



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

Trabajo final de graduación para optar por el grado de Especialista en
Psiquiatría

**REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA CAPTACIÓN TEMPRANA
DE PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS PARA SU ABORDAJE EN
EL NIVEL DE ATENCIÓN PRIMARIA**

CANDIDATAS:

Dra. Ximena Castro Ulloa

Dra. Beatriz Sierra Paniagua

TUTORA: Dra. Carla Subirós Castresana-Isla

SAN JOSÉ, DICIEMBRE 2019

Dedicatoria

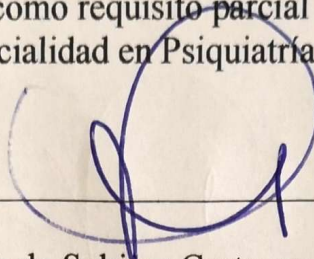
A nuestros padres, Josué, Alejandro y a nuestros hermanos; quienes con mucho amor y esfuerzo nos han apoyado, y nos han impulsado en nuestra carrera profesional, brindándonos su comprensión y su cariño para seguir adelante.

Agradecimientos

Agradecemos a Dios por sus bendiciones y por darnos la fortaleza para continuar en este proceso de formación académica.

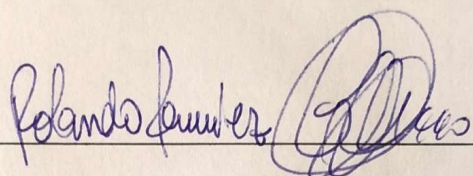
Agradecemos a nuestra tutora por su paciencia y disposición tanto en la realización de este trabajo como en nuestra carrera profesional, lo mismo que a nuestros lectores que de igual forma nos dedicaron su tiempo y apoyo.

Esta tesis fue aceptada por la comisión del programa de estudios de posgrado en Psiquiatría de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Especialidad en Psiquiatría.



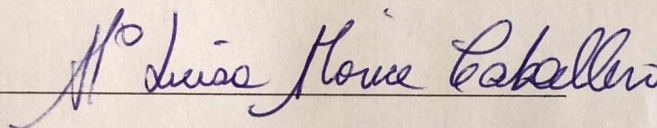
Doctora Carla Subiros Castresana-Isla

Tutora académica



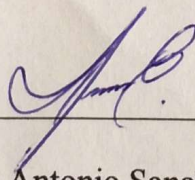
Doctor Rolando Ramírez Gutiérrez

Lector



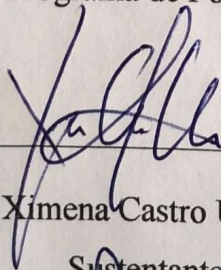
Doctora María Luisa Morice Caballero

Lectora



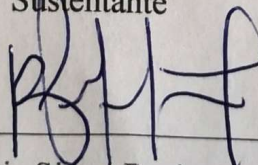
Doctor Antonio Sanabria Quirós

Coordinador de Programa de Posgrado de Psiquiatría



Ximena Castro Ulloa

Sustentante



Beatriz Sierra Paniagua

Sustentante

Tabla de contenido

<i>Dedicatoria</i>	<i>ii</i>
<i>Agradecimientos</i>	<i>iii</i>
<i>Resumen</i>	<i>1</i>
<i>Lista de Abreviaturas</i>	<i>2</i>
<i>Capítulo 1: Introducción</i>	<i>3</i>
<i>Capítulo 2: Marco teórico</i>	<i>6</i>
2.1 Definición de psicosis	6
2.2 Definición de DUP y PEP	9
2.2.1 Primer episodio psicótico	9
2.2.2 DUP (Duración de psicosis no tratada).....	12
2.3 Incidencia y prevalencia de los Primeros Episodios Psicóticos	15
2.4 Etiopatogenia y epigenética de los Primeros Episodios Psicóticos	16
2.4.1 Etiopatogenia	16
2.4.2 Epigenética	21
2.5 Etiología de los Trastornos psicóticos según DSM V y CIE 11	22
2.5.2 Clasificación de los Trastornos Psicóticos	25
2.5.3 Algunas diferencias relevantes entre DSM V y CIE 11.....	31
2.6 Estadiaje de los Primeros Episodios Psicóticos	32
2.7 Factores de riesgo sociodemográficos para un Primer Episodio Psicótico	35
2.8 Antecedentes nacionales	37
2.8.1 Manejo actual de Primer Episodio Psicótico	38
2.8.2 Manejo actual de Etapa premórbida en atención primaria	42
2.9 Antecedentes internacionales	50
2.9.1 Manejo actual de la etapa prodrómica en atención primaria.....	50
2.9.2 Manejo actual del primer episodio psicótico	52
<i>Capítulo 3: Delimitación y formulación del problema de investigación</i>	<i>58</i>
3.1 Justificación e importancia de la investigación	58
3.2 Delimitación y formulación del problema de investigación	60
3.2.1 Formulación del problema	60
3.2.2 Delimitación del problema	61

3.3 Objetivo general	61
3.3.1 Objetivos específicos	61
4.1 Materiales y métodos	62
<i>Capítulo 5: Análisis y resultados</i>	<i>64</i>
5.1 Recomendaciones de abordaje temprano de psicosis a nivel nacional	64
5.1.1 Programa de Clínica de Primeros Episodios Psicóticos del HNP.....	64
5.1.2 Programa de Modelo de Salud Mental Comunitaria en Costa Rica	66
5.2 Recomendaciones de evidencia internacional	67
5.2.1 Abordaje de fase prodrómica.....	67
5.2.2 Primer episodio psicótico	69
5.2.3 Recuperación y periodo crítico.....	69
<i>Capítulo 6: Conclusiones</i>	<i>71</i>
<i>Referencias bibliográficas.....</i>	<i>74</i>
<i>Anexos</i>	<i>78</i>

Resumen

Los trastornos psicóticos son enfermedades mentales que causan un gran deterioro en el funcionamiento del individuo, afectan globalmente su vida diaria, por lo que se ven afectados a nivel laboral, escolar, familiar e interpersonal. Dadas estas circunstancias, son enfermedades que causan gran demanda de atención en los distintos centros de salud, se ha visto que van en aumento y esto ocasiona una problemática social.

La psicosis es un síndrome clínico con distintos factores etiopatogénicos involucrados en la génesis de la enfermedad, es de causa multifactorial, con distintas etiologías, y para la cual existe un manejo que debe ser englobado de forma multidisciplinaria.

En los distintos estudios a través del tiempo se han identificado beneficios en el nivel de la captación temprana de la enfermedad, y es así como surge el estudio de la DUP como principal foco de investigación, donde la intervención temprana de la enfermedad ha brindado un panorama esperanzador en la evolución de esta.

Durante la revisión bibliográfica se logró evidenciar que la intervención en etapas premórbidas de la enfermedad, donde se logra hacer captación de la población con factores de riesgo para trastornos psicóticos, influye como factor pronóstico en la evolución de la enfermedad, por lo tanto cursan con un menor deterioro en el nivel global.

Por esto, se concluye que se pueden brindar algunas acciones en el nivel de atención primaria para la captación de esta población por el personal de salud y tener así una mejor evolución de la enfermedad, aunado a un menor deterioro en el funcionamiento del individuo.

Palabras claves

Primer episodio psicótico, etapa premórbida, Duración de Psicosis No Tratada, Hospital Nacional Psiquiátrico, prevención, tratamiento.

Lista de Abreviaturas

PEP Primer Episodio Psicótico

DUP *Duration of Untreated Psychosis* (Duración de Psicosis No Tratada)

HNP Hospital Nacional Psiquiátrico

OMS Organización Mundial de la Salud

FDA *Food and Drug Administration* (Dirección de Alimentos y Medicinas)

CIE: Clasificación Internacional de las Enfermedades

DSM: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales)

PANSS: *Positive and Negative Syndrome Scale* (Escala del Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia)

GAF: *Global Assessment of Functioning* (Escala de Funcionamiento Global)

Capítulo 1: Introducción

Un primer episodio psicótico viene a conformar un cuadro sindrómico, para lo que se ha propuesto un modelo transdimensional, donde varios de los trastornos que componen al espectro de la psicosis, representan distintas manifestaciones del mismo síndrome, relacionándose mecanismos fisiopatológicos y etiológicos.

Siendo así, se debe destacar que existe una diferencia importante entre el tiempo que pasa entre el inicio de síntomas psicóticos y el primer contacto con profesionales de salud o un servicio de atención, y el tiempo entre aparición de síntomas y el inicio de tratamiento adecuado para la enfermedad, lo que se puede definir como DUP (*Duration of Untreated Psychosis*). Desde que un paciente recibe atención hasta que finalmente es captado con síntomas psicóticos y derivado a un servicio especializado puede ocurrir un retraso importante en la atención adecuada del paciente (1).

Existen múltiples estudios que reportan promedios de DUP, y es llamativa la gran variabilidad de resultados entre un estudio y otro. Es de esperar que exista tal diferencia, tomando en cuenta que los reportes se basan en definiciones distintas del inicio y terminación de la DUP, además, abordan poblaciones heterogéneas que no guardan relación demográfica entre sí, y utilizan instrumentos diagnósticos de psicosis con distintos criterios clínicos (2).

Norman *et al.* (3) mencionan que hay una probabilidad importante de que los pacientes que hayan iniciado con síntomas psicóticos, y que se encuentren sin tratamiento, ya hayan estado en contacto y hayan sido evaluados por servicios de salud. No es de extrañarse que esto suceda, puesto que es sabido que muchos pacientes con un debut psicótico presentan síntomas prodrómicos que podrían no percibirse, relacionados a una

psicosis, como lo son insomnio, síntomas ansiosos y depresivos; esto aunado al desconocimiento general acerca de la psicosis, nubla aún más el panorama, lo que dificulta para el profesional de salud referir de manera expedita a un centro especializado.

Existen aspectos importantes que no son tomados en cuenta en la definición de la duración de psicosis no tratada. Norman *et al.* (4) afirman que generalmente no se incluye información como la severidad de síntomas, ni si hay un patrón de síntomas constantes o más bien esporádicos. Dependiendo del estudio realizado, la definición de la DUP es cambiante de acuerdo con su finalización.

Se ha evidenciado en diferentes estudios que la asociación de una duración de psicosis no tratada prolongada se correlaciona con un peor pronóstico, con un mayor número de recaídas y con mayor cantidad de hospitalizaciones psiquiátricas durante el curso de la enfermedad, así como una pobre respuesta al tratamiento farmacológico con antipsicóticos (4). Diversos estudios han encontrado una asociación significativa entre la duración de psicosis prolongada y un desarrollo sintomático generalizado pobre en el nivel de distintos dominios de la vida diaria (4).

En Costa Rica, el Hospital Nacional Psiquiátrico es el centro de referencia para la atención de los pacientes con un primer episodio psicótico, así como también existe atención especializada de dichos episodios en la consulta externa de distintos centros de salud.

La Clínica de Primeros Episodios Psicóticos del HNP, fundada en setiembre del 2013, inicia con el objetivo de dar seguimiento a este tipo de población tras su primer internamiento en el HNP; esta clínica se encuentra conformada por un equipo multidisciplinario. Se incluyen los pacientes referidos por parte de los Especialistas en Psiquiatría de los Pabellones de Agudos del HNP, tomando en cuenta los criterios de

inclusión de tener el diagnóstico de Trastorno Psicótico Agudo con un primer ingreso en el hospital, así como los criterios de exclusión de Trastorno Orgánico y Trastorno Psicótico Agudo secundario a drogas (5). Sin embargo, no hay un tamizaje dirigido a la captación de la población con factores de riesgo para un primer episodio psicótico, para tener así un manejo preventivo de la enfermedad.

Por el contrario, muchos de los pacientes son captados tras años de inicio de su enfermedad, lo que provoca un mayor deterioro en el funcionamiento global del individuo. Dada esta condición, se considera necesario iniciar un enfoque hacia una medicina preventiva que logre una captación temprana de la población en su estado pre mórbido de la enfermedad, con el objetivo de disminuir el deterioro en los pacientes (6).

Capítulo 2: Marco teórico

2.1 Definición de psicosis

La psicosis es un síndrome caracterizado por presentar síntomas que afectan múltiples áreas de funcionamiento del paciente. Involucra alteraciones mentales, emocionales, de pensamiento y comportamiento, y debido a su severidad hace necesario el uso de tratamiento multidisciplinario (7). Las alteraciones mentales y emocionales no se acompañan de cambios en la conciencia y el intelecto; sin embargo, con el tiempo y la evolución de la enfermedad puede presentarse un deterioro cognitivo (8). Se considera que los síntomas pivote de la psicosis incluyen los delirios, alucinaciones, desorganización del pensamiento y síntomas afectivos en su diagnóstico (9).

Las manifestaciones emocionales pueden incluir excesiva felicidad o tristeza, y dichas emociones guardan relación con las cogniciones y comportamiento que pueda presentar el paciente psicótico. Se presentan además alteraciones en la percepción de la realidad, en donde el paciente tiene sensaciones que no necesariamente responden a estímulos existentes, o que responden de manera inadecuada, ocurriendo así las llamadas alucinaciones (7).

La alteraciones de pensamiento se manifiestan con delirios, definidos como falsas creencias que tienen un carácter irrefutable para el paciente a pesar de que haya evidencia de su improbabilidad. Cabe destacar que para valorar si una idea es delirante o no, se debe tomar en cuenta el bagaje sociocultural y religioso del paciente. Aquellas creencias religiosas compartidas por un grupo de personas no son consideradas delirantes, no así aquellas creencias de tipo religioso que no formen parte del sistema de creencias de un

colectivo. Ocurren también alteraciones en el curso del pensamiento, en donde el discurso del paciente puede tornarse desorganizado, difícil de comprender, o incluso mutismo. (7)

Los delirios son de carácter absoluto (el paciente no tiene duda de su veracidad), idiosincrático (no es una creencia compartida por otros), enfocados en el paciente, con un significado importante para la persona, y ocupan gran parte del tiempo en el pensamiento del paciente. (10)

Los trastornos sensorio-perceptivos se dan cuando existe una alteración en la percepción errónea de objetos existentes, o bien, cuando la percepción sucede sin estímulo externo presente. (10)

Los trastornos sensorio-perceptivos que ocurren en la psicosis se dividen en:

- Distorsiones sensoriales: Ocurren cuando un objeto real es percibido de manera distorsionada, y las características cualitativas y cuantitativas de dicho objeto cambian para el paciente. Desde el punto de vista cualitativo puede haber presencia de cambios en coloración de las imágenes, comúnmente relacionado con toxicidad por sustancias, y cuantitativo cuando el tamaño de los objetos cambia (10).

Ejemplos de alteraciones cuantitativas son las llamadas macropsia (percepción de mayor tamaño del objeto), micropsia (percepción de menor tamaño del objeto) y dismegalopsia (percepción de alteración de la forma del objeto). Las alteraciones cuantitativas pueden verse en condiciones de carácter orgánico, como la epilepsia.

- Percepciones falsas: Las ilusiones, que son percepciones erróneas de un estímulo externo adecuado (11), pueden ocurrir también cuando la percepción del estímulo es pobre, hay trastornos afectivos y de ansiedad asociados (sombras que son percibidas como figuras que producen miedo), o hay una alteración de la atención, como en el caso del síndrome confusional. Las alucinaciones son percepciones del paciente que

ocurren sin que haya un estímulo externo presente. Pueden presentar una forma definida, como objetos y personas, o pueden carecer de forma, como luces o figuras (11). Ocurren de manera involuntaria, espontánea, y no pueden ser controladas por el paciente (10).

Las alteraciones conductuales en la psicosis se oponen al comportamiento esperado en una persona, y como parte del síndrome, puede haber presencia de trastornos del sueño, apetito, conducta social, relaciones interpersonales, motivación e intereses; deterioro laboral y académico, además una disminución en la capacidad del auto cuidado. Dichas alteraciones son conocidas como síntomas negativos de la psicosis (10).

2.2 Definición de DUP y PEP

2.2.1 Primer episodio psicótico

Un Primer Episodio Psicótico (PEP), se puede definir como la aparición abrupta de un episodio de síntomas psicóticos, siendo este un cuadro sindrómico, que se define hacia un diagnóstico específico según la evolución clínica (12). Históricamente, la psicosis se ha asociado al diagnóstico de la esquizofrenia; sin embargo, existen otros trastornos del espectro de la psicosis (13). Van Os (1) propone un modelo transdimensional, afirmando que varios de los trastornos que componen al espectro de la psicosis, representan distintas manifestaciones del mismo síndrome, relacionándose mecanismos fisiopatológicos y etiológicos.

Los estudios sustentan una prevalencia en la población general de un 3.5 %, teniendo un 71.55 % correspondiente a trastornos del espectro de la esquizofrenia, y un 17.2 % correspondiente al trastorno del espectro afectivo, según la Asociación Americana de Psiquiatría (14).

Se clasifican por etapas según la presentación clínica en que se encuentran, en modo general:

- Etapa pre- mórbida, donde se habla de sintomatología inespecífica, con algunas manifestaciones precursoras como personalidad pre- mórbida, funcionamiento psicosocial y la capacidad cognitiva (15).
- Etapa prodrómica: Se habla de síntomas atenuados, donde se consideran síntomas con características subumbrales, sintomatología con una duración menor a una

semana y factores de riesgo en familiares de primer grado o tener de base un trastorno esquizotípico de la personalidad con deterioro en el funcionamiento (16).

- Primer episodio psicótico: se habla de distintas manifestaciones, siendo estas sugerentes de un síndrome clínico correspondiente a los criterios de un trastorno psicótico, el cual va a ser dado por distintas etiologías según corresponda (1).

El desarrollo de un primer episodio psicótico va a ser un momento que acompaña sufrimiento psicológico, tanto para quien lo padece como para quienes le rodean (17).

Se habla de que la persona experimenta pérdidas tanto internas como externas, siendo las internas una disminución o desaparición en la confianza, la seguridad y la identidad personal. Por otro lado, las pérdidas externas se proyectan en relación con la pérdida de la autonomía y el proyecto de vida en general (17).

Estas pérdidas se traducen en consecuencias traumáticas de la psicosis que se relacionan con el abordaje inicial desde la fase aguda, luego en hospitalización y posteriormente en seguimiento.

Además de esto, se deben tomar en consideración los efectos secundarios de los medicamentos que pueden traducir limitaciones en las funciones cognitivas, dar sentimientos de incapacidad y una visión pesimista al futuro (17).

Tomando esto en cuenta se habla de que el abordaje debe ir dirigido hacia la aceptación y la reconciliación de la persona con sí misma.

Se toman en cuenta cuatro elementos para la adaptación a la psicosis descritos por Vallina *et al.* (17):

- **Disonancia cognitiva:** toman conciencia de que no funcionan como las personas que les rodea, y se produce una lucha entre el autoconcepto y las limitaciones procedentes de la psicosis, por lo que en este punto se intenta asimilar lo ocurrido con lo que se considera realidad externa (17).
- ***Insight:*** se basa en asimilar el origen y la progresión de los síntomas, así como internalizar sus consecuencias. Se habla de una duración de 6 a 18 meses tras el primer episodio psicótico, y se intenta conseguir afrontar la realidad ganando autocontrol y restableciendo las capacidades de adaptación (17).
- **Constancia cognitiva:** se intenta retomar la socialización, la comunicación y las rutinas, con el objeto de lograr reconciliarse con la sensación de control y autonomía. Se reestablece el sentido de identidad y se acepta tanto el diagnóstico como el tratamiento (17).
- **Ordinariedad:** mantener la consistencia en las actividades de la vida diaria, retomar la cotidianidad. En este punto se puede trabajar mediante terapia cognitiva interpersonal con enfoque en la recuperación y prevención de recaídas, y por otro lado, la terapia de orientación cognitiva para la adaptación a la psicosis (17).

2.2.2 DUP (Duración de psicosis no tratada)

La Duración de psicosis no tratada (Duration of Untreated Psychosis), en sus siglas en inglés, DUP, se define como el intervalo de tiempo que va desde el inicio de síntomas psicóticos hasta el momento de inicio de tratamiento psiquiátrico, generalmente especificado como tratamiento antipsicótico (4). La duración de la psicosis no tratada está asociada al pronóstico de la esquizofrenia. Se ha comprobado que el retraso en el tratamiento adecuado de la enfermedad psiquiátrica está relacionado con un pobre diagnóstico (4). Esto puede sugerir que la presencia de síntomas psicóticos durante un largo tiempo puede predisponer a un daño biológico en la persona; esto genera así el desarrollo de enfermedades psiquiátricas mayores, posteriores a un primer episodio psicótico (2).

El concepto de psicosis no tratada puede sonar sencillo; sin embargo, la identificación de los límites de la DUP puede ser difícil. El estudio y definición de dicho parámetro resultan ser complejos, ya que existen marcadas diferencias entre los parámetros utilizados para definir a la DUP en múltiples estudios. En algunos estudios se toma como parte del parámetro de DUP la aparición de síntomas conocidos como prodrómicos de la enfermedad, por ejemplo, los que mencionan Larsen *et al.* (18): Aislamiento, déficit funcional, deterioro en el autocuidado, conductas fuera de lo común, marcada falta de interés o voluntad, pensamiento mágico y creencias excéntricas. El tomar en cuenta síntomas psicóticos sin agregar los prodrómicos a la definición puede resultar igual de complejo.

Existen desafíos para la identificación de la psicosis. Como Norman *et al.* (4) mencionan, existe la tendencia a la búsqueda de síntomas psicóticos tomando en cuenta únicamente delirios y alucinaciones, sin incluir otros aspectos como la desorganización

conductual o de pensamiento. Por otro lado, está la normalización o negación de síntomas por parte del paciente o sus conocidos, manifestada también a través de creencias culturales. Por último, está también la experiencia subjetiva de la psicosis en el paciente, quien puede presentar sintomatología no percibida por terceros. Norman *et al.* (4) señalan que la dificultad es aún mayor si se toma en cuenta que un paciente psicótico podría tener dificultad para identificar el inicio de sus alteraciones sensorio-perceptivas e ideas delirantes.

Por otro lado, el inicio de tratamiento farmacológico tiene distintas definiciones que dependen del autor, donde el intervalo de la DUP puede abarcar el inicio con psicofármacos, o también cumplir, además, criterio de tiempo específico con el uso del tratamiento. Existen aspectos importantes que no son tomados en cuenta en la definición de la duración total de la psicosis no tratada. Norman *et al.* (4) afirman que generalmente no se incluye información como la severidad de síntomas ni si hay un patrón de síntomas constantes o más bien esporádicos. Dependiendo del estudio realizado, la definición de la DUP es cambiante de acuerdo con su finalización. Se ha descrito que la DUP finaliza cuando se inicia tratamiento farmacológico, cuando recibe un tratamiento farmacológico efectivo, cuando inicia hospitalización, o el tiempo en el que demuestra adherencia adecuada al tratamiento (19).

Existen múltiples estudios que reportan promedios de DUP, y es llamativa la gran variabilidad de resultados entre un estudio y otro. Es de esperar que exista tal diferencia, tomando en cuenta que los reportes se basan en definiciones distintas del inicio y terminación de la DUP, abordan poblaciones heterogéneas que no guardan relación demográfica entre sí, y utilizan instrumentos diagnósticos de psicosis con distintos criterios clínicos. Se debe destacar que existe una diferencia importante entre el tiempo que pasa entre el inicio de síntomas psicóticos y el primer contacto con profesionales de salud o un

servicio de atención, y el tiempo entre aparición de síntomas y el inicio de tratamiento adecuado para la enfermedad (3). Desde que un paciente recibe atención hasta que finalmente es captado con síntomas psicóticos y derivado a un servicio especializado puede ocurrir un retraso importante en la atención adecuada del paciente (2).

Norman *et al.* (3) mencionan que hay una probabilidad importante de que los pacientes que hayan iniciado con síntomas psicóticos y que se encuentren sin tratamiento, ya hayan estado en contacto y hayan sido evaluados por servicios de salud. No es de extrañarse que esto suceda, puesto que es sabido que muchos pacientes con un debut psicótico presentan síntomas prodrómicos que podrían no percibirse como relacionados a una psicosis, como lo son insomnio, síntomas ansiosos y depresivos; esto, aunado al desconocimiento general acerca de la psicosis, nubla aún más el panorama, dificultando Al profesional de salud referir de manera expedita a un centro especializado.

No se ha determinado un valor específico que determine cuando la DUP se considera larga, tampoco un umbral de respuesta positiva o negativa al tratamiento y evolución de la enfermedad. No hay un consenso con respecto al periodo crítico o corte relacionado con la influencia de la DUP en el pronóstico de enfermedad (20). La variación de DUP entre distintos autores es amplia. McGorry *et al.* (20) y Carbone *et al.* (21) hablan de la necesidad de inicio de tratamiento en un periodo de 6 meses de DUP. Otros autores hablan de un periodo crítico de 2 a 3 años en el cual ocurre el mayor deterioro en la enfermedad (22). Estudios de Birchwood *et al.* (23) con pacientes con un debut de esquizofrenia, hablan de una mayor fluctuación de síntomas psicóticos durante los primeros 5 años de la enfermedad. Posterior a ello, hay una mayor estabilización de la enfermedad con su déficit funcional asociado. De este estudio se infiere, por lo tanto, que un tratamiento

temprano dentro de ese periodo tendría mucho mejor respuesta en la evolución a largo plazo de la enfermedad.

Se conoce poco acerca de los determinantes de la DUP. Dichos elementos relacionados se han categorizado en: Factores demográficos como el género, síntomas pre-mórbidos, funcionamiento global del paciente, factores sociales, factores familiares, y factores del servicio de salud (24). Por otro lado, existen otras determinantes que han evidenciado limitaciones al momento de la variabilidad de los resultados en la determinación de la DUP, se han asociado factores tales como el uso de sustancias, que limita tanto la evolución como el diagnóstico debido a la persistencia del consumo a lo largo del tiempo (25). Además, se debe tomar en cuenta el sesgo humano, esto en relación con la pericia diagnóstica, debido a la subjetividad en el momento de utilizar escalas que objetiven los datos clínicos evidenciados a la valoración clínica (25). Se ha descrito que la DUP finaliza cuando se inicia tratamiento farmacológico, cuando recibe un tratamiento farmacológico efectivo, cuando inicia hospitalización, o el tiempo en el que demuestra adherencia adecuada al tratamiento (19).

2.3 Incidencia y prevalencia de los Primeros Episodios Psicóticos

La epidemiología de los primeros episodios psicóticos es poco conocida, ya que su definición en los estudios es muy variable. Los estudios epidemiológicos deben tomar en cuenta los síntomas específicos a evaluar, características demográficas, la estabilidad del diagnóstico, y el nivel de representatividad de una población. La mayoría de los estudios epidemiológicos utilizan poblaciones heterogéneas entre sí, con variabilidad diagnóstica considerable, teniendo en cuenta principalmente el diagnóstico de esquizofrenia y dejando

de lado otros como las psicosis con características afectivas o incluso los trastornos psicóticos no especificados (26). La incidencia y prevalencia de la esquizofrenia varían ampliamente en distintos estudios. Esto puede atribuirse a la variabilidad de síntomas presentes en un síndrome tan heterogéneo como lo es la esquizofrenia (27). La incidencia de esquizofrenia es mayor en hombres en una proporción aproximada de 1.4 a 1 (28). La edad de aparición de esquizofrenia varía de igual manera. Sadock *et al.* (29) señalan una edad de inicio de esquizofrenia entre los 10 y los 25 años. Otros autores mencionan una edad de inicio en los hombres entre los 18 y 25 años, mientras que las mujeres inician entre los 25 y 35 años, con un segundo pico de edad a los 40 años (30). Los familiares de primer grado de pacientes con esquizofrenia tienen un riesgo 10 veces mayor de desarrollar la enfermedad en comparación con la población general (29). Hay una mayor incidencia de esquizofrenia en áreas urbanas en comparación con las rurales (29).

2.4 Etiopatogenia y epigenética de los Primeros Episodios Psicóticos

2.4.1 Etiopatogenia

En la actualidad todavía se desconoce la etiopatogenia de la psicosis y la esquizofrenia, sin embargo, existen teorías e hipótesis respaldadas principalmente por la respuesta al tratamiento con antipsicóticos, o bien, a la activación de distintas regiones anatómicas en neuroimágenes.

La hipótesis de la dopamina en la esquizofrenia se ha utilizado y aceptado por años, después de que se observara una respuesta clínica tras el uso de antipsicóticos, mediante el bloqueo de los receptores de dopamina D2. Esta teoría postula que la dopamina está sobreactivada en algunas partes del cerebro, e hipoactivada en otras áreas. A pesar de esto,

al día de hoy no se ha logrado determinar cuál es la relación entre los receptores D2 y la fisiopatología de la esquizofrenia (31). Más recientemente se ha planteado que otros neurotransmisores como el glutamato y la serotonina están involucrados en la fisiopatología de la esquizofrenia. La teoría indica que estos 3 sistemas de neurotransmisores interactúan para finalmente inducir los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia (32).

2.4.1.1 Las Vías e Hipótesis de la Dopamina

La vía mesolímbica de dopamina envía proyecciones de dopamina desde los cuerpos celulares en el área tegmental ventral al núcleo accumbens en el estriado ventral. Esta vía regula las conductas emocionales, el placer y la recompensa, y se piensa que es el candidato principal para regular los síntomas positivos de la psicosis. Específicamente, se ha hipotetizado que la hiperactividad de esta vía es la responsable de los delirios y las alucinaciones observados en la esquizofrenia. (32)

La vía mesocortical de DA se encuentra hipotéticamente afectada en la esquizofrenia. Aquí, los cuerpos celulares de DA en el área tegmental ventral envían proyecciones a la corteza prefrontal dorsolateral para regular la cognición y las funciones ejecutivas, y a la corteza prefrontal ventromedial para regular las emociones y el afecto. La hipoactivación de esta vía resulta técnicamente en síntomas negativos, cognitivos y afectivos, vistos en la esquizofrenia. Este déficit de DA podría resultar de una degeneración continua, debido a la excitotoxicidad del glutamato o por una incapacidad del neurodesarrollo en el sistema glutamatérgico (32). Incluso, los síntomas positivos, negativos y cognitivos se han asociado con reportes de anomalías de otros sistemas de neurotransmisores además de los anteriormente mencionados (33).

La pérdida de motivación e interés, y falta de placer, como se observa en la esquizofrenia, resulta no solo en una vía de DA mesocortical que funciona mal, sino también de una vía de DA mesolímbica deficiente (32).

En pacientes con esquizofrenia las alucinaciones auditivas se han vinculado con una hiperactivación del tálamo, cuerpo estriado e hipocampo. Por otro lado, los delirios se han asociado con una hiperactivación en la corteza prefrontal y una activación disminuida de las vías del cuerpo estriado y tálamo (34).

A pesar de la gran variabilidad de regiones cerebrales que se ha relacionado con el desarrollo de psicosis, desde el punto de vista anatómico, las lesiones en determinadas regiones orientan a tipos de síntomas. Lesiones en el cuerpo estriado, tálamo y lóbulo occipital pueden ir asociadas a alucinaciones visuales, y las alucinaciones auditivas se relacionan con lesiones en el lóbulo temporal, amígdala, hipocampo y tálamo (35).

Estudios han mostrado que los pacientes con esquizofrenia presentan un aumento en la dopamina sináptica a nivel subcortical y una capacidad de síntesis de dopamina mayor, medida de manera indirecta mediante la absorción de L DOPA radiomarcada en tomografía con emisión de positrones (33). Se ha encontrado que existe una disfunción en la actividad dopaminérgica presináptica, más específicamente en el nivel del cuerpo estriado en su región de asociación, y no en su porción límbica, como antes se pensaba. Un aumento en la síntesis y liberación de dopamina subcortical en el cuerpo estriado en su porción asociativa se ha asociado con psicosis (33). Se plantea, además, que estas disregulaciones dopaminérgicas podrían estar relacionadas con alteraciones en la red de atención encargada de filtrar los estímulos externos, dicha red se ha asociado a los delirios

y alucinaciones (33). Entre todas las vías que se han relacionado con el desarrollo de psicosis, se destaca la del circuito del tálamo y corteza prefrontal. Ambos se conectan con el cuerpo estriado en su región de asociación. Una alteración en los tres componentes de este circuito se podría traducir en alucinaciones. Se asocia además a este circuito el hipocampo y la amígdala, los cuales se asocian a percepción sensorial, y su alteración también podría contribuir al trastorno sensorioceptivo (33). Con esto se evidencia que el origen de la psicosis, más que ser una vía única relacionada a solo un neurotransmisor, consta de múltiples vías y posibles orígenes.

Cabe destacar que dichas alteraciones en la dopamina se han medido también previo al inicio de psicosis. Se logró determinar en estudios clínicos que en pacientes con alto riesgo de desarrollo de psicosis se presenta un aumento en la dopamina sináptica basal y de capacidad de producción de dopamina en comparación con pacientes sin riesgo. Además estos niveles pueden aumentar en mayor medida en aquellos pacientes que finalmente desarrollan psicosis, en comparación con aquellos pacientes de riesgo que no la desarrollaron (33).

2.4.1.2 Hipótesis de hipofunción de receptores NMDA

Durante años se ha hablado del posible involucramiento del neurotransmisor glutamato en la fisiopatología de la esquizofrenia, incluso el tratamiento con ácido glutámico para los pacientes con esquizofrenia en los años 40, y el reporte de anomalías en los niveles de glutamato en líquido cefalorraquídeo orientan a que efectivamente podría haber una alteración glutamatérgica en la psicosis (31). Existe evidencia indirecta de que

podrían existir anormalidades en el glutamato en la esquizofrenia. Estudios post mórtem han identificado una disminución en la densidad de subunidades 1 de receptores NMDA a nivel de corteza frontal y corteza temporal superior (36).

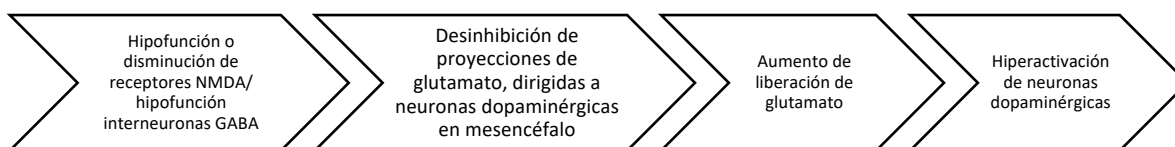
La hipótesis de alteraciones en receptores de NMDA surgió inicialmente tras la observación de que los antagonistas no competitivos de receptores NMDA (como fenciclidina, ketamina y dizocilpina) producían los síntomas positivos y negativos observados en la esquizofrenia (31). Estudios en modelos animales identificaron, posteriormente a la administración de antagonistas NMDA, cambios neurotóxicos, caracterizados por alteraciones corticales similares a los de los pacientes con esquizofrenia (37).

El mecanismo por el cual el antagonismo de receptores NMDA produce un aumento de glutamato y, por consiguiente, neurotoxicidad, no ha sido completamente comprendido; sin embargo, se hipotetiza que dicho mecanismo se relaciona con las interneuronas GABA (31). Los antagonistas de receptores NMDA reducen la actividad de las interneuronas GABA, lo que supone una posible hiperactivación debido a una desinhibición glutamatérgica (37).

A pesar de que la disfunción dopaminérgica presináptica ha sido ampliamente estudiada como causa de síntomas positivos, no explica completamente la presencia de síntomas negativos. Es ahí donde la hipótesis del glutamato toma mayor fuerza. Se plantea entonces que puede existir una combinación entre la hipofunción de receptores NMDA y la disfunción de dopamina presináptica en lo que respecta a los síntomas observables en la esquizofrenia (31). Existe una posibilidad de que la hiperactividad dopaminérgica en la vía mesolímbica esté relacionada con una disminución de la inhibición del sistema de

glutamato, ya que las neuronas dopaminérgicas reciben proyecciones glutamatérgicas que finalmente podrían afectar la síntesis adecuada de dopamina, y con ello, aumentar la liberación dopaminérgica (31).

Esquema de interacción entre glutamato y dopamina en el origen de síntomas psicóticos.



Tomado de Howes *et al.* (31)

2.4.2 Epigenética

Existe evidencia que relaciona a la epigenética y la expresión de genes con el inicio de primeros episodios psicóticos. El trauma infantil ha resultado asociado con los primeros episodios psicóticos mediante procesos de hipometilación del ADN y menor expresión del gen del factor neurotrófico derivado del cerebro. Como cambios asociados que también se han relacionado a la influencia de la epigenética se encuentran la metilación aumentada del gen de GCH1, la expresión aumentada de MPB, NDEL1, AKT1 y DICER1, e hipoexpresión de los genes DROSHA, COMT y Disc1(38).

Las experiencias traumáticas sufridas en la infancia, por ejemplo, el abuso físico, sexual, negligencia, abandono y separaciones son consideradas factores de riesgo para el desarrollo de psicosis (39). Influyen de manera negativa en la presencia de síntomas premórbidos, la duración de psicosis no tratada, y severidad de síntomas (40). A pesar de que dicha relación entre trauma infantil y desarrollo de psicosis pueda resultar

estadísticamente considerable, se desconoce por qué algunos sujetos terminan desarrollando psicosis y otros no, a pesar de que ambas poblaciones hayan estado expuestas a trauma. Esto hace cuestionar hasta qué punto o magnitud la epigenética podría estar relacionada con la psicosis, o si, en efecto, no tendrá tanto peso como otros factores (41).

Un estudio realizado por Misiak *et al.* (42) tenía como objetivo la identificación de patrones de metilación de ADN en el genoma enfocándose en una población de pacientes con primeros episodios psicóticos. Se logra identificar un patrón característico de metilación de secuencias LINE 1 (*long interspersed element 1*), en donde se detecta una menor metilación en pacientes expuestos a trauma infantil, esto fue medido mediante el inventario de reporte de trauma temprano en pacientes.

2.5 Etiología de los Trastornos psicóticos según DSM V y CIE 11

Los trastornos psicóticos son una manifestación sindrómica subjetiva y dimensional, donde el diagnóstico es clínico, por lo cual se debe tener una historia clínica detallada, tanto de la presentación sintomática como de la evolución de la enfermedad; así como por parte del clínico es importante reconocer los distintos síntomas y signos de los diferentes trastornos (14).

La psicosis está relacionada con distintos trastornos psiquiátricos, y su naturaleza se va a ver influenciada por componentes cognitivos, afectivos y socioculturales del individuo (14).

2.5.1 Presentación clínica de los Trastornos Psicóticos

2.5.1.1 Síntomas positivos en trastornos psicóticos según CIE-11 (43)

- Delirios persistentes
- Alucinaciones persistentes (más comúnmente auditivas)
- Trastorno formal del pensamiento
- Comportamiento desorganizado
- Difusión o control del pensamiento

2.5.1.2 Síntomas negativos en los trastornos psicóticos según CIE-11 (43)

- Afecto constreñido, aplanado o embotado
- Alogia
- Abulia
- Aislamiento
- Anhedonia

2.5.1.3 Síntomas depresivos en trastornos psicóticos según CIE-11 (43)

Con relación a los síntomas relacionados a un contexto de psicosis, se habla del estado de ánimo, como sensación de tristeza o presentación de signos como llanto; por el contrario si se presentan solo los síntomas no anímicos como la anhedonia, se debe indagar más al respecto.

2.5.1.4 Síntomas maníacos en trastornos psicóticos

Se relaciona con estados de ánimo elevados, irritables, expansivos o eufóricos, donde también hay cambios rápidos entre estos, y se pueden acompañar de estados de aumento de la actividad o energía (43).

2.5.1.5 Síntomas psicomotores en trastornos psicóticos

En este apartado se incluyen la agitación psicomotora, la actividad psicomotora excesiva (movimientos sin propósito, inquietud, incapacidad para quedarse quieto), catatonia (como flexibilidad cética o negativismo) (43).

2.5.1.6 Síntomas cognitivos en trastornos psicóticos

Hacen alusión a la disfunción cognitiva presente en distintos dominios como: velocidad de procesamiento, atención, concentración, orientación, juicio, abstracción, aprendizaje y memoria. No incluye desórdenes neurocognitivos.

Los síntomas no deben ser explicados por otra condición médica, tratamiento o sustancia, así como los síntomas negativos no deben darse como consecuencia de un síntoma positivo; por ejemplo: aislamiento en el caso de un delirio paranoide (43).

2.5.2 Clasificación de los Trastornos Psicóticos

2.5.2.1 Trastorno psicótico agudo y transitorio

Se caracteriza por la aparición aguda de síntomas psicóticos, sin tener previamente un pródromo de la enfermedad y con una expresión de gravedad de los síntomas a las dos semanas. Se pueden presentar delirios, alucinaciones, alteraciones del pensamiento, estados de perplejidad o confusión, trastornos del afecto, alteraciones del estado de ánimo y psicomotores (43).

El episodio se puede presentar por unos pocos días a un mes, y no excede los tres meses, y la intensidad de los síntomas puede variar incluso en un solo día. Se puede presentar como un primer episodio o múltiples episodios, donde esta presentación se tiene que haber cumplido en el último mes; así como se mantiene la clasificación de actualmente sintomático, en remisión parcial, remisión total o inespecífico.

2.5.2.2 Trastorno Esquizofreniforme

Consiste en la presencia de síntomas psicóticos por un tiempo mayor a un mes y menor a 6 meses. Posteriormente, la persona vuelve a su funcionamiento basal. Debe presentar al menos uno de los siguientes síntomas: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado o catatónico y síntomas negativos (14). El Manual diagnóstico de trastornos mentales (14) subdivide en sin características de buen pronóstico o con características de buen pronóstico, donde debe haber dos o más de las siguientes:

- Aparición de síntomas psicóticos en las primeras cuatro semanas después del primer cambio apreciable del comportamiento o funcionamiento habitual.
- Confusión o perplejidad
- Buen funcionamiento social y laboral antes de la enfermedad.
- Ausencia de afecto embotado o plano.

2.5.2.3 Esquizofrenia

Se caracteriza por deficiencias en mantener la realidad y alteraciones en el comportamiento, manifestadas en síntomas positivos, como alucinaciones persistentes, desorganización del pensamiento, experiencias de pasividad y control, y desorganización del comportamiento; así como síntomas negativos como afecto embotado, aplanado o abolido, y alteraciones psicomotoras (43).

Estos síntomas se caracterizan por presentarse en una frecuencia suficientemente distinta de lo esperado para las normas culturales y subculturales (43).

En la esquizofrenia podemos tener alteraciones en los ámbitos de pensamiento, percepción, cognición, afecto y comportamiento. Los síntomas centrales son los delirios persistentes, las alucinaciones y difusión o control del pensamiento (43).

Se debe mantener la presentación clínica al menos un mes, y no pueden presentarse como manifestación de otra enfermedad médica (43).

Se puede clasificar un primer episodio como actualmente sintomático, en remisión parcial o remisión total e inespecífico. En la remisión parcial se habla de una mejoría de los síntomas, donde estos no han cumplido los requisitos para el diagnóstico al menos un mes; y se habla de remisión total, ocurre en respuesta a medicación o tratamiento (43).

2.5.2.4 Trastorno Esquizoafectivo

Es un trastorno donde se requiere la presencia de síntomas de esquizofrenia (delirios, alucinaciones, desorganización del pensamiento o difusión o control de este), manía, mixto o de moderada a severa depresión, esto ocurre dentro del mismo episodio de enfermedad, ya sea de forma simultánea o con unos días de diferencia (43).

Los síntomas no deben ser explicados por otra condición médica. La duración de los síntomas debe ser de al menos un mes, y se puede clasificar en un primer episodio, episodios múltiples o en un trastorno continuo, cuya presencia es de al menos un año. De igual forma se puede clasificar como actualmente sintomático, en remisión parcial o remisión total e inespecífico (43).

2.5.2.5 Trastorno Esquizotípico

Trastorno caracterizado por la persistencia de un patrón duradero por varios años, donde la persona presenta comportamiento, habla y lenguaje excéntrico, distorsiones cognitivas y perceptivas, creencias inusuales y disfunción en relaciones interpersonales. Puede haber también anhedonia, afecto constreñido o inapropiado; así como alteraciones como delirios o alucinaciones; sin embargo, su duración y su intensidad son menores que en una esquizofrenia (43).

2.5.2.6 Trastorno de Ideas Delirantes

En este trastorno se presenta el desarrollo de un delirio o conjunto de estos persistentes durante al menos tres meses.

Esto debe ocurrir en ausencia de un episodio depresivo, manía o un episodio mixto.

No se presentan alteraciones del afecto, del habla o el comportamiento, no hay alteraciones perceptivas como alucinaciones.

Se puede clasificar como actualmente sintomático, remisión parcial, remisión total o inespecífico (43).

2.5.2.7 Catatonia

Es una marcada alteración a nivel del control voluntario de los movimientos (43).

Según Rojas (44), se caracteriza por presentar:

- Catalepsia: estado de rigidez muscular que impide la contracción muscular y por ende el movimiento.
- Flexibilidad cérica: estado de resistencia pasiva donde la persona adopta la postura que se le imponga.
- Negativismo: la persona se resiste a todo lo que se le indica, por ejemplo, se presenta un mutismo si se le dice que hable.
- Agitación: son conductas anormales que se caracterizan por movimientos exuberantes que no son apropiados a la situación.
- Estupor: ausencia de toda actividad motora consciente o inconsciente.

2.5.2.8 Trastorno psicótico inducido por sustancias o medicación

Se presentan durante o después de una intoxicación donde se producen alteraciones a nivel de percepción, cognición y comportamiento (43).

En el CIE- 11 (43) se describen como clasificaciones separadas según la sustancia, ya sea alcohol, cannabis, opioides, sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, anfetaminas-metanfetaminas, inhalantes, alucinógenos, MDMA, ketamina y otras sustancias psicoactivas.

En el DSM V (14) se anota como una subclasificación de cada trastorno según corresponda a las características clínicas de psicosis o del humor, en contexto del consumo de una sustancia o medicamento.

2.5.2.9 Trastorno psicótico secundario a otra enfermedad médica

En el CIE 11 (43) se anota como un trastorno donde hay presencia de alucinaciones o delirios secundarios a condiciones fisiopatológicas en el contexto de una condición de salud física, evidenciada por antecedentes, estudios de laboratorio y gabinete, así como por examen físico.

Se clasifica con alucinaciones, con ilusiones, mixto o inespecífico (43).

En el DSM V (14) se anota una subclasificación de cada trastorno según corresponda con las características clínicas de psicosis o del humor, y que sea evidenciado mediante examen físico, historia clínica y estudios de laboratorio y gabinete.

2.5.2.10 Otros trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Esta clasificación se utiliza en el DSM V para describir trastornos psicóticos especificados y los no especificados que no cumplen con la suficiente información para lograr dar un diagnóstico.

Se describen alucinaciones auditivas persistentes sin otro síntoma, delirios con episodios del estado de ánimo superpuestos, psicosis atenuada o delirios en la pareja de una persona con trastorno delirante (14).

2.5.2.11 Trastorno Afectivo Bipolar

Este trastorno se presenta como cambios episódicos del estado de ánimo, donde hay episodios de manía, hipomanía o mixtos, además pueden alternar durante el curso de la enfermedad con episodios o síntomas depresivos (43).

Se habla de tres tipos, incluyendo el Trastorno Bipolar Tipo I, el Trastorno Bipolar Tipo II y la Ciclotimia (43).

Para cada uno de los trastornos con distintas especificaciones, ya sea en el Tipo I con episodio de manía o episodio mixto con depresión leve, moderada o severa, con o sin psicosis; y en el Tipo II con hipomanía y episodio depresivo leve, moderado o severo, con o sin psicosis. Tomando en cuenta que se puede encontrar también la clasificación de remisión parcial o total (43).

Por otro lado, la ciclotimia se caracteriza por presentar una inestabilidad del humor persistente, a lo largo de mínimo 2 años donde la persona curse con episodios de hipomanía y sintomatología depresiva que no llega a ser tan severa como para pensar en un episodio depresivo; sin embargo, ya que la sintomatología no llega a ser tan severa, este tipo de trastorno no llega a presentar episodios de psicosis (43).

2.5.2.12 Trastorno depresivo

Se caracteriza por cursar con ánimo depresivo, pérdida del placer, acompañado de otras alteraciones en el nivel cognitivo, del comportamiento o síntomas neurovegetativos que afectan el funcionamiento de la persona, durante dos semanas de duración (43).

Se puede clasificar en leve, moderado con o sin psicosis y severo con o sin psicosis; así como la clasificación en remisión parcial o total (43).

Se puede considerar también la clasificación en episodio depresivo recurrente, el cual amerita que se den al menos dos episodios depresivos con varios meses de remisión de síntomas entre cada uno, y, de igual forma, se subclasifica en episodio leve, moderado con o sin psicosis, severo con o sin psicosis, en remisión parcial o total (43)

2.5.3 Algunas diferencias relevantes entre DSM V y CIE 11

No se encuentran grandes diferencias entre uno y otro, al momento de dar descripciones o subclasificaciones de cada trastorno; sin embargo, se pueden dar algunas diferencias al englobar el conjunto de trastornos.

En el DSM V (14) se engloban todos los trastornos psicóticos en un solo apartado llamado “Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”, y se habla de una categoría especificada donde se mencionan síntomas que no se logran incorporar a ninguna de las clasificaciones anteriores; por el contrario, en el CIE- 11 (43) se habla de Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos primarios.

En el CIE- 11 (43) se incorpora la catatonía dentro de la clasificación de “Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”, y, por el contrario, en el DSM V (14) se toma como un apartado aparte.

En cuanto a las afecciones por enfermedades médicas o sustancias, en el CIE- 11 (43) se describen como apartados distintos, cada uno con sus propias subclasificaciones según corresponda en relación con la clínica que presenten; y, por el contrario, en el DSM V (14), se describen como subclasificaciones, ya sea de los trastornos psicóticos o los trastornos afectivos.

En ambos manuales se opta por la categoría no específica en cada uno de los trastornos, la cual se utiliza cuando no se cuenta con la suficiente información para dar un diagnóstico.

2.6 Estadiaje de los Primeros Episodios Psicóticos

El modelo de estadiaje en la medicina es ampliamente utilizado para cualquier enfermedad que tenga un curso y, por lo tanto, que pueda evolucionar. Tiene como objetivo llevar a cabo una descripción más minuciosa de la sintomatología que asocia un paciente en determinado momento, y con ello se buscan beneficios como aumentar la velocidad, calidad y especificidad de los tratamientos, optimizar la respuesta a tratamiento y su efectividad, mejorar el curso y evolución del diagnóstico, así como correlacionar hallazgos patológicos en lo que refiere a la etiología, factores de riesgo y hallazgos físicos, de neuroimágenes, etc. (14).

El rol del estadiaje tiene una función de predicción y de tratamiento. Se busca brindar el abordaje más beneficioso para una determinada etapa de la enfermedad, y así con ello cambiar el pronóstico y prevenir la progresión a estadios más avanzados (6).

Se plantea que con el estadiaje, la intervención de la enfermedad puede ser más segura, más aceptada por los pacientes, con menor costo económico, y con un potencial de retrasar la progresión de la enfermedad (27).

McGorry *et al.* (6) propusieron una clasificación descriptiva de estadiaje basada en los síntomas de trastornos psiquiátricos, en los que se incluyen los trastornos psicóticos y del afecto, a partir de la cual se ha intentado hacer un acercamiento desde el punto de vista fisiopatológico, mediante la correlación de síntomas psiquiátricos y hallazgos en neuroimágenes.

Tabla 1. Estadiaje clínico de la esquizofrenia adaptado de McGorry *et al.* (6)

Estadio clínico	Definición
0	Sin síntomas. Con riesgo aumentado de psicosis.
1A	Síntomas inespecíficos afectivos o síntomas leves de psicosis. Leve deterioro funcional.
1B	Riesgo ultra alto de psicosis. Aparición de síntomas moderados, deterioro cognitivo y funcional. Sintomatología aún se encuentra debajo del umbral de psicosis.

2	Primer episodio psicótico. Síntomas moderado-severos de psicosis, asociando además un franco deterioro cognitivo y funcional. Se incluyen aquí los episodios agudos de psicosis.
3A	Presencia de remisión incompleta de síntomas.
3B	Recurrencia de síntomas psicóticos que puede lograr estabilizarse con tratamiento, pero funcionamiento global se encuentra por debajo del previo a la recaída.
3C	Recaídas a repetición con deterioro progresivo en síntomas y funcionamiento global.
4	Síntomas severos y persistentes, sin remisión.

Etapa premórbida: Corresponde al estadio 0 de sistema de estadiaje de enfermedad. En esta etapa el paciente cursa asintomático y no se han presentado alteraciones en su percepción, funcionamiento, pensamiento y cognición.

Etapa de pródromo: Corresponde al estadio clínico 1A-1B. También conocido como periodo pre-psicótico, se considera un concepto de descripción retrospectiva de síntomas. Es la etapa inicial de la enfermedad en la cual se da la aparición de alteraciones en el humor, la percepción, funciones cognitivas, conducta, creencias y afecto. Dichos síntomas son inespecíficos (ansiedad, irritabilidad, alteraciones en la concentración, suspicacia, etc.) y generalmente se acompañan de síntomas negativos iniciales. Posterior a ello, los síntomas positivos pueden aparecer (45). Los síntomas positivos presentes en esta etapa se

consideran debajo del umbral diagnóstico, y ya sea por severidad o su persistencia irregular en el tiempo, se consideran insuficientes en ese momento para diagnosticar una franca psicosis (27). La etapa prodrómica no se da en todos los casos, se estima que la aparición de síntomas prodrómicos se da en alrededor del 80 %-90 % de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Asimismo el 10 %-20 % de los pacientes inician con síntomas positivos de manera súbita (46).

Galletly *et al.* (27) se basan en el estadiaje de Mc Gorry *et al.* (6) para considerar la etapa 1A y 1B como de riesgo ultra alto para desarrollo de psicosis. Si bien es cierto no hay un rango de edad establecido para esta etapa, típicamente se presenta entre los 14 y 35 años. Asociado a la presencia de los cambios en el pensamiento, percepción y cognición anteriormente mencionados, la presencia de síntomas positivos subumbrales, un deterioro psicosocial considerable en el último año y una historia familiar de trastornos psicóticos en familiares de primer grado, son considerados criterios para un riesgo ultra alto de psicosis (27).

2.7 Factores de riesgo sociodemográficos para un Primer Episodio Psicótico

Se conoce poco acerca de los determinantes de la DUP. Dichos elementos relacionados se han categorizado en: Factores demográficos como el género, síntomas premórbidos, funcionamiento global del paciente, factores sociales, factores familiares, y factores del servicio de salud (47).

Por otro lado, existen otras determinantes que han evidenciado limitaciones al momento de la variabilidad de los resultados en la determinación de la DUP, siendo así que se han asociado factores tales como uso de sustancias, que limita tanto la evolución como el

diagnóstico debido a la persistencia del consumo a lo largo del tiempo (25). Además, se debe tomar en cuenta el sesgo humano, esto en relación con la pericia diagnóstica, debido a la subjetividad al momento de utilizar escalas que objetiven los datos clínicos evidenciados en la valoración clínica (25).

Se han realizado estudios que abordan otras variables sociodemográficas, donde se ha evidenciado que una red de apoyo reducida se correlaciona con la prolongación de la DUP en personas con un primer episodio psicótico, debido a la influencia que la red de apoyo pueda tener en el individuo. (48). Sin embargo, en este contexto, los estudios han diferido en el tipo de redes sociales a evaluar, ya que Garrá *et al.* (48) mencionan que las redes de apoyo influyentes son únicamente las más cercanas, de este modo, estas serían referentes casi de forma exclusiva al núcleo familiar.

En estos estudios se ha logrado concluir que las redes de apoyo son un factor determinante, en tanto estas tengan un nivel de interacción y compromiso más íntimo (48).

Un estudio realizado en Dinamarca recopiló datos sociodemográficos de pacientes con el objetivo de relacionarlos con la DUP. Los resultados arrojaron un 32,7 % de pacientes con una DUP menor a 6 meses, 17,7 % DUP mayor a 6 meses y menor a 12 meses y 32 % con una DUP mayor a 12 meses. Se obtuvieron, además, los siguientes resultados: sexo femenino, una mayor edad, una escala de funcionamiento global menor, y el uso de cannabis se asociaron a una DUP (24).

En una revisión sistemática se describe que la DUP media entre estudios es de 21,6 semanas, con una variación de 4 a 68 semanas (49).

Larsen *et al.* (2) mencionan como factores influyentes de peor pronóstico para prolongación de la DUP:

- Género: sexo masculino

- Edad: jóvenes
- Estado civil: soltero
- Profesión: desocupado
- Comorbilidades asociadas: enfermedad mental asociada
- Red de apoyo: pobres redes o debilitada
- Uso de sustancias: predominantemente se han realizado estudios con cannabis

2.8 Antecedentes nacionales

En Costa Rica se han realizado estudios de investigación para optar por el título de Especialistas en Psiquiatría en el Posgrado de la Universidad de Costa Rica; sin embargo, estos estudios en su mayoría se han basado en población con síntomas de psicosis, sin tomar en cuenta la duración de la psicosis no tratada, y el impacto de este período en el funcionamiento del paciente y la progresión de la enfermedad.

En su estudio, Montealegre (50) concluyó, de acuerdo a la literatura revisada, que los primeros episodios psicóticos constan de tres presentaciones clínicas: la fase premórbida, que se caracteriza por presentar síntomas inespecíficos de la enfermedad como: personalidad premórbida, menor reserva cognitiva y el funcionamiento psicosocial; la fase prodrómica, donde se presentan síntomas psicóticos atenuados o hay factores de riesgo y el primer episodio psicótico, cuando ya hay sintomatología psicótica franca.

Arroyo (51) elaboró una revisión sistemática en la que concluye que las personas con un menor lapso entre la aparición de los síntomas psicóticos y el inicio de la atención temprana mostraron diferencias significativas en cuanto a la disminución de los síntomas negativos, favoreciendo la intervención temprana en los primeros años de la enfermedad como tal y años tras el diagnóstico.

2.8.1 Manejo actual de Primer Episodio Psicótico

La clínica de primeros episodios psicóticos del HNP surge como una respuesta a la importancia de la promoción, prevención, rehabilitación y reinserción de la población con patología mental del espectro de la psicosis (52).

La clínica surge como una atención en la consulta externa del HNP fundada en el 2013, con la intención de brindar un manejo ambulatorio que asegurara el seguimiento a los pacientes que estaban recién egresados tras su primer episodio psicótico (5).

Actualmente la clínica se conforma por un equipo interdisciplinario, donde se brinda atención por personal de psiquiatría, nutrición, psicología, enfermería, trabajo social y medicina general.

La clínica tiene como objetivo disminuir la tasa de recaídas, así como disminuir complicaciones y de esta forma lograr una mejor intervención terapéutica, para eventualmente lograr asegurar un adecuado funcionamiento en el paciente. Se basa también en lograr crear un compromiso en el paciente con su patología, para mantener una adecuada adherencia y un mejor control de las comorbilidades, tomando en cuenta también el consumo de sustancias (5).

El modelo de Montealegre *et al.* (5) se basa en un manejo de tres etapas, siendo estas:

- Detección temprana: busca brindar educación, asesoría y mantener un fácil acceso a los servicios de salud.
- Tratamiento de fase aguda: busca el manejo agudo tanto por parte de la comunidad como del personal de salud especializado.

- Continuación del tratamiento: mantener tanto el tratamiento como la psicoeducación.

Se fundamenta en principios básicos, según afirma Montealegre *et al.* (5):

- Atención integral: posterior a establecerse el diagnóstico continuar con el manejo por parte del equipo multidisciplinario
- Evidencia científica: el programa se encuentra basado en medicina basada en la evidencia, y en un inicio se intentaba lograr objetivar los resultados mediante escalas a los 3, a los 6, a los 9 y a los 12 meses.
- Inclusividad: se incluyen todos los posibles diagnósticos de trastornos psicóticos, desde las patologías afectivas hasta las no afectivas, incluyendo el consumo de sustancias asociado.
- Enfoque investigativo: se da bajo el estatuto de que la clínica tenga una base orientada a la investigación con objeto de promover los beneficios para esta población.

Por otro lado, se implementan criterios de inclusión y exclusión para ingresar a la clínica, los cuales son evaluados por el equipo multidisciplinario al recibir las referencias.

Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión a la Clínica de PEP del HNP (5)

Inclusión	Exclusión
Diagnóstico de Primer Episodio Psicótico	Diagnóstico de Trastorno psicótico secundario a otra afección médica

Edad entre los 18 a 65 años	Menores de 18 años Mayores de 65 años
Referido por el psiquiatra tratante del pabellón de agudos del HNP	
Manejo ambulatorio por otros servicios con el visto bueno de la jefatura de consulta externa	

El abordaje por parte de la clínica se realiza de forma interdisciplinaria, toma en cuenta:

- Abordaje psiquiátrico: se realiza historia clínica, valorando los posibles hallazgos de la etapa premórbida y prodrómica, así como el *insight* del paciente.

Se plantean objetivos a trabajar con el paciente desde el tratamiento, red de apoyo, rehabilitación cognitiva, asesoramiento vocacional y necesidad de psicoterapia.

Mensualmente se utilizan algunas escalas como: PANSS y GAF (5).
- Abordaje familiar: se realiza desde un enfoque psicoeducativo, así como sobre la dinámica de la familia y la conciencia de enfermedad (5).
- Abordaje farmacológico: se trabaja con esquema de tratamiento de antipsicóticos tanto atípicos como típicos, basándose en evidencia científica, tanto como en las recomendaciones de la Asociación Americana de Psiquiatría (14). Se utilizan los fármacos disponibles en la Caja Costarricense del Seguro Social, dentro de la lista oficial de medicamentos.

Se plantea aumento de dosis en los fármacos en las tres primeras semanas de tratamiento, en caso de no haber respuesta adecuada se recomienda un nuevo aumento en las próximas dos semanas, y si al cabo de las 8 semanas no hay mejoría, se hace cambio de antipsicótico a uno de segunda generación, y en caso de persistir la poca remisión de síntomas se considera clozapina según cada caso. En caso de haber un componente afectivo se utiliza un regulador del estado del ánimo según cada caso en particular (5).

- Rehabilitación cognitiva: se intenta reforzar el rendimiento cognitivo para de esta forma mejorar la funcionabilidad del paciente, mediante técnicas de aprendizaje y ejercicios cognitivos (5).

- Grupos de psicoeducación y multifamiliares: se inicia cuando hay adecuada adherencia al programa tanto por parte del familiar como de la familia.

Se trabaja tanto sobre el concepto de la enfermedad y sus implicaciones, como sobre el ambiente familiar y social (5).

- Abordaje social: se trabaja con las redes de apoyo.
- Abordaje de medicina general: se enfoca en estilos de vida saludable y velar por las posibles comorbilidades médicas que el paciente presente y se les deba dar tratamiento y seguimiento(5).
- Abordaje nutricional: se intenta prevenir complicaciones secundarias principalmente por los fármacos, como aumento de peso.
- Rehabilitación vocacional: se enfoca sobre la reinserción académica y/o laboral.

Para dar de alta a un paciente se basan en la evidencia científica que sustenta que el período crucial es de los dos a los cinco años tras el diagnóstico, por lo tanto, se refieren a

los equipos de salud mental del II nivel de atención posterior a cumplir los objetivos y haber tenido un seguimiento de dos años (5).

2.8.2 Manejo actual de Etapa premórbida en atención primaria

2.8.2.1 Modelo de Salud Mental Comunitaria en Costa Rica

La estructura bajo la cual trabajan los programas tiene la premisa de brindar una atención diurna para la prevención de situaciones en la población de alto riesgo psicosocial. Esto se maneja bajo seis ejes de abordaje según lo estipulado en los programas; siendo así, que tienen tres ejes internos (clínico, educativo y creativo), y tres ejes externos (familia, redes e investigación) (53).

El manejo estipulado se fundamenta en el modelo matemático nudo borromeo, el cual se basa en que un nudo se encuentra entrelazado por tres aros, y al cortar uno de estos, los otros se separan. Tomando esta definición, se trabaja con la necesidad de un abordaje integral para niños, niñas y adolescentes. Se habla de que los tres aros simbolizan un abordaje preventivo, representando cada uno un eje de intervención psicosocial (53).

2.8.2.1.1 Abordaje por Ejes

2.8.2.1.1.1 Ejes Internos

- **Educativo:** se trata del acceso a la educación formal y sostenibilidad dentro del sistema educativo, esto se ve como una vía fundamental en las poblaciones de alta vulnerabilidad para su inclusión social.

Se ha evidenciado una prevención en el nivel de los índices de violencia, de la deserción escolar, así como una promoción en el nivel del aprendizaje y el conocimiento (53).

- **Creativo:** son espacios para la expresión y creación artística, donde se utilizan talleres lúdico-creativos para incentivar la imaginación, la creatividad y las diferentes formas de comunicación a través del arte (53).
- **Clínico:** se realizan terapias grupales, individuales y familiares para que la frustración o el malestar pueda elaborarse, y se busquen alternativas que ayuden a construir el proyecto de vida (53).

2.8.2.1.1.2 Ejes Externos

- **Familia:** se trabaja desde un modelo integral trabajando no solo con los menores, sino con su grupo primario para perpetuar un mejor funcionamiento en la dinámica familiar (53).
- **Redes:** constituyen gran parte de la fortaleza de los programas, donde se trabaja con redes establecidas, como lo son las instituciones estatales, la sociedad civil en general y distintos expertos en las temáticas que se encuentran vinculadas al mejor funcionamiento(53).
- **Investigación:** se basa en la búsqueda de la prevención de la violencia y la exclusión, apunta a los modelos que, desde el vínculo, logren construir el proyecto futuro y la construcción del sentido de la vida en la población de las comunidades(53).

2.8.2.2 Programas de Atención Comunitaria

Según el informe de labores de atención comunitaria del Hospital Nacional Psiquiátrico (53), en la actualidad se trabaja con cuatro programas de atención en niños, niñas y adolescentes.

1. Programa Casas de Prevención Infanto-Juvenil: inicia en junio del 2006. Se encuentra ubicado en Pavas, y cuenta con una población de 344 usuarios.
2. Programa Casitas de Escucha Limón y Talamanca: inicia en mayo del 2017. Se encuentra ubicado en Limón y Talamanca, y cuenta con una población de 541 usuarios.
3. Programa Aulas de Escucha: inicia en abril del 2018. Se encuentra en distintos colegios de Limón, San José, Heredia, Alajuela y Cartago; y cuenta con un total de 1000 usuarios.
4. Programa Casas Juveniles GAM: inicia en agosto del 2018. Se encuentra en Alajuelita y Pavas, y cuenta con un total de 75 usuarios.

2.8.2.2.1 Programa Casas Infanto Juveniles

Actualmente se trabaja con ubicación en Pavas. En este programa los menores asisten a cuatro distintas casas, donde tenemos la Saint Exupery, Camille Claudel, Metrópolis y Carmen Lyra. Su objetivo es evitar la deserción del sistema educativo y disminuir las dinámicas que fomenten la violencia. Se brindan espacios para la expresión, la reflexión y la toma de decisiones que ayuden a prevenir las distintas problemáticas sociales (exclusión escolar, consumo de drogas, narcotráfico, embarazos y otras) (53).

Se dan espacios que abordan desde la estimulación temprana hasta el acompañamiento a los usuarios de último año colegial para orientarles en temas vocacionales y etapas de preparación para la admisión universitaria.

Se brindan talleres expresivos que ayuden a fomentar el espacio a la palabra, el trabajo en equipo, la comunicación, la resolución de problemas; así como potenciar las distintas capacidades y habilidades; entre estos se encuentran: talleres de arte terapia, taller de cocino terapia, taller recreativo y deportivo, taller de danza aérea, taller de teatro, taller de musicoterapia, taller de jardinoterapia, taller de creación literaria, taller de sexualidad, taller de robótica y taller de computación.

Por otro lado, se ha evidenciado que la población por género tiene una distribución del 48 % femenino y 52 % masculino; así como se ha visto que el 92 % es población costarricense y el 8 % población nicaragüense; sin embargo, la mayoría tiene origen nicaragüense (53).

2.8.2.2.2 Programa Casitas de Escucha

Actualmente se trabaja con ubicación en Limón y Talamanca. Este programa incluye comunidades de Corales, Cieneguita, Puerto Viejo, Sepecue, Sixaola y Shiroles. Dada su alta participación de población afro costarricense, indígena y migrante, se da un abordaje intercultural (53).

Se describen como espacios de protección infantojuvenil, dando una respuesta preventiva a los índices de violencia y la exclusión social.

Se abordan temas como la violencia estructural, la exclusión histórica y el suicidio; y se brinda una resignificación a estos intentando construir un proyecto de vida.

Su objetivo se basa en fortalecer el desarrollo psicosocial y la construcción del proyecto de vida; mediante el desarrollo de tutorías y talleres educativos, el promover la permanencia en el sistema educativo, y generar espacios para la expresión y la creación artística, lo que permite incentivar la comunicación y el desarrollo interpersonal (53).

Se han establecido mejoras que fomenten las terapias de juego, se ha incorporado el taller de raíces que ha logrado mediante el fortalecimiento del arraigo con la identidad cultural indígena, así como el fortalecimiento de la vinculación, mediar una importante vía de construcción en dar un sentido a la vida, al igual que prevenir la incidencia de suicidio. Por otro lado, se han encontrado limitaciones propias de las condiciones climáticas que en ocasiones hacen imposible brindar la atención.

Se ha evidenciado que el 56.2 % de las personas atendidas son hombres y el 43.8 % son mujeres, así como se ha evidenciado mayor vinculación en la población masculina referente a la violencia social, comportamientos en pandillas y de la cultura del narcotráfico, lo cual ha fomentado una masculinización de la violencia. La población mayormente beneficiada se encuentra en un rango de entre los 6 y 12 años, que constituye el 82 % de población atendida (53).

2.8.2.2.3 Programa Aulas de Escucha

Se trabaja particularmente con estudiantes de séptimo año de distintas zonas vulnerables de Limón, San José, Heredia, Alajuela y Cartago. Se ayuda en la transición de la escuela al colegio, y se brinda fortalecimiento en habilidades para el desarrollo personal y social; se promueve el potencial creativo y la recreación física; así como brindar apoyo pedagógico con tutorías. Se trabaja la prevención en temas de

riesgo social como el consumo de drogas, las armas, la violencia, las lesiones autoinflingidas, los embarazos, la discriminación y la exclusión escolar (53).

Se brindan espacios donde logran encontrar un medio seguro y protector, donde tienen la oportunidad de descubrirse a sí mismos y elaborar respecto a su presente y pasado, promoviendo un sentido a su proyecto de vida.

Se permite el desarrollo de habilidades sociales mediante la comunicación, la solidaridad, la disciplina, la toma de decisiones, la colaboración y la destreza propia.

Se ha evidenciado una participación mayor en las mujeres correspondiendo al 55 % y 44 % hombres (53).

2.8.2.2.4 Programa Casas Juveniles GAM

Actualmente se trabaja con ubicación en Pavas y Alajuelita, y con el proyecto de ampliarlo a zonas de Hatillo e Ipis. Se trabaja con la premisa de promover alternativas constructivas a la vinculación, desarrollar habilidades, el autoconocimiento y elaborar proyectos de vida (53).

Se intenta movilizar el fracaso y la exclusión escolar para realizar construcciones que brinden autonomía, confianza y una resignificación tanto en el ámbito académico como en los proyectos de vida. Por otro lado, se evidenció que el grupo etario va desde los 12 hasta los 23 años, con un pico de población mayor entre los 13 y 19 años; donde se logró objetivar que es población cursando por cambios vitales en su vida, tanto en la transición de la escuela al colegio, como la inserción al mundo laboral. Se evidenció también una mayor predominancia de mujeres en Alajuelita, con un 54 % de mujeres y un 46 % de hombres; sin embargo, en el sector de Pavas predomina la población masculina (41).

Se brindan talleres que sean participativos en la construcción colectiva entre los participantes, así como el lograr trabajar en las distintas experiencias personales que no han logrado verbalizar, así como el lograr estimular la expresión de sentimientos para aliviar tensiones y lograr reconocer lo distintivo de cada persona. Se fomenta el taller de inglés, taller de agricultura urbana, taller de arte, taller de dibujo y exploración de sueños. A modo general se han establecido criterios de ingreso a los distintos programas, que tienen como objetivo dar prioridad a los distintos casos que requieren de una atención inmediata.

Tabla 3. Criterios de riesgo de Prioridad de Programa Casas Infantojuveniles y Casitas de Escucha (53)

Número	Criterio	Calificación
1	Una o más personas cuidadoras de primera o segunda consanguinidad están privadas de libertad	Muy alta 3
2	Una o más personas cuidadoras o que forman parte del núcleo familiar consumen o venden drogas	Muy alta 2
3	La persona participante ha presentado ideación suicida o intentos de suicidio, autolesiones o alguna conducta autodestructiva	Muy alta 1
4	Las personas cuidadoras de primera consanguinidad han abandonado el núcleo familiar, tienen un paradero desconocido o han fallecido	Alta 2

5	La persona participante está inmersa en un núcleo de violencia intrafamiliar	Alta 1
6	La persona participante vive en pobreza extrema	Media alta 2
7	Otros distintos según las apreciaciones de los profesionales	Media alta 1

Tabla 4. Criterios de inclusión al Programa de Casas Juveniles GAM (53)

Criterio	Peso	Porcentaje
Usuario excluido del circuito educativo y/o desempleado	Muy alta 3	100 %
Usuario en riesgo de exclusión del ámbito educativo y/o laboral	Muy alta 2	95 %
Usuario en condición de consumo problemático de sustancias (frecuencia de 2 o más a la semana)	Muy alta 1	90 %
Usuario en condición de pobreza extrema	Alta 2	85 %
Usuario con antecedente de infracciones a la ley, o actualmente en proceso judicial abierto	Alta 1	80 %
Usuario con familiares en privación de libertad, hasta segundo grado de consanguinidad	Media alta 1	75 %

2.9 Antecedentes internacionales

2.9.1 Manejo actual de la etapa prodrómica en atención primaria

En la actualidad los avances farmacológicos en la psiquiatría han sido considerables. Hoy en día se cuenta con psicofármacos cada vez más específicos y que permiten una mejor respuesta de síntomas psicóticos en los pacientes. A pesar de ello, cuando se comparan los avances en otras áreas de la medicina, en la cual la prevención y detección temprana ha jugado un papel fundamental en el pronóstico y evolución de la enfermedad, es evidente que la psiquiatría se ha quedado atrás. La detección temprana y pronta intervención han jugado un papel determinante en la incidencia de enfermedades cardiovasculares y oncológicas, esto orienta a que el enfoque actual de la psiquiatría debería ir hacia la captación de poblaciones de riesgo y tratamiento oportuno, para así disminuir las complicaciones a largo plazo, producto de un abordaje tardío de enfermedad.

El enfoque preventivo ha venido a cambiar la manera en la que se ve la esquizofrenia. Previamente se consideraba una enfermedad inevitable y cuyo pronóstico no podía alterarse. Sin embargo, las intervenciones en los aspectos de abordaje y detección tempranas han demostrado que los trastornos psicóticos son diagnósticos más dinámicos de lo que se pensaba. Teniendo esto en cuenta, se ha observado que la intervención en factores de riesgo puede influenciar en la evolución a la psicosis. McGorry *et al.* (54) plantean la gran necesidad de detectar, intervenir de manera temprana y así modificar factores relacionados con la aparición de psicosis. Señalan como importantes las redes de apoyo del paciente, el abandono laboral o académico, uso de sustancias y otras comorbilidades psiquiátricas como trastornos depresivos y estrés post trauma.

En la *Guía Práctica del Colegio Real Australiano y Neozelandés de Psiquiatras*, Galletly *et al.* (27) elaboraron un listado de recomendaciones para el abordaje de la fase prodrómica de la psicosis, basándose en estudios que examinan la efectividad de las intervenciones en pacientes que no han presentado debut de psicosis. Estos estudios incluyen el uso de terapia cognitivo conductual, tratamiento psicofarmacológico e intervenciones familiares.

Tabla 5. Recomendaciones para abordaje de la fase prodrómica de la psicosis (27)

Recomendaciones para manejo de fase prodrómica	Nivel de evidencia
Debe pensarse en la posibilidad de un trastorno psicótico en pacientes jóvenes que estén experimentando un deterioro funcional inexplicable.	I (Revisión sistemática de estudios nivel II)
Si hay aparición de síntomas psicóticos subumbral asociados a deterioro funcional (indicando un ultra alto riesgo), el joven y su familia deben ser valorados cada 2 a 4 semanas hasta resolución o evolución de síntomas. Se recomienda la terapia cognitivo conductual.	I (Revisión sistemática de estudios nivel II)
Deben ser abordadas las alteraciones interpersonales y vocacionales, así como la farmacodependencia y síntomas depresivos.	I (Revisión sistemática de estudios nivel II)
Debe educarse al paciente y a su familia con respecto al riesgo clínico actual que presenta, tomando en cuenta factores sociales, culturales y educativos.	III-1 (Ensayo controlado pseudo aleatorizado)

<p>En la etapa prodrómica no debería indicarse de primera línea el uso de antipsicóticos, a menos que haya presencia de francos síntomas psicóticos con al menos una semana de duración, que dichos síntomas estén asociados a riesgo de autoagresión o agresión a terceros, o que los síntomas psicóticos subumbral persistan a pesar de terapia cognitivo conductual y las intervenciones psicosociales.</p>	<p>III-1 (Ensayo controlado pseudo aleatorizado)</p>
--	--

Tomado de Galletly *et al.* (27)

2.9.2 Manejo actual del primer episodio psicótico

McGorry *et al.* (55) iniciaron una investigación en 1984, en la que determinaron las necesidades que distinguían a los pacientes con primeros episodios psicóticos de los pacientes con enfermedad crónica. Notaron que incluir a pacientes con debut psicótico en unidades con pacientes psicóticos crónicos resultaba contraproducente. Esta experiencia de acercamiento al hospital resulta aterradora para los pacientes, quienes observan el deterioro de pacientes crónicos, tratamientos agresivos y a dosis mucho mayores que las necesarias, y el pesimismo en general manejado tanto por el personal de salud como por los familiares con respecto al pronóstico de la enfermedad. Teniendo esto en cuenta, se inicia un proceso de separación de pacientes agudos de los crónicos, y se plantea la necesidad de desarrollar programas de intervención psicosocial tanto para pacientes como sus familias.

McGorry *et al.* (55) plantean un modelo de intervención basado en la detección temprana desde la atención primaria y abordaje en la comunidad. El programa se enfoca en tres

elementos principales: La detección temprana, el tratamiento agudo y la continuación de tratamiento. Cada elemento cuenta con componentes considerados como indispensables para un modelo especializado en atención de psicosis temprana, los cuales se mencionan a continuación:

Tabla 6. Recomendaciones para abordaje de primeros episodios psicóticos (55)

Detección temprana	<p>1. Educación a la comunidad en temas de salud mental en personas jóvenes, dirigido al público en general y trabajadores cercanos a adolescentes.</p> <p>2. Fácil Acceso al servicio, sin necesidad de referencias médicas</p> <p>3. Asesoría a nivel domiciliario por parte de un equipo multidisciplinario con disponibilidad continua.</p>
Tratamiento agudo	<p>4. Atención aguda por equipos de salud en la comunidad, o en una unidad de internamiento.</p> <p>5. Acceso a cuidados subagudos.</p>
Continuación de tratamiento	<p>6. Abordaje del caso por personal de salud que brinde tratamientos personalizados y psicoeducación</p> <p>7. Intervenciones médicas, principalmente farmacoterapia a dosis bajas</p> <p>8. Intervenciones psicoterapéuticas que incluyan terapia individual cognitivo conductual y psicoeducación</p>

	<p>9. Programa de recuperación funcional enfocado en retornar el funcionamiento social, y educativo</p> <p>10. Programas grupales que incluyan temas relevantes para jóvenes, como el manejo de síntomas ansiosos y depresivos, estrés, otros temas de salud, uso de sustancias, educación, trabajo y actividades recreativas.</p> <p>11. Programas de apoyo familiar.</p> <p>12. Promover la participación y soporte por parte grupos de pares.</p> <p>13. Servicios domiciliarios para personas que tengan difícil acceso a los centros de salud.</p> <p>14. Alianzas con otras organizaciones que brindan soporte a la salud mental en jóvenes.</p> <p>15. Capacitación para crear recurso humano especializado en salud mental.</p> <p>16. Jóvenes con riesgo ultra alto deben ser tratados en un servicio especializado con el objetivo de prevenir y disminuir los síntomas, y así mantener un adecuado nivel de funcionamiento de los centros de salud.</p> <p>14. Alianzas con otras organizaciones que brindan soporte a la salud mental en jóvenes.</p> <p>15. Capacitación, para crear recurso humano especializado en salud mental.</p> <p>16. Individuos de alto riesgo o UHR: deben ser tratados en un</p>
--	--

	centro especializado con el objetivo de disminuir los síntomas, y mantener un adecuado nivel de funcionamiento.
--	---

Tomado de McGurry *et al.* (55)

El Proyecto OPUS, realizado en Dinamarca, ha sido el modelo de intervención en psicosis temprana con mayor cantidad de pacientes estudiados. El estudio ha ofrecido evidencia sólida que respalda la importancia de una intervención temprana en psicosis (55). Dicho proyecto pretendía comparar la efectividad y evolución de pacientes con primeros episodios psicóticos sometidos a un tratamiento integral *versus* pacientes con un tratamiento *standard* de atención. Los hallazgos tras un año de tratamiento con el proyecto OPUS arrojaron que el abordaje integral mejoró el curso de la enfermedad, hubo menos prevalencia de síntomas positivos y negativos y hubo mejoría en desempeño social de los pacientes. Los hallazgos respaldaron la hipótesis de una evolución de la enfermedad más favorable con el tratamiento integral en comparación con el tratamiento *standard*.

El manejo integral fue brindado a los pacientes por un periodo de dos años. A continuación se hará una descripción del modelo de atención OPUS según Petersen *et al.*

(56):

1. Utilización de un equipo multidisciplinario que incluye psiquiatra, psicólogo, enfermera en salud mental, trabajador social y terapeuta ocupacional.
2. Se asigna un miembro del equipo para cada paciente, con el objetivo de mantener el contacto, dar seguimiento al tratamiento y coordinar con el resto del equipo.
3. Los pacientes son visitados en la comunidad o atendidos en un consultorio, según sea la preferencia del paciente.

4. En caso de ser hospitalizado el paciente es visitado una vez a la semana, y durante su internamiento el abordaje es dado por el centro hospitalario.
5. La disponibilidad de horario de oficinas del Proyecto OPUS era de 8:00 am a 5:00 pm, con disponibilidad de mensajería en caso de necesidad de contactar al equipo.
6. Se desarrolla un plan de emergencia individual con cada paciente, en caso de requerir atención inmediata.
7. Se brinda apoyo y motivación a aquellos pacientes que decidían no continuar más con el programa.
8. Se utilizan las dosis mínimas efectivas de psicofármacos, utilizando antipsicóticos atípicos como primera opción de tratamiento.
9. Educación continua y monitoreo constante para la adherencia al tratamiento.
10. Se brindaron terapias grupales para desarrollo de habilidades sociales. El entrenamiento fue enfocado en comunicación, resolución de problemas, estrategias de afrontamiento de síntomas y medicación.
11. Se brindó psicoeducación individual a aquellos pacientes no aptos para mantenerse en una terapia grupal, o en aquellos sin alteración en habilidades sociales.
12. Se ofreció psicoeducación a pacientes en conjunto con sus familiares o amistades.

La terapia cognitivo conductual ha sido ampliamente estudiada como método de tratamiento para pacientes con riesgo ultra alto de psicosis. Metaanálisis han encontrado una relación entre la terapia cognitivo conductual y la disminución de transición de pacientes a la psicosis (57,58), incluso, otros estudios han señalado que existe una disminución de síntomas subumbrales con el uso de terapia cognitivo conductual (59). A pesar de esto, los hallazgos son contradictorios en algunos estudios, ya que a pesar de que

se ha evidenciado una respuesta positiva con respecto a la disminución de transición a psicosis, los resultados no siempre se han podido replicar. En su estudio, Stain *et al.* (60) compararon la respuesta de pacientes jóvenes con ultra alto riesgo de psicosis a la terapia cognitivo conductual, *versus* un proceso de escucha reflexiva y no directiva. Se concluyó que la terapia cognitivo conductual reduce los síntomas psicóticos, no así el sufrimiento asociado o la probabilidad a transición a psicosis. Por otro lado, se determinó que la escucha reflexiva y no directiva ejerció un efecto positivo en la reducción de sufrimiento asociado a la enfermedad, además de la reducción de síntomas psicóticos. Se hipotetiza que en poblaciones jóvenes es de mayor funcionalidad una intervención menos directiva y compleja como lo es la cognitivo conductual, y en este caso la población joven podría ser más receptiva a otros tipos de intervención que se enfoquen más en la escucha empática y espacio de reflexión.

Capítulo 3: Delimitación y formulación del problema de investigación

3.1 Justificación e importancia de la investigación

La OMS define la salud como “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (52). Asimismo, la psicosis se define como un cuadro sindrómico, donde los trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos se plantean como aquellos que presentan anomalías en uno o más dominios, dentro de los cuales se encuentran alteraciones sensorio-perceptivas, alteraciones a nivel de curso, producción y contenido del pensamiento, comportamiento motor desorganizado (incluida la catatonia) y síntomas negativos (14).

Los trastornos psicóticos son multifactoriales y heterogéneos, por lo que la gravedad de su sintomatología afecta distintos aspectos, tanto a nivel cognitivo como neurobiológico; esto causa un impacto importante en el funcionamiento global de las personas.

En Costa Rica tradicionalmente existe un enfoque dirigido a la curación y la rehabilitación de la enfermedad por medio de los diferentes centros de salud (52).

Si bien es cierto, en Costa Rica el Hospital Nacional Psiquiátrico es el centro de referencia a nivel nacional para los pacientes con primeros episodios psicóticos; también existe atención especializada en psiquiatría en distintos centros de salud del país; sin embargo, no hay en la actualidad un tamizaje dirigido a realizar una captación temprana de esta población.

Siendo así, es necesario sensibilizar y capacitar al personal de salud de los diferentes niveles de atención encargados en la atención de los pacientes psicóticos; y más allá de esto, poner en práctica estrategias orientadas a integrar los diferentes sistemas

sociales: salud, educación, comunales y otros; que busque el bienestar de la población en general, y en este caso en particular, de la población con patología mental psicótica, la cual es considerada una población vulnerable.

A pesar de que existen resultados opuestos que relacionan o no la DUP con la evolución, respuesta al tratamiento y recaídas de la enfermedad, una razón de peso que justifica una detección e intervención temprana de la psicosis sería la de disminución del sufrimiento del paciente. Anderson *et al.* (61) señalan que no se ha llegado a un consenso acerca del tiempo de evolución, tipo y severidad de síntomas para el inicio de tratamiento, y esto en ocasiones produce un retraso en la atención, por consiguiente, se somete al paciente a mayor sufrimiento relacionado con sus síntomas.

Es importante recalcar que existen estudios que arrojan resultados positivos con respecto a la duración de psicosis no tratada como factor predictor de evolución de la enfermedad. Teniendo esto en cuenta, se podría inferir que el tratamiento temprano de la psicosis, y por consiguiente, la disminución de la DUP resultarían beneficiosas para el paciente, ya que el conocimiento de las características de la población con primeros episodios psicóticos es de vital importancia para una correcta captación de la enfermedad, y posterior abordaje.

Este trabajo de revisión de literatura se realiza en aras de buscar elementos sociodemográficos que permitan la elaboración de un planteamiento de captación temprana de pacientes con psicosis; que nos permita entender los factores sociodemográficos, psicológicos y familiares que inciden como factores de riesgo en esta población, con el fin de valorar la posibilidad del desarrollo de un planteamiento de captación temprana en los servicios de atención primaria en etapas pre-mórbidas de la enfermedad. El objetivo es

plantear un panorama más objetivo de la evolución de estos pacientes, así como del impacto del seguimiento oportuno haciendo énfasis en medicina preventiva.

La importancia radica en que se ha demostrado en diversos estudios que la captación temprana de los pacientes puede modificar los factores de riesgo asociados al desarrollo de psicosis; y, por lo tanto, la duración de la psicosis no tratada, la cual funciona como un factor pronóstico en la evolución de los trastornos psicóticos. Por esta razón, se considera necesario el enfatizar la promoción de la identificación temprana de estos pacientes en sus etapas premórbidas, con el objeto de dar un pronóstico más favorable y esperanzador.

3.2 Delimitación y formulación del problema de investigación

3.2.1 Formulación del problema

La psicosis se define como un síndrome clínico que tiene un gran impacto en la salud mental de la persona, su calidad de vida, y su funcionamiento a nivel psico-social. Es por esto que en los últimos tiempos se han dirigido las investigaciones en búsqueda de la prevención de la psicosis, donde estas han demostrado que la detección precoz puede influir en el pronóstico de la enfermedad (55).

Este trabajo de investigación se realiza en aras de buscar elementos sociodemográficos que permitan la elaboración de un planteamiento de captación temprana de pacientes con riesgo de padecer de psicosis.

3.2.2 Delimitación del problema

¿Cuál es la evidencia científica disponible acerca de la eficacia de la intervención en la etapa pre- mórbida de un primer episodio psicótico y el impacto en la evolución de la enfermedad?

3.3 Objetivo general

Examinar las características a considerar para el desarrollo de un primer episodio psicótico y la evolución de este según lo estandarizado en relación con la DUP en el nivel de protocolos internacionales.

3.3.1 Objetivos específicos

- Identificar las variables sociodemográficas y los factores de riesgo asociados al desarrollo de un Primer Episodio Psicótico con base en evidencia a nivel internacional.
- Examinar las formas de presentación clínica y las estrategias de abordaje y manejo de los Primeros Episodios psicóticos.
- Plantear recomendaciones a considerar para la captación de etapas prodrómicas de un primer episodio psicótico en los servicios de atención primaria.

Capítulo 4: Diseño y metodología

4.1 Materiales y métodos

Se realizó una investigación de tipo cualitativo, con análisis comparativo de los resultados de la información obtenida. Para planteamiento de la metodología se decidió basarse en lo establecido en el nivel nacional tanto del manejo en etapas premórbidas de la enfermedad como al momento de la enfermedad establecida, tomando como base el protocolo de la Clínica de Primeros Episodios Psicóticos del HNP, así como los programas de la Fundación Fundamentos, para luego hacer una comparación de estos con lo establecido internacionalmente en los mismos contextos, según los hallazgos clínicos bajo los estatutos de medicina basada en la evidencia.

La búsqueda de artículos científicos se efectuó bajo las palabras clave: *premorbed stage, early psychosis, first episodes, guidelines, early intervention, prevention, treatment, management.*

Se revisaron artículos de las distintas bases de datos disponibles: Pubmed, MD Consult, Clinical Key, Binass, Elsevier, Cochrane y Scielo.

El presente trabajo utilizó los lineamientos recomendados por la Clínica de Primeros Episodios Psicóticos y los programas de la Fundación Fundamentos en el nivel nacional, que consta de cuatro tipos, siendo estos: Programa Casas de Prevención Infanto Juvenil, Programa Casitas de Escucha Limón y Talamanca, Programa Aulas de Escucha y Programa Casas Juveniles GAM, así como los lineamientos en el nivel internacional.

Posteriormente, se procedió a realizar un análisis comparativo de los distintos manejos, con el fin de poder obtener las posibles recomendaciones y conclusiones en relación con el manejo de la etapa premórbida de los primeros episodios psicóticos.

Capítulo 5: Análisis y resultados

Teniendo en cuenta los objetivos planteados para la revisión, y tras la búsqueda de investigaciones enfocadas en la descripción, estadiaje de los episodios psicóticos y sus factores de riesgo asociados, se determina que existen características que se han relacionado con la presencia de un riesgo muy alto de desarrollo de psicosis. Estos pacientes son conocidos como de ultra alto riesgo, pueden tener familiares de primer grado con un trastorno psicótico y pueden presentar un inicio de síntomas desde los 14 años. Asocian alteraciones afectivas, cognitivas, de pensamiento, y experiencias psicóticas consideradas por debajo del umbral de psicosis franca. Presentan además un deterioro funcional en múltiples áreas de su vida.

Tras el debut de un primer episodio psicótico, se ha determinado que existen factores de riesgo que influyen de manera negativa en la prolongación de la duración de psicosis no tratada, como lo son el género masculino, pacientes jóvenes, mayormente adolescentes, solteros, desocupados, con comorbilidades de enfermedad mental, consumo de sustancias activo y una red de apoyo frágil.

5.1 Recomendaciones de abordaje temprano de psicosis a nivel nacional

5.1.1 Programa de Clínica de Primeros Episodios Psicóticos del HNP

Por medio del programa de la Clínica de Primeros Episodios Psicóticos del HNP, se ha podido evidenciar que es necesario dar un enfoque transdimensional a los pacientes, donde se logre identificar a la población que presenta condiciones de vulnerabilidad, en el

contexto de factores de riesgo para una patología mental a posterior. Se ha dado un modelo de intervención integral, que es dependiente de la fase en la que se encuentre el paciente, ya sea, en fase premórbida, prodrómica o en su primer episodio psicótico.

Según la fase en la que se encuentre el paciente, se considera un manejo preventivo enfocado hacia detectar la población de riesgo según los factores de vulnerabilidad y las características sociodemográficas, o bien se da un manejo de seguimiento, ya sea porque se detectan condiciones de alto riesgo para un evento psicótico o porque se le daba seguimiento tras su primer episodio psicótico, a fin de lograr un buen funcionamiento en esa persona. Tomando en cuenta lo estipulado por la Clínica de PEP del HNP, se podrían considerar algunas recomendaciones básicas:

- Se recomienda brindar abordajes farmacológicos utilizando antipsicóticos típicos, atípicos o de depósito, que se encuentren disponibles en la lista oficial de medicamentos de la Caja Costarricense del Seguro Social; se debe valorar siempre su evolución y su manejo según corresponda en respuesta al tratamiento y la remisión de síntomas.
- Se recomienda establecer distintas estrategias en el nivel psicosocial que fomenten la rehabilitación de las personas, entre las cuales se mencionan, la terapia cognitivo conductual, la psicoeducación grupal y la terapia de familia.
- Se recomienda mantener un enfoque hacia la reinserción a la sociedad, con el fin de mantener un adecuado funcionamiento en la persona que le permita un desarrollo en el ámbito interpersonal, familiar, social, laboral y académico.

- Se recomienda mantener un manejo multidisciplinario, donde se incluyan las distintas disciplinas, siendo estas psiquiatría, enfermería, nutrición, trabajo social, psicología y medicina general.

5.1.2 Programa de Modelo de Salud Mental Comunitaria en Costa Rica

Por medio de los programas de atención comunitaria en el ámbito nacional, se ha evidenciado que estos menores de edad no ven solventada su escucha en los distintos escenarios, siendo estos: su familia, su comunidad y su institución educativa, lo cual provoca que tengan necesidades de expresión emocional y de pertenencia a los espacios que les brinden esta oportunidad.

Estas características de falta de escucha y de expresión emocional, los condiciona a ser una población de vulnerabilización psicosocial.

Tomando en cuenta los distintos abordajes de los programas, se pueden considerar algunas recomendaciones:

- Se recomienda brindar espacios de expresión a través del arte y el deporte, lo que posibilita la movilización de emociones y sentimientos por medio de la comunicación.
- Se recomienda la elaboración del dolor y el sufrimiento a través de la palabra y la expresión creativa con objeto de brindar una vía de canalización del dolor que no sea mediante la identificación de su cuerpo como recurso inmediato del dolor.
- Se recomienda fomentar el pensamiento crítico en cuanto a las distintas manifestaciones de violencia, para poder disminuir los patrones de violencia que de previo ya se encuentran establecidos en la vida de estos menores.

- Se recomienda identificar las diferentes necesidades que caracterizan a la población con la cual se está trabajando, para así lograr brindar los distintos enfoques y resignificarlos según corresponda, por ejemplo: la necesidad de la búsqueda de un empleo para la superación personal y el proyecto de vida, que no sea basado en exponerse a situaciones de riesgo (como consumo o venta de drogas o la prostitución) para solventar sus necesidades.

5.2 Recomendaciones de evidencia internacional

5.2.1 Abordaje de fase prodrómica

Dado que el objetivo primordial de la atención de primeros episodios psicóticos es la captación temprana y prevención de un empeoramiento en el pronóstico de la psicosis, se recomiendan los siguientes puntos basados en evidencia internacional:

- Siempre debe tomarse en consideración la posibilidad de la presencia de un trastorno psicótico en aquella persona joven que presenta un deterioro en áreas de su vida (social, educativa, laboral) y que presenta sintomatología psiquiátrica inespecífica, ya sea afectiva o cognitiva.
- Se recomienda realizar una capacitación continua al personal de salud en los primeros niveles de atención y emergencias, con respecto al estadiaje de la psicosis, sus manifestaciones clínicas y factores de riesgo, con el objetivo de lograr una detección más temprana de pacientes con riesgo ultra alto de psicosis.

- Se recomienda la creación de programas de intervención fase-dependientes, de acuerdo con la sintomatología que presente el paciente (fase prodrómica, debut psicótico y mantenimiento), mayormente enfocados en población joven.
- Se recomienda que el centro sea un ambiente llamativo para la población joven, amigable y accesible, orientado a la comunidad y de ser posible fuera de los centros hospitalarios.
- Aquellas personas jóvenes con riesgo ultra alto de desarrollo de psicosis, y que busquen ayuda, deben ser valoradas incluso sin necesidad de una referencia médica. Es necesaria una apertura del servicio a la comunidad, en donde no necesariamente se requiera una valoración médica previa.
- Se recomienda poner especial atención al abordaje de síntomas afectivos, ansiosos, consumo de sustancias, de relaciones interpersonales y familiares.
- Se recomienda ser cauto con el inicio de antipsicóticos, ya que se ha observado que en pacientes con riesgo ultra alto, la transición a psicosis disminuye en aquellos centros que cuentan con intervenciones psicosociales (54).
- Si el paciente joven presenta síntomas psicóticos subumbrales que le producen mucho malestar o que ponen su vida o la de terceros en riesgo, se recomienda el inicio de antipsicóticos atípicos con la dosis mínima efectiva inicial.

5.2.2 Primer episodio psicótico

- Se recomienda un abordaje inicial en lo posible fuera del ámbito hospitalario, con un monitoreo constante hasta resolución de síntomas.
- Si es necesario un internamiento por la severidad de los síntomas, se recomienda un ingreso en unidades especializadas para etapas tempranas de la psicosis, y evitar un internamiento con pacientes crónicamente enfermos o con gran deterioro. Se recomienda además tomar en cuenta la edad de los pacientes.
- Se recomienda el uso inicial de dosis bajas de antipsicóticos atípicos en pacientes jóvenes, debido a su mejor tolerancia en esta población (62).
- Es indispensable un abordaje familiar en el momento del debut psicótico, con el fin de intervenir en crisis y brindar educación con respecto a la patología actual.
- En momentos de un debut psicótico también se recomienda la intervención psicoterapéutica cognitivo conductual para reducción de sufrimiento debido a los síntomas presentes.

5.2.3 Recuperación y periodo crítico

- Se recomienda un seguimiento estricto multidisciplinario por al menos los primeros 18 meses de tratamiento (62). Para ello es necesario continuar el monitoreo de los pacientes en un centro especializado y no derivar a primer nivel antes del tiempo recomendado.

- Se recomienda la suspensión de antipsicóticos tras 12 meses de remisión completa de síntomas. Si la psicosis fue severa y de lenta respuesta, se recomienda suspender tras 2 años de remisión. Para pacientes con recaídas frecuentes se recomienda tratamiento indefinido (62).
- Con el apoyo de terapia ocupacional se deben ofrecer estrategias para una reinserción lo mas rápidamente posible a los distintos ámbitos de la vida cotidiana del paciente (educación, trabajo, actividades recreativas, familia) con el fin de recuperar la funcionalidad previa o incluso mejorarla.
- La psicoterapia individual es recomendada para aquellos pacientes con sufrimiento relacionado a la persistencia de síntomas psicóticos o afectivos.
- Se recomienda la creación de grupos para familiares con el objetivo de educar de manera continua a la red de apoyo de los pacientes.
- Se recomienda que los pacientes continúen con seguimiento de psiquiatría en un nivel de consulta externa tras ser derivados del servicio subespecializado en primeros episodios psicóticos.

Capítulo 6: Conclusiones

Los trastornos psicóticos se relacionan con grados variables de severidad, con presencia de sintomatología según la fase en la que se encuentre la persona, a tomar en cuenta, la fase pre-mórbida, prodrómica o en estado de primer episodio psicótico.

La importancia de su abordaje y captación temprana radica en el grado de disfunción que estas enfermedades pueden causar en el individuo, así como en su entorno familiar, social, laboral, académico e interpersonal, lo cual hace necesario aplicar intervenciones de carácter integral.

Al realizar la búsqueda de distintas fuentes de información, se pueden identificar algunas consideraciones a tomar en cuenta, para responder el planteamiento inicial que motivó esta revisión bibliográfica, donde el objetivo era valorar los factores a considerar en las etapas tempranas y prodrómicas de la enfermedad, tomando en cuenta el tiempo de duración de la psicosis no tratada, para posteriormente valorar el impacto que esto tiene en el pronóstico y evolución de la enfermedad.

Tras la revisión bibliográfica se puede concluir que la DUP se puede considerar un factor de riesgo que puede ser modificable, y que puede reducirse mediante la identificación temprana por programas de nivel comunitario para dar un manejo apropiado, y así lograr mejores resultados (63).

Se evidenció que es importante identificar dos puntos que están relacionados entre sí, pero separados por el tiempo: primero, el inicio de la psicosis y segundo, el inicio de tratamiento (63). Sin embargo, el manejo de estos dos puntos es muy variable según cada caso, tomando en cuenta la amplitud del inicio y final de la DUP donde se considera la

primera hospitalización, el primer contacto con psiquiatría y el primer uso de antipsicótico (63).

Se identificó que factores sociodemográficos como el sexo femenino, la mayor edad y vivir en un área periférica, se relacionan con una DUP más prolongada. Asimismo, se sugirió que una DUP más corta entre los adolescentes podía ser reflejo de mayor conciencia en los padres, y por ende, una búsqueda de ayuda más temprana (24).

En los distintos estudios y bibliografía se han logrado identificar algunos factores como desafíos para poder determinar el punto de inicio de la DUP, entre estos se encuentran el abuso de sustancias, la cronicidad de los síntomas, las comorbilidades, la edad de inicio de la sintomatología y los síntomas que se encuentran por debajo del umbral (63). El abuso de sustancias se identificó como un factor de riesgo para el retraso del tratamiento, ya que el uso continuo de drogas ilícitas podría contribuir a las dificultades en el reconocimiento temprano y la búsqueda de ayuda (47).

Se concluye que la DUP tiene un fuerte impacto sobre el pronóstico de los pacientes con trastornos psicóticos, por lo que los estudios deben ir dirigidos no solo a valorar un factor pronóstico, sino a enfatizar sobre las bases que tengan como objetivo clínico la creación y promoción de programas de detección e intervención tempranas (64).

Tomando en cuenta toda la información estudiada, se podrían recapitular algunas consideraciones para planteamientos y abordajes a futuro. Se considera recomendable dar una estandarización a la definición de la DUP, con el objeto de lograr disminuir la variabilidad, y poder proporcionar un manejo más oportuno y relacionado a la práctica clínica (63).

Se evidenció que es importante la información colateral, realizar una línea de tiempo de los síntomas y ver el patrón en los cambios de comportamiento y el funcionamiento de la persona (63).

Se considera necesario lograr identificar tanto los factores de riesgo en etapas premórbidas como los síntomas sugestivos de psicosis en el pródromo de la enfermedad; sin embargo, esto es complejo y requiere de cierta pericia en la práctica clínica, por lo que sería importante considerar el desarrollo de materiales de capacitación específicos, así como asegurar un modelo de prevención desde los centros de atención primaria (65).

Se logra concluir que hay una relación existente entre una menor duración de psicosis no tratada, la disminución de sintomatología y una menor probabilidad de llegar a desarrollar un trastorno psicótico crónico si se realiza la identificación de la sintomatología prodrómica, así como los factores de riesgo identificables, lo cual posteriormente va a ser relevante para el pronóstico de la enfermedad (51).

Referencias bibliográficas

1. Van Os J. The transdiagnostic dimension of psychosis: implications for psychiatric nosology and research. *Shanghai Arch Psychiatry*. 2015 Apr 25;27(2):82–6.
2. Larsen TK, McGlashan TH, Johannessen JO, Friis S, Guldberg C, Haahr U, et al. Shortened Duration of Untreated First Episode of Psychosis: Changes in Patient Characteristics at Treatment. *Am J Psychiatry*. 2001 Nov;158(11):1917–9.
3. Norman RMG, Malla AK, Verdi MB, Hassall LD, Fazekas C. Understanding delay in treatment for first-episode psychosis. *Psychol Med*. 2004 Mar;34(2):255–66.
4. Norman RMG, Malla AK. Duration of untreated psychosis: a critical examination of the concept and its importance. *Psychol Med*. 2001 Apr;31(3):381–400.
5. Montealegre DI, Jiménez R, Carrera S, Briceño LM. Manual Clínica de Primeros episodios psicóticos. Programa de intervención temprana. Consulta externa HNP. 2017;19–40.
6. McGorry PD, Hickie IB, Yung AR, Pantelis C, Jackson HJ. Clinical staging of psychiatric disorders: a heuristic framework for choosing earlier, safer and more effective interventions. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006 Aug;40(8):616–22.
7. Thara R, Taj M, Tirupati S. Specific Mental Health Disorders: Psychotic Disorders. In: *International Encyclopedia of Public Health* [Internet]. Elsevier; 2017 [cited 2019 Nov 23]. p. 60–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B978012803678500429X>
8. Restrepo CG, Bayona GH, Urrego AR, Oleas HS, Restrepo MU. *Psiquiatría clínica. Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*. Edición: 2008. Panamericana, editor. Bogotá: Zagier & Urruty Pubns; 2015. 382 p.
9. Gaebel W, Zielasek J. Focus on psychosis. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015 Mar;17(1):9–18.
10. Bhandari S. 6 - Descriptive psychopathology. In: Wright P, Stern J, Phelan M, editors. *Core Psychiatry (Third Edition)* [Internet]. Oxford: W.B. Saunders; 2012 [cited 2019 Nov 25]. p. 83–93. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780702033971000069>
11. Borruat FX. Hallucinations et illusions visuelles, des symptômes souvent meconnus du praticien. [Visual hallucinations and illusions, symptoms frequently misdiagnosed by the practitioner]. *Klin Monatsbl Augenheilkd*. 1999;214(5):324–7.
12. Cano JF, Fierro-Urresta M, Vanegas CR, Alzate M, Olarte A, Cendales R, et al. Factores Pronósticos de Esquizofrenia en Primer Episodio Psicótico. *Rev Salud Pública*. 2007 Sep;9:455–64.
13. Van os jim, Linscott RJ, Myin-Germeys I, Delespaul P, Krabbendam L. A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness–persistence–impairment model of psychotic disorder. *Psychol Med*. 2009 Feb;39(2):179–95.
14. Asociación Americana de Psiquiatría. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana S.A.; 2014. 87–188 p.
15. Serrano M, Serrano M. Factore pronósticos en la esquizofrenia. *Rev Gallega Psiquiatr Neurocienc*. 2012;11:98–105.
16. McGorry P, Purcell R, Hickie I, Yung A, Jackson H. Clinical staging: a heuristic model for psychiatry and youth mental health. *Med J Aust*. 2007;187(7):40–2.

17. Vallina O, Lemos S, Fernandez P. La atención al primer episodio psicótico 1. Detección temprana. In: Acciones de Salud Mental en la comunidad. Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2012. p. 535–43.
18. Larsen TK, McGlashan TH, Moe LC. First-episode schizophrenia: I. Early course parameters. *Schizophr Bull.* 1996;22(2):241–56.
19. Polari A, Berk M, Macneil C, Conus P. Duration of untreated psychosis: What are we talking about? *Acta Neuropsychiatr.* 2009 Jun;21(3):106–8.
20. McGorry PD, Edwards J, Mihalopoulos C, Harrigan SM, Jackson HJ. EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophr Bull.* 1996;22(2):305–26.
21. Carbone S, Harrigan S, McGorry PD, Curry C, Elkins K. Duration of untreated psychosis and 12-month outcome in first-episode psychosis: the impact of treatment approach. *Acta Psychiatr Scand.* 1999 Aug;100(2):96–104.
22. McGlashan TH, Johannessen JO. Early detection and intervention with schizophrenia: rationale. *Schizophr Bull.* 1996;22(2):201–22.
23. Birchwood M, McGorry P, Jackson H. Early intervention in schizophrenia. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 1997 Jan;170:2–5.
24. Hastrup LH, Haahr UH, Jansen JE, Simonsen E. Determinants of duration of untreated psychosis among first-episode psychosis patients in Denmark: A nationwide register-based study. *Schizophr Res.* 2018 Feb;192:154–8.
25. Marshall M, Lewis S, Lockwood A, Drake R, Jones P, Croudace T. Association Between Duration of Untreated Psychosis and Outcome in Cohorts of First-Episode Patients: A Systematic Review. *Arch Gen Psychiatry.* 2005 Sep 1;62(9):975–83.
26. Baldwin P. Epidemiology of First-Episode Psychosis: Illustrating the Challenges Across Diagnostic Boundaries Through the Cavan-Monaghan Study at 8 Years. *Schizophr Bull.* 2005 Jul 27;31(3):624–38.
27. Galletly C, Castle D, Dark F, Humberstone V, Jablensky A, Killackey E, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. *Aust N Z J Psychiatry.* 2016 May;50(5):410–72.
28. McGrath J, Saha S, Welham J, El Saadi O, MacCauley C, Chant D. A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Med.* 2004 Apr 28;2:13.
29. Sadock B, Sadock V, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. In: Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Edición: Eleventh. Philadelphia: Wolters kluwer; 2015. p. 301.
30. Ochoa S, Usall J, Cobo J, Labad X, Kulkarni J. Gender differences in schizophrenia and first-episode psychosis: a comprehensive literature review. *Schizophr Res Treat.* 2012;2012:916198.
31. Howes O, McCutcheon R, Stone J. Glutamate and dopamine in schizophrenia: An update for the 21st century. Pratt J, editor. *J Psychopharmacol (Oxf).* 2015 Feb;29(2):97–115.
32. Stahl SM. Stahl's Illustrated Antipsychotics: Treating Psychosis, Mania and Depression. Edición: 2. Mignon L, editor. Cambridge: Cambridge University Press; 2010. 1–21 p.
33. Kesby J, Eyles D, McGrath J, Scott J. Dopamine, psychosis and schizophrenia: the widening gap between basic and clinical neuroscience. *Transl Psychiatry.* 2018 Dec;8(1):30.
34. Larivière S, Lavigne KM, Woodward TS, Gerretsen P, Graff-Guerrero A, Menon M.

- Altered functional connectivity in brain networks underlying self-referential processing in delusions of reference in schizophrenia. *Psychiatry Res Neuroimaging*. 2017 May 30;263:32–43.
35. Braun CMJ, Dumont M, Duval J, Hamel-Hébert I, Godbout L. Brain modules of hallucination: an analysis of multiple patients with brain lesions. *J Psychiatry Neurosci JPN*. 2003 Nov;28(6):432–49.
 36. Sokolov BP. Expression of NMDAR1, GluR1, GluR7, and KA1 glutamate receptor mRNAs is decreased in frontal cortex of “neuroleptic-free” schizophrenics: evidence on reversible up-regulation by typical neuroleptics. *J Neurochem*. 1998 Dec;71(6):2454–64.
 37. Olney JW, Farber NB. Glutamate receptor dysfunction and schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 1995 Dec;52(12):998–1007.
 38. Tomassi S, Tosato S. Epigenetics and gene expression profile in first-episode psychosis: The role of childhood trauma. *Neurosci Biobehav Rev*. 2017 Dec;83:226–37.
 39. Alvarez M-J, Roura P, Osés A, Foguet Q, Solà J, Arrufat F-X. Prevalence and clinical impact of childhood trauma in patients with severe mental disorders. *J Nerv Ment Dis*. 2011 Mar;199(3):156–61.
 40. Aas M, Andreassen OA, Aminoff SR, Færden A, Romm KL, Nesvåg R, et al. A history of childhood trauma is associated with slower improvement rates: Findings from a one-year follow-up study of patients with a first-episode psychosis. *BMC Psychiatry*. 2016 May 4;16:126.
 41. Labrie V, Pai S, Petronis A. Epigenetics of major psychosis: progress, problems and perspectives. *Trends Genet*. 2012 Sep;28(9):427–35.
 42. Misiak B, Szmida E, Karpiński P, Loska O, Szażadek MM, Frydecka D. Lower LINE-1 methylation in first-episode schizophrenia patients with the history of childhood trauma. *Epigenomics*. 2015;7(8):1275–85.
 43. Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional de enfermedades [Internet]. Undécima edición; 2018 [cited 2019 Nov 29]. 13–200 p. Available from: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
 44. Rojas Z. El examen psiquiátrico del paciente. Hospital Nacional Psiquiátrico.
 45. Addington J, Leriger E, Addington D. Symptom Outcome 1 Year after Admission to an Early Psychosis Program. *Can J Psychiatry*. 2003 Apr 1;48(3):204–7.
 46. Yung A, McGorry P. The initial prodrome in psychosis: Descriptive and qualitative aspects: Australian and New Zealand Journal of Psychiatry: Vol 30, No 5. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 1996;30(5):587–99.
 47. Halling L, * H, Haahr UH, Jansen JE, Simonsen E. Determinants of duration of untreated psychosis among first-episode psychosis patients in Denmark: A nationwide register-based study. 2017;
 48. Carrà G, Battaglia C, Hinton M, Rains LS, Crocamo C, Johnson S. Social network confidants, duration of untreated psychosis and cannabis use in people with first episode psychosis: An exploratory study. *Early Interv Psychiatry*. 2018;12(5):942–6.
 49. Anderson KK, Fuhrer R, Malla AK. The pathways to mental health care of first-episode psychosis patients: a systematic review. *Psychol Med*. 2010;40(10):1585–97.
 50. Montealegre I. Abordaje integral de los primeros episodios psicóticos. [San José]: Universidad de Costa Rica; 2016.
 51. Arroyo N. Revisión sistemática sobre la efectividad de la intervención temprana del primer episodio psicótico en la reducción del impacto de síntomas y prevención de recaídas. [San José]: Universidad de Costa Rica; 2018.

52. Ministerio de Salud. Política nacional de salud mental. Costa Rica; 2012.
53. Chacón L, Romero S, Arroyo H, Schroeder K. Programa de atención comunitaria para menores en riesgo psicosocial. HNP informe de labores. 2018.
54. McGorry PD, Killackey E, Yung AR. Early intervention in psychotic disorders: detection and treatment of the first episode and the critical early stages. *Med J Aust*. 2007 01;187(S7):S8-10.
55. McGorry PD. Early Intervention in Psychosis: Obvious, Effective, Overdue. *J Nerv Ment Dis*. 2015 May;203(5):310–8.
56. Petersen L, Øhlenschlöger J, Thorup A, Christensen TØ, Krarup G, Dahlstrøm JT, et al. Improving 1-year outcome in first-episode psychosis. 2005;187(48):98–103.
57. Stafford M, Jackson H, Mayo-Wilson E. Early interventions to prevent psychosis: systematic review and meta-analysis | *The BMJ*. Database Abstr Rev Eff DARE Qual-Assess Rev. 2013;346:85.
58. van der Gaag M, Smit F, Bechdolf A, French P, Linszen DH, Yung AR, et al. Preventing a first episode of psychosis: meta-analysis of randomized controlled prevention trials of 12 month and longer-term follow-ups. *Schizophr Res*. 2013 Sep;149(1–3):56–62.
59. Hutton P, Taylor PJ. Cognitive behavioural therapy for psychosis prevention: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2014 Feb;44(3):449–68.
60. Stain HJ, Bucci S, Baker AL, Carr V, Emsley R, Halpin S, et al. A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy versus non-directive reflective listening for young people at ultra high risk of developing psychosis: The detection and evaluation of psychological therapy (DEPTH) trial. *Schizophr Res*. 2016 Oct;176(2–3):212–9.
61. Anderson KK, Fuhrer R, Malla AK. The pathways to mental health care of first-episode psychosis patients: a systematic review. *Psychol Med*. 2010 Oct;40(10):1585–97.
62. International early psychosis association writers group. International clinical practice guidelines for early psychosis. *Br J Psychiatry*. 2005 Aug;187(S48):s120–4.
63. Savill M, Gosdin M, Patel P, Melnikow J, Loewy R, Niendam T. How Do Early Psychosis Services Define and Operationalize the Duration of Untreated Psychosis? *J Behav Health Serv Res*. 2019 Jul;46(3):497–508.
64. García I, fresán A. Impacto de la duración de la psicosis no tratada (DPNT) en el curso y pronóstico de la esquizofrenia. *Salud Ment*. 31(6):479–85.
65. Valmaggia LR, Byrne M, Day F, Broome MR, Johns L, Howes O, et al. Reduced duration of untreated psychosis and need for admission in patients who engage with mental health services in the prodromal phase. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 2015 Aug;207(2):130–4.

Anexos

Anexo 1: Escala para el Síndrome positivo y negativo de la esquizofrenia (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

Anexo 2: 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.