

Aproximación crítica a la prevención e intervención temprana en psicosis

Critical approach to prevention and early intervention in psychosis

VICENTE IBÁÑEZ ROJO

Psiquiatra. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Centro de Especialidades Almería "Bola Azul". Almería.

Correspondencia: Vicente Ibáñez Rojo (vibarajo@gmail.com)

Recibido: 03/04/2019; aceptado con modificaciones: 15/05/2019

Resumen: La intervención temprana en la psicosis se ha convertido en el modelo de investigación para comprender lo que se denomina fases iniciales de la psicosis. Tras definir estas fases, se han desarrollado instrumentos para detectarlas e intervenciones que permitan su identificación temprana y su abordaje. El modelo lleva implícita la idea de prevención. Al adelantarse en la identificación temprana de las fases iniciales, incluida la prodrómica, se previene el avance de la psicosis al siguiente estadio. Este trabajo revisa críticamente estos conceptos biomédicos y los riesgos de trabajar desde ellos. Se plantean alternativas posibles para abordar la psicosis desde modelos respetuosos con la diversidad.

Palabras clave: psicosis, identificación temprana, prevención, alto riesgo para psicosis.

Abstract: Early intervention in psychosis has become the research model for understanding what is called the early stages of psychosis. After defining these phases, instruments to detect them and interventions to identify and address them have been developed. The model implies the idea of prevention. By anticipating in the early identification of initial phases, the advance of psychosis to the next stage is prevented. This work critically

reviews these biomedical concepts and the risks of working from this perspective. Possible alternatives to approach psychosis from models that respect diversity are proposed.

Key words: psychosis, early identification, prevention, ultra-high risk for psychosis.

PREVENCIÓN DE LA PSICOSIS

LA EXPLOSIÓN DEL MODELO DE INTERVENCIÓN TEMPRANA en psicosis, el desarrollo de servicios en la mayoría de los países occidentales, incluido el nuestro, con la extensión progresiva de las intervenciones hacia personas en alto riesgo para padecer psicosis, ha ido potenciando la idea de que desde ese modelo podemos prevenir la psicosis y la esquizofrenia.

Thomas Insel, entonces responsable del National Institute of Mental Health (NIMH; el Instituto Nacional de Salud Mental de EE. UU.), señalaba en 2009¹ que “los avances en la investigación de las fases tempranas y su prevención están alcanzando una fase de conocimiento científico más penetrante de lo nunca logrado, pero el conocimiento de muchos psiquiatras en la biología contemporánea es, en el mejor de los casos, superficial”. En 2010, en un editorial de *Nature* (1), se afirmaba: “El futuro de la psiquiatría radica en la intervención temprana, y el progreso en el reconocimiento de factores de riesgo, principalmente biomarcadores, aumentará las posibilidades de prevenir o mitigar los trastornos mentales mediante la introducción de intervenciones biomédicas y psicosociales o cognitivas”.

Se nos preparaba para lo que viene, el avance de la biomedicina y la tecnología en que nos tenemos que formar para desarrollar intervenciones que permiten, ya, prevenir la psicosis y la esquizofrenia. Al leer la bibliografía sobre este tema es muy fácil dejarse seducir por esa idea, repetida desde finales de los 90: se puede prevenir la psicosis y disponemos de intervenciones para hacerlo. Muchos artículos lo afirman, muchas investigaciones parece que lo evidencian...

Prevenir es evidentemente importante desde el ámbito de la salud, y la posibilidad de que podamos evitar que una persona joven en una encrucijada vital transite hacia una vida adulta como enferma con un problema grave y limitante de salud y conseguir que supere esta etapa con éxito gracias a nuestras actuaciones preventivas es muy poderosa, y es muy difícil criticarla o poner freno a invertir en ella.

En este texto, que es una extensión de un editorial anterior del mismo autor (2), se plantea qué ha pasado estos años respecto al desarrollo de la idea de prevención desde el modelo de la intervención temprana y si es ese el camino que debe seguir la

¹ Discurso de Thomas Insel, disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/about/directors/thomas-insel/blog/2014/can-we-prevent-psychosis.shtml>.

salud mental para abordar la prevención de la psicosis. Se revisan qué actividades se proponen y sus riesgos de generar otros problemas.

Nadie se posiciona en contra de la posibilidad de prevenir problemas tan importantes, el problema es cómo hacerlo: desde qué idea de prevención y desde qué idea de psicosis.

QUÉ ENTENDEMOS POR PREVENCIÓN

Uno de los dilemas iniciales que tenemos que enfrentar es la conceptualización de las definiciones y los límites de lo que consideramos prevención. Con frecuencia, la prevención se incluye en una estrategia más amplia de promoción de la salud mental. Prevención y promoción tienen límites superpuestos.

Prevenir significa literalmente “evitar que algo suceda”. Sin embargo, existen diferentes nociones acerca de ese “algo”: la incidencia de un trastorno, sus recaídas, la discapacidad asociada con él o los riesgos. Históricamente, la salud pública ha entendido la prevención como primaria, secundaria o terciaria, según si la estrategia previene la enfermedad en sí, la gravedad de la enfermedad o la discapacidad asociada. Este sistema funciona bien para los trastornos médicos con una etiología conocida.

Otra forma de conceptualizar las estrategias de prevención se basa en el punto de vista del riesgo de contraer una enfermedad para una persona (frente al costo, el riesgo y la incomodidad de la estrategia de prevención). Desde esta perspectiva se pueden identificar tres categorías de prevención primaria: a) prevención universal: dirigida al público en general o a todo un grupo de población; b) prevención selectiva: dirigida a individuos o subgrupos de la población cuyo riesgo de desarrollar un trastorno mental es significativamente mayor que el del resto de la población; c) prevención indicada: focalizada en personas identificadas con alto riesgo de trastornos mentales. Esta es la terminología más ampliamente usada desde el modelo de intervención temprana en psicosis (en adelante, ITP) cuando se habla de prevención.

La prevención secundaria se refiere a las intervenciones emprendidas para reducir la prevalencia; es decir, todas las estrategias específicas relacionadas con el tratamiento. Estas actuaciones son las que se desarrollan en los servicios de intervención con primeros episodios, identificando de manera temprana e interviniendo lo antes posible para disminuir la prevalencia. La prevención terciaria incluiría intervenciones que reduzcan la discapacidad y todas las formas de rehabilitación, así como la prevención de recaídas de la enfermedad, otro de los objetivos de los servicios de intervención temprana.

Vemos así que desde el marco de la ITP se puede hablar de prevención en muchas actuaciones, lo que los autores utilizan en ocasiones de manera confusa.

Desde el ámbito de la psicología social y la salud pública, también se puede distinguir entre prevención primaria proactiva y reactiva. La primera asume que el

agente causal, o factor de riesgo, es controlable o prevenible y tiene como objetivo prevenir o evitar el estresor. La segunda tendría el objetivo posterior de mejorar la respuesta de afrontamiento a los estresores. Puede ocurrir antes o después del factor estresante y está dirigida a la persona o población que reaccionará y enfrentará ese factor o evento. Un segundo conjunto de distinciones se realiza a lo largo de un continuo de niveles (de micro a macro) de demandas de adaptación o de estresores. Las intervenciones preventivas a nivel micro se centran en el individuo. En el nivel macro, la prevención se dirige al nivel ambiental, social o económico (3,4). En este sentido, la apuesta desde la psicología social ha sido por la prevención primaria proactiva a nivel macro de determinantes sociales.

El otro concepto asociado es el de promoción, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como “el proceso que permite a las personas aumentar el control y mejorar su salud” (5). La promoción de la salud mental a menudo se refiere a la salud mental positiva como resultado esperado. Sin embargo, este no es un concepto universalmente aceptado y existe un debate sobre su uso en el que no vamos a entrar aquí (6). Cualquier acción que se tome para maximizar la salud mental y el bienestar entre las poblaciones y las personas sería promoción. También lo sería la mejora de la capacidad de individuos, familias, grupos o comunidades para fortalecer o apoyar experiencias emocionales, cognitivas y relacionales positivas, visión a la que se puede añadir la perspectiva de las capacidades de Sen y Nussbaum (7). Al mejorar el afrontamiento se puede reducir la morbilidad, lo que enlaza la promoción con la prevención en muchos programas.

Para Herrman (8), “los factores determinantes de la salud mental incluyen no solo los factores relacionados con las acciones de los individuos, como los comportamientos y los estilos de vida, las habilidades de afrontamiento y las buenas relaciones interpersonales, sino también los factores sociales y ambientales, como los ingresos, la condición social, la educación, el empleo, la vivienda, las condiciones de trabajo, el acceso a servicios de salud adecuados y la buena salud física. El fomento de estas cualidades individuales, sociales y ambientales, y la evitación de lo contrario son los objetivos de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales”.

Como clínicos podemos utilizar estrategias preventivas y de promoción dirigidas a pacientes individuales y también participar en la planificación y desarrollo de programas de salud pública que se dirigen a grandes grupos de población. Dentro del sector de la salud, existe un desequilibrio entre la cantidad de recursos dedicados a las intervenciones curativas individuales y los recursos dedicados a las actividades preventivas y promocionales relacionadas con la salud pública.

La OMS, en su Estrategia Mundial de Salud para Todos en el año 2000 (9), apoyó un enfoque poblacional de la salud mental que vincula las mejoras de salud con el desarrollo social y económico general. El énfasis se amplió con la Carta de

Ottawa (5) y la Declaración de Yakarta (10). Si bien la promoción de la salud y la prevención de enfermedades tienen una gran aceptación dentro de la salud pública, a menudo no han incorporado la salud mental en sus estrategias. Esta ausencia ha facilitado el desarrollo de intervenciones de prevención desde la medicina basada en la evidencia que acompaña al modelo de ITP, con una perspectiva clínica que va en el sentido opuesto al señalado.

CONSTRUYENDO UN MODELO DE PREVENCIÓN DE LA PSICOSIS

Para poder prevenir algo necesitamos, por un lado, un modelo de ese algo que nos permita identificar causas o factores relacionados con su aparición y desarrollo, y, por otro, medir objetivos respecto a ese algo.

No existe un modelo claro o consensuado de psicosis o esquizofrenia. El modelo biomédico de enfermedad y la medicina basada en la evidencia sostienen una visión de la psicosis y la esquizofrenia como enfermedades equiparables a otras enfermedades físicas, y se ha ido desarrollando una forma de prevención clínica acorde con esta visión, con el desarrollo de medidas de eficacia verificables. Otras formas de entender los problemas mentales no niegan la “realidad” de estados mentales adversos y perturbadores, sino la idoneidad de identificarlos con terminología médica. Consideran aspectos relacionales y sociales, dando menos determinismo a los aspectos biológicos internos del individuo sin negarlos. No habría que prevenir enfermedades, sino resultados de salud en términos más sociales y relacionales, resultados también medibles pero mucho más difíciles de replicar y precisar.

En una revisión anotada de la bibliografía de las décadas 60 a 80 sobre prevención de los trastornos mentales (11), se evidencia la escasez de investigación antes de los 80 sobre trastornos concretos como la esquizofrenia y un desarrollo extenso sobre determinantes sociales y modelos de intervención social o comunitaria frente a intervenciones más individuales. Sin embargo, la prevención y promoción desde esa perspectiva social o epidemiológica no daba buenos resultados en los 60-70. No era fácil demostrar su eficacia en estudios o ensayos, tanto por la dificultad del diseño de las intervenciones y lo inespecífico de estas como por lo difícil de definir resultados prevenibles desde una psiquiatría entonces en crisis, sin un modelo común, con diagnósticos sin validez clara como objetivos de esa prevención (12).

La medicina física iba avanzando para dar resultados medibles y la psiquiatría se puso manos a la obra. Apoyados por una industria incipiente, los grupos de investigación vieron que había que desarrollar el modelo biomédico para poder ofertar resultados y tratamientos eficaces como en otras ramas de la medicina. En los 80, el National Institute of Mental Health (NIMH) señaló la necesidad de “muestras de pacientes de primer ingreso para la investigación” y nacieron “los primeros episodios

psicóticos”. A mediados de los 80 se abre una unidad de investigación en Melbourne con un enfoque en la psicosis temprana, la prevención secundaria y las etapas de diferenciación de la enfermedad. El desarrollo de los antipsicóticos en los 80 y 90, y la creación y expansión de escalas de síntomas psicóticos facilitan ofrecer intervenciones consideradas eficaces según las escalas de resultados. Grupos de Inglaterra y Canadá también toman una orientación similar. Y, posteriormente, en Alemania, investigadores que llevaban años trabajando en los síntomas básicos de la esquizofrenia ven la utilidad de trabajar desde ese enfoque: la intervención temprana en psicosis (13).

La nueva investigación y experiencias clínicas puntuales tienen un gran impacto, y a través de la presión de la IEPA² y el apoyo de los grupos investigadores se llega a un posicionamiento de la OMS en 2005 (14) recomendando la intervención temprana. A esta se refieren los grupos de investigación como un nuevo modelo, un cambio de paradigma, siguiendo los conceptos de primeros episodios psicóticos (en adelante, PEP) y de la ITP.

Desde ese concepto de PEP, una construcción clínica emergente, se ha ido consolidando una visión de la psicosis como enfermedad que pasa por diferentes fases. Alison R. Yung, del grupo de McGorry (15), aboga por el uso del estadiaje clínico para que el tratamiento se pueda adaptar según la etapa de la enfermedad: primero, una fase premórbida, con características de vulnerabilidad endofenotípica y factores de riesgo pero sin deterioro psicosocial significativo; en segundo lugar, una fase prodrómica temprana, con experiencia subjetiva anómala, deterioro psicosocial inicial, deterioro de la calidad de vida y del rendimiento; tercero, una fase prodrómica tardía de síntomas psicóticos atenuados subliminales y/o psicosis breve, limitada e intermitente (estas fases se corresponderían con la capturada por la mayoría de las medidas para determinar lo que se llamará “alto riesgo de psicosis” -UHR-P, del inglés *ultra-high risk for psychosis*- o estado de alto riesgo clínico para psicosis -CHR-P del inglés *clinical high-risk state for psychosis*-, según qué grupo de investigación -ambos conceptos herederos del *at risk mental state*, ARMS-); cuarto, una fase con síntomas psicóticos prolongados en toda regla, susceptibles de convertirse en esquizofrenia (el PEP). Habría unos años (el período crítico) donde, si se interviene, se podría modificar este desenlace. Esto permitiría un período de observación, monitoreo y tratamiento de trastornos psiquiátricos inicialmente no psicóticos (como depresión, ansiedad y trastornos por abuso de sustancias) y de las subsiguientes fases de la psicosis.

La idea de prevención va inherente al modelo de fases: identificar la fase previa y actuar sobre ella puede prevenir el avance a la siguiente. Lo que comenzó siendo prevención secundaria, al identificar los pródromos ya de una enfermedad, se convierte en prevención primaria al identificar personas en riesgo y evitar que enfermen.

² IEPA: antigua International Early Psychosis Association, actual Early Intervention in Mental Health (<https://iepa.org.au>).

El problema de esa visión es conceptualizar esas etapas de desarrollo como un problema clínico (modelo médico) y determinando un posible curso, “monitoreando” a los jóvenes para prevenir que tengan posibles problemas. Para sustentar el modelo se han generado nuevas categorías que se dan por naturales (pródromos, estados de alto riesgo, primeros episodios, periodo crítico...).

Esta línea de investigación se desarrolla en paralelo a las escalas clínicas de medida de síntomas, que permiten delimitar las fronteras de lo que es un primer episodio de psicosis y medir su evolución (BPRS, PANSS, SCID), y posteriormente a las escalas diseñadas para poder investigar los estados de riesgo (CAARMS, SOP...), identificarlos y prevenir su “avance” hacia la psicosis.

Esta lógica de definir un concepto libre de confusores (PEP), como si fuera una entidad que existe en la naturaleza, a la que Berkhout (13) se refiere con la metáfora de “pureza”, está al servicio de una toma de distancia respecto a la categoría previa de esquizofrenia. Ofrece una realidad sobre la que intervenir, el periodo crítico, con un curso clínico diferenciado de los malos resultados asociados con la esquizofrenia “de varios episodios”. Se abre así la posibilidad de prevenir la esquizofrenia.

Las metáforas como las de la pureza reflejan suposiciones que operan en la clínica e investigación que no siempre se reconocen fácilmente. Una nueva percepción del mundo se construye con un nuevo lenguaje, como si fuera una realidad que la investigación ha descubierto. Por ejemplo, como señalan Vispe Astola y colaboradores (16), el uso performativo del lenguaje con la creación del concepto de “primer” episodio de psicosis introduce el “ordinal, asociándolo inmediatamente al concepto de esquizofrenia, al del comienzo de una enfermedad en su primera manifestación”.

Y claramente lleva a la idea de “prevenir” segundos, terceros... episodios y establece que nuestra intervención desde este modelo (la intervención temprana) es una intervención preventiva. La creación del concepto de personas en alto riesgo de psicosis, como otra entidad natural, produce el mismo efecto. Permite adelantar la intervención y ofrece un paso más allá en la prevención. Esta ya no es secundaria, ahora podemos hablar de prevención primaria indicada. Estos conceptos van acompañados de un lenguaje biomédico, datos de imagen cerebral, cuestionarios, incipientes datos genéticos... que sustentan el constructo y afianzan la idea de que podemos, de mano de estos avances científicos, prevenir la esquizofrenia.

Esta narrativa biomédica se puede ver en la presentación del programa de ITP Focus on Youth Psychosis Prevention Clinic del Centro para la Adicción y la Salud Mental (17) afiliado a la Universidad de Toronto y Centro Colaborador de la OMS, el hospital docente de salud mental más grande de Canadá e importante centro de investigación: “Los avances en imágenes cerebrales, estimulación cerebral, herramientas moleculares y ciencia de datos, combinados con una creciente comprensión de la interconexión entre cerebro, factores sociales y fisiología, están desafiando el co-

nocimiento existente de cómo se clasifican las enfermedades mentales y, en última instancia, los tratamientos que ofrecemos. Estas nuevas perspectivas dejan más claro que nunca que la salud mental debe tratarse como cualquier otro problema de salud”.

Al dar forma a lo que atendemos y lo que se considera relevante, las metáforas legitiman ciertas formas de ver el mundo y la toma de acciones particulares en respuesta a eso. Esta visión del PEP y del UHR-P como entidades “puras” trae consigo una lente moral a través de la cual se refuerza la patologización de la diferencia y la valorización de un estado anterior, idealizado, “normal”. Con la idea de prevenir problemas se introduce la posibilidad de separar como diferentes y estigmatizar a jóvenes y familias “capturadas” en esta visión. La búsqueda de esta diferencia justifica la centralidad de las variables explicativas biológicas que la determinan, lo que desvía la atención clínica y la investigación de otros factores etiológicos relevantes en la psicosis (la exclusión social, el aislamiento social, los traumas, el racismo, la migración...).

Otro de los efectos sociales de las narrativas biológicas dominantes se puede ver en el uso creciente del discurso de riesgo, que, además de apoyar el desarrollo de enfoques de detección temprana de la psicosis, puede enfocarse a detectar el riesgo de peligrosidad y otros (18).

Las experiencias tempranas negativas aumentan significativamente la probabilidad de recibir varios diagnósticos como adultos, incluyendo TDAH, esquizofrenia y trastorno bipolar (19,20). Desde la narrativa que estamos analizando, esta investigación se presenta en términos médicos y de diagnóstico, y las influencias ambientales, sociales y relacionales quedan subordinadas o vuelven a traducirse en influencias biológicas. La búsqueda de biomarcadores puede ocasionar que aspectos importantes del significado personal y las relaciones sociales queden omitidos. Por ejemplo, van Nierop *et al.* (21) encontraron que el trauma infantil se asocia más con la “psicosis” cuando hay una intención deliberada de dañar, y Boydell *et al.* (22) mostraron que las personas negras en Londres tienen más probabilidades de recibir diagnósticos de “esquizofrenia” si viven en áreas mayoritariamente blancas. Las influencias relacionales y sociodemográficas como estas no pueden conciliarse fácilmente con una estrategia de investigación que simplemente convierte la influencia adversa en sus (supuestos) correlatos moleculares individuales.

Se publican modelos de psicosis inicial que relacionan funciones neuropsicológicas, dopamina, síntomas, estresores y aislamiento social. Aunque cada vez se estudian más los aspectos sociales, desde esta narrativa se imbrican en la base biológica que sustenta el modelo (23). La disregulación dopaminérgica presináptica es la vía final común a la psicosis, como resultado de lo que denominan múltiples “impactos” (es decir, factores de riesgo), incluida la disfunción fronto-temporal, los genes, el estrés como mediador de factores sociales, las drogas. Este modelo lleva a estrategias de prevención de aspectos sociales en un marco biomédico.

Como hemos visto, desde la ITP nos encontramos mucha investigación que habla de prevención de la psicosis y afirma que es una enfermedad evitable, pues ya se pueden identificar personas en riesgo y ofrecerles tratamientos para que no enfermen o identificarlos pronto para prevenir un curso limitante. Pero desde esas mismas investigaciones podemos ver que el modelo tiene debilidades y plantea problemas.

La DUP (del inglés, *delay of untreated psychosis*) se ha convertido en una verdad en relación con el pronóstico (15). Sin embargo, no hay que olvidar que hay investigación que la cuestiona y que el origen de este concepto es el periodo sin tratar (24), refiriéndose inicialmente (y eso pesa) al periodo sin tratamiento neuroléptico. Pero la verdad establecida es que cuanto más tiempo pase sin tratar con un neuroléptico a jóvenes con psicosis, peor será su pronóstico. Más allá de que ayudar cuanto antes a la gente que lo necesite parece algo indiscutible, la investigación no ha conseguido demostrar de manera tan clara que esto cambie el pronóstico a largo plazo. Lo mismo sucede cuando se investiga qué pasa a medio-largo plazo cuando la ayuda, el acompañamiento en los programas de seguimiento intensivo asociados a la ITP, se termina y las personas que necesitan ayuda pasan a un seguimiento estándar. Así, esa otra verdad que es el periodo crítico (que tiene mucho sentido desde un punto de vista de las etapas del desarrollo) queda también cuestionada desde ese mismo modelo biomédico, al no haberse podido demostrar que las mejoras que se producen mientras se interviene en él se sostienen en el tiempo al retirar las intervenciones (15).

Otro de los fundamentos del modelo del que se habla como verdad científica, aunque no esté demostrado, es el deterioro cognitivo relacionado con los jóvenes en riesgo para la psicosis, que se vincula con el pronóstico, o que se puede producir de forma tóxica en este periodo crítico (25). Holmes y Patrick señalan que “un desafío fundamental al que se enfrentan los neurocientíficos clínicos es cómo conceptualizar mejor la variación conductual y neurobiológica en la población cuando se trabaja para comprender la etiología de las enfermedades dimensionales” (26). La investigación analítica que se centra en las diferencias grupales (de grupos definidos como existentes en la naturaleza; primeros episodios *vs.* controles normales) puede enmascarar la presencia de una superposición sustancial en las distribuciones fenotípicas entre poblaciones, confirmando una ilusión de especificidad diagnóstica. Holmes y Patrick (26) usan la biología evolutiva para demostrar, por ejemplo, que la variación cerebral no solo es común, sino también adaptativa y evolucionada. Es decir, la variación humana, incluso dentro del cerebro, es el resultado de respuestas biológicas adaptativas al medio ambiente y no un indicador de patología, ni de pertenencia a una categoría específica.

Otro problema es el constructo de “alto riesgo para psicosis” (UHR-P), con una definición cambiante y, a pesar del desarrollo de escalas por grupos de investigación, con resultados muy heterogéneos en su uso (27). Algunos grupos estudian la fase prodrómica de la psicosis, otros el pródromo de la esquizofrenia y otros distinguen entre una fase prodrómica temprana y tardía o un síndrome positivo atenuado y positivo intermitente. Por un lado, esto lleva a una gran variabilidad según estudios del número de personas identificadas como UHR que luego tienen psicosis. De hecho, en las revisiones de la evidencia, no queda demostrado que se pueda evitar que los individuos identificados desarrollen una psicosis. Estos suponen un pequeño porcentaje respecto a las personas que desarrollan psicosis (28). Algún estudio ha encontrado que hasta el 50% de las mujeres y el 35% de hombres que desarrollan psicosis tienen más de 35 años (29). Además de no identificar a la mayoría que desarrollan psicosis, también se ha visto que hasta un 50% de las personas no pasó por una fase de pródromos o estado de riesgo (30). Por otro lado, muchos UHR-P tienen comorbilidades o desenlaces de otros problemas de salud mental. Así que no está claro quiénes de entre los que se identifican desarrollarán psicosis (31).

A pesar de todo esto, los estudios se centran en ellos para investigar el inicio de la psicosis, mejorar la comprensión de esta y generalizar lo que se puede hacer para prevenir su desarrollo (28). Estos resultados han llevado a plantearse si el trabajo con personas en riesgo es útil para la investigación pero no para prevenir psicosis. Fusar-Poli (28) señala que “en un nivel conceptual, el hecho de que los servicios de UHR-P detectan generalmente una minoría de individuos que realmente desarrollarán psicosis (aproximadamente el 5%) aumenta las preocupaciones sobre la invalidez epidemiológica del paradigma y sobre la representatividad cuestionable del concepto de estado de alto riesgo clínico para psicosis (CHR-P)³ como riesgo de referencia en la etapa que precede al primer episodio”. El autor continúa: “Por ejemplo, los individuos en CHR-P que luego desarrollen psicosis pueden representar un subgrupo con diferentes características clínicas y resultados en comparación con las muestras estándar de primer episodio. Una extensa investigación neurobiológica ha estudiado las muestras de CHR-P suponiendo que las alteraciones observadas representarían características prototípicas que preceden a la aparición de la psicosis. Tal suposición no está completamente fundamentada. Debido a que los individuos en la psicosis en desarrollo CHR-P representan solo una pequeña minoría de los casos de primer episodio, la generalización de las alteraciones neurobiológicas observadas en los estudios publicados es indeterminada. Estas consideraciones pueden afectar a los

³ El uso de términos como UHR o CHR según qué grupo de investigación, a veces como sinónimos y a veces incluyendo diferentes poblaciones, denota la falta de consenso en los términos y los conceptos en el terreno de la ITP.

consorcios CHR-P internacionales a gran escala en curso, que se basan en el objetivo final de desarrollar herramientas clínicas para predecir la aparición de psicosis en una etapa de riesgo”.

Esto ocurre en la investigación, pero también en la práctica asistencial el modelo da problemas. En Inglaterra, donde hay un extenso desarrollo de los servicios de ITP, hay autores que señalan que algunos resultados positivos aparentes en realidad están siendo causados por el hecho de que los programas de ITP tienden a “capturar” a muchos jóvenes que, de todos modos, nunca se volverían psicóticos. Si las tasas de inicio de esquizofrenia comúnmente asumidas son de 7-14 por 100.000 habitantes por año, las tasas de derivación a los servicios de ITP suelen ser de 100 por 100.000 por año, “¿qué está pasando aquí?” (32). También destacan las altas tasas de trauma infantil y otros tipos de adversidad comunes entre los jóvenes que acuden a los servicios de ITP, que podrían realizar esfuerzos inadecuados, pues “la adversidad infantil y sus causas son problemas sociales, que requieren soluciones sociales de manera racional, no servicios de salud mental para jóvenes *post hoc*. Asegurar que cada niño esté adecuadamente parentalizado, integrado de manera segura dentro de su familia y que se beneficie de una educación cuidadosa adecuada y de lugares de trabajo con apoyos es un ideal que tal vez no debería verse comprometido por la enorme tarea de su realización. Solo se puede esperar que la intervención temprana funcione si se trata de una enfermedad tratable, como en el resto de la medicina” (32).

Respecto a esa “captura incidental”, en una auditoría de los servicios de ITP de Dublín, se comprobó que el 41% no eran casos. Las derivaciones aumentaban a lo largo de los 4 años de la auditoría, mientras que la incidencia de casos era estable, solo el 5% de las derivaciones se encontraban en un estado de “riesgo”. Los pacientes restantes, sin embargo, atrajeron una variedad de diagnósticos. De los poco más de la mitad con psicosis, tres cuartas partes padecían un trastorno psicótico persistente inducido por sustancias que probablemente desaparecería sin el consumo (33).

En línea con las dudas que suscita toda esta investigación, las guías clínicas actuales (por ejemplo, la de la Asociación Europea de Psiquiatría) recomiendan específicamente que la evaluación CHR-P solo se ofrezca a las personas que “ya están angustiadas por problemas mentales y en busca de ayuda para ellos” (34).

Por otro lado, los pocos estudios sobre transición a la psicosis que evalúan lo que sucede con aquellos que no transitan no son muy optimistas, ya que su resultado funcional no es mucho mejor que el de los que desarrollan una psicosis (35). Por ello, parece que el modelo tampoco se ajusta a la prevención de una enfermedad, lo que lleva a plantearse qué se quiere prevenir, una psicosis o resultados funcionales globales.

Otro problema es cómo la investigación en psicosis temprana vincula su aparición y pronóstico a factores sociales, pero los programas de ITP son en muchas ocasiones de una intensidad y exigencia poco compatible con el trabajo con población

inmigrante, excluida, por otra parte, la más necesitada. La intervención psicológica manualizada suele ofrecerse en espacios biomédicos privilegiados a personas blancas con recursos. Necesitamos un modelo para todas.

La investigación sobre la importancia de los síntomas positivos (36) en el curso de la psicosis suscita otras dudas, pues la idea de detectar y tratar tempranamente tampoco se sustenta viendo que incluso si los síntomas positivos fueran marcadores de riesgo, aún habría dudas sobre si tratarlos con antipsicóticos tendría un papel en evitar la aparición del trastorno.

MÁS ALLÁ DE LA ITP EN LA PREVENCIÓN DE LA PSICOSIS

Aunque la mayoría de la investigación está volcada en el paradigma de la ITP, desde una perspectiva epidemiológica también se ha ido avanzando en el estudio de los factores de riesgo para psicosis o esquizofrenia. Sin intención de realizar una revisión exhaustiva, en los siguientes párrafos se mencionan algunos datos sustentados por la investigación.

Los grupos de investigación en esta área han consolidado algunos datos útiles para la prevención: factores genéticos, abuso infantil, urbanicidad, minorías étnicas, abuso de drogas o experiencias infantiles negativas (ACE, del inglés *adverse child events*) (37) son factores de riesgo relacionados con la psicosis. Los factores familiares de adversidad y los factores genéticos no se potencian, son independientes, lo que no va de acuerdo con el mito de la vulnerabilidad genética: lo genético simplemente es un factor más y parece que en la mayoría de los casos no tan importante (38).

Una de las áreas que más avanza en la investigación de factores de riesgo es la de los eventos adversos infantiles y su relación con la psicosis. Cada vez hay más datos que relacionan estos, según sus características, con la aparición de determinados síntomas psicóticos en la adolescencia y la edad adulta. Esto lleva a demandar políticas públicas proactivas para tratar de disminuirlos y de proveer a los que los sufren de herramientas para afrontarlos. Ambas acciones podrían prevenir aspectos de las psicosis (39).

Otra área de investigación es la de las conexiones sociales y salud mental, que puede tener más importancia en la aparición de la psicosis que ser solo una consecuencia de ella (40). Intervenciones de prevención primaria y secundaria en esta área pueden ser factibles y eficaces (41).

Datos de investigaciones recientes apuntan a que el papel del cannabis en el desarrollo y evolución de una psicosis puede ser determinante (42). Si no se usa cannabis de alta potencia se podrían prevenir hasta el 24% de episodios psicóticos, lo que lleva a decir a Murray (37) que, al no abordar este hecho, las políticas de salud pública son cómplices de la locura. Respecto al conocido factor de urbanicidad, se

ha encontrado que aumentando los espacios verdes en la ciudad se previene la psicosis (43). En otro extremo, a pesar de la ingente investigación y dinero invertido, los estudios sobre la genética del riesgo de psicosis no permiten identificar casos de riesgo por sí mismos (44).

Se han investigado otros factores posibles de riesgo, entre los que destacan temas nutricionales, especialmente, en el embarazo, o los tóxicos ambientales, pero no hay correlaciones específicas claras (45).

EVOLUCIÓN DEL MODELO PREVENTIVO DE ITP SOBRE EL RIESGO

Revisiones recientes no encuentran evidencia de que ninguna intervención farmacológica o psicológica pueda prevenir la transición a la psicosis (46). Fusar-Poli (47) destaca que los tres estudios mayores sobre prevención de la psicosis en individuos en riesgo han resultado negativos, pero no descarta que se deba a diferentes problemas metodológicos y anima a seguir investigando en la misma línea. Davies (48) revisa los ensayos clínicos con diferentes intervenciones para prevenir la psicosis en pacientes con alto riesgo (diferentes combinaciones de fármacos y psicoterapia o psicoterapia solo) con un metaanálisis en red que no encontró diferencias de eficacia entre ninguna de estas estrategias a los 6 y 12 meses.

Desde las dudas revisadas más arriba y esta falta de resultados, los mismos grupos de investigación y la IEPA se cuestionan el modelo. Su presidente en 2018, Peter Jones, plantea este mismo problema, preguntándose si la “investigación [en intervención temprana] se atasca en su paradigma de predicción de la psicosis”, en detrimento de la investigación y las intervenciones en otras áreas relevantes del bienestar mental (49). Reconoce que las personas jóvenes presentan traumas y síntomas diversos, y que centrarse en ver si tienen un riesgo determinado de psicosis dificulta el avance en investigar cómo ayudar. Concluye que “esto proporciona la lógica y la evidencia para que la IEPA amplíe su alcance desde la psicosis a un rango más amplio de problemas de salud mental”.

Van Os (50) cuestiona la validez de mucha de la investigación por inespecífica y señala que el resultado de “transición a la psicosis” no se correlaciona con el resultado funcional. Plantea considerar la psicopatología de los jóvenes que buscan ayuda de una manera transdiagnóstica, en vez de “monitorear” las dimensiones de la psicosis. Van Os, en lugar del ineficiente enfoque médico del alto riesgo, propone una perspectiva de salud pública centrada en mejorar el acceso a un entorno poco estigmatizante y de esperanza, a pequeña escala y con un lenguaje e intervenciones aceptables para la juventud (51).

Sabemos que la mayoría de personas con estados de riesgo tienen síntomas de ansiedad y depresión, y no van a ser diagnosticados de esquizofrenia, por lo que

sería mejor tratarlas en otros espacios (50). Los factores de riesgo o de protección no parecen ser específicos para trastornos particulares y sí aumentar o disminuir la vulnerabilidad a muchos trastornos mentales. Incluso en las alteraciones genéticas, como el síndrome de delección 22q11.2, la pleiotropía es notable (52). Por lo tanto, las vías fijas no parecen conducir a cada trastorno como se define en el DSM o la CIE. Aunque algunas intervenciones indicadas podrían ser más específicas, las intervenciones de salud pública, ya sea en toda la población o en subgrupos de riesgo, podrían tener una baja especificidad y reducir la incidencia o mejorar los resultados en todos los trastornos. La cuantificación de la efectividad de tales intervenciones debe, por lo tanto, reflejarse en medidas globales de trastornos e incluir otros resultados (educación, bienestar y uso de servicios sociales y legales, etc.). En ese mismo sentido, algunas intervenciones preventivas podrían realizarse por sectores distintos de la atención sanitaria (52).

Viendo que la prevención de enfermedades definidas previamente (base del modelo médico que sustenta este abordaje) no queda claro que sea posible, y que, de hecho, lo que acerca a los jóvenes y sus familias a pedir ayuda son problemas en las relaciones con iguales, en la escuela, en la familia..., se propone que los programas de intervención temprana en esta población podrían prevenir desenlaces negativos más inespecíficos y generales en estas áreas, como el fracaso académico o vocacional, o los problemas y conflictos relacionales que pueden llevar a problemas judiciales (28). Dado lo inespecífico de los estados de riesgo y las necesidades de los jóvenes, algunos autores creen que la investigación debería dedicarse a la identificación temprana de las necesidades de ayuda en salud mental “general” (53). Si durante este abordaje con jóvenes con dificultades alguien inicia una psicosis, pues ahí se está para actuar pronto y también mejorar el desenlace de la enfermedad.

Pero esta visión tiene el riesgo de trasladar el modelo biomédico y la intervención clínica a más población y sectores, en vez de cambiar el modelo hacia uno más social que aborde los factores de riesgo y problemas de los jóvenes. Este riesgo se evidencia en la evolución del paradigma de la ITP que refleja McGorry (54): “El enfoque que hemos adoptado recientemente se ha guiado por el modelo de estadificación clínica y adapta el enfoque original de ‘estado mental en riesgo’ para abarcar una gama más amplia de problemas identificables y síndromes objeto de actuaciones”. Es importante destacar que se puede lograr un enfoque transdiagnóstico más amplio y mejorar la predicción específica (perfilando o aumentando la precisión) al mismo tiempo. Se puede desarrollar una estrategia holística que aplique estos nuevos enfoques de predicción, así como el aprendizaje automático y los modelos multimodales probabilísticos iterativos, a una combinación de datos psicológicos subjetivos, trastornos físicos (por ejemplo, medidas de EEG) y biomarcadores (por ejemplo, neuroinflamación, anomalías de la red neuronal) adquirida a través de evaluaciones

secuenciales o longitudinales de grano fino. Esta estrategia podría, en última instancia, mejorar nuestra comprensión y capacidad para predecir el inicio, el curso temprano y la evolución de la mala salud mental, lo que abre nuevas vías para las intervenciones preventivas”. Este es el fundamento de las clínicas tipo *headspace* en Australia (55).

Podemos ver esta vuelta de lo social a una perspectiva médico biologicista en el documento de la Academia Americana de Trabajo Social sobre prevención de la esquizofrenia, que propone medidas sociales como acompañantes de las estrategias preventivas de la ITP (56).

Nos encontramos así de vuelta a la idea de prevención de psicopatología más general, como las propuestas de la salud pública desde hace décadas, pero acercándonos desde un punto de vista clínico e individual, con los riesgos que esto supone, de estigmatización, de “desempoderamiento”, de medicalización con el uso de terapias, tanto psicofármacos como psicoterapias...

Exponer a antipsicóticos a jóvenes que nunca van a desarrollar esquizofrenia nos enfrenta a un problema ético (57). Mantenerles en tratamiento antipsicótico si han tenido síntomas para prevenir el avance de una supuesta enfermedad también es cuestionable (58). No es el sitio para revisar la medicación para prevenir la psicosis en personas en alto riesgo clínico, o el tratamiento de las fases iniciales de esta, pero hay que señalar que su uso está siendo cuestionado por grupos de investigación y merece la pena revisar algunos puntos.

Se han utilizado antidepresivos en personas en riesgo para prevenir la transición a la psicosis (59, 60) sin claros beneficios. Su uso debería limitarse al alivio sintomático según la necesidad clínica de los pacientes, pero no como primera elección y siempre teniendo en cuenta los riesgos de su prescripción en adolescentes.

Respecto a los antipsicóticos, aunque múltiples ensayos los han utilizado en personas en riesgo (48), las guías no recomiendan su uso en esta población, teniendo en cuenta el balance riesgo beneficio (61). Cada vez hay más literatura sobre los efectos adversos de estos medicamentos (62) y lo limitado de sus beneficios a medio y largo plazo, lo que lleva a cuestionar su uso preventivo de recaídas. Algunas investigaciones sobre reducción progresiva de dosis y suspensión del tratamiento frente a su mantenimiento a medio plazo han puesto en duda el beneficio de estos fármacos (63, 64). Otro dato que cuestiona su uso en la prevención a largo plazo de las recaídas es su impacto negativo en la calidad de vida y las posibilidades de recuperación, posiblemente por el deterioro neurobiológico que producen (62). Estos hechos, junto con alternativas cada vez más establecidas para el abordaje de la psicosis inicial sin apenas uso de antipsicóticos, como Soteria o el Diálogo Abierto (65), cuestionan su utilización como la herramienta principal para la prevención secundaria y terciaria de la psicosis, limitando su empleo en el abordaje de crisis en las que no haya otras alterna-

tivas al alcance o fallen estas (64). Sin embargo, hay que apuntar que existe otro tipo de investigación que muestra lo contrario: los antipsicóticos son el medio más efectivo de prevenir la progresión de la psicosis y el problema es la falta de adherencia o las dosis subóptimas, abogando por el uso de inyectables que aseguren el cumplimiento (66). La narrativa biológica apoyada por la industria farmacéutica marca ese camino, en el que es difícil distinguir verdaderos y muy necesarios avances del marketing de un mercado que intenta configurar nuestra realidad a pesar del daño.

En relación con la falta de eficacia señalada de los antipsicóticos en la prevención de la progresión de la psicosis, se están investigando otras alternativas. Diferentes ensayos, desde el modelo de enfermedad autoinmune y de neuroinflamación, han utilizado inmunoterapia y antiinflamatorios (67). Los suplementos nutricionales se han ensayado con el objetivo de abordar procesos cerebrales supuestamente implicados en la aparición de síntomas psicóticos, como la neuroinflamación, el estrés oxidativo o la plasticidad sináptica (68). Suplementos de omega-3, aminoácidos como la taurina y vitaminas antioxidantes han dado resultados muy prometedores en algunos ensayos, pero no se han conseguido replicar de manera más extensa para poder recomendar su uso. Algunos autores consideran necesario estudiar la influencia del inadecuado aporte de nutrientes en el progreso de la psicosis, con la idea de poder utilizar la nutrición para mejorar la recuperación (69). Hay otras moléculas que se están ensayando desde otros modelos de psicosis, como el cannabidiol (CBD), los moduladores glutamatérgicos y los agonistas de los receptores de nicotina, hasta el momento sin resultados claros (70).

Además de las terapias biológicas se han desarrollado psicoterapias específicas adaptadas al “estadaje” de las fases iniciales, también con la idea de prevenir el avance de estas (71-73). Tampoco los resultados son muy definitivos, y las revisiones y metaanálisis, aunque, por un lado, encuentran que hay intervenciones que pueden ser efectivas, por otro, señalan que hace falta más investigación para poder recomendarlas y no encuentran ninguna intervención superior a otras. Apenas se ha investigado sobre los riesgos intrínsecos de estas psicoterapias, centrándose el estudio de los riesgos de la ITP (y, por tanto, la prevención cuaternaria) en la inclusión de determinados pacientes en sus programas y en los riesgos del modelo que ya hemos señalado.

No hay nada de malo y puede ser muy beneficioso encontrar, por ejemplo, que determinados nutrientes o psicoterapias pueden ayudar al mejor desarrollo de personas vulnerables. Pero la mirada biomédica que identifica “pacientes prepsicóticos” y les aplica unas u otras terapias, que no sabemos con certeza a quién ayudan o no (74), sí pueden hacer mucho daño aplicadas desde esa visión.

Una preocupación importante en este sentido es el impacto de designar a los participantes como “en riesgo” por su posible potencial de estigmatización. El efecto de esta designación probablemente sea mayor para los grupos que aún no tienen

síntomas psiquiátricos (p. ej., niños reclutados de familias de alto riesgo y de la población general), que de otra manera no serían sospechosos de ser propensos a la esquizofrenia, que para aquellos que ya experimentan algún grado de sintomatología que los hace candidatos para el tratamiento (75), en los que el estigma se debería más bien a los síntomas (76).

Este riesgo sería soslayable si se evitase etiquetar o diagnosticar desde el modelo biomédico y se ofreciesen apoyos a personas que están teniendo problemas en su funcionamiento social, académico... El “estado de riesgo” es un constructo que tenemos que utilizar si nos interesa y es útil, no una entidad natural que “realmente” pone en riesgo de padecer una enfermedad concreta.

Revisando la investigación y las terapias en este campo, llama la atención cierta carencia de una perspectiva que tenga en cuenta los deseos y decisiones de los pacientes (77). Precisamente en los problemas graves de salud mental, la perspectiva de derechos de los usuarios, el modelo de decisiones compartidas con la idea de que la persona afectada participe y se empodere respecto al manejo de sus problemas, ha avanzado mucho. Sin embargo, en las fases iniciales, con personas cada vez más jóvenes, en las que estudios y terapias son novedosos, parece que se experimenta sobre la gente, y no con la gente. Hace falta incluir siempre la toma de decisiones compartida adaptada a población joven, a pesar de las dificultades de dar información sobre un terreno tan poco consolidado (y precisamente por esto) pero en el que hay alternativas como las revisadas, incluyendo el esperar o el acompañamiento.

CUÁL ES EL FUTURO

Como señala Padilla en este número (78), la prevención se puede abordar desde una perspectiva salubrista o desde una perspectiva clínica con un modelo de medicina individualista que intenta identificar y luego trabajar con casos señalados para que no enfermen o enfermen menos. Una vez identificado, está en tus manos (y para desesperación de la familia también en las de esta) que se sigan todas las recomendaciones, terapias y consejos que damos los expertos para no enfermar. Una perspectiva muy neoliberal.

La invasión de los espacios socio-comunitarios de una perspectiva clínica que busca sujetos en riesgo y previene enfermedades, además de los “efectos secundarios” señalados, no deja claro qué ventajas tiene para las personas, sus familias y comunidades, frente a una perspectiva de salud pública centrada en la intervención social y comunitaria, que al final actúa sobre los mismos factores de riesgo para prevenir problemas de salud pero sin etiquetar personas ni introducir la clínica en las relaciones de los adolescentes en la escuela o en los apoyos que necesitan las familias disfuncionales. Esta perspectiva tampoco niega que en esos programas se cuide que

personas con necesidades especiales puedan beneficiarse de las intervenciones clínicas que necesiten. No es que no haya que trabajar en educación, pero tal vez haya que hacerlo desde un modelo en el que los clínicos quedemos como apoyo a un marco socio-educativo, no como organizadores de lo que se hace con el adolescente desde un marco biomédico.

Para poner un ejemplo de esta perspectiva, Catalano (12) plantea que la adversidad y los riesgos familiares tempranos, como los bajos ingresos y la mala gestión familiar, incluido el abuso y la negligencia, dificultan el rendimiento académico. Se podría ayudar a estos niños con intervenciones selectivas en los primeros años para contrarrestar el riesgo familiar y evitar problemas relacionados con la escuela. Si no se abordan los desafíos del desarrollo temprano, el riesgo puede seguir acumulándose en la adolescencia, con un bajo rendimiento escolar que conduce al rechazo por parte de compañeros prosociales, a una mayor interacción con compañeros desviados y al inicio de comportamientos problemáticos. Se puede ayudar a estos adolescentes con intervenciones de prevención indicada si muestran signos y síntomas de problemas. Dentro de estas intervenciones y desde este marco, pueden ofrecerse intervenciones específicas a adolescentes que presenten un riesgo o unos síntomas prodrómicos de psicosis. En ausencia de influencias protectoras, los aumentos normativos postpuberales sobre las conductas problemáticas pueden exacerbar estas a través de influencias negativas de los compañeros. Este patrón puede afectar a todos los adolescentes, incluso a aquellos sin un riesgo temprano acumulado, y puede abordarse a través de intervenciones universales preventivas con padres, escuelas o comunidades que buscan reducir las actitudes favorables hacia las conductas problemáticas de los adolescentes y aumentar la protección. En este ejemplo que plantea Catalano, se ve cómo las intervenciones sanitarias se limitan a situaciones específicas, pero no son el marco del modelo.

Incluso aceptando los conocimientos que ha aportado el estudio de la psicosis incipiente, podemos seguir el ejemplo del estudio de otros problemas de salud. Una vez estudiada la HTA o la obesidad y su relación con la calidad de vida, sus enfoques preventivos no se centran en la identificación de individuos que llevan marcadores biológicos que los conducirán a, tal vez, ser obesos o hipertensos; más bien alientan a los miembros de la población general a hacer ejercicio y reducir su ingesta de calorías. Aunque se trabaje en el modelo médico, un enfoque similar en la psicosis podría centrarse en reducir los factores de riesgo. Por ejemplo, abordar los aspectos que facilitan el desarrollo de una psicosis de la vida en la ciudad, disminuir la discriminación de las minorías étnicas o intentar influir en los patrones de consumo de cannabis de alta potencia (79).

Para van Os (51), las enfermedades mentales rara vez se “curan” y se enmarcan mejor como vulnerabilidades. Se pueden lograr importantes mejoras en el bienestar cuando las personas aprenden a vivir con vulnerabilidades mentales a través de un

proceso lento de fortalecimiento de la resiliencia en los dominios sociales y existenciales. El apoyo entre pares puede formar la columna vertebral de la comunidad. Los tratamientos deben dirigirse a la reducción de los síntomas trans-sindrómicos y adaptarse al proceso de orden superior de recuperación existencial y participación social (51). Este modelo u otros similares llevarían a estrategias de promoción y prevención en salud mental que trabajan con comunidades y no estigmatizan la diferencia.

Encontramos, por un lado, una visión biomédica que busca factores relacionados con la enfermedad “psicosis” o esquizofrenia, encuentra alguna relación y lanza intervenciones clínicas de prevención o actuación para disminuir estos factores (50). Por otro lado, hay modelos, también influidos por la visión individualista neoliberal, que, desde el lado de la prevención y promoción, trabajan para reforzar factores de resiliencia o de estrategias de afrontamiento, haciendo descansar en el individuo la responsabilidad de sobreponerse a la adversidad. Finalmente, hay enfoques más sociales que inciden en modificar los determinantes sociales, ambientales y las adversidades que se relacionan con la psicopatología o en apoyar a las comunidades para afrontar estas.

En esta línea, la doctora Catherine Le Galès-Camus, subdirectora general de la OMS para Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, señala que hay evidencia sólida del funcionamiento de la prevención de los trastornos mentales y la promoción de la salud mental en nuestros sistemas de salud, que ha llevado a la OMS a avalarla y proponer que sea asumida por las políticas sanitarias nacionales (80). Benedetto Saraceno, director del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS, señala que hay que evitar que “la búsqueda de nuevas pruebas de la eficacia y costo-eficacia se convierta en un pretexto para no implementar con la urgencia requerida unas políticas sociales y de salud directamente dirigidas a la prevención de los trastornos mentales y la promoción de la salud mental” (80).

CONCLUSIONES

La población joven es, desde luego, una población vulnerable, en riesgo de manifestar problemas en su transición hacia la vida adulta y muy susceptible a la influencia del atractivo enfoque individualista de la cura, promocionado por políticas neoliberales. Sus familias en crisis son quizás todavía más vulnerables y receptivas a estas influencias.

La ITP oferta avances de la mano de la ciencia biomédica y desde muchas instancias se demandan más servicios de ITP, pero parecería que la idoneidad del modelo de diagnóstico en el que se basan no se puede cuestionar o disputar. A pesar del reconocimiento de las experiencias tempranas negativas como factores causales de la angustia y la psicosis, no hay discusión sobre la necesidad de orientar las intervenciones al estándar de la ITP.

Mientras parte de la psiquiatría recupera lo social tras el fracaso de la década del cerebro y los estudios genéticos, el DSM es rechazado y cada vez se cuestiona más la utilidad de categorías como la esquizofrenia. Y los movimientos de usuarios y la psicología y psiquiatría críticas proponen alternativas centradas en las personas, más útiles para ayudarlas, y no subyugadas al modelo médico biotecnológico. A pesar de todo esto, el movimiento de la ITP sigue expandiéndose y abarcando más sectores, proponiendo un modelo de prevención con un marco de trabajo biomédico, con el riesgo de favorecer un nicho de mercado e investigación desde un modelo de biomedicina clásico que busca identificar individuos pre-enfermos para aplicarles la tecnología biomédica diagnóstica y terapéutica más moderna (incluidas las intervenciones psicosociales).

Pero la investigación desde la perspectiva del modelo de ITP arroja como resultado que no tenemos un modelo desde el que podamos hablar de prevención primaria de la psicosis, ni queda claro que seguir persiguiéndolo desde las tecnologías vaya a aportarnos algo más allá que dinero para la industria⁴. La biomedicina trabaja como parte de un mercado donde actores como la farmaindustria buscan tomar posición en el campo de las políticas sanitarias, incluidas las preventivas y de salud pública, con intereses de mercado que no coinciden con los de las personas y sus comunidades.

Desde algunos foros se descalifica esta visión crítica de la prevención, asociada al movimiento de la psiquiatría y psicología crítica, acusándola de que cuestiona los avances, los conceptos, alerta de problemas y riesgos, pero ofrece pocas o ninguna alternativa (81). Desde mi punto de vista, en primer lugar la máxima de *primun non nocere* debería ser, como de hecho los médicos juramos que sea, la primera guía de nuestras intervenciones desde cualquier modelo de salud. De eso va la prevención cuaternaria y mucho de lo que en este texto se ha expuesto. Y, por otro lado, sí se habla de alternativas, aunque no se ofrece un modelo concreto cerrado como hace el biomédico reduccionista.

Podemos decir que se pueden prevenir problemas de salud mental si disminuimos la adversidad y los traumas infantiles, los problemas asociados a la urbanicidad, las dificultades de grupos de inmigrantes y algunos otros aspectos tóxico-ambientales en investigación. Invertir en esas áreas desde un modelo social, a pesar del grandísimo esfuerzo que supone, merece la pena.

Desde otra perspectiva, lo que también parece que queda claro es que intervenir pronto para auxiliar a jóvenes con problemas graves de salud mental y sus familias es un imperativo moral inexcusable. Y para que esta ayuda no suponga una carga estigmatizante y lleve a la diferencia y exclusión, podría estar basada en una

⁴ Una industria tecnosanitaria en expansión de fármacos, tests, biomarcadores, pruebas diagnósticas, terapias psicológicas, etc.

perspectiva que incluya la importancia de las conexiones sociales, la aceptación de la diferencia, la ayuda entre pares y la visión de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (82) como los pilares de una sociedad preparada para afrontar la adversidad y la aparición de problemas de salud mental, asegurando los mejores resultados posibles. Esto se facilitaría abrazando la multiplicidad, teniendo en cuenta la discapacidad crítica, dejando espacio para la tensión entre los deseos de remisión de los síntomas y la recuperación personal, y las prácticas de normalización dentro de la investigación y atención psiquiátrica; o con un cambio de más largo alcance, eludiendo el imperativo de pasar como normal e incluso cambiando el discurso de “salud mental” por uno de justicia social, antidiscriminación y valorización de la diversidad.

¿Cómo facilitamos entornos donde la noción de “pureza” no nos mantenga atrapados en un pasado “normal” idealizado o en una proyección de un futuro que quiere recuperarlo? Aceptando las dificultades presentes trabajando con otros, con la comunidad. Hay modelos sociales, como el de Open Dialogue (83), que trabaja con la comunidad con todos los recursos interpersonales disponibles, o el del Marco del Poder, Amenaza y Significado (84), que lo hace desde la exploración y trabajo con traumas vinculados a los síntomas (considerados de una enfermedad psicótica en otros modelos, pero que aquí se normalizan desde la experiencia compartida); o la propuesta de van Os, que trabaja desde la vulnerabilidad y la recuperación existencial y social (51). Existen otras alternativas basadas en el conocimiento y abordaje de algunos factores que afectan a la aparición y mantenimiento de crisis psicóticas en jóvenes (traumas, adversidad social, disfunción familiar, carencia de oportunidades, etc.), que trabajan para acompañar a las personas con apoyos relacionados con el conocimiento de lo local y sus recursos, que la investigación ha encontrado muy relevantes y que pueden aportar mucho en este terreno. Como bien apunta Munárriz (85), con “una visión más colectiva de la salud mental, que ofrezca una accesibilidad universal a los tratamientos necesarios, cuando y donde se necesiten, ni antes ni después; unida a apoyos y acompañamientos en entornos naturales sin necesidad de detección, ni filtrado. Aunque los profesionales de la salud mental y nuestras técnicas perdamos protagonismo”.

La prevención de lo que llamamos psicosis es una tarea de todos, que, sin renunciar a disminuir el sufrimiento y la aparición de algunos problemas de salud mental, no busca la inexistencia de personas con experiencias extrañas, sino que estas no sean excluidas, se entiendan desde experiencias compartidas y puedan desarrollar una vida digna como cualquiera. Solo somos una.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Nature. A decade for psychiatric disorders (Editorial). *Nature*. 2010;463(7277):9.
- (2) Ibáñez-Rojo V. La intervención temprana en psicosis. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2018; 38(133): 9-16
- (3) Catalano R, Dooley D. The behavioral costs of economic instability. *Policy Studies Journal*. 1981;10(2):338-49.
- (4) Felner RD, Felner TY, Silverman MM. Prevention in mental health and social intervention. En: Rappaport J, Seidman E, editores. *Handbook of community psychology*. Boston, MA: Springer, 2000; p. 9-42.
- (5) Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ottawa: Canadian Public Health Association, 1986.
- (6) Thomas P, Knight T. Happiness, austerity and malignant individualism. *AHPB Magazine for Self & Society*. 2018/2019; 2: 13-21.
- (7) Colmenarejo R. Enfoque de capacidades y sostenibilidad. *Aportaciones de Amartya Sen y Martha Nussbaum. Ideas y Valores*. 2016;65(160):121-49.
- (8) Herrman H. The need for mental health promotion. *Aust N Z J Psychiatry*. 2001;35(6):709-15.
- (9) Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1981.
- (10) Organización Mundial de la Salud. Declaración de Yakarta sobre la promoción de la salud en el siglo XXI. Yakarta: Organización Mundial de la Salud, 1997.
- (11) Buckner JC, Trickett EJ, Corse SJ. Primary prevention in mental health: an annotated bibliography [Internet]. Rockville: National Institute of Mental Health (DIMS), 1985. Disponible en: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED277921.pdf>
- (12) Catalano RF, Fagan AA, Gavin LE, Greenberg MT, Irwin CE, Ross DA, et al. Worldwide application of prevention science in adolescent health. *Lancet*. 2012;379(9826):1653-64.
- (13) Berkhout SG. Paradigm shift? Purity, progress and the origins of first-episode psychosis. *Med Humanit*. 2018;44:172-80.
- (14) Bertolote J, McGorry P. Early intervention and recovery for young people with early psychosis: consensus statement. *Br J Psychiatry Suppl*. 2005;48:s116-9.
- (15) Yung AR. Treatment of people at ultra-high risk for psychosis. *World Psychiatry*. 2017;16(2):207-8.
- (16) Vispe Astola A, Hernández González M, Ruiz-Flores Bistuer M, García-Valdecas Campelo J. De la psicosis aguda al primer episodio psicótico: rumbo a la cronicidad. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2015;35(128):731-48.
- (17) CAMH. Focus on Youth Psychosis Prevention Clinic FYPP [Internet]. CAMH. [Consultado el 2 de abril de 2019]. Disponible en: <https://www.camh.ca/en/your-care/programs-and-services/focus-on-youth-psychosis-prevention-clinic-fypp>
- (18) Gambino M. Risk assessment in an age of neoliberalism: John Monahan's *The Clinical Prediction of Violent Behavior* (1981). En: Kritsotaki D, Long V, Smith M, editores. *Preventing mental illness: past, present and future*. Cham: Springer International Publishing, 2019; p. 171-86.

- (19) Albott CS, Forbes MK, Anker JJ. Association of childhood adversity with differential susceptibility of transdiagnostic psychopathology to environmental stress in adulthood. *JAMA Network Open*. 2018;1(7).
- (20) McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC. Childhood adversities and adult psychopathology in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) II: Associations with persistence of DSM-IV disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(2):124-32.
- (21) van Nierop M, Janssens M, Genetic Risk Outcome of Psychosis Investigators, Brugge-man R, Cahn W, de Haan L, et al. Evidence that transition from health to psychotic disorder can be traced to semi-ubiquitous environmental effects operating against background genetic risk. *PLoS One*. 2013; 6; 8(11).
- (22) Boydell J, van Os J, McKenzie K, Allardyce J, Goel R, McCreadie RG, et al. Incidence of schizophrenia in ethnic minorities in London: ecological study into interactions with environment. *BMJ*. 2001;323(7325):1336.
- (23) Kapur S. Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2003;160(1):13-23.
- (24) Souaiby L, Gaillard R, Krebs MO. [Duration of untreated psychosis: A state-of-the-art review and critical analysis]. *Encephale*. 2016;42(4):361-6.
- (25) Anderson KK, Rodrigues M, Mann K, Voineskos A, Mulsant BH, George TP, et al. Minimal evidence that untreated psychosis damages brain structures: a systematic review. *Schizophr Res*. 2015;162(1-3):222-33.
- (26) Holmes AJ, Patrick LM. The myth of optimality in clinical neuroscience. *Trends in cognitive sciences*. 2018;22(3):241-57.
- (27) van Os J, Guloksuz S. A critique of the “ultra-high risk” and “transition” paradigm. *World Psychiatry*. 2017;16(2):200-6.
- (28) Fusar-Poli P. Extending the benefits of indicated prevention to improve outcomes of first-episode psychosis. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(7):667-8.
- (29) Jongsma HE, Gayer-Anderson C, Lasalvia A, Quattrone D, Mulè A, Szöke A, et al. Treated incidence of psychotic disorders in the multinational EU-GEI Study. *JAMA Psychiatry*. 2018;75(1):36-46.
- (30) Shah J, Rosengard R, McIlwaine S, Mustafa S, Iyer S, Lepage M, et al. Do all individuals with a FEP pass through an earlier CHR-P state? Implications for clinical staging, early detection and phase-specific interventions. *Schizophr Bull*. 2018;44(Suppl 1):S56.
- (31) Cannon M. Prevention of psychosis: an individual or population approach? *Schizophr Bull*. 2018;44(Suppl 1):S58.
- (32) Mortimer A, Brown T. Early intervention in psychosis: another triumph of hope over experience?: early intervention in psychosis. *Prog Neurol Psychiatry*. 2015;19(3):10-4.
- (33) O'Donoghue B, Lyne J, Renwick L, Madigan K, Kinsella A, Clarke M, et al. A descriptive study of «non-cases» and referral rates to an early intervention for psychosis service. *Early Interv Psychiatry*. 2012;6(3):276-82.
- (34) Schultze-Lutter F, Michel C, Schmidt SJ, Schimmelmann BG, Maric NP, Salokangas RKR, et al. EPA guidance on the early detection of clinical high risk states of psychoses. *Eur Psychiatry*. 2015;30(3):405-16.

- (35) Lin A, Wood SJ, Nelson B, Brewer WJ, Spiliotacopoulos D, Bruxner A, et al. Neurocognitive predictors of functional outcome two to 13 years after identification as ultra-high risk for psychosis. *Schizophr Res.* 2011;132(1):1-7.
- (36) van Os J. The transdiagnostic dimension of psychosis: implications for psychiatric nosology and research. *Shanghai Arch Psychiatry.* 2015;27(2):82-6.
- (37) Murray R, Forti MD, Vassos E, Trotta A, Quigley H, Ajnakina O, et al. A public health approach to the prevention of psychosis. *Schizophr Bull.* 2018;44(Suppl 1):S59.
- (38) Trotta A, Iyegbe C, Di Forti M, Sham PC, Campbell DD, Cherny SS, et al. Interplay between schizophrenia polygenic risk score and childhood adversity in first-presentation psychotic disorder: a pilot study. *PLoS One* 2016; 11(9).
- (39) Trotta A, Murray RM, Fisher HL. The impact of childhood adversity on the persistence of psychotic symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med.* 2015;45(12):2481-98.
- (40) Saeri AK, Cruwys T, Barlow FK, Stronge S, Sibley CG. Social connectedness improves public mental health: Investigating bidirectional relationships in the New Zealand attitudes and values survey. *Aust N Z J Psychiatry.* 2018;52(4):365-74.
- (41) Hare-Duke L, Denning T, de Oliveira D, Milner K, Slade M. Conceptual framework for social connectedness in mental disorders: Systematic review and narrative synthesis. *J Affect Disord.* 2019;245:188-99.
- (42) Ksir C, Hart CL. Cannabis and psychosis: a critical overview of the relationship. *Curr Psychiatry Rep.* 2016;18(2):12.
- (43) Engemann K, Pedersen CB, Tsirogiannis C, Mortensen PB, Svenning J-C. Childhood exposure to green space – a novel risk-decreasing mechanism for schizophrenia? *Schizophr Bull.* 2018;44(Suppl 1):S59.
- (44) Jones HJ, Stergiakouli E, Tansey KE, Hubbard L, Heron J, Cannon M, et al. Phenotypic manifestation of genetic risk for schizophrenia during adolescence in the general population. *JAMA Psychiatry.* 2016;73(3):221-8.
- (45) Radua J, Ramella-Cravaro V, Ioannidis JPA, Reichenberg A, Phiphophatsanee N, Amir T, et al. What causes psychosis? An umbrella review of risk and protective factors. *World Psychiatry.* 2018;17(1):49-66.
- (46) Stafford MR, Jackson H, Mayo-Wilson E, Morrison AP, Kendall T. Early interventions to prevent psychosis: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2013;346:f185.
- (47) Fusar-Poli P. Negative psychosis prevention trials. *JAMA Psychiatry.* 2017; 74(6):651.
- (48) Davies C, Cipriani A, Ioannidis JPA, Radua J, Stahl D, Provenzani U, et al. Lack of evidence to favor specific preventive interventions in psychosis: a network meta-analysis. *World Psychiatry.* 2018;17(2):196-209.
- (49) Jones PB. Is early intervention research stuck in its psychosis prediction paradigm? – IEPA Early Intervention in Mental Health [Internet]. [Consultado 24 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://iepa.org.au/is-early-intervention-research-stuck-in-its-psychosis-prediction-paradigm/>
- (50) van Os J, Guloksuz S. A critique of the “ultra-high risk” and “transition” paradigm. *World Psychiatry.* 2017;16(2):200-6.
- (51) van Os J, Guloksuz S, Vijn TW, Hafkenscheid A, Delespaul P. The evidence-based group-level symptom-reduction model as the organizing principle for mental health care: time for change? *World Psychiatry.* 2019;18(1):88-96.

- (52) Arango C, Díaz-Caneja CM, McGorry PD, Rapoport J, Sommer IE, Vorstman JA, et al. Preventive strategies for mental health. *The Lancet Psychiatry*. 2018;5(7):591-604.
- (53) Dimitrakopoulos S, Kollias C, Stefanis NC, Kontaxakis V. Early psychotic experiences: interventions, problems and perspectives. *Psychiatriki*. 2015;26(1):45-54.
- (54) McGorry PD, Hartmann JA, Spooner R, Nelson B. Beyond the “at risk mental state” concept: transitioning to transdiagnostic psychiatry. *World Psychiatry*. 2018;17(2):133-42.
- (55) Headspace National Youth Mental Health Foundation [Internet]. [Consultado el 1 de abril de 2019]. Disponible en: <https://headspace.org.au/>
- (56) DeVlyder JE. Prevention of schizophrenia and severe mental illness. *American Academy of Social Work and Social Welfare*; 2015. Disponible en: <https://aaswsw.org/wp-content/uploads/2015/03/Prevention-of-Schizophrenia-and-Severe-Mental-Illness-3.24.15.pdf>
- (57) Liu C-C, Demjaha A. Antipsychotic interventions in prodromal psychosis: safety issues. *CNS Drugs*. 2013;27(3):197-205.
- (58) Weller A, Gleeson J, Álvarez-Jiménez M, McGorry P, Nelson B, Allott K, et al. Can antipsychotic dose reduction lead to better functional recovery in first-episode psychosis? A randomized controlled-trial of antipsychotic dose reduction. The reduce trial: Study protocol. *Early Interv Psychiatry*. 2018; 1-12.
- (59) Fusar-Poli P, Valmaggia L, McGuire, P. Can antidepressants prevent psychosis? *The Lancet*. 2007;370(9601):1746-8.
- (60) Cornblatt BA, Lencz T, Smith CW, Olsen R, Auther AM, Nakayama E, et al. Can antidepressants be used to treat the schizophrenia prodrome? Results of a prospective, naturalistic treatment study of adolescents. *J Clin Psychiatry*. 2007;68(4):546-57.
- (61) Schmidt SJ, Schultze-Lutter F, Schimmelmann BG, Maric NP, Salokangas RKR, Riecher-Rössler A, et al. EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses. *Eur Psychiatry*. 2015;30(3):388-404.
- (62) Moncrieff J, Steingard S. A critical analysis of recent data on the long-term outcome of antipsychotic treatment. *Psychol Med*. 2019; 49(5): 750-3.
- (63) Wunderink L, Nieboer RM, Wiersma D, Sytema S, Nienhuis FJ. Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy: long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2013; 70: 913–20.
- (64) Gupta S, Steingard S, García Aracena EF, Fathy H. Deprescribing antipsychotic medications in psychotic disorders: how and why? *Curr Psychiatry Rev*. 2018;14(1):26-32.
- (65) Ibáñez-Rojo V. Alternativas y modelos asistenciales desmedicalizadores. En: Ortiz Lobo A, editor. *Hacia una psiquiatría crítica. Excesos y alternativas en salud mental*. Madrid: Editorial Grupo 5, 2013.
- (66) Rubio JM, Kane JM. Psychosis breakthrough on antipsychotic maintenance medication (BAMM): what can we learn? *NPJ Schizophrenia*. 2017; 3(1): 36.
- (67) Fraguas D, Díaz-Caneja CM, Rodríguez-Quiroga A, Arango C. Oxidative stress and inflammation in early onset first episode psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2017;20(6):435-44.
- (68) Firth J, Rosenbaum S, Ward PB, Curtis J, Teasdale SB, Yung AR, et al. Adjunctive nutrients in first-episode psychosis: A systematic review of efficacy, tolerability and neurobiological mechanisms. *Early Interv Psychiatry*. 2018;12:774–83.

- (69) Teasdale SB, Ward PB, Samaras K, Firth J, Stubbs B, Tripodi E, et al. Dietary intake of people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2019;214(5):251-9.
- (70) Ceskova E, Silhan P. Novel treatment options in depression and psychosis. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2018; 14: 741–7.
- (71) Davies C, Cipriani A, Ioannidis J, Radua J, Stahl D, Provenzani U, et al. Lack of evidence to favor specific preventive interventions in psychosis: a network meta-analysis. *World Psychiatry*. 2018; 17(2): 196-209.
- (72) Müller H, Laier S, Bechdolf A. Evidence-based psychotherapy for the prevention and treatment of first-episode psychosis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2014;264 Suppl 1:S17-25.
- (73) Hutton P, Taylor PJ. Cognitive behavioural therapy for psychosis prevention: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2014; 44: 449–68.
- (74) Mechelli A, Prata D, Kefford C, Kapur S. Predicting clinical response in people at ultra-high risk of psychosis: a systematic and quantitative review. *Drug Discov Today*. 2015;20(8):924-7.
- (75) Appelbaum PS. Ethical challenges in the primary prevention of schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2015;41(4):773-5.
- (76) Yang LH, Woodberry KA, Link BG, Corcoran CM, Bryant C, Shapiro DI, et al. Impact of “psychosis risk” identification: examining predictors of how youth view themselves. *Schizophr Res* 2019; pii: S0920-9964(19)30040-4. [ePub ahead of print].
- (77) Hutton P. Should people with psychosis be supported in choosing cognitive therapy as an alternative to antipsychotic medication: a commentary on a commentary. *Schizophr Res*. 2018;199:445-6.
- (78) Padilla Bernáldez J. Prevención: ¿aún podemos ser amigos? *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2019;39(135): 159-175.
- (79) Ajnakina O, David AS, Murray RM. ‘At risk mental state’ clinics for psychosis – an idea whose time has come –and gone!. *Psychol Med*. 2018; 49(4):1-6.
- (80) Organización Mundial de la Salud. Es posible prevenir los trastornos mentales y promover la salud mental [Internet]. WHO. [Consultado el 7 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/news/new/nw1/es/>
- (81) Tyrer P. Critical psychiatry is becoming Luddite: Commentary on... critical psychiatry. *BJPsych Advances*. 2019;25:55-6.
- (82) Organización de las Naciones Unidas (ONU). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. 2006. [Consultado 30-03-2019]. Disponible en: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- (83) Seikkula J, Olson ME. The open dialogue approach to acute psychosis: its poetics and micropolitics. *Fam Process*. 2003;42(3):403-18.
- (84) Johnstone L, Boyle M. The power threat meaning framework: overview. Leicester: British Psychological Society, 2018.
- (85) Munárriz M. Respuesta de la AEN-PSM al posicionamiento por la implementación de programas de ITP. AEN, 2017. Disponible en: <http://aen.es/blog/2017/12/16/mientras-tanto-en-la-ciencia-sobre-la-intervencion-temprana-en-las-psicosis/>