

Primer Episodio Psicótico, evaluación y tratamiento desde la práctica clínica diaria

First Psychotic Episode, Evaluation and Treatment from Daily Clinical Practice

Aarón Argudo Palacios
Xose Antón Gómez-Fraguela
Universidad de Santiago de Compostela

RESUMEN

En el ámbito de la psicosis precoz resulta imprescindible disponer de protocolos útiles, validados y fiables que se puedan utilizar en el tratamiento diario de las personas que la padecen. Para ello, es necesario armonizar las contribuciones propias de las investigaciones en este ámbito con la práctica clínica. Se presenta un estudio de caso de un joven de 18 años de edad, en el que predomina sintomatología negativa. Se le aplicó una intervención integrando los ámbitos psicológico, educativo y social. Dando como resultado una mejoría en el conjunto poliédrico inicial. Se discute la importancia de disponer de protocolos específicos para atender este trastorno.

PALABRAS CLAVE

Primer episodio psicótico; atención temprana; estudio de caso.

ABSTRACT

In the field of early psychosis, it is essential to have useful, validated and reliable protocols that can be used in the daily treatment of people who suffer from it. For this, it is necessary to harmonize the contributions of research in this area with clinical practice. A case study of a young man of 18 years of age is presented, in which negative symptoms predominate. An intervention was applied integrating the psychological, educational and social fields. Resulting in an improvement in the initial polyhedral set. The importance of having specific protocols to treat this disorder is discussed.

KEYWORDS

First psychotic episode; early attention; case study.

Introducción

El origen etimológico de la palabra esquizofrenia proviene de las palabras griegas “ruptura” y “mente”, término acuñado por Eugen Bleuler, al cual se le atribuyen en gran medida la herencia que ha permitido avanzar, investigar y desarrollar los actuales modelos de tratamiento de la psicosis (Fonseca-Pedrero, 2018). A pesar de los estudios que se han llevado a cabo hasta el momento, la definición nosológica de los estados psicóticos no tiene un lugar consensuado en la comunidad científica. Sin embargo, sí que existen criterios diagnósticos similares en las principales guías de referencia, como, por ejemplo, la presencia de delirios, alucinaciones, conducta catatónica o síntomas negativos (APA, 2013; Organización Mundial de la Salud, 2019). No obstante, es preciso indicar que este trastorno suele estar acompañado de un importante deterioro de la funcionalidad a nivel personal, familiar, social y laboral, provocado por la sintomatología positiva, negativa, cognitiva y afectiva, además de los efectos secundarios de algunos psicofármacos (Green, 2016; Gorwood et al., 2013).

En los estudios epidemiológicos del espectro psicótico existen variaciones en sus cifras, aunque se estima que la prevalencia media afecta a 4 de cada 1.000 personas (Chang et al., 2017; Perälä et al., 2007; Tandon et al., 2013). A este respecto, la Organización Mundial de la Salud (2021), indica que dos de cada tres personas que han sido diagnosticadas en el espectro psicótico, no reciben un tratamiento adecuado. Sobre la base de las investigaciones epidemiológicas, se han encontrado diversos factores de riesgo que se pueden sintetizar en:

la edad de aparición de los síntomas, el sexo, la clase social, los antecedentes familiares, la estación del año en la que la persona ha nacido, el medio de desarrollo vital sea urbano o rural, las complicaciones en el embarazo o en el parto, el abuso de sustancias y/o la exposición a estresores ambientales y sucesos vitales desfavorables (Fusar-Poli et al., 2017).

Habida cuenta de lo expuesto, el presente estudio focaliza la atención en la edad como factor de riesgo y en los trastornos psicóticos acaecidos en la adolescencia. Puesto que a menudo, el pronóstico en estos jóvenes tiene una evolución más impredecible que en aquellos casos que surgen en la vida adulta (Ballageer, et al., 2005; Díaz-Caneja, et al., 2015). Según los hallazgos encontrados por Robinson et al., (1999), cinco años después del primer episodio psicótico (PEP), la tasa de recaída sin una adecuada intervención oscila en torno al 80%. En un trabajo más reciente de Arango et al., (2013), revisan los estudios en este campo y sugieren que los antipsicóticos tienen poca o nula eficacia ante la sintomatología negativa y el deterioro cognitivo. Si bien es cierto, otras investigaciones apuntan que la remisión de la sintomatología positiva está atribuida al uso de tratamiento farmacológico (Emsley et al., 2007; Cassidy et al., 2010).

Por estas razones, parece que lo más recomendable ante el abordaje del PEP, es el trabajo coordinado en distintos ámbitos: psiquiátricos, psicológicos, médicos, educativos y sociales. Distintos estudios explican que la intervención interdisciplinar temprana logra mejorar de modo importante la recuperación funcional, la calidad de vida, la sintomatología manifestada

y el pronóstico, lo cual afecta positivamente al desarrollo psicosocial a largo plazo (Albert y Weibell, 2019; Castillo et al., 2016; Penn et al., 2005; Vallina y Lemos, 2001).

Lo que se sabe acerca de la intervención temprana se basa en gran medida en tres áreas de referencia: a) detección temprana y reducir los tiempos de atención; b) intervención específica y orientada a los primeros años del inicio del trastorno; y c) prevención indicada para grupos de riesgo (Chen, 2019). Actualmente, los tratamientos psicológicos no priorizan la remisión de la sintomatología, sino que buscan mejorar la calidad de vida, la ejecución de funciones y el bienestar psicosocial de la persona que padece un PEP (Kane et al. 2015; Mueser et al., 2015).

A pesar de lo explicado hasta el momento, es habitual que los tratamientos para el abordaje del PEP, se lleven a cabo a destiempo y sin un modelo sistematizado. Asimismo, las pautas de tratamiento y las investigaciones en esta área, han sido orientadas habitualmente hacia pacientes adultos. Del mismo modo, sin un protocolo dirigido hacia la atención precoz y sistemática de los PEP adolescencia, puede existir una reducción del efecto preventivo y terapéutico (Arango et al., 2017). En algunos países existen programas implementados de atención temprana que han demostrado su impacto recuperador en las personas y la eficiencia en la relación coste/beneficio (Albert y Weibell, 2019; Edwards y McGorry, 2002; Napolitano et al., 2022). Además, el estudio longitudinal llevado a cabo por Hegelstad et al., (2012), ha demostrado que el inicio temprano del tratamiento de psicosis en adolescentes y

adultos jóvenes, concede beneficios sobre estas personas a largo plazo.

Con respecto a los programas de tratamiento existentes en España, cabe decir que, hasta el presente, no hay un consenso establecido que guíe las intervenciones. Son las Comunidades Autónomas las competentes para tomar la iniciativa en este ámbito, que se traduce en un alto grado de heterogeneidad. En cuanto a la financiación, tan solo Cataluña, País Vasco y Comunidad Foral de Navarra han dedicado un presupuesto específico para tal fin. En Galicia, tal y como se indica en el Libro Blanco de la Intervención Temprana en Psicosis (Movimiento Rethinking, 2018), a lo largo de 2018 se iniciaron los primeros pasos para formar grupos de trabajo que incluyeran intervenciones específicas en atención temprana del PEP. Además, se refleja que no existe en la actualidad ningún programa oficial que aborde específicamente esta problemática. A pesar de ello, sí que se constata por parte de algunos/as profesionales de salud mental del Servicio Galego de Saúde (SERGAS) y asociaciones de usuarios y familiares como es el caso de ALUME Saúde mental (ALUME), un incipiente interés por elaborar e instaurar proyectos en este ámbito.

En conjunto, los datos aquí expuestos muestran una falta generalizada de implementación de programas para el abordaje del PEP y, por ende, de investigaciones que permitan evaluar los indicadores de resultados de estos tratamientos (Arango et al., 2017). En la revisión llevada a cabo por Glesson et al., (2010), se identifica como un desafío en este ámbito, la correcta y sistematizada evaluación durante el primer episodio psicótico, utilizando para

ello, instrumentos estandarizados y validados. Dicho esto, el objetivo de este trabajo, a través de un estudio de caso, es aportar información sobre las necesidades específicas de los jóvenes que sufren un episodio psicótico, contribuyendo así a aumentar los conocimientos científicos que permitan producir planteamientos hipotéticos para ser investigados con diseños más rigurosos y a su vez, ayudar a reducir la brecha existente entre la investigación y la práctica clínica (Kazdin, 2008).

Método

Presentación del caso

Raúl (nombre ficticio) es un adolescente de 18 años que acude a ALUME derivado desde el SERGAS. Vive con su padre, su madre y su hermano menor de 11 años de edad. Raúl dejó los estudios a temprana edad, en 2º curso de la Educación Secundaria Obligatoria, cuando tenía 16 años. Según la madre, en ese curso escolar, Raúl comenzó a manifestar cansancio injustificado, apatía, ánimo bajo, pérdida de apetito, hipersomnolia, pesadillas y aislamiento del grupo de iguales. Este conjunto poliédrico se mantiene hasta la mayoría de edad. Es en este momento, cuando emerge el episodio psicótico. Según consta en el informe de derivación, Raúl acudió a urgencias porque desde hace días, escucha voces que susurran su nombre y tiene sensaciones de presencias. En ocasiones, ha visto a un señor que viste de negro que le dice que mate a su hermano, también verbaliza ideas de delirantes de referencia y de perjuicio.

Posteriormente, Raúl comienza con el tratamiento psicofarmacológico y la sintomatolo-

gía clínica productiva (alucinaciones y delirios) va siendo menos frecuente e intensa y cobra mayor importancia la sintomatología negativa generalizada (anhedonia, apatía, abulia, astenia, aplanamiento afectivo y dificultad para expresar emociones). Es en este momento cuando se propone derivación a ALUME para rehabilitación psicosocial, recuperar la funcionalidad y frenar el deterioro que viene arrastrando desde los 16 años.

Instrumentos

Inventario para la depresión de Beck- II (BDI-II) (Beck et al., 1996). Adaptado al español por Sanz et al., (2003). Ha sido uno de los instrumentos autoaplicados más empleados para evaluar la sintomatología depresiva (Sanz y Vázquez, 2011; Sanz et al., 2014). Se compone de una escala tipo Likert con 21 ítems con 4 alternativas cada uno, a excepción de los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que incluyen siete categorías. Las alternativas se presentan ordenadas de menor a mayor gravedad, la persona ha de escoger aquella opción que más concuerda con su estado desde las dos semanas anteriores incluyendo el día presente. A modo de ejemplo, el ítem 1 evalúa la tristeza siendo "0" no me siento triste y "3" Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo. Para su corrección cada ítem se puntúa de 0 a 3 en función de la alternativa seleccionada. El sumatorio puede variar entre un mínimo de 0 y un máximo de 63 puntos, dando lugar a la siguiente clasificación de las personas evaluadas: 0 a 13, mínimamente deprimido; 14-19, levemente deprimido; 20-28, moderadamente

deprimido; y 29-63, severamente deprimido (Sanz et al., 2014).

Se diseñó un registro conductual *ad hoc* heteroaplicado, centrado rigurosamente el interés en las conductas que se consideraron relevantes en función de la información aportada en la derivación. Las dimensiones que se evaluaron, fueron las siguientes:

- a) Ideas o delirios referenciales.
- b) Raciones de comida.
- c) Quejas somáticas
- d) Ciclo sueño-vigilia (estructura horaria)

Procedimiento

Aunque se podría optar por una dimensión nomotética a través de un diseño intragrupo y comparar las variaciones de la variable independiente en los mismos participantes, se ha preferido optar por un enfoque ideográfico, a través de un diseño experimental de caso único para evaluar la efectividad del tratamiento.

El proceso terapéutico se ha llevado a cabo en las dependencias de ALUME ubicadas en la ciudad de Lugo.

Previo al inicio de la intervención, se le explicó a Raúl en qué consistía el proceso terapéutico, firmó el consentimiento informado y se tomaron mediciones de evaluación en donde Raúl completó el cuestionario BDI-II y el registro conductual creado *ad hoc*. Dos semanas después, se volvieron a tomar medidas de evaluación de ambas herramientas, estableciendo así la línea base y el criterio de aplicación quincenal de los instrumentos.

En relación a la intervención, constó de 16 sesiones de entre 60 y 90 minutos de duración. Una vez finalizada la intervención, se realiza-

ron seguimientos presenciales al mes, a los tres meses y a los seis meses. Durante todos ellos Raúl volvió a cumplimentar el BDI-II y el registro *ad hoc*.

Intervención

La línea de intervención seguida cataliza aquellas que la literatura científica considera validadas para el tratamiento de los PEP (Arango et al., 2017; Fonseca-Pedrero, 2019; Ibáñez, 2018), y se pueden sintetizar en:

- a) Psicoeducación
- b) Terapia cognitivo-conductual
- c) Intervención familiar
- d) Motivación vocacional

A continuación, se procede a describir las actuaciones desarrolladas en el presente estudio de caso, en el que se dieron las circunstancias necesarias para que un joven con un trastorno psicótico incipiente mejorase su funcionalidad.

Primera sesión

Raúl acude acompañado de su madre. Se muestra poco hablador, presenta dificultad en mantener una conversación fluida. En ocasiones es la madre quien asume el protagonismo de la interacción, quedando Raúl relegado a un segundo plano. No tiene una rutina diaria establecida. Se levanta tarde y se acuesta tarde. A lo largo del día juega a videojuegos, escucha música y visualiza videos de *Youtubers*. No sale a la calle apenas y no tiene un grupo de iguales de referencia. La madre destaca que su hijo come tan sólo una vez al día, por lo general durante la cena. Aunque se tiene en cuenta a lo largo de toda la intervención, en esta

primera sesión se incide en establecer vínculo y promover adherencia terapéutica (Fonseca-Pedrero et al., 2021; Pérez-Álvarez, et al., 2021; Torres et al., 2019).

Finalizamos la sesión proponiendo dos tareas de activación conductual en forma de reto (Barraca y Pérez-Álvarez, 2015; Barraca, 2016), Raúl debía de realizar el proceso de compartir mesa junto a su familia durante el desayuno, comida y cena. Este reto no estaba relacionado con la ingesta, sino con retomar la rutina de alimentación perdida. Si bien es cierto, se incidió en que, aunque fuese una cantidad pequeña, debía de ingerir alguno de los alimentos que hubiera en ese momento. Su padre y su madre asumían el compromiso de no forzarle a comer.

La segunda tarea propuesta tenía como objetivo retomar una estructura horaria funcional, para ello, se invita a Raúl a dar los "buenos días" cuando despertase vía *Whatsapp* al teléfono de ALUME. Él mismo, decide que hacerlo a las 11 de la mañana es un objetivo realista que puede cumplir.

Segunda sesión

Se lleva a cabo la medición de los instrumentos (BDI-II y el registro conductual *Adhoc*). Posteriormente se devuelven resultados en cuanto a los retos propuestos. Mantuvo contacto diario vía *Whatsapp*. Este medio de mensajería lo percibe como algo cercano y válido para proporcionarle apoyo, en consonancia con los estudios que indican la correlación inversa entre estados depresivos y apoyo social percibido en jóvenes (Lugo et al., 2018). Se analizan las dificultades surgidas a lo largo de la semana y se atienden sus demandas. Aun-

que su discurso es pobre en contenido, identifica como un *hándicap* la falta de socialización. Refiere espontáneamente sintomatología positiva. Se establece un programa de reforzamiento sobre las conductas saludables relacionadas con la alimentación y horarios de sueño. Raúl redacta una lista de reforzadores que le gustaría realizar durante las sesiones (jugar a los videojuegos, ir al cine, hacer deporte...). Se le explicó que, si cumplía su parte del reto, se llevarían a cabo sus propuestas. La sesión finaliza con psicoeducación sobre la psicosis.

Tercera sesión

Comienza la sesión haciendo hincapié en su malestar, dice quejarse mucho durante el día. Tras realizar la exploración, se identifican las siguientes quejas como las más prevalentes: "me siento cansado", "no tengo fuerzas", "me duele la cabeza" y "tengo dolor de estómago". Se le muestra la importancia de entender su funcionamiento personal y cómo afrontar el conflicto; la base para alcanzar el objetivo terapéutico es mejorar su ajuste personal y las estrategias de afrontamiento. Mantiene las indicaciones propuestas en sesiones anteriores, se refuerza su implicación. Verbaliza que le da miedo salir por la calle a pasear solo. Se finaliza la sesión con psicoeducación, diferenciando la sintomatología positiva y negativa de la psicosis.

Sesión cuatro

Realiza la evaluación correspondiente. Se le propone salir junto al psicólogo a pasear por la calle. Raúl accede, pero advierte que prefiere evitar sitios transitados. Se dedica la sesión a valorar el grado de interferencia que causa el

miedo a pasear. A medida que se avanza en el recorrido Raúl está más tranquilo. Durante el paseo la conversación versa en temas distendidos (Instagram, deportes, estudios, grupo de iguales). Elige un camino alternativo para volver a ALUME.

Sesión cinco

Al llegar se percibe a Raúl contento. Refiere estar orgulloso de poder enfrentarse a cosas que creía imposibles (salir a dar un paseo, por ejemplo). Mantiene pauta de comidas, aunque le fastidia que su madre le insista en la conducta de comer. Dice que a veces se pone la alarma para dar los “buenos días” vía *Whatsapp* y después se vuelve a dormir. Se mantienen los retos. Se continúa con la psicoeducación. Al finalizar la sesión se convoca a la madre y al padre para una próxima sesión.

Sesión seis

Una vez acabada la evaluación se le propone ir al cine. Le encanta la idea. Al finalizar la película se proporciona *feedback* de los logros conseguidos hasta el momento.

Sesión siete

Intervención familiar. Acude la madre. Se dedica la sesión a hacer psicoeducación, a subrayar la importancia de la implicación familiar con la intervención y a la interpretación de las conductas y el funcionamiento de Raúl (Fadden, 2015; Zanetti et al., 2017). Se vuelve a insistir que no se fuerce a Raúl a comer, que se sirva la comida por iniciativa propia. Además, se propone que Raúl acompañe a su madre,

padre o un familiar a realizar tareas diarias, por ejemplo, comprar el pan.

Sesión ocho

Realiza la evaluación. Se le recuerdan conceptos impartidos anteriormente, demostrando interiorización y conciencia de la problemática existente. Diferencia claramente la sintomatología positiva de la negativa. Se le comenta la posibilidad de retomar los estudios, accede. Se le propone acudir en la próxima sesión caminando hasta el centro educativo más cercano para recoger información sobre las opciones existentes para estudiar la Educación Secundaria para Adultos (ESA). El objetivo consiste en recuperar un agente socializador que pueda actuar como factor de protección (Arango et al., 2017; Ibáñez, 2019). Se finaliza la sesión con un *role playing* sobre afrontamiento de situaciones nuevas, para reconocer respuestas de evitación y mejorar su autoeficacia percibida.

Sesión nueve

Al comenzar la sesión, la madre refiere que Raúl está realizando salidas con ella y su tía por el barrio. Se le pregunta si mantiene la idea de ir a recoger información para la ESA, dice que sí, por lo que dando un paseo se acude al centro educativo. Durante el mismo, se practican pensamientos alternativos ante automatismos cognitivos que mantienen su conducta de evitación y/o escape. Verbaliza que su motivación para estudiar es “estar mejor conmigo mismo” y “sentirme que puedo conseguirlo”. De la información recogida en el centro se extraen tres opciones para estudiar la ESA, online, semipre-

sencial y presencial. Se valora con él la opción semipresencial, que implicaría tener que acudir al centro educativo una tarde a la semana.

Sesión diez

Al finalizar la evaluación se devuelven los logros conseguidos y la buena disposición que viene mostrando desde el inicio. Posteriormente se le sorprende con una sesión de videojuegos que sirve como reforzador.

Sesión once

Coincide con su cumpleaños y no se le cita presencialmente. Se aprovechó esta sesión para que el psicólogo se reuniese con la jefatura de estudios del centro educativo, con el objetivo de establecer estrategias de coordinación y colaboración. Los retos propuestos en el inicio se consideran consolidados.

Sesión doce

Esta sesión se llevó a cabo con Raúl y su madre. Por lo que después de la evaluación, se analizó en conjunto el recorrido durante los más de tres meses de intervención. Raúl verbaliza tener miedo de comenzar las clases. En ocasiones la madre parece reforzar este temor en el propio Raúl. Se propone a ambos la realización de una dinámica de desensibilización encubierta. Como ya se realizó en sesiones anteriores, se razona la influencia e interferencia de las emociones, sentimientos y pensamientos sobre la conducta y sus consecuencias. Se le pregunta a Raúl cuál de los siguientes escenarios le causa más preocupación: a) preparar la mochila, b) ir hacia clase y c) estar en clase. Raúl dice que estar en clase y “no saber qué

puede pasar”, se descartan los dos primeros escenarios y se le propone que cierre los ojos y escuche atentamente, intentando imaginar con todos los detalles posibles la situación que se va a describir con el propósito de trabajar los pensamientos disfuncionales (García et al., 2017). Se le recuerda que debe ser el protagonista de la escena, no un espectador. Se describe un primer día de clase (pupitres, alumnos, profesor, etc.). Raúl añade detalles al aula, no parece existir inconveniente en esta representación encubierta. Se le pide que objetivice su estado siendo 0 “nada de incomodidad” y 10 “mucho incomodidad”, se sitúa en un 6. Repetimos el proceso de imaginación 5 veces. Entre repetición y repetición se realiza una tarea agradable para Raúl, que elige ver videos cortos de uno de sus *Youtubers* favoritos. Durante el periodo intersesión se le pide que haga lo mismo repitiéndolo él varias veces al día, no se define un número concreto.

Sesión trece

Raúl comenta que la semana fue bien y que ha realizado los retos y ha imaginado ese primer día de clase. Se propone continuar con este estilo de afrontamiento. Se le pide que cierre los ojos y escuche atentamente. En esta ocasión se añade la posibilidad de que la profesora o profesor pida a los alumnos que se presenten. Durante la imaginación se exploran las respuestas verbales y emocionales de Raúl. Puntúa nuevamente con un 6 su malestar, a pesar de haber tenido que presentarse delante de sus compañeros/as. Realiza psicoeducación relacionada con el proceso de desensibilización (Arango et al., 2017). Repite con el tera-

peuta 5 veces el proceso guiado. Entre repetición y repetición se realiza una tarea agradable para Raúl, en este caso elige jugar al tres en raya. Debe realizar nuevamente este proceso en casa sin definir un número concreto de veces, pero siendo más de una al día. Para evitar la habituación se le comenta que debe añadir detalles distintos.

Sesión catorce

Tras finalizar la evaluación, es acompañado a su primer día de clase por el terapeuta. Durante el camino se enfatiza lo practicado hasta el momento. Se le explica que en el descanso el terapeuta estará esperando fuera para que no esté solo durante ese periodo. Raúl vive la situación con cierto nivel de ansiedad, pero se enfrenta a ella con éxito. Acaba la clase sintiéndose orgulloso, aunque con mucho dolor de cabeza. Se dedica el camino de vuelta a casa a reforzar su comportamiento.

Sesión quince

Sesión en conjunto con su madre. Se explica que los retos propuestos desde el inicio han instaurado hábitos que permanecían ausentes. Se analizaron las creencias erróneas y limitantes que condicionaban su conducta. Se habló de las mejorías físicas y psicológicas que tanto Raúl como su madre percibían (reducción de delirios, aumento del interés en las actividades, mayor energía, mejora de la expresión emocional, aumento del contenido del lenguaje, estructura ciclo sueño-vigilia, comidas diarias, etc.), asimismo, ambos enfatizaban la mejoría progresiva del estado de ánimo.

Sesión dieciséis

Raúl realiza la última evaluación durante la intervención. Se dedica el resto de la sesión a comentar las consecuencias que ha tenido para él este proceso terapéutico, se llevó a cabo un balance en relación a las ventajas y desventajas de continuar con estas rutinas y pautas instauradas.

Seguimiento 1 mes

Acude contento, hablador y con ganas de explicar sus experiencias. Realiza la evaluación. Continúa acudiendo a clase, aunque ha tenido alguna falta de asistencia. Se comentan los resultados de la evaluación. Mantiene pronóstico.

Seguimiento 3 meses

Ha tenido exámenes, ha aprobado 2 de los 3 ámbitos de los que se examinaba. Se realiza evaluación y se devuelven los resultados.

Seguimiento 6 meses

Próximamente tiene exámenes, espera aprobar para pasar de curso. Realiza la evaluación y se devuelven resultados.

Resultados

Para comprobar el impacto del tratamiento se ha seleccionado como aproximación estadística el procedimiento comparativo de Jacobson y Truax (1991), que permite conocer a través de la significancia clínica si la persona objeto de intervención ha mejorado o incluso, si se ha recuperado (Ogles et al., 2001). Este método asume que un paciente que antes del tratamiento pertenece a una población clíni-

ca, si después del tratamiento existen cambios significativos, supone su pertenencia a la población funcional, es decir, que la distribución de las puntuaciones en el instrumento, por ejemplo, BDI-II, ha pasado de la población disfuncional a la población general (Sanz et al., 2015).

Para poder llevar a cabo este análisis, es necesario establecer un punto de corte en base a las puntuaciones del instrumento de referencia. Para su cálculo se utilizó la siguiente fórmula:

$$C = \frac{(DTn \times Mp) + DTp \times Mn}{DTn \times DTp}$$

En donde *DTn* y *Mp* se refiere a la desviación y medias del instrumento en la población general, *DTp* y *Mp* a las puntuaciones del instrumento en la población clínica.

Una vez realizado el punto de corte es necesario establecer un índice de cambio fiable que discrimine entre el error típico de medida y el cambio de las puntuaciones del instrumento:

$$RCI = \frac{x_2 - x_1}{S_{dif}}$$

En este caso *x* 1 hace referencia a la puntuación obtenida en Raúl en el pretratamiento y *x* 2 a la puntuación obtenida en el postratamiento, mientras que *S*_{dif} es el error típico entre de

la diferencia entre ambas puntuaciones, en el cual, *S*_e es el error típico de medida y *r*_{xx} su fiabilidad y consistencia interna, obteniéndose con la siguiente fórmula:

$$S_{dif} = \sqrt{2(se)^2} = \sqrt{2(Sx\sqrt{(1-r_{xx})})^2}$$

De tal forma que un RCI por encima de 1.96 haría referencia a un cambio real (*p* < .05) en el paciente. Por tanto, una modificación en las puntuaciones por encima de ese valor, aseguraría que no es debida a los errores de medida del instrumento y se podría considerar al paciente como recuperado siempre y cuando haya superado la puntuación de *C* (Jacobson y Truax, 1991; McGlinchey et al., 2002). En la tabla 1 se puede observar la clasificación clínica teniendo en cuenta la significancia estadística y los criterios para interpretar el BDI-II (Sanz et al., 2014).

Además del método de Jacobson y Truax (1991), se ha realizado un análisis del porcentaje de datos no solapados (PND). Este índice es uno de los más utilizados en los diseños de caso único (Maggin et al., 2013; Scruggs y Mastropieri, 2013). Tal y como indican Sanz y García-Vera (2015), para hallar el PND se calcula teniendo en cuenta los datos de la fase de

Tabla 1.
Medidas de clasificación del BDI-II

Medida e indicador	Estado probable del paciente			
	Recuperado	Mejorado	Sin cambios	Empeorado
Índice de cambio fiable (RCI)	Disminución en el BDI-II ≥ 10 puntos	Disminución en el BDI-II ≥ 10 puntos	Cambio en el BDI-II < 10 puntos	Aumento en el BDI-II ≥ 10 puntos
Punto de corte (C) entre funcional y disfuncional	Puntuación en el BDI-II < 14	Puntuación en el BDI-II ≥ 14		

Nota. Elaboración propia

tratamiento que superan al dato más extremo de la línea base y dividiéndolo por el número total de datos:

$$PND = \frac{\text{Nº de datos de la fase tratamiento que superan al dato más extremo de la línea base}}{\text{Total de número de datos de la fase de tratamiento}} \times 100$$

Según la guía de referencia de Scruggs y Mastropieri (1998) en la tabla 2 se puede visualizar los indicadores para interpretar el tamaño del efecto del análisis del PND.

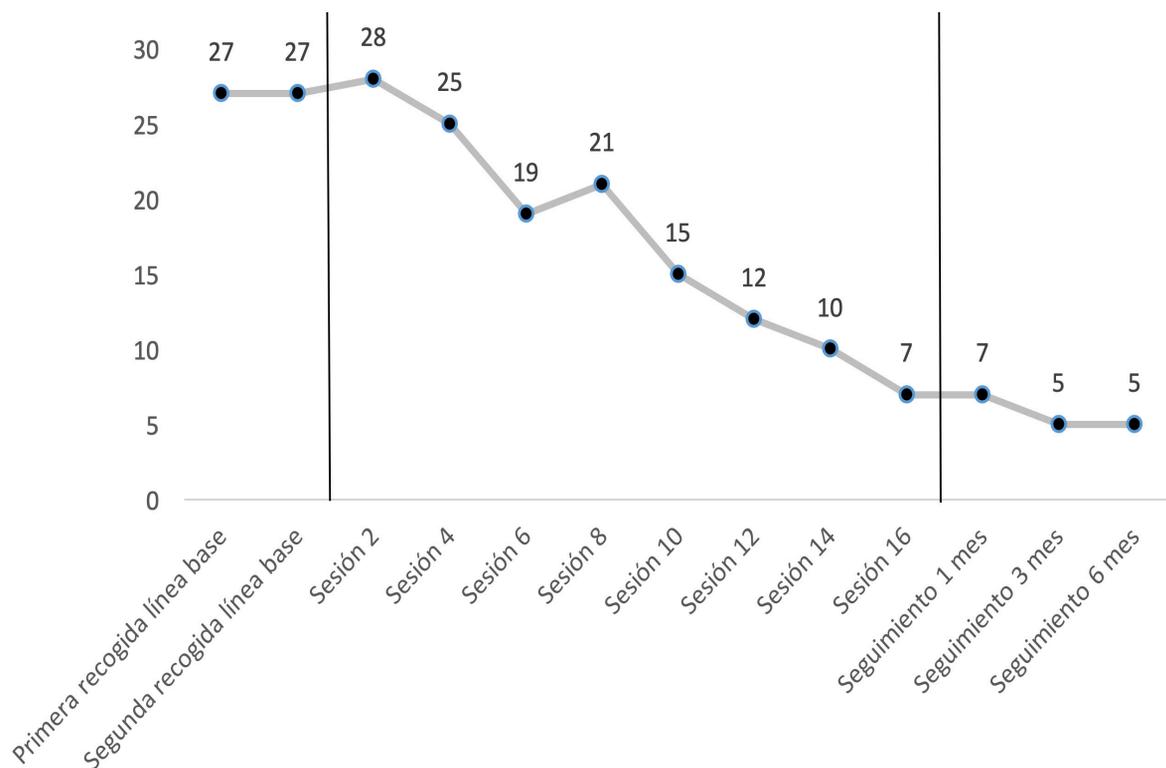
Una vez esbozado el método de análisis estadístico, en el gráfico 1 se presentan los resultados obtenidos en el BDI-II durante la línea base, tratamiento y seguimiento, que identifican la significancia clínica tras el tratamiento del paciente como recuperado (disminución RCI ≥ 10 puntos y punto de corte < 14). En cuanto al tamaño del efecto según el índice de porcentaje de datos no solapados, el porcentaje se situaría entre el 70% y el 89% (tratamiento

Tabla 2.
Índice para interpretar el resultado del PND

Valores	Interpretación
< 50%	Tratamiento no efectivo
50% – 69%	Efectividad cuestionable
70% – 89%	Tratamiento bastante efectivo
> 90%	Tratamiento muy efectivo

Nota. Elaboración propia.

Gráfico 1. Evolución terapéutica BDI-II



Nota. Elaboración propia.

Tabla 3. Resultados del análisis de datos de las puntuaciones del BDI-II

Indicador	Puntuación obtenida	Efectividad tratamiento
Índice de Cambio Fiable (RCI)	15,15	Recuperado
Punto de corte entre funcional y disfuncional	3,06	
Porcentaje de datos no solapados	87,5%	Bastante efectivo

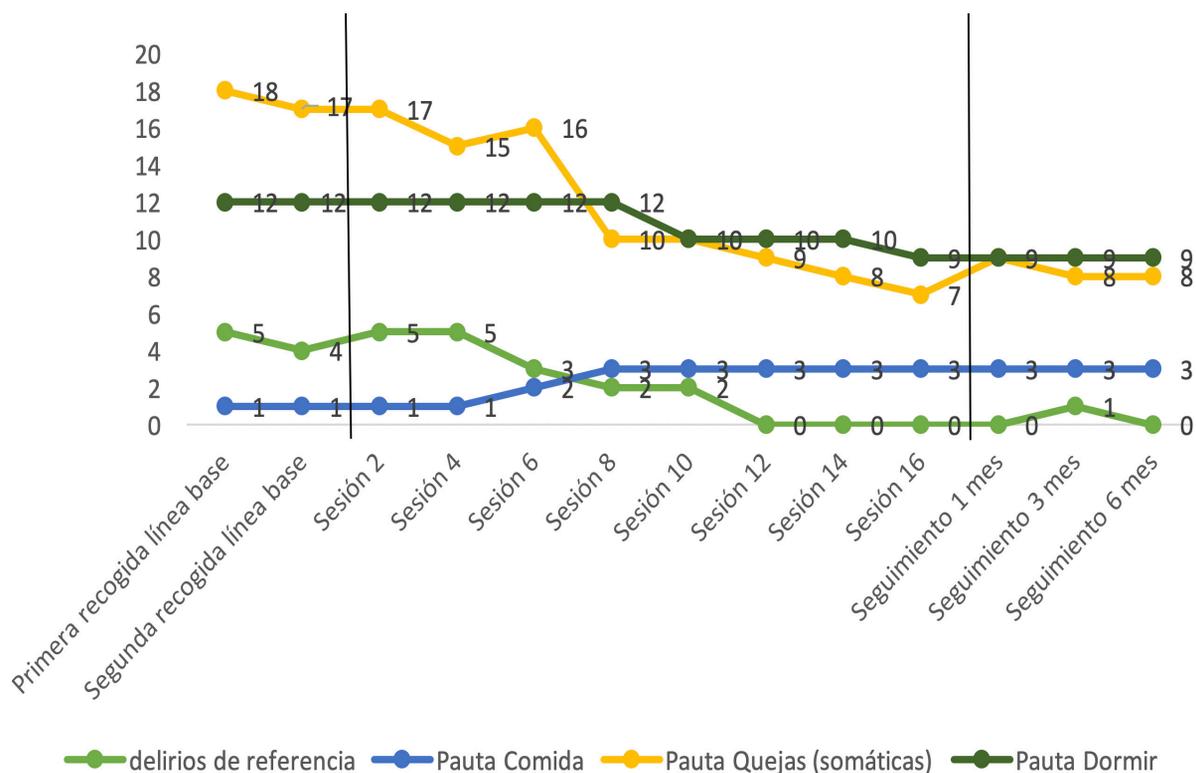
Nota. Elaboración propia

bastante efectivo). En la tabla 3 se recogen los resultados de ambos índices.

Por otro lado, en el gráfico 2 se observan las puntuaciones que se han obtenido del registro *ad hoc* que, a pesar de no haber realizado un análisis de aproximación estadística, su resultado es bastante revelador. Los delirios desde la duodécima sesión no están presentes, aunque en el seguimiento a los tres meses, se percibe un ligero ascenso, coincidiendo con el final de

los exámenes de la ESA. La pauta de comida se ve normalizada, Raúl comía una vez al día, normalmente la cena, sin embargo, a partir de la sexta sesión se estructura este hábito. En cuanto a las quejas, si bien ha habido un descenso importante del número de quejas diarias que inicialmente partía de 18, finaliza el proceso terapéutico con cierta persistencia. Por último, Raúl dormía alrededor de 12 horas diarias y finalizó con una estructura horaria de 9 horas.

Gráfico 2. Resultados de las puntuaciones del cuestionario *ad hoc*



Nota. Elaboración propia

Discusión

La adolescencia y la adultez emergente son etapas críticas del desarrollo personal y funcional, en las que se toman decisiones y se valora qué lugar ocupar en el mundo, estudios, trabajo, romances y relaciones de pareja, etc. Sin embargo, la presencia de un primer episodio psicótico está asociado a una interrupción o impacto negativo en esas áreas de la vida de la persona (Rosenheck et al., 2017; Sarkhel, 2009).

En este sentido, los resultados que se han expuesto muestran como focalizar la intervención integrando distintos ámbitos; psicológico, educativo y social, es lo más recomendable para el abordaje del PEP, de acuerdo con Albert y Weibell, (2019), Castillo et al., (2016), Penn et al., (2005) y Vallina y Lemos, (2001).

La intervención llevada a cabo, está basada en las premisas de la evidencia reciente (Arango et al., 2017; Fonseca-Pedrero, 2019; Ibáñez, 2018). No obstante, el punto de partida subyace en los procesos psicológicos básicos, como es el caso del aprendizaje, que permite adquirir, modificar, extinguir comportamientos, habilidades o pensamientos existentes y a su vez, adaptarse al contexto aprovechando las contingencias entre los eventos para mejorar el ajuste personal (Pérez et al., 2010).

Como punto fuerte a destacar, es preciso mencionar la recuperación clínica y remisión del estado anímico deprimido de Raúl, que, a través de su "activación" y la estimulación de estrategias de afrontamiento de los eventos y pensamientos disfuncionales, ha sido posible programar actividades, realizar tareas progresivamente más complejas, imaginar la exposición a situaciones, valorar en conjunto las

actividades o comentar problemas y temores, desarrollando así pautas y habilidades sociales más beneficiosas en su rutina diaria.

Por otro lado, la vulnerabilidad inherente tanto en el propio paciente como en la familia al desconocimiento del trastorno psicótico, implica en ocasiones: incertidumbre en las reacciones propias y ajenas, culpabilidad en el seno familiar, nerviosismo respecto al devenir de la situación, miedo a que el paciente rechace el tratamiento, etc. Ha sido paliada dedicando especial cuidado a dos líneas de intervención. Una de ellas, se refiere a la alianza terapéutica tanto con Raúl como con su familia, resultando de ello una mejor respuesta por parte de ambos, que ha permitido anticipar y solucionar problemas, desarrollar expectativas realistas sobre el pronóstico del trastorno y reducir el sentimiento de culpabilidad. La otra, a la psicoeducación a lo largo de las sesiones, que ha conformado una base que ha permitido describir y explicar este trastorno, su evolución y tratamiento.

No obstante, no sería adecuado pasar por alto los resultados del instrumento *ad hoc* que, como ya se ha explicado, no representan una medida estadística fiable, pero si permiten realizar un análisis visual de cambios progresivos en el registro poliédrico inicial. Resultando interesante destacar la mejoría en las áreas evaluadas: delirios, pauta de comida, de sueño y quejas somáticas, aunque esta última, finaliza con cierta persistencia lo cual hace pensar de cara a futuras intervenciones similares, la importancia de conectar al paciente con su malestar subjetivo y no en intentar controlarlo. De tal forma que pudiese aportar resultados

distintos potenciando así la eficacia de la intervención.

La fundamentación de este trabajo parte de la falta generalizada de evaluaciones e intervenciones sistemáticas para el abordaje del PEP que permitan disponer de protocolos específicos para atender este trastorno (Arango et al., 2017; Glesson et al., 2010). No se pretende con este estudio solventar esta realidad, puesto que no se obvian las limitaciones propias de este tipo de investigación, como, por ejemplo, la validez externa de las conclusiones. Sin embargo, se pone de manifiesto sus características principales, siendo éstas: el registro sucesivo de la conducta y la adaptación de la intervención en función de la variabilidad o tendencia de los patrones de conducta, que han permitido llevar a cabo este estudio, cercando la brecha existente entre la práctica clínica y la investigación, delimitando el procedimiento de evaluación e intervención rigurosamente, contribuyendo así, al diseño de estudios posteriores y a su vez, mejorar la integración y calidad de vida de las personas que sufren esta problemática.

Referencias

- Albert, N., & Weibell, M. A. (2019). The outcome of early intervention in first episode psychosis. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, 31(5-6), 413–424. <https://doi.org/10.1080/09540261.2019.1643703>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM- 5*. Washington, DC: Author.
- Arango, C., Garibaldi, G., & Marder, S. R. (2013). Pharmacological approaches to treating negative symptoms: a review of clinical trials. *Schizophrenia research*, 150(2-3), 346–352. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.07.026>
- Arango, C., Bernardo, M., Bonet, P., Cabrera, A., Crespo-Facorro, B., Cuesta, M. J., González, N., Parrabera, S., Sanjuan, J., Serrano, A., Vieta, E., Lennox, B. R., & Melau, M. (2017). Cuando la asistencia no sigue a la evidencia: el caso de la falta de programas de intervención temprana en psicosis en España. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 10(2), 78–86. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.01.001>
- Ballageer T, Malla A, Manchanda R, Takhar J & Haricharan R. (2005). Is adolescent onset first-episode psychosis different from adult onset?. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 44(9). <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000164591.55942.ea>
- Barraca, J. (2016). La Activación Conductual en la práctica: técnicas, organización de la intervención, dificultades y variantes. *Análisis y Modificación de Conducta*. 42, 15-30. <https://doi.org/10.33776/amc.v42i165-66.2792>
- Barraca, J., & Pérez-Álvarez, M. (2015). *Activación Conductual para el tratamiento de la depresión*. Editorial Síntesis.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck depression inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A.T., Steer, R.A. & Garbin, M.C. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Bendall, S., Alvarez-Jimenez, M., Nelson, B., & McGorry, P. (2013). Childhood trauma and psychosis: new perspectives on aetiology and treatment. *Early intervention in psychiatry*, 7(1), 1–4. <https://doi.org/10.1111/eip.12008>
- Cassidy, C. M., Norman, R., Manchanda, R., Schmitz, N., & Malla, A. (2010). Testing definitions of symptom remission in first-episode psychosis for prediction of functional outcome at 2 years. *Schizophrenia bulletin*, 36(5), 1001–1008. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp007>

- Castillo, M.P, Bellido, M, & Ventura, A. (2016). Revisión de tratamientos eficaces en la esquizofrenia. *Revista de enfermería y salud mental*, 5, 15-21
- Chang, W. C., Wong, C. S. M., Chen, E. Y. H., Lam, L. C. W., Chan, W. C., Ng, R. M. K., Hung, S. F., Cheung, E. F. C., Sham, P. C., Chiu, H. F. K., Lam, M., Lee, E. H. M., Chiang, T. P., Chan, L. K., Lau, G. K. W., Lee, A. T. C., Leung, G. T. Y., Leung, J. S. Y., Lau, J. T. F., van Os, J., ... Bebbington, P. (2017). Lifetime Prevalence and Correlates of Schizophrenia-Spectrum, Affective, and Other Non-affective Psychotic Disorders in the Chinese Adult Population. *Schizophrenia bulletin*, 43(6), 1280–1290. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx056>
- Chen E. Y. H. (2019). Early intervention for psychosis: current issues and emerging perspectives. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, 31(5-6), 411–412. <https://doi.org/10.1080/09540261.2019.1667597>
- Díaz-Caneja, C.M., Pina-Camacho, L., Rodríguez-Quiroga, A., Fraguas, D., Parellada, M., & Arango, C. (2015). Predictors of outcome in early-onset psychosis: a systematic review. *NPJ schizophrenia*, 1, 14005. <https://doi.org/10.1038/npjrsch.2014.5>
- Edwards, J., & McGorry, P.D. (2002). *Implementing Early Intervention in Psychosis: A Guide to Establishing Psychosis Services*. CRC Press. <https://doi.org/10.1201/9780367809485>
- Emsley, R., Rabinowitz, J., Medori, R., & Early Psychosis Global Working Group (2007). Remission in early psychosis: Rates, predictors, and clinical and functional outcome correlates. *Schizophrenia research*, 89(1-3), 129–139. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2006.09.013>
- Fadden, G. (2015). Involucrando a la familia en la atención de los adolescentes en riesgo de psicosis. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 25, 55-65.
- Fonseca-Pedrero, E. (Coordinador) (2018). *Evaluación de los trastornos del espectro psicótico*. Madrid: Pirámide.
- Fonseca-Pedrero, E. (Coordinador) (2019). *Tratamientos psicológicos para la psicosis*. Madrid: Pirámide.
- Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Álvarez, M., Al-Halabí, S., Inchausti, F., López-Navarro, E. R., Muñiz, J., Lucas-Molina, B., Pérez-Albéniz, A., Baños Rivera, R., Cano-Vindel, A., Gimeno-Peón, A., Prado-Abril, J., González-Menéndez, A., Valero, A. V., Priede, A., González-Blanch, C., Ruiz-Rodríguez, P., Moriana, J. A., Gómez, L. E., Navas, P., ... Montoya-Castilla, I. (2021). Tratamientos psicológicos empíricamente apoyados para la infancia y adolescencia: estado de la cuestión. *Psicothema*, 33(3), 386–398. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.56>
- Fusar-Poli, P., McGorry, P. D., & Kane, J. M. (2017). Improving outcomes of first-episode psychosis: an overview. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 16(3), 251–265. <https://doi.org/10.1002/wps.20446>
- García, M. I. D., Fernández, M. Á. R., & Crespo, A. V. (2017). *Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer.
- Gleeson, J. F., Alvarez-Jimenez, M., Cotton, S. M., Parker, A. G., & Hetrick, S. (2010). A systematic review of relapse measurement in randomized controlled trials of relapse prevention in first-episode psychosis. *Schizophrenia research*, 119(1-3), 79–88. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.02.1073>
- Gorwood, P., Burns, T., Juckel, G., Rossi, A., San, L., Hargarter, L., Schreiner, A., & Europe, Middle East and Africa functioning group (2013). Psychiatrists' perceptions of the clinical importance, assessment and management of patient functioning in schizophrenia in Europe, the Middle East and Africa. *Annals of general psychiatry*, 12(1), 8. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-12-8>
- Green M. F. (2016). Impact of cognitive and social cognitive impairment on functional outcomes in patients with schizophrenia. *The Journal of clinical psychiatry*, 77 Suppl 2, 8–11. <https://doi.org/10.4088/JCP.14074su1c.02>
- Hardy, A., Emsley, R., Freeman, D., Bebbington, P., Garety, P. A., Kuipers, E. E., Dunn, G., & Fowler, D. (2016). Psychological Mechanisms Mediating Effects Between Trauma and

- Psychotic Symptoms: The Role of Affect Regulation, Intrusive Trauma Memory, Beliefs, and Depression. *Schizophrenia bulletin*, 42, S34–S43. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv175>
- Hegelstad, W. T., Larsen, T. K., Auestad, B., Evensen, J., Haahr, U., Joa, I., Johannesen, J. O., Langeveld, J., Melle, I., Opjordsmoen, S., Rossberg, J. I., Rund, B. R., Simonsen, E., Sundet, K., Vaglum, P., Friis, S., & McGlashan, T. (2012). Long-term follow-up of the TIPS early detection in psychosis study: effects on 10-year outcome. *The American journal of psychiatry*, 169(4), 374–380. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11030459>
- Ibáñez, V. (2018). La intervención temprana en psicosis. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(133), 9-16. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352018000100001>
- Ibáñez, V. (2019). Aproximación crítica a la prevención e intervención temprana en psicosis. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(135), 215-240. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352019000100012>
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59(1), 12–19. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.59.1.12>
- Kane, J. M., Schooler, N. R., Marcy, P., Correll, C. U., Brunette, M. F., Mueser, K. T., Rosenheck, R. A., Addington, J., Estroff, S. E., Robinson, J., Penn, D. L., & Robinson, D. G. (2015). The RAISE early treatment program for first-episode psychosis: background, rationale, and study design. *The Journal of clinical psychiatry*, 76(3), 240–246. <https://doi.org/10.4088/JCP.14m09289>
- Kazdin A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: new opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *The American psychologist*, 63(3), 146–159. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.63.3.146>
- Lugo, Sandybell & Pineda Domínguez, Antonio & Romero, José. (2018). Depresión adolescente: factores de riesgo y apoyo social como factor protector. *Universitas Psychologica*. 17. 1-11. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy17-3.dafr>
- Maggin, D. M., Briesch, A. M., & Chafouleas, S. M. (2013). An Application of the What Works Clearinghouse Standards for Evaluating Single-Subject Research: Synthesis of the Self-Management Literature Base. *Remedial and Special Education*, 34(1), 44–58. <https://doi.org/10.1177/0741932511435176>
- McGlinchey, J. B., Atkins, D. C., & Jacobson, N. S. (2002). Clinical significance methods: Which one to use and how useful are they? *Behavior Therapy*, 33(4), 529–550. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(02\)80015-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(02)80015-6)
- Movimiento Rethinking. (2018). *Libro Blanco de la Intervención Temprana en Psicosis*. España.
- Mueser, K. T., Penn, D. L., Addington, J., Brunette, M. F., Gingerich, S., Glynn, S. M., Lynde, D. W., Gottlieb, J. D., Meyer-Kalos, P., McGurk, S. R., Cather, C., Saade, S., Robinson, D. G., Schooler, N. R., Rosenheck, R. A., & Kane, J. M. (2015). The NAVIGATE Program for First-Episode Psychosis: Rationale, Overview, and Description of Psychosocial Components. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 66(7), 680–690. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400413>
- Napoletano, F., Andlauer, O., Murguía-Asensio, S., Eranti, S. V., Akyuz, E., Estradé, A., Buhagiar, J., David, C., Fusar-Poli, P., Gupta, S., & Pan-London Network for Psychosis Prevention (2022). Establishing a business case for setting up early detection services for preventing psychosis. *BJPsych bulletin*, 1–10. Advance online publication. <https://doi.org/10.1192/bjb.2022.7>
- Ogles, B. M., Lunnen, K. M., & Bonesteel, K. (2001). Clinical significance: history, application, and current practice. *Clinical psychology review*, 21(3), 421–446. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(99\)00058-6](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(99)00058-6)
- Organización Mundial de la Salud (2021, 10 January). Schizophrenia. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>.

- Organización Mundial de la Salud. (2018). *CIE-11. Clasificación internacional de enfermedades, 11.ª revisión*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>
- Penn, D. L., Waldheter, E. J., Perkins, D. O., Mueser, K. T., & Lieberman, J. A. (2005). Psychosocial treatment for first-episode psychosis: a research update. *The American journal of psychiatry*, *162*(12), 2220–2232. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.12.2220>
- Perälä, J., Suvisaari, J., Saarni, S. I., Kuoppasalmi, K., Isometsä, E., Pirkola, S., Partonen, T., Tuulio-Henriksson, A., Hintikka, J., Kiesepä, T., Härkänen, T., Koskinen, S., & Lönnqvist, J. (2007). Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Archives of general psychiatry*, *64*(1), 19–28. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.1.19>
- Pérez, V. J., Gutiérrez, M. J., García, A., & Gómez, J. (2010). *Procesos psicológicos básicos: Un análisis funcional*. Pearson Educación.
- Pérez-Álvarez, M. (2019). La psicoterapia como ciencia humana, más que tecnológica. *Papeles del Psicólogo*, *40*(1), 1-14. <http://dx.doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2877>
- Rosenheck, R., Mueser, K. T., Sint, K., Lin, H., Lynde, D. W., Glynn, S. M., Robinson, D. G., Schooler, N. R., Marcy, P., Mohamed, S., & Kane, J. M. (2017). Supported employment and education in comprehensive, integrated care for first episode psychosis: Effects on work, school, and disability income. *Schizophrenia research*, *182*, 120–128. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.09.024>
- Sanz, J., & Vázquez, C., (2011). *BDI-II: Inventario de Depresión de Beck-II: Manual*. Madrid: Pearson.
- Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C., & García-Vera, M. P. (2014). Criterios y baremos para interpretar el “Inventario de depresión de Beck-II” (BDI-II). *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, *22*(1).
- Sanz, Jesús, & García-Vera, María Paz. (2015). Técnicas para el análisis de diseños de caso único en la práctica clínica: ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas. *Clínica y Salud*, *26*(3), 167-180. <https://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2015.09.004>
- Sarkhel, S. (2009). Kaplan and Sadock’s Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, 10th edition. *Indian Journal of Psychiatry*, *51*(4), 331.
- Scruggs, T. E., & Mastropieri, M. A. (1998). Summarizing single-subject research. Issues and applications. *Behavior modification*, *22*(3), 221–242. <https://doi.org/10.1177/01454455980223001>
- Scruggs, T. E., & Mastropieri, M. A. (2013). PND at 25: Past, Present, and Future Trends in Summarizing Single-Subject Research. *Remedial and Special Education*, *34*(1), 9–19. <https://doi.org/10.1177/0741932512440730>
- Tandon, R., Gaebel, W., Barch, D. M., Bustillo, J., Gur, R. E., Heckers, S., Malaspina, D., Owen, M. J., Schultz, S., Tsuang, M., Van Os, J., & Carpenter, W. (2013). Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophrenia research*, *150*(1), 3–10. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.05.028>
- Torres, A., Ortiz, Y., Martínez, H., Fernández, Y. N., & Pacheco, D. (2019). Factores asociados a la adherencia al tratamiento en pacientes con depresión. *Multimed*, *23*(1), 1-10
- Vallina, Ó., & Lemos, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia [Efficacious psychological treatments for schizophrenia]. *Psicothema*, *13*(3), 345–364
- Vázquez Morejón, A. J., Jiménez, R., Gómez, I., & Becerra, I. (1995). Esquizofrenia en el medio comunitario. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *15*(53), 199-216
- Zanetti, A. C. G., Carmo, M. A., Tressoldi, L. D. S., Vedana, K. G. G., Giacon, B. C. C., & Martin, I. D. S. (2017). Intervenções familiares em pacientes no primeiro episódio psicótico: evidências da literatura. *Rev. enferm. UFPE on line*, *11*(7), 2971-2978

