

I. Palanca

Centro de Salud Mental de Navalcarnero. Madrid

Correspondencia:

I. Palanca
Jemenuños 2, pta.8, 5ºD
28005 Madrid

Intervención precoz e intervenciones asociadas al tratamiento farmacológico en el primer brote esquizofrénico del adolescente

Early intervention and psychosocial treatment of first schizophrenic episode in edolescence

RESUMEN

La adolescencia es, por razones orgánicas y psicológicas, un periodo de mayor vulnerabilidad para padecer un brote esquizofrénico. A esta edad, el límite entre lo normal y lo patológico es a veces confuso y el diagnóstico diferencial más complicado. La intervención precoz se ha destacado recientemente como uno de los factores fundamentales asociados a una mejor evolución de la enfermedad. Dado el pronóstico generalmente sombrío de la esquizofrenia del adolescente y la constatación del mayor efecto de las intervenciones que se realizan durante los primeros dos años tras el brote, se impone realizar un esfuerzo máximo en este periodo de tiempo: siendo la farmacoterapia el eje central del tratamiento, otras razones como la incompletud del desarrollo psíquico en éste periodo y la mayor dependencia del adolescente de la familia y el entorno, hacen que la intervención que pueda hacerse en estos niveles tenga la máxima importancia. Las cuestiones relativas a la identidad personal, el ajuste de expectativas, la orientación vocacional y la integración en el grupo deben tener en esta etapa un mayor peso que en la esquizofrenia del adulto. El abordaje ha de ser multidisciplinar y adaptado a las necesidades de cada paciente en particular. El manejo del caso, la psicoeducación, el aprendizaje del

manejo de estrés por cuidadores, la terapia cognitiva conductual y el tratamiento en grupo, sobre la base de una buena alianza terapéutica con el paciente y su familia, son intervenciones cuya utilidad está siendo demostrada en la investigación reciente del tratamiento del primer brote esquizofrénico del adolescente.

PALABRAS CLAVE

Esquizofrenia; Primer brote; Adolescente; Intervención precoz.

ABSTRACT

Adolescence is, because of organic and psychological reasons, a period of increased vulnerability to suffer a psychotic episode. Frontier between pathology and health is unclear and differential diagnosis is often complicated. Early intervention has recently been outstanding as one of the main factors associated with better outcome. Because of poor prognosis of adolescence schizophrenia and the better results obtained with interventions carried out two years after the first episode, a greatest effort must be done at this period. Being pharmacotherapy the principal axis of treatment, the unfinished psychological development at this age and the

increased dependency of adolescent from family and social environment, are good reasons to think that interventions at these levels have great relevance. Personal identity, goals adjustment, vocational orientation and group integration are more important problems in adolescent than in adult schizophrenia. Treatment should necessary be multidisciplinary and individually adjusted. Case management, psychoeducation, stress management for caregivers, cognitive-conductual therapy and group therapy, plus a good therapeutic alliance with the patient and the family are recently being investigated as useful therapeutic interventions in first schizophrenic episode in adolescent.

KEY WORDS

Schizophrenia; Early intervention; First episode; Adolescence.

INTRODUCCIÓN

Epidemiología

La prevalencia de esquizofrenia en adolescentes se sitúa alrededor del 0.5%¹. En los trastornos psicóticos en jóvenes de 13 a 19 años la prevalencia es de un 0.54%, de los cuales el 40% son esquizofrénicos. La prevalencia de esquizofrenia variaría desde un 0.9% por 10.000 a los 13 años hasta un 17.6 por 10.000 a los 18 años².

Factores etiológicos

Tanto las teorías psicoanalistas como las más biológicas, señalan diferentes factores etiológicos en la etiopatogenia de la psicosis.

Así, Freud, señala que algunos factores que colaboran para producir la enfermedad mental, son de origen congénito. Luego se van agregando otros, dependientes de las primeras experiencias del bebé, la identificación del niño con las primeras personas de su ambiente, y con la manera cómo van evolucionando éstas afectiva y mentalmente a través, entre otras cosas, de identificaciones que se realizan posteriormente y pueden modificar las primeras (identificaciones secundarias). Igualmente, Bion señala en el origen de las psicosis el "factor constitucional"; tampoco él piensa que la enfermedad pueda deberse exclusivamente a factores ambientales. Dentro de éstos últimos, Bion consideró el fracaso en la función de

contención materna como uno de los más importantes. Refiriéndose a ello propone un modelo de funcionamiento psíquico que llama continente-contenido, que cree indispensable para el desarrollo del aparato psíquico del recién nacido. En esta relación, el bebé, por su instinto de vida, proyectaría hacia fuera su parte agresiva y frustrada. Si la madre no puede hacerse cargo del sufrimiento de su hijo, él se ve obligado a repetir ese proceso de proyección hasta quedarse él vacío y no puede poner en marcha el desarrollo del aparato psíquico. Sin embargo, como dice Bion, el ambiente solo no basta. Cuando vemos a la madre que fracasa en su capacidad de contención, debemos preguntarnos si ello se debe solamente a una incapacidad de ella, o también a que el propio bebé, por haber nacido con unos instintos muy intensos, le impide poner en marcha una capacidad que la madre sí tiene. En cualquier caso, la consecuencia de ello sería el desarrollo defectuoso del "órgano de percibir lo psíquico" y su resultado último la psicosis³.

Si actualizamos y traducimos esto a las teorías modernas sobre la etiopatogenia de la psicosis, encontramos: 1. Los factores individuales que elicitán diferentes respuestas por parte de los que rodean al bebé y que son rasgos congénitos, presentes desde el nacimiento y a los que nos referimos hoy como temperamento⁴. 2. Por otra parte, si en lo congénito hay factores genéticos implícitos, también se constata la importancia que determinados factores genéticos tienen en la transmisión de enfermedades como el autismo o la esquizofrenia⁵. 3. En los factores ambientales destaca la función de la madre o cuidador principal como estructurador del aparato mental del niño; en este sentido la importancia de la psicopatología infantil se ha visto confirmada en múltiples estudios recientes^{6,7,8}; las complicaciones obstétricas pueden igualmente interferir con la primera relación madre-bebé real/fantaseado; además, por la alteración orgánica en sí, son consideradas como factor de riesgo para la aparición de esquizofrenia⁹. Otros factores ambientales, como los otros adultos con los que se identifica el niño y especialmente al ambiente sociofamiliar en el que se desenvuelve, han sido identificados como factores de riesgo para la aparición de psicopatología en la infancia. Merece especial interés nombrar la importancia que el nivel socioeconómico tiene para la manifestación de la enfermedad mental en individuos vulnerables, ya que se ha observado, por ejemplo, que cuando estos factores económicos se controlan, la incidencia de enfermedad mental en hijos de pacientes psiquiátricos se iguala a la de la población general⁶. Además los avances en técnicas de neuroimagen

168 y metabolismo cerebral han incrementado notablemente nuestro conocimiento a cerca de las circuitos cerebrales implicados en la psicosis, pudiéndose incluso se pueden detectar alteraciones precoces del funcionamiento cerebral antes de que aparezcan los síntomas⁹.

Con ello se ha llegado a construir un *modelo etiopatogénico de neurodesarrollo* de la esquizofrenia que se erige como modelo actual de comprensión de la enfermedad. Según este modelo, las alteraciones tempranas en el desarrollo del SNC durante la etapa prenatal y perinatal (defectos en la migración y poda neuronal), y/o alteraciones en la maduración cerebral en el periodo que rodea la adolescencia (nueva reestructuración anatómica y funcional del cerebro, cambios hormonales), serían la base de las alteraciones anatómicas y funcionales que subyacen a los déficits neuromotores y cognitivos de la esquizofrenia. Se podría entender la esquizofrenia como una interacción del proceso dismadurativo de la peri-adolescencia con anomalías del neurodesarrollo intrauterino^{10,11}.

En un enfoque que integra y relaciona los distintos factores etiológicos, el *modelo de vulnerabilidad a estrés* en la Esquizofrenia se basa en que la vulnerabilidad debida a una predisposición genética y/o daño intrauterino del neurodesarrollo interactúa con estresores medioambientales para determinar el comienzo y el curso de la enfermedad. Los estresores pueden ser evolutivos (mili, salida de casa, etapa de la adolescencia), bioquímicos (abuso de drogas, hormonas) o interpersonales (relaciones amorosas, pérdidas en la familia...)¹².

Teniendo en cuenta todas estas variables etiológicas, como decimos, cada vez más claramente identificadas y dotadas de importancia cada una de ellas, el plan de tratamiento en el primer brote habrá de tener en cuenta cada uno de estos factores y deberá ser multidisciplinar y sobre todo, precoz, ya que uno de los recientes avances ha sido demostrar la importancia del tratamiento precoz en la respuesta inicial y el pronóstico de la enfermedad.

Considerando además, la temprana edad en la que se desarrolla esta sintomatología y la incompletud del desarrollo del funcionamiento mental en edades puberales, el diagnóstico diferencial se plantea a veces difícil y el pronóstico más incierto y también mucho más dependiente del trabajo que se realiza con el paciente y su entorno.

ASPECTOS PARTICULARES DE LA PSICOSIS EN LA ADOLESCENCIA Y EL PROBLEMA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La adolescencia es un proceso de reorganización que

Intervención precoz e intervenciones asociadas al tratamiento farmacológico en el primer brote esquizofrénico del adolescente

se inicia en la pubertad. Este proceso tiene lugar a dos niveles: a nivel psíquico y a nivel anatómico y funcional.

Desde el punto de vista anatomofuncional, la adolescencia se caracteriza por una reorganización de la estructura y función del cerebro: la densidad de las sinapsis del córtex prefrontal disminuye un 40%, el metabolismo cortical, el sueño delta y la síntesis de membranas en el córtex prefrontal también disminuyen durante la adolescencia. Parece existir en este tiempo un proceso hormonal que junto a lo anterior incrementa la vulnerabilidad a una disfuncionalidad orgánica^{10,13}.

Por otro lado, desde un punto de vista psicológico, podemos casi decir que el proceso psicológico normal de todo adolescente contiene los gérmenes de una descompensación psicótica: el resurgimiento pulsional, los problemas de identificación y los narcisistas, el uso de mecanismos de defensa arcaicos, como la negación, identificación proyectiva, externalización, escisión, etc... son movimientos intrapsíquicos peligrosos para el equilibrio mental del individuo. El yo del adolescente está en un estado de debilidad que se acompaña de síntomas: ansiedad invasora, ruptura de lazos afectivos con el entorno, tendencias egocéntricas reforzadas por conductas de oposición evidente, fluctuaciones del estado afectivo, etc... A esta edad, ninguna conducta es característica del cuadro psicótico; aquí, las conductas, aún las más evocadoras, pueden encontrarse en un proceso no psicótico. La angustia es el rasgo común de las formas de inicio; es difusa, invasora; si se asocia a una excentricidad de conductas y a una frialdad de contacto, el diagnóstico es más probable¹⁴.

La distinción entre crisis de la adolescencia y trastornos psicóticos es difícil si no se toma en consideración más que un elemento bigráfico en particular, una conducta, o una actitud psicológica aislada. Es preferible pues recurrir a los agrupamientos sintomáticos. A menudo solo la evolución y el tiempo permitirán establecer un diagnóstico preciso.

Con todo ello, la frontera entre lo normal y lo patológico en la adolescencia se dibuja a veces difusa. La multiplicidad de conductas desviadas, su fragilidad, la dificultad para entender organización estructural subyacente, la difuminación del cuadro nosográfico habitual, el papel no desdeñable de la familia y el entorno social, etc... son factores que dificultan el diagnóstico de un cuadro psicótico en la adolescencia.

Frente a esto se puede adoptar una postura excesivamente empática, en la que sólo se toma en cuenta la vivencia del adolescente (no diagnosticaríamos) o una

actitud que trate sistemáticamente de hacer coincidir diversas conductas desviadas del adolescente con síntomas de identidad mórbida conocida. (riesgo de sobre-diagnosticar). Así nos enfrentaríamos al problema de infra o sobrediagnosticar esta enfermedad en un primer episodio en un adolescente.

De hecho, un problema importante para el tratamiento de la Esquizofrenia de inicio precoz es la alta frecuencia de errores diagnósticos en jóvenes que presentan retrasos mixtos del desarrollo, labilidad emocional y síntomas psicóticos subclínicos. Así en algunos estudios se ha observado que el 50% de las Fases Maniacas en jóvenes fueron diagnosticadas inicialmente de Esquizofrenia¹⁵. El abuso de drogas se asocia a la adolescencia de inicio temprano y por ello muchos primeros brotes psicóticos pueden ser diagnosticadas inicialmente de Psicosis tóxicas, como así se observa en los antecedentes de muchos adolescentes¹⁶.

Por otro lado, la presencia de síntomas psicóticos en niños y adolescentes no se diagnostica de un trastorno psicótico; de hecho, para algunos autores, la mayoría de los jóvenes con síntomas psicóticos no tiene un trastorno psicótico^{17,18}. Los adolescentes pueden presentar cuadros muy floridos, con múltiples síntomas psicóticos, a menudo cambiantes, que no encajan en ninguna categoría diagnóstica, y por tanto no serían diagnosticadas por unos profesionales, aunque podrían ser erróneamente diagnosticadas de psicosis por otros y tratados con neurólépticos con el riesgo que ello conlleva.

Además de en el Trastorno Bipolar, y el Trastorno Esquizofrénico, como más característicos, podemos encontrar síntomas psicóticos en Cuadros Disociativos, secuelas de traumas por abuso y malos tratos infantiles, en Trastornos de Personalidad, etc...¹⁵.

Es importante realizar bien el diagnóstico inicial de cara sobretodo al tratamiento de mantenimiento y el reajuste de expectativas que hay que realizar.

Adaptación a la enfermedad

El diagnóstico de una Esquizofrenia supone el afrontamiento de una enfermedad popularmente conocida como grave y crónica. Ello da lugar con frecuencia en el paciente a la utilización de la negación como mecanismo de defensa contra la angustia del diagnóstico. Esta negación, muy frecuente, cuando deja de ser adaptativa, lleva al incumplimiento terapéutico, consumo de tóxicos y por tanto a un peor pronóstico.

La aceptación de la enfermedad, sin embargo, puede

también suponer una merma importante en la autoestima de un yo ya de por sí muy débil, sentimientos de pesimismo y desesperanza, conciencia de la limitación actual del funcionamiento, pérdida de control sobre la enfermedad, miedo a un deterioro mental progresivo, y asunción del concepto social peyorativo de la enfermedad mental. Supone además una necesidad de redimensionar y revisar todas las expectativas previas de futuro; es un desafío grande al proceso de separación-individuación¹⁹. El impacto negativo del trauma asociado al inicio de la enfermedad puede hacer creer al adolescente que la mayoría de las situaciones van a sobrepasar su capacidad de afrontarlas. El resultado de todos estos sentimientos es la aparición en el paciente de cuadros depresivos y en ocasiones incluso cuadros de estrés post-traumático tras el primer episodio. Los cuadros depresivos a su vez, están relacionados con recaídas precoces y particularmente el sentimiento de desesperanza, es un importante factor de riesgo de suicidio¹⁹.

Por ello es importante ayudar al paciente a afrontar la enfermedad de forma realista sin que tampoco caiga en el rol pasivo de enfermo crónico.

Para ello es útil: procurar que el paciente haga una aceptación libre de culpa de la enfermedad, fomentar el sentimiento de control sobre la enfermedad mediante la educación y el aprendizaje de estrategias de control de los síntomas, incluyendo el manejo de las alucinaciones auditivas, reconociendo y respondiendo ante los signos precoces de recaídas y aclarando y confrontando el estereotipo cultural de enfermedad mental¹⁹. La percepción que los pacientes tienen del apoyo que tienen de su red social también se ha demostrado que tiene una influencia en la selección de estrategias de afrontamiento, lo que lleva a la importancia que tiene los esfuerzos por mantener las relaciones sociales del paciente²⁰.

En diversos trabajos se ha resaltado la importancia que pueda tener la actitud del equipo que trata al paciente. Esta debe caracterizarse por la autenticidad, la constancia, continuidad en los cuidados, accesibilidad, espontaneidad en el trato y coherencia sin ser excesivamente invasores de la distancia que el paciente necesita. En un estudio se ha encontrado que el tratamiento por el mismo terapeuta a lo largo de todo el tratamiento, tiene un valor predictivo del buen pronóstico, ya que permite, en términos psicodinámicos, alcanzar la constancia de objeto²¹.

En el trabajo individual se deben abordar aspectos existenciales (cuestiones a cerca de la identidad), de duelo (pérdida de salud, oportunidad y futuro) y psicoeducacionales (la importancia del cumplimiento del tratamiento)².

170 Familia

En el tratamiento del niño y del adolescente, muy dependientes todavía de su familia, es imprescindible para el éxito del mismo el contar con los padres, ya que si no se corre el riesgo de que no siga el tratamiento o que lo interrumpan precozmente. Los padres deben sentirse comprendidos en las dificultades de manejo del hijo enfermo. Igualmente en la familia hay que trabajar el sentimiento de pena y pérdida que sufren los padres y los hermanos, así como la gran disrupción del proceso de separación-individuación⁹. Además, si se trabaja en una orientación psicodinámica hay que intervenir en los mecanismos patológicos que operan de forma inconsciente en la relación entre el paciente y sus padres y que desde el punto de vista psicoanalítico están en el origen de la enfermedad (mecanismos de identificación y proyección patológica, las formas en que estos se transmite transgeneracionalmente, etc...)²¹.

La implicación de la familia es, pues, fundamental; de hecho, el escaso contacto con la familia se asocia a peor pronóstico. En adultos, la alta expresividad emocional (EE) en familiares cercanos tiene una fuerte correlación con las recaídas y la intervención familiar se ha mostrado clave en la prevención de recaídas. Sin embargo esto no está bien estudiado en jóvenes. De hecho, los altos niveles de expresividad emocional encontrados en familias de esquizofrénicos adultos no se han encontrado en los jóvenes². Además, cuando se han realizado intervenciones familiares en primeros brotes en adolescentes, en todas las familias en estudio, independientemente de las características de cada una, no se han observado beneficios añadidos a la intervención individual con el paciente²².

Quizás esto sea debido a que en la mayoría de los casos las alteraciones en el funcionamiento familiar, los efectos dañinos, el estrés en las relaciones lleva un tiempo de evolución; por ello, lo importante en la actuación en el primer brote sería prevenir el desarrollo de la hostilidad y criticismo hacia el paciente que posteriormente tendrá efectos tan perjudiciales. Para ello se necesita un claro entendimiento de la génesis y el desarrollo de la emoción expresada¹⁹.

La psicoeducación debe adaptarse a las necesidades específicas de la unidad familiar, lo que a menudo incluye miembros de edades distintas con distintas capacidades para procesar la información.

Escuela

En la mayoría de los casos los adolescentes están esco-

Intervención precoz e intervenciones asociadas al tratamiento farmacológico en el primer brote esquizofrénico del adolescente

larizados, en los casos que sea posible su regreso al colegio, el contacto con los profesores es fundamental; la adecuación de las exigencias académicas a las posibilidades actuales, el reajuste de expectativas, la discusión con los profesores a cerca de la reorientación escolar que pueda realizarse (apoyo, diversificación, etc...) y el apoyo al profesor en el manejo del paciente y de los compañeros en relación a la enfermedad, son aspectos que nunca deben descuidarse ya que la integración del paciente en el colegio le provee de una oportunidad de relacionarse, de alcanzar unos objetivos educacionales mínimos que le faciliten una elección de un mayor rango de posibilidades vocacionales, etc...

Todo este trabajo inicial con el paciente y la familia sienta las bases para un programa de intervención posterior de carácter multidisciplinar cuyos objetivos serían: remisión sintomatológica, prevención de recaídas y reinserción social. Las intervenciones se realizarán a distintos niveles: individual, familiar y social, con especial atención a la integración en el grupo del adolescente, su reincorporación académica y orientación vocacional. El eje del tratamiento será el tratamiento farmacológico, en el cual se apoyarán las demás intervenciones. Para el éxito de este trabajo es fundamental, según se constata en numerosos estudios recientes, la intervención precoz²³.

INTERVENCIÓN PRECOZ

Los estudios en primeros episodios de psicosis indican que a menudo pasan sin diagnosticar durante largo tiempo, con la consiguiente disrupción y sufrimiento del paciente y su familia².

Las dificultades para un diagnóstico precoz en la adolescencia vienen dadas por la mayor frecuencia durante la edad infanto – juvenil del inicio insidioso del cuadro, con un deterioro gradual cognitivo y social que sólo se identifica cuando se ha instalado el cuadro más florido.

Además, debido a esa persistencia, el joven que está experimentando alucinaciones o delirios durante mucho tiempo puede haber llegado a considerar estas experiencias como algo normal y por tanto no tender a contárselas a otros. Puede ser necesario realizar varias entrevistas diagnósticas con el paciente para hacer un diagnóstico correcto².

En muchos casos se han descrito alteraciones precoces del carácter antes de la aparición del primer brote en niños que luego desarrollaron esquizofrenia. Estas alteraciones se refieren al funcionamiento escolar, alteraciones del lenguaje, alteraciones en la relaciones sociales, aisla-

miento e irritabilidad²⁴. Los rasgos esquizoides y esquizotípicos, el juego solitario y la alteración del lenguaje son particularmente específicos en niños pre-esquizofrénicos²⁴. Para algunos esto podría constituir, más que síntomas premórbidos, la manifestación precoz del trastorno del neurodesarrollo de la enfermedad¹⁵.

Estos resultados se corroboran en estudios en los que formas atenuadas de síntomas psicóticos (trastorno esquizotípico) y síntomas psicóticos transitorios y auto-resueltos preceden con frecuencia a la aparición de la psicosis en el adolescente²⁵.

De cualquier forma, estas alteraciones, junto con un posible déficit cognitivo derivado del daño cerebral puede llevar a una trayectoria progresiva de deterioro en el funcionamiento, ya que estos rasgos privarían al niño de los efectos beneficiosos y normalizadores del contacto con otros niños en sus ideas y comportamiento, produciéndose una cascada de desviación progresiva de la normalidad, como resultado de la cual el paciente queda aislado y excluido de la red social, de un hábito de trabajo y actividad en la que luego es difícil reintegrarse²⁴.

Los estudios realizados nos refieren que el tiempo transcurrido habitualmente entre la aparición de los síntomas y el tratamiento es de aproximadamente un año. En este período, por las características de los síntomas se produce un deterioro en el funcionamiento cognitivo y social así como un proceso de toxicidad neuronal que a su vez agrava y contribuye al deterioro^{10,13}. Factores más asociados a la Esquizofrenia más temprana como el mayor aislamiento social, menor red de apoyo y por funcionamiento premórbido se han relacionado con una detección más tardía²⁶.

Además, otros autores proponen un período crítico para la intervención precoz en la esquizofrenia y postulan que las intervenciones que tienen lugar precozmente tienen un impacto mucho mayor sobre la evolución de la enfermedad que las que tienen lugar en etapas más tardías. Basan esto en la observación de que el deterioro que tiene lugar tras el primer brote psicótico se estabiliza en los primeros 2-5 años; consideran que el deterioro está ya presente al inicio de la enfermedad, en ocasiones como pródromos y se produce precozmente en el curso de la enfermedad¹⁹.

Por ello, es importante, si no imprescindible, hacer un esfuerzo máximo en la intervención en estos dos primeros años tras el brote psicótico a todos los niveles.

Actualmente se están realizando estudios por diferentes grupos de trabajo en programas de detección precoz y tratamiento del primer brote psicótico, en los que se observa un mejor pronóstico asociado a la detección e intervención precoz^{27,28}.

Tipos de estudios de intervención precoz

171

Estudios de primer episodio: su objetivo es reducir la duración de la psicosis no tratada. Están basados en la detección precoz de los síntomas (identificación de caso). Su resultado es disminuir la severidad del cuadro pero no es preventivo²⁸.

Estudios de Alto riesgo: su objetivo es la prevención primaria: que no aparezca la enfermedad. Basados en estudiar las fases del desarrollo previas al prodromos. El alto riesgo está definido por:

- El riesgo genético en familiares de pacientes esquizofrénicos, sobre todo en los primeros estudios de los años 60-70. Tienen un falso positivo del 80%.
- Los marcadores fenotípicos biocomportamentales, de los cuales los más estudiados son los neurocognitivos y los movimientos oculares.

Los estudios actuales combinan ambas definiciones de alto riesgo²⁸.

Estudios de prodromos: realizados por dos grupos principalmente: Fallon en Inglaterra y McGorry en Australia. Basados en la detección precoz de los síntomas prodrómicos, antes de la aparición de la psicosis florida. Su objetivo es la prevención secundaria. La desventaja es el alto número de falsos positivos por la inespecificidad de los síntomas prodrómicos. En cualquier caso, el proceso de la enfermedad ya ha empezado y puede revertirse pero no prevenirse.

En el estudio de Fallon estudian, tras el entrenamiento a los MAP en PSE, factores de riesgo y síntomas precoces de trastorno mental, y en estrecha colaboración con servicios sociales, se tratan los prodromos de la enfermedad con bajas dosis de neurolepticos y se realizan intervenciones psicosociales que reduzcan los estresores ambientales que se identifican al inicio de los síntomas. El tratamiento neuroleptico se reduce cuando remiten los síntomas, generalmente a las dos semanas y el tratamiento psicosocial se mantiene mientras duran esos estresores. El resultado de estudio fue una disminución en la incidencia de la enfermedad, de la esquizofrenia o brote psicótico como tal²⁹.

Otro grupo de trabajo en Auckland tiene un proyecto de intervención para detección precoz en niños que consiste en facilitar la accesibilidad de la evaluación y del tratamiento. Para ello educan a los profesores en los colegios para detectar signos precoces de trastorno mental, evalúan a los pacientes en el colegio y hacen las intervenciones terapéuticas en las casas de los niños²⁹.

O'Sullivan realiza otro abordaje educacional para la

172 detección precoz entrenando a los profesores de los colegios para que den clases a los alumnos sobre la enfermedad mental para así facilitar la autoderivación y favorecer el apoyo y aceptación de los compañeros y profesores²⁹:

Otros estudios hacen una combinación de los tres tipos de estudios anteriores²⁸.

En resumen, siendo la esquizofrenia de inicio precoz un trastorno muy limitante y crónico, con un pronóstico generalmente malo y dado los probables beneficios de un tratamiento precoz adecuado, debemos cuestionar la tradicional actitud reticente a diagnosticar de esquizofrenia un primer brote psicótico en un adolescente³⁰.

Intervenciones en el primer episodio

Las intervenciones en el primer episodio deberán ser de carácter multidisciplinar e incluirían distintos aspectos.

HOSPITALIZACIÓN

La hospitalización puede ser necesaria especialmente en el primer brote. Se deben sopesar las desventajas de la separación del medio familiar y social y las ventajas del ingreso, especialmente donde, como es el caso de la mayoría de los sitios, no existen unidades específicas de hospitalización para estas edades y los pacientes tienen que ser ingresados en unidades de adultos. Debe tenerse en cuenta además la situación legal del ingreso de menores y el lugar en el que se realiza.

En este sentido, en algunos países se están desarrollando programas de atención domiciliaria para personas jóvenes con un primer brote psicótico (no son adolescentes específicamente)³¹.

En estos estudios se ha observado que el éxito del manejo en casa de estos pacientes depende del apoyo de la red familiar y del tiempo transcurrido desde la aparición de los síntomas; no depende tanto de la severidad de la psicopatología³¹. Este programa supone una importante disponibilidad de personal, ya que se basa en una atención de 24 horas con intervenciones en situaciones de crisis y flexibilidad de horario; por ello, en el ámbito actual de nuestra organización parece bastante inviable.

En cualquier caso, por la importancia de mantener la integración del paciente en su entorno, debe intentarse el tratamiento ambulatorio; éste será más fácil en los casos de comienzo insidioso, sin síntomas comportamentales agudos y que cumplan las prescripciones del tratamiento.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Es el eje central del tratamiento. La terapia neuroléptica

junto a un entorno de apoyo y estable son la base para facilitar la recuperación del episodio agudo. Los antipsicóticos atípicos, por su buena tolerancia y probada eficacia son los fármacos de primera elección. La frecuencia de resistencias en el tratamiento de la esquizofrenia de inicio precoz es más alta que en adultos, para algunos autores del 40-50%; dado el peor pronóstico que conlleva el inicio precoz de la enfermedad y la duración de los síntomas activos, es importante emplear el máximo esfuerzo en la remisión de la sintomatología, por lo que muchos animan al uso de la clozapina como tratamiento de elección en casos resistentes¹.

Sin embargo, según diferentes estudios, la mejora de los síntomas psicóticos que se puede obtener con el tratamiento farmacológico no lleva implícita y no va acompañada necesariamente de la mejora en el funcionamiento social y por tanto, el estado de los síntomas puede tener poca relevancia en el funcionamiento social cotidiano²⁷.

TRATAMIENTO PSICOSOCIAL

Por lo anteriormente referido, queremos resaltar la importancia de otras estrategias asociadas al tratamiento farmacológico dirigidas a la recuperación y detención de los déficits de la enfermedad. Estamos hablando pues de rehabilitación y reinserción. Con frecuencia se confunde la rehabilitación (proceso de recuperación de roles sociales e instrumentales a través de procedimientos de aprendizaje y provisión de soportes sociales) con la reinserción (conjunto de procesos por los que se logra incrementar la participación del sujeto en áreas significativas de la vida social). La rehabilitación se orienta a ayudar al sujeto a recuperar o impedir el progreso de su déficit y los cuidados pretenden suplir esos déficits y hacer que el sujeto pueda vivir con ellos gracias a la ayuda de otras personas que actúan como cuidadores. Así pues, la rehabilitación sería el proceso que, a través del desarrollo de habilidades o competencia personales y la creación de soportes sociales en el ambiente, favorecería la mejora de la calidad de vida de las personas que a consecuencia de una enfermedad mental ven restringidas sus posibilidades de desarrollo social y personal³².

Las estrategias que se han asociado a un mejor pronóstico son las que describimos a continuación²⁹.

ESTRATEGIAS ACTUALES DE INTERVENCIÓN EN PRIMER BROTE

Psicoeducación: dirigida a la comprensión de la naturaleza de la enfermedad y la necesidad de continuar el

tratamiento para minimizar la morbilidad y la calidad de vida. La educación sola no ha demostrado ningún beneficio especial en reducir la morbilidad clínica si no se acompaña de un programa de manejo del caso en el que estén implicados los cuidadores.

Entrenamiento en el manejo de estrés: por los cuidadores, orientado a aumentar la eficacia en afrontar los estreses ambientales. Cuando el entrenamiento en el manejo de estrés se combina con el tratamiento farmacológico, el riesgo de exacerbación se reduce un 10-25%. Se aplica tanto a paciente como a sus criadores. Se les entrena en emplear estrategias para manejar el estrés de una amplia variedad de situaciones ambientales. Esto incluye: *estrategias de comunicación* que permitan la comunicación de las propias necesidades, así como *estrategias de resolución de problemas*.

Entrenamiento en habilidades sociales: para mejorar el funcionamiento social y el logro de las metas personales. Las áreas de entrenamiento son las de autocuidado, ocupacionales, ocio, relaciones sociales y relaciones íntimas.

Manejo del caso: Se basa en el manejo de las necesidades actuales y de las metas personales de los pacientes y de sus cuidadores. Los componentes de este enfoque son: manejo de finanzas, de las tareas domésticas, nutrición, autocuidado, asistencia y desarrollo de actividades cotidianas dentro de la comunidad, resolución de problemas, manejo de crisis y detección precoz de reagudizaciones. Se lleva a cabo a nivel ambulatorio, en el medio del paciente, con intervenciones individuales y con intervenciones de rehabilitación psicosocial utilizando recursos comunitarios. Para ello es necesaria una estrecha relación entre servicios médicos y servicios sociales que presten los apoyos básicos.

Los aspectos educacionales-vocacionales: requieren claramente una mayor atención en este grupo de edad. La evaluación adecuada de las necesidades de educación especial se realiza mediante una combinación de psicometría, informes escolares, hospitalarios y necesidades clínicas. Los recursos destinados a la educación de personas jóvenes con esquizofrenia son limitados.

Intervención en crisis en distintos ámbitos: el 80% de las crisis pueden ser manejadas en el medio ambulatorio por equipos multidisciplinarios: en el hogar del paciente, el hospital general, la residencia, etc...

Tratamientos farmacológicos y cognitivos-conductuales específicos: para problemas asociados: antidepresivos, manejo cognitivo de alucinaciones auditivas crónicas...²⁹.

En cuanto a la duración de este tratamiento psicosocial, está claro según diferentes estudios que debe ser largo: para

Intervención precoz e intervenciones asociadas al tratamiento farmacológico en el primer brote esquizofrénico del adolescente

Fallon, el tiempo mínimo para un tratamiento psicosocial para que obtenga beneficios es de seis meses, siendo los que duran dos años los que tienen más beneficios y más duraderos. El tratamiento psicosocial se puede reducir a dosis más bajas a los 3-6 meses y retomarlos en situaciones de estrés o cuando aparecen signos precoces de recaída²⁹.

En estudios en los que se ha hecho un programa de intervención precoz intensivo de quince meses y se ha realizado un seguimiento posterior al alta, se ha observado que la intervención ha sido eficaz mientras se está realizando; cuando los pacientes finalizaron el programa y fueron derivados a sus centros de salud mental, los efectos que se habían conseguido fueron declinando. Se subraya con esto que el inicio precoz de la esquizofrenia se asocia a un peor pronóstico sintomático y funcional: la única forma de prevenir este pronóstico es la continuación del tratamiento farmacológico y el manejo del caso con ingredientes de manejo activo de la enfermedad, de la medicación, del estrés y por un período mínimo para estos investigadores de cinco años, ya que este es el tiempo que dura lo que se ha definido como "período crítico"^{13,22,27}.

Todas estas intervenciones se pueden realizar a nivel individual, grupal, familiar, en el medio habitual o en dispositivos de rehabilitación y reinserción (centros de día, hospitales de día, centros de orientación laboral, talleres ocupacionales, etc...) Lo importante es la personalización del tratamiento, el estudio individual del caso que indique qué intervenciones son factibles y tienen más probabilidades de éxito en cada caso particular.

Así pues, el tratamiento de cualquier joven con esquizofrenia debe ser multimodal e incluir aspectos farmacoterapéuticos, de apoyo individual, intervenciones familiares en intervenciones ambientales.

Terapia individual

Actualmente no hay una psicoterapia para la persona con psicosis. Quizás esto sea debido a distintos factores: el hecho de que hasta hace unos años ha prevalecido el concepto neoKraepeliano de esquizofrenia como enfermedad crónica con curso deteriorante, el fracaso de la terapia psicodinámica curativa, la introducción de los neurolépticos, la introducción en los años 60-70 de intervenciones conductuales en forma de intervenciones familiares y de habilidades sociales, etc...

No obstante, además de la importancia que tiene el establecimiento de un vínculo con el paciente, las terapias individuales dentro de distintas orientaciones teóricas han sido y están siendo aplicadas al tratamiento de la

174 esquizofrenia. Dentro de ellas, la Terapia cognitivo-conductual es con las que más se está investigando su utilidad en la aplicación a los primeros brotes.

Terapia cognitiva-conductual

Recientemente, principalmente en Inglaterra, se ha demostrado la eficacia de las aproximaciones cognitivo-conductuales en el tratamiento de alucinaciones auditivas y delirios resistentes al tratamiento en esquizofrenia crónica y también de la ansiedad y depresión asociadas^{34, 35}.

Derivadas de estas técnicas otros autores han utilizado esta terapia en primeros brotes con resultados prometedores pero que requieren replicación en la población concreta de adolescentes, ya que el rango de edad incluido en estos estudios era más amplio; además las muestras de los estudios suelen ser escasas, y carecen de grupos control adecuados^{34, 35, 36, 37}.

El abordaje cognitivo conductual de la Esquizofrenia se ha realizado con distintas modalidades que se centran en aspectos concretos de la enfermedad y utilizan herramientas y técnicas comunes³⁸.

Si nos referimos a las que se han utilizado en poblaciones de jóvenes destacamos las siguientes: una de las formas de intervención precoz, desarrollada por el grupo de McDonald, se centra en el desarrollo de la capacidad de afrontamiento de los pacientes, en la creencia de que el uso efectivo de estrategias de afrontamiento ayudará a modular los efectos potencialmente perjudiciales del estrés de la vida diaria. En el estudio de los diferentes mecanismos de afrontamiento en jóvenes de 16 a 30 años observaron que los que tenían más capacidad de afrontar estrés percibían más apoyo de su red social y utilizaban más mecanismos de afrontamiento centrados en el problema. Según este estudio, promover el sentimiento de autoeficacia, la percepción de apoyo social y el uso flexible de estrategias de afrontamiento son caminos posibles de aumentar la capacidad de los pacientes de afrontar el estrés y les permite tomar un rol activo en la recuperación del brote²⁰.

La "Emotional Management Therapy" (Terapia de manejo emocional) desarrollada por Hodel y cols, ayuda a desarrollar y refinar estrategias específicas de afrontar el impacto del estrés, la ansiedad y las disfunciones del procesamiento de la información. En los individuos muy jóvenes la personalidad es más inestable y la vulnerabilidad psicosocial puede llevarlos al aislamiento social, lo que, además reduce las posibilidades de aprender habilidades sociales. En un estudio de ocho meses en el que estos auto-

Intervención precoz e intervenciones asociadas al tratamiento farmacológico en el primer brote esquizofrénico del adolescente

res comparaban 19 pacientes con psicosis de inicio temprano con un grupo control que no recibió este tratamiento, se observó un mejor funcionamiento en la disfunción cognitiva en los que hacían este tratamiento frente a los que no lo hicieron; sin embargo no se observaron cambios en el bienestar emocional ni en el funcionamiento social³⁸.

La "Psicoterapia de orientación cognitiva para la psicosis temprana" (Cognitively-oriented psychotherapy for early psychosis (COPE)) de Jackson, es otra de estas modalidades. Trata de ayudar al ajuste del paciente a la irrupción de la enfermedad: La psicoeducación, las técnicas cognitivas, son utilizadas para cuestionar la autoestigmatización, los autoestereotipos y ayudar a aceptar y comprender su enfermedad y fijar unas nuevas metas en la vida; adicionalmente se utilizan técnicas cognitivas y conductuales para manejar la ansiedad y la morbilidad secundaria como la depresión y la ansiedad social. Según el estudio controlado que estos autores realizan en 44 personas de 16-30 años en su primer episodio, se observa que la intervención psicoterapéutica proporciona cambios ulteriores en las actitudes de los pacientes hacia el tratamiento y la concienciación si no aceptación del hecho de que tienen una enfermedad mental; además había una tendencia a la disminución de los síntomas negativos, sin observarse diferencia en los positivos. Sin embargo los mismos autores refieren que determinadas variables pueden interactuar con los resultados y pueden mermar su validez interna³¹.

Terapia Psicodinámica

Desde el punto de vista psicoanalítico el planteamiento de la psicoterapia psicoanalítica de rehabilitación tendría los siguientes objetivos: sostén psicoterapéutico, elaboración y transformación de ansiedades psicóticas, romper ciertas defensas paranoides y esquizoides, permitir nuevas identificaciones, mejorar la percepción de la realidad y la capacidad de insight y en definitiva conseguir un cambio en la dinámica interna del paciente y la relación con su familia. Precisamente porque estos procesos están inacabados de por sí en el adolescente, en esta edad este tipo de tratamiento puede tener un mayor valor. No obstante no disponemos de estudios controlados en esta población²¹.

Psicoterapia individual para esquizofrenia

Desarrollada por Hogarty y cols. Se basa en el modelo de vulnerabilidad a estrés e incluye tres niveles de trata-

miento progresivos: el primero, durante los primeros meses tras el alta del paciente, se centra en conseguir la estabilización clínica y la psicoeducación; la fase intermedia, enseña a detectar los signos internos asociados con el estrés y utiliza psicoeducación, relajación y role-playing; en la fase avanzada, se promueve la introspección y la comprensión de las relaciones entre los estresores, las respuestas maladaptativas, la reacción de los demás y los síntomas. El tratamiento es individualizado y cada paciente permanece en un nivel el tiempo que necesita¹².

En el estudio realizado por este grupo, a los tres años, el 50% de los pacientes lograron alcanzar el tercer nivel. Aunque los pacientes que vivían con sus familias y recibieron este tratamiento tenían menor tasa de recaídas, los que vivían solos experimentaron una mayor tasa de recaídas que los que no recibieron este tratamiento; esto se asociaba a peores condiciones psicosociales; por ello el autor señala que la aplicación prematura de este tipo de tratamiento, antes de que se haya logrado unas mínimas condiciones sociales favorables, puede ser desestabilizante¹².

Terapia grupal

Después del desarrollo de una psicosis muchos jóvenes se sienten alienados de sus amigos y su red social previa (hobbies, actividades extraacadémicas, etc...).

Para adolescentes y jóvenes el desarrollo de una psicosis puede limitar las oportunidades de desarrollar las tareas evolutivas correspondientes. El alcanzar muchas de estas tareas depende de la presencia de un grupo de iguales al que el joven pertenece y dentro del cual puede explorar formas de estar y relacionarse; para establecer un sentido de identidad personal fuerte, la comparación e interacción con otros es esencial. El grupo provee de un contexto social donde el joven puede: compartir experiencias, mejorar los recursos personales y sus estrategias de afrontamiento, desarrollar una visión optimista del futuro y lograr un dominio adecuado de las tareas propias de esta etapa del desarrollo (sentido de identidad, autonomía, intereses vocacionales, relaciones con el otro sexo, etc...).

El tratamiento de grupo puede realizarse bajo diferentes orientaciones teóricas: destacamos aquí por su estructura y el amplio número de pacientes incluidos el que desarrolla Albington, en el programa de intervención precoz para jóvenes con primer brote. Su objetivo es el de proveer de oportunidades para dominar las tareas que dependen de cada etapa de desarrollo del individuo, teniendo en cuenta el impacto de la psicosis y la receptividad de la persona en cada momento.

La redefinición del self en relación al trastorno psicótico y el desarrollo de un rol social e identidad positiva son particularmente importantes en el primer brote, especialmente cuando, como es el caso de los adolescentes, la personalidad todavía no está formada.

En el grupo se establece además un contacto o interacción social informal que tiene lugar antes y después del mismo y es facilitado por el lugar donde se realiza el grupo. El énfasis en habilidades interpersonales se refleja en distintos programas: desde actividades recreacionales hasta grupos más formales de habilidades sociales o de manejo de ansiedad. En sucesivas entrevistas con su terapeuta, el paciente elige unos objetivos que quiere modificar y en base a ellos escoge la modalidad de grupo que más puede ayudarle a conseguirlos.

Cuando compararon los grupos de pacientes que habían hecho el tratamiento con los que no lo hicieron, observaron que los que eligieron hacerlo tenían previamente al inicio del mismo, peor ajuste premórbido y más síntomas negativos que los que no quisieron realizarlo; al finalizar el tratamiento seis meses después, estas diferencias habían desaparecido, lo que justificaba la utilidad del grupo, tanto para prevenir deterioro (ya que era más previsible en este grupo por su peor ajuste premórbido), como para fomentar el funcionamiento social y proveer de una red de soporte al paciente¹⁹.

CONCLUSIÓN

Como vemos, existen múltiples intervenciones que aplicadas junto al tratamiento farmacológico pueden ser de gran utilidad en el tratamiento del primer brote del adolescente. La utilización de unas u otras dependerá de las características de cada paciente y su familia, de la orientación teórica del terapeuta y de las posibilidades de aplicación según los recursos de rehabilitación y reinserción social que se tengan en el centro donde se trate el paciente.

Indudablemente ello marca diferencias, pero siendo la intervención precoz, estableciendo un buen vínculo con el paciente y su familia y procurando un entorno grupal y social adaptado a su situación clínica, estamos tomando las primeras medidas para facilitar una mejora evolutiva en una enfermedad cuyo diagnóstico, si está correctamente realizado, es grave y sombrío.

BIBLIOGRAFÍA

1. Armenteros JL, Whitaker AH, Welikson M, Stedje D, Gorman J, "Risperidone in adolescents with schizophrenia: an open pilot study. 1997; 36 (5): 694-700.

2. Clark AF, and Lewis SW. "Treatment of schizophrenia in childhood and adolescence". *J. Child Psychol. Psychiat.* 1998; 29: 1071-1081.
3. Luzuriaga I. "Estados psicóticos". En: Luzuriaga I.: "El niño que no aprende". Ed. Biobiblioteca Nueva S.L, Madrid, 1998, pag 99-121.
4. Chess S, Thomas A. "Temperament in clinical practice". Ed. Guilford Press. Londres, 1986.
5. Plomin R. "Genetics and children's experiences in the family". *J. Child Psychol. Psychiat.* 1995; 36: 33-68.
6. Rutter M, Quinton d. "Parental psychiatric disorder: effects on children". *Psychological Medicine*, 1984; 14: 853-880.
7. LaRoche C. "Children of parents with mayor affective disorders. A review of the past 5 years". *Psychiat. Clin. North Am.* 1989; 12(4): 919-933.
8. Palanca I. "Hijos de pacientes psiquiátricos". *Jano*, 1999; 1(1): 3-7.
9. Pipe r. "La esquizofrenia en la infancia y la adolescencia". *Esquizofrenia Monitor*. 1998; 1(3): 3-6.
10. Heshavan MS, Schooler JA, Sweeney GL, Haas GL, Petergrew JW. "Research and treatment strategies in first-episode psychoses". *Br. J. Psychiat.* 1998; 172 (supl): 60-65.
11. Obiols Llandrich JE, Subirá Alvarez S, Barrantes Vidal N. "Teoría del Neurodesarrollo y Signos precoces de la esquizofrenia". En Saiz Ruiz J. *Esquizofrenia. Enfermedad del cerebro y reto social*. Ed. Masson. Barcelona, 1999.
12. Fenton WS. "Medication-Psychotherapy combination most affective for schizophrenia". *Psychiat. Times Mon.* 1998; dic:23-25.
13. McGlashan TH. "Early detection and intervention of schizophrenia: rationale and research". *Br. J. Psychiat.* 1998; 172 (supl): 3-6.
14. Marcelli D, Bracconner A, Ajuriagerra D. *Manual de Psicopatología del Adolescente*. Ed. Masso. Barcelona, 1986.
15. McClellan J, McCurry C, Snell J, Dubose A. "Early - onset psychotic disorders: course and outcome over a 2 year period". *J.A. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 1999; 38 (11): 1380-1388.
16. Addington J, Addington D. "Effect of substance msuse in early psychosis". *Br. J. Psychiat.* 1998; 172 (supl): 134-136.
17. Garralda ME. "Hallutinations in psychiatrically disordered children": preliminary comunication". *J. Rooyal Soc. Med.* 1982; 75: 181-184.
18. Altman H, Collins M, Mundy P. "Subclinical hallucinations and delusions in nonpsychotic adolescents". 1997; 38: 413-420.
19. Birchwood M, Todd P, Jackson C. "Early intervention in psychosis". 1998; 172 (supl): 53-59.
20. McDonald EM, Pica S, McDonald S, Hayes R, Baglioni A. "Stress and coping in early psychosis. Role of symptoms, self efficacy, and social support in coping with stress". *Br. J. Psychiat.* 1998; 172 (supl): 122-127.
21. Neto I, Casado E, Abreu M, Barbosa A, Dinis C. "Psychotherapeutic approach and follow-up of schizophrenic psychosis in a psychiatric day hospital of a general hospital". En *Intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales en la esquizofrenia*. V Curso anual sobre Esquizofrenia. Madrid 1999.
22. Linszen D, Lennior M, De Haan L, Dingemans P, Gersons B. "Early intervention, untreated psychosis and the course of schizophrenia". *Br. J. Psychiat.* 1998; 172 (supl): 84-89.
23. McGorry. "Preventive strategies in early psychosis: verging on reality". *Br. J. Psychiat.* 1998; 172 (supl): 1-2.
24. Ellison Z, van Os J, Murray R. "Spetial feature: childhood personality characteristics of schizophrenia: manifestations of, risk factors for, the disorders?" *J. Personality Dis.* 1998; 12 (3): 247-261.
25. Yung AR, Phillips L, McGorry P, McFarlane C, Francey S, Harrigan, Patton G, Jackson H. "Prediction of psychosis. A step towards indicated prevention of schizophrenia". *Br. J. Psychiat.* 1998; 172 (supl): 14-20.
26. Larsen T, Johanessen J, Opjordsmoen. "First-episode schizophrenia with long duration of untreated psychosis. Pathways to care". *Br. J. Psychiat.* 1998; 172 (supl): 45-52.
27. Birchwood M, McGorry P, Jackson H. "Early intervention in shcizophrenia". *Br. J. Psychiat.* 1997; 170: 2-5.
28. Cornblatt B, Obuchowski M, Schnur D, O'Brien J. "Hillside study of risk and early detection in schizophrenia". *Br. J. Psychiat.* 1998; 172 (supl): 26-33.
29. Fallon IR, Coverdale J, Laidaw T, Merry S, Kyd RR, Morosini P, Otp colaboratory group. "Early intervention for schizophrenic disorders". *Br. J. Psychiat.* 1998; 172 (supl): 33-38.
30. Wyatt RJ, Daminai M, Henter ID. "First episode schizophrenia. Early intervention and medication discontinuatio in the context of course treatment". *Br. J. Psychiat.* 1998; 172 (supl): 77-83.
31. Fitzgerald P, Kulkarni J. "Home-oriented management programme for people with early psychosis". *Br. J. Psychiat.* 1998; 172 (supl): 39-44.
32. Fernández Liria y González Cases. "Rehabilitación psicosocial en los trastornos esquizofrénicos". En Saiz Ruiz J. *Esquizofrenia. Enfermedad del cerebro y reto social*. Ed. Masson. Barcelona, 1999.
33. Jackson H, McGorry P, Hulbert JE, Francey LH, Maude D, Cocs J, Power P, Harrigan S, Dudgeon P. "Cognitively-orientes psychotherapy for early psychosis (COPE). Preliminary results." *Br. J. Psychiat.* 1998; 172 (supl): 93-100.
34. haddock G, Morrison AP, Hopkins R, Lewis S, Tarrier n. "Individual cognitive-behavioural interventins in early psychosis". *Br. J. Psychiat.* 1998; 172 (supl): 101-106.
35. Chadwick P and Birchwood M, Cochrane R, Macmillan F. "Cognitive therapy for voices". En *V Curso anual sobre la esquizofrenia: Intervenciones Psicoterapéuticas y psicosociales en la esquizofrenia*. Madrid, 1999.
36. Drury V, Birchwood M, Cochrane R, Macmillan F. "Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial. I. Impact on psychotic symptoms." *Br. J. Psychiat.* 1996; 169: 593-601.
37. Drury V, Birchwood M, Chochrane, Mcmillan F. "Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controles trial. LL. Impact on recovery time." *Br. J. Psychiat.* 1996; 169: 602-607.
38. Hodel B, Brenner HD, Merlo MC, Teuber JF. "Emotional management therapy in early psychosis". *Br. J. Psychiat.* 1998; 172 (supl): 128-133.
39. Albiston DJ, Francey SM, Murrigan SM. "Group programmes for recovery from early psychosis". *Br. J. Psychiat.* 1998; 172 (supl): 117-121