

# Aplicación de un programa de intervención temprana en Psicosis. Un nuevo desarrollo para las unidades de salud mental<sup>1</sup>

Vallina Fernandez, O<sup>1</sup>; Alonso Sanchez, A.<sup>1</sup>; Gutierrez Perez, A.<sup>1</sup>  
Ortega Fernandez, JA<sup>1</sup>; Garcia Saiz, P.<sup>2</sup>; Fernandez Iglesias, P.<sup>2</sup>; Lemos Giraldez, S.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Unidad de Salud Mental de Torrelavega, Servicio Cántabro de Salud Mental

<sup>2</sup> Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo

**Resumen:** Los recientes desarrollos clínicos para la intervención temprana en psicosis proponen desarrollar estrategias de detección y tratamiento de esta patología en sus primeros estadios. En este trabajo, se presenta la aplicación de un formato terapéutico dirigido a estos fines desde una unidad de salud mental del sistema público de salud. A la luz de los primeros datos obtenidos, se sugiere que esta puede ser una nueva y efectiva manera de organizar tanto las intervenciones terapéuticas como la asistencia a la psicosis desde las unidades de salud mental.

**Abstract:** Current clinical methods for early intervention in psychoses suggest the development of strategies for the detection and treatment of this pathology in its early phases. Accordingly, in this paper it is presented the application of a therapy method for this purpose in a public health system. From the first gathered data, it is proposed as a new and effective way to organise either therapy interventions or psychosis attendance in mental health units.

**E**l inicio del tratamiento en las psicosis, como bien conocemos, no suele coincidir con el inicio de la enfermedad. De hecho, lo más normal es que entre estos dos momentos medie un periodo de varios años de duración. Este retraso suele traer como consecuencia una recuperación posterior más lenta e incompleta de la psicosis, un aumento de la comorbilidad (especialmente depresión, consumo de tóxicos, suicidio, etc), un deterioro de las relaciones sociales y familiares y un peor pronóstico. Algunos autores van aún más lejos, y llegan a afirmar que las limitaciones en la efectividad de las actuales modalidades de tratamiento psicosocial e incluso la misma

cronicidad de la psicosis, son el resultado lógico del fallo en la aplicación de estas intervenciones a los momentos iniciales de la enfermedad (Johannessen et al. 2000). Esta demora en el tratamiento abarca dos momentos; el que va desde el inicio de los primeros síntomas de enfermedad hasta el inicio de la psicosis se conoce como el periodo de duración de la enfermedad sin tratar y el que va desde el inicio de la psicosis ya manifiesta hasta el comienzo del tratamiento se denomina periodo de duración de la psicosis sin tratar (McGlashan. 1999). La actuación de la enfermedad en estas fases, y la demora en su tratamiento, facilitaría la ocurrencia de una serie de cir-

<sup>1</sup> Artículo a publicar en Avances en Salud Mental Relacional. [www.bibliopsiquis.com/asmr](http://www.bibliopsiquis.com/asmr)

cunstances vitales como: fracasos escolares y laborales, autoagresiones, angustias familiares, consumo de drogas, conductas delictivas, etc. que producirían un modo de "toxicidad psicológica" cuyos efectos limitarían el posterior nivel de recuperación de la enfermedad aunque se dispusiese de un tratamiento eficaz y aplicado a tiempo tras la aparición de un primer episodio (McGorry, Yung & Phillips, 2001).

Detectar el trastorno con la mayor rapidez posible, para posteriormente instaurar el adecuado tratamiento, se hace una necesidad evidente. Para ello se necesitaría disponer de marcadores claros y específicos que puedan servirnos con certeza como indicadores de la presencia o no de una psicosis incipiente. Häfner et al. (1999) muestran que la mayoría de los primeros episodios; un 73% de los casos, se inician con síntomas prodrómicos inespecíficos o con síntomas negativos, el 20% lo hacen con síntomas positivos, negativos e inespecíficos, y un 7% se inicia con síntomas positivos únicamente. Además, observaron que la mayoría presentaba una forma de inicio crónica, con una fase prodrómica de cinco años de duración, con un tramo ya claramente psicótico de más de un año de evolución antes de la primera admisión, y con una primera admisión tras unos dos meses de presentar el primer episodio completo. Tratar de obtener esos marcadores claros y específicos que puedan servirnos con certeza como indicadores de la presencia o no de una psicosis incipiente es el principal propósito de los principales grupos científicos internacionales en estos momentos. Para este fin, y siguiendo a Yung & McGorry (1996) adoptamos el concepto de "estado mental de alto riesgo". Desde esta perspectiva, el pródromo inicial en psicosis pasa de ser visto como la forma prepsicótica mas temprana de un trastorno psicótico, es decir, una forma atenuada de psicosis, a otra según la cual, conforma un factor de riesgo para su desarrollo, especialmente si se combina con otros factores de riesgo propios del trastorno (Ej., antecedentes familiares) pero donde las manifestaciones prodrómicas no conducen necesariamente a la psicosis y que incluye una combinación de síntomas psicóticos atenuados, tales como suspicacia o cambios perceptivos; síntomas inespecíficos afectivos y

neuróticos, como ansiedad, humor deprimido y alteraciones del sueño; cambios conductuales, que habitualmente son respuestas a otros fenómenos e incluyen aislamiento y abandono de actividades habituales y síntomas básicos; la percepción fenomenológica de los déficit neuropsicológicos que produciría la psicosis y entre los que destacan los trastornos de pensamiento y perceptivos. Birchwood, Todd & Jackson (1998) sostiene la existencia de un "periodo crítico" que abarcaría estos primeros momentos de la enfermedad y que parece ser el momento en el que se forman aspectos fundamentales para el posterior curso de la enfermedad. De entre estos, se destacan el modelo de respuesta individual a la psicosis que facilita o dificulta su posterior ajuste y adaptación, procesos evolutivos que pueden tener implicaciones para la prevención de morbilidad secundaria como la depresión o el suicidio y los orígenes y metamorfosis de los componentes de la emoción expresada de los familiares (especialmente sobreimplicación y criticismo).

Ante esta panorámica, quienes abogan por el desarrollo de modalidades de intervención precoces, promueven la idea de que una adecuada atención en las fases iniciales de la enfermedad puede mejorar los resultados de la misma, disminuyendo su discapacidad y reduciendo los costes de su atención. Para ello se proponen dos estrategias básicas: reducir el periodo que suele pasar la enfermedad sin recibir tratamiento y un combinado y amplio tratamiento ajustado a las específicas características de las fases iniciales de la enfermedad (McGorry & Edwards, 1997).

Para llevar a cabo estos propósitos, en la última década han ido surgiendo una serie de servicios clínicos y de grupos de investigación que están generando una importante cantidad de investigaciones y de materiales clínicos para la intervención. De entre estos, los que en nuestra opinión presentan aportaciones más sólidas y aplicables a nuestro medio y de los cuales hemos tomado y adaptado nuestro protocolo de intervención son los siguientes: El Centro de Prevención e Intervención en Psicosis Temprana (EPPIC) en Australia (McGorry & Edwards, 1997), el Proyecto para la Identificación y Tratamiento Temprano de la Psico-



sis (TIPS) en Noruega y Dinamarca (Johannessen, Larsen, McGlashan & Vaglum. 2000) y el Servicio de Intervención Temprana de Birmingham y la Iniciativa para la Reducción del Impacto de la Esquizofrenia (IRIS) en Gran Bretaña (Macmillan & Shiers. 2000). El trabajo que presentamos aquí, se adhiere a estas indicaciones y presenta los primeros resultados que se han obtenido en nuestro servicio tras la implantación de esta nueva manera de tratar la psicosis.

## Método

En este estudio intentamos observar los efectos de un programa de intervención temprana en psicosis. Para ello comparamos dos centros de atención primaria de dos zonas básicas de salud diferentes. En el centro que denominamos experimental se aplica el programa de ITP para centros de atención primaria, y en el control ningún tipo de intervención. Posteriormente, los pacientes derivados desde ambos centros, una vez acceden al programa, reciben el mismo tipo de tratamiento. El objetivo del estudio es doble; por un lado se trata de observar si este tipo de actuaciones mejora la captación y la derivación desde los centros de atención primaria, reduciendo de este modo el tiempo que pasa la enfermedad sin recibir tratamiento. Por otro lado, comprobar si la intervención en esas fases iniciales de la enfermedad con el programa de tratamiento expuesto aquí tiene algún tipo de incidencia en el tránsito a la psicosis y en el curso posterior de esta.

## Sujetos

Los pacientes incluidos en este estudio, son usuarios de la unidad de salud mental del área sanitaria de Torrelavega-Reinosa (Cantabria). Los criterios de selección de la muestra han sido tener una edad comprendida entre 16 y 30 años, no haber tenido un episodio psicótico previo de más de una semana de duración, no presentar una clara etiología orgánica como causa de su clínica actual y pertenecer a uno de tres grupos de riesgo propuestos por Yung et al. (1998): *Grupo de síntomas psicóticos atenuados*. Caracterizado por la presencia de al menos unos de los síntomas siguientes: ideas de referencia, creencias extrañas o

pensamiento mágico, trastornos perceptivos, pensamiento y habla extraña, ideación paranoide, conducta o apariencia extraña. Los síntomas deberán tener una desviación de 2-3 puntos en las escalas de contenido inusual del pensamiento o de suspicacia de la BPRS o de 1-2 puntos en el caso de la escala de alucinaciones y deberán tener una ocurrencia de varias veces por semana, siendo el cambio en el estado mental de una semana por lo mínimo. *Grupo de síntomas psicóticos breves e intermitentes*. Estos síntomas se resolverán espontáneamente dentro de una semana e incluyen al menos uno de estos síntomas; delirios, con una puntuación 4 o más en la escala de contenido inusual de pensamiento o de suspicacia de la BPRS, y alucinaciones, con puntuaciones superiores a tres en la escala de la BPRS. En nuestro estudio utilizamos las puntuaciones que en la PANSS equivaldrían a estas de la BPRS.

Grupo mixto de factores de riesgo estado-rasgo. Incluye la combinación de estados mentales de alto riesgo caracterizados por síntomas neuróticos inespecíficos (ansiedad, depresión), pero de suficiente severidad y duración para indicar un marcado deterioro con algún familiar de primer grado con historia de alteraciones psicóticas o de personalidad esquizotípica. Este grupo debería presentar cambios estables en el estado mental o en su funcionamiento con una reducción de 30 puntos o más en la escala de funcionamiento global durante al menos un mes.

## Evaluación

La evaluación se lleva a cabo en dos formatos diferenciados: evaluación de estados mentales de alto riesgo (EMAR) y evaluación de primeros episodios psicóticos. Para los pacientes del grupo de riesgo se aplican las siguientes pruebas:

*Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (PANSS)* de Kay, Opler & Fiszbein. (1986) en su versión española de Cuesta y Peralta. Esta escala, en formato de entrevista estructurada, permite una evaluación global de la sintomatología positiva y negativa, así como de 16 escalas de psicopatología general. En la actualidad, esta escala se aplica solamente en primeros episodios, habiendo sido sustituida por la SOPS;

Escala para la evaluación de síndromes prodrómicos en la evaluación de estados mentales de riesgo (McGlashan et al. 2001) *Inventario Psicopatológico de Frankfurt* (FBF3) (Süllwold & Huber, 1986), en versión española de Jimeno, Jimeno y Vargas (1996). Se trata de un cuestionario autoaplicado para la evaluación de los síntomas básicos, en el que el paciente valora la presencia de quejas subjetivas en 10 escalas clínicas (pérdida de control, percepción simple, percepción compleja, lenguaje, cognición y pensamiento, memoria, motricidad, pérdida de automatismos, anhedonia, y angustia e irritabilidad por sobreestimulación)

*Escala de Señales Tempranas* (ESS) (Birchwood, M. et al. 1989), escala autoaplicada para la detección de señales tempranas de psicosis a través de cuatro escalas generales (ansiedad, negativismo, desinhibición y psicosis incipiente).

*Cuestionario Familiar* (FQ) de Barrowclough y Tarrrier (1992): Se trata una lista de 59 problemas centrados en el paciente, con una categoría abierta de "otros" para poder incluir dificultades idiosincrásicas. El familiar indica en tres escalas tipo Likert, con un intervalo de cinco puntos, la frecuencia con la que ocurren las conductas, la cantidad de malestar que causan tales comportamientos y en qué medida se sienten de capaces para enfrentarse con tales dificultades.

*Escala de Funcionamiento Social* (S.F.S.) Birchwood & Cochrane (1990). Evalúa aquellas áreas de funcionamiento que son cruciales para el mantenimiento en la comunidad de personas con esquizofrenia. Las siete áreas que explora son: Aislamiento/ implicación social, conducta interpersonal, actividades pro sociales, ocio, independencia / competencia, Independencia / desempeño y empleo / ocupación.

Para los pacientes que presentan su primer episodio además de las anteriores se aplican:

*Entrevista para la Evaluación Retrospectiva del Inicio de la Esquizofrenia* (IRAOS) de Hafner et al. (1992). Permite la evaluación de la sintomatología, los deterioros psicológicos, las características sociales y demográficas y el desarrollo evolutivo de aquellos puntos de referencia centrales en el curso temprano de la psicosis.

*Cuestionario sobre Creencias Personales* (PBIQ). (Birchwood, Mason, MacMillan & Healy. 1993). Permite obtener las creencias personales del paciente sobre su enfermedad a través de cinco escalas: Control sobre la enfermedad, yo como enfermedad, expectativas, estigma y contención social

#### Procedimiento

A continuación describimos el protocolo diseñado para el área sanitaria de Torrelavega-Reinosa en Cantabria. Comprende una población de unos 160.000 habitantes y se aplica desde la unidad de salud mental a través de un programa que se viene desarrollando desde Octubre del 2000. La unidad de salud mental ha adaptado y desarrollado un protocolo clínico-asistencial (ver figura 1) destinado a la ITP con dos ejes básicos, desarrollar una estrategia local de detección y evaluación temprana desde los centros de atención primaria y servicios locales de salud mental y la aplicación de una estrategia terapéutica combinada que incluya la prestación de tratamiento neuroléptico con atípicos a dosis bajas y terapia cognitivo conductual. El protocolo que presentamos en este trabajo está pensado para su desarrollo desde un servicio público de salud y supone la aplicación integrada de diversos subprogramas a lo largo de un periodo de tres años: (1) Programa de ITP para centros de atención primaria. (2) Programa para el tratamiento farmacológico temprano. (3) Programa psicoeducativo para pacientes y familiares e intervención familiar en primeros episodios. (4) Programa de terapia cognitiva dirigida al ajuste y superación de la psicosis. (5) Programa de terapia cognitiva para síntomas psicóticos positivos (Vallina, 2001; 2002).

El programa empieza con los talleres psicoeducativos para los médicos en los centros de primaria para continuar posteriormente con la derivación al servicio desde estos centros, consulta joven (dispositivo específico del INSALUD dirigido a atender población juvenil que no suele frecuentar las consultas convencionales de atención primaria) y cualquier otro dispositivo de la comunidad. A continuación, se realiza el proceso evaluativo, y en función de los resultados de la evaluación, se organizan



los pacientes en tres grupos: Aquellos que presentan un estado mental de alto riesgo caracterizado por síntomas inespecíficos y con antecedentes familiares; a estos se les realiza un análisis funcional de sus alteraciones y si procede se llevan a cabo intervenciones psicológicas encaminadas al tratamiento específico de sus problemas (ansiedad, alteraciones del sueño, depresión, etc.) a la vez que entran en seguimiento durante tres años. Si en este periodo se agravase su estado y aumentase su clínica se aplicaría el protocolo clínico del grupo de pacientes con síntomas psicóticos atenuados. Otro grupo lo constituyen quienes presentan un estado mental de alto riesgo caracterizado por presentar síntomas psicóticos atenuados o con carácter breve e intermitente. Estos pacientes son tratados farmacológicamente con neurolépticos atípicos a dosis bajas en combinación con terapia cognitivo-conductual y con psicoeducación sobre el funcionamiento de los procesos psicológicos. Los pacientes de este grupo que realizasen un tránsito a la psicosis pasarían al protocolo de primeros episodios y recibirían el tratamiento indicado para esta fase. Por último, el grupo de pacientes que ya manifiestan un claro diagnóstico de psicosis, y que están en su primer episodio, se abordan con un tratamiento combinado de psicofármacos, terapias psicológicas encaminadas al ajuste a la psicosis (COPE) y al tratamiento de los síntomas positivos (STOPP), psicoeducación y terapia familiar. En los tres casos se prioriza el tratamiento ambulatorio desde la unidad de salud mental, incluyendo atención domiciliaria si se precisa, con el fin de mantener los cuidados en la comunidad y evitar cualquier corte traumático en el desempeño psicosocial del paciente.

#### Resultados preliminares

En el primer año de nuestro trabajo hemos recogido unos primeros datos, que si bien son meramente descriptivos, nos pueden orientar de los efectos de esta modalidad de intervención temprana en psicosis en nuestro entorno sanitario real.

#### Características generales de la muestra

A lo largo del primer año, accedieron al programa un total de 30 pacientes proce-

dentos de todo el área de salud.. Once pacientes procedían del grupo experimental (36%) y 2 del grupo control (6,6%), el resto se distribuía entre los restantes 7 centros de salud (37,3%) y presentaba una gran dispersión en las derivaciones. Dados los resultados, se formaron dos grupos para el análisis; el experimental y el resto de los centros se reunió en otro grupo control. La edad media era de 21,7 años para el grupo experimental y de 20,4 para el control. El grupo experimental tenía un 80% de mujeres y un 20% de hombres, mientras que el control tenía un 56,6 % de mujeres y un 43,4 de hombres. La duración de la enfermedad sin tratar (aquí se refiere al inicio de los primeros síntomas de malestar clínico antes de entrar en el programa como pacientes de estado mental de alto riesgo o como primer episodio) fue de 27 meses para el grupo experimental y de 31 para el control. La duración de la psicosis sin tratar fue de 2 semanas para el grupo experimental y de 12 semanas para el grupo control. Y por último, el grupo experimental tenía un 30 % de pacientes con antecedentes de consumo de drogas frente a un 16% por parte del grupo control.

#### Clasificación diagnóstica de las derivaciones

En cuanto al tipo de pacientes enviados al programa, el grupo experimental derivó un 54,5 % de pacientes que cumplían criterios para la inclusión dentro de la clasificación de estado mental de alto riesgo, un 9% de trastornos de personalidad, un 18% de trastornos paranoides, un 9% de trastornos esquizofrénicos y un 9% de trastornos depresivos. Por su parte, el grupo control derivó un 40% de pacientes calificados de estados mentales de alto riesgo, un 25 % de esquizofrenias, un 8% de trastornos esquizofreniformes, un 8 % de trastornos delirantes, un 12 % de trastornos depresivos y un 4% de trastornos de personalidad.

#### Transición a la psicosis

Tras el primer año de programa, dos de los pacientes del grupo de alto riesgo, el 12 %, han desarrollado un episodio psicótico. En ambos casos, se trata de pacientes con una elevada presencia de síntomas psicóticos atenuados en el momento de entrar en el programa, con una marcada reducción de

su funcionamiento psicosocial, con más de dos años y medió de duración de enfermedad sin tratar y que han producido el tránsito dentro de los seis primeros meses del programa, a pesar de estar recibiendo tratamiento farmacológico y psicoterapéutico.

## Discusión

Los primeros datos obtenidos en nuestro servicio parecen avalar la viabilidad de aplicar estos procedimientos en entornos asistenciales públicos de nuestra red sanitaria. Parece que los primeros años de la enfermedad (tratada o no tratada) suponen una ocasión extraordinaria para poder impedir o limitar el potencial decline habitual de las psicosis interviniendo tempranamente y conseguir así una mejor recuperación de la enfermedad. De un lado, comprobamos que la aplicación de estos procedimientos obtiene unos mínimos periodos de enfermedad sin tratamiento y posibilita el inicio del tratamiento en los primeros momentos de la psicosis o incluso en sus fases presicóticas. Mas específicamente, la reducción del periodo de psicosis sin tratar, que depende más de un adecuado reconocimiento por los médicos de primaria se ha conseguido, Pero el periodo de la enfermedad sin tratar, que incluye toda la fase prodrómica y que depende fundamentalmente del propio paciente como primer sensor de problemas y como solicitador de la posterior ayuda o tratamiento, nos sigue pareciendo demasiado alta. Esto plantea la necesidad de medidas más allá de los centros de salud, pero aún no disponemos de suficiente evidencia terapéutica para iniciar actuaciones de corte más social o comunitario, aun necesitamos acumular más experiencia y conocimiento. Por otra parte, observamos cómo la aplicación de esta modalidad de intervención temprana en los centros de atención primaria obtiene un muy buen filtrado de pacientes y una óptima calidad de las derivaciones, sin colapsar los servicios con derivaciones indebidas, optimizando además las capacidades diagnósticas de los médicos. Esto la presenta como una excelente estrategia tanto para la prevención primaria como para la coordinación entre los distintos niveles de asistencia que configuran nuestros sistemas sanitarios. Por último, hemos visto cómo nuestras tasas de transición a la psi-

cosis en estos pacientes de alto riesgo son homologables a las obtenidas con el mismo procedimiento por el grupo de trabajo australiano (Yung et al. 2002) y superiores a otras modalidades de intervención que, en unas ocasiones aplicaron como formas de intervención solamente formatos psicoterapéuticos de apoyo y en otras una combinación de fármacos antidepressivos y psicoterapia de apoyo (Larsen et al. 2001). En este apartado se plantea una cuestión crucial. Si el paciente es captado en las primeras fases de la enfermedad (momento prodrómico de alto riesgo previo al surgimiento de la psicosis) y se trata de manera combinada con neurolépticos atípicos a dosis bajas y psicoterapia cognitivo conductual ¿por qué aún así acaba desembocando en una psicosis? ¿No son tan eficaces como pensábamos los tratamientos de los que disponemos en estos momentos? ¿Quizás estos tratamientos se están aplicando de una manera inadecuada, ya sea por una dosis incorrecta en el caso de los neurolépticos o por una excesiva fragilidad de los procedimientos psicológicos? ¿O es que, y aunque clínicamente si es distinguible una etapa anterior a la psicosis con sintomatología distinta y de menor intensidad psicopatológica, en lo que refiere a sus consecuencias ya son indistinguibles de las propias de un primer episodio psicótico, y este momento prodrómico ya es también tardío? Como sugieren Cornblatt, Lencz & Obuchowski (2002), quizás estamos ante distintos perfiles de pródromos que, a su vez, ya configuran distintos tipos de enfermedad y que incluso en sus primeros momentos ya precisan de tratamientos diferenciados y adaptados a cada patrón sintomático y a cada momento anterior a la psicosis.

Con todo, y siendo conscientes de que aún estamos al inicio del inicio en este campo, los primeros momentos de la psicosis se presentan como la mejor etapa para una óptima intervención biopsicosocial como la que aquí hemos presentado. Proponemos además, que los centros de salud mental, por su composición interdisciplinar, su agilidad funcional, su conexión con los centros de atención primaria de salud y por ser la puerta de entrada al servicio asistencial especializado, pueden ser el lugar idóneo para el desarrollo de estas nuevas modalidades de intervención, facilitando, además,



la continuidad de cuidados a lo largo de todos los dispositivos asistenciales o comunitarios que fuese utilizando el paciente, puesto que se proporciona un

tránsito guiado y no traumático entre estos, y permite aplicar una lógica asistencial y terapéutica armónica a lo largo de toda esa ruta.



## Bibliografía:

- Barrowclough, C., & Tarrrier, N. (1992). Families of schizophrenic patients: Cognitive behavioural intervention. London: Chapman & Hall.
- Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R., Wetton, S. & Copestake, S. (1990). The social functioning scale: the development and validation of a scale of social adjustment for use in family intervention programs with schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 157, 853-859.
- Birchwood, M., Mason, R., MacMillan, F. & Healy, J. (1993). Depression, demoralization and control over psychotic illness: a comparison of depressed and non-depressed patients with a chronic psychosis. *Psychological Medicine*, 23, 387-395.
- Birchwood, M., Todd, P. & Jackson, C. (1998). Early intervention in Psychosis: The critical-period hypothesis. *International Clinical Psychopharmacology*, 13, suppl.1, 31-40.
- Cornblatt, B., Lencz, T. & Obuchowski, M. (2002). The schizophrenia prodrome: treatment and high-risk perspectives. *Schizophrenia Research*, 54, 177-186.
- Häfner, H., Löffler, W., Maurer, K., Hambrecht, M. & An der Heiden, W. (1999). Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 100, 105-118.
- Häfner, H. et al. (1992). IRAOS: an instrument for the assessment of onset and early course of schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 6, 209-223.
- Jimeno, N.; Jimeno, A. & Vargas, M. L. (1996). El síndrome psicótico y el inventario de Frankfurt. Conceptos y resultados. Springer-Verlag Iberica. Barcelona.
- Johannessen, J., Larsen, T., McGlashan, T. & Vaglum, P. (2000). Early intervention in psychosis: the TIPS- project, a multi-centre study in scandinavia. In Martindale, B., Bateman, A., Crowe, M. & Margison, F. (Eds) *Psychosis: Psychological approaches and their effectiveness*. (pp.210-234). Gaskell. London.
- Kay, S., Opler, L., & Fiszbein, A. (1986). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). Rating Manual. *Social and Behavioral Sciences Documents*, 17, 28-29 (whole No 2807).
- Kay, S., Opler, L., & Fiszbein, A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.
- Larsen, T.K., Friis, S., Haahr, U., Jøa, I., Johannessen, J.O., Melle, I., Opjordsmoen, S., Simonssen, E. & Vaglum, P. (2001). Early detection and intervention in first episode schizophrenia: a critical review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 103, 323-334.
- Macmillan, F. & Shiers, D. (2000). The IRIS programme. In M. Birchwood, D. Fowler, & C. Jackson (Eds.), *Early intervention in psychosis: A guide to concepts, evidence and interventions* (pp. 315-326). Chichester, UK: Wiley.
- McGlashan, T.H. (1999). Duration of untreated psychosis in first episode schizophrenia: marker or determinant of course?. *Biological Psychiatry*, 46, 899-907.
- McGlashan, T. H., Miller, T.J., Woods, S.W., Hoffman, R.E. & Davidson, L. (2001). Instrument for the assessment of prodromal symptoms and states. *Early intervention in psychotic disorders*. T. Miller, Mednick, S.A., McGlashan, T.H., Libiger, J. & Johannessen, J.O. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers.
- McGorry, P.D., Yung, A. & Phillips, L. (2001). Ethics and early intervention in psychosis: keeping up the pace and staying in step. *Schizophrenia Research*, 51, 17-29.
- McGorry, P.D. & Edwards, J. (1997) *Early psychosis training pack*. Gardiner-Caldwell.
- Süllwold, L. & Huber, G. (1986). *Schizophrenie Basisstörungen*. Springer. Berlin.
- Vallina, O. (2001). Intervención temprana en psicosis: El inicio de la rehabilitación psicosocial. En: Congreso de Rehabilitación en Salud Mental: Situación y perspectivas. Libro de ponencias. pp. 95-114. Salamanca.
- Vallina, O. (2002). Los orígenes de la cronicidad. *Intervenciones iniciales en psicosis*. Boletín de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial. 14. En prensa Yung, A.R. & McGorry, P.D. (1996). The prodromal phase of first-episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 2, 353-370.
- Yung, A.R., Phillips, L. J., McGorry, P.D., Hallgren, M.A., McFarlane, C.A., Jackson, H.J., Francey, S. & Patton, G.C. (1998). Can we predict the onset of first episode psychosis in a high risk group?. *International Clinical Psychopharmacology*, 13, suppl 1, 23-30.
- Yung, A., Phillips, L.J., Pan Yuen, H., Francey, S., McFarlane, C.A., Hallgren, M.A. & McGorry, P.D. (2002). "Psychosis prediction: 12-month follow up of a high-risk ("prodromal") group." *Schizophrenia Research*. (in press).