

Involucrando a la familia en la atención de los adolescentes en riesgo de psicosis

GRÁINNE FADDEN*

RESUMEN

Existe un consenso general acerca de los elementos centrales de las intervenciones que pueden ser útiles para los jóvenes que se consideran en riesgo de desarrollar psicosis. La mayoría de los centros de todo el mundo ofrecen la psicoeducación familiar y apoyo como parte de esos elementos. Estudios preliminares muestran que los enfoques de la familia son factibles, útiles y aceptables para los jóvenes y sus familias. Los tratamientos que se han desarrollado suelen ser adaptaciones de lo que ha sido eficaz en los pacientes con psicosis ya sea temprana o trastornos psicóticos graves y duraderos, y por lo tanto provienen de base de la psicopatología en lugar de de la medicina general. En muchos estudios, es difícil determinar qué intervenciones contribuyeron a qué resultados, ya que los enfoques generalmente tienen múltiples elementos. El trabajo familiar parece retrasar la aparición de la psicosis en un período de dos años. Lo que se ofrece debe ser sensible al desarrollo, potenciar las habilidades de afrontamiento, el manejo del estrés y de la comunicación y ayudar a la familia para aumentar la resiliencia. PALABRAS CLAVE: participación familiar, adolescente, prodrómica, psicosis.

ABSTRACT

INVOLVING THE FAMILY IN THE CARE OF ADOLESCENTS AT RISK OF PSYCHOSIS. There is general consensus about the core elements of interventions that may be helpful for young people considered to be at risk of developing psychosis. Most centres worldwide offer family education and support as one of those elements. Studies in their early stages have shown that family-based approaches are feasible, helpful and acceptable to young people and their families. The treatments that have been developed tend to be adaptations of what has been effective for patients with either early psychosis or severe and enduring psychotic disorders, and therefore come from a background of pathology rather than general health. In many studies, it is difficult to ascertain which of the interventions contributed to which outcomes, as approaches generally have featured a number of different elements. Family work appears to delay the onset of psychosis over a two year period. Whatever attention is offered must be developmentally sensitive, build coping, stress-management and communication skills and help the family to build resilience. KEY WORDS: family involvement, adolescent, prodromal, psychosis.

RESUM

IMPLICANT LA FAMÍLIA EN L'ATENCIÓ DELS ADOLESCENTS EN RISC DE PSICOSI. Existeix un consens sobre els elements centrals de les intervencions que poden ser útils per als joves considerats amb risc de desenvolupar psicosi. La majoria dels centres de tot el món ofereixen la psicoeducació familiar i suport com a part d'aquests elements. Estudis preliminars mostren que els enfoc de la família són factibles, útils i acceptables per als joves i les seves famílies. Els tractaments que s'han desenvolupat acostumen a ser adaptacions del que ha estat eficaç en els pacients amb psicosi, ja sigui primerenca o trastorns psicòtics greus i de llarga durada, i per tant provenen de la base de la psicopatologia enlloc de la medicina general. En molts estudis, és difícil determinar quines intervencions van contribuir a segons quins resultats, ja que els enfoc tenen generalment múltiples elements. El treball familiar sembla retardar l'aparició de la psicosi en un període de dos anys. El que s'ofereix ha de ser sensible al desenvolupament, potenciar les habilitats d'afrontament, el maneig de l'estrès i de la comunicació i ajudar a la família per augmentar la resiliència. PARAULES CLAU: participació familiar, adolescent, pròdrom, psicosi.

**Psicòloga clínica consultora, Birmingham y Solihull Mental Health Trust; Investigadora Principal Honoraria de la Universidad de Birmingham, Reino Unido.*

Correspondencia: Grainne.Fadden@bsmhft.nhs.uk

Introducción

Los beneficios de involucrar a la familia del individuo con problemas de salud mental se han demostrado en todo el espectro de edad y en una amplia gama de dificultades tanto físicas como psicológicas. Los beneficios clave incluyen un mejor compromiso con los servicios, una mejor adherencia a los regímenes de tratamiento, y el retraso en la transición a los costosos servicios terciarios (Fadden, 2014). Este artículo examina los beneficios de la participación de la familia con un grupo de individuos que no han desarrollado problemas claramente definidos, pero cuyo comportamiento es motivo de preocupación sobre si pueden estar en riesgo de desarrollar psicosis.

Las intervenciones efectivas con este grupo se encuentran todavía en las primeras etapas de desarrollo, con sólo un pequeño número de ensayos controlados aleatorios hasta la fecha. Muchos de los enfoques que se sugieren para las personas que están en riesgo son modificaciones de los que se han demostrado eficaces con psicosis tempranas, por lo que empezaremos por aquí. De la misma manera, lo que funciona para la psicosis temprana ha sido adaptado de lo que es eficaz para los que tienen dificultades crónicas de salud mental, por lo que estos serán comentados brevemente también. Hay que tener en cuenta desde el principio que se debe tener precaución sobre qué intervenciones se ofrecen a un grupo “en riesgo” dado que una alta proporción no llegan a desarrollar trastornos, especialmente para los tratamientos que tienen efectos secundarios adversos.

El desarrollo de abordajes familiares para la psicosis

La evidencia de la efectividad de los enfoques familiares psicoeducativos se encuentra entre las más sólidas en materia de salud mental. Los primeros estudios realizados en la década de 1980 mostraron reducciones drásticas en las recaídas y las tasas de hospitalización para los casos que recibieron un abordaje familiar, además de la medicación y la atención estándar. Estos hallazgos se han replicado en numerosos ensayos controlados aleatorios desde entonces, y varias revisiones y meta-análisis confirman la eficacia de estos enfoques (Pharoah et al., 2006; Pfammatter et al., 2006). Otros resultados incluyen la mejoría en el funcionamiento social de los usuarios de los servicios, una mejor adherencia a los regímenes de medicación y un ahorro

neto en los costos directos e indirectos. Pitschel-Walz et al. (2001), Bustillo et al. (2001) y Pilling et al. (2002) concluyen que las intervenciones psicoeducativas familiares son esenciales y deben ser ofrecidas a las personas con esquizofrenia que están en contacto con los miembros de la familia.

Debido a la fuerte base de evidencia, las directrices nacionales (tales como las directrices PORT en los EE.UU. (Lehman et al., 2004) y las directrices NICE para la esquizofrenia en el Reino Unido (Instituto Nacional de Excelencia Clínica, 2014) recomiendan que se proporcionen servicios de atención a las familias, y las guías NICE recomiendan que deben estar disponibles para el cien por cien de las familias.

Abordajes familiares en la psicosis temprana

Como los servicios de intervención temprana en psicosis tratan principalmente a jóvenes, a menudo adolescentes hasta menores de 25, vale la pena revisar nuestros conocimientos en esta área para ver qué se puede aplicar a aquellos que están en riesgo de desarrollar psicosis. Este tipo de servicios se han desarrollado en varios países en los últimos años (McGorry et al., 2010). Central a todos estos servicios se encuentra el concepto de involucrar a la familia del joven y los miembros importantes en su red social. La justificación de la participación familiar en la psicosis temprana es clara:

- Los jóvenes a menudo viven con su familia (Fisher et al., 2008) y, al trabajar de esta manera, el joven es entendido en su contexto social.
- Las familias suelen iniciar y mantener el compromiso con los servicios (Singh y Grange, 2006; Boydell et al., 2006), aunque éstas pueden tener que superar obstáculos al tratar de involucrarse (McCann et al., 2011).
- Facilita el establecimiento de relaciones de colaboración entre el individuo, la familia y los servicios, y da soporte al entendimiento en la familia, las relaciones y la adaptación a los cambios (Fadden y Smith, 2009).
- Los jóvenes valoran mucho la participación de la familia y encontrar en ésta un ambiente de apoyo (Lester et al., 2011).
- Se ha visto que las intervenciones familiares son uno de los elementos clave de la intervención eficaz en la psicosis temprana (Killackey, 2009). La disminución de las recaídas y hospitalizaciones evidenciadas en los

servicios dedicados a la atención a dichos cuadros resultan de la implementación de intervenciones familiares (Bird et al., 2010).

- Ofrecer apoyo reduce el nivel de angustia que los familiares experimentan y les ayuda a su papel de apoyo al joven en su recuperación (Jones, 2009), minimizando así el riesgo de desarrollo de problemas en los individuos o en la familia en su conjunto, teniendo un beneficio de amplio alcance.
- Las familias pueden experimentar una serie de dificultades, incluyendo el estigma (Wong et al., 2009), sentimientos de remordimiento, y reacciones de pérdida y duelo (Lafond, 2009; Knock et al., 2011), y una serie de preocupaciones acerca del joven, que incluyen preocupaciones sobre su autoestima e identidad, el comportamiento social y el abuso de sustancias (Iyer et al., 2011). Las familias exponen demandas emocionales, y describen los sacrificios que tienen que hacer como resultado de sus roles como cuidadores (Knock et al., 2011). Trabajar con toda la familia asegura que estas cuestiones sean abordadas.
- Las intervenciones familiares abordan las necesidades de todos los miembros de la familia, incluidos los hermanos que pueden sufrir un amplio abanico de dificultades relacionadas con su hermano o hermana con psicosis (Newman et al., 2011; Sin et al., 2012).
- El ahorro de costes que se derivan de los servicios de la psicosis temprana ha sido bien evaluado y documentado (McCrone et al., 2009), y las intervenciones familiares juegan un papel importante en esto a causa de la reducción en las tasas de recaídas y hospitalizaciones.

Elementos clave de la intervención familiar efectiva en la psicosis temprana

Las intervenciones familiares en la psicosis temprana se han realizado en diferentes formatos, incluyendo enfoques de familia individuales (Linszen et al., 1996), intervenciones psicoeducativas breves con un número limitado de sesiones (Leavey et al., 2004), los grupos psicoeducativos para cuidadores (Riley et al., 2011; Reed et al., 2010), las combinaciones de intervención grupal e individual (Zhang et al., 1994), y los grupos multifamiliares (O'Brien et al., 2007; Rossberg et al., 2010). El número de ensayos aleatorios es aún limitado, y muchos de los estudios son pequeños y no están bien controlados. Los resultados han sido variables, y como

muchos de los estudios evaluaban el trabajo familiar como parte de un servicio de la psicosis temprana integrado, ha sido difícil separar el papel desempeñado por la intervención per se en los resultados obtenidos (Onwumere et al., 2011). Algunos han reportado resultados positivos en términos de menor número de hospitalizaciones y mejor nivel de funcionamiento (Zhang et al., 1994), y otros en relación con resultados positivos para los miembros de la familia en términos de menor aislamiento, la mejora en la comprensión y las relaciones familiares (Riley et al., 2011).

Enfoques psicoeducativos breves adaptados al individuo pueden no ser tan bien aceptados por las familias (Leavey et al., 2004). Por otro lado, hay evidencia de que si se adaptan los enfoques a las poblaciones de adolescentes, hay beneficios. Un ensayo controlado piloto se llevó a cabo por Browning et al. 2013, donde los 30 participantes adolescentes en un contexto hospitalario fueron secuencialmente asignados a recibir TCC (terapia cognitivo conductual) más atención estándar, Intervención Familiar más la atención estándar, o la atención estándar sola. Hubo resultados prometedores, tanto para la TCC y la intervención familiar en términos de reducción de los síntomas y la mejora del funcionamiento en comparación con la atención estándar. No está claro si los grupos multifamiliares dan resultados positivos (Rossberg et al., 2010). Se acepta, sin embargo, que se necesita más investigación para determinar cuáles son los componentes necesarios de las intervenciones familiares eficaces en esta primera etapa, y en qué formato o combinación de éstos deben ser implementados (Askey et al., 2007; Alvarez-Jimenez et al., 2011).

Fadden (2014) resume las principales características de las intervenciones familiares en la psicosis temprana. Éstas incluyen la evaluación, el intercambio de información, las estrategias de prevención de recaídas y un enfoque en la comunicación y la resolución de problemas. Cualquier enfoque para ayudar a la familia debe ser sensible a las normas culturales y las creencias de cada familia (Onwumere et al., 2009).

También hay información detallada disponible acerca de cómo estos enfoques pueden ser llevados a la práctica (Fadden y Smith, 2009; Burbach et al., 2010), y también en el apoyo a los hermanos en la familia (Smith et al., 2010). En la actualidad, hay directrices en el Reino Unido sobre la gestión de los jóvenes con psicosis (Instituto Nacional de Excelencia Clínica, 2013). La otra

área donde se muestra el beneficio del trabajo familiar es en las familias de los jóvenes con trastorno bipolar. Macneil et al., (2011) describen cómo el trabajo con las familias de los jóvenes con trastorno bipolar les ayuda a diferenciar los comportamientos adolescentes “normales” de los síntomas de un trastorno del estado de ánimo y les ayuda a responder de forma adecuada al joven durante el primer episodio.

Gestión de los adolescentes en riesgo de psicosis

Después de la creación de los primeros servicios de atención a la psicosis temprana, surgió un interés por investigar qué intervenciones podrían ser apropiadas en las fases prodrómicas de los trastornos psicóticos (Yung et al., 1996). Esto provocó un gran debate sobre la ética de la identificación y la intervención temprana debido a la preocupación sobre la existencia de falsos positivos, el riesgo de estigmatización innecesaria y el de patologizar una enfermedad que podría resolverse (Bechdolf et al., 2006; McGlashan et al., 2007). Warner (2001), en la discusión sobre si es seguro y efectivo intervenir en esta etapa inicial, plantea la preocupación por los posibles efectos negativos de la intervención temprana, especialmente si el tratamiento precoz implica la medicación debido a los posibles efectos secundarios, y debido a que pueden no ser fácilmente aceptables para los jóvenes; un número de estudios han encontrado un alto nivel de rechazo y bajas tasas de adherencia en esta población (McGorry et al., 2002; McGlashan et al., 2006). Por otra parte, existía el objetivo de reducir el paso a la psicosis, en caso de ser posible, dada la evidencia de los efectos devastadores crónicos de la no tratada (McGorry et al., 2003).

Yung y colaboradores (2004) resumen lo que los jóvenes que están en dificultades por los signos y síntomas de un estado mental de alto riesgo y que buscan tratamiento deben recibir, basado en la evidencia, de la siguiente manera:

- Compromiso y diagnóstico por un equipo de especialistas.
- La vigilancia periódica de su estado.
- El tratamiento específico para problemas como la depresión, la ansiedad o el abuso de sustancias y la ayuda con cualquier otro tipo de problemas, como problemas interpersonales, vocacionales o relacionados con la familia.
- La psicoeducación y apoyo para comprender sus

experiencias.

- Ayuda para desarrollar habilidades para hacer frente a cualquier comportamiento psicótico subumbral.
- La educación familiar y apoyo.
- Información sobre el riesgo de trastorno mental proporcionado de manera sensible.
- El tratamiento adecuado con la mínima demora si los síntomas empeoran o se desarrolla un episodio agudo. Hubo un emergente consenso acerca de qué estrategias clínicas se estaban utilizando en los centros de todo el mundo que se ocupaban de los jóvenes en la fase prodrómica. McGlashan (2007) señaló que la mayoría de los tratamientos se desarrollaron para la psicosis establecida y adaptados para la fase prodrómica. Se enumeran como las estrategias más comúnmente empleadas: compromiso, terapia de apoyo, manejo de casos, manejo del estrés, tratamiento cognitivo-conductual, tratamiento familiar y farmacoterapia con antipsicótico y otros fármacos.

En la medida en que los tratamientos eran todavía experimentales, se recomendó la investigación adicional antes de que se articulasen guías de tratamiento claras que maximizaran los beneficios y minimizaran los riesgos (McGlashan et al., 2007).

En los últimos años, otra serie de estudios de investigación han tratado de identificar los componentes básicos de la intervención adecuada en esta etapa temprana de riesgo, con énfasis en la la provisión de enfoques que reduzcan al mínimo el estigma, la patologización inadecuada y efectos secundarios no deseados o dañinos, ya que sólo el 30-35 por ciento de las personas en riesgo desarrollará una psicosis durante los dos o tres siguientes años (Cannon et al., 2008). Fusar-Poli y colaboradores (2012) llevaron a cabo un meta-análisis de 2500 jóvenes en alto riesgo clínico en 27 estudios, y se encontró una tasa de viraje del 18 por ciento en 6 meses, el 22 por ciento en un año, y el 36 por ciento después de 3 años. Teniendo en cuenta que dos tercios de las personas no llegan a desarrollar psicosis, las intervenciones en esta etapa temprana necesitan ser destinadas a mejorar el funcionamiento general a nivel individual y familiar.

Ha habido una serie de estudios que analizan la eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) en la prevención de la transición a la psicosis. Morrison y colaboradores (2004) encontraron que los pacientes que completaron un ensayo de 6 meses de TCC habían reducido significativamente las tasas de transición a la

psicosis en comparación con los que recibieron solamente monitorización. Aunque las diferencias no se mantuvieron durante el seguimiento, los que recibieron TCC tenían menos probabilidades que los del grupo de control de requerir tratamiento con antipsicóticos durante el seguimiento (Morrison et al., 2007). Un reciente meta-análisis de 11 estudios de intervenciones tempranas dirigidas a prevenir la psicosis concluyó que la TCC se asoció con una mayor reducción de los síntomas positivos durante 6 a 12 meses en comparación con la terapia de apoyo (Stafford et al., 2013). También hubo alguna evidencia de los beneficios de los ácidos grasos Omega-3 y la psicoterapia integrada, aunque la calidad de esta evidencia era más pobre. Los autores destacan en sus conclusiones que la evidencia más fuerte para la prevención de episodios psicóticos recurrentes es para las intervenciones familiares por encima de la TCC. Una estrategia de tratamiento eficaz, por tanto, podría ser combinar la intervención familiar y la TCC.

Por lo tanto, parecería que una amplia gama de diferentes tratamientos que incluyen el individual, TCC, la psicoterapia integrada, los abordajes familiares, los grupales, los de apoyo y los farmacológicos pueden estar asociados particularmente con mejoras en la sintomatología positiva, y con el retraso o la prevención de la transición a la psicosis.

Los resultados en términos de número de pacientes necesario a tratar (NNT) son positivos en comparación con los referidos a problemas de salud física. Por ejemplo, Bechdolf et al. (2012) reportan NNT de 8 para los síntomas psicóticos subumbral, y 9 para la psicosis cuando las personas se les ofrece una intervención psicológica integrada (TCC individual, terapia grupal en habilidades, terapia cognitiva y psicoeducación multifamiliar) para evitar una conversión a la psicosis. Esto se compara con las cifras de entre 71 y 171 para el tratamiento de la hipertensión para prevenir un ictus (Psaty et al., 2003).

Estudios que incluyeron el apoyo familiar como un componente del tratamiento en el estado prodrómico

Debido a la edad de las personas en riesgo de psicosis, la familia puede jugar un papel importante en cómo los jóvenes se involucran en los servicios. También hay pruebas sustanciales de que el trabajo familiar en la psicosis temprana es el enfoque clave en la reducción del riesgo de recaída. Por estas razones, un número de estudios

han explorado el impacto de ofrecer intervenciones familiares teniendo en cuenta la etapa del desarrollo en este punto, por sí solas o, más a menudo, en combinación con otros enfoques. Algunos estudios no son ensayos aleatorios controlados, pero la literatura emergente nos da una indicación de cuáles son los elementos centrales de las intervenciones familiares eficaces.

O'Brien et al. (2007) investigaron la viabilidad y aceptabilidad de una intervención grupal multifamiliar de 9 meses de duración para adolescentes con alto riesgo de desarrollar psicosis. El enfoque fue adaptado a partir de los que se muestran eficaces con los jóvenes con psicosis instaurada y sus familias (McFarlane et al., 2002) con el contenido hecho relevante para los adolescentes en la fase previa al inicio. Éste no fue un ensayo controlado aleatorio; todos los que tomaron parte vivían con sus familias. Los que participaron dijeron haber encontrado los grupos de gran utilidad; asistían regularmente y dijeron sentirse cómodos en las sesiones y encontrarlas beneficiosas. Los adolescentes mostraron mejoras en los síntomas positivos y en el funcionamiento general, aunque debido a que la intervención familiar es una de una serie de intervenciones introducidas al mismo tiempo, no es posible atribuir los cambios a la intervención sobre la familia por sí sola.

Schlosser y colaboradores (2010) habían señalado la relación entre el entorno familiar y el riesgo de desarrollar psicosis, y por lo tanto consideró que la intervención familiar sería un enfoque prometedor para investigar en esta población (Schlosser et al., 2012). Este es el primer ensayo controlado aleatorio de un tratamiento centrado en la familia para las personas en riesgo de psicosis, y los resultados se acaban de publicar (Miklowitz et al., 2014). Los participantes en el grupo de intervención recibieron una terapia centrada en la familia que consiste en la formación en comunicación y habilidades de resolución de problemas, el desarrollo de estrategias de afrontamiento y un plan personalizado de prevención, y practicaban habilidades aprendidas entre las sesiones, mientras que los del grupo de control recibieron sesiones psicoeducativas y desarrollaron un plan de prevención de recaídas. Los resultados mostraron que los del grupo de intervención experimentaron una mayor mejoría en los síntomas positivos a lo largo de más de seis meses, en comparación con los que recibieron psicoeducación solamente. Esto demuestra los beneficios de que las personas desarrollen de habilidades y estrategias de afrontamiento que ponen en práctica en lugar

de ser receptores pasivos de información.

Bechdorf et al., (2012) reportan en un ensayo aleatorio realizado en cuatro centros en Alemania, donde a los participantes se les ofreció una Intervención Psicológica Integrada que habían descrito previamente (Bechdorf et al., 2006). Ésta consistía en un enfoque basado en el modelo de estrés-vulnerabilidad (Zubin y Spring, 1977; Nuechterlain y Dawson, 1984), de nuevo adaptado de los enfoques que han demostrado ser eficaces con el primer episodio de psicosis. Los componentes incluían Terapia Cognitivo Conductual individual (TCC); formación en habilidades, incluyendo la planificación de actividades, entrenamiento en habilidades sociales, resolución de problemas y estrategias para “mantenerse bien”; reestructuración cognitiva y grupos multifamiliares psicoeducativos dirigidos a aumentar la comprensión de las familias acerca de la enfermedad y focalizando en la reducción del estrés y en los conflictos interpersonales. Cabe señalar que, si bien éstos fueron llamados grupos multifamiliares, un término que generalmente se refiere a las familias incluyendo a la persona que presenta el trastorno en conjunto, en este estudio los grupos familiares eran sólo para los miembros de la familia u otras personas clave importantes en la vida del joven, sin incluirlo. El grupo control recibió asesoramiento (*counseling*) de apoyo.

La Intervención Psicológica Integrada fue superior al *counseling* de apoyo para prevenir la progresión a la psicosis, tanto a los 12 como a los 24 meses de seguimiento. Por otra parte, las tasas de conversión a psicosis no aumentaron cuando la intervención específica terminó, y la tasa de rechazo fue baja (8,9%). No hubo reportes de efectos secundarios no deseados del paquete de intervención psicológica. No es posible saber qué parte jugó cada componente del enfoque.

También se han realizado estudios de jóvenes en riesgo de desarrollar un trastorno bipolar en los que se ofrece un tratamiento centrado en la familia que mostraron mejorías significativas en la depresión, hipomanía y el funcionamiento psicosocial (Miklowitz et al., 2008a; Miklowitz et al., 2008b; Miklowitz et al., 2009; Miklowitz et al., 2011).

Conclusiones de los estudios realizados hasta el momento acerca de los beneficios de la participación de la familia en las fases prodrómicas de la psicosis

Estudios preliminares muestran que los enfoques

familiares son factibles, útiles y aceptables para los jóvenes con riesgo muy elevado de psicosis y sus familias (Schlosser et al., 2012, Browning et al., 2013, O'Brien et al., 2007). Los enfoques que incluyen el trabajo familiar parecen retrasar la aparición de la psicosis durante un periodo de 24 meses (Bechdorf et al., 2012), y mejorar la sintomatología positiva (Miklowitz et al., 2014). Cabe señalar que, en algunos estudios, es difícil averiguar qué componente particular de la intervención contribuye al resultado, ya que generalmente hay una serie de elementos variada en dicha intervención. Algo que sí es claro es que todas las intervenciones tienen algún grado de relación con la familia como elemento central. Hay varias razones por las cuales éste es el caso, y la justificación de la participación de la familia se resume en la Tabla 1.

Siempre hay dificultades con que los grupos “en riesgo” se comprometan con los servicios o asistan a las sesiones ofrecidas, cualquiera que sea su naturaleza. O'Brien y colaboradores (2007) encontraron que el 45 por ciento de las familias declinó la participación o se retiró después de una sesión. Las razones dadas por la mitad de estos casos fueron que la familia estaba demasiado ocupada con otros compromisos para asistir, y en la otra mitad, porque los jóvenes no estaban dispuestos a aceptar ninguna forma de tratamiento psicosocial o no se dieron cuenta del impacto que su comportamiento estaba teniendo. Sin embargo, aquellos que se comprometieron a los grupos eran asistentes muy regulares.

Ishikura y colaboradores (2014), en un estudio de la psicosis temprana, encontraron que el establecimiento de una relación de confianza con las familias puede prevenir la desconexión de los servicios en las etapas iniciales del tratamiento. En su estudio, la desvinculación fue de 16,2 por ciento en aquellos casos en los que los servicios se habían comprometido con las familias en comparación con el 33,7 por ciento, donde las familias no habían establecido una relación con los profesionales a los que consideran fiables. Es probable que haya implicaciones de los hallazgos de este estudio en cuanto a la mejor manera de vincular a los jóvenes y sus familias.

Adaptación del modelo de Terapia Familiar Conductual para casos en etapas prodrómicas de la psicosis

Fadden (2006) ha esbozado los componentes clave

del modelo de Terapia Familiar conductual como se utiliza con los que ya han experimentado episodios de psicosis:

- Establecimiento de una relación de trabajo respetuosa, positiva y de colaboración entre la familia y el médico.
- Acuerdo de que el usuario del servicio y los principales miembros de la familia se reunirán con el clínico.
- Intercambio de información y acuerdo sobre cuestiones relativas a la confidencialidad.
- Tiempo y espacio para la discusión de cuestiones emocionales y reacciones personales a problemas de salud mental y su gestión.
- Apoyo a los familiares en el logro de metas personales.
- Centrar en las cuestiones prácticas la gestión del día a día.
- Mejora de la familia de las habilidades de resolución de problemas.
- Acuerdo sobre las estrategias de prevención de recaídas y en desarrollo de planes para “mantenerse bien”.
- Desarrollo de los patrones de comunicación efectiva.
- Acuerdo sobre cómo será la relación entre los servicios de salud mental y la familia.

Debido a que dos tercios de las personas que están en una fase “de riesgo” no harán la transición a la psicosis, es importante que cualquier tipo de habilidades que se aprenda a través de los métodos que se ofrecen sean habilidades que serán útiles incluso si la psicosis no se desarrolla. La construcción de la resiliencia es un objetivo tan importante como el desarrollo de habilidades, que son en general beneficiosas. Éstas incluyen la habilidad para manejar el estrés y las dificultades que se presentan, las comprensión de vulnerabilidades personales, el desarrollo de habilidades de comunicación efectivas, y el establecimiento de objetivos positivos para permanecer saludable. Los tratamientos deben ser beneficiosos tanto si la persona desarrolla la psicosis como si no, y deben ayudar a los jóvenes a comprender y manejar su propio comportamiento. Debido a que se trata de una población joven, muchos de los cuales no desarrollarán nuevas dificultades, es esencial que los servicios se basen en la esperanza y la posibilidad de recuperación.

Resumen y direcciones futuras

Nuestra comprensión de lo que es mejor ofrecer a los jóvenes en riesgo de desarrollar psicosis es aún incompleta. El dilema se mantendrá sobre cuánto

ofrecer con el fin de reducir la probabilidad de transición a la psicosis sin estigmatizar o patologizar a este grupo vulnerable. Conceptos como los enfoques de toda la familia como se indica en el documento de orientación del Instituto de Atención Social a la Excelencia (2009) proveen de ideas útiles sobre cómo aprovechar los puntos fuertes de la familia. El trabajo familiar continuará siendo una parte central de estos enfoques, y los tratamientos tienen que tener un desarrollo sensible. Los niveles de madurez emocional, la capacidad cognitiva o cualquier retraso o discapacidad también deben tenerse en cuenta.

Traducción del inglés de Mireia Ramon.

Bibliografía

ALVAREZ-JIMENEZ M., PARKER A. G., HETRICK S. E. ET AL. (2011). Preventing the second episode: a systematic review and meta-analysis of psychosocial and pharmacological trials in first-episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 37(3), 619-630.

ASKEY, R., GAMBLE, C. Y GRAY, R. (2007). Family work in first-onset psychosis: A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 356-365.

BECHDOLF, A., PHILLIPS, L. J., FRANCEY, S. M., LEICESTER, S., MORRISON, A. P., VEITH, V., KLOSTERKOTTER, K. Y MCGORRY, P. D. (2006) Recent approaches to psychological interventions for people at risk of psychosis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256, 159-173.

BECHDOLF, A., WAGNER, M., RUHRMANN, S., HARRIGAN, S., PUTZFELD, V., PUKROP, R., BROCKHAUS-DUMKE, A., BERNING, J., JANSSEN, B., DECKER, P., BOTTLENDER, R., MAURER, K., MOLLER, H. J., GAEBEL, W., HAFNER, H., MAIER, W. Y KLOSTERKOTTER, J. (2012). Preventing progression to first-episode psychosis in early initial prodromal states. *The British Journal of Psychiatry*, 200, 22-29.

BIRD, V., PREMKUMAR, P., KENDALL, T. ET AL. (2010). Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 197, 350-356.

BOYDELL, K. M., GLADSTONE, B. M. Y VOLPE, T. (2006). Understanding help-seeking delay in the prodrome to first episode psychosis: A secondary analysis of the perspectives of young people. *Psychiatric*

Rehabilitation Journal, 30(1), 54-60.

BROWNING, S., CORRIGALL, R., GARETY, P., EMSLEY, R. Y JOLLEY, S. (2013). Psychological interventions for adolescent psychosis: A pilot controlled trial in routine care. *European Psychiatry*, recuperado en <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.05.008>

BURBACH, F., FADDEN, G. Y SMITH J. (2010). Family interventions for First Episode Psychosis. In P. French, M. Reed, J. Smith, M. Rayne, y D. Shiers: *Early Intervention in Psychosis: Promoting Recovery in Early Psychosis*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd., pp. 210-225.

BUSTILLO, J. R., LAURIELLO, J., HORAN, W. P. Y KEITH, S. J. (2001). The Psychological Treatment of Schizophrenia: An Update. *American Journal of Psychiatry*, 158, 2, 163-175.

CANNON, T. D., CADENHEAD, K., CORNBLATT, B., WOODS, S. W., ADDINGTON, J., WALKER, E., SEIDMAN, L. J., PERKINS, D., TSUANG, M., MCGLASHAN, T. Y HEINSEN, R. (2008). Prediction of psychosis in youth at high clinical risk: a multisite longitudinal study in North America. *Archives of General Psychiatry*, 65, 28-37.

FADDEN, G. (2006). Family Interventions. In G. Roberts, S. Davenport, F. Holloway y T. Tattan (Eds.) *Enabling Recovery: The Principles and Practice of Rehabilitation Psychiatry*. pp. 158-169. London: Gaskell.

FADDEN, G. Y SMITH, J. (2009). Family work in early psychosis. In F. Lobban y C. Barrowclough, *A Casebook of Family Interventions for Psychosis*. Chichester: Wiley and Sons, pp. 23-45.

FADDEN, G. (2014). Involving the family in early interventions. In P. Byrne y A. Rosen. *Early Intervention in Psychiatry – EI of nearly everything for better mental health*. Chichester: Wiley and Sons. pp. 20-32.

FISHER, H., THEODORE, K., POWER P. ET AL. (2008) Routine evaluation in first episode psychosis services: feasibility and results from the MiData project. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 960-967.

FUSAR-POLI, P., BONOLDI, I., YUNG, A. R., BORGWARDT, S., KEMPTON, M. J., VALMAGGIA, L., BARALE, F., CAVERZASI, E. Y MCGUIRE, P. (2012). Predicting psychosis: meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. *Archives of General Psychiatry*, 69, 220-229.

ISHIKURA, S., YAMASAKI, S., ANDO, S., NISHIDA, A., TANOUÉ, M., NIMURA, J., ASUKAI, N. Y OKAZAKI, Y. (2014). Association between parents' trust in mental health professionals and disengagement from psychiatric service within the first 6 months of initial treatment of schizophrenia. *Early Intervention in Psychiatry*,

doi:10.1111/eip.12162.

IYER, S. N., LOOHUIS, H., PAWLIUK, N. ET AL. (2011) Concerns reported by family members of individuals with first-episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 5, 163-167.

JONES, K. (2009). Addressing the needs of carers during early psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 3, S22-S26.

KILLACKEY, E. (2009) Psychosocial and psychological interventions in early psychosis: essential elements for recovery. *Early Intervention in Psychiatry*, 3, 517-521.

KNOCK, J., KLINE, E. Y SCHIFFMAN, J. ET AL. (2011). Burdens and difficulties experienced by caregivers of children and adolescents with schizophrenia-spectrum disorders: a qualitative study. *Early Intervention in Psychiatry*, 5, 349 -354.

LAFOND, V. (2009). Coming to terms with mental illness in the family – working constructively through its grief. In F. Lobban and C. Barrowclough (Eds.) *A Casebook of Family Interventions for Psychosis*. Chichester: Wiley and Sons, pp. 167- 184.

LEAVEY, G., GULAMHUSSEIN, S., PAPADOPOULOS, C. ET AL. (2004). A randomized controlled trial of a brief intervention for families of patients with a first episode psychosis. *Psychological Medicine*, 34, 423-431.

LEHMAN, A. F., KREYENBUHL, J., BUCHANAN, R. W., DICKERSON, F. B., DIXON, L. B., GOLDBERG, R., GREEN-PADEN, L. D., TENHULA, W. N., BOERESCU, D., TEK, C. Y SANDSON, N. (2004). The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): Updated Treatment Recommendations, 2003. *Schizophrenia Bulletin*, 30(2), 193-217.

LESTER, H., MARSHALL, M., JONES, P. ET AL. (2011). Views of young people in early intervention services for first-episode psychosis in England. *Psychiatric Services*, 62(8), 882-887.

LINSZEN, D., DINGEMANS, P., VAN DER DOES, J. W. ET AL. (1996). Treatment, expressed emotion and relapse in recent onset schizophrenic disorders. *Psychological Medicine*, 26, 333-242.

MCCANN, T. V., LUBMAN, D. I. Y CLARK, E. (2011). First-time primary caregivers' experience accessing first-episode psychosis services. *Early Intervention in Psychiatry*, 5, 156-162.

MCCRONE, P., KNAPP, M. Y DHANASIR, S. (2009) Economic impact of services for first-episode psychosis: a decision model approach. *Early Intervention in Psychiatry*, 3, 266-273.

McFARLANE, W. R. (2002) *Multifamily Groups in the Treatment of Severe Psychiatric Disorders*. New York: Guilford Press.

MCGLASHAN, T. H., ADDINGTON, J., CANNON, T., HEINIMAA, M., MCGORRY, P., O'BRIEN, M., PENN, D., PERKINS, D., SALOKANGAS, R. K. R., WALSH, B., WOODS, S. W. Y YUNG, A. (2007) Recruitment and treatment practices for help-seeking "prodromal" patients. *Schizophrenia Bulletin*, 33 (3), 715-726.

MCGLASHAN, T. H., ZIPURSKY, R. B., PERKINS, D., ADDINGTON, J., MILLER, T., WOODS, S. W., HAWKINS, K. A., HOFFMAN, R. E., PREDA, A., EPSTEIN, I., ADDINGTON, D., LINDBORG, S., TRZASKOMA, Q., TOHEN, M. Y BREIR, A. (2006) A randomized, double-blind trial of olanzapine versus placebo in patients prodromally symptomatic for psychosis. *The American Journal of Psychiatry*, 163 (5), 790-799.

MCGORRY, P., JOHANESSEN, J. O., LEWIS, S. ET AL (2010) Early intervention in psychosis: keeping faith with evidence-based health care. *Psychological Medicine*, 40, 399-404.

MCGORRY, P. D., YUNG, A. R. Y PHILLIPS, L. J. (2003) The 'close-in' or ultra high-risk model: a safe and effective strategy for research and clinical intervention in prepsychotic mental disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 29 (4), 771-790.

MCGORRY, P. D., YUNG, A. R., PHILLIPS, L. J., YUEN, H. P., FRANCEY, S., COSGRAVE, E. M., GERMANO, D., BRAVIN, J., McDONALD, T., BLAIR, A., ADLARD, S. Y JACKSON, S. (2002) Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 59, 921-928.

MACNEIL, C. A., HASTY, M. K., BERK, M. ET AL. (2011). Psychological needs of adolescents in the early phase of bipolar disorder: implications for early intervention. *Early Intervention in Psychiatry* 5, 100-107.

MIKLOWITZ, D. J., AXELSON, D. A., BIRMAHER, B., GEORGE, E. L., TAYLOR, D. O., SCHNECK, C. D., BERESFORD, C. A., MIRIAM DICKINSON, L., CRAIGHEAD, E. Y BRENT, D. A. (2008a). Family-focused treatment for adolescents with bipolar disorder: results of a 2-year randomized trial. *Archives of General Psychiatry*, 65 (9), 1053-1061.

MIKLOWITZ, D. J., AXELSON, D. A., GEORGE, E. L., TAYLOR, D. O., SCHNECK, C. D., SULLIVAN, A. E., MIRIAM DICKINSON, L. Y BIRMAHER, B. (2009). Expressed emotion moderates the effects of family-focused treatment for Bipolar Adolescents. *Journal of the American Academy*

of Child and Adolescent Psychiatry, 48 (6), 643-651.

MIKLOWITZ, D. J. Y CHANG, K. D. (2008b). Prevention on bipolar disorder in at-risk children: theoretical assumptions and empirical foundations. *Development and Psychopathology*, 20 (3), 881-897.

MIKLOWITZ, D. J. Y JOHNSON, S. L. (2009). Social and familial risk factors in bipolar disorder: basic processes and relevant interventions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16, 281-296.

MIKLOWITZ, D. J., O'BRIEN, M. P., SCHLOSSER, D. A., ADDINGTON, J., CANDAN, K. A., MARSHALL, C., DOMINGUES, I., WALSH, B. C., ZINBERG, J. L., DE SILVA, S. D., FRIEDMAN-YAKOUBIAN, M. Y CANNON, T. D. (2014). Family-focused treatment for adolescents and young adults at high risk for psychosis: Results of a randomized trial. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 53 (8), 848-858.

MIKLOWITZ, D. J. Y SCOTT, J. (2009). Psychosocial treatments for bipolar disorder: cost-effectiveness, mediating mechanisms, and future directions. *Bipolar Disorders*, 11, 110-122.

MORRISON, A. P., FRENCH, P., PARKER, S., ROBERTS, M., STEVENS, H., BENTALL, R. P. Y LEWIS, S. W. (2007). Three-year follow up of a randomized controlled trial of cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra high risk. *Schizophrenia Bulletin*, 33 (3), 682-687.

MORRISON, A. P., FRENCH, P., WALFORD, L., LEWIS, S. W., KILCOMMONS, A., GREEN, J. PARKER, S. Y BENTALL, R. P. (2004) Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 185, 291-297.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (2013). *Psychosis and schizophrenia in children and young people: Recognition and management*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. Available from: www.nice.org.uk

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: Treatment and management*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. Available from: www.nice.org.uk

NEWMAN, S., SIMONDS, L. M. Y BILLINGS, J. (2011) A narrative analysis investigating the impact of first episode psychosis on siblings' identity. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 1752-2447.

NUECHTERLEIN, K. H. Y DAWSON, M. E. (1984). A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic

episodes. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 300-312.

O'BRIEN, M. P., ZINBERG, J. L., BEARDEN, C. E., DALEY, M., NIENDAM, T. A., KOPELWICZ, A. Y CANNON, T. D. (2007). Psychoeducational multi-family group treatment with adolescents at high risk for developing psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 1, 325-332.

ONWUMERE, J., BEBBINGTON, P. Y KUIPERS, E. (2011). Family interventions in early psychosis: specificity and effectiveness. *Epidemiology and Psychiatric Science*, 20(2), 113-119.

ONWUMERE, J., SMITH, B. Y KUIPERS, E. (2009). Family intervention with ethnically and culturally diverse groups. In F. Lobban and C. Barrowclough (Eds.) *A Casebook of Family Interventions for Psychosis*. Chichester: Wiley and Sons, pp. 211 – 231.

PFAMMATTER, M., JUNGHAN, U. M. Y BRENNER, H. D. (2006). Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: Conclusions from meta-analyses. *Schizophrenia Bulletin*, 32, S64-S80.

PHAROAH, F., MARI, J., RATHBONE, J. Y WONG, W. (2006). Family interventions for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4.

PILLING, S., BEBBINGTON, P., KUIPERS, E., GARETY, P., GEDDES, J., ORBACH, G. Y MORGAN, C. (2002). Psychological treatments in schizophrenia. I: Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychological Medicine*, 32, 763-782.

PITSCHER-WALZ, G., LEUCHT, S., BÄUML, J., KISSLING, W. Y ENGEL, R. R. (2001). The Effect of Family Interventions on Relapse and Rehospitalisation in Schizophrenia – a Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 73-92.

PSATY, B. M., LUMLEY, T., FURBERG, C. D., SCHELLENBAUM, G., PAHOR, M., ALDERMAN, M. H. Y WEISS, N. S. (2003) Health outcomes associated with various antihypertensive therapies used as first-line agents: a network meta-analysis. *The Journal of the American Medical Association*, 289 (19), 2534-2544.

REED, M., PETERS, S., BANKS, L. ET AL. (2010). Sharing Care with Families, in P. French, J. Smith, D. Shiers, M. Reed and M. Rayne (eds.) *Promoting Recovery in Early Psychosis: A Practice Manual*, Oxford: Wiley-Blackwell. pp. 226 - 234.

RILEY, G., GREGORY, N., BELLINGER, J. ET AL. (2011). Carers education groups for relatives with a first episode of psychosis: an evaluation of an 8 week education group. *Early Intervention in Psychiatry* 5, 57-63.

ROSSBERG, J. I., JOHANNESSEN, J. O., KLUNGSOYR, O.

ET AL. (2010) Are multi family groups appropriate for patients with first episode psychosis? A 5-year naturalistic follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 122, 384-394.

SCHLOSSER, D. A., MIKLOWITZ, D. J., O'BRIEN, M. P., DE SILVA, S. D., ZINBERG, J. L. Y CANNON, T. D. (2012). A randomized trial of family focused treatment for adolescents and young adults at risk for psychosis: study rationale, design and methods. *Early Intervention in Psychiatry*, 6, 283-291.

SCHLOSSER, D. A., ZINBERG, J. L., LOEWY, R. L., CASEY-CANNON, S., O'BRIEN, M. P., BEARDEN, C. E., VINOGRADOV, S. Y CANNON, T. D. (2010). Predicting the longitudinal effects of the family environment on prodromal symptoms and functioning in patients at risk of psychosis. *Schizophrenia Research*, 118, 69-75.

SIN, J., MOONE, N., HARRIS, P. ET AL. (2012). Understanding the experiences and service needs of siblings of individuals with first-episode psychosis: a phenomenological study. *Early intervention in Psychiatry* 6, 53-59.

SINGH, S. P. Y GRANGE, T. (2006). Measuring pathways to care in first-episode psychosis: A systematic review. *Schizophrenia Research*, 81, 75-82.

SMITH, J., FADDEN, G. Y TAYLOR, L. (2010). The Needs of siblings in First Episode Psychosis In P. French, M. Reed, J. Smith, M. Rayne and D. Shiers (Eds) *Early Intervention in Psychosis: Promoting Recovery*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd., pp. 235-244.

SOCIAL CARE INSTITUTE FOR EXCELLENCE (2009, updated 2011). Think Child, Think Parent, Think Family: A guide to parental mental health and child welfare [online]. London: SCIE. Recuperado en: www.scie.org.uk/publications/guides/guide30/index.asp (consultado en diciembre de 2014).

SOCIAL EXCLUSION TASK FORCE (2007). *Reaching Out: Think Family, Analysis and themes from the Families At Risk Review*. London: Cabinet Office.

STAFFORD, R., JACKSON, H., MAYO-WILSON, E., MORRISON, A. Y KENDALL, T. (2013). Early interventions to prevent psychosis: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2013;346:f185.

WARNER, R. (2001). The prevention of schizophrenia: what interventions are safe and effective? *Schizophrenia Bulletin*, 27, 551-562.

WONG, C., DAVIDSON, L., ANGLIN, D. ET AL. (2009). Stigma in families of individuals in early stages of psychotic illness: family stigma and early psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 3(2), 108-115.

YUNG, A. R., MCGORRY, P. D., MCFARLANE, C. A., JACKSON, H. J., PATTON, G. C. Y RAKKAR, A. (1996) Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 22 (2), 283-300.

YUNG, A., PHILLIPS, L. Y MCGORRY, P. D. (2004). *Treating Schizophrenia in the Prodromal Phase*. London, England: Taylor y Francis.

ZHANG, M., WANG, M., LI, J. ET AL. (1994). Randomised-control trial of family intervention for 78 first-episode male schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 165(24) (Supplement), 96-102.

ZUBIN, J. Y SPRING, B. (1977). Vulnerability; a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.

Anexos

Tabla 1. ¿Por qué involucrar a las familias en la etapa prodrómica temprana o “de riesgo” de la psicosis?

- Las familias están más receptivas en esta etapa temprana, cuando no están seguros de lo que está sucediendo.
- La mayoría de las personas ‘en riesgo’ son jóvenes y viven con su familia.
- El joven es a menudo traído por su familia, que está buscando apoyo y tratamiento.
- Si la familia está bastante comprometida, es más probable que el joven se mantenga en el tratamiento.
- Las dificultades que se presentan son a menudo las tareas de desarrollo de la adolescencia tales como problemas con la escuela, los compañeros y las relaciones familiares.
- Si no se puede proveer a la familia de información y apoyo para la gestión del joven, sus reacciones pueden ser estresantes para él.
- Los enfoques de familia pueden tener un carácter preventivo para los familiares, así como en términos de ayudar a que estén bien, y por lo tanto tienen amplios beneficios.
- El estigma puede conducir al aislamiento social por lo que es útil para ofrecer apoyo antes de que éste se desarrolle.