

DETECCION Y TRATAMIENTO DE ESTADOS MENTALES DE ALTO RIESGO EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE PSICOSIS DE CANTABRIA (P3)



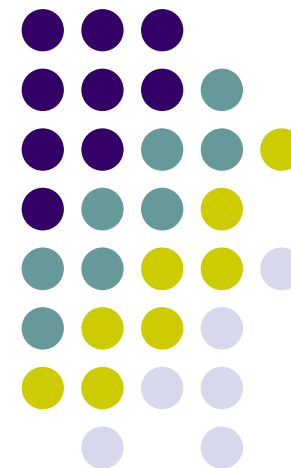
DR. OSCAR VALLINA FERNANDEZ

Psicólogo clínico

CSM DE TORRELAVEGA

SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD

ovallina@cop.es



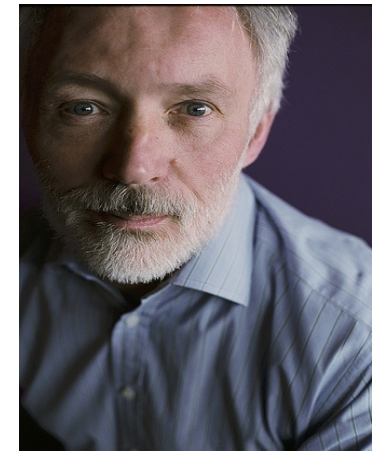


“ El psiquiatra ve demasiados estados finales y trata profesionalmente con demasiados pocos estados presicoticos....Siento ciertamente, que muchos casos incipientes pueden detenerse antes de que se suspenda por completo un eficiente contacto con la realidad y sea necesaria una larga estancia en las instituciones”

Sullivan, H.S. 1927. The onset of schizophrenia



Por lo general, las personas jóvenes no reciben asistencia hasta que manifiestan un riesgo severo para sí mismos o para los demás, o desarrollan un patrón crónico de enfermedad recurrente y discapacidad que requiere tratamiento continuado



Edwards & McGorry. 2002



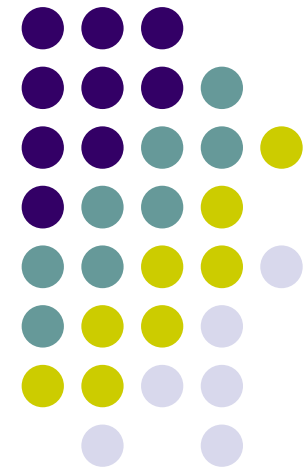
Si pudiésemos **reconocer el pródromo prospectivamente** y proporcionar tratamiento en esta etapa, entonces, podríamos minimizar la discapacidad y producir una recuperación antes de que se afiancen los síntomas y un pobre funcionamiento. Así, surgiría la posibilidad de prevenir, demorar o mejorar el inicio de un trastorno psicótico

Yung, Phillips & McGorry. 2004



**Antes de la lluvia el cielo se oscurece,
tomamos posiciones, construimos las
trincheras, antes de la lluvia adivinas la
tormenta... antes de la lluvia el futuro es
incierto....**

Loquillo y Trogloditas



Tratamiento preventivo de la esquizofrenia

Polémica sobre varios programas que tratan la enfermedad mental antes de que se produzca el brote psicótico

ERICA GOODE / NYT. Nueva York
Cuando la mayoría de los psiquiatras se encuentran con la esquizofrenia, los síntomas ya están plenamente desarrollados. Pero los científicos llevan tiempo supo-

niendo que la enfermedad comienza mucho antes, y que los demonios empiezan a cebarse en los jóvenes mucho antes de que aparezca la psicosis flagrante. Ahora los investigadores están comenzando a in-

vestigar de manera sistemática las primeras fases de la esquizofrenia, intentando descubrir signos que pudieran ayudar a predecir su aparición. Y dos grupos de investigación están adoptando una estra-

tegia mucho más audaz: identificar jóvenes con riesgo de padecer la enfermedad y tratarlos con dosis bajas de fármacos antipsicóticos, incluso cuando no muestran todos los síntomas de la misma.

Comparando a aquellos sujetos de alto riesgo sometidos a tratamiento con sujetos que no lo siguen, los investigadores de la Facultad de Medicina de Yale y de la Universidad de Melbourne, en Australia, esperan descubrir si el tratamiento preventivo puede mantener controlada la enfermedad y aprender más sobre los factores que predicen la vulnerabilidad frente a ella. Los investigadores utilizan los fármacos antipsicóticos más modernos, que provocan menos efectos secundarios. Aun así, los estudios son controvertidos y han tropezado con no pocas críticas.

Thomas H. McGlashan, director del estudio de Yale, decidió comenzar este experimento preventivo al convencerse, tras muchos años de trabajo con pacientes de esquizofrenia, que "el 80% del daño, si no más, se produce antes de que el desorden se manifieste". McGlashan cita al menos doce estudios que indican que, cuanto más pronto se trate la esquizofrenia, más posibilidades hay de que el paciente se recupere. Y se convenció de que podía haber "una forma de prevenir la cronicidad con los tratamientos ya disponibles" tras visitar la experiencia australiana.

Tratar a las personas con fármacos contra una dolencia que todavía no padecen es algo muy infrecuente en psiquiatría, aunque hay precedentes en otras patologías —por ejemplo, el uso del tamoxifén como tratamiento profiláctico para mujeres con alto riesgo de cáncer de mama—, y se está probando también para la enfermedad de Alzheimer.

La esquizofrenia es una enfermedad mental tan devastadora que pocos podrían objeciones a la meta final del tratamiento preventivo. Sin embargo, no todos están de acuerdo en que éste sea un momento adecuado para intentar algo tan ambicioso porque, a pesar de los esfuerzos científicos, todavía no hay un grupo de indicadores que puedan predecir con fiabilidad que se va a padecer la enfermedad.

Riesgo de estigma

investigadores si los fármacos son eficaces en cada caso concreto. "Si se trata a personas sin síntomas convincentes y nunca desarrollan la enfermedad, ¿en qué circunstancias sería ético interrumpir el tratamiento?", pregunta Steven E. Hyman, director del Instituto Nacional de Salud Mental. Los detractores expresan además su preocupación por el estigma que puede suponer el ser etiquetado de persona con alto riesgo de padecer psicosis, y también por los posibles efectos secundarios incluso de los antipsicóticos más avanzados.

Cuestiones éticas

"Es preciso que avancemos poco a poco y con mucha precaución", indica Laura Lee Hall, directora de investigación de la asociación National Alliance for the Mentally Ill (Alianza Nacional de Enfermos Mentales). "Pienso que es muy importante que determinemos experimentalmente si podemos prevenir las consecuencias más discapacitadoras de la esquizofrenia y del trastorno bipolar. Por la otra parte, me preocupa que se medique innecesariamente a niños que quizá no lleguen a enfermar". Una alternativa, sugiere Hall, podría ser controlar a los pacientes considerados de alto riesgo, pero administrarles el tratamiento sólo en la medida en que sea necesario.

Hall y Cornblatt estaban entre un grupo de especialistas en ética médica, representantes de organizaciones de defensa e investigadores psiquiátricos — incluidos McGlashan y Patrick D. McGorry, director del estudio australiano— que se reunieron el 19 y 20 de noviembre en un congreso convocado en Washington para tratar las cuestiones éticas y científicas suscitadas los estudios de intervención precoz en psiquiatría. Entre las cuestiones analizadas estaban el consentimiento informado, la confidencialidad y el impacto de los fármacos antipsicóticos.

Se trata de cuestiones apremiantes, según los expertos en salud mental, y no solo por los estudios que ya se están llevando a cabo. En un futuro no muy lejano, es posi-



Jardines de un centro psiquiátrico de Madrid. / MARISA FLÓREZ

ble que los investigadores descubran los genes que predisponen a dolencias como la esquizofrenia y la psicosis maniaco-depresiva, abriendo el camino al análisis genético, como los que hay disponibles para la enfermedad de Huntington. Y es probable que se produzca una nueva generación de antipsicóticos más eficaces y seguros.

Estos avances harán más fácil determinar y cuantificar el riesgo, y ofrecerán nuevas posibilidades de tratamiento precoz. Pero los especialistas en ética y los investigadores afirman que también suscitarán decisiones más complicadas a pacientes, familiares y médicos, que deberán sopesar los pros y los

contras en una sociedad cuya actitud hacia los enfermos mentales dista mucho de ser neutral.

"Los riesgos del tratamiento precoz en psiquiatría son diferentes de los del tratamiento de cáncer de mama u otras enfermedades", afirma Paul S. Appelbau, director de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Massachusetts, en Worcester. "Debemos plantearnos qué consecuencias tendrá etiquetar a una persona como presquizofrénica". Entre esas consecuencias, señaló Appelbau, se pueden incluir reacciones negativas de empresarios, seguros médicos, colegios "y cualquiera que tenga que decidir si arriesgarse

o no con una persona". Además, explicó, el saber que uno tiene un alto riesgo de padecer esquizofrenia u otra enfermedad mental grave puede afectar drásticamente a la propia imagen, especialmente en los adolescentes. Un adolescente calificado de alto riesgo, afirmó Appelbaum, podría preguntarse: "¿Debería decidir no casarme, no ir a la universidad, rebajar mis propias expectativas?".

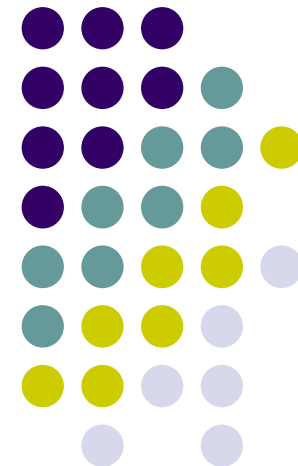
Sin embargo, McGlashan cree firmemente que las personas tienen derecho a saber si son vulnerables a la esquizofrenia o a cualquier otra enfermedad grave. "¿De qué libertades públicas estamos hablando?", pregunta. "Si son las de las personas que padecen el riesgo, parece que deberían conocer la información. Pueden decidir negarse si lo desean, pero al menos debería dárseles la oportunidad de negarse".

Acerca del consentimiento informado, los investigadores están también divididos. Los escépticos dicen que la cuestión de si los sujetos incluidos en los experimentos de prevención son plenamente conscientes de las consecuencias de aceptar el tratamiento es especialmente delicada en estudios en los que se trata a adolescentes o niños pequeños, en los que son los padres quienes deben dar el consentimiento.

A McGorry, el director del estudio australiano, no le cabe duda de que los sujetos de su estudio —los menores con más de 15 años, y los mayores de treinta— estaban plenamente capacitados para dar un consentimiento informado. McGorry, coautor de *The Recognition and Management of Early Psychosis* (Cambridge University Press, 1999), afirma que su estudio ha suscitado poca controversia en Australia, quizá porque dicho país dispone de una red comunitaria más avanzada para las enfermedades mentales en adolescentes, y porque allí no son tan graves las consecuencias sociales del diagnóstico de una enfermedad mental. Aun así, tanto él como McGlashan son conscientes de las difíciles cuestiones planteadas por sus estudios.



Programa de Prevención de Psicosis
Prevention Program of Psychosis



Más vale prevenir que curar o “virgencita déjame como estoy”

El título de este artículo que comentamos se pregunta si podemos utilizar antidepresivos para tratar los síntomas prodrómicos de la esquizofrenia. Es un título que llama la atención cuando empiezas a leerlo no puedes parar. Ni que fuera una novela de misterio. Lo aconsejamos a cualquier lector y les aseguramos que si los autores hubieran sido españoles lo más probable es que lo hubieran rechazado.

Estamos de acuerdo que lo ideal es tratar los síntomas prodrómicos y la tendencia natural es utilizar antipsicóticos. A estos autores se les ha ocurrido utilizar antidepresivos comparándolos con antipsicóticos en un estudio naturalístico, pero ya advierten de los muchos problemas que hay en este tipo de estudios como son el cumplimiento de la medicación o muchos falsos positivos (la mitad de los que tienen síntomas prodrómicos nunca desarrollan un proceso psicótico) con lo cual tenemos problemas de estigmatización y de producir efectos indeseables innecesarios (discinesias tardías, aumento de peso, dislipidemias, diabetes, etc.). Bueno, pues se animan, cogen un grupito pequeño de jóvenes (48) con síntomas prodrómicos positivos o negativos, a 20 les dan antidepresivos solos o asociados a reguladores del humor y a 28 antipsicóticos de segunda generación solos o asociados a antidepresivos. Sin embargo, cuando vemos la tabla de lo que les han dado, resulta que hay 4 antipsicóticos distintos, 9 antidepresivos y 3 reguladores del humor mezclados según arte, pero los autores lo simplifican y dividen los pacientes en dos grupos: los que han tomado antipsicóticos y los que han tomado antidepresivos, aunque reconocen que algunos también habían tomado ansiolíticos, benzodiacepinas y estimulantes.

Cuando vamos a los resultados ya es el caos. ¡Los antidepresivos son los que van mejor para que no se produzca el primer episodio psicótico! Si se va a las explicaciones, posiblemente tendrán que tomarse un antidepresivo o un antipsicótico. Aseguran que ninguno de los que tomaba antidepresivos era un falso positivo (¿?) y reconocen que la mayoría de quienes tomaban antipsicóticos no cumplían con la medicación y, esto ya lo sabemos; que cuando se interrumpe un tratamiento con antipsicóticos puede aparecer un primer episodio.

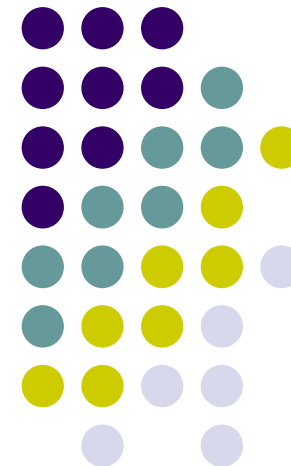
Total, concluyen que, para prevenir, lo mejor antidepresivos. Candidato al Oscar de los artículos confusos, difusos y profusos.



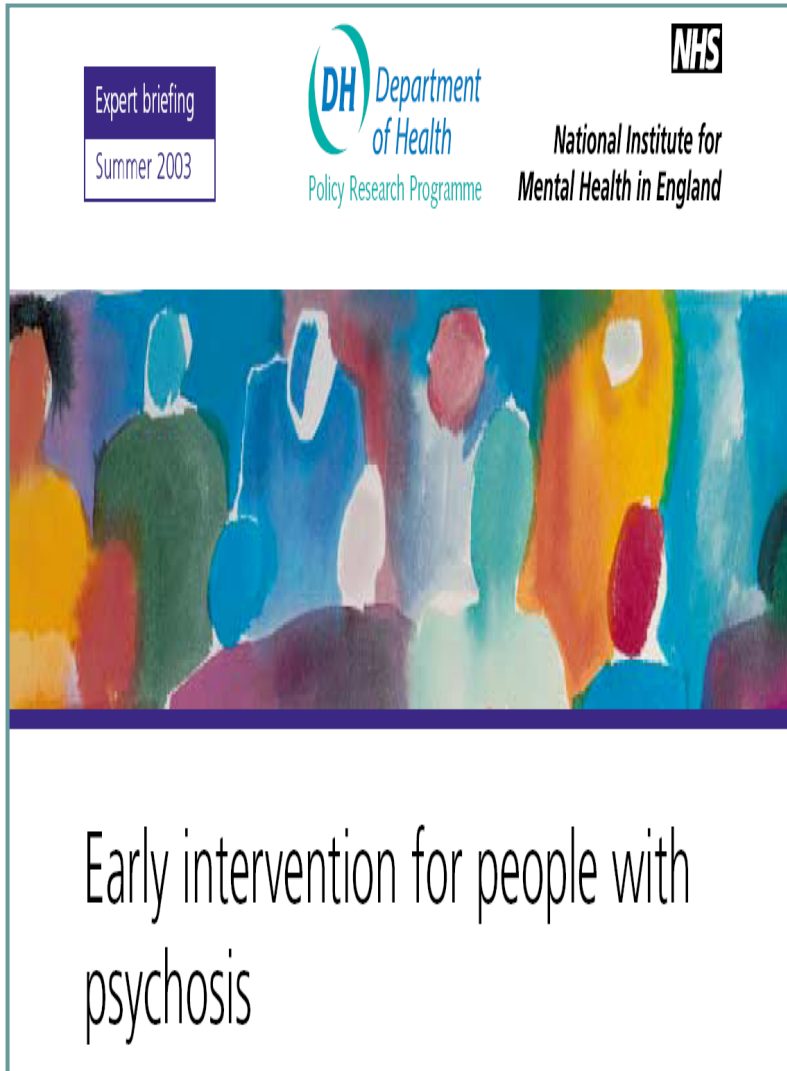
(1) Cornblatt, B et al.: Can antidepressants be used to treat prodromal the schizophrenia prodrome? Result of a prospective, naturalistic treatment study of adolescents. *J Clin Psychiatry*, 2007; 68: 546-557



Programa de Prevención de Psicosis
Prevention Program of Psychosis



INTERVENCIÓN TEMPRANA EN PSICOSIS



Expert briefing
Summer 2003

DH Department of Health
Policy Research Programme

NHS
National Institute for
Mental Health in England

Early intervention for people with psychosis

- Un modelo de atención que se dirige a promover la recuperación de la psicosis a través de la prevención, la detección temprana y los tratamientos más efectivos para los inicios de la enfermedad
- La detección temprana y la utilización de tratamientos específicos para cada fase la distinguen de los servicios habituales
- Se dirige a los tres primeros años de la psicosis en pacientes con edades entre 14 y 35 años
- En la fase prodrómica exige:
 - La presencia de síntomas psicóticos atenuados perturbadores
 - Un funcionamiento psicosocial deficitario
 - Solicitud de ayuda por quien los padece

A E N

Asociación Española de Neuropsiquiatría

Consenso sobre Atención Temprana
a la Psicosis de la Asociación Española
de Neuropsiquiatría 2009



CUADERNOS TÉCNICOS, 10

Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

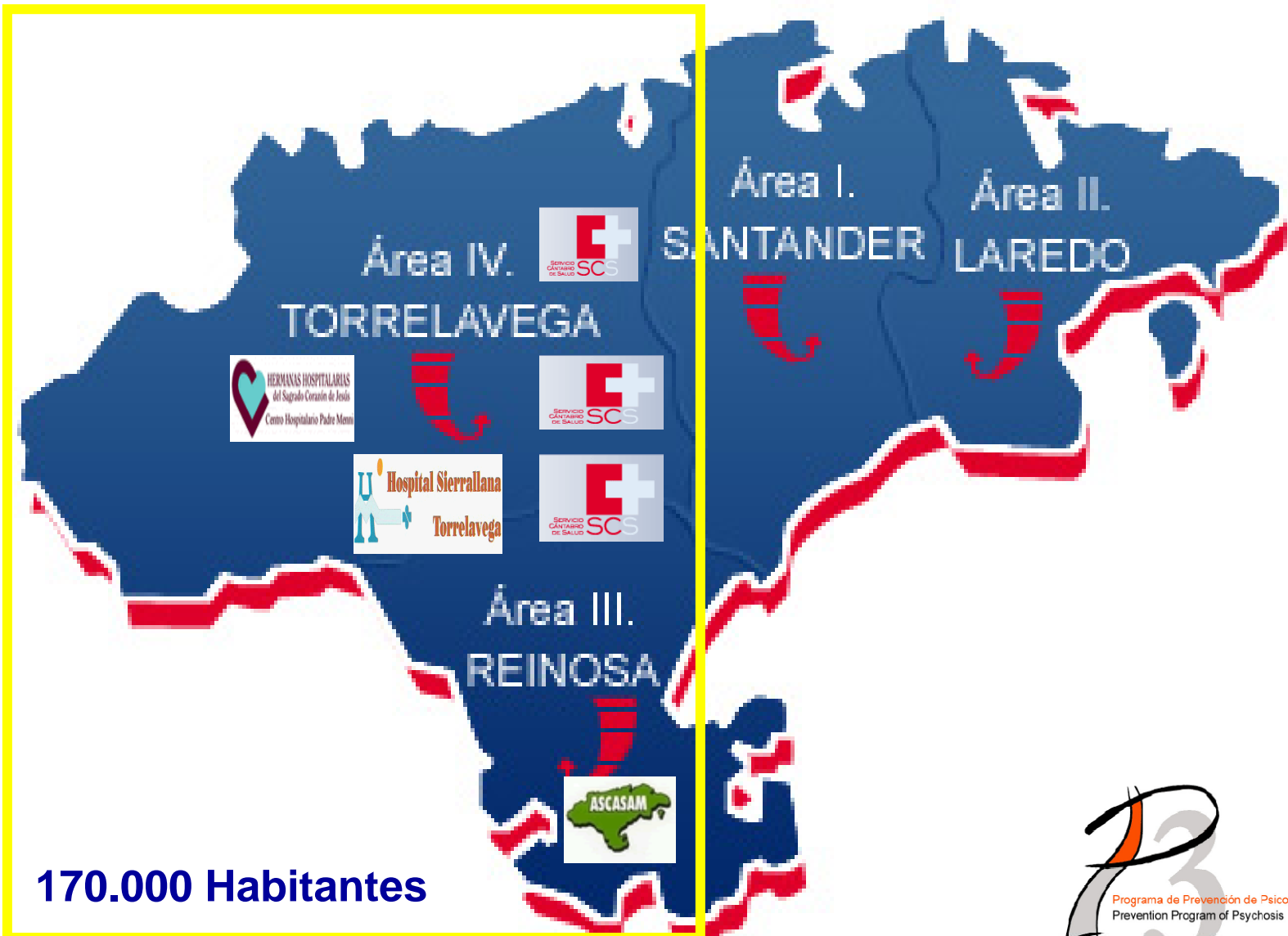


p

Detección
e intervención temprana
en las psicosis



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD



170.000 Habitantes





Universidad de Oviedo



Programa de Prevención de Psicosis
Prevention Program of Psychosis



Hospital Sierrallana
Torrelavega



SERVICIO
CÁNTABRO
DE SALUD
SCS



Protocolo de evaluación

Programa para CAP

Protocolo Farmacológico

Intervención familiar

Psicoterapia STOPP/TCBP

Psicoterapia COPE/TCI

TCC para EMAR

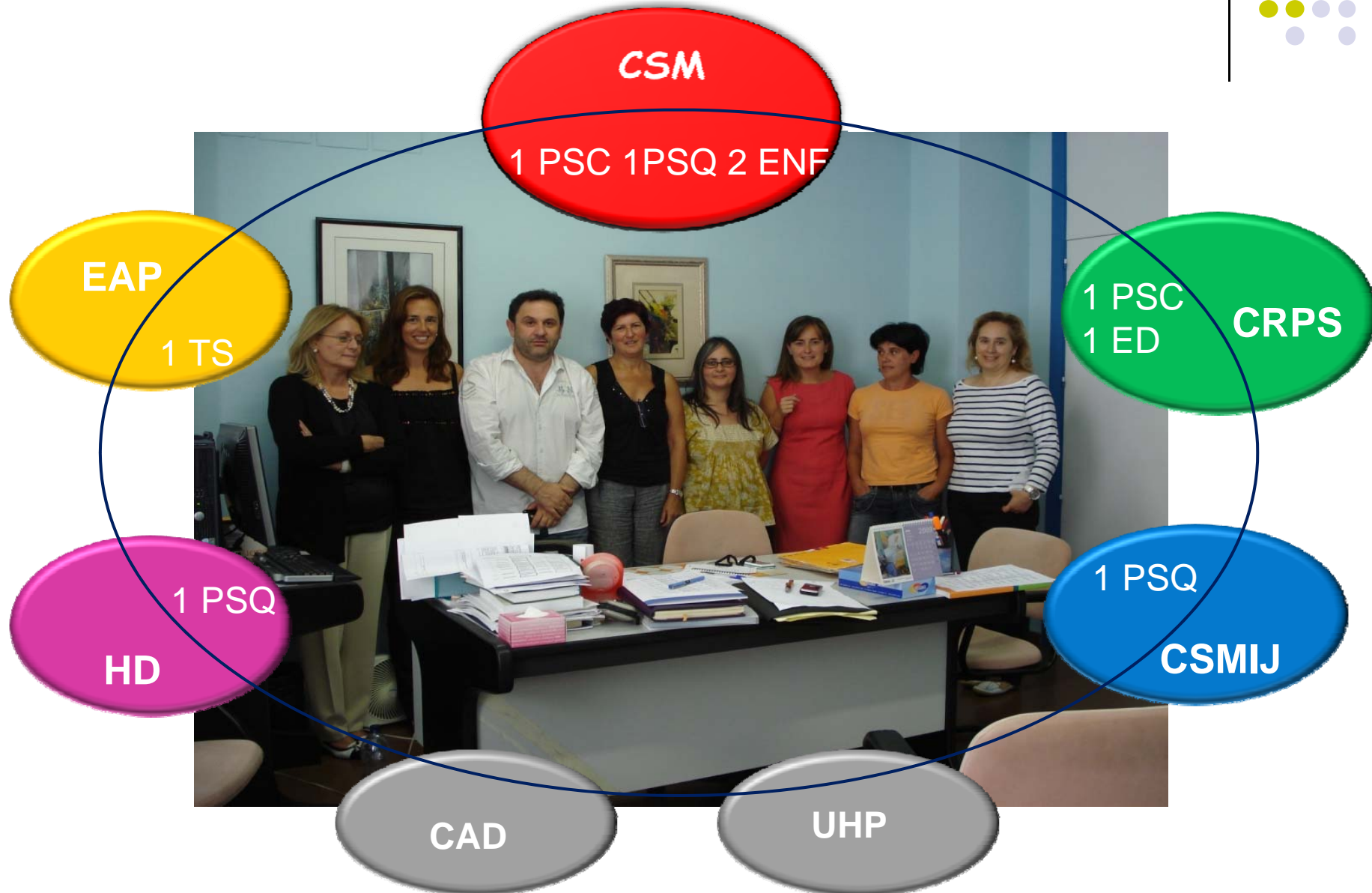
Desarrollo comunitario

Investigación

PROTOCOLO CLÍNICO ASISTENCIAL PARA LA INTERVENCIÓN TEMPRANA EN PSICOSIS



EQUIPO DE ATENCIÓN TEMPRANA A LA PSICOSIS DE TORRELAVEGA (EATAP)



PROGRAMA DE ITP PARA CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA



Taller educativo



- Información básica: mitos
- Inicio de la psicosis: pródromos
- Descripción programa de tratamiento
- Estudio de casos clínicos



Materiales



- Hoja perfil de derivación
- Hoja evaluación pródromos
- Guía informativa
- Protocolos: captación, tto, domicilio



Itinerario asistencial



- Profesionales de referencia
- Acceso directo e inmediato
- Reuniones seguimiento de casos



**UNIDAD DE SALUD MENTAL. PROGRAMA DE DETECCIÓN E INTERVENCIÓN TEMPRANA EN PSICOSIS (ITP).
CRITERIOS DE DERIVACIÓN**

| LISTA DE SÍNTOMAS | PUNTUACIÓN |
|---|------------|
| Preocupación familiar | ----- |
| Consumo excesivo de alcohol | ----- |
| Consumo de drogas | ----- |
| Discusiones con familiares y amigos | ----- |
| Pasar mas tiempo solo | ----- |
| ----- Un punto cada uno ----- | |
| Dificultades para dormir | ----- |
| Perdida de apetito | ----- |
| Animo depresivo | ----- |
| Escasa concentración | ----- |
| Inquietud | ----- |
| Tensión o nerviosismo | ----- |
| Perdida de interés por las cosas | ----- |
| ----- Dos puntos cada uno ----- | |
| Sentir que la gente le mira * | ----- |
| Sentir o escuchar cosas que otros no perciben* | ----- |
| ----- Tres puntos cada uno ----- | |
| Ideas de referencia | ----- |
| Creencias extrañas. Susplicacia | ----- |
| Maneras extrañas de hablar o de pensar | ----- |
| Afecto inadecuado | ----- |
| Apariencia o conducta extraña | ----- |
| Historia familiar de psicosis en primer grado mas aumento de estrés o deterioro en el funcionamiento * | ----- |
| ----- Cinco puntos cada uno ----- | |
| 20 PUNTOS O MAS CONSIDERAR DERIVACIÓN AL PROGRAMA DEL CSM | |
| SI PUNTUA EN ALGUNO DE LOS ITEMS EN NEGRITA DERIVAR AL PROGRAMA AUNQUE LA PUNTUACIÓN NO SEA DE 20 | |



| SI HAY SIGNOS FÍSICOS CONSIDERAR |
|----------------------------------|
| Abuso de sustancias |
| Anomalías en función hepática |
| Infección sistémica |
| Carencias nutricionales |
| Anomalías del SNC |
| Trastornos metabólicos |
| Anomalías cardiacas |
| Toxicidad por drogas |

| SI HAY: |
|--------------------------|
| Diagnostico incierto |
| Claro episodio psicótico |
| Riesgo inmediato |
| DERIVAR |

**TELEFONO SM:
942847400**

GUIA DE ITP PARA ATENCIÓN PRIMARIA



- # ¿Que es la psicosis?
- # ¿Porqué es importante la intervención temprana?
- # Un marco para la intervención temprana
- # ¿A quien afecta?
- # ¿Cómo se puede presentar un paciente?
- # El pródromo
- # La fase activa
- # Realizando la entrevista
- # Preparando el tratamiento
- # Tratamiento inicial
- # Resumen

ENTREVISTA ESTRUCTURADA PARA SINDROMES PRODRÓMICOS : SIPS



4.3. Entrevista Estructurada para Síndromes Prodrómicos
(Structured Interview for Prodromal States, SIPS) 1

SIPS

ENTREVISTA ESTRUCTURADA PARA SÍNDROMES PRODRÓMICOS (idioma español)

VERSIÓN PARA SÍNDROMES PRODRÓMICOS ACTUALES

PRIME Clínica de Investigación
Escuela de Medicina de Yale
New Haven, CT

Thomas H. McGlashan, M.D.
Tandy J. Miller, Ph.D.
Scott W. Woods, M.D.
Joanna L. Rosen, Psy.D.
Ralph E. Hoffman, M.D.
Larry Davidson, Ph.D.

Paris, 3 de marzo, 2002 - Versión en español 3.1
Julio Bobes*, Celso Arango**, Teresa Bobes-Bascarán,
M.ª Teresa Bascarán* y Mara Perellada**

Copyright ©2001 Thomas H. McGlashan, M.D. *Universidad de Oviedo. **Hospital Gregorio Marañón, Madrid.

4. Instrumentos de evaluación para los trastornos esquizofrénicos 56

- **SOPS.** Escala de Síntomas Prodrómicos
- **DSM.** Trastorno Esquizotípico de la Personalidad
- **FH.** Historia Familiar
- **GAF.** Evaluación Global de Funcionamiento

SIPS / SOPS: ESCALAS DE SÍNDROMES PRODRÓMICOS



- **S. Positivos:**
 - P.1. Contenido inusual del pensamiento/ ideas delirantes
 - P.2. Susplicacia / ideas persecutorias
 - P.3. Grandiosidad
 - P.4. Anomalías perceptivas / Alucinaciones
 - P.5. Comunicación desorganizada

- **S. Negativos:**
 - N.1. Anhedonia social o aislamiento
 - N.2. Abulia (apatía)
 - N.3. Expresión de emociones disminuida
 - N.4. Experiencia de emociones y del yo disminuida
 - N.5. Pensamiento empobrecido
 - N.6. Deterioro del funcionamiento de roles

- **S. Desorganización:**
 - D.1. Apariencia y comportamiento raro
 - D.2. Pensamiento extraño
 - D.3. Problemas de atención y concentración
 - D.4. Higiene personal / Habilidades sociales

- **S. Generales:**
 - G.1. Alteraciones del sueño
 - G.2. Humor disfórico
 - G.3. Alteraciones motoras
 - G.4. Tolerancia disminuida al estrés normal

Puntuación:

Sínt. Positivos: 0=ausente a 6=grave y psicótico

Sínt. Negativos, Desorganización y Generales: 0=ausente a 6=extremo

ESTADOS MENTALES DE ALTO RIESGO (EMAR)



SÍNTOMAS PSICOTICOS ATENUADOS

- **Contenido inusual del pensamiento/ideas delirantes**
Humor delirante, síntomas de primer rango, ideas sobrevaloradas, referencialidad no persecutoria
- **Ideas persecutorias/susplicacia**
Hipervigilancia, desconfianza, ideas sobrevaloradas de peligro
- **Ideas de grandiosidad**
Pensamientos privados de superioridad, planes irreales, actuar ignorando las consecuencias
- **Percepciones anómalas/alucinaciones**
Ilusiones, alucinaciones vagas
- **Comunicación desorganizada**
Habla vaga, extraña, tangencial, uso inadecuado de palabras,

2. SUSPICACIA / IDEAS PERSECUTORIAS

| <p>3 Moderado</p> | <p>4 Moderadamente grave</p> | <p>5 Grave pero no psicótico</p> | <p>6 Grave y psicótico</p> |
|--|--|--|---|
| <p>Siente que la gente piensa sobre él de manera negativa desde hace 6 meses. También tiene una leve sensación de estar siendo observado. Esto le pasa alguna vez a la semana pero afirma saber que esas sensaciones no son reales</p> | <p>Siente varias veces a la semana que desde hace 4 meses que la gente habla de él y a veces teme que alguien le quiera hacer daño. Se dice así mismo que no es real, pero su suspicacia permanece y se siente inseguro durante mucho tiempo. Ha consultado con compañeros de trabajo y estos le han negado la existencia de tal situación</p> | <p>Desde hace varios meses y en varias ocasiones a la semana piensa que la gente habla mal de él y que existe un complot para hacerle confesar todo lo que hizo mal en su vida. También cree que se ríen de él en el trabajo. Ultimamente se ha agitado en el trabajo porque creía que alguno de sus compañeros era un policia secreta y le han enviado a casa. En la entrevista reconoce que sabe que no es cierto pero que lo siente real y afirma estar confundido.</p> | <p>Desde hace seis meses piensa que su compañero le ha entrado en su ordenador y ha tomado sus claves e identidad. Piensa que sus amigos han tomado imágenes suyas desnudo y las ha distribuido por internet. Se siente traicionado por ellos aunque lo nieguen. Esta absolutamente convencido de que eso está pasando y cada vez que usa su ordenador lo siente así. Ahora evita a sus amigos y pasa mas tiempo solo en casa</p> |

GRUPOS DE ULTRA ALTO RIESGO DE TRANSICIÓN A LA PSICOSIS



| | |
|---|--|
| <p>(GRDS) Síndrome prodrómico con riesgo genético y disfuncion global</p> | <ul style="list-style-type: none">▪ Jóvenes con un familiar de primer grado con trastorno psicótico, y/o padeciendo ellos un trastorno esquizotípico▪ Deterioro funcional con reducción en la GAF de un 30% durante el último mes en comparación con el último año |
| <p>(APSS) Síndrome prodrómico positivo atenuado</p> | <ul style="list-style-type: none">▪ Al menos uno de los síntomas psicóticos atenuados con una severidad y frecuencia sintomática entre 3 y 5 definida y escalada en entrevista clínica SOPS▪ Los síntomas han empezado en el año pasado o han empeorado su intensidad respecto a hace un año y se presentan al menos una vez a la semana en el último mes |
| <p>(BIPSS) Síndrome prodrómico breve intermitente</p> | <ul style="list-style-type: none">▪ Síntomas positivos con intensidad psicótica transitorios que no implican desorganización o peligro o no duran al menos una hora al día, cuatro días a la semana durante un mes▪ Empiezan en los últimos tres meses y están presentes al menos varios minutos al día y una vez al mes |

DEFINICION DEL SÍNDROME PSICOTICO



Se requieren criterios A y B

(A) Síntomas positivos en un nivel de intensidad psicótico (6)

- Contenido del pensamiento inusual, suspicacia/persecución o grandiosidad con ideas delirantes
y / o
- Percepción anormal con alucinaciones
y / o
- Lenguaje inenteligible

(B) Cualquier criterio A con una frecuencia o duración y urgencia suficiente

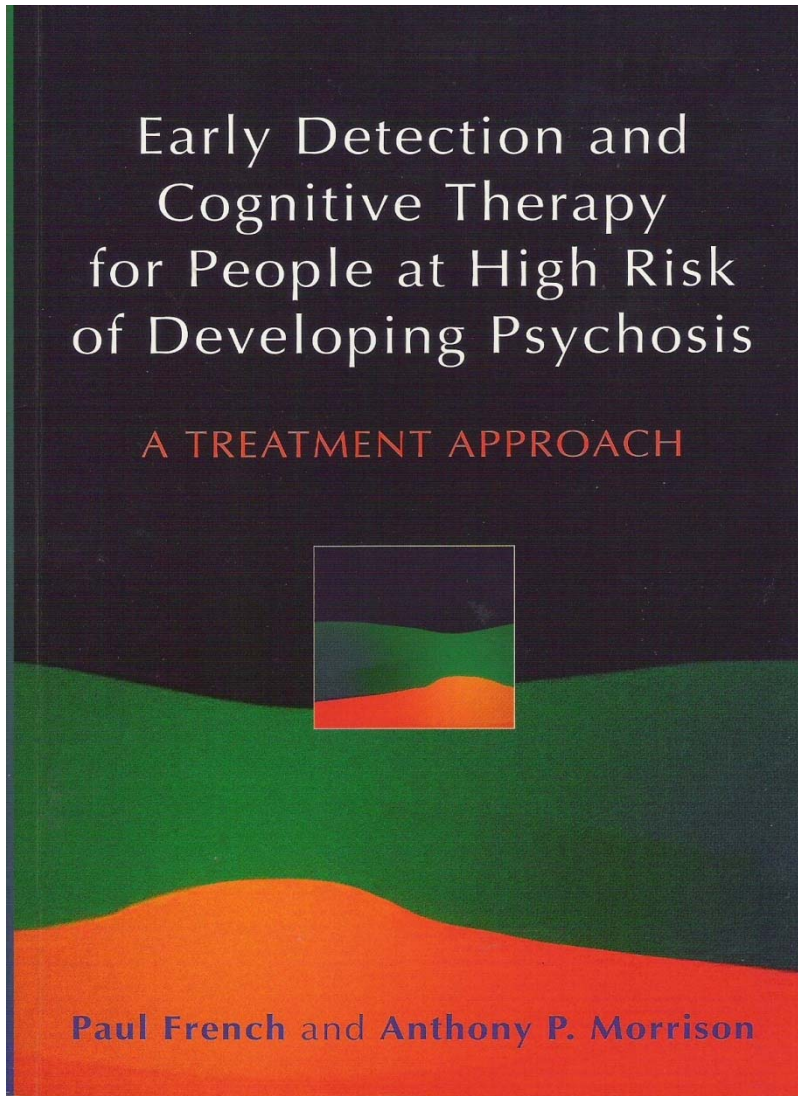
- Al menos un síntoma A ha estado presente una hora al día y cuatro días a la semana durante un mes
o
- El síntoma indica desorganización o peligro

DIRECTRICES CLÍNICAS PARA LA FASE PRESICÓTICA

Si la persona con EMAR busca ayuda para la discapacidad y el malestar asociado con sus síntomas se deberá:

- **Implicar** a la persona en su tratamiento
- **Evaluar y supervisar** regularmente su estado mental
- **Ofrecer tratamiento específico** (psicoeducación y afrontamiento) para síntomas psicóticos subumbral y síndromes que puede presentar y ayudar en sus problemas laborales, interpersonales, familiares
- **Proporcionar información** de manera clara, flexible y cuidadosa sobre su riesgo de desarrollar psicosis y sobre su estado actual
- **Ofrecer psicoeducación y apoyo familiar**
- **Realizar la asistencia en entornos no estigmatizantes**
- Si la persona no busca ayuda **mantener contacto regular** con alguien de su familia

TERAPIA COGNITIVA PARA ESTADOS MENTALES DE ALTO RIESGO



- Enganche
- Formulación del caso
- Normalización
- Generar y evaluar explicaciones alternativas
- Conductas de seguridad
- Creencias centrales "soy diferente"
- Creencias metacognitivas
- Aislamiento social
- Prevención de recaídas

CARACTERÍSTICAS DE LA INVESTIGACIÓN PIONERA SOBRE EL SÍNDROME DE RIESGO DE PSICOSIS



1. Se ha centrado en el desarrollo y validación de herramientas de evaluación específicas y en la delineación de **criterios de alto riesgo**
2. Busca el examen de las **tasas de conversión** a la psicosis en cohortes seguidas de manera naturalista
3. Busca la identificación de **predictores de conversión** a la psicosis
4. Estudia que **intervenciones** son capaces de abortar o demorar el desarrollo de una psicosis



Originales

S. Lemos¹
O. Vallina²
P. Fernández¹
J. A. Ortega²
P. García²
A. Gutiérrez²
A. García²
J. Bobes¹
T. Miller³

Validez predictiva de la escala de síntomas prodrómicos (SOPS)

¹ Universidad de Oviedo
² Servicio Clínico de Salud, Santander
³ Yale University School of Medicine
New Haven, EE. UU.

Introducción. Se realiza un análisis factorial exploratorio de los ítems de la escala de síntomas prodrómicos (SOPS) para conocer sus propiedades psicométricas y su validez de constructo, así como para la validez de criterio o predictiva de las subescalas clínicas de la SOPS en la transición desde el estado prodrómico a la psicosis de los sujetos de riesgo durante el seguimiento de 1 año.

Método. A partir de la administración de la entrevista estructurada de síndromes prodrómicos (SIPS), que incluye la SOPS, a 30 pacientes remitidos para evaluación por la sospecha de presentar signos prodrómicos de psicosis se realizó un análisis factorial con rotación varimax, se obtuvieron índices de Cronbach de coherencia interna y se analizó, mediante regresión logística, la validez predictiva de las subescalas que componen este instrumento.

Resultados. Se obtuvieron tres factores de primer orden, siendo el más homogéneo y coincidente con investigaciones anteriores el que incluye los síntomas negativos, y se observaron niveles más altos en los síntomas negativos, de desorganización y generales en los varones. Los índices α de Cronbach de la escala fueron 0,880 en la fase de captación de los pacientes de riesgo y 0,952 un año después. Con una tasa de incidencia de psicosis del 26,67% en la muestra estudiada durante el seguimiento de 1 año se comprobó que las subescalas de la SOPS presentaron excelente valor predictivo positivo, siendo los síntomas negativos los que mostraron mejores índices de especificidad (95,5%) y de sensibilidad (100%).

Conclusiones. Los criterios diagnósticos basados en la SIPS/SOPS permiten identificar a las personas de alto riesgo de psicosis y predecir con bastante precisión la aparición de episodios psicóticos a medio plazo, siendo un instrumento válido, económico y de fácil utilización en sistemas sanitarios de atención primaria.

Palabras clave:
Psicosis. Prevención. Detección temprana. Signos prodrómicos.

Actas Esp Psiquiatr 2006;34(4):216-223

Correspondencia:
Serafín Lemos-Giráldez
Facultad de Psicología
Universidad de Oviedo
Plaza Feijoo, s/n
33001 Oviedo
Correo electrónico: slemos@uniovi.es

Predictive validity of the Scale of Prodromal Symptoms (SOPS)

Introduction. We conduct an exploratory factor analysis with the Scale of Prodromal Symptoms (SOPS) items, to determine its psychometric characteristics and construct validity, as well as we analyze criterion or predictive validity of its clinical subscales in the conversion of high mental risk subjects from prodrome to psychosis in a 1 year follow-up period.

Method. The subjects were 30 patients referred for evaluation with the Structured Interview of Prodromal Syndromes (SIPS), which includes the SOPS, because of a suspected psychosis prodromal syndrome, a factor analysis with varimax rotation was carried out: Cronbach internal coherence indices were obtained, and predictive validity of the subscales comprising this instrument were analyzed using logistic regression.

Results. Three first-order factors were found, one of them was a homogeneous component made up of negative symptoms, consistent with previous studies, and higher scores were observed in negative, disorganized and general symptoms in males. Cronbach's alpha indices were 0.880, in the recruitment phase of risk patients, and 0.952 one year later. With an incidence rate of psychosis of 26.67% in the sample studied, during the 1 year follow-up period, an excellent positive predictive value of the SOPS subscales was found, with negative symptoms having the best specificity (95.5%) and sensitivity (100%) indices.

Conclusions. Diagnostic criteria based on the SIPS/SOPS make it possible to identify persons at high risk of psychosis, and to make an accurate prediction of medium term psychotic episodes. It is a valid, economical and easy to use instrument in primary health care systems.

Key words:
Psychosis. Prevention. Early detection. Prodromic signs.

INTRODUCCIÓN

La investigación sobre la predisposición a la psicosis y en particular sobre la detección temprana de marcadores neu-



Symptomatic and functional outcome in youth at ultra-high risk for psychosis: A longitudinal study

Serafín Lemos-Giráldez^{a,c,*}, Oscar Vallina-Fernández^b, Purificación Fernández-Iglesias^{a,b}, Guillermo Vallejo-Seco^a, Eduardo Fonseca-Pedrero^{a,c}, Mercedes Paño-Piñeiro^{a,c}, Susana Sierra-Baigrie^a, Pilar García-Pelayo^b, Clara Pedrejón-Molino^b, Sandra Alonso-Bada^b, Ana Gutiérrez-Pérez^b, Jose Angel Ortega-Ferrández^b

^a Department of Psychology, University of Oviedo, Spain

^b Hospital Sieralima, Torrelavega, Spain

^c Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Spain

ARTICLE INFO

Article history:

Received 7 July 2009

Received in revised form 6 September 2009

Accepted 7 September 2009

Available online 27 September 2009

Keywords:

Psychosis
Prodrome
Prevention program
Conversion rates
Gender

ABSTRACT

The current report assesses the clinical, functioning and demographic data of a cohort enrolled in the P3 prevention program for psychosis, a Spanish National Health System and Ministry of Science funded program. Comparisons are made between those individuals who had converted to psychosis and those who had not at 3 years after an average of 24 treatment sessions. Subjects included 61 participants meeting Structured Interview for Prodromal Syndromes criteria, with ages ranging from 17 to 31, and all meeting criteria for ultra-high risk of psychosis. Prospective follow-up data are reported for patients re-evaluated at 1 and 3 years. At 1-year follow-up, the conversion rate to psychosis was 18%, but increased to 23% at 3-year follow-up. The converted sample was older than the non-converted sample and more likely to have higher ratings on subsyndromal psychotic (positive and disorganized), negative and general symptoms, and lower levels of functioning at baseline assessment. Analyses of change over time indicated a clear clinical improvement in both clinically stable patients and in those who showed a transient psychotic state over time. No gender differences in symptom or functioning levels at the three follow-up time points were found; however, the interactions among conversion \times gender \times SOPS total score \times time points significantly reflect that the growth profiles of the four groups (no conversion males, no conversion females, conversion males and conversion females) in the SOPS total score are not parallel and that, consequently, the four groups involved different patterns of change over time, males experiencing faster and longer deterioration when psychotic symptoms arise.

© 2009 Elsevier B.V. All rights reserved.

1. Introduction

The scientific interest and activity in the prodrome of psychosis is worldwide, and literature regarding this realm is expanding rapidly (Addington et al., 2007) since the early

detection and treatment of psychotic disorders represents one of the most stimulating and significant challenges of the last few years in all areas of mental health care (McGlashan et al., 2007; McGorry et al., 2008).

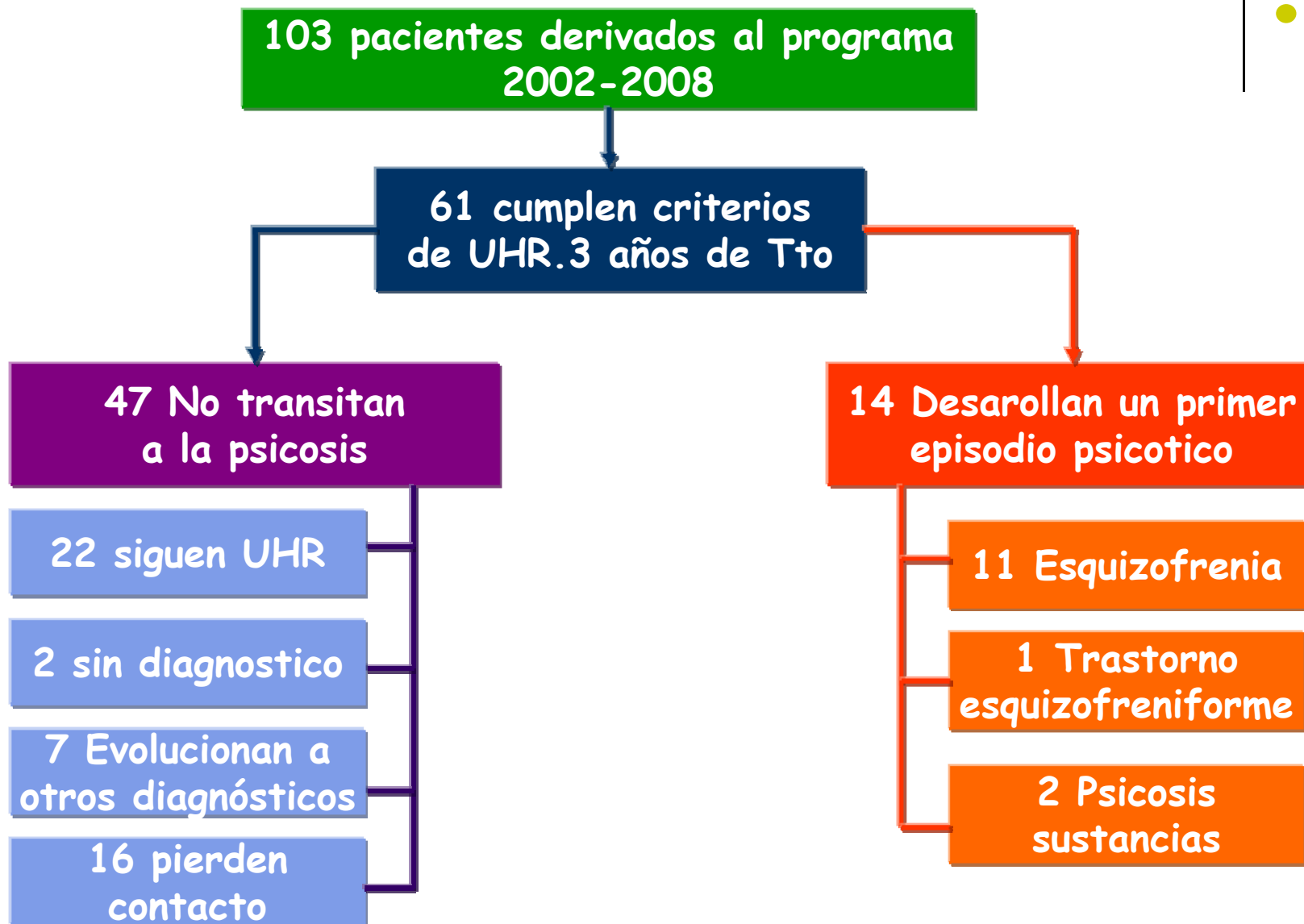
While research is trying to elucidate the etiopathogenesis of psychotic disorders as a possible clue to the universal or selective primary prevention strategies for these severe and disrupting illnesses, clinical intervention programs have tried to enhance indicated primary prevention through early detection of at ultra-high risk (UHR) individuals.

* Corresponding author. University of Oviedo, Department of Psychology, Plaza Feijoo, s/n, 33003 Oviedo, Spain. Tel.: +34 985103254; fax: +34 985104144.
E-mail address: slemos@uniovi.es (S. Lemos-Giráldez).

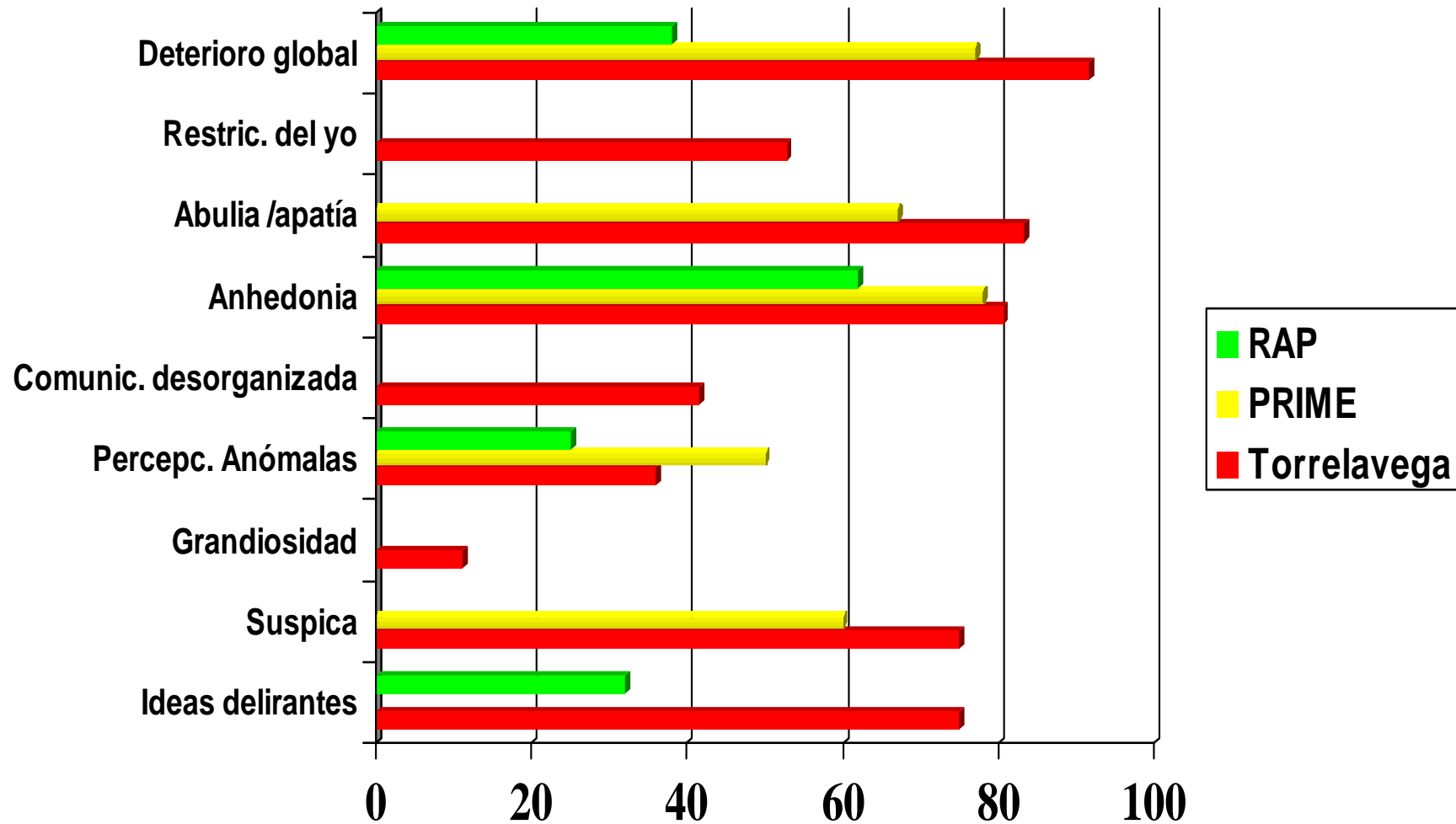
CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

| Variables | Hombres (n=40) | Mujeres (n=21) | Total (n=61) |
|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Edad Media (SD), rango | 22.25 (3.64) 17-31 | 20.67 (4.05) 15-30 | 21.70 (3.38) 15-31 |
| Educación | | | |
| Primaria | 42.7% (17) | 33.3% (7) | 39.3% (24) |
| Bachiller | 22.5% (9) | 28.6% (6) | 21.3% (15) |
| Formación profesional | 22.5% (9) | 19.0% (4) | 24.6% (13) |
| Universidad | 12.5% (5) | 19.0% (4) | 14.8% (9) |
| DUI Meses, media (SD) | 20.63 (25.41) | 26.19 (31.18) | 22.54 (27.40) |
| Consumo de drogas | 60% (24) | 33.3% (7) | 50.8% (31) |
| Historia familiar de psicosis | 32.5% (13) | 38.1% (8) | 34.4% (16) |
| GAF Ultimo año, media, rango | 68.58 (18.32) 31-100 | 68.86 (18.99) 37-100 | 52.30 (12.55) 31-100 |
| Abandonos al seguimiento | 22.5% (9) | 33.7% (7) | 26.2% (16) |

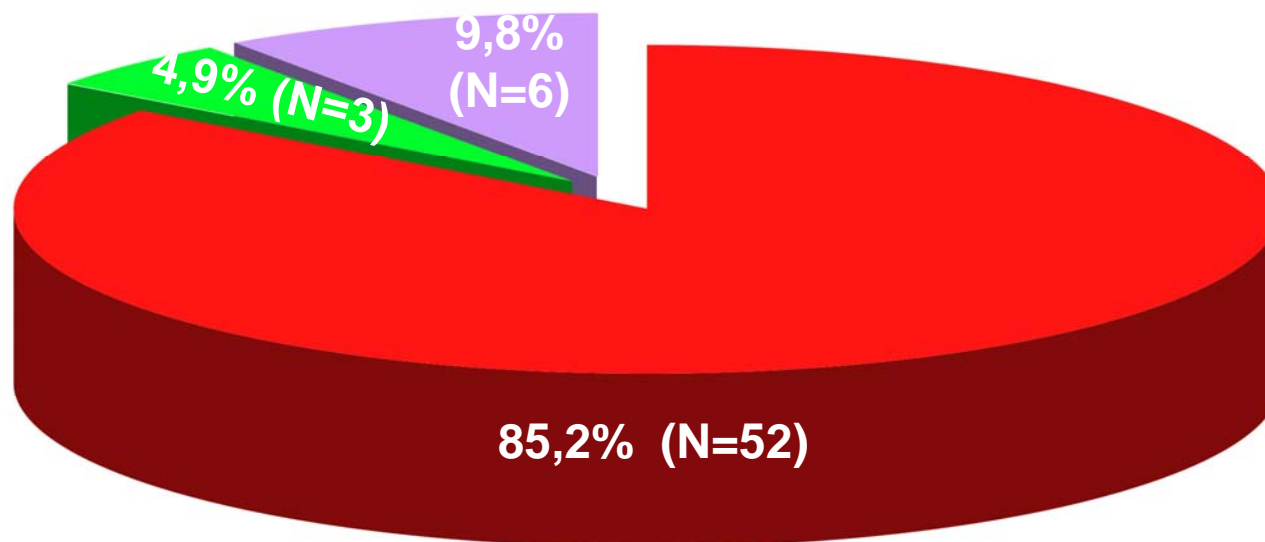
DESARROLLO GENERAL DEL ESTUDIO



SÍNTOMAS INICIALES

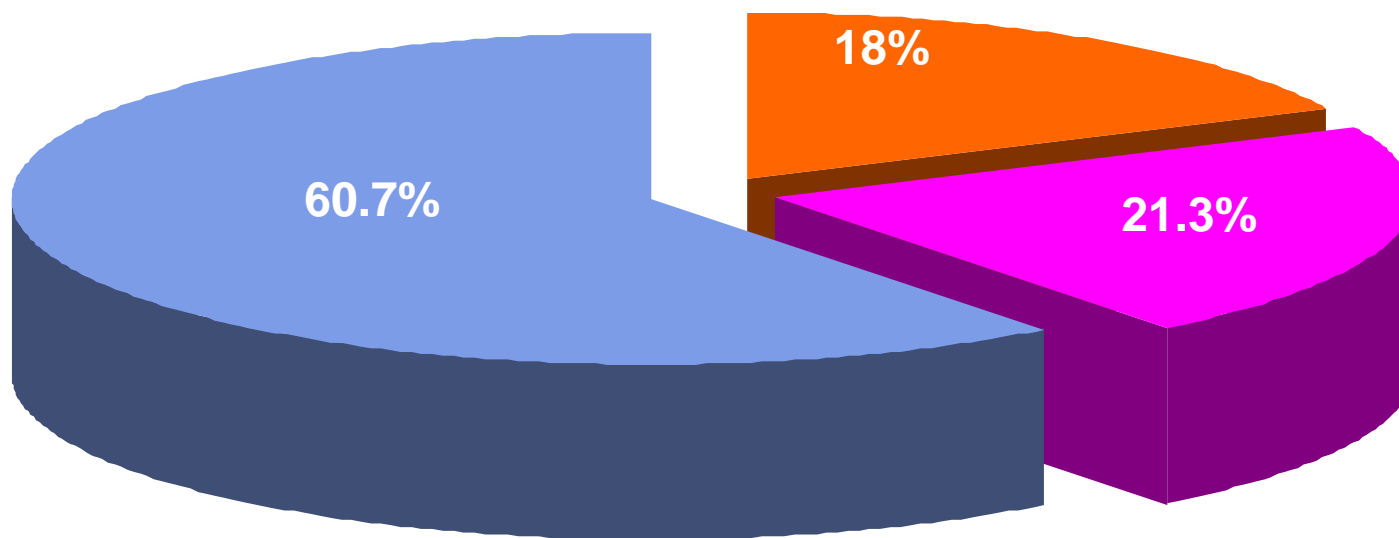


DISTRIBUCIÓN DE LOS GRUPOS DE RIESGO



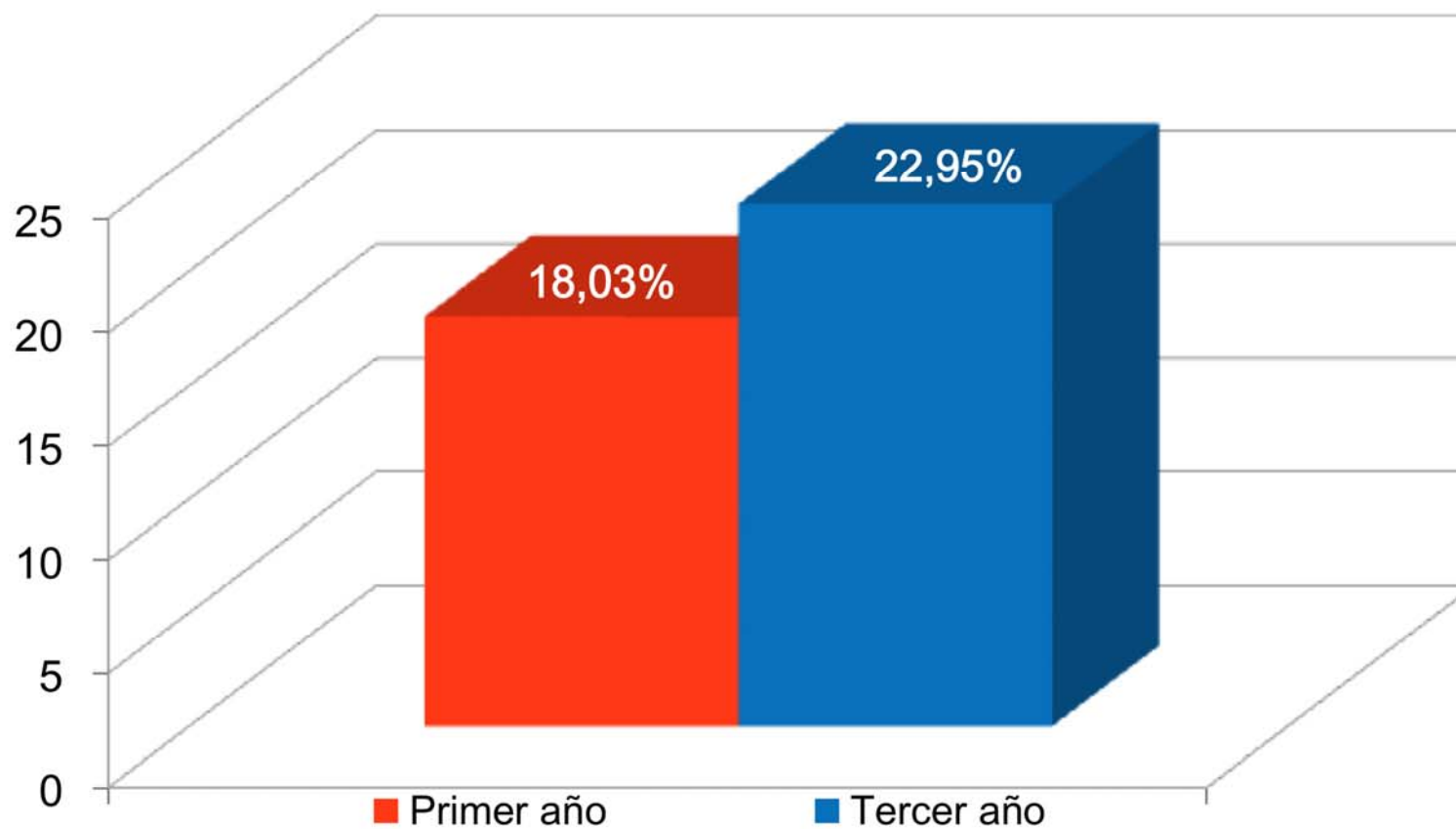
APS
■ BLIPS
■ GR or SPD + DF

¿QUE TIPO DE TRATAMIENTO RECIBIERON LOS PACIENTES?

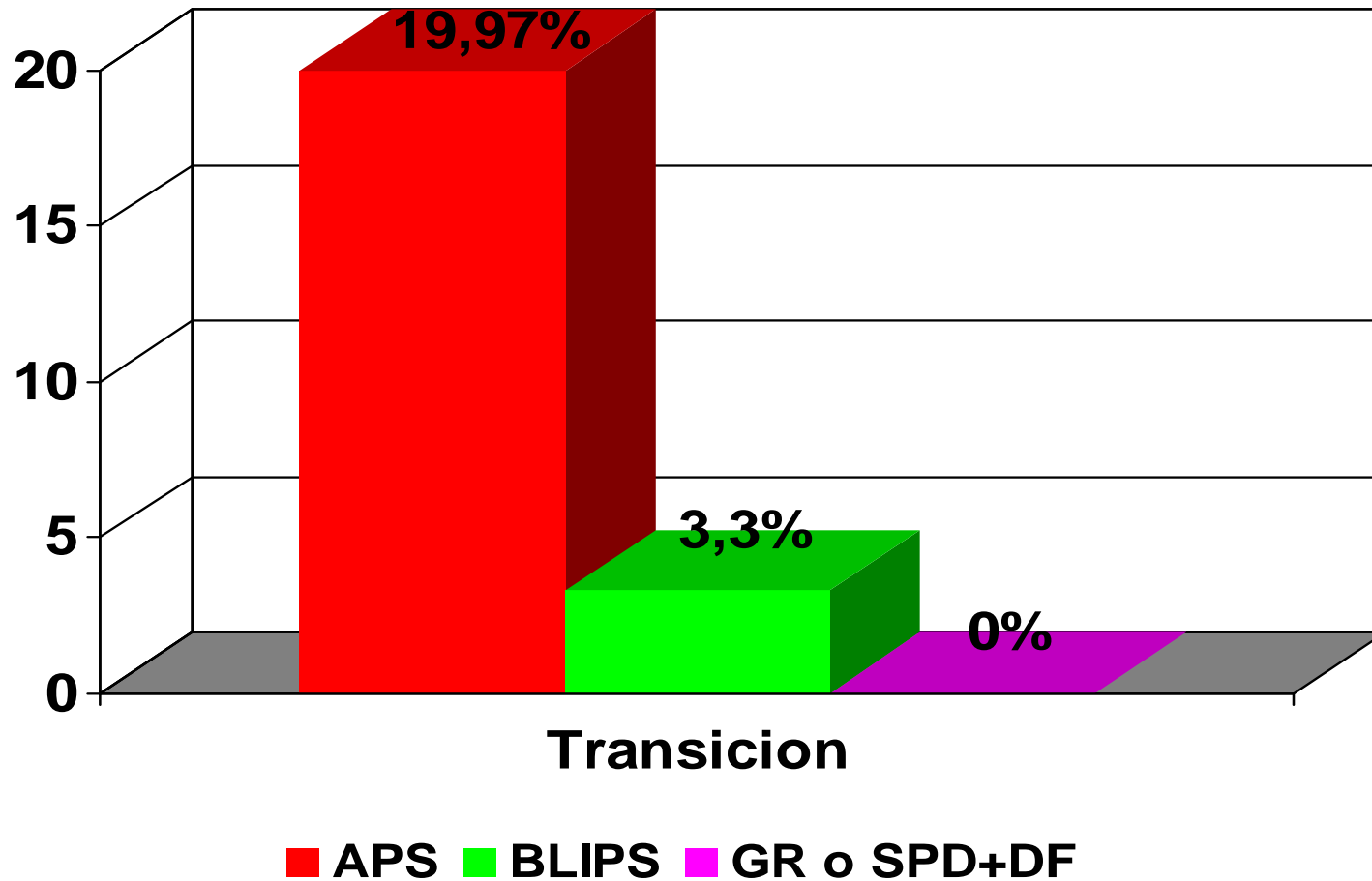


■ Farmacológico ■ Psicológico ■ Combinado

¿CUÁNTOS PACIENTES DESARROLLARON UNA PSICOSIS?



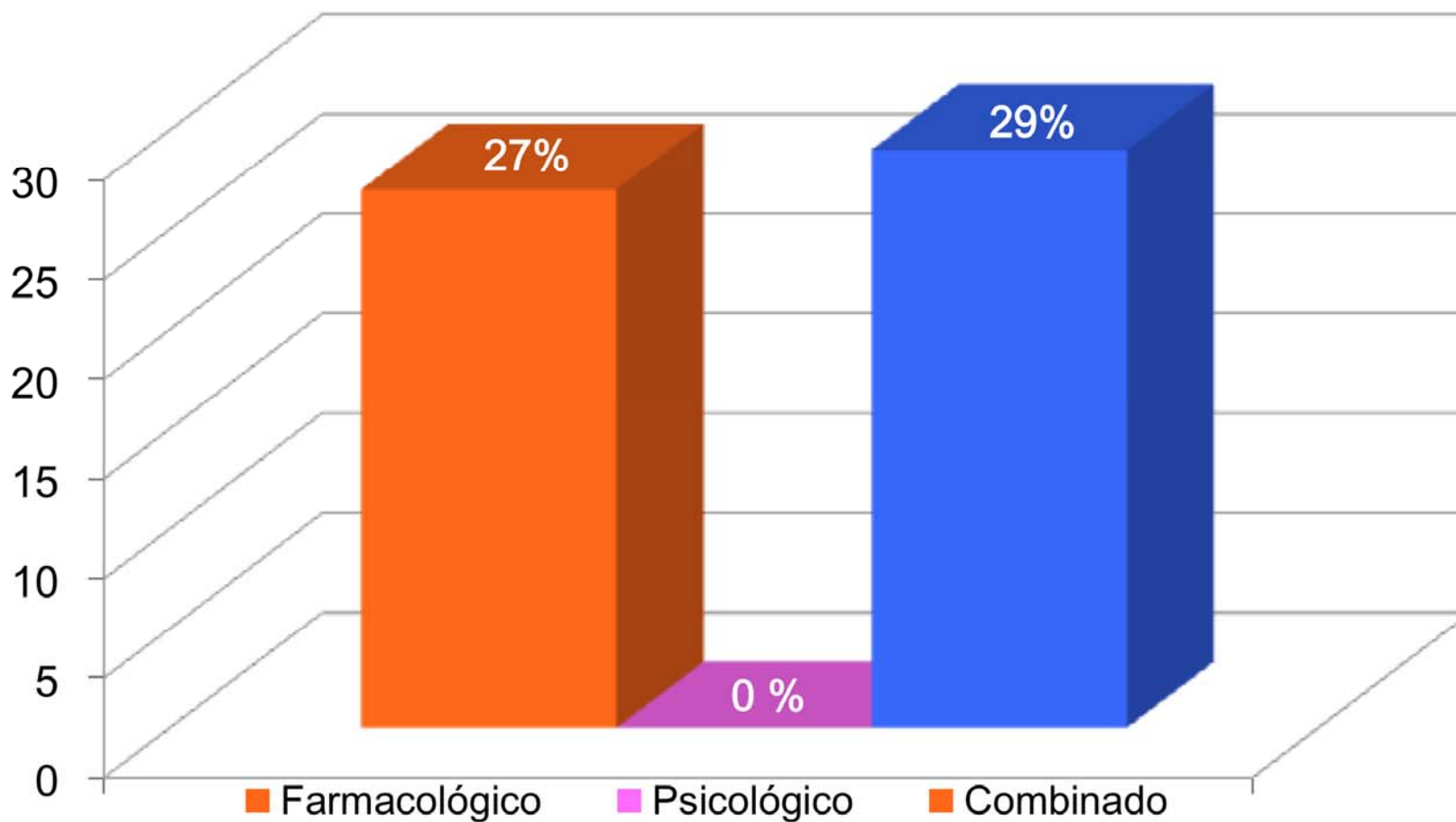
¿QUE GRUPOS DE RIESGO TUVIERON MAYOR TRANSICIÓN?



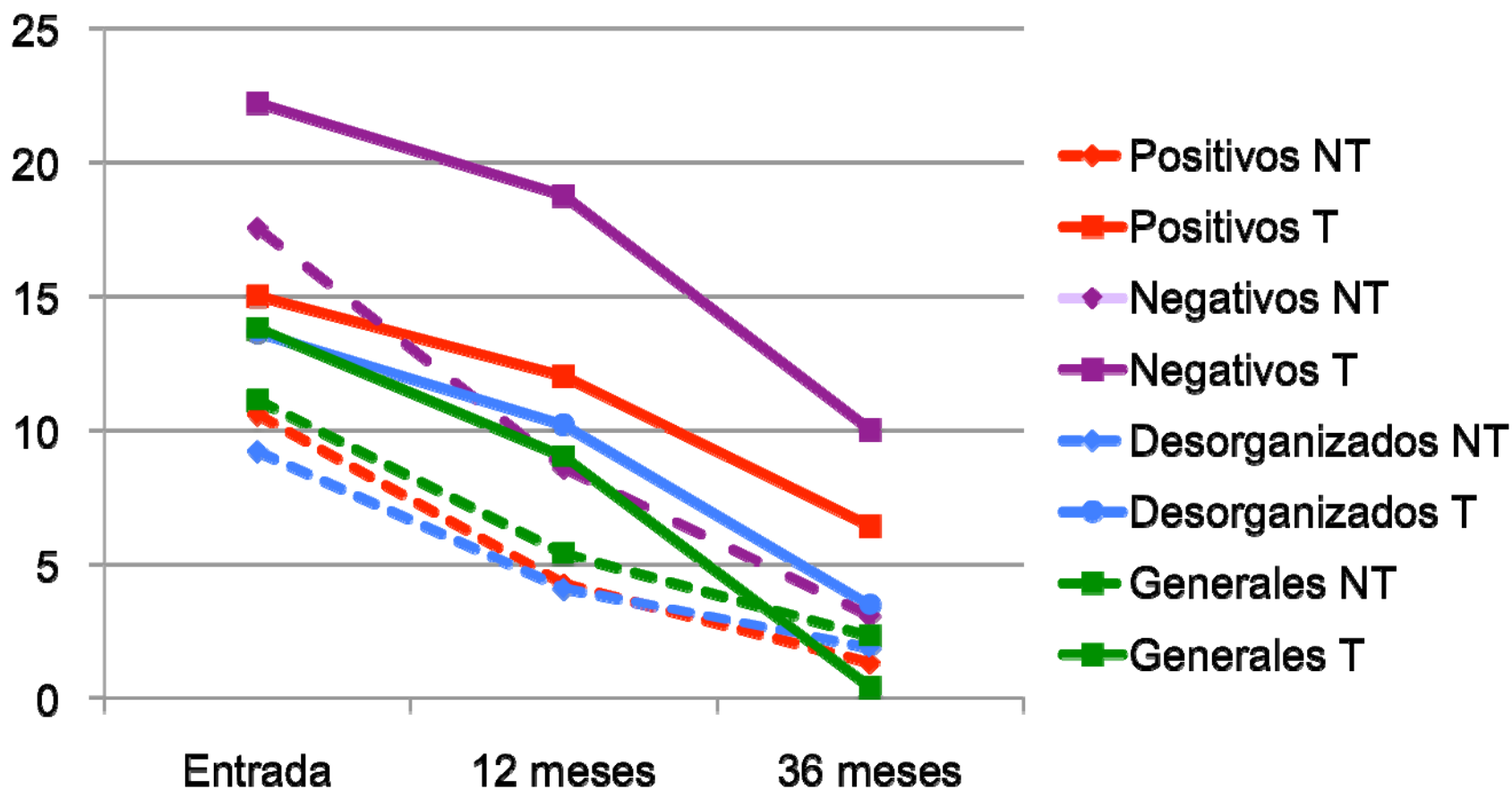
ESTUDIOS CON ULTRA ALTO RIESGO DE TRANSICION A LA PSICOSIS

| Programas | n | Estudio | Transición | |
|--|-----|--|----------------------|--------------|
| | | | 1 año | 3 años |
| Clínica PACE McGorry et al. 2002; 2007 | 59 | TCC + Risperidona Terapia de apoyo + Antidepresivos | 10 36% | 25.8% 40% |
| Clínica PRIME McGlashan et al. 2003; 2006 | 60 | Tto psicosocial + Olanzapina Tto psicosocial + placebo | 16.1% 37.9% | 25.7% 48% |
| Programa EDIE Morrison et al. 2004; 2007 | 60 | Terapia cognitiva Supervisión mensual | 6% 26% | 26% 48% |
| Programa RAP Cornblatt et al. 2004; 2007 | 54 | Tto psicosocial + Neurolépticos Tto psicosocial + Antidepresivos | 26% | |
| Programa OPUS Nordentoft et al. 2006 | 79 | Tto integrado Tto standard | 8.15% 25% | 25% 48.3% |
| Programa P3 Lemos et al. 2009 | 61 | TCC+ IFB+ Neurolépticos atípicos o Antidepresivos | 18% | 22.9% |
| Programa OASIS Broome et al. 2005 | 44 | TCC+ Neurolepticos o IRSS Apoyo+Neurolépticos o IRSS | 13.6 | |
| Clínica PACE Yung et al. 2011 | 115 | TCC + Risperidona TCC + Pacedo Terapia de apoyo grupal + placebo | 4,7% 9,7% 7,1% | |
| Clínica PRIME Addington et al. 2011 | 51 | Terapia cognitivo conductual Terapia de apoyo | 0% 12% | |

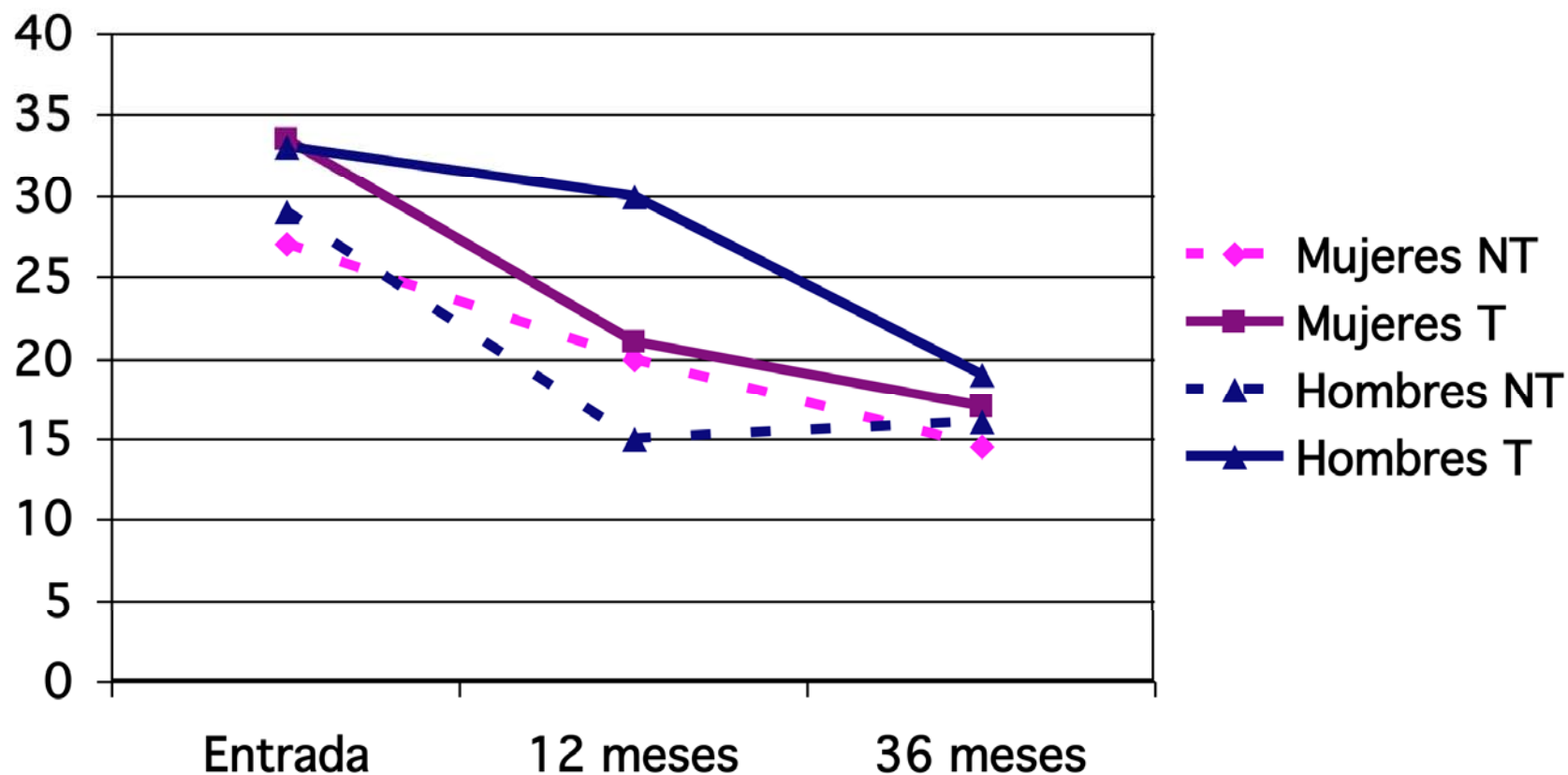
¿QUE TRATAMIENTO TENIAN QUIENES TRANSITARON?



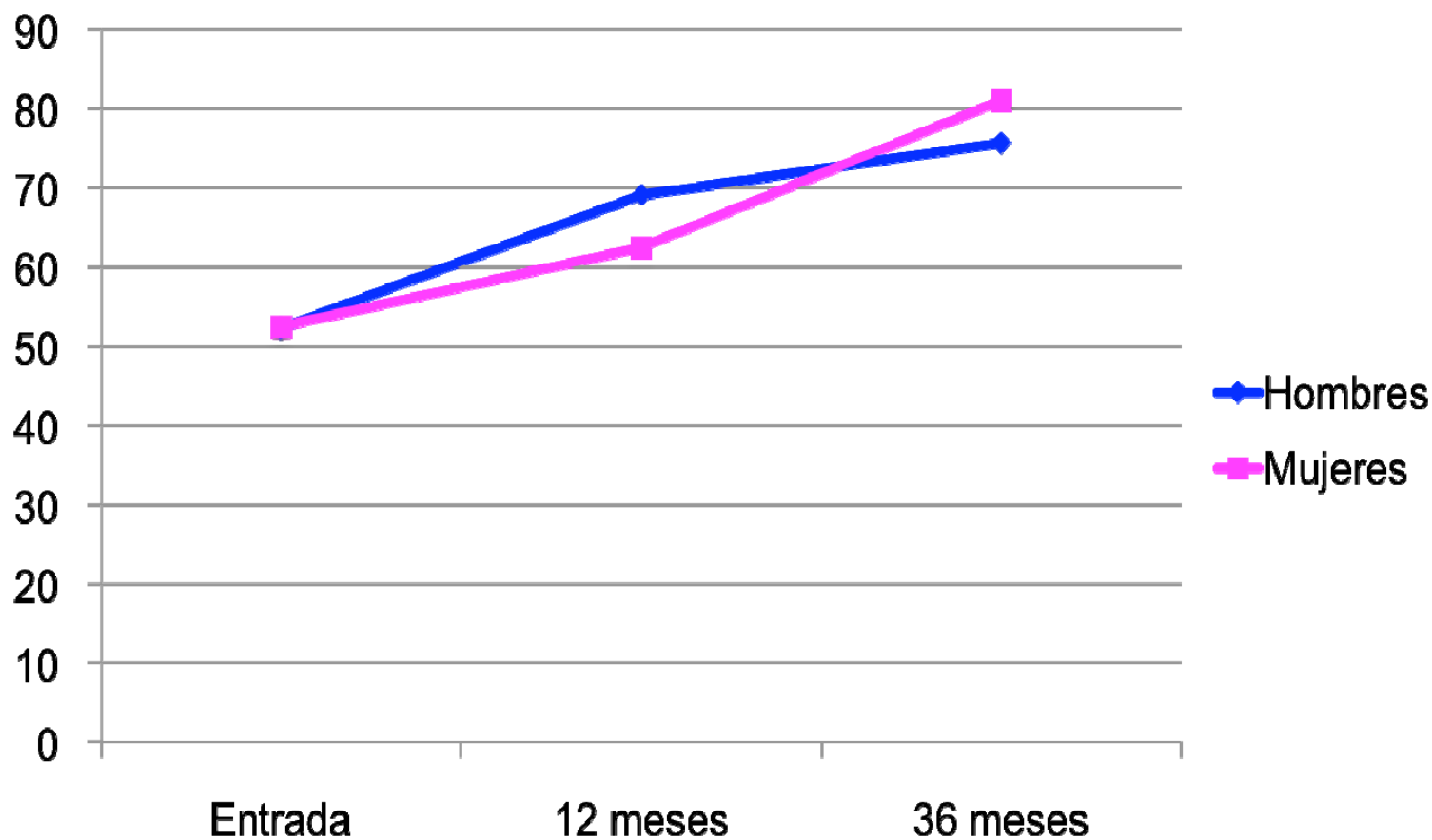
¿CÓMO EVOLUCIONÓ LA SÍNTOMATOLOGÍA ESPECÍFICA?



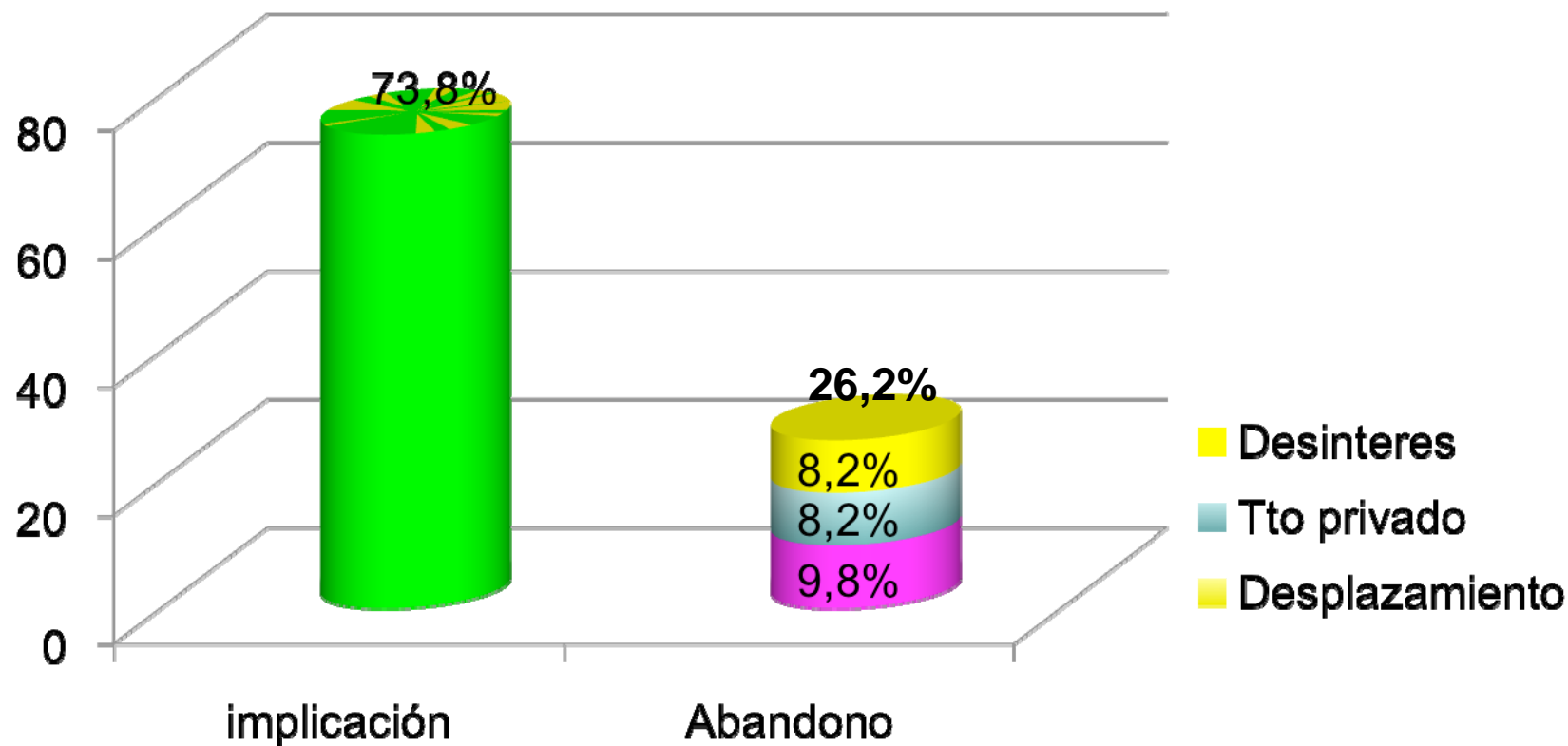
¿COMO EVOLUCIONO LA SÍNTOMATOLOGIA TOTAL EN HOMBRES Y MUJERES?



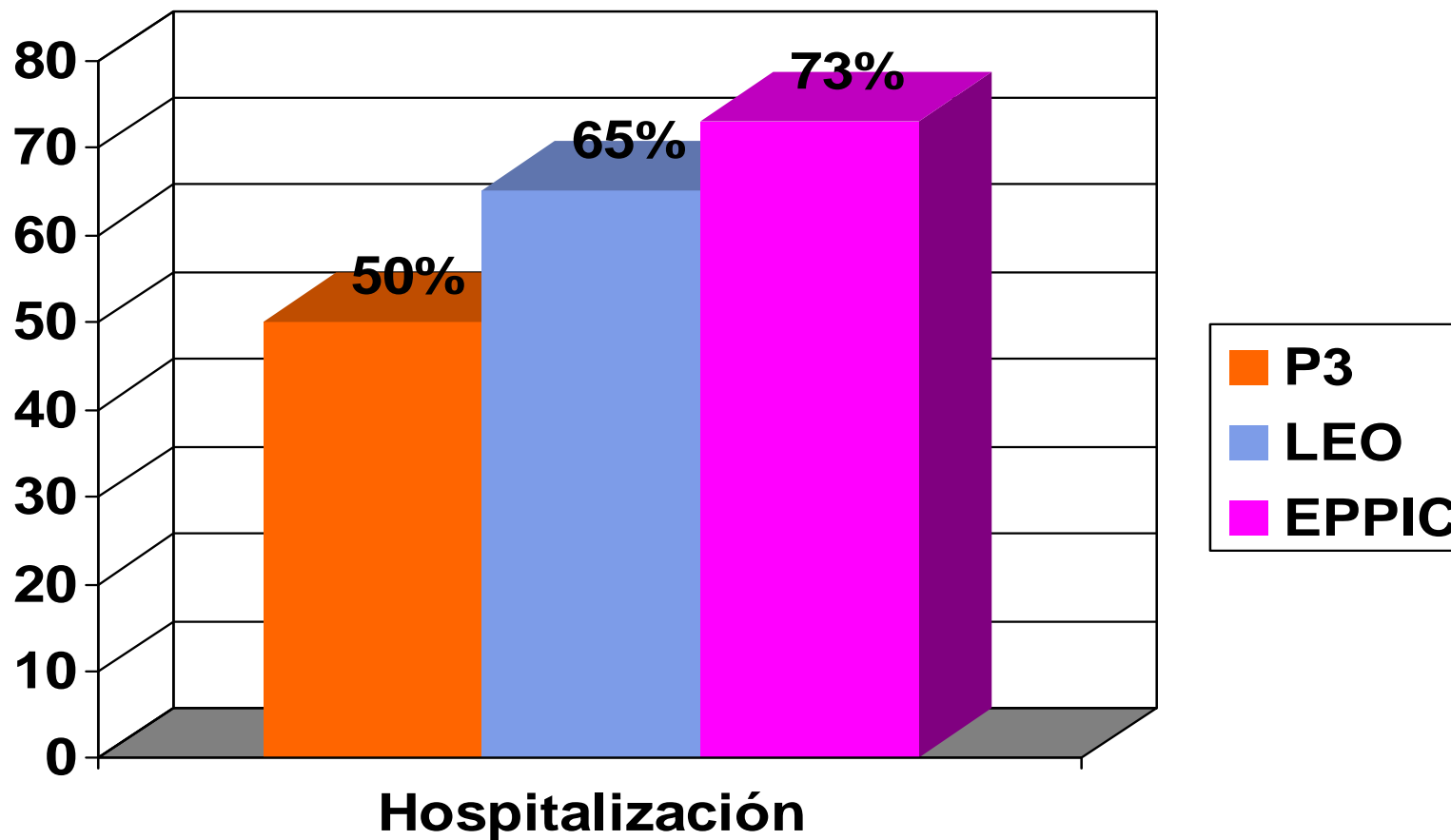
¿CÓMO EVOLUCIONÓ EL FUNCIONAMIENTO GLOBAL (GAF)?



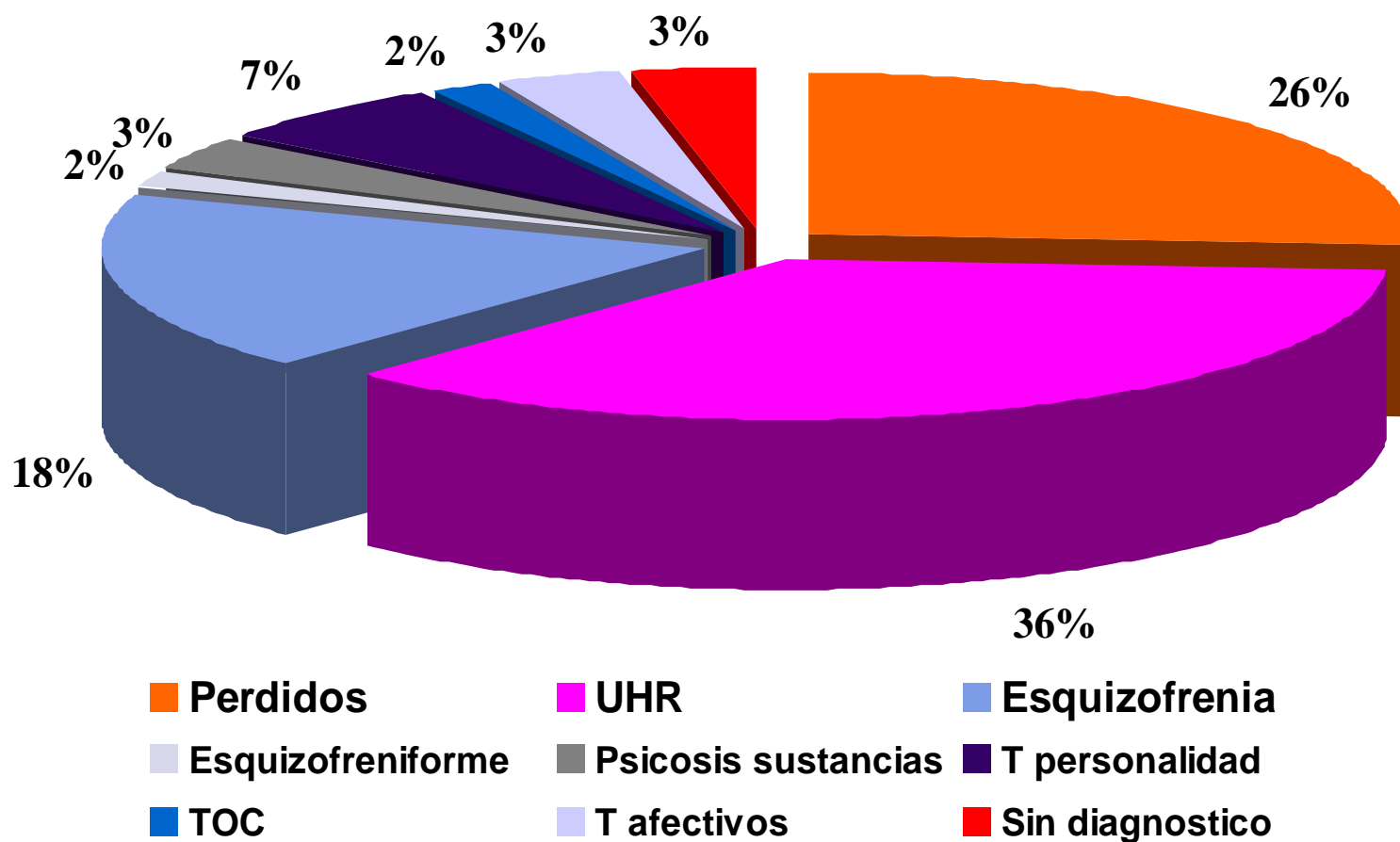
¿CUÁL ES EL GRADO DE IMPLICACION CON EL PROGRAMA?



¿CUANTOS NECESITARON HOSPITALIZARSE TRAS TRANSITAR?



TRAYECTORIAS DE LOS UHR A LOS TRES AÑOS



CONCLUSIONES



- La detección temprana asegura **iniciar el tratamiento al comienzo de la psicosis**, eliminando así, prolongados periodos de enfermedad sin recibir tratamiento
- Existen unos **perfiles** de pacientes con una clínica fronterá entre el trastorno esquizotípico y la psicosis que presentan un elevado riesgo de transición a la psicosis
- Estos perfiles de riesgo se **detectan adecuadamente** desde los CAP con una adecuada formación de los médicos de familia
- Los porcentajes de transición a la psicosis obtenidos (**año 1: 18% y año 3: 22.9%**) parecen sugerir un **efecto de detención o de demora** tras la aplicación de un tratamiento combinando
- El **nivel de implicación** de los pacientes con estas nuevas formas de tratamiento y de organización del servicio es óptima, manteniéndose en el mismo el 92% tras el primer año y el 73% a los tres años
- **Mayor edad al inicio, mayor carga sintomatológica y peor funcionamiento social** predice mayor riesgo de transición a la psicosis



MAS CONCLUSIONES

- Los pacientes con sintomatología psicótica atenuada **no demandan ayuda** en los centros de atención primaria
- Existe un nivel de **confusión diagnóstica** con la psicosis del 21%
- Las **transiciones** a la psicosis se producen **en el primer año** de captación
- Este momento parece **el momento idóneo para la prevención del suicidio** en la psicosis (No se han registrado casos)
- En los casos de transición **la necesidad de hospitalización es mas baja** que la habitual en los primeros episodios de psicosis (50%)
- La necesidad de **Tratamiento involuntario se reduce drásticamente (7%)**
- En aquellos casos en los que se produce transición se consigue un **estilo de recuperación integrador en el 74%** desde el primer año
- Las dosis de tratamiento **farmacológico se reducen hasta en un 50%** en caso de transición a un primer episodio
- Parecen existir **rutas de transición distintas** para hombres y mujeres

¿SINDROME DE RIESGO DE PSICOSIS?



DSM-V

Manual
diagnóstico
y estadístico
de los
trastornos
mentales

- (a) **Síntomas característicos:** al menos uno de los siguientes de forma atenuada con evaluación de la realidad intacta, pero de suficiente intensidad y/o frecuencia para ser más que una variación normal:
 - (i) Delirios
 - (ii) Alucinaciones
 - (iii) Habla desorganizada
- b) **Frecuencia/Extensión:** Los síntomas del criterio A deben estar presentes durante en el pasado mes y ocurrir con una frecuencia media de al menos una vez por semana
- c) **Evolución:** Los síntomas del criterio A debe haber empezado o empeorado significativamente en el último año
- d) **Malestar/Discapacidad/Búsqueda de tratamiento:** los síntomas son suficientemente perturbadores o discapacitantes para el paciente y/o para otros como para llevar a la búsqueda de ayuda
- e) Las características de los síntomas psicóticos atenuados no se explican mejor por otro diagnóstico DSM-V
- f) No se han cumplido nunca criterios clínicos de ningún trastorno psicótico DSM-V

