



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
PROGRAMA DE POSGRADO EN ESPECIALIDADES MÉDICAS

ABORDAJE PSICOSOCIAL DE PACIENTES CON EL PRIMER
EPISODIO PSICÓTICO

TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN PARA OPTAR POR
EL GRADO Y TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

INVESTIGADORA:
DRA. XINIA MARÍA RAMÍREZ VARGAS

TUTOR:
DR. MARVIN MATAMOROS RUIZ

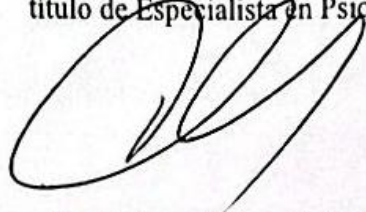
Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica
2025

PROGRAMA DE POSGRADO EN ESPECIALIDADES MÉDICAS
POSGRADO EN PSIQUIATRÍA

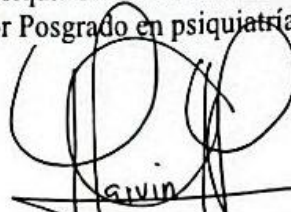
Dedicatoria

A mi madre

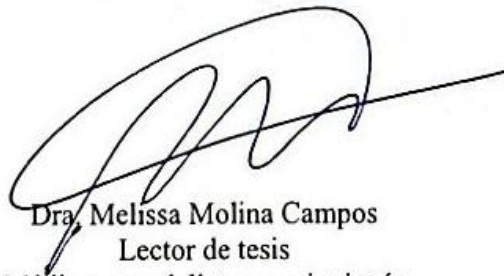
Esta tesis fue aceptada por la Comisión del Programa de Estudios de Postgrado en psiquiatría de la Universidad de Costa Rica como requisito parcial para optar al grado y título de Especialista en Psiquiatría



Dr. Roberto Chavarría Bolaños
Médico Especialista en Psiquiatría de Interconsulta y Enlace
Comité director Posgrado en psiquiatría



Dr. Marvin Matahoros Ruiz
Tutor de la tesis
Médico Especialista en psiquiatría



Dra. Melissa Molina Campos
Lector de tesis
Médico especialista en psiquiatría



Dr. Jorge Luis Nuñez Arias
Lector de tesis
Médico especialista en psiquiatría



Dra. Xinia María Ramírez Vargas
Sustentante

San José, 2 de julio, 2025

Comisión de la Especialidad en Psiquiatría
Programa de Posgrado en Especialidades Médicas
Sistema de Estudios de Posgrado
Universidad de Costa Rica

Leí y corregí el Trabajo Final de Graduación: "Abordaje psicosocial de pacientes con el primer episodio psicótico", elaborado por la Dra. Xinia María Ramírez Vargas, carné C19857, para optar por el grado académico de Especialista en Psiquiatría.

Corregí el trabajo en aspectos como: construcción de párrafos, vicios del lenguaje que se trasladan a lo escrito, ortografía, puntuación y otros relacionados con el campo filológico, y desde ese punto de vista considero que está listo para ser presentado como Trabajo Final de Graduación, por cuanto cumple con los requisitos establecidos por la Universidad de Costa Rica.



M. Sc. Edgar Rojas González

Carné 2443

Teléfono 88822158

Correo: edgarrojasg27@gmail.com

Tabla de contenidos

Dedicatoria.....	ii
Carta de aprobación.....	iii
Revisión filológica.....	iv
Tabla de contenidos.....	v
Resumen.....	viii
Índice de tablas.....	x
Lista de Abreviaturas.....	xi
1. Introducción.....	1
2. Marco metodológico.....	3
2.1 Formulación del problema de investigación.....	3
2.1.1 Delimitación y planteamiento del problema de investigación.....	3
2.1.2 Definición del problema de investigación.....	3
2.2 Tipo de estudio.....	5
2.3 Objetivo general.....	5
2.4 Objetivos específicos.....	5
3. Marco teórico.....	6
3.1 Definición de Primer episodio psicótico.....	6
3.2 Síntomas.....	8
3.2.1 Positivos.....	8
3.2.2 Negativos.....	8
3.2.3 Cognitivos.....	9
3.2.4 Afectivos.....	9
3.3 Fases de la psicosis.....	10

3.3.1 Estados Mentales de alto riesgo.....	10
3.3.1.1 Síntomas psicóticos atenuados.....	11
3.3.1.2 Episodio breve de psicosis.....	11
3.3.1.3 Síndrome de riesgo genético.....	11
3.3.1.4 Síntomas básicos.....	11
3.3.2 Fase aguda	12
3.3.3 Fase de recuperación o remisión.....	12
3.4 Duración de psicosis no tratada	13
3.5 Factores de riesgo de psicosis.....	15
3.5.1 Genéticos	16
3.5.2 Biológicos	17
3.5.3 Psicosociales	17
3.5.4 Otros factores de riesgo... ..	19
3.6 Evaluación del riesgo de psicosis	23
3.7 Teorías etiológicas	21
3.8 Patogenesis.....	23
3.9 Diagnostico	24
3.9.1 Criterios DSM-5	24
3.9.2 CIE-11.....	25
3.10 Abordaje del primer episodio psicótico	26
3.10.1 Abordaje farmacológico.....	26
3.11 Factores predictores	28
3.12 Intervención temprana... ..	29
3.13 Modelos de estadios clínicos... ..	31

3.14 Abordaje Psicosocial.....	34
3.15 Intervenciones... ..	36
3.16 Programas de atención comunitaria... ..	37
3.16.1 Terapias psicológicas.	38
3.16.1.1 Terapia Cognitivo conductual para psicosis	39
3.16.1.1.1 Entrenamiento de habilidades sociales... ..	43
3.16.1.1.2 Diarios de voz... ..	44
3.16.1.1.3 Rehabilitación cognitiva... ..	44
3.16.1 Terapia de aceptación y compromiso.....	45
3.16.1.2 Terapia analítica cognitiva	
52	
3.16.1.3 Terapia dialogo abierto	60
3.16.1.4 Terapia psicoanalista de Lacan... ..	65
3.16.1.5 Rehabilitación vocacional.....	67
3.16.1.6 Intervención familiar.....	68
3.16.1.7 Nutrición... ..	68
3.16.2 Prevención	69
3.16.3 Señales de alerta temprana.....	70
4. Resultados.....	71
5. Conclusión	76
6. Anexos	78
7. Bibliografía	82

Resumen:

El presente trabajo de graduación aborda el tratamiento psicosocial del primer episodio psicótico (PEP), considerando esta una fase crítica en el desarrollo de trastornos psicóticos graves. El PEP es más frecuente en la adolescencia y adultos jóvenes, lo que puede comprometer su funcionalidad, autonomía y calidad de vida. Si bien la farmacoterapia es fundamental, resulta insuficiente para abarcar la complejidad biopsicosocial del trastorno. A través de una revisión bibliográfica, se analizan los principales factores de riesgo, genéticos, neurobiológicos, psicosociales y ambientales y se examinan las intervenciones terapéuticas eficaces en este contexto. Se destacan terapias psicológicas basadas en la evidencia, como la terapia cognitiva conductual para la psicosis, el modelo de dialogo abierto, la terapia psicoanalista de Lacan y terapias de la tercera ola como la terapia de aceptación y compromiso y la terapia cognitiva analítica, las cuales han demostrado contribuir significativamente en el proceso de recuperación de los pacientes mejorando el funcionamiento general, la prevención de recaídas, reducción de síntomas y adherencia a la farmacoterapia.

Además, se subraya la importancia de programas comunitarios y de rehabilitación psicosocial que incluyan el fortalecimiento de redes familiares, la intervención vocacional y la atención temprana multidisciplinaria. La investigación concluye que un modelo de atención integral, centrado en el paciente y sostenido por políticas públicas inclusivas, permite un abordaje más humano y efectivo del PEP, facilitando la recuperación funcional y previniendo la cronificación del trastorno.

Abstract:

This thesis addresses the psychosocial treatment of first-episode psychosis (FEP), considering this a critical phase in the development of severe psychotic disorders. FEP is the most common in adolescence and young adulthood, which can compromise functionality, autonomy, and quality of life. While pharmacotherapy is essential, it is insufficient to address the biopsychosocial complexity of the disorder. Through a literature review, the main genetic, neurobiological, psychosocial, and environmental risk factors are analyzed, and effective therapeutic interventions in this context are examined. Evidence-based psychological therapies are highlighted, such as cognitive behavioral therapy for psychosis, the open dialogue model, Lacanian psychoanalytic therapy, and third-wave therapies such as acceptance and commitment therapy and cognitive analytic therapy, which have been shown to contribute significantly to the recovery process of patients by improving overall functioning, preventing relapse, reducing symptoms, and adhering to pharmacotherapy. Furthermore, the importance of community and psychosocial rehabilitation programs that include strengthening family networks, vocational intervention, and early multidisciplinary care is emphasized. The research concludes that a comprehensive, patient-centered care model supported by inclusive public policies allows for a more humane and effective approach to FEP, facilitating functional recovery and preventing the disorder from becoming chronic.

Índice de tablas

Tabla 1. Fármacos antipsicóticos de segunda generación

Tabla 2. Modelos de estadios clínicos para el síndrome psicótico e intervenciones recomendadas por etapa

Tabla 3. Causalidad entre los síntomas y la evaluación de las situaciones

Tabla 4. Vías de las alucinaciones auditivas

Tabla 5. Los siete principios fundamentales del dialogo abierto

Tabla 6. Comparación entre resultados del programa NAVIGATE vs EIS

Abreviaturas:

PEP: Primer episodio de psicosis

ARMS: Estados mentales en riesgo

SAP: Síntomas psicóticos atenuados

BLIP: episodio psicótico intermitente breve limitado

SRG: Síndrome de riesgo genético

DUP: duración de psicosis no tratada

SIPS: structured interview for prodromal syndromes

EMARS: Estados Mentales de alto riesgo de psicosis

CAARMS: comprehensive assessment of at-risk mental states

UHR: ultra-high risk

COGDIS: Cognitive disturbances

COPER: cognitive-perceptive

BPRS: escala breve de valoración psiquiátrica

SANS-SAPS: Síntomas positivos y síntomas negativos

PANSS: síndrome positivo y negativo de esquizofrenia

DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición

CIE-11: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas

Relacionados con la Salud, undécima revisión

TPA: trastorno psicótico agudo

OMS: organización mundial de la salud

IEPA: International early psychosis association

ARC-P: alto riesgo clínico de psicosis

EIS: servicios de intervención temprana

TAU: tratamiento convencional

TCC: terapia cognitiva conductual

TCCP: terapia cognitiva conductual para la psicosis

ACT: terapia de aceptación y compromiso

CAT: terapia cognitiva analítica

RR: roles recíprocos

STEP: tratamiento especializado temprano de psicosis

Introducción

El espectro de la esquizofrenia y la psicosis se caracteriza por anomalías en uno o más de los siguientes cinco dominios: delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado (discurso), comportamiento desorganizado (incluida la catatonía) y síntomas negativos (American Psychiatric Association, 2013).

Desde la antigüedad, médicos griegos documentaron síntomas como delirios, paranoia y cambios en la función cognitiva y la personalidad. Más adelante, Emil Kraepelin y Eugen Bleuler contribuyeron significativamente a la caracterización de los trastornos psicóticos. Kraepelin describió la demencia precoz, un trastorno que implicaba un declive temprano del funcionamiento cognitivo (De et al., 2018). Posteriormente, Bleuler acuñó el término "esquizofrenia", que significa "ruptura" y "mente" (Argudo Palacios, 2023a).

La psicosis representa una de las 20 principales causas de discapacidad a nivel mundial, afectando aproximadamente a 29 millones de personas (Husain et al., 2023a). El primer episodio psicótico (PEP) es un evento clínico de gran relevancia tanto para el paciente como para su entorno familiar y social, ya que podría marcar el inicio de un trastorno que puede afectar profundamente la vida, la autonomía y el funcionamiento laboral, educativo y afectivo del individuo. (McGorry, 2015)

El PEP suele presentarse en la adolescencia o adultez temprana y está asociado a múltiples factores de riesgo, tales como el consumo de sustancias (como el cannabis), antecedentes

familiares de trastornos psicóticos, experiencias traumáticas y un retraso en el inicio del tratamiento. Estos factores pueden favorecer la cronificación del trastorno. (Argudo Palacios, 2023a; Asher et al., 2017)

Este trabajo final de graduación se enfoca en las intervenciones psicosociales, dado que el tratamiento convencional basado mayoritariamente en antipsicóticos resulta insuficiente para abordar las complejas necesidades psicológicas, sociales, familiares y económicas de los pacientes que enfrentan un PEP.

La psicosis temprana se caracteriza por recaídas frecuentes, con hasta un 80 % de los pacientes que experimentan al menos una recaída en los cinco años posteriores al episodio inicial. Estas recaídas generan angustia y afectan negativamente el funcionamiento social y laboral. Además, la recurrencia del trastorno tras el PEP perjudica el desarrollo psicosocial en etapas cruciales. (Husain et al., 2023)

El objetivo del presente trabajo es indagar las principales intervenciones psicosociales dirigidas a pacientes que sufren un primer episodio psicótico. Se busca fomentar que el paciente asuma un rol activo en su tratamiento, mejorando la relación médico-paciente y la adherencia al tratamiento farmacológico. Asimismo, se analizarán los beneficios de diversas terapias psicológicas en aspectos como la modificación de sesgos cognitivos, el abordaje de traumas previos, el manejo de roles recíprocos entre otros y el fortalecimiento del apoyo social familiar y del entorno cercano, así como la rehabilitación vocacional, como estrategias para mejorar la autonomía, el funcionamiento general, las relaciones interpersonales y, en

consecuencia, la calidad de vida del paciente, reduciendo la probabilidad de hospitalizaciones y la cronicidad del trastorno.

Formulación del problema de Investigación

Delimitación y planteamiento del problema de investigación

La presente investigación surge del interés por examinar más de cerca el abordaje que reciben los pacientes que han experimentado un primer episodio psicótico (PEP), especialmente en el contexto ambulatorio. En la actualidad, dicho abordaje tiende a centrarse casi exclusivamente en el tratamiento farmacológico, tanto durante la hospitalización como posteriormente, lo que limita el impacto positivo que podría tener una atención integral. Esta situación pone en evidencia la necesidad de promover un modelo de intervención que incluya componentes psicosociales y comunitarios, con un enfoque verdaderamente multidisciplinario que favorezca la recuperación funcional, la adherencia al tratamiento y la prevención de recaídas.

Definición del problema de investigación

Actualmente, el tratamiento del primer episodio psicótico (PEP) continúa centrado principalmente en el uso de fármacos, tanto durante la hospitalización como en el seguimiento ambulatorio, lo que ha limitado la integración sistemática de abordajes psicosociales. A pesar de la evidencia que respalda su utilidad en la mejora del funcionamiento global, la adherencia al tratamiento y la prevención de recaídas, estos enfoques siguen siendo subutilizados en la práctica clínica. Esta situación plantea la necesidad de identificar y analizar los elementos específicos que deben formar parte de una intervención clínica psicosocial integral dirigida a personas con PEP, con el fin de optimizar su recuperación y reducir el riesgo de cronicación.

¿Cuáles componentes del abordaje psicosocial deben considerarse en la intervención clínica integral de personas con un primer episodio psicótico, en comparación con el tratamiento exclusivamente farmacológico, para mejorar el funcionamiento global, la adherencia terapéutica, la calidad de vida y reducir las hospitalizaciones

Formato PICO:

- **P (Paciente):** Personas diagnosticadas con un primer episodio psicótico.
- **I (Intervención):** Implementación de intervenciones psicosociales estructuradas como parte del abordaje clínico integral.
- **C (Comparación):** Tratamiento basado únicamente en farmacoterapia.
- **O (Resultado):** Mejoría del funcionamiento global, mayor adherencia al tratamiento, reducción de hospitalizaciones y mejor calidad de vida.

Tipo de Estudio

Se trata de una revisión bibliográfica, dirigida a la exploración de la literatura disponible sobre elementos a considerar, para una práctica clínica segura de protocolos e intervención clínica y psicosocial de los pacientes portadores de un primer episodio psicótico.

Se parte de una pregunta de investigación tipo preventivo, ya que está dirigido a conocer y ampliar el ángulo de la visión en la utilización de los protocolos actuales para pacientes que experimentan un primer episodio de psicosis.

Objetivo General

Analizar las principales intervenciones psicosociales en que pacientes que presentan un primer episodio psicótico, con el fin de promover un abordaje integral que favorezca la adecuada adherencia al tratamiento, la rehabilitación psicosocial y mejora en la calidad de vida del paciente.

Objetivos Específicos

1. Describir qué es un primer episodio psicótico y cuáles son los factores de riesgo asociados biológicos, genéticos y psicosociales.
2. Analizar las diferentes terapias psicológicas utilizadas en el abordaje del PEP.
3. Explorar el impacto de la rehabilitación psicosocial en la autonomía, el funcionamiento de los pacientes que han sufrido un PEP.

Marco teórico

Primer episodio psicótico:

El primer episodio psicótico (PEP) ocurre cuando una persona experimenta la aparición de síntomas psicóticos por primera vez en su vida. (Prakash et al., 2021). La psicosis es un estado mental en el cual el individuo presenta una pérdida de contacto con la realidad, sin alteración de la conciencia. (Torales Julio et al., 2020)

Estos síntomas son delirios, alucinaciones y/o pensamiento desorganizado, sin una alteración global de la conciencia. Aunque la psicosis puede presentarse en personas sin antecedentes psiquiátricos previos, también puede ocurrir en individuos con antecedentes familiares de trastornos psicóticos o con síntomas prodrómicos previos. Por lo tanto, el PEP no siempre se presenta en un contexto de salud mental previamente intacto. (Pascual et al., 2023)

La prevalencia del PEP es de alrededor 3% de la población general. La edad de inicio suele situarse entre los 15-25 años (Paniagua González et al., 2022).

El PEP se desarrolla en una etapa importante del desarrollo psicosocial, lo que implica un alto riesgo de impacto funcional a largo plazo si no se interviene de forma oportuna. (Pascual et al., 2023a)

El PEP puede presentarse de manera progresiva con diversa combinación de síntomas, como distanciamiento del entorno social (familiares y amigos), abandono de las actividades

laborales y cotidianas, falta de interés por actividades que antes disfrutaba, además de la presencia de ideas o creencias no fundadas ni comprobables con características de persistencia, pensamiento y discurso desorganizado, percepción de objetos, sonidos, sensaciones que no están presentes en el ambiente, problemas para concentrarse y estar presente en la situación en la que se encuentra, cese del cuidado de la apariencia personal y el aseo, entre otras. (Paniagua González et al., 2022)

Desde el punto de vista etiológico, el PEP se considera una condición multifactorial. Factores genéticos, neurobiológicos, ambientales y psicosociales interactúan en su aparición, lo que refleja la complejidad de su origen y la necesidad de enfoques integrales para su comprensión y tratamiento. (Prakash et al., 2021) Este carácter multifactorial lo posiciona como un campo importante para la investigación en psiquiatría y psicología.

Una identificación temprana del PEP es fundamental para mejorar el pronóstico. Lo que va a requerir de una evaluación clínica minuciosa, un diagnóstico diferencial y un seguimiento cercano que son componentes esenciales en su abordaje. (Fernández X C Carballal A, 2017). El tratamiento no debe limitarse al uso de antipsicóticos, sino que debe integrarse dentro de un modelo multidisciplinario que incluya intervenciones psicosociales, familiares y rehabilitadoras, coordinadas en unidades especializadas en primeros episodios psicóticos. (Pascual et al., 2023a)

Es importante mencionar que este trastorno suele estar acompañado de un importante deterioro de la funcionalidad a nivel personal, familiar, social y laboral, provocado por la

sintomatología positiva, negativa, cognitiva y afectiva, además de los efectos secundarios de algunos psicofármacos (Argudo Palacios, 2023).

Síntomas positivos:

Los síntomas positivos abarcan los delirios, las alucinaciones y/o pensamiento desorganizado (Talavera et al., 2023). Las alucinaciones son percepciones en ausencia de estímulos externos reales, pueden ser auditivas, visuales, táctiles, gustativas y olfatorias. Los delirios son ideas falsas que el paciente las sostiene a pesar de brindarle argumentos válidos además en algunas ocasiones pueden provocar conductas peligrosas (Argudo Palacios et al., 2025).

Los síntomas positivos suelen ser los síntomas más frecuentes en un paciente que sufre PEP. Suponen una gran ruptura con el entorno y son el principal motivo por el que la familia y/o el paciente solicitan ayuda médica. (Talavera et al., 2023)

Síntomas negativos:

Llamados de esta forma debido al componente defectual que tienen como característica principal, frecuentemente pasan desapercibidos y están relacionados con un peor pronóstico. (Talavera et al., 2023). Pueden provocar pérdida de habilidades y disminución funcional del individuo. (Argudo Palacios et al., 2025)

Pueden presentarse previamente a la aparición de los síntomas positivos. Entre ellos, destacan: la apatía, la anhedonia, la alogia, el aplanamiento afectivo y el aislamiento social. (Talavera et al., 2023)

La anhedonia es la incapacidad de experimentar placer en actividades que previamente al individuo le agradaban, el aplanamiento afectivo disminuye la expresión de emociones y la apatía es la falta de motivación para realizar actividades cotidianas. (Argudo Palacios et al., 2025)

Síntomas cognitivos:

Pueden estar presentes de manera muy precoz y su presencia está igualmente relacionada con un peor pronóstico de la enfermedad. Los principales síntomas son los fallos en la memoria de trabajo, los fallos en la atención, la disminución en la velocidad de procesamiento y afectación de las funciones ejecutivas.(Talavera et al., 2023)

Las personas que experimentan un PEP presentan un déficit significativo de la función cognitiva en comparación con los controles. Este déficit cognitivo ya está presente antes del inicio del tratamiento con antipsicóticos y afecta a todas las áreas cognitivas. Calcedo (2024)

Síntomas afectivos:

Son los síntomas depresivos, los síntomas maníacos, la labilidad emocional o la irritabilidad, entre otros. Estos síntomas son importantes para establecer el pronóstico y resultan fundamentales para determinar el tratamiento más adecuado. (Talavera et al., 2023)

Fases de presentación de un PEP:

La psicosis se entiende como una entidad evolutiva y prolongada en el tiempo. Se han establecido tres fases en la presentación clásica de un PEP:

Estados Mentales en riesgo (ARMS):

Anteriormente, se le denominaba fase prodrómica. (Fusar-Poli et al., n.d.) Es la fase previa a la instauración del PEP. (Talavera et al., 2023)

Los primeros síntomas y signos del trastorno del espectro psicótico están precedidos por una etapa previa de tres a cinco años de duración.(Fonseca-Pedrero & Inchausti, 2018)

Se observa un deterioro en el funcionamiento del paciente en diferentes áreas: disminución en el rendimiento escolar o laboral, disminución en el autocuidado, problemas de memoria y atención, aislamiento social, comportamiento inusual, experiencias perceptivas inusuales, verbalización de ideas extrañas, trastornos de sueño, y disminución del interés en las actividades diarias, además de síntomas ansiosos o afectivos como depresión o el uso de drogas. (Albin et al., 2021)

Aquellas personas que terminan desarrollando PEP antes del debut del PEP presentaban diferentes déficits a nivel psicofisiológico, motor, neurocognitivo y comportamental, así como alteraciones cerebrales estructurales y funcionales, además de un impacto funcional, discapacidad y peor calidad de vida.(Fonseca-Pedrero & Inchausti, 2018)

El estado mental en riesgo según Fusar-Poli et al se puede clasificar de la siguiente manera:

Síntomas psicóticos atenuados (SAP):

El criterio SAP identifica a los jóvenes en riesgo de psicosis debido a un síndrome psicótico subumbral. Es decir, presentan síntomas que no alcanzan los niveles umbral de psicosis debido a una intensidad subumbral lo que significa que los síntomas no son lo suficientemente graves o presentan síntomas psicóticos con una frecuencia subumbral es decir los síntomas no se presentan con la suficiente frecuencia.(Fusar-Poli, Byrne, et al., 2013)

Episodio psicótico intermitente breve limitado (BLIP):

Definido como la presencia de un episodio psicótico de menos de siete días que remite espontáneamente sin la necesidad de medicación ni hospitalización. (Fusar-Poli, Byrne, et al., 2013)

Síndrome de riesgo genético (SRG):

Se define por poseer un familiar de primer grado con diagnóstico de trastorno psicótico, o bien, padecer un trastorno de personalidad esquizotípico, ambos acompañados por un marcado deterioro en el funcionamiento global (disminución de 30 puntos de la escala de funcionamiento global en el último año. (Grupo de trabajo del CIBERSAM, 2015)

Síntomas básicos cognitivos perceptivos:

Identifica a las personas en riesgo basándose en alteraciones cognitivas y perceptivas sutiles. Los síntomas básicos son alteraciones subjetivas del procesamiento del pensamiento (ej. la perseverancia), el lenguaje y la atención, que se distinguen de los síntomas psicóticos

clásicos, ya que son independientes del contenido anormal del pensamiento.(Fusar-Poli, Byrne, et al., 2013)

El paciente mantiene el juicio la consciencia de la enfermedad intactos.(Grupo de trabajo del CIBERSAM, 2015)

Fase aguda

Es la fase aguda o activa, los pacientes experimentan síntomas psicóticos positivos como lo son los delirios, las alucinaciones, el pensamiento desorganizado. Además, pueden aparecer algunos síntomas negativos. Es la fase más fácil de reconocer y diagnosticar. (Bromley et al 2015)

Fase de recuperación o remisión

Fase donde se evidencia una desaparición gradual de los síntomas, cuya duración es muy variable y depende de multitud de factores como, por ejemplo, la correcta toma de medicación, el grado de conciencia de enfermedad o la duración de la instauración del cuadro. (Talavera et al., 2023)

La intervención temprana en la psicosis ahora podría decirse que es el estándar de oro para la atención de las personas en su primer episodio de psicosis. La justificación de la intervención temprana se deriva de las observaciones de que reducir la duración de la psicosis no tratada puede mejorar los resultados clínicos, funcionales y sociales a corto y mediano plazo.(Torales Julio et al., 2020)

Los hallazgos encontrados por Robinson et al. (1999), cinco años después del PEP, la tasa de recaída sin una adecuada intervención oscila en torno al 80%. En un trabajo más reciente de Arango et al., (2013), revisan los estudios en este campo y sugieren que los antipsicóticos tienen poca o nula eficacia ante la sintomatología negativa y el deterioro cognitivo. Si bien es cierto, otras investigaciones apuntan que la remisión de la sintomatología positiva está atribuida al uso de tratamiento farmacológico. (Argudo Palacios, 2023b) Por estas razones, parece que lo más recomendable ante el abordaje del PEP, es el trabajo coordinado en distintos ámbitos: psiquiátricos, psicológicos, médicos, educativos y sociales.

Distintos estudios explican que la intervención interdisciplinaria temprana logra mejorar de modo importante la recuperación funcional, la calidad de vida, la sintomatología manifestada y el pronóstico, lo cual afecta positivamente al desarrollo psicosocial a largo plazo. (Argudo Palacios, 2023)

Duración de psicosis no tratada:

La duración de la psicosis no tratada o DUP, se refiere al periodo transcurrido entre la primera aparición de síntomas psicóticos y el inicio del tratamiento. (Prakash et al., 2021)

Se indica que existen de dos a tres componentes que generan la DUP como los retrasos en la búsqueda de ayuda profesional y retrasos consecuencia de problemas sistémicos y administrativos. En caso de los retrasos en la atención profesional pueden ser secundarios a una serie de factores familiares y culturales poco definidos y a los síntomas negativos del paciente como el aislamiento. (Malla, 2022)

El DUP tarda de 63 semanas (15 meses) en países de altos ingresos a 125 semanas (31 meses) en países de bajos y mediados ingresos económicos. (Zoghbi et al., 2023)

Se ha postulado que durante esta etapa se produce un daño neurotóxico en las personas, además de que un mayor periodo prolongado de psicosis sin tratar se asociará con un peor pronóstico a corto, medio y largo plazo, así como a una peor respuesta al tratamiento farmacológico. (Fonseca-Pedrero & Inchausti, 2018)

Por lo que los programas de intervención temprana de psicosis tienen como objetivo central reducir la DUP. (Bora et al., 2018)

Una DUP corta brinda mejores resultados clínicos y funcionales por diferentes fuentes, como la capacidad de suspender el tratamiento farmacológico posterior a un tratamiento exitoso, además esto brinda un buen pronóstico al paciente (Malla, 2022).

Una DUP más prolongada se asocia con peores síntomas positivos, síntomas negativos y peor nivel funcional. Además, una DUP más prologada se asocia con mayores tasas de recaídas, así como peores respuestas a fármacos antipsicóticos (Zoghbi et al., 2023).

El tratamiento temprano se ha asociado con un mejor pronostico y un menor déficit funcional (Paniagua González et al., 2022).

La fase temprana de la psicosis es un periodo importante para la plasticidad y una oportunidad para el tratamiento (Prakash et al., 2021).

Aunque en general la DUP y el funcionamiento cognitivo no están relacionados; se observa una asociación significativa entre la DUP prolongada y la habilidad para planificar y resolver problemas (Bora et al., 2018).

Factores de riesgo de psicosis:

Se han encontrado diversos factores de riesgo que se pueden sintetizar en la edad de aparición de los síntomas, el sexo, la clase social, los antecedentes familiares, la estación del año en la que la persona ha nacido, el medio de desarrollo vital sea urbano o rural, las complicaciones en el embarazo o en el parto, el abuso de sustancias y/o la exposición a estresores ambientales y sucesos vitales desfavorables. (Argudo Palacios, 2023)

Así la psicosis se presenta mayormente en edades tempranas 15-25 años, en el sexo masculino, personas solteras, en clases sociales bajas, en primavera y verano, en condiciones de deprivaciones sociales (Paniagua González et al., 2022).

Otro aspecto importante son los acontecimientos vitales estresantes se pueden definir como sucesos que afectan de manera subjetiva u objetiva, tanto directa como indirectamente a un individuo y que ponen en riesgo sus actividades cotidianas, así como sus propios recursos de afrontamiento. Según Cornes (1994), cualquier acontecimiento puede ser un factor estresante, no solo dependiendo del tipo de acontecimiento de que se trate, sino también de cómo el propio individuo afronte dicha circunstancia vital.(Paniagua González et al., 2022).

Existe un consenso generalizado de que la psicosis se presenta en personas con predisposición y vulnerabilidad de origen biopsicosocial, que después continua con eventos

adversos de la vida, uso de drogas ilícitas o periodos de aislamiento en donde ocurren cambios emocionales y alteraciones en procesos cognitivos de atención. (Garety et al., 2001)

La psicosis es una condición clínica compleja que surge de la interacción de múltiples factores genéticos, biológicos, psicosociales. En las últimas décadas, diversos estudios han intentado aclarar qué elementos aumentan la probabilidad de que una persona desarrolle un trastorno psicótico, particularmente durante el primer episodio. A continuación, se describen los más relevantes:

Factores Genéticos:

Antecedentes familiares de psicosis:

Las personas con un familiar de primer grado diagnosticado con esquizofrenia u otro trastorno psicótico presentan un riesgo significativamente mayor. (Bromley et al., 2015)

Se estima que el riesgo de por vida de un paciente con un padre afectado sería del 13% y ambos padres con la enfermedad 46%. Cuando es un hermano o un gemelo no idéntico el 10% y en caso de gemelo idéntico 48%. (García José et al., 2016)

El riesgo genético es importante para el desarrollo del trastorno, no es solo debido a un gen “esquizofrenia” sino a muchos que cada uno hacen una pequeña contribución. Los riesgos genéticos no son lo suficiente para explicar por qué unas personas desarrollan psicosis y esquizofrenia mientras que otras no (García José et al., 2016)

Factores Biológicos:**Consumo de cannabis:**

El uso frecuente de cannabis, sobre todo en la adolescencia y con variedades de alta potencia de tetrahidrocannabinol, se asocia de forma directa con un mayor riesgo de desarrollar síntomas psicóticos. Este efecto se intensifica en personas con vulnerabilidad genética.(Radua Joaquim et al., 2018)

Cuanto antes el paciente inicie el consumo de cannabis y cuanto más se consuma, existirá mayor riesgo de desarrollar psicosis en el futuro. Además, esta droga reduce la respuesta al tratamiento y por ende aumenta el riesgo de recaídas (Bromley et al., 2015).

Complicaciones antes o durante el parto:

Infecciones, mala nutrición del feto durante el periodo de embarazo, el estrés de la madre, trauma en el parto, bajo peso al nacer, hipoxia perinatal se han relacionado con una mayor predisposición a trastornos psicóticos en etapas posteriores (García José et al., 2016).

Otros factores de riesgo biológico: incluyen padres de edad avanzada, estacionalidad del nacimiento y la exposición al parásito *Toxoplasma gondii* (García José et al., 2016).

Factores psicosociales:

Urbanidad: Nacer y vivir en áreas urbanas densamente pobladas, en comparación con zonas rurales, aumenta el riesgo de psicosis. Este fenómeno se ha atribuido a factores como el aislamiento social, la exposición al estrés y la falta de cohesión comunitaria.(Radua. Joaquim et al., 2018).

Aislamiento social: La falta de redes de apoyo emocional, el retraimiento social o vivir en condiciones de marginación pueden actuar como factores desencadenantes en personas vulnerables.(Radua. Joaquim et al., 2018). Además, contribuye a la aceptación de la evaluación psicótica al reducir el acceso a explicaciones alternativas más normalizadores y aceptadas socialmente. (Garety et al., 2001)

Trauma infantil:

Experiencias como abuso físico, sexual, negligencia emocional o bullying en etapas tempranas de la vida se vinculan fuertemente con un mayor riesgo de psicosis en la adultez. Estos traumas pueden alterar el desarrollo emocional y neurobiológico del individuo.(García José et al., 2016)

Birchwood. y otros han sugerido que una experiencia traumática en la infancia conduce al desarrollo de esquemas negativos o también llamados roles recíprocos que se tornan disfuncionales, que pueden involucrar temas como la persecución, o son castigadores y que pueden generar paranoia e ideas delirantes persecutorias (Garety et al., 2001).

En diferentes estudios se encontró la relación de que una persona haya sufrido abuso sexual en la infancia o en la adultez y la presencia de alucinaciones, delirios y trastornos del pensamiento, además la relación entre el abuso infantil y la presencia de alucinaciones, como se describirá en la terapia cognitiva analítica.(Gracie et al., 2007).

Pertenencia a minorías étnicas:

Varios estudios han demostrado que los individuos pertenecientes a minorías raciales o étnicas, especialmente en contextos de exclusión o discriminación, presentan una mayor probabilidad de desarrollar psicosis. Esto sugiere que los factores sociales y culturales juegan un papel determinante en la salud mental.(Radua. Joaquim et al., 2018). Especialmente debido a las agresiones, a las dificultades que estas personas presentan cuando llegan a un nuevo país, lo que podría generar historia de trauma.

La inmigración en especial cuando los inmigrantes son de un país en desarrollo o vías de desarrollo o donde la etnia es negra. (García José et al., 2016)

Las experiencias adversas como la marginación social, la pérdida de la infancia, el trauma infantil grave puede crear vulnerabilidad cognitiva duradera que se caracteriza por pensamientos negativos de unos mismo y del mundo incluso creencias sobre uno mismo como vulnerable a las amenazas o sobre los demás como peligrosos (Garety et al., 2001).

Otros factores de riesgo:

Las experiencias psicóticas atenuadas y los rasgos de la personalidad esquizotípicos representan la expresión conductual de vulnerabilidad latente a los trastornos psicóticos (Fonseca-Pedrero & Inchausti, 2018).

Las creencias esquizotípicas que se caracterizan por creencias extrañas o inusuales y según estudios pueden tener relación con los antecedentes de trauma en la infancia de estos individuos (Gracie et al., 2007).

Personas que refieren experiencias psicotiformes acaban transitando a psicosis en un 0,6% de los casos. Además, aproximadamente un 10% de pacientes con ansiedad o depresión que presentan síntomas psicóticos subclínicos terminan desarrollando una psicosis, mientras que en muestras de individuos de alto riesgo clínico los valores de transición oscilan entre el 20-30.(Fonseca-Pedrero & Inchausti, 2018).

Evaluación del riesgo de psicosis:

Es importante la capacidad de detectar e identificar tempranamente a personas con un mayor riesgo teórico de desarrollar psicosis en el futuro. Los paradigmas de alto riesgo son: genético, psicométrico y clínico. Simplificando, el alto riesgo genético analiza a hijos sanos de pacientes con psicosis. El alto riesgo psicométrico, examina rasgos esquizotípicos o experiencias psicóticas atenuadas en muestras de la población general, preferentemente jóvenes. El paradigma de “alto riesgo clínico”, se dirige a identificar personas que presentan síntomas psicóticos atenuados es decir asociados a malestar y que buscan tratamiento o ayuda psicológica. (Fusar-Poli et al., n.d.)

Dentro del paradigma de alto riesgo clínico se pueden encontrar básicamente dos aproximaciones: “ultra alto riesgo” y síntomas básicos.

Los estados mentales de “ultra alto riesgo” provienen de la Structured Interview for Prodromal Syndromes (SIPS), mientras que los “estados mentales de alto riesgo de psicosis” (EMARs), derivan de la Comprehensive Assessment of At Risk Mental States (CAARMS). (Fusar-Poli et al., 2020)

La CAARMS tiene dos funciones: proporcionar una evaluación integral de la psicopatología que se cree que indica el desarrollo inminente de un trastorno psicótico de primer episodio; y determinar si un individuo cumple con el estado UHR o ha cruzado el umbral para un trastorno psicótico (Mcnab C. et al., 2016).

Por su parte los síntomas básicos, se refieren a un conjunto de sutiles molestias subclínicas, de tipo inespecífico, experimentadas subjetivamente por la persona y que no necesariamente son observables por otros. Se han desarrollado dos criterios de alto riesgo de síntomas básicos denominados COGDIS (Cognitive Disturbances) y COPER (Cognitive- Perceptive), así como diferentes herramientas de evaluación. (Fusar-Poli, Borgwardt, et al., 2013)

Teorías etiológicas:

Tratan de explicar cómo los factores genéticos podrían interactuar con los factores biológicos y psicosociales que provocan los trastornos psicóticos, aunque ninguna de estas teorías se ha comprobado (García José et al., 2016).

La primera teoría es la hipótesis del neurodesarrollo que dice que algunas personas tienen vulnerabilidad al desarrollo de la psicosis y que esta surge como resultado de la interacción de los riesgos genéticos y ambientales al momento del nacimiento. Dicha teoría propone que estas personas a veces adquirirán lesiones neurológicas sutiles que no son visibles en la infancia, pero en la adolescencia estas lesiones de alguna manera alteran los cambios normales en la conectividad cerebral normal del adolescente. El resultado es que la persona se vuelve muy sensible a desarrollar psicosis ante la presencia de los factores ambientales como por ejemplo el consumo de cannabis. (García José et al., 2016)

Otra teoría es que todo el mundo tiene cierto grado de riesgo de desarrollar psicosis y esquizofrenia y el factor crítico en la mayoría de las personas no son los genes o las lesiones neurológicas sutiles sino el tiempo, la naturaleza y los riesgos ambientales y su grado de exposición (García José et al., 2016).

El trauma psicológico y el trastorno de estrés postraumático en las primeras etapas de vida puede crear vulnerabilidades a nivel psicológico que puede conducir a psicosis posteriormente, en especial la aparición de síntomas positivos, modelos cognitivos sugieren que los delirios de persecución se pueden interpretar como percepción de amenazas y pueden emerger como resultado a la experiencia traumática. (Gracie et al., 2007)

Otra teoría es la llamada “hipótesis de la dopamina” que indica que la psicosis y la esquizofrenia pueden ser causadas por la sobreactividad en el sistema dopaminérgico mesolímbico. La evidencia más importante es la eficacia del tratamiento farmacológico para pacientes psicóticos, que regula el sistema dopaminérgico (García José et al., 2016).

También se han propuesto teorías para explicar por qué los factores psicológicos pueden producir psicosis. Estos factores pueden dividirse en tener problemas con las funciones cognitivas básicas como el aprendizaje, la memoria, atención, planificación y en sesgos en los procesos emocionales y de razonamiento. Las dificultades en las funciones cognitivas están relacionadas con la investigación de la estructura y de razonamiento que pueden estar relacionados con factores sociales. Ambos tipos de factores psicológicos pueden proporcionar un vínculo entre los factores ambientales y biológicos. (García José et al., 2016)

Patogénesis:

Desde muy temprano se consideró que la patogénesis de la psicosis, y en particular de la esquizofrenia, era de naturaleza progresiva. Décadas de investigación han revelado que la patogénesis de los trastornos psicóticos probablemente involucra anomalías tempranas en el desarrollo cerebral que interactúan con procesos fisiopatológicos aberrantes durante la pubertad. Juntos conducen a la expresión de la enfermedad psicótica. La poda sináptica aberrante, la sensibilización del sistema dopaminérgico y las adaptaciones neurobiológicas a la disfunción crónica del receptor N-metil-D-aspartato son posibles mecanismos fisiopatológicos que producen una neurodegeneración limitada en las primeras etapas de la enfermedad psicótica (Zoghbi et al., 2023)

Además de aumento de varios marcadores proinflamatorios se ha observado en pacientes con PEP. Sobre la disfunción del receptor de N-metil.D-aspartato se asoció con síntomas más graves. El aumento en el cortisol se asoció con una mayor probabilidad de transición a psicosis, la gravedad de los síntomas y la agresividad. El aumento del ácido homovanílico plasmático que es el principal metabolito de la dopamina y el metabolito de la noradrenalina el 3-metoxi-4-hidroxifenilglicol se asoció con una mayor respuesta al tratamiento (Prakash et al., 2021).

Diagnostico:

En caso de pacientes con riesgo elevado de psicosis se realiza una Evaluación Integral del Estado Mental en Riesgo (CAARMS) (Fusar-Poli, Byrne, et al., 2013).

Es un instrumento que además de los síntomas positivos (trastornos del contenido del pensamiento, alteraciones perceptuales, y pensamiento desorganizado) cubre otros dominios psicopatológicos como cambios cognitivos, trastornos emocionales, síntomas negativos, cambios en el comportamiento y otros cambios de la psicopatología general.

Detecta síntomas psicopatológicos de intensidad subclínica, por debajo del umbral de sensibilidad de escalas clínicas como la Escala Breve de Valoración Psiquiátrica (BPRS), la Escala de Evaluación de Síntomas Negativos y Síntomas Positivos (SANS-SAPS) o la escala para el Síndrome Positivo y Negativo en esquizofrenia (PANSS). (Fernández Hernández, 2015)

En caso de pacientes con el primer episodio psicótico se deben cumplir los criterios del DSM-5 que están basados en tiempo de duración, grado de disfunción, presencia de síntomas afectivos, uso de sustancias, enfermedad médica. Por ejemplo, para el trastorno esquizofreniforme la Asociación Americana de Psiquiatría indica:

A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):

1. Delirios.
2. Alucinaciones.
3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).
4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).

B. Un episodio del trastorno dura como mínimo un mes, pero menos de seis meses. Cuando el diagnóstico se ha de hacer sin esperar a la recuperación, se calificará como "provisional".

C. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de la fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes durante una parte mínima de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.

D. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o un medicamento) u otra afección médica (American Psychiatric Association, 2014).

En el CIE-11:

Trastorno psicótico agudo y transitorio (TPA), primer episodio: El primer episodio del trastorno psicótico agudo y transitorio, debe usarse para identificar a las personas que experimentan síntomas que cumplen con los requisitos diagnósticos para el trastorno psicótico agudo y transitorio, pero que nunca habían experimentado antes un episodio similar (Clasificación Internacional de Enfermedades-Estadísticas de Morbilidad Y Mortalidad, 2019).

Además del trastorno psicótico agudo (TPA), el primer episodio actualmente sintomático cuando se cumplen los criterios de la definición, en remisión parcial cuando los síntomas han mejorado de manera tal que los requisitos de diagnóstico para el trastorno no se han cumplido durante al menos un mes, pero algunos de los síntomas clínicamente significativos permanecen, lo que puede o no estar asociado con un deterioro funcional. TPA en remisión

completa se cumplieron previamente todos los requisitos de la definición del trastorno psicótico agudo y transitorio en su primer episodio en términos de síntomas y duración. Los síntomas han mejorado de manera tal que no hay síntomas clínicamente significativos o trastorno psicótico agudo y transitorio, primer episodio, sin especificación. (Clasificación Internacional de Enfermedades-Estadísticas de Morbilidad y Mortalidad, 2019)

Abordaje del Primer Episodio Psicótico:

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) advierte que aproximadamente dos de cada tres personas diagnosticadas con un trastorno del espectro psicótico no reciben un tratamiento adecuado (Argudo Palacios, 2023b), lo cual representa una seria preocupación en el ámbito de la salud pública. Esta falta de acceso o adherencia al tratamiento tiene consecuencias clínicas significativas, ya que el manejo temprano y continuo de la psicosis es clave para reducir la intensidad y duración de los episodios, prevenir recaídas, y mejorar el pronóstico funcional a largo plazo del individuo. (Fonseca-Pedrero & Inchausti, 2018)

Abordaje Farmacológico:

Se recomienda que el médico y el paciente participen en la toma de decisiones sobre el tratamiento que se iniciará, de esta manera el paciente participa activamente en la toma de decisiones, fomentando el principio de autonomía, esta medida se asocia con mejor adherencia a la medicación (Pascual et al., 2023b).

El tratamiento de primera línea se realiza con dosis bajas de antipsicóticos de segunda generación. (Kane et al., 2016)

Se prefiere iniciar con antipsicóticos atípicos, debido al menor riesgo de efectos secundarios extrapiramidales, rigidez, temblor, sin embargo, es importante que estos fármacos pueden producir alteraciones metabólicas, es necesario tomar en cuenta el perfil de cada paciente e idealmente tomar la decisión del mejor fármaco según las necesidades del paciente. (Bromley et al. 2015).

En cuanto a la duración del tratamiento después del PEP la IEPA (International Early Psychosis Association) recomienda:

- Si los síntomas remiten en menos de un mes y el episodio no ha sido grave: se recomienda una suspensión gradual y consensuada entre el psiquiatra, el paciente y los familiares a partir de los 12 meses de tratamiento y durante 3-6 meses de retirada paulatina, con importante supervisión clínica durante 5 años (Ángel Soriano Lechuga et al., 2020).
- Si los síntomas no remiten en menos de un mes y además han sido graves: se recomienda 24 meses de tratamiento y la suspensión gradual y consensuada durante un periodo de 3 y 6 meses, con supervisión durante 5 años (Ángel Soriano Lechuga et al., 2020).
- Finalmente, si la remisión sintomática es incompleta o aparecen recaídas, la IEPA recomienda mantener el tratamiento mínimo durante 5 años y posteriormente valorar la posibilidad a partir de ese entonces (Ángel Soriano Lechuga et al., 2020).
- En caso de que no exista adherencia al tratamiento se plantea el uso de antipsicóticos de depósito de duración mensual, bimensual o trimestral (Ángel Soriano Lechuga et al., 2020).

Antipsicótico	Dosis inicial	Dosis media de mantenimiento	Dosis máxima
Olanzapina	5mg /24 horas	10-15mg/ 24 horas	20mg/ 24horas
Risperidona	1-2mg/ 24 horas	3-6mg/ 24 horas	9-12mg/ 24 horas
Aripiprazol	5mg/ 24 horas	10-20mg/ 24 horas	30mg/ 24 horas
Asenapina	5mg/ 24 horas	10-15mg / 24 horas	20mg/ 24 horas
Paliperidona	6mg/ 24 horas	9mg/ 24 horas	12mg/ 24 horas
Ziprasidona	80mg/ 24 horas	120mg/ 24 horas	160mg / 24 horas

Tabla 1. Fármacos antipsicóticos de segunda generación

Tomado de: (Ángel Soriano Lechuga et al., 2020)

Factores Predictores: de la recuperación a corto plazo (2 a 5 años) en el primer episodio de psicosis incluyen:

- Intervención más temprana/DUP más corta
- Sexo femenino
- Poseer empleo
- Edad avanzada al inicio
- Mejor funcionamiento premórbido
- Gravedad de la psicopatología, particularmente síntomas negativos
- Sentido subjetivo de esperanza
- Ausencia de consumo de sustancias

- Adherencia al tratamiento
- Contactos sociales y familiares
- Vivir con el cónyuge e hijos
- Presencia de síntomas afectivos en la escala de PANSS

(Mcnab C et al., 2016). (Prakash et al., 2021).

Existe una herramienta que permite determinar el estado clínico del paciente y la remisión en pacientes con PEP, llamada criterios de Andreasen, en la cual el paciente debe cumplir los criterios de intensidad leve o nula, así como de duración más de 6 meses en determinados síntomas de la escala de PANSS que son los delirios, contenido del pensamiento extraño, alucinaciones, manierismos, afecto embotado, retraimiento social y poca espontaneidad. (Pascual et al., 2023)

Intervención temprana:

La expansión de programas y centros de intervención temprana en psicosis ha sido notable en las últimas dos décadas. Este tipo de servicios especializados, se basan en al menos dos postulados esenciales: en primer lugar, adoptan un enfoque contemporáneo de medicina predictiva, preventiva y personalizada, que abarca no solo a personas con un PEP, sino también a aquellos individuos susceptibles; y, en segundo lugar, adoptan un modelo dimensional o de etapas clínicas de la psicosis que expande el alcance de intervención a un amplio espectro de fenómenos clínicos que parecen ser significativos para la prevención del inicio de la psicosis, como los síntomas negativos o los síntomas psicóticos atenuados.

(Fonseca-Pedrero & Inchausti, 2018)

Los programas actuales de ITP pueden identificar varias características y objetivos comunes:

- a) Detectar casos nuevos de forma precoz.
- b) Acortar el tiempo entre la aparición de síntomas claramente psicóticos y la administración de un tratamiento adecuado, es decir, disminuir la DUP.
- c) Ofrecer un tratamiento superior y más intensivo durante el “período crítico” del trastorno.

Las dos primeras características amplían el grupo objetivo tanto a aquellos individuos en riesgo que muestran síntomas prodrómicos o EMARs sin un PEP, como a las personas con un PEP que no están recibiendo un tratamiento adecuado. La tercera característica transversal destaca la relevancia de que estos servicios estén compuestos por equipos multidisciplinarios enfocados en el seguimiento comunitario asertivo y con menores cargas asistenciales que los equipos convencionales de salud mental comunitaria. (Fonseca-Pedrero & Inchausti, 2018)

Existe una asociación entre una duración de la psicosis no tratada corta y beneficios relevantes a los 12 meses en diferentes aspectos como los síntomas positivos, negativos, síntomas afectivos, ansiosos y el funcionamiento general y social (Csillag et al., 2016).

Modelos de estadios clínicos en psicosis

Los modelos de estadificación indican intervenciones basadas en el desarrollo cronológico, el grado de progresión y el malestar de los síntomas/signos que indica el paciente. Estos

modelos de estadios clínicos son fundamentales para comprender los programas actuales de ITP (Fonseca-Pedrero & Inchausti, 2018).

Este tipo de modelos ofrecen un marco conceptual valioso para el desarrollo y la evaluación de intervenciones enfocadas en prevenir o facilitar la remisión y recuperación de un PEP, además de otras formas de psicopatología (Mcnab C et al., 2016).

La siguiente tabla presenta un modelo de estadios clínicos para el síndrome psicótico que incluye intervenciones posibles que han demostrado ser eficaces para mejorar la remisión y recuperación clínica tras un PEP.

<i>Modelos de estadios clínicos para el síndrome psicótico e intervenciones recomendadas por etapa</i>			
Estadio	Definición clínica	Características	Intervenciones recomendadas
0	Premórbido	Asintomático con riesgo genético	Prevención primaria selectiva Psicoeducación general Psicoeducación familiar
1 ^a	ARC-P	Síntomas negativos y neurocognitivo	Prevención primaria indicada Psicoeducación específica

			Reducción activa del abuso de sustancias
1b	ARC-P	Síntomas psicóticos atenuados	Prevención primaria indicada Psicoeducación individual y familiar
1c	ARC-P	Episodios psicóticos breves con remisión	Prevención primaria indicada Seguimiento regular
2	Recuperación completa temprana	Primer episodio psicótico completo	Prevención temprana y prevención secundaria Psicoeducación individual y familiar Terapia psicológica Reducción activa del abuso de sustancias Antipsicóticos atípicos y otros psicofármacos Rehabilitación vocacional
3 ^a	Recuperación tardía/incompleta	Una recaída del trastorno psicótico	intervención temprana y prevención terciaria Igual que el 2 pero enfatizando la prevención

			de caídas e identificación temprana de la señal de alerta
3b	Recuperación tardía/ incompleta	Múltiples recaídas	intervención temprana y prevención secundaria Igual que en el 2 pero enfatizando la estabilización a largo plazo
3c	Recuperación tardía/ incompleta	Recuperación incompleta del primer episodio psicótico	Intervención temprana y prevención terciaria Igual que en el 3 ^a , clozapina en caso de resistencia al tratamiento
4	Cronicidad	Trastorno mental grave o persistente	Intervención de mantenimiento igual que 3 ^a -c, pero enfatizando en el funcionamiento y la participación social

ARC-P: alto riesgo clínico a la psicosis

Tabla 2. Modelos de estadios clínicos para el síndrome psicótico e intervenciones recomendadas por etapas

Tomado de: (Fonseca-Pedrero & Inchausti, 2018).

En relación con la tabla sobre los modelos de estadio clínico:

- 0) Situación premórbida sin síntomas presentes, pacientes con factores de riesgo genético.
 - 1a) Síntomas leves o no específicos, como déficits neurocognitivos, leves cambios funcionales.
 - 1b) Ultra high risk (UHR); síntomas psicóticos atenuados aunque sin pasar el umbral y declive funcional.
 - 1c) Episodios psicóticos breves que remiten
- 2) Primeros episodios psicóticos completos (PEP) con síntomas completos moderados o graves.
 - 3a) Remisión incompleta de un PEP después del tratamiento.
 - 3b) Recaídas frecuentes con estabilidad entre episodios, aunque con síntomas cognitivos o síntomas residuales.
 - 3c) Múltiples recaídas con empeoramiento clínico y de la enfermedad.
- 4) Trastorno grave, persistente o síntomas que no remiten.

(Fernández X & Carballal A, 2017)

Abordaje Psicosocial

El PEP se ve como la etapa con más oportunidades de tratamiento para distintos trastornos psicóticos primarios. Lo más recomendable es realizar intervenciones multidisciplinarias.

Los pacientes con PEP tienen mejores oportunidades de recuperación, sin embargo, son los más propensos y vulnerables a la estigmatización. Estos pacientes a menudo enfrentan problemas para conseguir un trabajo, formar lazos cercanos con otras personas, integrarse en un grupo. (Argudo Palacios, 2023)

Las acciones dirigidas a recuperar la actividad social de los pacientes pueden influir de manera significativa en la sostenibilidad de su rehabilitación, así como en la disminución de los síntomas psicóticos y una rápida recuperación. La rehabilitación en estos pacientes se fundamenta en los principios del modelo biopsicosocial del desarrollo de las enfermedades mentales, por lo es necesario implementar intervenciones psicosociales junto a la terapia farmacológica. El principal propósito de estas medidas es la restauración total o parcial de las funciones cognitivas superiores, la socialización y la habilidad del paciente para formar desarrollar nuevas aptitudes, así como también el fomento de relaciones familiares, apoyo mientras el paciente se acomoda al entorno laboral y actividades formativas. (Mcnab C et al., 2016)

La meta principal de los programas psicosociales es potenciar la autonomía del paciente, de sus habilidades sociales y su calidad de vida. Es fundamental promover la autodisciplina y la auto competencia en el entendimiento personal de la enfermedad y su evolución (Ángel Soriano Lechuga et al., 2020).

La meta es la recuperación funcional, el bienestar, los síntomas presentados y el pronóstico que impactara favorablemente en el desarrollo psicosocial a largo plazo (Argudo Palacios, 2023).

Un estudio de seguimiento de 15 años que muestra que tras 10 años la recaída se estabiliza y el 15 % permanece en remisión después de 9 años, por lo tanto, es importante enfatizar la necesidad de crear una prevención efectiva de las recaídas en los primeros años del trastorno (Gleeson et al., 2010).

Intervenciones:

La aparición de un PEP, que generalmente ocurre en la adolescencia o en la adultez temprana, simboliza un evento crucial en todos los aspectos de la vida. El PEP puede causar una significativa alteración en el ámbito familiar, social, laboral, educativo, afectivo y en el desarrollo de la autonomía (Malla, Norman y Joober, 2005). Para disminuir los efectos relacionados con el PEP, la primera intervención constituye un pilar fundamental de la atención. Aunque la evidencia sobre las intervenciones en personas con alto riesgo de psicosis necesita establecerse mejor (Moritz et al., 2019), las intervenciones tempranas para el PEP han probado ser efectivas para optimizar la respuesta a la farmacoterapia, disminuir los costos relacionados con el uso del servicio y la productividad y mejorar el pronóstico a nivel sintomático y funcional (Thibaudeau et al., n.d.).

La intervención temprana se fundamenta en tres áreas clave: a) identificación temprana y disminución de los tiempos de atención; b) intervención específica enfocada en los primeros años de aparición del trastorno y c) prevención dirigida a poblaciones en riesgo.

En la actualidad, los enfoques psicológicos no se enfocan en la eliminación de los síntomas, sino que intentan optimizar la calidad de vida, la realización de funciones y el bienestar psicosocial del individuo que padece PEP. (Argudo Palacios, 2023)

Programas de atención comunitaria:

Estos programas brindan atención, educación y apoyo integrales, basados en evidencia y en equipo para involucrar a los pacientes y sus familias en las primeras etapas de la enfermedad (Wright et al., 2020) especialmente pacientes con PEP (Valle, 2020).

Los objetivos de estos programas son: reducir la DUP, prevenir una discapacidad mayor y promover la recuperación y el bienestar del individuo (Wright et al., 2020).

Se implementaron primeramente en países con ingresos económicos altos como Australia, países europeos como: Reino Unido, Dinamarca, Alemania, Países Bajos y América como: Estados Unidos, Canadá (McGorry, 2015). Los beneficios de estas programadas han promovido su implementación en países de ingresos económicos medianos y bajos ha salido más lento. A nivel de Latinoamérica actualmente se describe que están en distintas fases sin la amplitud de los países de ingresos económicos altos (Valle, 2020).

Son programas multidisciplinarios compuestos por psiquiatras, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, profesionales de la salud ocupacional y especialistas en apoyo laboral entre otros (Csillag et al., 2016).

En los programas no solo se realiza intervención farmacológica, sino que también otras áreas como los problemas interpersonales, las habilidades sociales, problemas vocacionales y educativos, recuperación funcional y si el paciente posee problemas relacionados con el uso de sustancias también se trata esa área (Csillag et al., 2016). (Kane et al., 2016).

En un metaanálisis realizado en el 2018 de comparación entre los EIS (servicios de intervención temprana) y el TAU (tratamiento habitual) se concluyó que los pacientes que recibieron intervención temprana presentaron mejor adherencia al tratamiento, mejor riesgo de hospitalizaciones psiquiátricas, los pacientes presentaron mejoría en la gravedad de los síntomas para lo cual se utilizó la escala de PANSS, menores tasas de recaídas, el

funcionamiento global y la incorporación a programas educativos o adquisición de un empleo mejoró, mejor calidad de vida. (Correll et al., 2018)

Terapias Psicológicas:

El reingreso hospitalario dentro del mes posterior al egreso de los pacientes que han sufrido un episodio de psicosis es alto, se estima que un 23%, además muchos de los pacientes que utilizan medicación antipsicótica pueden persistir con síntomas psicóticos razón por lo cual es necesario el tratamiento de apoyo como el uso de los tratamientos psicológicos (Larsson et al., 2022).

En los últimos años ha aumentado el interés investigativo en la relación entre el trauma y la psicosis, dado que un número considerable de pacientes con el PEP presenta antecedentes de experiencias adversas en la infancia. (Gracie et al., 2007). Se estima que más de un 50% de los pacientes poseen antecedentes de experiencias traumáticas.(Varese et al., 2012).

Algunos modelos sugieren que los delirios persecutorios pueden analizarse como creencias de una amenaza y pueden aparecer como respuesta a la experiencia de estrés y trauma personal. (Gracie et al., 2007)

Dado que muchos pacientes con PEP presentan antecedentes de trauma y persisten con síntomas a pesar del tratamiento farmacológico, las terapias psicológicas resultan esenciales para abordar factores emocionales, reducir el riesgo de recaídas y favorecer una recuperación más integral.

Terapia cognitivo-conductual para psicosis:

El propósito es asistir a los pacientes en la comprensión y manejo de los síntomas, evitar recaídas e identificar y trabajar para alcanzar objetivos importantes mediante una mejor comprensión de como los pensamientos y las creencias moldean las creencias y comportamientos emocionales en respuesta a los acontecimientos (Wright et al., 2020).

Es un tratamiento psicológico para los pacientes que a pesar del tratamiento farmacológico continúan con síntomas psicóticos, la terapia se enfoca en los patrones de pensamiento desadaptativos que influyen en los síntomas psicóticos (Larsson et al., 2022).

La TCCp se enfoca en reducir la alteración emocional causada por esta sintomatología con el fin de alejarse de esta realidad psicótica que sienten y provoca incomodidad (Coronado et al., 2024).

Varios estudios sugieren que la TCC individual ya sea sola o combinada con la TCC familiar, podría ser la opción de tratamiento principal para individuos con ARC-P ya que disminuye a la mitad el riesgo de aparición del PEP entre los seis y doce meses posteriores a la intervención, pero su efecto puede desaparecer en periodos más largos, como a partir de los 24 meses. (Fonseca-Pedrero & Inchausti, 2018)

Uno de los propósitos de la TCCp es mitigar el trauma asociado con haber vivido un PEP, así como acortar la duración de la hospitalización y disminuir la posibilidad de un segundo episodio (Thibaudeau et al., 2021).

En el 2015 se llevó a cabo un estudio en Australia acerca de la utilización de la TCCp como apoyo al tratamiento en pacientes que había experimentado PEP, los resultados indicaron que la mayoría de los pacientes mostraron una mejoría en su funcionamiento general, aunque no hubo una mejoría significativa en los síntomas positivos, negativos y afectivos (Perry et al., 2015).

No obstante, en una evaluación llevada a cabo en el 2021 se evidenció una superioridad frente al tratamiento convencional en la disminución de los síntomas positivos y negativos, con efectos que perduraban hasta 18 meses después de comenzar la terapia, aunque en dicho análisis se concluyó que el impacto de la TCCp no supera el tratamiento convencional en los síntomas depresivos o en la autoestima, además de registrarse una mejoría notable el funcionamiento global y en la calidad de vida. (Thibaudeau et al., 2021)

La TCCp se emplea en pacientes con PEP utilizándola como un complemento a la terapia farmacológica y puede contribuir aliviar los síntomas, aumentar la adherencia al tratamiento, elevar la autoestima y mejorar la introspección de la enfermedad. Sin embargo, se necesita aconsejar la TCCp de manera rutinaria a todos los pacientes con PEP (Avasthi et al., 2020).

Lo que genera terapéuticamente es una reorganización cognitiva de pensamientos delirantes y alucinaciones (Ángel Soriano Lechuga et al., 2020).

Aplicación de la TCCp

Las experiencias psicológicas emergen en individuos vulnerables cuando su habilidad para manejar los factores estresantes del entorno se ve superada, lo que provoca alteraciones en los procesos de información, particularmente en la percepción y el razonamiento, conocidos

como “sesgos cognitivos”. No es la experiencia psicológica resultante de la situación vivida, sino de la autoevaluación que hace el individuo basado en esos sesgos. (Thibaudeau et al., 2021).(Avasthi et al., 2020)

Síntoma	Situación	Evaluación personal de la situación	Consecuencias emocionales y conductuales
Idea de persecución	“No tengo correo en mi buzón”	“Han movido mi correo para impedirme leerlo”	Enojo Voy a pedir explicaciones al cartero
Idea de grandeza	El panadero me sonríe cuando me da el pan	Él sabe que soy una persona importante en la comunidad	Orgullo Le pido a mis padres que reconozcan mis estatus
Apatía/ anhedonia	El médico me pide hacer deporte para bajar de peso	Como siempre, no voy a disfrutarlo	Desanimo No salgo de mi habitación
Alucinación cenestésica	Siento presión en mi hígado	Creo que mi hígado se está moviendo	Miedo Enojo Pido que me hagan un ultrasonido

Tabla 3. Causalidad entre los síntomas y la evaluación de las situaciones

Tomado de : (Thibaudeau et al., 2021).

La TCCp busca incluir a la persona en el análisis de las circunstancias que enfrenta de distintas formas; el terapeuta y el individuo pueden colaborar en los diversos componentes relacionados con la salud:

- En la metacognición que implica desprenderse de los propios pensamientos
- El estudio perceptual, para minimizar el descuido de los componentes ambientales.
- La detección de elementos que desencadenan síntomas.
- La detección de sesgos en el razonamiento como por ejemplo sacar conclusiones apresuradas.
- La impulso para enfrentar diferentes circunstancias en el futuro.
- La gestión de las emociones y la ansiedad.
- Auto estigmatización, estigmatización y la valoración personal.

(Thibaudeau et al., 2021).

La TCCp necesita establecer y conservar una alianza terapéutica robusta, así como la formalización de casos individuales y la creación de objetivos personalizados. La TCCp requiere una colaboración entre el terapeuta y la persona, enfocándose en los objetivos terapéuticos pactados, así como en el avance del proceso y el sostenimiento de un plan de tratamiento ordenado. (Avasthi et al., 2020)

Otras técnicas de la TCCp:**Entrenamiento de Habilidades sociales:**

La atención en la cognición y en las destrezas sociales orientadas a optimizar el desempeño del paciente, en el PEP ha demostrado ser efectiva, considerando las dificultades sociales y cognitivas que enfrentan estos pacientes (Wright et al., 2020).

Por ejemplo, los pacientes pueden tener dificultades para mantener el contacto visual, pueden hacer muecas o adoptar posturas inadecuadas lo que influye en el proceso de adaptación. Por esta razón es fundamental reforzar el ámbito social, disminuyendo los niveles de ansiedad y estrés, mejorando la comunicación con los demás para así fomentar su autonomía. (Coronado et al., 2024)

La intervención se centra en asistir a las personas en el aprendizaje y la práctica de habilidades vinculadas a las interacciones sociales, como comunicar los sentimientos positivos. Se llevan a cabo en grupo donde se discute, se brinda retroalimentación grupal y se asignan tareas domésticas. El objetivo es que los pacientes adquieran y apliquen estas habilidades inicialmente en el grupo y luego las utilicen de manera efectiva en la comunidad. (Wright et al., 2020)

Rehabilitación cognitiva:

Se describe esta técnica como un programa de entrenamiento conductual que busca mejorar procesos mentales como la atención, memoria, funciones ejecutivas, la cognición social y la metacognición, es decir las deficiencias cognitivas (Coronado et al., 2024). Al tratar estas carencias cognitivas, los pacientes pueden optimizar otras intervenciones y desenvolverse con mayor eficacia en diversos ámbitos (Killackey, 2009). Optimizando el rendimiento social, laboral y la habilidad para ser autosuficientes (Coronado et al., 2024).

Estos programas son útiles para disminuir los síntomas y mejorar el desempeño en actividades cotidianas de los individuos, además de tener una efectividad moderada para mitigar síntomas psicóticos al optimizar los sesgos cognitivos existentes (Coronado et al., 2024). La rehabilitación cognitiva muestra mayor eficacia en fases iniciales de la psicosis cuando el neurodesarrollo permanece constante cambio (Killackey, 2009).

Diarios de voz:

Es una técnica incluida en las tareas asignadas, empleada para que el paciente al escuchar diarios en donde registre sus experiencias, lo que le permite escuchar todos registros y reflexionar sobre sus síntomas positivos como las alucinaciones auditivas y los desencadenantes relacionados (Coronado et al., 2024).

Terapia de aceptación y compromiso:

Es un modelo contemporáneo creado por Stephen Halles y Wilson en 1999.(Pankeyly & Hayes, 2003). Surge como una alternativa de tratamiento psicológico para la psicosis (Argudo Palacios et al., 2025).

Es una modalidad de terapia conductual y una aplicación práctica de la filosofía del contextualismo funcional, la teoría de los marcos relacionales y la evolución del análisis del comportamiento aplicado (Chernov et al., 2021).

Los modelos funcionales más recientes de psicopatología indican que el deterioro está afectado por como el paciente responde a sus síntomas y como interactúa con ellos, y no únicamente por la existencia de los síntomas en sí(Gaudiano et al., 2017).

Ha demostrado eficacia en protocolos largos y cortos aplicados de forma individual y grupal (Pankeyly & Hayes, 2003).

Esta terapia se fundamente en cinco principios esenciales: la aceptación, defusión cognitiva, contacto con el momento presente, el yo como contexto, valores y acciones orientadas a la implementación de los valores (Chernov et al., 2021). Los cinco principios anteriores buscan fomentar la flexibilidad psicológica (Argudo Palacios et al., 2025) esta es definida por Kashdan y Rottenberg como un amplio conjunto de habilidades humanas para identificar y ajustarse a diferentes exigencias contextuales (Chernov et al., 2021).

La flexibilidad psicológica identifica patrones de inflexibilidad que pueden ejecutar funciones de mantener situaciones angustiantes de mal funcionamiento (Morris et al., 2024).

La ACT presenta beneficios en comparación con otros modelos debido a su enfoque contextual, que se alinea bien con un modelo centrado en la recuperación, al enfocarse en el compromiso con los valores y metas personales de cada individuo, así como en el aumento del funcionamiento y la calidad de vida en lugar de centrarse en los síntomas del paciente.(Gaudiano et al., 2017)

La ACT no busca eliminar o disminuir la intensidad de los síntomas. La disminución de los síntomas a menudo se logra como un resultado secundario en lugar de ser el objetivo principal del tratamiento (Chernov et al., 2021).

La meta de la terapia es aumentar la flexibilidad psicológica en presencia de síntomas psicóticos, esta se define como la voluntad continua de experimentar los pensamientos, recuerdos, sentimientos, y participar en patrones de comportamiento valiosos, permitiéndole al sujeto responder a experiencias y situaciones adversas de una forma más flexible disminuyendo los síntomas y aumentando el bienestar del individuo.(Larsson et al., 2022)

Como meta central del ACT abarca la obtención de las siguientes competencias:

- Identificación y ajuste a las demandas situacionales
- Una transformación de estados mentales o reacciones conductuales.
- Preservación del balance entre los valores significativos.
- La posibilidad de ser consciente, receptivo y tener la disposición de actuar según los propios valores.(Chernov et al., 2021)

Técnicas ACT para el tratamiento del PEP

Aceptación: Se relaciona con la habilidad del paciente para aceptar procesos internos como emociones, sentimientos y pensamientos, sin anhelar alterarlas o influir en ellos, solo reconociendo que es consciente de estas vivencias (Pankey1y & Hayes, 2003).

Este principio se ofrece a los pacientes como una opción para manejar los síntomas positivos y pensamientos sin llevar a cabo ninguna acción (Chernov et al., 2021).

Al principio puede resultar intimidante para el paciente, especialmente si las experiencias sensoriales son desagradables, sin embargo, el terapeuta normaliza, comparte experiencias similares y guía al paciente durante el proceso(Pankey1y & Hayes, 2003).

El principal objetivo de la aceptación es modificar la actitud del paciente frente a un síntoma específico, en lugar de buscar disminuir su intensidad. Se utiliza un enfoque conocido como “desesperanza creativa” es una técnica que ayuda a los pacientes a desistir de sus permanentes esfuerzos para eludir pensamientos y sensaciones incómodas, permitiéndoles sobrellevar los síntomas dolorosos. (Chernov et al., 2021)

Defusión cognitiva:

La defusión cognitiva es una destreza que permite a la persona distanciarse del significado literal de los pensamientos y adquirir mayor consciencia sobre las cosas como un proceso

activo, constante y relacional. La ACT reduce la influencia desmedida del significado literal a través de ejercicios de defusión cognitiva (Pankeyly & Hayes, 2003).

Hay dos tipos de ejercicios de defusión cognitiva. La primera consiste en distanciarse y observar el contenido de los pensamientos, lo que permite a la persona evitar profundizar en el contenido de los pensamientos y reconocer las circunstancias de su surgimiento. La segunda categoría busca desliteralizar el lenguaje es decir alejarse de la literalidad lingüística y permitir la ruptura de los procesos que ayudaron a la fusión cognitiva.(Chernov et al., 2021)

Contacto con el momento presente:

La habilidad de estar “aquí y ahora” es la capacidad que permite a la persona enfocar la atención en los eventos actuales, tanto internos como externos, sin juzgar o comentar sobre lo que ocurre. Hay ejercicios específicos para desarrollar esta habilidad de permanecer enfocado en el presente por ejemplo se le solicita al paciente que elija un objeto de atención y que se esfuerce por concentrarse en ese objeto durante un breve lapso de tiempo o se le solicita a un paciente que examine entre 10 y 15 objetos en la sala para enfocarse en fuentes externas de información. Para enfocar la atención en los procesos internos, se solicita al paciente que reconozca cinco aromas y escuche cinco ruidos.(Chernov et al., 2021)

El yo como contexto:

Las respuestas conductuales pueden resultar del autoconcepto en que una persona se identifica con el rol que desempeña, por ejemplo, una persona una enfermedad mental dice “estoy loco”, esto significa que este individuo se identifica con la experiencia de vivir con la enfermedad y no recuerda ningún momento significativo en su vida que no tuviera la

enfermedad. El objetivo de la ACT es formar una parte observadora de la personalidad que percibe el mundo interior y exterior por separado de los propios pensamientos, recuerdos, sentimientos, roles de la persona. La observación de ejercicios de actitud permite a la persona crear la experiencia de un contacto seguro con sentimientos internos.(Chernov et al., 2021)

Valores personales

Los valores representan las áreas elegidas de actividades definidas por una persona considera relevantes y valiosas para sí misma, establecen lo que una persona aspira a ser y que tipo de vida desea llevar (Gaudiano et al., 2017).

A nivel de la ACT la conexión con los valores es un factor crucial para la flexibilidad psicológica. Los pacientes que viven un PEP atraviesan una experiencia dolorosa y pueden desconectarse de sus valores y desperdiciar sus recursos al enfrentar estos sentimientos afligentes. Un paciente podría pensar que su conducta basada en valores solo puede darse su sí estado mejora, lo cual es inviable ya que la enfermedad mental conlleva un grado un sufrimiento. La terapia de aceptación y compromiso ayuda a los pacientes a reconectar con sus valores y alinear sus acciones con ellos, aun en medio de cualquier incomodidad.(Chernov et al., 2021)

La ACT emplea diversas opciones conductuales al abordar acciones dirigidas por valores, como la organización, la escritura de un diario de actividades efectivas, el análisis funcional de posibles errores y las intervenciones motivadoras (Chernov et al., 2021).

Los estudios señalan que la rigidez psicológica es uno de los elementos que disminuyen la capacidad de actividad diaria de quienes padecen trastornos mentales, provocando angustia en estos individuos. La ACT entiende que la angustia vinculada a las experiencias psicóticas es resultado de la rigidez psicológica (Chernov et al., 2021).

De manera que la ACT:

Facilita la creación de estrategias de aceptación que los pacientes pueden utilizar cuando surgen experiencias psicóticas.

Promueve la creación de una actitud particular frente a los acontecimientos incontrolables.

Incentiva a la persona a transitar de la táctica de represión y control hacia conectar con sus emociones y vivencias.

Incentiva al paciente a dirigir su conducta hacia sus valores seleccionados en vez de mezclarse con vivencias dolorosas, aunque los sentimientos difíciles permanezcan. (Chernov et al., 2021)

Los propósitos de la ACT no son luchar contra pensamientos o emociones desagradables sino más bien enseñar habilidades de aceptación, mantenerse conectados con el momento actual y entender que los síntomas y manifestaciones indeseables como parte de la existencia y no como causa para detener toda la vida con el fin de enfrentarlos (Chernov et al., 2021).

Evidencia de eficacia

Varios estudios han analizado la efectividad de la ACT en individuos con psicosis, especialmente su influencia en la disminución de hospitalizaciones. Las investigaciones preliminares indicaron que aquellos que recibieron ACT estuvieron más tiempo sin requerir reingreso hospitalario, evidenciando una mejoría del 50% respecto a los pacientes que solo recibieron el tratamiento convencional. (Chernov et al., 2021)

Investigaciones posteriores, como la de Gaudiano y Herbert, llevaron a cabo un estudio que incorporó la Escala breve de calificación psiquiátrica. Con un promedio de tres sesiones individuales de ACT y comparando con TAU durante una semana de hospitalización, se observó una mayor mejora sintomática, especialmente en los síntomas del estado anímico (Gaudiano et al., 2017).

Análisis retrospectivos confirmaron estos resultados, sugiriendo que las ventajas de ACT no dependen exclusivamente de la adherencia al tratamiento farmacológico, ya que no se evidenciaron diferencias significativas en este sentido entre los grupos. Igualmente, ciertos estudios analizan la modificación en las creencias relacionadas con síntomas positivos como alucinaciones y delirios. Aunque sólo una sección de los estudios indicó una baja relevante en la certeza sobre el contenido de estos síntomas, se notó una disminución general en la angustia psicológica. (Chernov et al., 2021)

En los grupos que recibieron ACT se reportaron más síntomas psicóticos, lo que se ha entendido como un resultado positivo de este tratamiento, que promueve la aceptación y la

desestigmatización de dichas vivencias, permitiendo su comunicación sin miedo. Esto, a su vez, facilita una mejor continuidad en el tratamiento y evita recaídas (Chernov et al., 2021).

En un estudio realizado por Larsson y compañía mostró que la ACT disminuyó significativamente los síntomas depresivos en seis de ocho pacientes, así como mejoró la calidad de vida(Larsson et al., 2022).

Terapia cognitiva analítica:

La terapia cognitivo-analítica (CAT) es una terapia psicológica que se desarrolló en Reino Unido por Anthony Ryle, al principio como un modelo de terapia breve y de duración limitada principalmente para trastornos neuróticos. Mas adelante se le comenzó a aplicar a pacientes difíciles los que son resistentes algún otro tipo de terapia como casos graves de trastornos de personalidad y psicosis. (Kerr L, 2006).Esta terapia se basa en la teoría de las relaciones objétales y en la teoría del desarrollo social. (Taylor et al., 2019)

La explicación de la psicosis según la CAT, descrita por Ian Kerr y compañía menciona que la psicosis es el resultado de un colapso de las funciones normales del yo (la percepción de la realidad, la creación de vínculos y el manejo de impulsos y emociones) frente a las demandas emocionales extremas o conflictivas. Kerr y sus colegas creen que este colapso resulta de una mezcla entre vulnerabilidad del neurodesarrollo y estrés psicosocial. Los sentimientos intolerables derivadas de cualquier tipo de problemas pueden hacer que una persona entre en un estado psicótico, especialmente si posee vulnerabilidad.(Perry A, 2012)

La TCC es la opción más sugerida para la psicosis, porque es la más investigada, sin embargo, no es eficaz para todos los pacientes, por ende, la CAT es una opción para la psicosis especialmente si la TCCp ha fracasado, si hay comorbilidades interpersonales o de personalidad, o cuando se busca un enfoque más analítico. (Taylor et al., 2017)

La CAT se enfoca en los patrones de relación de los pacientes con los demás y consigo mismos, estos patrones se internalizan a partir de la interacción interpersonal continua y se denominan roles recíprocos. Estos surgen de experiencias personales tempranas complicadas, como el trauma influyen en la colección de roles recíprocos. (Taylor et al., 2019). Estos RR se vuelven dominantes y se ven reforzados por patrones de sentimiento, pensamiento y acción llamados procedimientos problemáticos. (Taylor et al., 2017)

Kerr et al., reconocen que existe mucho debate sobre los tipos específicos de factores del desarrollo neurológico (como sesgos de procesamiento de la información, motivación, regulación emocional) que podrían conducir a una vulnerabilidad a la psicosis e indica que se acepta generalmente que el deterioro de la evaluación consensual de la realidad y de la función ejecutiva asociado con todos los trastornos psicóticos, además de factores de vulnerabilidad como los estresores psicosociales. (Perry A, 2012)

Según Kerr y compañía el origen de los trastornos del espectro de la psicosis se puede comprender como la incorporación y uso de los RR neuróticos y desadaptativos a través de la internalización de las experiencias a temprana edad y anomalías neurocognitivas que tienen que ver con el procesamiento de la información incluida la cognición social. (Kerr L, 2006)

El Modelo de estados múltiples del yo puede explicar las dificultades más difíciles del CAT, incluida la psicosis. Dicho modelo describe como las experiencias adversas llevan a que los roles recíprocos se vuelvan exagerados, aumentados o aislados de otros roles recíprocos en el repertorio del sujeto. En el caso de la psicosis estos roles recíprocos aislados pueden surgir como “estados del yo” que abarcan experiencias psicóticas, por ejemplo, un estado del yo que lleva una sensación de amenaza por parte de otros se convierte en la base de los delirios paranoides (Taylor et al., 2019). Es decir, estos roles recíprocos se internalizan y pasan a formar parte de la estructura del yo (Kerr L, 2006). Las experiencias personales difíciles a temprana edad como el trauma personal conducen a una colección de RR que contribuyen a los problemas psicológicos (Taylor et al., 2018).

El trauma temprano se considera una experiencia que contribuye a estas alteraciones en los estados del yo, en consonancia con la evidencia de que el trauma aumenta el riesgo de psicosis (Taylor et al., 2017).

Historia de trauma temprano puede provocar efectos neurotóxicos, consecuencia del estrés y del aumento en las hormonas del estrés y los efectos de estos sobre el sistema neuroendocrino, incluido en aquellos individuos con factores de riesgo genéticos o biológicos mínimos, formando así una vulnerabilidad del desarrollo y posterior aparición de psicosis. (Kerr L, 2006)

En su trabajo sobre la relación entre el trauma y las voces, Romme y Escher identifican algunos de los estilos de afrontamiento que podrían conducir específicamente a la escucha

de voces. Kerr mencionaba que síntomas psicóticos como los positivos y negativos son representaciones confusas, distorsionadas o aumentadas de los RR (Kerr L, 2006). Los estudios de Romme y Escher mostraron un hallazgo común: la aparición de la escucha de voces parece depender no de la naturaleza del trauma, sino de la forma en que la persona lo afrontó. Realizaron un estudio cualitativo con personas que escuchaban voces y habían experimentado trauma e identificaron siete vías comunes que van del trauma a la escucha de voces. Las siete vías describen un intento de encontrar una solución ante recuerdos traumáticos y emociones asociadas que resultan imposibles de aceptar o tolerar. En términos de la CAT, esto podría interpretarse como la necesidad de resolver un dilema entre la realidad y el olvido.(Perry A, 2012)

También se describe cómo las diferentes soluciones pueden afectar el desarrollo emocional de una persona de diferentes maneras y generar diferentes tipos de experiencias de escucha de voces. Se adjunta tabla sobre las posibles vías para la escucha de voces con procedimientos y estados de CAT análogos (Perry A, 2012).

Vías		Ejemplos
1	Vía disociativa	Estado de víctima de abuso sexual. Estado de rabia “a veces la única manera de lidiar con algunos sentimientos confusos es ignorarlos”
2	Convertir la impotencia y la agresión sufrida hacia uno mismo	Controlador aplastado, abusador abusado. “Debo sabotear las cosas buenas como si no las mereciera”
3	Abolición de todas las emociones (convertirse en un robot)	Frenéticamente activo. Demasiado ocupado para pensar o sentir. “A veces

		la única manera de lidiar con algunos sentimientos confusos es ignorarlos”
4	Reacción de huida a una solución fantástica	Imposiblemente, exigente, esfuerzo interminable. Estado elevado
5	Intento de cumplir expectativas imposibles	Aceptación condicional a esfuerzo. Estado elevado “Si intento ser perfecto, me siento deprimido y enojado, sino lo intento me siento culpable, enojado e insatisfecho. Trampa de tratar de complacer.
6	Negar la realidad actual	O me sostiene la admiración de otros a quienes admiro o me siento expuesto. Si me expongo siento desprecio por los demás o me siento despreciable
7	Entregarse a un poder superior	Cuidador poderoso

Tabla 4. Vías de las alucinaciones auditivas

Tomado de:(Perry A, 2012).

Las 7 vías mencionadas en el cuadro fueron descritas por Romme y Escher y las relacionaron con experiencias traumáticas tempranas y mecanismos de defensa. A continuación, se explicarán estas vías:

1. Vía disociativa por abuso:

Niños que han sufrido abuso sexual pueden desarrollar un "yo disociado", una parte de sí mismos que se separa de su conciencia para sobrevivir al trauma. Esa parte disociada puede

posteriormente aparecer como una voz interna que recuerda o representa ese trauma no resuelto.

2. Vía del auto ataque:

La agresión vivida se vuelve contra uno mismo: la persona comienza a auto atacarse mentalmente de la misma forma en que fue atacada en el pasado. Con el tiempo, esos pensamientos autocríticos se fragmentan del resto de la personalidad y se experimentan como voces que critican o agreden.

3. Vía del aislamiento emocional:

Ante el dolor emocional, algunas personas optan por desconectarse de sus sentimientos y llenarse de actividades para evitar sentir. Aunque se mantengan ocupadas, esto no evita necesariamente la aparición de voces, que pueden manifestar el malestar que no se expresa de otra forma.

4. Vía de la evasión fantasiosa:

Las voces funcionan como una especie de escape imaginario o fantasioso frente a situaciones difíciles. A menudo están relacionadas con estados de euforia o exaltación emocional, y pueden parecer agradables o reconfortantes al inicio.

5. Vía de la presión y la manía:

En personas que viven bajo altas exigencias o presión por rendir, pueden surgir voces que representan figuras críticas (como papás, profesores o jefes). Se vincula con episodios maníacos o estados de ánimo muy elevados e inestables.

6. Vía del conflicto interno:

Aparece cuando la realidad choca con creencias o deseos internos que la persona no acepta (como negar el fin de una relación o rechazar parte de su identidad). Las voces pueden sentirse como pensamientos intrusivos, parecidos a los de los trastornos obsesivos.

7. Vía de la salvación:

Algunas personas desarrollan voces que aparecen como figuras protectoras o espirituales, especialmente en contextos religiosos. Estas voces funcionan como rescate o apoyo psicológico frente a patrones de relación dañinos o repetitivos (Perry A, 2012).

La terapia tiene una duración entre 16 a 24 sesiones, y consta de tres etapas:

Reformulación:

Implica la identificación de patrones relacionales clave y las formas asociadas de actuar o afrontar que contribuyan a las dificultades del paciente. El terapeuta y el paciente trabajan juntos para construir una narrativa compartida que, de sentido a sus experiencias, destacando los RR que suelen estar en el centro del problema. Estos RR permiten demostrar cómo se relaciona el paciente con los demás por ejemplo como percibirlos como amenazantes y consigo mismo por ejemplo ser autocrítico o castigador. Estos patrones pueden estar relacionados con los síntomas psicóticos como las alucinaciones auditivas y los delirios de persecución. En esta etapa se elabora un mapa visual llamado reformulación diagramática secuencial que detalla los patrones problemáticos y sirve como herramienta para comprenderlos y monitorizarlos.

Reconocimiento:

El objetivo es que el paciente desarrolle la capacidad de identificar y observar sus propios patrones desadaptativos. Se le anima tanto dentro como fuera de las sesiones a prestar atención a la aparición de estos patrones, lo que favorece una mayor consciencia de sus procesos internos.

Revisión:

El terapeuta y el paciente colaboran para explorar alternativas más saludables de relacionarse consigo mismo y con los demás. Se busca crear nuevas respuestas o salidas que permitan abandonar los patrones disfuncionales previamente identificados (Taylor et al., 2017).

El uso de la transferencia y la contratransferencia es importante en la aplicación de la CAT. En todas las etapas de la terapia se presta especial atención a la relación terapéutica.

Cuando el patrón desfavorable se repite durante la terapia, puede provocar una ruptura en la relación terapéutica. La reparación se lleva a cabo cuando el terapeuta no se confabula con el patrón de rol recíproco y utiliza la experiencia para desarrollar la conciencia. Aún no se dispone de evidencia sobre la eficacia de la CAT para la psicosis en comparación con las intervenciones estándar, pero para llevar a cabo estos ensayos, se necesita una idea clara de cómo aplicar la CAT de la mejor manera en el contexto de la psicosis. (Taylor et al., 2017)

Dentro de las implicaciones terapéuticas del CAT se mencionan tres objetivos que son disminuir el estrés y la discapacidad provocados por los síntomas psicóticos, disminuir el

malestar emocional y ayudar al individuo a entender la psicosis para promover su participación en la regulación del riesgo de recaída y discapacidad social.

La CAT puede ofrecer una explicación adecuada y sólida para comprender la narrativa y la experiencia individual de un paciente, centrarse en este aspecto es fundamental para abordar pacientes con el PEP y a individuos con estados mentales de alto riesgo. (Kerr L, 2006)

Dialogo abierto:

El dialogo abierto se desarrolló inicialmente en Finlandia en el 1984, con un grupo de personas con psicosis y el objetivo de mejorar la comprensión y las interacciones en redes sociales de grupos familiares (Maude et al., 2024).

Pero fue hasta 1995 cuando Aaltonen Seikkula lo describió como una nueva practica la cual también evoluciono clínicamente Olson et al., (2005).

En Finlandia se implementó este sistema de diálogo abierto en todos los tratamientos psiquiátricos independientemente del diagnóstico del paciente, pero todos los enfoques iguales en promover un diálogo recíproco y abierto entre los pacientes, los familiares y los profesionales en salud mental (Bergström et al., 2018).

La finalidad de esta terapia era implementarla en pacientes con psicosis temprana y que tenían antecedentes de haber sufrido o experimentado trauma y que bien se tiene conocimiento que este puede ser un factor de riesgo de psicosis (Maude et al., 2024) y la finalidad era crear un sistema de tratamiento integrado conformado por los pacientes, sus

familias y las redes sociales desde la primera visita al centro médico buscando atención Olson et al., (2005).

Su enfoque en psicosis se ha descrito como intentos de dar sentido a las propias experiencias, que son tan profundas que han imposibilitado la construcción de un discurso oral racional (Maude et al., 2024).

Seikkula y compañía identificaron el trauma como un desencadenante de psicosis y la psicosis que surge del trauma se considera que es un mecanismo para lidiar con esa experiencia traumática pasada, especialmente cuando la persona no tiene comprensión o capacidad de usar el lenguaje para describir lo que le ocurrió, lo que da como resultado síntomas psicóticos como delirios y alucinaciones. (Maude et al., 2024)

Se describe la aplicación de los siete principios fundamentales del dialogo abierto los cuales son:

1. Ayuda inmediata:

La primera reunión se programará dentro de 24 horas posteriores al primer contacto, tiene como objetivo integrar el tratamiento ambulatorio lo antes posible en la vida cotidiana del paciente y si es posible prevenir la hospitalización. Se establecerá un servicio de crisis las 24 horas.

2. Perspectiva de la red social:

Los familiares y miembros de la red social siempre serán invitados a la reunión para brindar apoyo al paciente y la familia. Los miembros de la red social pueden incluir otras personas como compañeros de trabajo, vecinos, amigos.

3. Flexibilidad y movilidad:

El objetivo es adaptar la respuesta terapéutica a las necesidades específicas de cada persona, utilizando los métodos terapéuticos que mejor se adapten a la situación. La primera reunión se realiza en el domicilio del paciente.

4. Responsabilidad:

El personal que sea contactado de primero será el organizador de la primera reunión en la que se tomaran decisiones sobre la continuación del tratamiento y sobre el equipo responsable del caso, el equipo se hará cargo de todo el proceso del tratamiento.

5. Continuidad psicológica:

El equipo será responsable del tratamiento del tratamiento durante el tiempo necesario tanto ambulatorio como hospitalario.

6. Tolerancia a la incertidumbre:

Al abordar las crisis psicóticas las reuniones se organizarán lo más pronto posible para generar una sensación de seguridad adecuada para el proceso conjunto. Es imperativo evitar las decisiones del tratamiento y las conclusiones prematuras en la fase de crisis, también es fundamental que la medicación no se introduzca en la reunión inicial y solo se inicie si otros esfuerzos resultan insuficientes. En las crisis psicóticas se deben realizar esfuerzos para que las reuniones sean a diario, al menor durante los primeros 10-12 días para evitar conclusiones y decisiones del tratamiento.

7. Dialogismo y polifonía:

El tratamiento debe centrarse en promover un dialogo equitativo entre el paciente, su red y el personal encargado. El objetivo del dialogo es que los pacientes y las familias aumenten su sentido de autonomía e inducir el cambio en el paciente y la familia. De esta forma se puede construir una comprensión compartida de la situación entre los participantes de dialogo abierto. Todos los temas deben discutirse abiertamente en presencia de todas las personas.

Tabla 5. Los siete principios fundamentales del dialogo abierto

Tomado de: (Bergström et al., 2018).

Estos siete principios se implementan en los servicios de salud con la finalidad de promover la comunicación con las demás personas especialmente personas de su propia red social, familia, lo cual es un elemento clave para la toma de decisiones y el progreso clínico, a diferencia del tratamiento tradicional que estaba enfocado en la farmacoterapia (Maude et al., 2024).

Para la realización del modelo dialogo abierto, en la primera reunión deben asistir el paciente, personas que forman parte de la red del paciente como familiares y el equipo de salud mental. Este grupo conformado estará presente de forma activa en el proceso de recuperación del paciente, apoyando al paciente, desarrollando relaciones terapéuticas y siguiendo el plan de tratamiento. Es de suma importancia el dialogo en las reuniones siempre promoviendo la comprensión compartida de la experiencia de la enfermedad y trabajando en conjunto en la recuperación mental. Cada miembro de la reunión tiene la misma voz y los procesos de toma de decisiones sobre opciones de tratamiento se toman en conjunto. (Maude et al., 2024)

La práctica dialógica es un tipo de interacción cuya característica es que cada participante se sienta escuchado y respondido. El dialogo abierto fomenta que cada participante de su punto de vista lo que origina múltiples opiniones separados o validados dentro de las reuniones (Olson et al., 2005).

Se recomiendan que deben estar presente doce elementos clave de la fidelidad en la práctica de dialogo abierto los cuales son: dos o más terapeutas en la reunión de equipo, participación familiar y de la red, uso de preguntas abiertas, responder a la declaraciones de los participantes, enfatizar en el presente, obtener múltiples puntos de vista, uso de un enfoque relacional en el dialogo, responder al discurso o comportamiento problemático con un estilo objetivo y atento a los significados, enfatizar las propias palabras e historias de los participantes, conversación entre profesionales en las reuniones, ser transparente, tolerar la incertidumbre.(Olson et al., 2005)

Gromer en el 2012 obtuvo hallazgos sobre el modelo de dialogo abierto los cuales sugirieron que tienen el potencial de reducir las recaídas de enfermedades y los ingresos hospitalarios, disminuir la necesidad de medicación y mejorar el funcionamiento social general (Maude et al., 2024).

En Finlandia se realizó un estudio cohorte durante diez y nueve años, cuya finalidad era evaluar la estabilidad de los resultados del dialogo abierto en el tratamiento del PEP y se obtuvieron los siguientes resultados: el tratamiento iniciado con dialogo abierto en comparación con los controles, la necesidad general de tratamiento hospitalario y tratamiento neuroléptico, así como el tiempo dedicado a prestaciones por discapacidad, fue

significativamente menor en un seguimiento de aproximadamente diecinueve años, además los principios de este método tolerancia de la incertidumbre y a mantener diálogos abiertos entre el personal, los pacientes y sus redes de apoyo, podría tender a romper la jerarquía tradicional en la cual los profesionales de la salud mental se ven obligados a brindar tratamiento de forma objetiva. De esta manera, el dialogo abierto podría trasladar todo el proceso de tratamiento a una base más equitativa, con énfasis en la propia autonomía del paciente y su experiencia subjetiva respecto a la situación.(Bergström et al., 2018)

Terapia psicoanalítica Lacaniana:

La terapia psicoanalítica de orientación lacaniana 1953-1958 ofrece una perspectiva clínica que se aleja del paradigma biologicista, se centra en el sufrimiento subjetivo del sujeto psicótico. Jacques Lacan propuso que la psicosis no se origina por un déficit neurobiológico, sino por la forclusión del Nombre-del-Padre, un significante esencial que ordena el universo simbólico y regula la entrada del sujeto en el lenguaje. La ausencia de esta inscripción simbólica provoca un retorno de lo real en forma de fenómenos alucinatorios o delirantes, y un desfallecimiento del lazo social. (Ramirez J, 2008).

Desde esta perspectiva, el tratamiento no busca normalizar la conducta, sino acompañar al sujeto en la construcción de suplencias subjetivas que permitan un anudamiento posible entre lo simbólico, lo imaginario y lo real, como ocurre en la clínica del sinthome propuesta por Lacan en su última enseñanza (Murillo R, 2023). Estas suplencias no implican una estabilización normativa, sino una invención singular que permita sostener una forma de existencia y discurso, a menudo a través de creaciones estéticas, sintomáticas o sociales.

El trabajo clínico en los primeros episodios psicóticos, aunque no ampliamente desarrollado en la literatura lacaniana clásica, ha sido retomado en tesis y desarrollos recientes en Costa Rica. Se plantea que, en estas fases tempranas, el enfoque psicoanalítico puede ofrecer un espacio de escucha que legitime el malestar psíquico y que se articule con el tratamiento farmacológico, respetando la subjetividad y evitando la exclusión o cronificación. (Murillo R, 2023)

En Costa Rica existe un proyecto de Dispositivo de Atención Comunitaria Especializada en Salud Mental del Hospital Dr. Roberto Chacón Paut representa una propuesta innovadora que encarna los principios de una clínica comunitaria de atención pública. Este dispositivo se fundamenta en abordaje de pacientes con psicopatología compleja en una atención centrada en el sujeto, reconociendo el valor de su sufrimiento y promoviendo su inclusión en la comunidad mediante el fortalecimiento del lazo social. (Molina et al., 2023) El dispositivo no solo brinda atención interdisciplinaria, sino que también se distancia del modelo asilar al ofrecer un abordaje desde los derechos humanos y la singularidad subjetiva, en coherencia con los planteamientos de la Declaración de Caracas y las propuestas psicoanalíticas contemporáneas. (Molina M & Nuñez J, 2021)

Terapias de Grupo:

Los objetivos principales son la cognición y las habilidades sociales las cuales son elementos clave para mejorar el funcionamiento general del paciente, así como los síntomas negativos. En estas terapias se incluye el entrenamiento de las habilidades sociales. Además de la terapia de mejora cognitiva que se centra en la atención, la memoria, la resolución de problemas.

Dicha terapia ha mostrado beneficios en psicosis temprana mejorando las relaciones sociales.(Wright et al., 2020)

Rehabilitación vocacional:

En muchas ocasiones la psicosis aparece en edades tempranas del individuo que genera consecuencias como educación incompleta, o se completa con un nivel inferior al que se habría alcanzado de otro modo, o no se consigue un empleo o bien si posee empleo no lo logra mantener. El 40% de los pacientes que sufrieron un PEP están desempleados. A su vez el desempleo se asocia con una mayor marginación, consumo de sustancias, baja autoestima. (Killackey, 2009)

Además, el desempleo, la pérdida de roles puede generar depresión la cual genera un impacto negativo sobre el funcionamiento general y desesperanza. (Rinaldi et al., 2010) Existen factores como los síntomas negativos y el efecto sedante de los antipsicóticos y el estigma que afectan las oportunidades de encontrar y mantener un empleo (Rinaldi et al., 2010).

El empleo o el estudio son vías importantes para regresar a otras áreas del funcionamiento como la participación social y económica. La recuperación funcional se reconoce cada vez más como la recuperación sintomática y la reducción de la discapacidad funcional es uno de los elementos más importantes de que estos pacientes reciban intervenciones tempranas.(Killackey, 2009)

Nutrición y ejercicio

Los efectos secundarios más frecuentes de los antipsicóticos de segunda generación son las alteraciones metabólicas como el aumento de peso hasta en un 80% de los pacientes lo que puede generar resultados negativos como menor calidad de vida, menor autoestima, mayores problemas médicos de salud. Por este motivo es recomendable que el paciente posea asesoramiento nutricional y realice actividad física. (Killackey, 2009)

Terapias familiares:

La intervención familiar (IF) es importante para quienes experimentan un PEP, ya que este ocurre en edades tempranas cuando aún los pacientes conviven con sus familias (Husain et al., 2023).

El apoyo social funciona como un factor protector en el PEP. Disponer de un círculo cercano contribuye a la generación de efectos positivos físicos y emocionales. Recibir apoyo con personas con quienes se tiene un vínculo cercano genera sensaciones de comprensión e identificación, aumento de estrategias de adaptación, afrontamiento y motivación. Estas capacidades permiten al individuo ser capaz de mantener un estilo de vida más saludable a pesar de las dificultades del PEP (Fernández Sánchez & Cascales Chaouch, 2024).

Las intervenciones familiares reducen las tasas de recaídas en los pacientes que han sufrido un PEP, mejora la adherencia al tratamiento, mejora el funcionamiento y el entorno familiar (Husain et al., 2023).

Además, el percibir apoyo de familiares e iguales genera reducción en la duración de los síntomas psicóticos generando resultados positivos durante el PEP y su recuperación (Fernández Sánchez & Cascales Chaouch, 2024).

Las intervenciones familiares para la psicosis se recomiendan internacionalmente y se ha demostrado que son eficaces. Además, se recomienda que la familia también reciba apoyo por parte de las instituciones de salud como habilidades cognitivas conductuales para el manejo del estrés, el afrontamiento y la resolución de problemas, intervención en crisis, prevención de recaídas además de psicoeducación, que son componentes centrales en la IF. (Husain et al., 2023)

Factores de riesgo de recaída tras el tratamiento del PEP:

La mayoría de los pacientes que sufren de PEP logran la remisión clínica de los síntomas psicóticos en respuesta al tratamiento farmacológico y abordaje psicosocial. Pero un 80% de los pacientes pueden experimentar una recaída psicótica dentro de los primeros 5 años (Álvarez-Jiménez et al., 2012).

La recaída es un objetivo sumamente importante de la prevención secundaria después de que el paciente sufre PEP, porque es angustiante para el paciente como su familia, amenazando con interrumpir la recuperación psicosocial y aumenta el riesgo de resistencia al tratamiento (Gleeson et al., 2010b).

Cada nuevo episodio aumenta el riesgo de cronicidad. Según un metaanálisis realizado en Australia aumentan el riesgo de recaídas: el trastorno por consumo de sustancias (3 veces),

la falta de adherencia al tratamiento (4 veces), los comentarios críticos de los cuidadores (2.3 veces) y el mal ajuste premórbido (2.2 veces, el aislamiento o la desventaja social premórbida, generan una vulnerabilidad continua a experimentar recaídas psicóticas, a través de esquemas cognitivos sesgados y una sensibilización del sistema dopaminérgico).(Álvarez-Jiménez et al., 2012)

Señales de alerta temprana ante una recaída psicótica:

Diferentes investigaciones han determinado de forma consistente que cambios sutiles a nivel pensamiento, el estado afectivo y el comportamiento preceden a una psicosis como tal.

Los síntomas más comunes son los disfóricos como animo depresivo, retraimiento social, insomnio y disminución del apetito, mientras que los síntomas psicóticos como por ejemplo los delirios son menos frecuentes. (Birchwood et al., n.d.)

Los fenómenos no psicóticos aparecen al principio, seguidos de un aumento en la perturbación emocional seguidos de los síntomas claros psicóticos. La progresión ocurre aproximadamente en un periodo de 4 semanas o menos (Birchwood et al., n.d.).

Resultados:

Se han realizado múltiples estudios sobre la experiencia en la aplicación de modelos de intervención psicosocial, en el inicio de los episodios psicóticos, que se basaban en dosis bajas de fármacos antipsicóticos, terapias psicológicas, el apoyo familiar, rehabilitación vocacional y educativa. (Kane et al., 2016). Estas estrategias han demostrado resultados clínicamente significados y una superioridad respecto a los tratamientos convencionales, al lograr una reducción en la tasa de hospitalizaciones y recaídas, así como una mejora en el funcionamiento global y la calidad de vida de los pacientes. Además, permiten un abordaje más integral al malestar psíquico, no limitado únicamente al control de los síntomas, sino también orientado a comprender y atender factores subyacentes como la historia de trauma, el sufrimiento emocional, las creencias disfuncionales, las dificultades relacionales y el afrontamiento del estigma. Todo esto contribuye a una mayor adherencia al tratamiento farmacológico, a la recuperación del proyecto vital del paciente y su reintegración social.

A continuación, se expondrán los más relevantes. En Estados Unidos se realizó un ensayo controlado aleatorizado que incluyó 34 centros de atención comunitaria de salud mental en 21 diferentes estados, en este ensayo los pacientes ingresaron al programa NAVIGATE que es un programa de atención especializada coordinada, durante dos años de seguimiento los participantes presentaron reducción de los síntomas psicóticos, una mejor calidad de vida, mayor participación social y laboral, se utilizaron instrumentos como la escala de PANSS. (Kane et al., 2016). Otro estudio de tratamiento especializado temprano en psicosis (STEP) en Connecticut mostro que los participantes tenían menos posibilidades de ser hospitalizadas

40% en comparación a 63% de pacientes que recibieron atención habitual (Wright et al., 2020).

Un estudio realizado de origen danés llamado OPUS de pacientes con PEP con menos de 12 semanas de exposición a antipsicóticos, se realizó durante 2 años en donde los resultados dieron mejores adherencias al tratamiento, disminución en los síntomas psicóticos y negativos, pero no hubo diferencias en cuanto a los días de hospitalización. (Kane et al., 2016)

En Reino Unido mediante los EIS en donde participan pacientes con estados mentales en riesgo o PEP y cuya finalidad es reducir el DUP ha generado tasas más bajas de ingresos hospitalarios, menores tasas de recaídas y menor gravedad sintomática (Wright et al., 2020).

Con estos programadas de atención especializados se logran diferentes objetivos mediante las terapias individuales, grupales y familiares como ayudar al paciente y a su familia a entender y afrontar la experiencia de psicosis, promover la remisión sintomática y la recuperación funcional de esta manera mejorando la calidad de vida del paciente y apoyando activamente en el proceso para que los pacientes logren sus objetivos personales. (Wright et al., 2020)

En Australia se desarrolló EPPIC uno de los primeros servicios de intervención temprana desarrollados en el mundo, posee como objetivo reducir el tiempo entre el inicio de los síntomas psicóticos y el inicio del tratamiento, logrando una recuperación sintomática y funcional temprana. Este programa funcionó como modelo para la implementación de nuevos centros de atención temprana en Europa, Reino Unido y Estados Unidos. (Valle, 2020)

A continuación, se presentará tabla comparativa entre el estudio NAVIGATE y los EIS sobre los resultados de cada programa.

Aspecto evaluado	NAVIGATE	EIS
Reducción de síntomas psicóticos	Reducción de 14.5 puntos PANSS vs 9.9 en grupo control (p=0.0161)	HR=0.83 (reducción del 17% de riesgo de hospitalización, <0.001)
Mejora en calidad de vida	Mejora de 15.8 puntos en QLS vs 9.9 en control (p=0.0145)	No se especifica mejora en calidad de vida
Retención en el tratamiento	Mediana de permanencia: 23 meses vs 17 (p<0.004)	Mejor adherencia y contacto con servicios comunitarios
Tasa de hospitalización	34% hospitalizados vs 37% en grupo control (sin diferencia significativa)	Reducción del 17% en riesgo de hospitalización (p<0.001)
Duración de hospitalizaciones	No especificado	4.15 días menos de hospitalización al año (p<0.001)
Uso de intervenciones psicosociales	80-100% accedieron a psicoeducación, resiliencia, empleo	78.3% recibieron intervención psicosocial vs 32.4% en atención estandar

Participación en empleo o estudio	Mayor participación mensual en empleo/educación ($p < 0.5$)	No se reporta directamente
Uso de antipsicóticos de depósito	No especificado	Menor uso: 11.5% vs 18.3% ($p < 0.001$)
Adherencia a guías clínicas	Modelo incluye COMPASS y planes personalizados	Mayor cumplimiento de guías clínicas (CBTp), psicoeducación, planes de recuperación)

Tabla 6. Comparación entre resultados del programa NAVIGATE vs EIS

Tomado de: (Kane et al., 2016), (Wright et al., 2020)

A nivel de Latinoamérica en diferentes países se han desarrollado centros de intervención temprana de psicosis, como México y Brasil en donde se mencionan resultados como reducción de síntomas psicóticos positivos y negativos, mejora en el funcionamiento social y la calidad de vida, menor tasa de recaídas y hospitalizaciones, reducción del uso de sustancias y mejor adherencia al tratamiento, mayor satisfacción del paciente y su familia con la atención recibida. (Valle, 2020)

A nivel nacional el Hospital Nacional de Salud Mental posee un servicio de psiquiatría comunitaria y de hospital de día, así como la clínica de primeros episodios psicóticos; mientras que el Hospital Chacón Paut el dispositivo comunitario, en donde se brinda una atención integral.

Es esencial desarrollar intervenciones psicoeducativas orientadas tanto a los pacientes como a sus familias y al entorno comunitario, con el fin de reducir la autoestima y el estigma social asociado a los trastornos mentales. La difusión de información basada en evidencia y la promoción de una cultura de comprensión y aceptación de la salud mental favorecen un cambio en las actitudes individuales y colectivas. Esto, a su vez, contribuye a una reconfiguración positiva de la autopercepción del paciente, facilitando su proceso de adaptación e inclusión social. (Thornicroft et al., 2016)

En síntesis, los modelos de intervención temprana en psicosis han demostrado ser altamente efectivos para mejorar el pronóstico clínico y funcional de los pacientes, al integrar abordajes farmacológicos, psicológicos, familiares y comunitarios. Experiencias internacionales como NAVIGATE, STEP, OPUS, EIS y EPPIC destacan la importancia de una atención precoz, multidisciplinaria y centrada en el paciente y la familia. En Costa Rica, existen iniciativas acordes con estos enfoques, como la Clínica de Primeros Episodios Psicóticos y el dispositivo comunitario del Hospital Chacón Paut, que ofrecen atención especializada desde una perspectiva integral. Un componente clave en estos modelos es la reducción del estigma y auto estigma, lo cual favorece la adherencia al tratamiento, la inclusión social y una recuperación más significativa y sostenida.

Conclusiones:

La revisión bibliográfica que se realizó en el presente trabajo reveló que el primer episodio psicótico (PEP) es un fenómeno complejo, multidimensional y de enorme importancia clínica, tanto para el paciente como para el entorno que lo rodea. La psicosis no se manifiesta de forma aislada, sino que implica una compleja red de alteraciones neurobiológicas, psicológicas, sociales y relacionales que interfieren de manera contundente con la probabilidad de desarrollar psicosis.

En el transcurso de esta revisión, se ha puesto en evidencia que el PEP suele aparecer en edades tempranas del ciclo de vida de una persona, justo en el momento en que el sujeto se enfrenta a momentos importantes de su vida, nuevos retos relacionados con el inicio de la adultez, nuevos vínculos sociales, laborales, académicos y afectivos. La intervención temprana en esta etapa se vuelve, por tanto, una pieza fundamental tanto para prevenir el deterioro funcional como para favorecer el mantenimiento de la autonomía y la funcionalidad.

Este trabajo se concluye que el abordaje psicosocial, junto con el manejo médico y farmacológico, proporciona a los pacientes, sus familias y a los grupos más cercanos, las estrategias necesarias para evitar que el PEP termine consolidándose en un trastorno crónico, aumentando así el riesgo de nuevos episodios, hospitalizaciones, estigmatización, deterioro de habilidades y debilitamientos de sus redes de apoyo. La utilización de terapias como la Terapia Cognitivo-Conductual para la Psicosis, la Terapia de Aceptación y Compromiso o la Terapia Analítica Cognitiva, la Terapia dialogo abierto, la terapia psicoanalítica proporciona

espacios específicos para que el paciente pueda expresar sus vivencias, resignificar sus experiencias, aprender nuevos recursos de manejo emocional y conductual, así como restablecer sus vínculos sociales de forma más adecuada.

Además, el modelo de intervención temprana revela que el seguimiento constante, el apoyo psicoeducativo tanto al paciente como a la familia, junto con el manejo de las emociones, el estrés, el estigma y el debilitado funcionamiento psicosocial, muestran impactos muy favorables en el pronóstico. La formación de grupos multidisciplinarios, conformados por psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, enfermeras y otros agentes de salud, proporciona una perspectiva más integral y contextual, aumentando así tanto el mantenimiento de los resultados como el grado de satisfacción de los pacientes y sus familias.

Por lo que es fundamental un equipo profesional interdisciplinario, que proporciona una base más adecuada para el manejo de esta condición, aumentando así las probabilidades de una recuperación más integral, permanente y el mantenimiento de una mejor calidad de vida.

Resulta fundamental que los centros de atención especializada en salud mental se expandan a nivel nacional, con énfasis en las zonas periféricas y rurales, donde el acceso a servicios adecuados sigue siendo limitado y desigual. De igual manera, es indispensable que las instituciones gubernamentales fortalezcan su compromiso con la salud mental, garantizando mayor respaldo institucional y asignación de recursos económicos sostenibles, que permitan consolidar políticas públicas integrales, equitativas y accesibles para toda la población.

Anexo 1:

Dominios CAARMS
1. Síntomas positivos
• Contenido de pensamiento inusual
• Ideas extrañas
• Anormalidades perceptivas
• Habla desorganizada
2. Cambio cognitivo atención / concentración
• Experiencia subjetiva
• Cambio cognitivo observado
3. Trastorno emocional
• Trastorno emocional subjetivo
• Afecto embotado observado
• Afecto inapropiado observado
4. Síntomas negativos
• Alogia
• Abulia / apatía
• Anhedonia
5. Cambio en el comportamiento
• Aislamiento social
• Deterioro de la función del rol

<ul style="list-style-type: none"> • Comportamiento desorganizado/ extraño/ estigmatizante
<ul style="list-style-type: none"> • Agresión o comportamiento peligroso
6. Cambios motores/físicos
<ul style="list-style-type: none"> • Quejas subjetivas de deterioro del funcionamiento motor
<ul style="list-style-type: none"> • Una persona informa que observo cambios en el funcionamiento motor
<ul style="list-style-type: none"> • Quejas subjetivas de alteración de la sensibilidad corporal
<ul style="list-style-type: none"> • Quejas subjetivas de deterioro del funcionamiento autonómico
7. Psicopatología general
<ul style="list-style-type: none"> • Manía
<ul style="list-style-type: none"> • Depresión
<ul style="list-style-type: none"> • Suicidalidad o autolesión
<ul style="list-style-type: none"> • Cambios de humor/labilidad
<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad
<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas del TOC
<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas disociativos
<ul style="list-style-type: none"> • Alteración de la tolerancia normal al estrés

Tomado de: (McNab C et al., 2016).

Anexo 2: Escala de PANSS

Escala Positiva (PANSS-P)							
1. Delirios	1	2	3	4	5	6	7
2. Desorganización Conceptual	1	2	3	4	5	6	7
3. Alucinaciones	1	2	3	4	5	6	7
4. Excitación	1	2	3	4	5	6	7
5. Grandiosidad	1	2	3	4	5	6	7
6. Susplicacia/perjuicio	1	2	3	4	5	6	7
7. Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7
Escala Negativa (PANSS-N)							
1. Embotamiento afectivo	1	2	3	4	5	6	7
2. Retraimiento emocional	1	2	3	4	5	6	7
3. Contacto pobre	1	2	3	4	5	6	7
4. Retraimiento social	1	2	3	4	5	6	7
5. Pensamiento abstracto	1	2	3	4	5	6	7
6. Fluidez de la conversación	1	2	3	4	5	6	7
7. Pensamiento estereotipado	1	2	3	4	5	6	7
Psicopatología General (PANSS-PG)							
1. Preocupación somática	1	2	3	4	5	6	7
2. Ansiedad	1	2	3	4	5	6	7
3. Sentimientos de culpa	1	2	3	4	5	6	7
4. Tensión motora	1	2	3	4	5	6	7
5. Manierismos / posturas	1	2	3	4	5	6	7
6. Depresión	1	2	3	4	5	6	7
7. Enlentecimiento motor	1	2	3	4	5	6	7
8. Falta de colaboración	1	2	3	4	5	6	7
9. Pensamientos inusuales	1	2	3	4	5	6	7
10. Desorientación	1	2	3	4	5	6	7
11. Atención deficiente	1	2	3	4	5	6	7
12. Ausencia de insight	1	2	3	4	5	6	7
13. Trastornos de la volición	1	2	3	4	5	6	7
14. Control deficiente de los impulsos	1	2	3	4	5	6	7
15. Ensimismamiento	1	2	3	4	5	6	7
16. Evitación social activa	1	2	3	4	5	6	7

Tomado de: (Castro X et al 2019)

Anexo 3: Escala de funcionamiento global (Global assessment scale)

100 91	Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, la persona evaluada nunca parece superada por los problemas de su vida, es valorada por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.
90 81	Síntomas ausentes o mínimos (p. ej. ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, el sujeto evaluado se muestra interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (p. ej., una discusión ocasional con miembros de la familia).
80 71	Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (p. ej. dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (p. ej. descenso temporal del rendimiento escolar).
70 61	Algunos síntomas leves (p. ej. humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p. ej. hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.
60 51	Síntomas moderados (p. ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., pocos amigos/as, conflictos con compañeros/as de trabajo o de escuela).
50 41	Síntomas graves (p. ej. ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (p. ej. sin amigos/as, incapaz de mantenerse en un empleo).
40 31	Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (p. ej. el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (p. ej. una persona adulta depresiva evita a sus amistades, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un/a niño/a golpea frecuentemente a niños/as más pequeños/as, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).
30 21	La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (p. ej. a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (p. ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos/as).
20 11	Algún peligro de causar lesiones a otras personas o a sí mismo/a (p. ej. intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento/a; excitación maníaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (p. ej. con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (p. ej. muy incoherente o mudo).
10 1	Peligro persistente de lesionar gravemente a otras personas o a sí mismo/a (p. ej. violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.
0	Información inadecuada.

Tomado de: (Castro X et al 2019)

Referencias bibliográficas

Albin, K., Albin, C., Jeffries, C. D., & Perkins, D. O. (2021). Clinician Recognition of First Episode Psychosis. *Journal of Adolescent Health, 69*(3), 457–464.

<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.12.138>

Alvarez-Jimenez, M., Priede, A., Hetrick, S. E., Bendall, S., Killackey, E., Parker, A. G., McGorry, P. D., & Gleeson, J. F. (2012). Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. In *Schizophrenia Research* (Vol. 139, Issues 1–3, pp. 116–128).

<https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.05.007>

American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. *Editorial Panamericana*.

Ángel Soriano Lechuga, M., Moreno Osuna, J., & Romina Capocasa, C. (2020).

INTEGRAL THERAPEUTIC APPROACH IN A FIRST PSYCHOTIC EPISODE.

www.interpsiquis.com

Argudo Palacios, A. (2023). Primer Episodio Psicótico: evaluación y tratamiento desde la práctica clínica diaria. *Análisis y Modificación de Conducta, 49*(181).

<https://doi.org/10.33776/amc.v49i181.7576>

- Argudo Palacios, A., Shahat, O. S. El, & Gómez-Fraguela, X. A. (2025). Del delirio a la flexibilidad psicológica: aplicación de la terapia de aceptación y compromiso. *Clínica Contemporánea*, 16(1). <https://doi.org/10.5093/cc2025a2>
- Asher, L., Patel, V., & De Silva, M. J. (2017). Community-based psychosocial interventions for people with schizophrenia in low and middle-income countries: Systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1516-7>
- Avasthi, A., Sahoo, S., & Grover, S. (2020). *Guías de práctica clínica para la terapia cognitivo-conductual en trastornos psicóticos*. https://doi.org/10.4103/psiquiatria.IndianJPsychiatry_774_19
- Bergström, T., Seikkula, J., Alakare, B., Mäki, P., Köngäs-Saviaro, P., Taskila, J. J., Tolvanen, A., & Aaltonen, J. (2018). The family-oriented open dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: Nineteen-year outcomes. *Psychiatry Research*, 270, 168–175. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.039>
- Birchwood, M., Spencer, E., & MCGovern, D. (n.d.). *Esquizofrenia: señales de alerta temprana* *Avances en Esquizofrenia: señales de alerta temprana* (Vol. 6). www.onlinedoctranslator.com
- Bora, E., Yalincetin, B., Akdede, B. B., & Alptekin, K. (2018). Duration of untreated psychosis and neurocognition in first-episode psychosis: A meta-analysis. In

Schizophrenia Research (Vol. 193, pp. 3–10). Elsevier B.V.

<https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.06.021>

Chernov, N. V., Moiseeva, T. V., Belyakova, M. A., Polyakova, M. D., & Sozinova, M. V.

(2021). Acceptance and Commitment Therapy for Patients with a First Psychotic

Episode. In *Consortium Psychiatricum* (Vol. 2, Issue 4, pp. 30–39). Eco-Vector LLC.

<https://doi.org/10.17816/CP97>

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES-Estadísticas de morbilidad y mortalidad. (2019).

Coronado, C., Tahis, M., Sanabria, V., & Antony, J. (2024). *Eficacia de la terapia cognitivo conductual en la psicosis.*

Correll, C. U., Galling, B., Pawar, A., Krivko, A., Bonetto, C., Ruggeri, M., Craig, T. J., Nordentoft, M., Srihari, V. H., Guloksuz, S., Hui, C. L. M., Chen, E. Y. H., Valencia, M., Juarez, F., Robinson, D. G., Schooler, N. R., Brunette, M. F., Mueser, K. T., Rosenheck, R. A., ... Kane, J. M. (2018). Comparison of early intervention services vs treatment as usual for early-phase psychosis: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression. In *JAMA Psychiatry* (Vol. 75, Issue 6, pp. 555–565). American Medical Association. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.0623>

Csillag, C., Nordentoft, M., Mizuno, M., Jones, P. B., Killackey, E., Taylor, M., Chen, E., Kane, J., & McDaid, D. (2016). Early intervention services in psychosis: from

evidence to wide implementation. *Early Intervention in Psychiatry*, 10(6), 540–546.

<https://doi.org/10.1111/eip.12279>

Fernández Hernández, M. (2015). *Detección e intervención primaria en pacientes con alto riesgo de psicosis*. Miryam Fernández Hernández.

Fernández Sánchez, N., & Cascales Chaouch, A. (2024). Efectos del apoyo social durante un primer episodio psicótico en jóvenes adultos: una revisión sistemática. *Análisis y Modificación de Conducta*, 50(185), 131–148.

<https://doi.org/10.33776/amc.v50i185.8356>

Fernandez X, & Carballal A. (2017). Intervención y prevención temprana en psicosis: la estrategia australiana. *Psicopatología Salud Mental*, 29, 27–36.

Fonseca-Pedrero, E., & Inchausti, F. (2018). An update in the prevention of psychosis spectrum disorders. *Papeles Del Psicologo*, 39(2), 127–139.

<https://doi.org/10.23923/pap.psicol2018.2860>

Fusar-Poli, P., Bonoldi, I., Yung, A. R., Borgwardt, S., Kempton, M. J., Lucía Valmaggia, ; Barale, F., Caverzasi, ; Edgardo, & Mcguire, P. (n.d.). *Predicción de la psicosis Metaanálisis de los resultados de la transición en individuos con alto riesgo clínico*.

Fusar-Poli, P., Borgwardt, S., Bechdolf, A., Addington, J., Riecher-Rössler, A., Schultze-Lutter, F., Keshavan, M., Wood, S., Ruhrmann, S., Seidman, L. J., Valmaggia, L., Cannon, T., Velthorst, E., De Haan, L., Cornblatt, B., Bonoldi, I., Birchwood, M.,

McGlashan, T., Carpenter, W., ... Yung, A. (2013). The psychosis high-risk state: A comprehensive state-of-the-art review. In *Archives of General Psychiatry* (Vol. 70, Issue 1, pp. 107–120).

<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.269>

Fusar-Poli, P., Byrne, M., Badger, S., Valmaggia, L. R., & McGuire, P. K. (2013).

Outreach and support in South London (OASIS), 2001-2011: Ten years of early diagnosis and treatment for young individuals at high clinical risk for psychosis.

European Psychiatry, 28(5), 315–326. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2012.08.002>

Fusar-Poli, P., Salazar De Pablo, G., Correll, C. U., Meyer-Lindenberg, A., Millan, M. J.,

Borgwardt, S., Galderisi, S., Bechdolf, A., Pfennig, A., Kessing, L. V., Van

Amelsvoort, T., Nieman, D. H., Domschke, K., Krebs, M. O., Koutsouleris, N.,

McGuire, P., Do, K. Q., & Arango, C. (2020). Prevention of Psychosis: Advances in Detection, Prognosis, and Intervention. *JAMA Psychiatry*, 77(7), 755–765.

<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.4779>

Garcia Jose, Hirtado Maria, & Nogueras Vanesa. (2016). *GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA PSICOSIS Y LA ESQUIZOFRENIA* (Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud, Ed.).

Garety, P. A., Kuipers, E., Fowler, D., & Freeman ---Pe Bebbington, D. (2001). Impreso en el Reino Unido. In *Medicina psicológica* (Vol. 31). www.onlinedoctranslator.com

- Gaudiano, B. A., Davis, C. H., Epstein-Lubow, G., Johnson, J. E., Mueser, K. T., & Miller, I. W. (2017). Acceptance and commitment therapy for inpatients with psychosis (The reach study): Protocol for treatment development and pilot testing. *Healthcare (Switzerland)*, 5(2). <https://doi.org/10.3390/healthcare5020023>
- Gleeson, J. F. M., Alvarez-Jimenez, M., Cotton, S. M., Parker, A. G., & Hetrick, S. (2010). A systematic review of relapse measurement in randomized controlled trials of relapse prevention in first-episode psychosis. In *Schizophrenia Research* (Vol. 119, Issues 1–3, pp. 79–88). <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.02.1073>
- Gracie, A., Freeman, D., Green, S., Garety, P. A., Kuipers, E., Hardy, A., Ray, K., Dunn, G., Bebbington, P., & Fowler, D. (2007). The association between traumatic experience, paranoia and hallucinations: A test of the predictions of psychological models. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(4), 280–289. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01011.x>
- Grupo de trabajo del CIBERSAM. (2015). *Guía clínica y terapéutica para primeros episodios psicóticos en la infancia y adolescencia Informe de consenso de Recomendaciones*.
- Husain, M. O., Khoso, A. B., Kiran, T., Chaudhry, N., Husain, M. I., Asif, M., Ansari, M., Rajput, A. H., Dawood, S., Naqvi, H. A., Nizami, A. T., Tareen, Z., Rumi, J., Sherzad, S., Khan, H. A., Bhatia, M. R., Siddiqui, K. M. S., Zadeh, Z., Mehmood, N., ... Chaudhry, I. B. (2023). Culturally adapted psychosocial interventions (CaPSI) for

early psychosis in a low-resource setting: study protocol for a large multi-center RCT. *BMC Psychiatry*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04904-8>

Kane, J. M., Robinson, D. G., Schooler, N. R., Mueser, K. T., Penn, D. L., Rosenheck, R. A., Addington, J., Brunette, M. F., Correll, C. U., Estroff, S. E., Marcy, P., Robinson, J., Meyer-Kalos, P. S., Gottlieb, J. D., Glynn, S. M., Lynde, D. W., Pipes, R., Kurian, B. T., Miller, A. L., ... Heinssen, R. K. (2016). Comprehensive versus usual community care for first-episode psychosis: 2-Year outcomes from the NIMH RAISE early treatment program. *American Journal of Psychiatry*, 173(4), 362–372. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15050632>

Kerr L. (2006). *Psicosis evolutiva: diferentes etapas, diferentes tratamientos*.

Killackey, E. (2009). Psychosocial and psychological interventions in early psychosis: Essential elements for recovery. In *Early Intervention in Psychiatry* (Vol. 3, Issue SUPPL. 1). <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2009.00126.x>

Larsson, C., Fatouros-Bergman, H., Isaksson, A., Johansson, M., Kaldo, V., Parling, T., & Lundgren, T. (2022). Acceptance and Commitment Therapy for inpatients with psychosis –an acceptability and feasibility single case AB designed study. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 25, 44–60. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.05.008>

Malla, A. (2022). Reducing Duration of Untreated Psychosis: The Neglected Dimension of Early Intervention Services. In *American Journal of Psychiatry* (Vol. 179, Issue 4, pp.

259–261). American Psychiatric Association.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20220154>

Maude, P., James, R., & Searby, A. (2024). The use of Open Dialogue in Trauma Informed Care services for mental health consumers and their family networks: A scoping review. In *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* (Vol. 31, Issue 4, pp. 681–698). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1111/jpm.13023>

McGorry, P. D. (2015). Early intervention in psychosis: Obvious, effective, overdue. In *Journal of Nervous and Mental Disease* (Vol. 203, Issue 5, pp. 310–318). Lippincott Williams and Wilkins.

<https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000284>

McNab C, Wade D, & Krstev H. (2016). *Guías clínicas australianas para la psicosis temprana*. www.onlinedoctranslator.com

Molina M, & Nuñez J. (2021). *Manual de procedimiento: Dispositivo de atención comunitaria especializada en Salud mental del Hospital Dr. Roberto Chacón Paut*.

Molina, M., Sánchez, A., & Núñez, J. L. (2023). Sufrimiento psíquico y salud pública. *Epi-SCIENCE*, 1(1). <https://doi.org/10.15517/es.2023.55395>

Morris, E. M. J., Johns, L. C., & Gaudiano, B. A. (2024). Acceptance and commitment therapy for psychosis: Current status, lingering questions and future directions. In

Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice (Vol. 97, Issue 1, pp. 41–58). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1111/papt.12479>

Murillo R. (2023). *el tratamiento psicoanalítico de la psicosis*.

Olson, M. M., Seikkula, J., & Ziedonis, D. (2005). *Versión 1.1: 2 de septiembre de 2014*.

<http://umassmed.edu/psychiatry/globalinitiatives/opendialogue/>

Paniagua González, I., Wiedmann, M. C., & Gerometta, R. (2022). Asociación Entre Primer Episodio Psicótico en Adultos Jóvenes y Privaciones Sociales. *Revista de Investigación Científica y Tecnológica*, 6(2), 63–68.

[https://doi.org/10.36003/rev.investig.cient.tecnol.v6n2\(2022\)7](https://doi.org/10.36003/rev.investig.cient.tecnol.v6n2(2022)7)

Pankeyly, J., & Hayes, S. C. (2003). *Terapia de aceptación y compromiso para la psicosis* (Vol. 3).

Pascual, J. P. C., Talavera, G. G., & Vives, J. G. (2023). First-episode psychosis. *Medicine (Spain)*, 13(86), 5057–5068. <https://doi.org/10.1016/j.med.2023.08.019>

Perry A. (2012). *CAT con personas que escuchan voces angustiosas*. 16–22.

Perry, Y., Murrphy, R. C., Varlow, M., Dedousis-Wallace, A., Ellis, D. M., Langdon, R., & Kidman, A. D. (2015). The development and implementation of a pilot CBT for early psychosis service: Achievements and challenges. *Early Intervention in Psychiatry*, 9(3), 252–259. <https://doi.org/10.1111/eip.12145>

- Prakash, J., Chatterjee, K., Srivastava, K., & Chauhan, V. S. (2021). First-episode psychosis. *Industrial Psychiatry Journal*, 30(2), 198–206.
https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_38_21
- Radua, Joaquim, Ramella-Cavaro Valentina, & Ioannidiss Juan. (2018). Que causa la psicosis. Un analisis general de los factores de riesgo y proteccion. *Psiquiatria mundial*, 17, 17–49.
- Ramirez J. (2008). *Hacia una clinica de las suplencias en la psicosis*.
- Rinaldi, M., Killackey, E., Smith, J., Shepherd, G., Singh, S. P., & Craig, T. (2010). First episode psychosis and employment: A review. In *International Review of Psychiatry* (Vol. 22, Issue 2, pp. 148–162). <https://doi.org/10.3109/09540261003661825>
- Talavera, G. G., Pascual, J. P. C., & Vives, J. G. (2023). Protocol for intervention in first-episode psychosis. *Medicine (Spain)*, 13(86), 5090–5095.
<https://doi.org/10.1016/j.med.2023.08.023>
- Taylor, P. J., Jones, S., Huntley, C. D., & Seddon, C. (2017). What are the key elements of cognitive analytic therapy for psychosis? A Delphi study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(4), 511–529.
<https://doi.org/10.1111/papt.12119>

Taylor, P. J., Perry, A., Hutton, P., Tan, R., Fisher, N., Focone, C., Griffiths, D., & Seddon, C. (2019). Cognitive Analytic Therapy for psychosis: A case series. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 92(3), 359–378.

<https://doi.org/10.1111/papt.12183>

Thibaudeau, E., Raucher-Chéné, D., Lecardeur, L., Cellard, C., Lepage, M., & Lecomte, T. (2021). Psychosocial Interventions for People with a First-Episode Psychosis: a Narrative and Critical Review. *Sante Mentale Au Quebec*, 46(2), 217–247.

<https://doi.org/10.7202/1088184ar>

Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Doherty, M., Rose, D., Koschorke, M., Shidhaye, R., O'Reilly, C., & Henderson, C. (2016). Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. In *The Lancet* (Vol. 387, Issue 10023, pp. 1123–1132). Lancet Publishing Group.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00298-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00298-6)

Torales Julio, Barrios Ivan, Garcia Oscar, & Lopez Ruben. (2020). Características de pacientes con diagnóstico de primer episodio psicótico internados en un hospital universitario. *Rev virtual Soc Parag Med Int*, 2, 34–40.

Valle, R. (2020). Review of Early Intervention Programmes in Psychosis: Implementation Proposal for Peru. In *Revista Colombiana de Psiquiatria* (Vol. 49, Issue 3, pp. 178–186). Elsevier Doyma. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.11.001>

- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., Van Os, J., & Bentall, R. P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: A meta-analysis of patient-control, prospective-and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 661–671. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs050>
- Wright, A., Browne, J., Mueser, K. T., & Cather, C. (2020). Evidence-Based Psychosocial Treatment for Individuals with Early Psychosis. In *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* (Vol. 29, Issue 1, pp. 211–223). W.B. Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.08.013>
- Castro X, & Sierra B. (2019). *Revisión bibliográfica sobre la captación temprana de primeros episodios psicóticos su abordaje en el nivel de atención primaria.*
- Zoghbi, A. W., Lieberman, J. A., & Girgis, R. R. (2023). The neurobiology of duration of untreated psychosis: a comprehensive review. In *Molecular Psychiatry* (Vol. 28, Issue 1, pp. 168–190). Springer Nature. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01718-0>



Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Yo, Xinia María Ramírez Vargas, con cédula de identidad 207220563, en mi condición de autor del TFG titulado Abordaje psicosocial de pacientes con el primer episodio psicótico

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI NO *

*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: _____ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Nombre Completo: Xinia María Ramírez Vargas

Número de Carné: C19857 Número de cédula: 207220563

Correo Electrónico: xinia.ramirez27@gmail.com

Fecha: 13-10-2025 . Número de teléfono: 87328486

Nombre del Director (a) de Tesis o Tutor (a): Marvin Matamoros Ruiz

FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.