) indicó que, a excepción de la clozapina, el resto de los fármacos antipsicóticos atípicos muestran resultados positivos en niños y adolescentes con un trastorno psicótico, así como una buena relación beneficio-riesgo. Ulloa et al. (2011) establecen que cuando hay un predominio de sintomatología positiva es preferible empezar el tratamiento con un antipsicótico típico como el haloperidol, mientras que cuando haya una mayor predominancia de síntomas negativos es preferible emplear antipsicóticos atípicos, como la clozapina. En la Guía clínica y terapéutica para primeros episodios psicóticos en la infancia y adolescencia desarrollada por CIBERSAM (2014) se refleja que el uso de fármacos antipsicóticos durante la fase prodrómica no consta de una eficacia fundamentada y que, por tanto, su uso para el tratamiento de sintomatología psicótica subclínica o para disminuir el riesgo de desarrollar un trastorno psicótico no está recomendado. Se recomienda una monitorización del paciente, así como mantener la medicación en la dosis efectiva mínima, para la prevención, control de efectos adversos y facilitar el ajuste de dosis (Ulloa et al., 2011; CIBERSAM, 2014; Enríquez-Sánchez y Ochoa-Madrigal, 2019). La literatura, sin embargo, recoge algunos argumentos que sitúan el uso de antipsicóticos como una intervención controvertida en niños y adolescentes (CIBERSAM, 2014), entre los que se encuentran los siguientes: por un lado, las personas que padecen un PEP se muestran más susceptibles a los efectos secundarios de la medicación; las tasas de cumplimiento en la toma de la medicación oscila entre el 33% y el 50% entre los 6 y los 12 primeros meses; o la presencia de sintomatología psicótica persiste hasta en el 20% de los pacientes con PEP.



## No farmacológica

- Tratamiento psicosocial: se entiende como tratamiento psicosocial al modelo de intervención que abarca tanto la psicoeducación como la psicoterapia y la rehabilitación (Ulloa et al., 2011; Enríquez-Sánchez y Ochoa-Madrigal, 2019). Los objetivos de la intervención psicosocial se focalizan en aumentar el conocimiento sobre la enfermedad, incluyendo sus características, causas y los elementos que favorecen o dificultan la mejoría clínica, promover la adaptación y evitar recaídas, entre otros. (Ulloa et al., 2011; Enríquez-Sánchez y Ochoa-Madrigal, 2019). Otra de las prioridades de la intervención psicosocial radica en la mejoría funcional y en la recuperación del control de la propia vida, como podría ser la consecución de metas académicas o profesionales, así como el establecimiento de relaciones significativas (Fornells-Ambrojo y Craig, 2011; Enríquez-Sánchez y Ochoa-Madrigal, 2019).
- Psicoterapia: algunos autores defienden que la intervención psicológica podría disminuir el impacto de la psicosis, así como atrasar e incluso prevenir su aparición (CIBERSAM, 2014). En concreto, la evidencia respalda la utilidad de la terapia cognitivo conductual (TCC), en especial para reducir aquellas experiencias derivadas de la psicosis, tales como la preocupación, las creencias y los estilos de pensamiento (Fornells-Ambrojo y Craig, 2011; CIBERSAM, 2014). De esta forma, la TCC puede ser útil para evitar el desarrollo de una explicación delirante de aquellas experiencias que se vivan con extrañeza. Esta modalidad terapéutica ha mostrado eficacia también en la disminución de la sintomatología positiva y negativa en aquellos casos más cronificados y resistentes, aunque algunas investigaciones establecen que no es eficaz para evitar recaídas (Fornells-Ambrojo y Craig, 2011). Sin embargo, esto entra en contradicción con la investigación desarrollada por Rietdijk y colaboradores (CIBERSAM, 2014), que refleja que la TCC ofrece a los pacientes los recursos para identificar los signos de recaídas.
- Intervención familiar: la importancia de la intervención con familias reside en que estas suelen constituir la mayor fuente de apoyo social (Fornells-Ambrojo y Craig, 2011). Tienen una función de contención y orientación (Baldor et al., 2008; Pedreira-Massa, 2009), además de suponer una forma efectiva para mejorar la comprensión y resolución de conflictos (Tengan y Maia, 2004). De manera adicional, Fornells-Ambrojo y Craig (2011) recogen la revisión bibliográfica llevada a cabo por Cochrane, así como diversos meta-análisis que establecen que las recaídas se disminuían

hasta en un 40% en comparación con el grupo de control. Algunos autores establecen las terapias familiares en pacientes de PEP debe basarse en un modelo por etapas cuya intervención se centre en el bienestar del cuidador y en la repercusión de las interacciones familiares en el curso del trastorno (Fornells-Ambrojo y Craig, 2011).

- Otros: el Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (2014) recoge otras formas de intervención en los trastornos psicóticos, como son la terapia electroconvulsiva (TEC) y la estimulación magnética transcraneal (EMT) y establece diversas recomendaciones para su empleo:

En relación a la TEC, pese a haber demostrado su efectividad y seguridad en adultos, su uso en niños y adolescentes genera miedo. A pesar de la carencia de evidencia científica, la literatura refleja un funcionamiento similar en niños y adolescentes. Se recomienda su empleo en los casos de esquizofrenia resistentes al tratamiento y en aquellas en las que haya presencia de catatonia grave.

Por otro lado, la EMT todavía es un método de tratamiento que requiere de más investigación para mostrar datos concluyentes.

Por otra parte, cabe destacar que la intervención psicosocial, la psicoeducación y la intervención familiar parecen reducir en un 15% la probabilidad de desarrollar un trastorno psicótico (Lingiardi y McWilliams, 2017), lo cual reforzaría una intervención con pacientes de riesgo.

### **Discusión**

Hasta el momento, hemos hecho un repaso de las características clínicas de los trastornos psicóticos. No cabe duda, pues, que el desarrollo de psicosis supone un cambio importante para la persona. Sin embargo, ¿cuál es la relevancia de que el trastorno psicótico se desarrolle durante la adolescencia?

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018), la adolescencia es el periodo de tiempo que transcurre desde el final de la infancia hasta el comienzo de la edad adulta (aproximadamente desde los 11 o 13 años hasta los 19-21 años). La OMS constata que este periodo evolutivo conlleva cambios a nivel físico, social y emocional que llevan al adolescente a ser más vulnerable frente a problemas relacionados con el bienestar mental.

En el tratamiento de adolescentes que padecen un trastorno psicótico es importante no perder de vista que, ante todo, se trabaja con una persona. Por tanto, tan importantes son

aquellos aspectos que derivan directamente del propio trastorno, es decir, la propia sintomatología psicótica, como aquellos asociados a dichos síntomas. Es importante, entonces, tener en cuenta tanto lo subjetivo como lo psicosociológico. Young, Bailey y Rycroft (como se citó en Valencia, 2014) reflejan que la persona que padece un trastorno psicótico sufre un gran malestar cuando se da cuenta de cómo va a verse afectada su vida. En la misma línea, autores como Wittmann y Keshavan (como se citó en Valencia, 2014) reflejan que el duelo por la “normalidad” perdida ante el diagnóstico de un trastorno psicótico es un proceso habitual e incluso fundamental. Neimeyer (como se citó en Valencia, 2014) se refiere al duelo como la pérdida en algún ámbito de la persona a lo largo del ciclo vital. Este autor también señala que el malestar por las pérdidas se ve agravado por la incomprensión y la banalización de las mismas. Frente a esto, la intervención con terceras personas podría ser de gran beneficio para el paciente y la adaptación a dichas pérdidas.

Aunque no son exclusivos de esta etapa evolutiva, algunos de los elementos que suponen un gran impacto para la persona son todos aquellos aspectos clínicos, que incluyen tanto a la propia condición psicopatológica como los efectos secundarios de la medicación, asociados a la aparición de la psicosis. Además, se deben tener en cuenta otros aspectos relacionados con el trastorno. Valencia (2014) recoge información acerca de otras pérdidas significativas para la persona que desarrolla un trastorno psicótico. Esta autora refleja la dificultad para asumir dichas pérdidas y cómo eso podría incluso desembocar en un duelo patológico. Algunas de las características del duelo en la psicosis son la parcialidad (puesto que la pérdida no es total ni permanente), que es compartido (las personas cercanas también sufren la pérdida) y la multiplicidad (las pérdidas se dan en diferentes ámbitos).

En relación a la multiplicidad del duelo en psicosis, Valencia recoge en su trabajo cuatro tipos de pérdidas:

- Pérdida de capacidades y elementos definatorios de la persona, tales como valores, ideales, hobbies... Algunas investigaciones hablan de que alrededor de un tercio de los pacientes que sufren un PEP pierden su actividad formativa o su trabajo (Valencia, 2014).
- Pérdidas materiales, lo que incluye bienes y posesiones materiales, pero también el empleo, el estatus social... La pérdida de empleo es menos habitual entre los adolescentes, aunque es posible trabajar legalmente desde los 16 años; el autor se refiere más a la psicosis en adultos.

- Pérdidas relacionales.
- Pérdidas de proyectos vitales.

Una investigación desarrollada por Ochoa y colaboradores (como se citó en Valencia, 2014), concluyó que una de las pérdidas que más preocupación suponía para los pacientes era la pérdida de roles sociales. Sin embargo, Valencia refleja que posiblemente la pérdida de mayor relevancia sea la pérdida de la identidad. Hay una pérdida de identidad respecto al rol social que ocupa la persona, pero también hay una alteración en la identidad en relación a la propia patología; algunas condiciones que influyen son un menor sentido de sí mismo y del sentido de agencia o la alteración en el funcionamiento de la autoconciencia corporal natural (Valencia, 2014).

Estas dos últimas pérdidas, la pérdida del rol social y la pérdida de la identidad podrían ser especialmente relevantes en la adolescencia. González, Espada, Fernández-Martínez, Orgilés y Sussman (2020) recogen en su trabajo algunas características importantes de la pertenencia a un grupo en la adolescencia. Una de las principales tareas evolutivas durante la adolescencia es el establecimiento de relaciones sociales significativas. Es durante este periodo, además, cuando las personas empiezan a pasar más tiempo con sus iguales y a delinear qué atributos les definen; sus gustos, aficiones, intereses, etc. Cabe mencionar, asimismo, que la esquizofrenia afecta a la capacidad de adaptación del adolescente al ambiente en el que se desenvuelve y a la capacidad de responder a sus demandas (Movimiento Rethinking, 2018).

El desarrollo de un trastorno psicótico podría suponer, por tanto, una ruptura con algunas de las actividades y actitudes que empiezan a realizarse durante la adolescencia y que tienen una relevancia especial de cara al desarrollo personal. Lo significativo de las mismas reside en su eminente carácter social. Surge en este contexto la estigmatización como uno de los principales condicionantes que influyen en la interacción social del adolescente que padece un trastorno psicótico. Corrigan y Watson (como se citó en Casañas y Lalucat, 2018) definen el estigma asociado a los trastornos mentales como la asociación de características negativas y peyorativas a un colectivo de personas que sufren un trastorno mental, en base a prejuicios y el desconocimiento. La estigmatización es un proceso que culmina con la discriminación de aquellas personas que forman parte de un grupo rechazado (Magallanes, 2011). Autores como Wahl, Hinshaw o Stier reflejan que el estigma en relación con la enfermedad mental tiene un efecto negativo en el bienestar y la salud mental de la persona que lo padece (como se citó en

Magallanes, 2011). Además, algunas investigaciones concluyen que a las personas que no padecen un trastorno mental no les gusta pasar tiempo con aquellas que sí lo tienen (Magallanes, 2011).

Con anterioridad se ha tratado en este trabajo la intervención con personas con un trastorno psicótico. Sin embargo, ese trabajo se centraba en el propio paciente exclusivamente. Es posible que, si nos centramos únicamente en el trabajo con el sujeto que padece un trastorno psicótico, se esté depositando en el paciente una responsabilidad excesiva en relación a la rehabilitación. Heijnders y Van der Meij (como se citó en Magallanes, 2011) hablan de la estigmatización como una construcción social. Cabe plantearse, por tanto, incluir a la población general dentro de la intervención, de acuerdo a autores como Magallanes (2011). Este autor habla de estrategias a distintos niveles: el nivel organizacional (desde las organizaciones a la población), el nivel comunitario (centrada en la concienciación de la población) o la gubernamental (a nivel jurídico). Estas estrategias tienen como objetivo influir en la población general, con o sin patología.

Surge en este contexto la posibilidad de una intervención temprana a nivel universal. Un estudio realizado por Arango et al. (2017) propone dar en España una mayor relevancia a los programas de intervención temprana en psicosis (ITP). Entramos también, por tanto, en el ámbito de la prevención, más concretamente en la prevención primaria universal (Arango et al., 2017; Casañas y Lalucat, 2018). Estos autores destacan algunos objetivos dentro de estos programas, tales como educar a la población sobre los signos que pueden apreciarse previo a la aparición de la patología. En la misma línea Casañas y Lalucat (2018) recogen lo que se conoce como Alfabetización en Salud Mental (ASM), un concepto que Jorm (como se citó en Casañas y Lalucat, 2018) definió como “conocimientos y creencias sobre los trastornos mentales que ayudan a su reconocimiento, manejo o prevención”. Estos programas ayudarían, por un lado, a la identificación de personas en riesgo de desarrollar un trastorno psicótico, además de ofrecer información a la población sobre trastornos mentales con el objetivo de disminuir, en la medida de lo posible, la estigmatización y sus consecuencias.

Dadas las características de la adolescencia y la importancia del estigma y los problemas sociales, este tipo de intervenciones podrían ser de gran interés y beneficio para los adolescentes en el contexto académico, desde el colegio hasta la universidad. Este es el caso del programa de alfabetización “Espai Jove”, un programa comunitario de educación sanitaria enfocado en aumentar el conocimiento y la concienciación sobre salud mental, tanto en

jóvenes como en familias y profesionales. Parte de su intervención está centrada en talleres con jóvenes de la E.S.O, Bachillerato o de ciclos formativos.

Con este trabajo se ha pretendido recoger la relevancia de intervenir cuanto antes, incluso previamente a la aparición de un trastorno psicótico, incluso con las personas que no lo padecen o no lo padecerán. Lamentablemente, la inclusión de estos programas de alfabetización en el calendario académico no suele ser muy frecuente. Sin embargo, este tipo de intervención podría ser muy beneficioso para cualquier persona, pero en especial para aquellos adolescentes que padezcan un trastorno psicótico.

En definitiva, podría ser de gran interés científico, académico, sanitario y social, un aumento en el interés y en la inversión en este tipo de programas de alfabetización. Asimismo, podría ser beneficioso la investigación relacionada con dichos proyectos en términos de eficiencia y eficacia, con el fin de que estos sean lo más útiles posibles y se adapten de la mejor manera a la población a la que se enfocan, especialmente los adolescentes.

## Referencias

- Álvarez-Mon, M. A., Vidal, C. y Ortuño, F. (2019). Actualización clínica de la psicosis. *Medicine*, 12(86), 5023-5036.
- Arango, C., Bernardo, M., Bonet, P., Cabrera, A., Crespo-Facorro, B., Cuesta, M. J., ... & Vieta, E. (2017). Cuando la asistencia no sigue a la evidencia: el caso de la falta de programas de intervención temprana en psicosis en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(2), 78-86.
- Arango, C., Bernardo, M., Bonet, P., Cabrera, A., Crespo-Facorro, B., Cuesta, M. J., ... & Vieta, E. (2017). *Cuando la asistencia no sigue a la evidencia: el caso de la falta de programas de intervención temprana en psicosis en España*. [Figura 1].
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C., Ochoa, E., Poyo, F. y Babin F. (2013). Abuso o dependencia del cannabis y otros trastornos psiquiátricos. Estudio Madrid sobre patología dual. *Actas españolas de psiquiatría*, 41(2), 122-129.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5<sup>a</sup> ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing
- Bagot, K., Milin, R. & Kaminer, Y. (2015). Adolescent Initiation of Cannabis Use and Early-Onset Psychosis. *Substance abuse*, 36(4), 524-533.
- Baldor Tubet, I., Jerez Álvarez, M., Rullas Trincado, M., y González Cases, J. (2008). Sobre la oportunidad de la rehabilitación psicosocial tras un primer brote: un caso clínico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(2), 433-449.
- Bergé, D. (Ed.). (2016). *Informaciones psiquiátricas*. Sant Boi de Llobregat, España.
- Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R., Wetton, S. y Copestake, S. (1990). The Social Functioning Scale. The development and validation of a new scale of social adjustment programmes with schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 157, 853-859.
- Burunat, E. (2004) El desarrollo del sustrato neurobiológico de la motivación y emoción en la adolescencia: ¿un nuevo período crítico? *Infancia y Aprendizaje*, 27(1), 87-104.

- Casañas, R. y Lalucat, L. (2018). Promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales y lucha contra el estigma. Estrategias y recursos para la alfabetización emocional de los adolescentes. *Revista de Estudios de Juventud*, (121), 117-132.
- Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental. (2014). *Guía clínica y terapéutica para primeros episodios psicóticos en la infancia y la adolescencia*. Recuperado de: <https://www.ciberisciii.es>
- De Arce, R. (2007). Semiología psiquiátrica. Entrevista y examen psiquiátrico. Síndromes psiquiátricos. *Medicine*, 9(84), 5396-5407.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2018). *España. Informe sobre drogas 2018*. Recuperado de: <http://www.pnsd.mscbs.gob.es>
- Engel, G., L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136
- Enríquez-Sánchez, H. y Ochoa-Madrigal, M. G. (2019). Espectro de la esquizofrenia en niños y adolescentes. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 62(34), 9-23. doi: 10.22201/fm.24484865e.2019.62.4.02
- Fornells-Ambrojo, M. y Craig, T. (2011). Intervenciones psicosociales en la psicosis temprana. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 7, 25-40.
- Fraguas, D., De Castro, M. J., Medina, O., Parellada, M., Moreno, D., Graell, M., Merchán-Naranjo, J. & Arango, C. (2008). Does diagnostic classification of early-onset psychosis change over follow-up? *Child psychiatry and human development*, 39(2), 137-145.
- García, I., Fresán, A., Medina- Mora, M. E. y Mariana Ruiz, G. (2008). Impacto de la duración de la psicosis no tratada (DPNT) en el curso y pronóstico de la esquizofrenia. *Salud Mental*, 31(6), 479-485.
- Gil, D. (2010). Trabajo social y atención temprana en psicosis, una propuesta de intervención. *Cuadernos de trabajo social*, (23), 403-417.
- Gonzálvez, M. T., Espada, J. P., Fernández-Martínez, I., Orgilés, M & Sussman, S. (2020). Group self-identification, drug use and psychosocial correlates among Spanish adolescents. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(1), 59-64.



- Haro, J.M., Kamath, S.A., Ochoa, S., Novick, D., Rele, K., Fargas, A., Rodriguez, M.J., Rele, R., Orta, J., Kharbeng, A., Araya, S., Gervin, M., Alonso, J., Maureas, V., Lavrentzou, E., Lontos, N., Grefor, K., Jones, P.B., SOHO Study Group. (2003). The Clinical Global Impression Schizophrenia Scale: a simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Suppl. 416*, 16-23.
- Ibáñez, V. (2018). La intervención privada en psicosis. *Revista de la Asociación Española de Neuropsicología, 38*(133), 9-16.
- Kay, S. R, Fiszbein, A. y Opler, L. A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 13*, 261-76.
- Kokoulina, E. y Angosto, T. (2011). La psicosis del psiquiatra: la vida y obra del Dr. Kandinsky. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 32*(113), 39-53.
- Labad, J. (Ed.) (2016). *Informaciones psiquiátricas*. Sant Boi de Llobregat, España.
- Lingiardi, V., & McWilliams, N. (Eds.). (2017). *Psychodynamic diagnostic manual: PDM-2*. Guilford Publications.
- Magallares, A. (2011). El estigma de los trastornos mentales: discriminación y exclusión social. *Quaderns de Psicologia, 13*(2), 7-17.
- Martín, R. y Payá, B. (2016). Las psicosis de inicio temprano: una revisión. *Revista de psiquiatría infanto-juvenil, (4)*, 458-468.
- Movimiento Rethinking. (2018). *Libro Blanco de la Intervención Temprana en Psicosis*. España.
- Negueruela López, M., Ceverino Domínguez, A., Quintero, J., Rodríguez, M. P., Fernández del Moral, A., A Jiménez Arriero, M., ... & Navarro Jiménez, R. (2009). Retraso mental como factor de riesgo para el desarrollo de un trastorno psicótico. *Actas Españolas de Psiquiatría, 37*(1), 21-26.
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Salud mental del adolescente*. Ginebra. Organización Mundial de la salud, 18 de septiembre 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health> [consultado 5 de abril de 2020].

- Overall, J. E. & Gorham, D. R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychol Rep*, 10, 799-812
- Palma, C., Cañete, J., Farriols, N., Soler, F 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*, 21(2), 286-293.
- Pedreira-Massa, J. L. (2009). Formas clínicas de la psicosis en la infancia. *Anales de Pediatría Continuada*, 7(2), 114-120.
- Rial, R., Burkhart, G., Isorna, M., Barreiro, C., Varela, J. y Golpe, S. (2019). Consumo de cannabis entre adolescentes: patrón de riesgo, implicaciones y posibles variables explicativas. *Adicciones*, 31(1), 64-77.
- Roncero, C., Collazos, F., Valero, S. y Casas M. (2007). Consumo de cannabis y desarrollo de psicosis: estado actual. *Actas españolas de psiquiatría* 35(3), 182-189.
- Roncero, C., Diagre, C., Gonzalvo, B., Valero, S., Castells, X., Grau-López, L., Eiroa-Orosa, F. J. y Casas, M. (2013). Factores de riesgo para la psicosis inducida por cocaína en pacientes dependientes de cocaína. *Revista de Toxicomanías*, (64), 24-32.
- Roncero, C., Palma-Álvarez, R. F., Barrau, V., Urbano, N., Martínez-Luna, N., Ortiz-Medina, M. B. & Diagre, C. (2017). Early cannabis use and its relation to the development of psychiatric disorders: a review. *Salud mental*, 40(6), 291-298.
- Stanton, K. J., Denietolis, B., Goodwin, B. J., & Dvir, Y. (2019). Childhood Trauma and Psychosis: An Updated Review. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 29(1), 115-129.
- Tengan, S. K. & Maia, A. K. (2004). Functional psychosis in childhood and adolescence. *Jornal de pediatria* 80(2), 2-10.
- Ulloa, R. E., Sauer, T. R. y Apiquian, R. (2011). Evaluación y tratamiento de la esquizofrenia en niños y adolescentes: una revisión actualizada. *Salud mental*, 34(5), 429-433.
- Valencia, F. (2014). Duelo y recuperación tras el inicio de la psicosis. *Revista de la Asociación Española de Neuropsicología*, 34(121), 9-20.
- Vallina, O., Lemos, S., y Fernández, P. (2012). Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis. *Apuntes de Psicología*, 30(1-3), 435-457.

Vispe, A., Hernández, M., Ruiz- Flores, M. y García-Valdecasas, Jose. (2015). De la psicosis aguda al primer episodio psicótico: rumbo a la cronicidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsicología*, 35(128), 731-748. doi: 10.4321/S0211-57352015000400003

Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability- A new view of Schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103-126.