

Guía para la identificación y manejo de personas con alto riesgo de psicosis en el primer nivel de atención



Gobierno de
México

Salud
Secretaría de Salud

Ciencia y Tecnología
Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ



*Guía para la identificación y
manejo de personas con alto
riesgo de psicosis en el primer
nivel de atención*



ISBN: 978-607-98474-6-3

Edición: Tecelli Domínguez Martínez

Cuidado editorial, composición tipográfica y diseño: Luis Santiago Reza Calvillo

Ilustración de portada: Daniel Castro Zimbrón

México, 2025

Agradecimientos

La elaboración de esta guía fue posible gracias al financiamiento de los Programas Nacionales Estratégicos (PRONACES) de la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI), anteriormente denominado Consejo Nacional de Humanidades Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT), otorgado al proyecto de investigación “Prevención y alfabetización comunitaria en salud mental para mejorar la detección temprana de trastornos mentales graves, disminuir el estigma y promover la búsqueda de atención profesional oportuna”, clave 3205 (Investigadora responsable: Dra. Tecelli Domínguez).

*Guía para la identificación y
manejo de personas con alto
riesgo de psicosis en el primer
nivel de atención*

Índice

9	Introducción
15	Psicosis
17	Principales síntomas psicóticos
19	Etiología de la psicosis
20	Factores de riesgo
21	Factores protectores
22	Fases tempranas de la psicosis
22	Fase premórbida
22	Fase prodrómica, pre-psicótica o de alto riesgo clínico
25	Primer episodio de psicosis o fase aguda
26	Fase crónica o residual
26	Diferencias entre los síntomas de alto riesgo clínico (atenuados) y los síntomas psicóticos francos
30	Recomendaciones para la identificación y manejo de personas con alto riesgo clínico de psicosis en el primer nivel de atención
33	Instrumentos para la evaluación de los síntomas de alto riesgo clínico de psicosis
36	Principales síntomas psicóticos
37	Identificación de comorbilidades
37	Comorbilidad de síntomas de alto riesgo clínico de psicosis con otros trastornos mentales
40	Comorbilidades de síntomas de alto riesgo de psicosis con condiciones médicas no-psiquiátricas
41	Prevención e intervención temprana de personas con alto riesgo de psicosis en el primer nivel de atención
41	Prevención primaria, secundaria y terciaria
43	Intervenciones farmacológicas en población con alto riesgo de psicosis
47	Uso racional de antipsicóticos en el primer episodio de psicosis
51	Intervenciones psicosociales
53	Intervenciones psicosociales para la fase de alto riesgo clínico de psicosis

55	Recomendaciones generales para la atención de personas con riesgo de psicosis y sus familiares
56	Modelo de estadificación clínica para las fases tempranas de la psicosis
19	Consideraciones del contexto cultural y grupos especiales de la población
57	Mujeres embarazadas
58	Población infantojuvenil
58	Población LGBTQ+
58	Consideraciones generales del contexto sociocultural
61	Recursos gratuitos y de acceso libre con información educativa sobre la identificación y atención de la psicosis
62	Referencias

Introducción

La prevención y la intervención temprana para mejorar el pronóstico de diferentes condiciones de salud potencialmente graves ha sido una práctica común en la medicina actual (1).

En el campo de la salud mental ha prevalecido por muchos años una visión pesimista que concibe a los trastornos mentales graves como crónicos, con un deterioro inevitable, con pocas esperanzas de recuperación y con un enfoque de tratamientos principalmente paliativo (2). En las últimas décadas se ha fraguado un optimismo creciente sobre la posibilidad de mejorar el pronóstico de los trastornos mentales y reducir su impacto negativo a largo plazo (3). Este gran paso hacia una psiquiatría preventiva parte del modelo de estadificación clínica, que hace hincapié en la diferenciación, afinidad diagnóstica y tratamiento de las fases tempranas de los trastornos mentales, distinguiendo los fenómenos clínicos tempranos de aquellos que caracterizan la progresión y la cronicidad. De este modo, es posible proporcionar tratamientos adecuados para cada fase, que sean acordes a la necesidad clínica y al riesgo de progresión de la enfermedad, más eficaces y menos dañinos que los proporcionados en las fases tardías (4,5).

Dentro de los trastornos mentales, los trastornos psicóticos se consideran los más graves. Representan una importante carga global debido a los niveles de disfunción psicosocial, morbilidad física y a los grandes costos que generan a nivel personal, familiar, social y sanitario (6,7). A partir del modelo de estadificación clínica, surgió recientemente un nuevo paradigma enfocado en la detección precoz de individuos con riesgo de desarrollar psicosis antes del inicio de los primeros síntomas psicóticos francos, para implementar intervenciones tempranas en un momento relativamente “libre” de las consecuencias de la cronicidad, los efectos de la medicación, la hospitalización y la marginación social (8). Este nuevo enfoque se ha extendido a nivel mundial y ha mostrado ser más rentable que otras modalidades de atención (9). Actualmente, existen cada vez más programas clínicos y de investigación centrados en el potencial pronóstico de la detección e intervención en las fases tempranas de la psicosis que han generado una serie de innovaciones y avances,

tanto en la evaluación y el diagnóstico, como en los abordajes terapéuticos, en la reorganización de los recursos asistenciales y de las políticas sanitarias de muchos países (10,11).

En México existe todavía un importante rezago en este ámbito (12) y la brecha de tratamiento para los trastornos mentales graves es de 80% (13). La mayoría de las personas con trastornos psicóticos son atendidas en hospitales psiquiátricos concentrados en la capital o en las grandes ciudades, lo que dificulta el acceso de la población rural e indígena, aumenta los costos del tratamiento y amplía la brecha de atención (14). Además, existe una carencia importante de programas preventivos a nivel comunitario y servicios de atención temprana para la psicosis; esta carencia dificulta la detección precoz y el tratamiento oportuno (9,13). Aunado a esto, el estigma, la falta de información adecuada y el escaso conocimiento acerca de los trastornos psicóticos, tanto de la población general, como de los profesionales de la salud, son importantes barreras para la búsqueda de atención profesional, la identificación y atención tempranas de las personas con riesgo de psicosis (14).

Tomando en cuenta lo anterior y con base en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y la reciente modificación a la Ley General de Salud en materia de Salud Mental y Adicciones (15), es importante promover un modelo de atención que priorice la prevención, la detección e intervención tempranas de los trastornos mentales en los servicios de atención primaria (16) y, con ello, contribuir a disminuir el tiempo que transcurre desde que inician los primeros síntomas hasta que se recibe el primer tratamiento (17,18).

A pesar de que los trastornos mentales son muy prevalentes a nivel comunitario y que los profesionales de salud del primer nivel de atención suelen ser el primer contacto de la mayoría de las personas que buscan atención por una enfermedad mental, los índices de detección por parte de los médicos generales son muy bajos (7). Se estima que entre el 10% y 20% de los adolescentes en el mundo tienen algún trastorno mental grave pero no se diagnostican ni se tratan adecuadamente y pueden demorar, en promedio, entre 1 y 5 años en recibir tratamiento (19). Considerando que la mayoría de los trastornos mentales suelen iniciar en la adolescencia o en la etapa de transición a la edad adulta, los esfuerzos de prevención deben enfocarse especialmente en esta población que es altamente vulnerable a desarrollar problemas de salud mental, que atraviesa por múltiples cambios (físicos, emocionales, sociales) y comportamientos de riesgo (uso de drogas, conducta suicida) (7).

Esta guía fue creada por un equipo multidisciplinario de psiquiatras, psicólogas clínicas e investigadoras especialistas en psicosis, en respuesta a la necesidad de mejorar el reconocimiento e identificación temprana de las personas con alto riesgo de psicosis que buscan ayuda profesional en los servicios de salud del primer nivel de atención. Está dirigida a los profesionales de salud que son agentes claves en la prevención, con la finalidad de brindarles información basada en la evidencia científica, en las recomendaciones de las principales guías clínicas internacionales y en la eficacia de los programas especializados en psicosis temprana de diferentes países del mundo.

El contenido de esta guía tiene únicamente fines educativos e informativos. Cualquier decisión de diagnóstico y/o tratamiento con respecto a cualquier paciente debe basarse en los propios conocimientos, experiencia profesional, criterio clínico y práctica asistencial, considerando el contexto específico y las circunstancias clínicas de cada paciente.

Para obtener más información sobre la identificación y atención de la psicosis, recomendamos consultar la página web: www.infopsicosis.org y acceder al programa psicoeducativo en línea La CLaVe (curso gratuito y de acceso libre, dirigido al público general): <https://cursos.infopsicosis.org>

Tecelli Domínguez

AUTORES Y COLABORADORES

Dra. Tecelli Domínguez

Investigadora en Ciencias Médicas
Responsable del proyecto CONHACYT-PRONACES-3205
Centro de Investigación en Salud Mental Global
Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Dr. Mauricio Rosel-Vales

Médico psiquiatra
Coordinador de la Clínica de Esquizofrenia
Dirección de Servicios Clínicos
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Dr. César Augusto Celada-Borja

Médico psiquiatra
Clínica de Esquizofrenia
Dirección de Servicios Clínicos
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Psic. Tania Vélez

Psicóloga clínica
Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica
Dirección de Servicios Clínicos
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Dra. Yvonne Flores Medina

Psicóloga clínica
Subdirección de Investigaciones Clínicas
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Dra. Lourdes Nieto

Investigadora en Ciencias Médicas
Centro de Investigación en Salud Mental Global
Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Dr. Ricardo Saracco-Álvarez

Médico psiquiatra

Director de Investigaciones en Neurociencias

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Dra. Ana Fresán

Investigadora en Ciencias Médicas

Jefa del Laboratorio de Epidemiología Clínica

Subdirección de Investigaciones Clínicas

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Dra. Rebeca Robles

Investigadora en Ciencias Médicas

Centro de Investigación en Salud Mental Global

Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Dra. Tamara Sheinbaum

Investigadora asociada del proyecto CONAHCYT-PRONACES-3205

Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

REVISORES EXPERTOS**Dr. Steven R. López**

Profesor e investigador

Facultad de Psicología y Trabajo Social

University of Southern California (Estados Unidos)

Dra. María del Carmen Lara Muñoz

Psiquiatra y profesora

Facultad de Medicina

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Psicosis

La psicosis es un estado mental transitorio o permanente que se caracteriza por una desconexión o pérdida de contacto con la realidad.

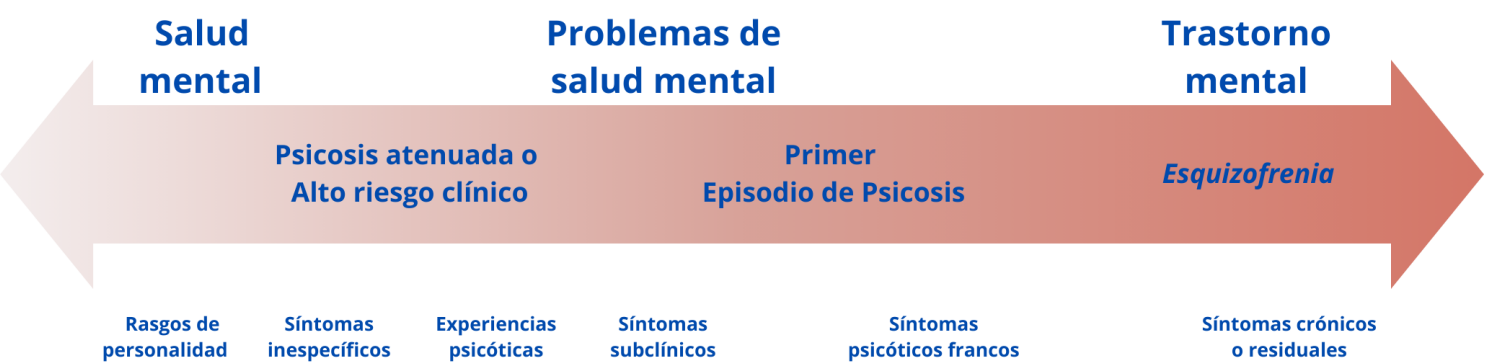
Las personas que experimentan **psicosis** presentan diferentes **síntomas** que distorsionan la percepción de la realidad (**alucinaciones**) y provocan alteraciones en el pensamiento (**delirios**), la comunicación (**lenguaje desorganizado o incoherente**), las emociones y el comportamiento (**conductas inapropiadas**).

Los síntomas psicóticos suelen aparecer de forma gradual y progresiva en la adolescencia o al comienzo de la edad adulta, un período crítico en el que se afecta el desarrollo personal, educativo, laboral y social (20,21).

Cuando los síntomas persisten, provocan un intenso **malestar y deterioro significativo** en las áreas **personal, familiar, social, educativa, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento psicosocial** (por ejemplo, aislamiento social, problemas en el rendimiento académico y/o laboral) (22). No obstante, el pronóstico y la calidad de vida pueden mejorar si se identifican tempranamente los síntomas.

Los diagnósticos clínicos se suelen establecer a partir de un enfoque categórico basado en la presencia o ausencia de una enfermedad o trastorno. Sin embargo, el fenotipo de la psicosis se entiende mejor a partir de una visión dimensional porque se expresa a lo largo de un **continuum** dinámico (**Figura 1**) que abarca un amplio espectro de manifestaciones no clínicas (experiencias psicóticas), subclínicas (estados mentales de alto riesgo) y clínicas (trastornos psicóticos), con diversos grados de disfunción (23).

Figura 1. Continuum de la psicosis (24)



La evidencia reciente de los estudios epidemiológicos indica que las experiencias psicóticas son frecuentes en la población general y son un marcador de riesgo para el desarrollo de trastornos mentales graves a lo largo de la vida (25,26).

Experiencias psicóticas

Son transitorias en el 80%. Aumentan 4 veces el riesgo de desarrollar un trastorno psicótico y 3 veces el riesgo de padecer cualquier trastorno mental a lo largo de la vida (27).

Prevalencia de experiencias psicóticas en la población general:

5-7% en adultos
17% en niños
7-8% en adolescentes (28)

La adolescencia es una etapa clave para la detección e intervención tempranas, por ser un período vulnerable del desarrollo en el que se presentan mayores tasas de incidencia (4.5 de cada 100 adolescentes cada año) y persistencia (35.8%) de las experiencias psicóticas que se asocian con mal pronóstico (25).

Las manifestaciones subclínicas de la psicosis se caracterizan por la presencia de síntomas leves, sutiles y poco frecuentes o intensos que indican que existe un alto riesgo de desarrollar un episodio franco de psicosis.

Prevalencia de alto riesgo clínico de psicosis (29):

1.7% en la población general
1-8% en centros educativos
19.2% en muestras clínicas

17.3% prevalencia de síntomas de alto riesgo clínico en una muestra de población general mexicana (30).

La identificación de los individuos con alto riesgo de psicosis que acuden a los servicios del primer nivel de atención es crucial para intervenir tempranamente, mejorar el pronóstico y retrasar la transición a la psicosis u otros trastornos mentales graves.

Principales síntomas psicóticos

Los principales síntomas psicóticos, conocidos como síntomas positivos son: ideas delirantes, alucinaciones y desorganización del pensamiento, el lenguaje y el comportamiento.

Para facilitar el reconocimiento de los principales síntomas de psicosis se puede utilizar como guía la nemotecnia CLAVE (31):

La CLAVE

Creencias falsas o ideas delirantes

Lenguaje desorganizado

Alucinaciones

ver cosas que no existen (tipo común de alucinación)

escuchar cosas que no existen (tipo común de alucinación)

Creencias falsas, ideas delirantes o delirios se refieren a un trastorno del pensamiento, creencias o interpretaciones que no corresponden con la realidad, que son firmemente sostenidas por el sujeto, a pesar de que haya evidencia de lo contrario (no confundir con *delirium*). La persona que tiene un delirio mantiene una convicción subjetiva extraordinaria e irreductible a la lógica, basada en inferencias incorrectas de la realidad externa y está absolutamente convencida de que su interpretación es real, a pesar de ser algo incompatible con la lógica o con su forma habitual de pensar. Hay muchos tipos de delirios y el contenido varía de una persona a otra (entre los ejemplos están el delirio de persecución, delirio de grandeza, delirio autorreferencial, delirio místico-religioso y delirio somático) (32).

Es importante tener en cuenta que las creencias varían de una cultura a otra. Muchas prácticas religiosas o culturales en diferentes países del mundo incluyen experiencias similares a los delirios que no deben ser consideradas patológicas, porque a pesar de ser extrañas o inusuales en algunas culturas, son comunes en otras (22).

El lenguaje desorganizado es el reflejo de la desorganización del pensamiento que dificulta la comunicación con los demás porque lo que se dice es incoherente, sin sentido o tangencial. Se caracteriza por alteraciones en la forma en la que fluyen o se estructuran las ideas, y por dificultades para concentrarse o seguir una conversación (33).

Las alucinaciones son fenómenos de la sensopercepción que afectan cualquiera de los cinco sentidos en ausencia de un estímulo externo real. Las más comunes son las visuales y auditivas (ver y/o escuchar cosas que no existen). Es importante considerar que algunas alucinaciones pueden considerarse una experiencia religiosa o espiritual normal en determinados contextos culturales (22).

En los diferentes trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos también pueden presentarse otros tipos de síntomas como los síntomas negativos que se caracterizan por una disminución en la intensidad, la capacidad de sentir y expresar las emociones (aplanamiento afectivo, alogia o pobreza del habla, abulia, asociabilidad y anhedonia), los síntomas cognitivos (problemas en la concentración, atención y memoria), los síntomas afectivos (cambios en el estado de ánimo que incluyen depresión o manía), los síntomas psicomotores (agitación o enlentecimiento de los movimientos y el habla) y comportamiento desorganizado (agitación, inactividad, hipervigilancia, soliloquios) (34).

Etiología de la psicosis

La psicosis puede ser primaria cuando su origen es una condición psiquiátrica (como los trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos) o secundaria cuando su origen se asocia con otras condiciones médicas no psiquiátricas o al consumo de sustancias (por ejemplo, debido a un tumor cerebral o a una enfermedad neurodegenerativa como la demencia, infecciones, uso de alucinógenos o abstinencia de etanol) (22). Es importante que los profesionales de la salud tengan en cuenta esta distinción para que el diagnóstico y el tratamiento se correspondan con la etiología.

El modelo de vulnerabilidad al estrés (35) es el marco etiológico más aceptado en la actualidad. Postula que los trastornos psicóticos son el resultado de la interacción entre múltiples factores biológicos (vulnerabilidad genética, daño cerebral) y ambientales (por ejemplo, complicaciones obstétricas, experiencias de trauma en la infancia, eventos estresantes, pobreza, marginación social, consumo de drogas, etc.) que provocan diferentes procesos fisiopatológicos que impiden un desarrollo normal del cerebro y generan una amplia gama de trayectorias de riesgo, endofenotipos y expresiones fenotípicas (36).

Se ha demostrado que el estrés está involucrado en la etiología de los trastornos psicóticos y que diversos factores psicosociales y eventos vitales estresantes, tanto a nivel macro (por ejemplo, las condiciones sociales adversas relacionadas con la migración o con la pertenencia a una minoría étnica) como micro (por ejemplo, violencia, trauma, *bullying*, discriminación), interactúan con el riesgo genético y pueden influir a lo largo de estadios posteriores de la vida desencadenando en el individuo la aparición de un trastorno psicótico. La exposición prolongada a la adversidad en un período crítico del desarrollo como la infancia y la adolescencia da como resultado una alteración de los mecanismos de regulación del estrés del cerebro. En la medida en la que existe una mayor exposición a sucesos estresantes, pueden observarse mayores niveles de sintomatología y tasas de recaída. La intensidad del estrés ambiental necesario para desencadenar un trastorno psicótico difiere de una persona a otra, del mismo modo que el grado de vulnerabilidad (37,38).

Factores de riesgo

Los factores de riesgo son características, condiciones o comportamientos que aumentan la probabilidad de desarrollar una enfermedad o trastorno mental. En los últimos años, la investigación ha avanzado en la identificación de biomarcadores o factores biológicos, y factores ambientales que pueden ayudar en la detección temprana de personas con riesgo de desarrollar psicosis y en la planeación de un tratamiento personalizado para mejorar el pronóstico.

Tabla 1. Factores de riesgo para el desarrollo de psicosis (28,39-51)

Biomarcadores o factores biológicos		Factores ambientales	
Neurobiológicos y bioquímicos	Genéticos e inmunológicos	Prenatales / perinatales	A lo largo de la vida
• Cambios en la conectividad cerebral. • Alteraciones en la dopamina evaluados con tomografía por emisión de positrones (PET). • Alteraciones en niveles de neurotransmisores (dopamina, glutamato).	• Variantes en genes relacionados con la dopamina y serotonina (polimorfismos de nucleótido único [SNPs]). • Genes candidatos (DTNBP1, NRG1, DAOA, RGS4, COMT, DISC1, DISC2, BDNF). • Identificación de loci asociados con riesgo de psicosis (estudios de asociación genómica completa – GWAS). • Marcadores de inflamación - niveles de citoquinas. • Historia familiar de trastornos psicóticos. • Trastorno esquizotípico de la personalidad.	• Edad paterna avanzada. • Infecciones maternas durante el embarazo. • Estrés emocional materno durante el embarazo. • Deficiencias nutricionales durante el embarazo. • Complicaciones maternas del embarazo, complicaciones obstétricas/trauma perinatal (hipoxia fetal o perinatal). • Nacimiento en invierno/primavera en países del hemisferio norte.	• Ser migrante o pertenecer a una minoría étnica. • Vivir en lugares con alta densidad poblacional. • Pobreza o condiciones de desventaja social. • Consumo intenso de Cannabis. • Traumatismo craneoencefálico. • Experiencias traumáticas en la infancia y adolescencia (abuso y/o negligencia). • Eventos vitales estresantes. • Mala calidad del ambiente de crianza en edades tempranas. • Bajo nivel escolar.

Factores protectores

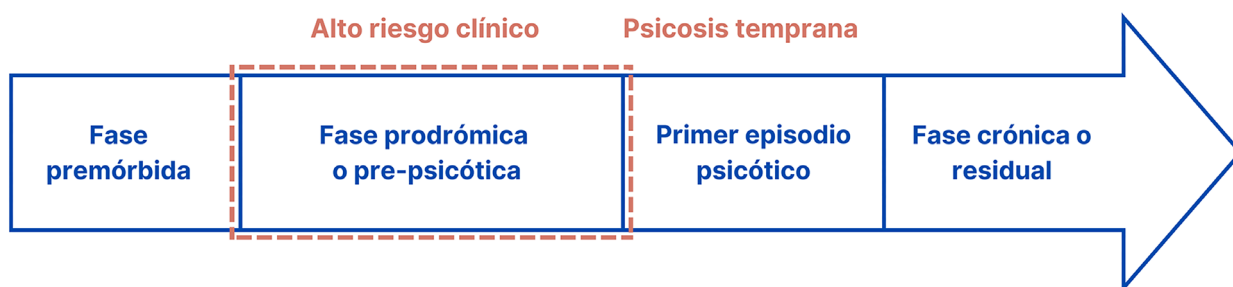
Se definen como cualquier característica o condición que **disminuye la probabilidad de desarrollar una enfermedad o trastorno**, incluso cuando existen factores de riesgo. Los factores protectores fortalecen la capacidad de las personas para enfrentar o mitigar situaciones adversas, promueven la resiliencia, favorecen el desarrollo y el bienestar del individuo (52).

Principales factores protectores (53)

- **Apoyo social sólido:** Tener una red de apoyo familiar, de amigos o comunitaria reduce el riesgo de psicosis.
- **Alta resiliencia:** La capacidad de adaptación ante el estrés disminuye la probabilidad de progresión a un trastorno psicótico.
- **Estrategias de afrontamiento efectivas:** Manejo adecuado del estrés.

Fases tempranas de la psicosis

Figura 2. Fases tempranas de la psicosis



Fase premórbida

Es la fase previa al inicio de los primeros síntomas y se caracteriza por el declive en el funcionamiento social. La identificación de las personas con alto riesgo de desarrollar psicosis que están en la fase premórbida se limita a los estudios de investigación que dan seguimiento a los familiares de primer grado de pacientes con algún trastorno psicótico cuando están asintomáticos, para detectar el inicio del trastorno en algún momento de la vida. La intervención en estos individuos no es necesaria y no se considera ética porque el grado de riesgo es bajo y no hay certeza de que vayan a desarrollar el trastorno. Sin embargo, se pueden realizar intervenciones preventivas dirigidas a mejorar la alfabetización en salud mental y psicoeducación familiar (54).

Fase prodrómica, pre-psicótica o de alto riesgo clínico

Antes del inicio de los síntomas psicóticos o del primer episodio de psicosis, hay un período que puede durar desde meses hasta años, caracterizado por una disminución evidente del funcionamiento psicosocial y la presencia de los primeros síntomas inespecíficos, subumbrales o atenuados que se conoce como fase prodrómica (55). El concepto de pródromo es "retrospectivo" y se utiliza únicamente cuando han aparecido los síntomas psicóticos que indican el inicio de un trastorno psicótico (56). La **fase prodrómica** puede dividirse en el **pródromo temprano** cuando los síntomas son más distantes al inicio del primer episodio psicótico y en el **pródromo tardío**, cuando los síntomas están más próximos al debut del primer episodio psicótico (57).

Los términos de **alto riesgo clínico** o **estado mental de alto riesgo** se utilizan para referirse a los individuos que tienen una alta propensión a desarrollar psicosis porque presentan un deterioro en el funcionamiento psicosocial y síntomas psicóticos atenuados o subclí-

nicos/subumbrales que no son lo suficientemente graves o frecuentes para considerarse psicóticos. Sin embargo, la evolución clínica es incierta y no necesariamente implica la inevitable progresión a un trastorno psicótico. Los individuos con alto riesgo clínico suelen presentar alteraciones del estado mental incluyendo síntomas inespecíficos como humor depresivo, ansiedad, retraimiento social, síntomas negativos y positivos atenuados (21-58).

Para identificar el riesgo clínico se han establecido tres principales agrupaciones con los siguientes criterios específicos:

Tabla 3. Agrupación de estados mentales de alto riesgo o riesgo clínico de psicosis (21,59)

Grupo	Definición
Vulnerabilidad	Personas sin síntomas psicóticos evidentes que tienen un riesgo elevado debido a antecedentes familiares en primer grado con trastornos psicóticos o por tener trastorno esquizotípico de la personalidad (por ejemplo, desconfianza excesiva o pensamiento mágico). Además, se considera vulnerable a quien, en los últimos 12 meses , ha experimentado un deterioro significativo del funcionamiento psicosocial (con relación al funcionamiento premórbido), si tal deterioro se ha mantenido durante al menos un mes .
Psicosis atenuada (Attenuated Psychotic Symptoms [APS])	Se caracteriza por un síndrome psicótico subumbral, es decir, la presencia de síntomas positivos atenuados (subclínicos) que no alcanzan el umbral de psicosis porque no son lo suficientemente graves, intensos y/o frecuentes. La persona suele reconocer el carácter inusual de los síntomas y mantiene cierto grado de conciencia de la realidad. Por ejemplo, puede experimentar anomalías perceptivas , pero es consciente de que no son reales; o puede tener creencias extrañas sin una verdadera convicción delirante. Además, presenta un deterioro significativo del funcionamiento psicosocial (con relación al funcionamiento premórbido), en los últimos 12 meses , y que se ha mantenido durante al menos un mes .
Síntomas psicóticos breves limitados intermitentes (Brief Limited Intermittent Psychotic Symptoms [BLIPS])	Se define a partir de la presencia reciente de síntomas psicóticos breves que se resuelven espontáneamente (sin medicación antipsicótica) en menos de una semana . Los síntomas psicóticos son más graves que los atenuados, pero su corta duración impide que se diagnostique como un episodio psicótico y generalmente se identifican de forma retrospectiva. Quien presenta estos síntomas, también muestra un deterioro significativo del funcionamiento psicosocial (con relación al funcionamiento premórbido) en los últimos 12 meses , y que se ha mantenido durante al menos un mes .

Figura 3. Criterios para el alto riesgo clínico de psicosis (60)



Cuando los síntomas de alto riesgo de psicosis se intensifican, se vuelven más persistentes y afectan significativamente el funcionamiento cotidiano y la conciencia de realidad, se considera que hay una transición a la psicosis (61,62). Sin embargo, es importante destacar que **no todas las personas con alto riesgo clínico desarrollan un trastorno psicótico**. En algunas personas los síntomas se pueden estabilizar o remitir, sobre todo si se identifican y tratan oportunamente (63). Otras personas pueden desarrollar trastornos del estado de ánimo, de ansiedad u otros trastornos psiquiátricos (64). Para proporcionar un diagnóstico preciso y un tratamiento adecuado se debe evaluar individualmente cada caso (65).

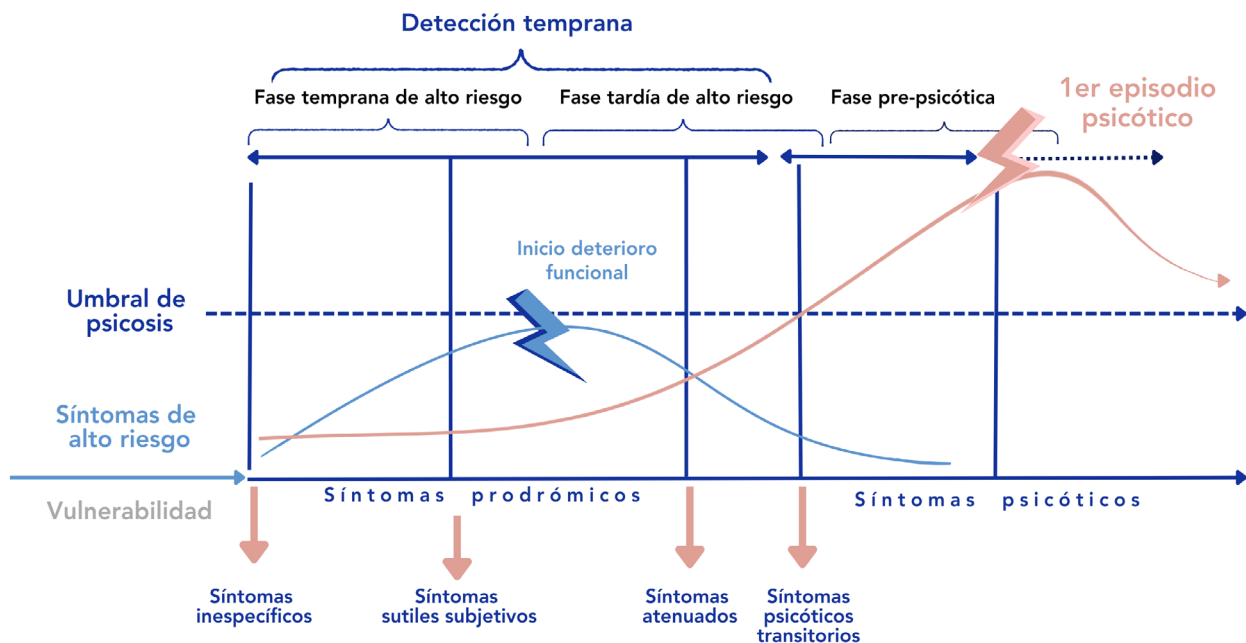
De acuerdo con los resultados de un metaanálisis reciente con 130 estudios longitudinales, que incluyen una muestra representativa a nivel mundial de 9,222 individuos con alto riesgo clínico de psicosis provenientes de 74 cohortes, el riesgo de desarrollar psicosis continúa aumentando después de 2 años (de la primera evaluación), alcanzando un 25% después de 3 años y 35% a los 10 años. La mayoría de los individuos con alto riesgo de psicosis que no transitan a la psicosis continúan presentando síntomas persistentes, comorbilidades y una gran necesidad de atención en salud mental (66).

Primer episodio de psicosis o fase aguda

Se considera un primer episodio de psicosis cuando aparecen **por primera vez** los síntomas que cumplen todos los criterios clínicos de psicosis. Suele aparecer en la adolescencia o durante los primeros años de la edad adulta y **requiere atención psiquiátrica inmediata**. En muchas ocasiones la persona requiere de una hospitalización psiquiátrica y de tratamiento farmacológico para estabilizar los síntomas. La duración de un primer episodio de psicosis es variable y la recuperación puede tardar semanas o varios meses, dependiendo de la gravedad con la que se presente (67,68).

Las personas con trastornos psicóticos pueden presentar varios episodios a lo largo de la vida que se consideran recaídas.

Figura 4. Evolución de las fases tempranas de la psicosis (57)



Fase crónica o residual

En esta fase los síntomas se vuelven graves y persistentes. La persona pierde la capacidad de cuestionar la veracidad de sus percepciones y acepta las distorsiones como reales (69,70). Los síntomas provocan un importante malestar y afectan significativamente el comportamiento, el funcionamiento cotidiano y el bienestar general (62).

Los trastornos dentro del espectro psicótico tienen cursos clínicos heterogéneos que incluyen: un episodio único, múltiples episodios, remisión parcial, remisión total o continuo (crónico) (22).

Diferencias entre los síntomas de alto riesgo clínico (atenuados) y los síntomas psicóticos francos

Figura 5. Síntomas de alto riesgo vs. psicosis



SI EL PACIENTE PRESENTA SÍNTOMAS PSICÓTICOS FRANCOS ES NECESARIO DERIVARLO A UN SERVICIO DE SALUD MENTAL PARA QUE RECIBA UN TRATAMIENTO ESPECIALIZADO.

Tabla 4. Ejemplos de las diferencias entre los síntomas de alto riesgo clínico de psicosis y los síntomas psicóticos presentes en los trastornos psicóticos (21,61,62,64,69)

Síntoma	Alto riesgo clínico de psicosis	Psicosis
Creencias falsas o ideas delirantes	Ideas extrañas e inusuales, vagas y transitorias, pensamiento mágico. Ejemplos: • Estar preocupado porque alguien puede leer o controlar su pensamiento. • Pensar que las cosas que suceden a su alrededor tienen un significado especial o que alguien intenta comunicarle un mensaje a través de la televisión o redes sociales. • Susplicacia y desconfianza hacia otros. Creer que los demás podrían estar hablando mal de ellos o sentir que la gente los observa y estar en estado de alerta. • Sentirse especial o poseer habilidades que otras personas no tienen.	Delirios persistentes y estructurados. Ejemplos: • Creencia firme de que una fuerza externa está insertando pensamientos en la mente. • Estar convencido de que señales en el entorno (como anuncios de televisión o comentarios de terceros) les están comunicando un mensaje. • Creencia clara de que familiares envenenan su comida o que alguien (ej. vecinos o el gobierno) los espía. • Estar seguro de ser un personaje famoso o una celebridad.
Anomalías perceptivas o alucinaciones	Anomalías perceptivas leves e inusuales, ilusiones intermitentes que generan desconcierto, pero a las que la persona puede dar una explicación plausible, desestimándolas. Ejemplos: • Hipersensibilización o agudización de los sentidos. • Percibir cambios en el color, brillo, tamaño o forma de algunos objetos. • Ver sombras, destellos, escuchar pitidos o murmullos, percibir más intensos los olores. • Tener sensaciones extrañas o inusuales en el cuerpo como hormigueos, ardor y/o vibraciones.	Alucinaciones auditivas, visuales, olfativas y/o táctiles claras, persistentes, intensas. Ejemplos: • Verdaderas alucinaciones que la persona considera reales y que causan malestar. • Escuchar claramente voces o conversaciones que los demás no pueden oír. • Percibir un olor desagradable como algo en estado de putrefacción que no está en el entorno o nadie más percibe. • Sentir que algo toca el cuerpo, sensaciones de descargas eléctricas o sentir que un bicho camina por debajo de la piel.

Síntoma	Alto riesgo clínico de psicosis	Psicosis
Lenguaje desorganizado	Dificultades para darse a entender. Circunstancialidad, tangencialidad o irrelevancia en el discurso, como si el habla y el pensamiento estuvieran levemente desconectados.	El lenguaje puede ser poco fluido, incoherente, incomprendible y afecta el funcionamiento académico/laboral y social. Ejemplo: Hablar de temas inconexos, no responder a las preguntas, cambiar de una idea a otra sin concretar.
Conducta desorganizada	Comportamientos extraños o excéntricos ocasionales. Ejemplo: Descuido de la higiene personal, hablar solo, hacer movimientos corporales extraños, mirada fija en un punto distante, acumulación de objetos.	Comportamiento altamente desorganizado, inusual, inapropiado y con impacto significativo en el funcionamiento. Ejemplo: hipervigilancia, soliloquios, mirada perdida, risas inapropiadas, mala higiene en general.
Funcionamiento cognitivo	Dificultad para concentrarse, problemas de memoria, bloqueo del pensamiento, sensación de que los pensamientos están acelerados, confusos o enlentecidos, dificultad para comprender las conversaciones.	Problemas marcados de atención, concentración y memoria que afectan el funcionamiento diario. Ejemplo: dificultad para seguir instrucciones y tomar decisiones, hacer las mismas preguntas una y otra vez, distracción e incapacidad para mantener la atención, no entender las emociones de los demás.

Síntoma	Alto riesgo clínico de psicosis	Psicosis
Funcionamiento psicosocial	Deterioro funcional leve, descuido de la higiene personal, retraimiento social, dificultad para realizar actividades cotidianas, problemas en el rendimiento académico o laboral.	Deterioro significativo y problemas graves en el funcionamiento social (aislamiento), escolar y laboral.
Síntomas negativos	Alteración emocional o afecto restringido. Ejemplos: Sentir un vacío en las emociones, no poder expresar tristeza o alegría, disminución del interés y placer por las cosas que antes disfrutaba. Apatía, poca energía o estar “sin ganas”.	Anhedonia grave, afecto aplanado, retraimiento emocional severo, abulia. Ejemplos: Dificultad para expresar las emociones (inexpresión facial), apatía, falta de empatía, falta de energía, pérdida de interés y placer por actividades que antes disfrutaba.

Recomendaciones para la identificación y manejo de personas con alto riesgo clínico de psicosis en el primer nivel de atención (véase Figura 6)

1. Historia Clínica:

- **Identificar los antecedentes familiares:** Se debe indagar sobre los antecedentes familiares de trastornos psicóticos para confirmar o descartar una predisposición genética al trastorno (3).
- **Explorar las comorbilidades:** Examinar la presencia de trastornos como depresión, ansiedad, estrés post-traumático o uso de sustancias, que pueden incrementar la vulnerabilidad del individuo y ayudar a definir el tratamiento (71).

2. Deterioro en el funcionamiento académico/laboral y social:

- **Explorar si ha habido una disminución o deterioro reciente en el funcionamiento del individuo,** en los ámbitos académico, social y laboral **durante el último año,** que indiquen una disminución o deterioro en su desempeño, ya que esto podría ser un signo de alarma de riesgo de progresión a la psicosis (72).

3. Identificación de síntomas subumbrales:

- **Explorar la presencia de síntomas atenuados o subclínicos de psicosis** como cambios sutiles o alteraciones en la percepción, estado de ánimo, funcionamiento emocional, cognitivo, conductual y social. Por ejemplo, pensamientos paranoides transitorios o anomalías perceptivas, problemas para expresar las ideas (para más ejemplos, véase **Tabla 4**). Es importante considerar que los síntomas subumbrales indicativos de un alto riesgo clínico de psicosis no cumplen con los criterios completos de psicosis (73).

4. Tamizaje para confirmación de síntomas subumbrales con el Inventario de detección precoz ERIraos o el Cuestionario Breve de Síntomas Prodrómicos de Psicosis (véase Tabla 5):

- Para detectar y confirmar la presencia de síntomas subumbrales se puede administrar el cuestionario de tamizaje checklist ERIraos (74) o el Cuestionario de síntomas prodrómicos breve (PQ-B) (75). Estos cuestionarios son útiles para facilitar la rápida identificación temprana, pero no deben utilizarse para definir un diagnóstico y los resultados deben interpretarse con cautela porque puede haber falsos positivos. En caso necesario se debe realizar una evaluación más profunda con entrevistas semi-estructuradas especializadas por parte de un especialista capacitado para este tipo de evaluaciones.

5. Monitoreo regular:

- Dar seguimiento periódico de la evolución clínica y funcional cada dos o cuatro semanas si se presentan síntomas subumbrales o deterioro funcional (69).

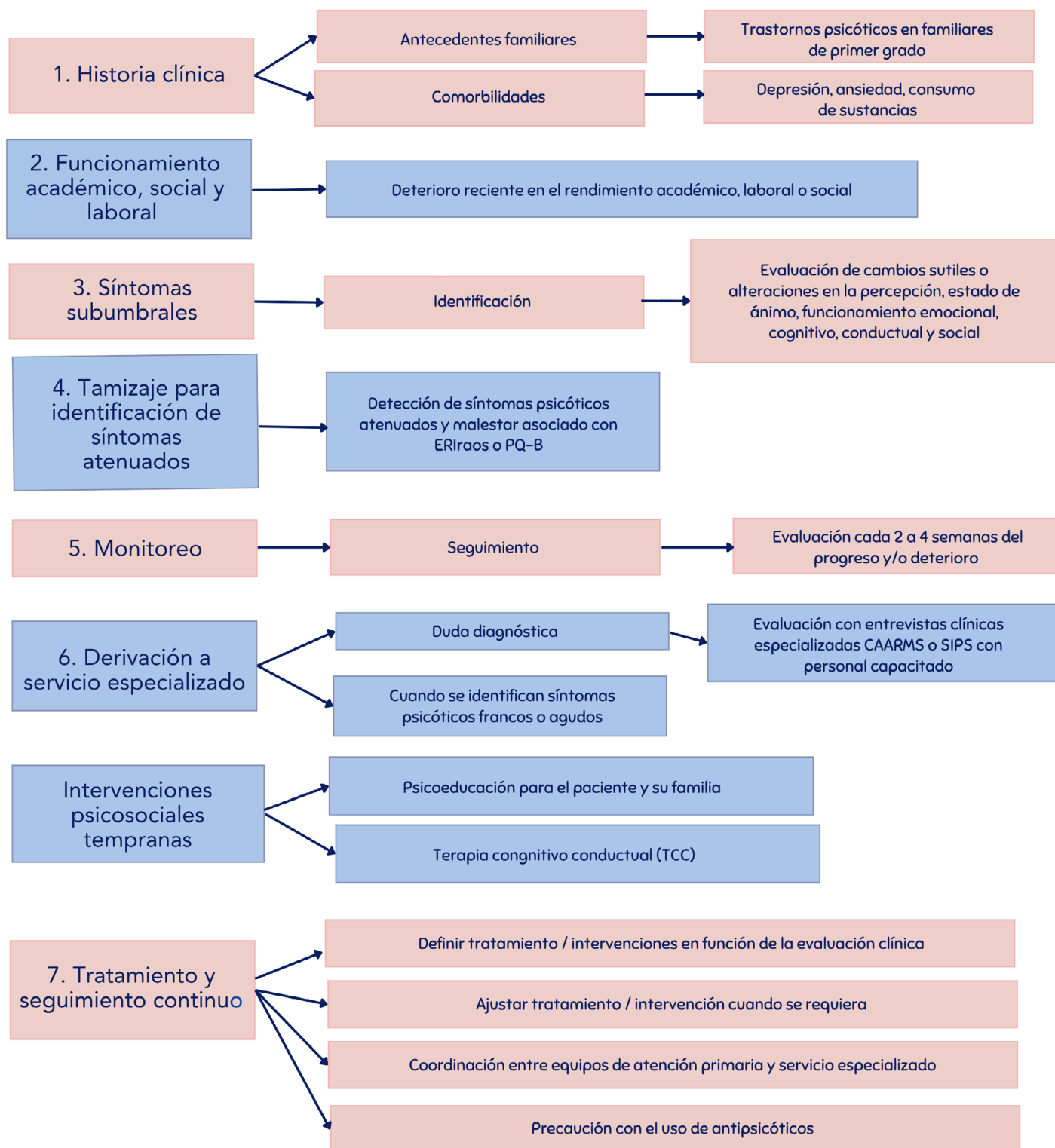
6. Derivación a un servicio especializado:

- Si se identifica un riesgo elevado es importante referir al paciente a un servicio especializado o profesional de la salud mental capacitado para realizar una evaluación más detallada que permita confirmar el riesgo de psicosis a través de entrevistas clínicas especializadas (véase Tabla 6).
- Implementación de intervenciones psicosociales tempranas para prevenir y amornar riesgos: Si se confirma un riesgo clínico de psicosis a través del tamizaje con el ERIraos, el PQ-B o la evaluación clínica, es importante derivar a un servicio que pueda ofrecerle al paciente y a su familia intervenciones psicosociales tempranas como Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y/o psicoeducación (71,76).

7. Tratamiento y seguimiento continuo:

- Una vez confirmado el riesgo de psicosis se debe crear un plan de tratamiento individualizado (farmacológico o no farmacológico) de acuerdo a la presentación clínica y características psicosociales de cada paciente, así como dar seguimiento continuo para ajustar el tratamiento y detectar oportunamente si hay una transición a la psicosis que requiere derivación a un servicio especializado (77).
- Es esencial que haya una coordinación entre los equipos de atención primaria y los servicios especializados para el manejo integral, cuando se requiera una derivación por transición a la psicosis o un tratamiento específico que no pueda brindarse en el primer nivel de atención (69).
- Es importante evitar el uso de los antipsicóticos para las personas con alto riesgo de psicosis debido a sus posibles efectos secundarios. Para mayor información sobre las recomendaciones del uso de tratamientos farmacológicos en personas con alto riesgo de psicosis, véase el apartado sobre Intervenciones farmacológicas en la población con alto riesgo de psicosis (página 43).

Figura 6. Identificación y manejo de personas con alto riesgo clínico de psicosis



Instrumentos para la evaluación de los síntomas de alto riesgo clínico de psicosis

Existen diferentes instrumentos de tamizaje y evaluación de la presencia, gravedad y frecuencia de los síntomas de alto riesgo clínico de psicosis que permiten identificar tempranamente, dar seguimiento y orientar el plan de atención integral que requiera cada persona.

Los instrumentos de tamizaje proporcionan un panorama general sobre la presencia y gravedad de los síntomas de alto riesgo para facilitar la detección temprana en población general o en personas que buscan atención profesional en los servicios del primer nivel de atención. Las entrevistas clínicas proporcionan una mayor certeza diagnóstica y una evaluación clínica exhaustiva, pero requieren de una capacitación especializada y certificación para su uso. Ambos tipos de instrumentos se utilizan en investigación para la identificación y seguimiento de personas con alto riesgo clínico de psicosis.

A continuación, se describen algunos instrumentos de tamizaje y entrevistas clínicas que son los más utilizados y que están disponibles y validados en español.

Tabla 5. Instrumentos de tamizaje

Instrumento
Inventario de Detección Precoz ERlraos
Descripción
Recomendado para ser utilizado por personal de salud del primer nivel de atención. Contiene preguntas sugerentes para explorar los síntomas a modo de entrevista. • 15 Reactivos. • Evalúa la presencia de síntomas psicóticos atenuados en los últimos 12 meses. • Mayores puntuaciones indican una mayor gravedad. Puntaje de 6 a 10 indica un incremento del riesgo de psicosis. Puntaje mayor a 11 indica signos de una psicosis incipiente (74).

Instrumento
Cuestionario de Síntomas Prodrómicos Breve PQ-B
Descripción
• Autoinforme. • 21 reactivos. • Evalúa la presencia de síntomas de riesgo de psicosis en el último mes y el malestar asociado a los síntomas. • Mayores puntuaciones indican una mayor frecuencia, gravedad y malestar. • Punto de corte utilizado por los autores para establecer la presencia de alto riesgo clínico: ≥ 6 en el número de síntomas y ≥ 29 en el malestar. Es importante considerar que existen diferentes puntos de corte de acuerdo con el tipo de población, contexto cultural, etc. (75)

Tabla 6. Entrevistas clínicas semiestructuradas

Instrumento
Entrevista para la evaluación general de los estados mentales de alto riesgo (CAARMS) Entrevista estructurada para síndromes prodrómicos (SIPS-SOPS)
Descripción
La CAARMS (21) y la SIPS-SOPS (79) son entrevistas clínicas semiestructuradas que fueron diseñadas para determinar si un individuo cumple criterios de alto riesgo de psicosis, descartar o confirmar los criterios de psicosis aguda, valorar la gravedad actual de los síntomas de alto riesgo y evaluar el desarrollo psicopatológico y funcional a lo largo del tiempo. También permiten obtener una visión general de la historia del cambio clínico desde el estado premórbido y descartar psicosis actual y/o en el pasado.

Estas entrevistas sólo pueden ser utilizadas por psicólogos o psiquiatras previamente capacitados y certificados en su uso.

Estructura CAARMS y SIPS-SOPS:

Cada dimensión de síntoma incluye una guía con diferentes preguntas para explorar los síntomas, una escala de gravedad, la fecha de inicio y fin de cada síntoma. La CAARMS también incluye una escala de frecuencia, una escala para evaluar el patrón de síntomas con o sin uso de sustancias para cada dimensión de síntoma y una escala de malestar para los síntomas positivos.

Dimensiones de síntomas evaluados por la CAARMS: Síntomas positivos, cambio cognitivo-atención/concentración, alteración emocional, síntomas negativos, cambio conductual, cambios motores/físicos, psicopatología general.

Dimensiones de síntomas evaluados por la SIPS-SOPS: Síntomas positivos, síntomas negativos, síntomas de desorganización, síntomas generales.

Ambos instrumentos son muy similares pero presentan algunas diferencias que dificultan la comparación de resultados entre los estudios de investigación. La PSYCHS es una nueva versión que busca integrar ambos instrumentos. Actualmente está en proceso de validación en inglés (80).

Evaluación de factores biológicos

Como parte de la evaluación global es importante incluir el uso racional de pruebas de laboratorio y gabinete que deben ser elegidas de acuerdo con los factores de riesgo, antecedentes y características individuales.

Estudios complementarios para la evaluación de factores biológicos en personas con alto riesgo de psicosis (54,69).

- Clinimetría hemática
- Electrolitos séricos
- Función hepática
- Función renal
- Perfil de lípidos
- Glucosa
- Niveles de prolactina
- Detección de drogas en orina (en casos de sospecha)
- VDRL y ETS (en caso de sospecha)

NO EXISTEN PRUEBAS BIOLÓGICAS QUE CONFIRMEN O DESCARTEN POR COMPLETO UN DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO

El diagnóstico de alto riesgo clínico de psicosis y de otros trastornos psiquiátricos se centra en la evaluación clínica, complementada con estudios que descartan otras posibles causas.

Identificación de comorbilidades

Comorbilidad de síntomas de alto riesgo clínico de psicosis con síntomas de otros trastornos mentales

Los estudios empíricos han demostrado que los trastornos mentales graves comparten una variedad de síntomas durante sus períodos prodrómicos. Estos fenotipos clínicos tempranos suelen ser altamente indiferenciados y difusos porque incluyen una mezcla heterogénea de sintomatología (síntomas del estado de ánimo, ansiedad, experiencias psicóticas, alteraciones de la personalidad y deterioro funcional) que dificultan el diagnóstico (70,81).

El síndrome de psicosis atenuada representa un conjunto de conexiones transfenotípicas centrales entre varias áreas de la psicopatología que pueden evolucionar con el tiempo en diferentes trastornos mentales. Por eso, los síntomas psicóticos atenuados son un fenómeno transdiagnóstico que no se limita a los trastornos psicóticos, sino que pueden predecir y coexistir con una variedad de trastornos mentales no psicóticos (23,82).

En un estudio de revisión sistemática y meta-análisis reciente en el que se incluyeron 312 estudios con una muestra de 7,834 sujetos, se encontró que en comparación con los sujetos controles, los **individuos con alto riesgo de psicosis tienen un 78% de comorbilidad con otros trastornos mentales no psicóticos** (70).

La comorbilidad psiquiátrica representa un reto diagnóstico y requiere una evaluación clínica exhaustiva para poder abordar adecuadamente las comorbilidades y optimizar su tratamiento (83).

Se recomienda un **enfoque transdiagnóstico** que contemple las diferentes dimensiones de psicopatología para abordar las necesidades de las personas con riesgo de psicosis, así como integrar intervenciones que mejoren el funcionamiento social, académico/laboral y familiar.

A continuación, se presenta una tabla con la prevalencia de las comorbilidades psiquiátricas más comunes en la fase de alto riesgo clínico de psicosis y algunas consideraciones para su manejo en el primer nivel de atención.

Tabla 7. Prevalencia de comorbilidades de síntomas psiquiátricos en individuos con alto riesgo de psicosis (54,61,69,70,84,85)

Prevalencia de comorbilidad	Consideraciones/recomendaciones para el manejo de las comorbilidades
60% riesgo de suicidio	Los períodos de mayor riesgo de suicidio en personas con alto riesgo clínico de psicosis son: • Transición a la psicosis • Fase de recuperación temprana • Recaída temprana • Durante fluctuaciones rápidas del estado mental • Antes del egreso hospitalario • Tras presentar conductas autolesivas • Tras haber sufrido pérdidas personales Factores asociados con el riesgo de suicidio: sexo masculino, ser soltero, depresión, estresores recientes, funcionamiento premórbido alto, preocupación respecto al deterioro mental, uso de sustancias y mayor conciencia de enfermedad.
60% trastornos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo 44% trastornos del estado de ánimo 38% trastorno/episodio depresivo 34% trastornos de ansiedad 30% trastorno depresivo mayor	Se requiere manejo integral y multidisciplinario que combine tratamientos farmacológicos (antidepresivos y ansiolíticos) con intervenciones psicosociales (terapia cognitivo-conductual)

Prevalencia de comorbilidad	Consideraciones/recomendaciones para el manejo de las comorbilidades
29% trastorno relacionado con trauma	La comorbilidad de síntomas de trauma y psicosis son muy difíciles de abordar y requieren de mayor nivel de atención, por lo que se recomienda derivar estos casos a servicios de atención especializada que ofrezcan intervenciones integrales con abordajes de terapia cognitivo-conductual individual centrada en el trauma y terapia familiar. Se sugiere que los médicos tratantes determinen si el trauma es un elemento central significativo o un factor que complica y agrava los síntomas de psicosis del individuo. Es importante involucrar a los padres, familiares o personas allegadas a los pacientes para mejorar su red de apoyo social y protegerlos de factores estresantes adicionales.
23% trastornos de la personalidad	La comorbilidad con trastornos de la personalidad suele complicar la evolución clínica y dificultan la recuperación funcional. Las terapias cognitivo-conductuales y los tratamientos basados en la mentalización han mostrado ser eficaces para reducir la ansiedad social y promover estrategias emocionales más adaptativas.
7- 40% uso de sustancias	Diversas sustancias (lícitas e ilícitas) pueden contribuir con la aparición de síntomas psicóticos y provocar alteraciones en el funcionamiento. El riesgo de transición a la psicosis es particularmente alto con el uso de cannabis en todas sus presentaciones (hasta 5 veces más riesgo de transición a un trastorno psicótico). Es esencial un abordaje individualizado y se debe informar a los usuarios sobre riesgos inherentes al uso de sustancias, en particular con el uso de cannabis.

Comorbilidades de síntomas de alto riesgo de psicosis con condiciones médicas no-psiquiátricas

Los individuos con alto riesgo clínico de psicosis suelen tener una mayor prevalencia de **factores de riesgo cardiometabólico** en comparación con personas de la población general de la misma edad (por ejemplo, aumento de la presión arterial, del perímetro de cintura y de glucemia en ayunas). Esta vulnerabilidad se ha asociado con **niveles bajos de actividad física, mayores tasas de tabaquismo y el abuso del alcohol** (86). Por esto, es importante monitorizar los indicadores de salud física y promover los hábitos de vida saludables en los jóvenes con riesgo de psicosis, para prevenir la aparición de diferentes condiciones médicas que pueden complicar el pronóstico (87).

Síndrome metabólico y riesgo cardiovascular:

El riesgo elevado de desarrollar síndrome metabólico, cardiometabólicos y diabetes tipo 2 pueden atribuirse al uso de antipsicóticos y a los hábitos de vida poco saludables (69,88).

Es fundamental realizar un **monitoreo de la salud física** para identificar tempranamente estos factores, brindar un manejo adecuado y mejorar el pronóstico a largo plazo.

Tabaquismo y consumo de alcohol:

El consumo de tabaco y alcohol, especialmente en niveles moderados o altos de dependencia **incrementa el riesgo de transición a la psicosis**. Estos hábitos junto con otros factores de riesgo agravan el pronóstico clínico y dañan la salud física general (89).

Sobrepeso y actividad física:

Es esencial promover hábitos de vida saludables en personas con riesgo de psicosis, ya que el sobrepeso y la falta de actividad física son importantes factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiometabólicas y el incremento de la vulnerabilidad a la psicosis (89,90).

Prevención e intervención temprana de personas con alto riesgo de psicosis en el primer nivel de atención

La prevención tiene como objetivo crear estrategias para reducir los factores de riesgo, evitar la aparición o controlar el avance y disminuir las secuelas de las enfermedades o trastornos mentales. (16,91)

Existen tres niveles de prevención:

Prevención primaria, secundaria y terciaria

Prevención primaria: se enfoca en disminuir la prevalencia o evitar el desarrollo de enfermedades o trastornos mentales antes de que se manifiesten. Incluye la promoción de la salud y la protección específica, por ejemplo, reduciendo los factores de riesgo, aumentando la resistencia o los mecanismos de defensa y modificando conductas que pueden provocar enfermedades/trastornos.

- **Prevención universal:** consiste en intervenciones dirigidas al público en general, personas sanas o a un grupo completo de la población que no ha sido identificado con un riesgo específico. Generalmente incluye acciones que disminuyen la exposición a factores de riesgo o fortalecen mecanismos de defensa.
- **Prevención selectiva:** dirigida a individuos o subgrupos de la población con un alto riesgo de desarrollar una enfermedad o trastorno mental de acuerdo con evidencia comprobada por los factores de riesgo biológicos y/o psicosociales.
- **Prevención indicada:** dirigida a personas con alto riesgo que presentan signos o síntomas mínimos detectables que pronostican el inicio de una enfermedad o trastorno mental pero que no tienen la gravedad suficiente para establecer un diagnóstico.

Prevención secundaria: se centra en reducir el impacto de enfermedades o trastornos mentales que ya se han manifestado, a través de la detección y tratamiento tempranos para disminuir su prevalencia.

Prevención terciaria: tiene el objetivo de mejorar la salud de la persona y reducir el riesgo de complicaciones después de que una enfermedad o trastorno mental se ha manifestado y se ha realizado un diagnóstico específico.

En las últimas décadas se ha producido una reforma sustancial en la práctica clínica y en el desarrollo de estrategias de intervención temprana para la psicosis en diversos países que buscan identificar y tratar oportunamente individuos con alto riesgo de desarrollar psicosis para prevenir la progresión a un trastorno psicótico, promover la recuperación de aquellos que ya han presentado un primer episodio y reducir su impacto a largo plazo.

El personal de salud del primer nivel de atención tiene un papel crucial en la prevención primaria y secundaria en la población con alto riesgo de desarrollar psicosis, principalmente en adolescentes o adultos jóvenes (normalmente de 13 a 30 años) que buscan ayuda en los servicios de salud y que presentan síntomas psicóticos atenuados, problemas en el funcionamiento psicosocial, déficits neurocognitivos y diversos factores de riesgo asociados a la psicosis.

El personal de salud del primer nivel de atención puede contribuir:

- 1) **Identificando de forma temprana** a jóvenes con riesgo de psicosis, que buscan ayuda profesional por primera vez en los servicios de atención primaria o que reciben atención por otras condiciones de salud.
- 2) **Monitoreando la evolución de los síntomas.**
- 3) **Brindando un tratamiento oportuno** antes de que los síntomas progresen a un primer episodio.
- 4) **Derivando oportunamente a los servicios especializados** en salud mental.

A continuación, se presenta información basada en la evidencia actual de los estudios de investigación internacionales sobre las principales estrategias preventivas e intervenciones tempranas que han mostrado su eficacia en la población con alto riesgo de psicosis y que pueden ser implementadas por profesionales de la salud del primer nivel de atención.

Intervenciones farmacológicas en población con alto riesgo de psicosis

El tratamiento de personas con alto riesgo clínico de psicosis se centra en mejorar la calidad de vida, reducir los síntomas y la discapacidad psicosocial. El objetivo de este tratamiento es reducir el riesgo de transición a la psicosis, en la medida de lo posible.

Consideraciones generales del tratamiento farmacológico

Tratamiento individualizado: Es importante trabajar con un profesional de la salud mental para desarrollar un plan de tratamiento individualizado que se adapte a las necesidades específicas de cada paciente.

Participación activa del paciente: Se recomienda involucrar a los pacientes en el proceso de toma de decisiones sobre su tratamiento. Es importante que comprendan los beneficios y riesgos de los diferentes tratamientos y que se sientan cómodos expresando sus preocupaciones.

En un inicio, es recomendable dar seguimiento y evitar un tratamiento farmacológico, mientras no sea necesario. Las intervenciones psicológicas pueden reducir la necesidad del tratamiento con antipsicóticos en personas con alto riesgo de psicosis.

Antes de fijar un tratamiento específico para los síntomas psicóticos atenuados, se debe considerar el tratamiento farmacológico de las comorbilidades que puedan estar causando los síntomas psicóticos atenuados o contribuyendo a su intensidad (60,92).

Existen cada vez más investigaciones sobre los tratamientos farmacológicos en las fases de alto riesgo de psicosis y algunos estudios sugieren que los antipsicóticos ayudan a prevenir y retrasar la transición a la psicosis. Sin embargo, la evidencia continúa siendo insuficiente. **El uso generalizado de antipsicóticos NO está indicado en esta población** porque generan efectos secundarios graves (aumento de peso, disfunción sexual y efectos secundarios extrapiramidales) que pueden provocar un importante malestar.

Se recomienda iniciar con intervenciones psicosociales y prescribir antipsicóticos **única-mente** cuando las intervenciones psicosociales no han sido efectivas, cuando hayan transcurrido al menos una semana de síntomas psicóticos francos continuos o si los síntomas atenuados están asociados a riesgo de agresión, daño hacia uno mismo u otros (51,90).

NO SE RECOMIENDA EL USO DE ANTIPSICÓTICOS PARA REDUCIR EL RIESGO DE TRANSICIÓN EN PERSONAS QUE NO TIENEN PSICOSIS

Consideraciones importantes:

- NO todas las personas con alto riesgo clínico de psicosis desarrollan un trastorno psicótico.
- Los riesgos del uso generalizado de antipsicóticos sobrepasan los beneficios.
- Los antipsicóticos pueden tener efectos secundarios significativos, especialmente en adolescentes y jóvenes que están en proceso de desarrollo.

Los antipsicóticos ayudan a controlar los síntomas, pero no curan la psicosis y no son la única opción de tratamiento para personas con riesgo clínico de psicosis (66,93,94).

En los casos que ameritan el uso de antipsicóticos, se deben considerar los riesgos y beneficios que este uso tendrá en el paciente y sus familiares. Se recomienda referir al paciente a un servicio especializado para el inicio del tratamiento farmacológico y se debe recurrir a dosis muy bajas en combinación con intervenciones no farmacológicas (93).

Considerando que muchos individuos con riesgo clínico de psicosis terminan desarrollando diferentes trastornos psiquiátricos, el objetivo del tratamiento a largo plazo no debe limitarse a prevenir la transición a la psicosis, sino que debe enfocarse en mejorar la calidad de vida y brindar tratamiento temprano para otros posibles trastornos mentales (77). En caso de identificarse síntomas psiquiátricos comórbidos es pertinente iniciar un tratamiento farmacológico específico, siempre en conjunto con intervenciones no farmacológicas.

Las investigaciones recientes en esta población han mostrado que el uso de **antidepresivos** y los complementos de ácidos grasos **omega-3** se asocian a una menor tasa de transición a la psicosis (54). **Los reguladores del estado de ánimo y los antidepresivos pueden utilizarse para tratar los síntomas asociados con fluctuaciones del estado de ánimo o ansiedad** (54). A pesar de que el uso de omega-3 se ha estandarizado como medida de

prevención primaria y secundaria para otras condiciones médicas, actualmente no existe suficiente evidencia que sustente el uso rutinario en jóvenes con riesgo de psicosis (95,96).

Las principales guías de intervención temprana en la psicosis sugieren **priorizar las intervenciones psicosociales en la población con alto riesgo** (por ejemplo, la terapia cognitivo-conductual, el manejo del estrés y las estrategias de afrontamiento) y, en algunos casos que lo requieran, se pueden combinar con el tratamiento farmacológico (3,54,97).

Tabla 8. Manejo de antidepresivos disponibles en México (92,98)

Antidepresivo	Dosificación	Observaciones
Fluoxetina	Iniciar 20 mg/día Dosis máxima recomendada 80 mg/día.	Se debe considerar que los efectos terapéuticos pueden tardar alrededor de 4 semanas. Antes de incrementar la dosis o cambiar de fármaco se debe esperar un tiempo mínimo de 2-4 semanas con una dosis mínima efectiva.
Sertralina	Iniciar 25 mg/día, escalar gradualmente a 50 mg/día. Dosis máxima recomendada 200 mg/día.	Principales efectos secundarios: sedación, xerostomía, mareo, cefalea, síntomas gastrointestinales, disfunción sexual. La mayoría de estos efectos desaparecen en las primeras semanas de uso.
Escitalopram	Iniciar 5 mg/día, escalar gradualmente a 10 mg/día. Dosis máxima recomendada 20 mg/día.	Antidepresivo con pocas interacciones farmacológicas por lo que se prefiere su uso en personas con polifarmacia (por cualquier enfermedad). Se debe considerar que los efectos terapéuticos pueden tardar alrededor de 4 semanas. Antes de incrementar la dosis o cambiar de fármaco se debe esperar un tiempo mínimo de 2-4 semanas con una dosis mínima efectiva. Principales efectos secundarios: sedación, xerostomía, mareo, cefalea, síntomas gastrointestinales, disfunción sexual. La mayoría de estos efectos desaparecen en las primeras semanas de uso.

Principales efectos secundarios de los psicofármacos

Antidepresivos: sedación, mareo, cefalea, síntomas gastrointestinales (náuseas, vómitos), insomnio, somnolencia, xerostomía, aumento de peso, ansiedad, disfunción sexual. La mayoría de estos efectos desaparecen en las primeras semanas de uso.

Benzodiacepinas: sedación, dependencia, deterioro cognitivo, riesgo de caídas.

Estabilizadores del ánimo: náuseas, vómitos, temblor, sedación, aumento de peso, hiponatremia, trastornos tiroideos.

Figura 7. Manejo farmacológico en personas con alto riesgo clínico de psicosis



Uso racional de antipsicóticos en el primer episodio de psicosis

Recomendaciones para el uso racional de antipsicóticos en el primer episodio de psicosis (54,92,93)

- Los antipsicóticos se utilizan para controlar los principales síntomas psicóticos como las alucinaciones, los delirios y reducir las conductas de riesgo derivadas de estos síntomas.
- NO son efectivos para el manejo de síntomas negativos, cognitivos o del deterioro funcional.
- Todos los antipsicóticos de primera línea son igualmente efectivos.
- Deben iniciarse con dosis bajas y ajustar gradualmente las dosis.
- Utilizar dosis en rango efectivo y por tiempos adecuados.
- Mantener tratamiento al menos un año después de que haya remitido el episodio psicótico.
- La elección del antipsicótico debe ser personalizada, tomando en cuenta el perfil de efectos adversos, tolerabilidad individual, disponibilidad y preferencia del paciente.
- El mejor antipsicótico es el que el usuario puede obtener y tolerar mejor.
- Es importante identificar las comorbilidades psiquiátricas y no psiquiátricas para definir el tipo de tratamiento específico.
- En el primer nivel de atención debe intentarse siempre el uso de monoterapia y evitar la polifarmacia antipsicótica.
- Es importante derivar a un servicio de tercer nivel de atención para el uso de combinaciones de antipsicóticos.
- El antipsicótico oral debe administrarse diariamente de acuerdo con el esquema específico de cada fármaco.
- La dosificación intermitente incrementa el riesgo de recaída y de efectos adversos.
- Monitorear la adherencia al tratamiento: identificar factores que afectan la adherencia, como la implicación y decisión informada del paciente, el apoyo de familiares o el uso de inyectables de larga acción.
- Monitorear y atender los efectos adversos.
- Precaución en poblaciones de características especiales: infancia, embarazo, lactancia, comorbilidad metabólica.

Después de un primer episodio de psicosis existe un riesgo incrementado de presentar un nuevo episodio a lo largo de la vida sin importar la causa. En esquizofrenia y otros trastornos del espectro psicótico el riesgo de recaída sin antipsicótico es mucho mayor (casi del 100%), por lo que se recomienda un seguimiento continuo por parte de un especialista.

Dado que el riesgo de recaída es mayor durante el primer año posterior al episodio psicótico, se debe de trabajar con el paciente y su familia para mantener el antipsicótico durante al menos un año para evitar recaídas.

Principales efectos adversos de los antipsicóticos

- Motores (más frecuentes en antipsicóticos de primera generación): parkinsonismo, rigidez, discinesia tardía, acatisia.
- Cardiometabólicos (más frecuentes en antipsicóticos de segunda generación): prolongación del QTc, ganancia de peso, hiperglicemia, dislipidemia.
- Otros efectos adversos que pueden ser comunes con ambas generaciones de antipsicóticos: sialorrea, sedación, hiperprolactinemia (que puede derivar en otros efectos como galactorrea, amenorrea, ginecomastia, osteoporosis).

El tratamiento debe evitar o reducir en la medida de lo posible los efectos adversos, porque pueden afectar el apego al tratamiento farmacológico.

Tabla 9. Antipsicóticos disponibles en México y dosis mínimas recomendadas para el primer episodio de psicosis (54,69,92)

Primera generación	
Haloperidol	2 mg
Zuclopentixol	20 mg
Sulpirida	400 mg
Segunda generación	
Risperidona	2 mg
Aripiprazol	10 mg
Quetiapina	150 mg
Olanzapina	5 mg
Paliperidona (oral)	3 mg
Amisulpirida	300 mg
Brexpiprazol	2 mg

Tabla 10. Manejo de los antipsicóticos disponibles en México (69,92,98,99)

Antipsicótico	Dosificación	Principales efectos secundarios	Observaciones
Risperidona	Iniciar 1 mg/día Dosis máxima recomendada en primer nivel de atención 6 mg/día.	Parkinsonismo, hiperprolactinemia, sedación, acatisia.	Presentación en tabletas (1 y 2 mg), solución oral (1mg/ml) e inyectable de larga acción.
Haloperidol	Iniciar 2.5 mg/día Dosis máxima recomendada 20 mg/día.	Parkinsonismo, acatisia, discinesia, hiperprolactinemia, sedación.	Presentación en tabletas (5 mg), solución oral, inyectable de acción inmediata e inyectable de larga acción. Al ser de primera generación se cuenta con extensa experiencia en niños, adultos mayores y durante el embarazo.
Aripiprazol	Iniciar 7.5 mg/día Dosis máxima recomendada 30 mg/día.	Acatisia, parkinsonismo.	Difiere de los demás antipsicóticos por su mecanismo de agonismo parcial de receptores dopaminérgicos, por lo que es más tolerable, pero tiene menor potencia. No causa elevación de prolactina y no genera efectos metabólicos.
Olanzapina	Iniciar 2.5 mg/día Dosis máxima recomendada 20 mg/día.	Sedación, incremento de apetito, ganancia de peso (subsecuente riesgo incrementado para comorbilidades metabólicas)	Presentación oral (tableta), orodispersable (obleas), inyectable de acción inmediata. Debido a su perfil de efectos adversos metabólicos no se recomienda uso de primera línea en primer episodio psicótico ni en personas con alto riesgo clínico de psicosis. Debido a su efecto sedante es útil en pacientes con agitación.

Intervenciones psicosociales

El tratamiento farmacológico es el tratamiento estándar para el control de los síntomas psicóticos, pero tiene poco efecto sobre los síntomas negativos, los déficits cognitivos, funcionales, y sus efectos secundarios suelen empobrecer la adherencia al tratamiento. Por esto, las intervenciones psicosociales son una parte fundamental del tratamiento integral y continuo de las diferentes fases de la psicosis y, en específico, de la fase de alto riesgo clínico, ya que ayudan a mejorar la socialización, los déficits cognitivos, el manejo del estrés, la resolución de problemas y el funcionamiento social, laboral/académico.

Las intervenciones psicosociales buscan disminuir el impacto psicológico negativo que provocan los trastornos psicóticos en la persona que la padece (síntomas, interrupción del proyecto de vida, estigma, etc.) y resolver las limitaciones del tratamiento farmacológico, tales como respuestas insatisfactorias en el control de los síntomas, efectos adversos y problemas en la adherencia al tratamiento (100).

Principales objetivos de las intervenciones psicosociales (100)

- Reducir los síntomas y su impacto en la vida cotidiana
- Disminuir el malestar emocional
- Fortalecer los factores protectores para disminuir la vulnerabilidad de la persona
- Aprender a manejar el estrés para reducir su impacto
- Mejorar la adherencia al tratamiento
- Mejorar las estrategias de afrontamiento
- Mejorar las habilidades de comunicación
- Disminuir los niveles de discapacidad
- Mejorar la calidad de vida

Las intervenciones psicosociales están enfocadas en diversos aspectos de la recuperación como la mejoría de la sintomatología, la funcionalidad, el pronóstico, la calidad de vida y el bienestar general (101).

Es importante considerar que la población con alto riesgo de psicosis tiene una mayor sensibilidad al estrés y requiere menos niveles de estrés que la población general para desencadenar la aparición o exacerbación de los síntomas. Por esto, se deben de tener en cuenta los factores de riesgo psicosociales, los factores de protección y la vulnerabilidad biológica subyacente para orientar los planes de tratamiento individualizados, incluyendo

estrategias de afrontamiento adecuadas para manejar el estrés, reducir la vulnerabilidad de la persona y el nivel de malestar (54).

En **población con alto riesgo de psicosis** se recomienda implementar programas psicoeducativos para enseñar **estrategias de afrontamiento y manejo del estrés** que son esenciales para reducir el riesgo de transición a la psicosis y la aparición de síntomas psicóticos francos (48). También es muy importante **fortalecer las redes de apoyo social, comunitarias y familiares** que conforman un entorno protector para reducir los factores de riesgo asociados con la aparición de síntomas psicóticos. Aunado a esto, las **terapias psicológicas** pueden ayudar a prevenir o retrasar la transición hacia una psicosis completa y ofrecen un enfoque multidimensional para el manejo eficaz del riesgo de psicosis (65).

Recomendaciones para la implementación de intervenciones psicosociales por parte del personal de salud (101,102):

1. Es necesario brindar atención y escucha genuina a las preocupaciones del paciente, desarrollar empatía, *rappont* y una buena relación terapéutica.
2. Todas las intervenciones deben llevarse a cabo dentro del marco de la recuperación para que el paciente pueda mejorar su calidad de vida.
3. El equipo clínico, el paciente y los miembros de la familia deben desarrollar una visión compartida a corto y largo plazo de los objetivos para el tratamiento y la recuperación.
4. Es esencial que el personal que proporciona servicios psicosociales esté adecuadamente capacitado.
5. Se debe apoyar a los pacientes para que desarrollen habilidades de auto-control para mejorar sus síntomas, funcionamiento y calidad de vida.
6. Identificar y abordar con un enfoque psicosocial las comorbilidades comunes como el abuso de sustancias, los trastornos de ansiedad y la depresión.
7. Considerar las preferencias del paciente y de la familia para establecer los objetivos y procedimiento del tratamiento.

Intervenciones psicosociales para la fase de alto riesgo clínico de psicosis

A continuación, se describen las principales intervenciones psicosociales para psicosis cuya efectividad está respaldada por evidencia científica. De acuerdo con el consenso de expertos, deben ser contempladas de manera rutinaria siempre que se cuente con las condiciones para implementarlas. Cada una de ellas puede adoptar un abordaje multimodal que se ajuste a las necesidades específicas de cada persona a partir del cumplimiento de los objetivos previamente planteados por el personal de salud, la persona afectada y sus familiares.

Tabla 11. Intervenciones psicosociales (6,54,60,100,103,104)

Intervención	Objetivos y características generales
Psicoeducación para el paciente y la familia	• Consiste en brindar información clara, sencilla y específica de acuerdo con las necesidades del paciente y sus familiares para mejorar el conocimiento, comprensión y manejo de los síntomas, sus consecuencias en la vida cotidiana, los tipos de tratamiento, el proceso de recuperación, y conocer los signos de alerta para crear un plan de acción. • Ayuda a promover el autocuidado y desarrollar habilidades interpersonales para la persona con alto riesgo de psicosis y sus familiares. • Contribuye a disminuir el estigma y los estereotipos negativos sobre la enfermedad mental y los servicios de salud mental.
Terapia cognitivo conductual para psicosis (TCCp), individual o grupal	• Emplea estrategias para ayudar al paciente a darle sentido y normalizar las experiencias psicóticas, reevaluar sus percepciones y creencias, afrontar el malestar asociado a los síntomas y mejorar su funcionamiento. • Debe ser administrada por un psicoterapeuta con formación y experiencia en esta modalidad terapéutica y en psicosis. • La relación terapéutica se basa en la empatía, colaboración y respeto. Busca facilitar un entorno de aceptación y cuidado en el que la persona sienta la confianza de compartir y hablar sobre sus experiencias. • Puede ser implementada en cualquier fase de la psicosis, pero las personas con alto riesgo tienen mejores posibilidades de involucrarse de manera efectiva en la terapia, porque los síntomas no están completamente consolidados y tienen la capacidad de introspección y auto-cuestionamiento de sus creencias. • Es una intervención altamente recomendada para prevenir la progresión de los síntomas subclínicos o atenuados y mejorar la calidad de vida de las personas con riesgo de desarrollar psicosis.

Intervención familiar	• En el contexto de la prevención e intervención temprana, el trabajo con la familia es crucial, ya que los familiares son los principales cuidadores informales y son una parte fundamental para la recuperación del paciente. • Buscan capacitar y proporcionar herramientas a los integrantes de la familia para manejar de manera eficaz al paciente en su entorno, hacer frente a los problemas asociados, hacerlos partícipes del tratamiento para que contribuyan con la adherencia al tratamiento o el manejo de una crisis. • Ayuda a mejorar las estrategias de afrontamiento del estrés, las habilidades de resolución de problemas y de comunicación interpersonal entre los diferentes miembros de la familia, con el objetivo de reducir los niveles de estrés y las respuestas emocionales negativas que pueden incidir en el empeoramiento de los síntomas. • Esta intervención puede ser muy útil en las primeras etapas de la psicosis. • Se debe incluir únicamente a personas que forman parte de la red de apoyo, tienen un vínculo emocional significativo o cohabitan con el paciente. Es especialmente importante incluir en la intervención a la persona con el padecimiento. • Puede administrarse de manera unifamiliar o multifamiliar.
Intervención psicológica integral	Consiste en integrar diversos elementos (terapia cognitivo conductual, entrenamiento en habilidades sociales y remediación cognitiva) para trabajar la cognición, los pensamientos sobrevalorados y la percepción.

Recomendaciones generales para la atención de personas con riesgo de psicosis y sus familiares



- Considerar la posibilidad de alto riesgo clínico en cualquier persona que experimente un deterioro funcional inexplicable combinado con síntomas psicóticos atenuados o que tenga un familiar de primer grado con psicosis.
- Brindar atención individualizada con base en las experiencias de cada persona.
- La información sobre el nivel de riesgo debe proporcionarse cuidadosamente teniendo en cuenta factores sociales, educativos y culturales.
- Considerar los factores de riesgo de la persona que podrían contribuir a la aparición de la enfermedad (biológicos, psicológicos, sociales, etc.).
- Considerar en el plan de tratamiento los problemas asociados como consumo de sustancias, ansiedad, depresión, problemas de salud física.
- Realizar seguimientos rutinarios de peso e indicadores de morbilidad metabólicos y cardiovasculares.
- Adoptar un enfoque dirigido a la normalización de la experiencia psicótica, proporcionando información sobre experiencias inusuales o extrañas razonablemente comunes en la población general.
- Ser cauteloso con el uso de diagnósticos, sobre todo con los casos de alto riesgo de psicosis, ya que no se tiene la certeza de la evolución clínica.
- Orientar las explicaciones hacia los objetivos, la importancia de la familia como red de apoyo y trabajar la recuperación en conjunto.
- Recordar que la familia también está bajo altos niveles de estrés y está afrontando la situación de la mejor manera dentro de sus posibilidades.
- Ofrecer información de servicios que brinden apoyo o atención a las necesidades de los cuidadores, cuya labor implica un elevado desgaste físico y psicológico.



- NO se debe prescribir antipsicóticos a menos que haya transcurrido una semana de síntomas psicóticos francos continuos o los síntomas atenuados están asociados a riesgo de agresión, daño hacia otros o a uno mismo.
- NO trivialice o invalide el malestar que experimenta el paciente.
- Evite manejar términos como “transición a la psicosis” o “alto riesgo de psicosis” como algo terrible.
- NO sugiera que las personas con psicosis o esquizofrenia son peligrosas.
- NO use términos como “esquizofrénico” o “psicótico” para referirse a la persona.
- NO ignore o trivialice las preocupaciones de la persona o los problemas de salud física que reporta.
- NO culpe a los padres del estado de salud mental de su hijo(a).

Modelo de estadificación clínica

El modelo de estadificación clínica se basa en el curso de la enfermedad o trastorno como un *continuum* y considera las características de cada fase clínica para seleccionar los tratamientos o intervenciones más adecuadas, con la finalidad de prevenir la progresión del trastorno a la siguiente fase y promover la recuperación. Además, los tratamientos e intervenciones dirigidas a las fases tempranas consideran los riesgos/beneficios de cada caso y suelen ser más seguros, eficaces, aceptados y asequibles.

En la siguiente tabla se presenta un ejemplo de cómo se puede implementar el modelo de estadificación clínica en el tratamiento de las fases tempranas de los trastornos psicóticos.

Tabla 12. Modelo de estadificación clínica para las fases tempranas de los trastornos psicóticos (54,105)

Fase clínica	Características	Recomendación de tipo de tratamiento
Premórbida	Mayor riesgo de psicosis sin presencia de síntomas	Prevención indicada para adolescentes con familiares de primer grado con algún trastorno psicótico: • Mejorar alfabetización en salud mental • Psicoeducación • Educación sobre riesgo de consumo de drogas
Posible pródromo temprano	Síntomas leves o inespecíficos, incluyendo déficits neurocognitivos y deterioro funcional leve	Prevención secundaria para reducir el malestar, el deterioro funcional y el riesgo de un primer episodio de psicosis: • Alfabetización formal en salud mental • Psicoeducación familiar • Terapia cognitivo-conductual • Reducir activamente el consumo de sustancias

Fase clínica	Características	Recomendación de tipo de tratamiento
Posible pródromo tardío	Alto riesgo de psicosis: síntomas subclínicos moderados con cambios cognitivos moderados y deterioro funcional en los últimos 12 meses	Prevención secundaria para reducir el malestar, el deterioro funcional y el riesgo de un primer episodio de psicosis: • Psicoeducación • Terapia cognitivo conductual • Abordaje para cesar el consumo de sustancias o reducir los daños • Ácidos grasos omega-3 (evaluar riesgos/beneficios de cada caso) • Considerar tratamiento con antidepresivos o estabilizadores del ánimo (evaluar riesgos/beneficios de cada caso)
Fase aguda y recuperación temprana del primer episodio psicótico	Síntomas psicóticos francos moderados y/o graves, déficits neurocognitivos y deterioro funcional. Incluye periodos agudos y de recuperación temprana	Intervención temprana para el primer episodio de psicosis: • Psicoeducación • Terapia cognitivo conductual • Atención para el consumo de sustancias • Antipsicóticos atípicos • Antidepresivos o estabilizadores del estado de ánimo • Rehabilitación psicosocial y ocupacional

Consideraciones del contexto cultural y grupos especiales de la población

Mujeres embarazadas

El embarazo y la maternidad son etapas críticas en la vida de una mujer que suponen cambios importantes y tienen un impacto significativo tanto a nivel físico como emocional. Se considera una condición de alto riesgo para el desarrollo y/o empeoramiento de los trastornos psiquiátricos, ya que incrementa los niveles de estrés emocional y la vulnerabilidad a presentar síntomas de depresión, ansiedad y psicosis que pueden pasar desapercibidos o ser atribuidos a los cambios temperamentales o fisiológicos del embarazo y/o post-parto.

La presencia de un trastorno psiquiátrico en una mujer embarazada puede aumentar las complicaciones asociadas al embarazo. Si no se trata adecuadamente puede poner en peligro la salud y bienestar tanto de la madre como del feto.

Cualquier intervención terapéutica conlleva un riesgo tanto para la madre como para el feto. Se recomienda valorar el plan de tratamiento en conjunto con la paciente y su familia, considerando todos los riesgos y beneficios, brindándoles información actualizada, fidedigna y comprensible, para tomar una decisión informada que contemple los efectos adversos de la medicación, así como los riesgos y ventajas de no usar dicha medicación (106).

Población infantojuvenil

Los problemas de salud mental emergen con frecuencia durante la adolescencia. La demanda de atención generalmente no es directa de los menores y proviene de la familia, de la escuela o por derivación pediátrica.

El abordaje de menores de edad requiere consideraciones especiales por las particularidades clínicas de esta población, la condición legal del menor en el marco terapéutico y el manejo multidisciplinario que se necesita para integrar el trabajo con la familia, la institución educativa, servicios sociales y, en algunos casos, judiciales.

Toda medida terapéutica a llevar a cabo con un menor requiere del consentimiento informado del paciente y de los tutores legales. Para administrar el tratamiento farmacológico se debe tener en cuenta la mayor prevalencia de efectos adversos de los antipsicóticos atípicos en población infantojuvenil, especialmente a nivel metabólico. Se recomienda priorizar en el plan de tratamiento las modalidades psicoterapéuticas que hayan mostrado ser eficaces en esta población.

Los profesionales de la salud involucrados en el tratamiento de menores deben estar familiarizados con las características particulares de las etapas del neurodesarrollo, de las implicaciones del internamiento psiquiátrico y/o incapacitación de menores, así como del uso de medidas terapéuticas restrictivas e involuntarias en esta población (106).

Población LGBTIQ+

Se recomienda identificar y abordar los factores estresantes de las minorías sexogenéricas que pueden ser factores de riesgo de psicosis (por ejemplo, discriminación, marginación, experiencias de acoso, trauma, estigma), y valorar la necesidad de derivarlos a servicios especializados que les brinden apoyo para desarrollar estrategias de afrontamiento y resiliencia.

Consideraciones generales del contexto sociocultural

Las creencias varían de una cultura a otra y lo que está normalizado en una cultura puede considerarse extraño o inusual en otra. En el contexto de los síntomas psicóticos, es muy importante considerar las **creencias culturales y tradiciones específicas** del grupo al que

pertenece la persona para poder determinar si se trata de síntomas o experiencias culturalmente normales.

Algunas culturas tienen creencias místicas o religiosas que pueden malinterpretarse como evidencia de síntomas psicóticos. Por ejemplo, en diversas culturas de Latinoamérica y del sur de China es común esperar que el espíritu de un pariente fallecido visite las casas de parientes vivos poco después de su muerte. Las personas pertenecientes a ese contexto cultural pueden reportar escuchar, ver o interactuar con un espíritu sin que haya secuelas patológicas notables.

Para determinar si estas experiencias deben considerarse síntomas psicóticos, puede tomarse como criterio el **nivel de malestar** que provocan a la persona y **cuánto afectan su funcionamiento psicosocial**.

Las **minorías étnicas y los migrantes** tienen un alto riesgo de desarrollar psicosis debido a que suelen experimentar diversos eventos vitales altamente estresantes y traumáticos, aislamiento social, estrés minoritario, racismo, discriminación y victimización.

En personas que no comparten el idioma o dialecto del profesional de la salud que lo atiende (por ejemplo, lenguas indígenas), se recomienda evaluar cuidadosamente los síntomas psicóticos con ayuda de traductores o intérpretes para evitar malinterpretar metáforas desconocidas como delirios y la actitud defensiva natural como paranoia o embotamiento emocional.

Si el profesional de la salud no cuenta con la experiencia en la atención de personas con psicosis de diversos orígenes étnicos y/o culturales, o no comparte el contexto cultural del paciente, debe considerar el origen étnico y la identidad cultural, la religión, la lengua originaria y, de ser posible, obtener información adicional a través de informantes como familiares o grupos religiosos de la comunidad para tener una referencia y comprender mejor lo que experimenta la persona. También se recomienda buscar asesoría y supervisión del personal de salud que cuente con experiencia en el trabajo transcultural (54).

Figura 8. Población indígena



Recursos gratuitos y de acceso libre con información educativa sobre psicosis

<https://infopsicosis.org/>

En esta web se puede consultar información educativa y videos que abordan diferentes temas sobre identificación y atención de la psicosis, con lenguaje accesible para todo tipo de público.

La web se divide en diferentes apartados que tienen contenidos específicos para jóvenes, familiares y amigos, personal educativo y personal de salud.

Programa psicoeducativo en línea La CLaVe

La CLaVe es curso en línea breve, de acceso libre y gratuito, que tiene como finalidad mejorar el conocimiento y reconocimiento de los síntomas de psicosis, disminuir el estigma y promover la atención temprana.

Contiene videos que abordan diferentes temas sobre la psicosis y cortometrajes de ficción para ejemplificar y llevar a la práctica los conocimientos adquiridos.

Está dirigido a todo tipo de público, con especial interés en el personal de salud del primer nivel de atención, personas con alto riesgo de psicosis y sus familiares.

Se otorga un certificado de participación.

Acceso al registro: <https://cursos.infopsicosis.org/>

Referencias

1. Hardy KV, Ballon JS, Noordsy DL, Adelsheim S. Intervening early in psychosis: A team approach: American Psychiatric Publishing; 2019.
2. Thompson A, Broome M. Risk factors for psychosis: Paradigms, mechanisms, and prevention: Academic Press; 2020.
3. Fusar-Poli P, De Pablo GS, Correll CU, Meyer-Lindenberg A, Millan MJ, Borgwardt S, et al. Prevention of psychosis: advances in detection, prognosis, and intervention. *JAMA Psychiatry*. 2020; 77(7): p. 755-765. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.4779. PMID: 32159746
4. McGorry PD, Mei C. Clinical Staging for Youth Mental Disorders: Progress in Reforming Diagnosis and Clinical Care. *Annual Review of Developmental Psychology*. 2021; 3(1): p. 15-39. <https://doi.org/10.1146/annurev-devpsych-050620-030405>
5. McGorry PD, Nelson B, Goldstone S, Yung AR. Clinical staging: a heuristic and practical strategy for new research and better health and social outcomes for psychotic and related mood disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2021; 55(8): p. 486-497. doi:10.1177/070674371005500803. PMID: 20723276
6. APA. The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia: American Psychiatric Association Publishing; 2020.
7. Carvalho AF, McIntyre RS. Mental Disorders in Primary Care: A Guide to Their Evaluation and Management: Oxford University Press; 2012.
8. Barrantes-Vidal, N., Grant, P., Kwapil, T.R. The role of schizotypy in the study of the etiology of schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin*. 2015; 41(Suppl. 2): p. 408-416. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu191>
9. Aceituno D, Vera N, Prina AM, McCrone P. Cost-effectiveness of early intervention in psychosis: systematic review. *British Journal of Psychiatry* 2019; 215(1): p. 388-394. doi:10.1192/bjp.2018.298

10. Domínguez-Martínez T, Barrantes-Vidal N. Programas de investigación, detección e intervención en las fases tempranas de las psicosis. En Signos de riesgo y detección precoz de psicosis; 2024. p. 153-170.
11. O'Connell N, O'Connor K, McGrath D, Vagge L, Mockler D, Jennings R, et al. Early Intervention in Psychosis services: A systematic review and narrative synthesis of the barriers and facilitators to implementation. *European Psychiatry*. 2022; 65(1). doi:10.1192/j.eurpsy.2021.2260
12. Berenzon S, Saavedra Solano N, Medina-Mora Icaza ME, Aparicio Basaurí V, Galván Reyes J. Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención? *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2013; 33(4): p. 252-258.
13. Díaz-Castro L, Cabello-Rangel H, Medina-Mora ME, Berenzon-Gorn S, Robles-García R, Madrigal-de León EÁ. Necesidades de atención en salud mental y uso de servicios en población mexicana con trastornos mentales graves. *Salud Pública de México*. 2022;(62): p. 72-79. doi:10.21149/10323.
14. Domínguez T, Puebla DP, Fresán A, Sheinbaum T, Nieto L, Robles R, et al. Why do some Mexicans with psychosis risk symptoms seek mental health care and others do not? *Psychiatry Research*. 2024; 342,(116199.) <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.116199>
15. DOF (Diario Oficial de la Federación). Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de Salud Mental y Adicciones. 2022.
16. OMS. Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas, informe compendiado: OMS; 2024.
17. Leslie LK, Mehus CJ, Hawkins JD, Boat T, McCabe MA, Barkin S, et al. Primary health care: Potential home for family-focused preventive interventions. *American Journal of Preventive Medicine*. 2016; 51(4). doi:10.1016/j.amepre.2016.05.014.
18. Wakschlag LS, Roberts MY, Flynn RM, Smith JD, Krogh-Jespersen S, Kaat AJ, et al. Future directions for early childhood prevention of mental disorders: A road map to mental health, earlier. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2019; 48(3): p. 539-554. doi.org/10.1080/15374416.2018.1561296
19. Saxena S, Funk M, Chisholm D. Comprehensive mental health action plan 2013–2020. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal*. 2015; 21(7): p. 461-463.
20. Solmi M, Radua J, Olivola M, Croce E, Soardo L, Salazar de Pablo G, et al. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*. 2022; 27(1): p. 281-295. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>

21. Yung AR, Yung AR, Pan Yuen H, McGorry PD, Phillips LJ, Kelly D, et al. Mapping the onset of psychosis: the comprehensive assessment of at-risk mental states. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2005; 39(11-12): p. 964-971. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2005.01714.x>
22. WHO. International Classification of Diseases, Eleventh Revision: World Health Organization; 2019.
23. van Os J, Reininghaus U. Psychosis as a transdiagnostic and extended phenotype in the general population. *World Psychiatry*. 2016; 15(2): p. 118-124. <https://doi.org/10.1002/wps.20310>
24. Barrantes-Vidal N. A follow-up study of an adolescent population sample at high neurocognitive risk for schizophrenia spectrum disorders: Universitat Autònoma de Barcelona; 2000.
25. Staines L, Healy C, Murphy F, Byrne J, Murphy J, Kelleher I, et al. Incidence and persistence of psychotic experiences in the general population: systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*. 2023; 49(4). <https://doi.org/10.1093/schbul/sbad056>
26. Yates K, Lång U, Peters EM, Wigman JT, McNicholas F, Cannon M, et al. Hallucinations in the general population across the adult lifespan: prevalence and psychopathologic significance. *The British Journal of Psychiatry*. 2021; 219(6): p. 652-658. doi:10.1192/bjp.2021.100
27. Healy C, Brannigan R, Dooley N, Coughlan H, Clarke M, Kelleher I, et al. Childhood and adolescent psychotic experiences and risk of mental disorder: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*. 2019; 49: p. 1589-1599. doi:10.1017/S0033291719000485
28. Kelleher I, Connor D, Clarke MC, Devlin N, Harley M, Cannon M. Prevalence of psychotic symptoms in childhood and adolescence: a systematic review and meta-analysis of population-based studies. *Psychological Medicine*. 2012; 42(9): p. 1857-1863. doi: 10.1017/S0033291711002960
29. Salazar de Pablo G, Woods SW, Drymonitou G, de Diego H, Fusar-Poli P. Prevalence of individuals at clinical high-risk of psychosis in the general population and clinical samples: systematic review and meta-analysis. *Brain Sciences*. 2021; 11(11).
30. Domínguez-Martínez T, Sheinbaum T, Fresan N, Nieto L, López SR, Robles R, et al. Psychosocial factors associated with the risk of developing psychosis in a Mexican general population sample. *Frontiers in Psychiatry*. 2023; 14(1095222). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1095222>
31. Lopez SR, Lara Mdel C, Kopelowicz A, Solano S, Foncerrada H, Aguilera A. La CLA-

- ve to increase psychosis literacy of Spanish-speaking community residents and family caregivers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2009; 77(4): p. 763-774. <https://doi.org/10.1037/a0016031>
32. APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5* Washington, DC.: American Psychiatric Association; 2013.
 33. Boland RJ, Verduin ML, Ruiz P, Shah A. Kaplan & Sadock. *Sinopsis de Psiquiatría*. 12th ed.: Wolters Kluwer; 2022.
 34. OMS. *Guía de intervención humanitaria mhGAP (GIH-mhGAP). El manejo clínico de los trastornos mentales neurológicos y por uso de sustancias en las emergencias humanitarias* Washington, DC.: Organización Panamericana de la Salud; 2016.
 35. Zubin J, Spring B. Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*. 1977; Apr;86(2):103-26. doi:10.1037//0021-843x.86.2.103
 36. Patel PK, Leathem LD, Currin DL, Karlsgodt KH. Adolescent neurodevelopment and vulnerability to psychosis. *Biological Psychiatry*. 2021; 89(2): p. 184-193. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2020.06.028>
 37. van Os J, Kenis G, Rutten BP. The environment and schizophrenia. *Nature*. 2010; 468(7321): p. 203-212. <https://doi.org/10.1038/nature09563>
 38. van Winkel R, Stefanis NC, Myin-Germeys I. Psychosocial Stress and Psychosis. A Review of the Neurobiological Mechanisms and the Evidence for Gene-Stress Interaction. *Schizophrenia Bulletin*. 2008; 34(6): p. 1095–1105. <https://doi.org/10.1093/sch-bul/sbn101>
 39. Arango C, Dragioti E, Solmi M, Cortese S, Domschke K, Murray RM, et al. Risk and protective factors for mental disorders beyond genetics: an evidence-based atlas. *World Psychiatry*. 2021; 20(3): p. 417-436. <https://doi.org/10.1002/wps.20894>
 40. Brasso C, Giordano B, Badino C, Bellino S, Bozzatello P, Montemagni C, et al. Primary Psychosis: Risk and Protective Factors and Early Detection of the Onset. *Diagnostics (Basel)*. 2021; 11(11). <https://doi.org/10.3390/diagnostics11112146>
 41. Buck SA, Quincy Erickson-Oberg M, Logan RW, Freyberg Z. Relevance of interactions between dopamine and glutamate neurotransmission in schizophrenia. *Molecular Psychiatry*. 2022; 27(9): p. 3583-3591. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01649-w>
 42. Caravaggio F, Iwata Y, Kim J, Shah P, Gerretsen P, Remington G, et al. What proportion of striatal D2 receptors are occupied by endogenous dopamine at baseline? A meta-analysis with implications for understanding antipsychotic occupancy. *Neuropharmacology*. 2020; 163(107591). doi:10.1016/j.neuropharm.2019.03.034
 43. Collins MA, Chung Y, Addington J, Bearden CE, Cornblat BA, Cadenhead KS, et al. Discriminatory experiences predict neuroanatomical changes and anxiety among heal-

- thy individuals and those at clinical high risk for psychosis. *Neuroimage Clinical*. 2021; 31(102757). <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2021.102757>
44. Fusar-Poli P, Tantardini M, De Simone S, Ramella-Cravaro V, Oliver D, Kingdon J, et al. Deconstructing vulnerability for psychosis: Meta-analysis of environmental risk factors for psychosis in subjects at ultra high-risk. *European Psychiatry*. 2017;(40): p. 65-75. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.09.003>
 45. Marchi M, Alkema A, Xia C, Thio CH, Chen LY, Schalkwijk W, et al. Investigating the impact of poverty on mental illness in the UK Biobank using Mendelian randomization. *Nature Human Behaviour*. ; 8(9): p. 1771-1783. doi.10.1038/s41562-024-01919-3
 46. Merritt K, McCutcheon RA, Aleman A, Ashley S, Beck K, Block W, et al. Variability and magnitude of brain glutamate levels in schizophrenia: a meta and mega-analysis. *Molecular Psychiatry*. 2023; 28(5): p. 2039-2048. <https://doi.org/10.1038/s41380-023-01991-7>
 47. Obiols JE, Barrantes-Vidal N. Signos de riesgo y detección precoz de psicosis. Madrid: Editorial Síntesis; 2014.
 48. Radua J, Ramella-Cravaro V, Ioannidis JP, Reichenberg A, Phipphothatsanee N, A-T, YTH, OD, DC, & MC. What causes psychosis? An umbrella review of risk and protective factors. *World Psychiatry*. 2018; 17(1): p. 49-66. <https://doi.org/10.1002/wps.20490>
 49. Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium. Mapping genomic loci implicates genes and synaptic biology in schizophrenia. *Nature*. 2022; 604(7906): p. 502-508.
 50. Tandon R, Nasrallah H, Akbarian S, Carpenter Jr WT, DeLisi LE, Gaebel W, et al. The schizophrenia syndrome, circa 2024: What we know and how that informs its nature. *Schizophrenia Research*. 2024; 264: p. 128. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2023.11.015>
 51. Werner FM, Coveñas R. Risk genes in schizophrenia and their importance in choosing the appropriate antipsychotic treatment. *Current Pharmaceutical Design*. 2021; 27(30): p. 3281-3292. doi.10.2174/1381612827666210215151333
 52. Althwanay A, AlZamil NA, Almukhadhib OY. Risks and Protective Factors of the Prodromal Stage of Psychosis: A Literature Review. *Cureus*. 2020; 12(6, e8639). <https://doi.org/10.7759/cureus.8639>
 53. Wigman JT, van der Tuin S, van den Berg D, Muller MK, Booij SH. Mental health, risk and protective factors at micro-and macro-levels across early at-risk stages for psychosis: The Mirorr study. *Early intervention in Psychiatry*. 2023; 17(5): p. 478-494. <https://doi.org/10.1111/eip.13343>
 54. Early Psychosis Global Working, G. a. E. N. S. P. Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis. 2nd edition update. 2nd ed.: Orygen, The National Centre of Excellence in Youth Mental Health; 2016.

55. George M, Maheshwari S, Chandran S, Manohar JS, Rao TS. Understanding the schizophrenia prodrome. *Indian Journal of Psychiatry*. 2017; 59(4): p. 505-509. doi. 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_464_17
56. Yung AR, McGorry PD, McFarlane CA, Jackson HJ, Patton GC, Rakkar A. Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. *Schizophrenia Bulletin*. 1996; 22(2): p. 283-303. <https://doi.org/10.1093/schbul/22.2.283>
57. Schultze-Lutter F, Ruhrmann S, Berning J, Maier W, Klosterkötter J. Basic symptoms and ultrahigh risk criteria: symptom development in the initial prodromal state. *Schizophrenia bulletin*. 2010; 36(1): p. 182-191.
58. Miller TJ, McGlashan TH, Rosen JL, Somjee L, Markovich PJ, Stein K, et al. Prospective diagnosis of the initial prodrome for schizophrenia based on the Structured Interview for Prodromal Syndromes: preliminary evidence of interrater reliability and predictive validity. *American journal of psychiatry*. 2002; 159(5): p. 863-865.
59. Fusar-Poli P, Borgwardt S, Bechdolf A, Addington J, Riecher-Rossler A, Schultze-Lutter F, et al. The psychosis high-risk state: a comprehensive state-of-the-art review. *JAMA Psychiatry*. 2013; 70(1): p. 107-120. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.269>
60. Nelson B. A stitch in time: interventions for young people at ultra high risk of psychosis: Orygen Youth Health Research Centre; 2014.
61. Fusar-Poli P, Rutigliano G, Stahl D, Davies C, De Micheli A, Ramella-Cravaro V, et al. Long-term validity of the At Risk Mental State (ARMS) for predicting psychotic and non-psychotic mental disorders. *European Psychiatry*. 2017;(42): p. 49-54. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.11.010>
62. Marshall C, Lu Y, Lyngberg K, Deighton S, Cadenhead KS, Cannon TD, et al. Changes in symptom content from a clinical high-risk state to conversion to psychosis. *Early intervention in Psychiatry*. 2019; 13(2): p. 257-263. <https://doi.org/10.1111/eip.12473>
63. Nelson Y. The ultra-high risk concept—a review. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2013; 58(1): p. 5-12. <https://doi.org/10.1177/070674371305800103>
64. Meneghelli A, Cocchi A, Meliante M, Barbera S, Malvini L, Monzani E, et al. Time-course of clinical symptoms in young people at ultra-high risk for transition to psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*. 2022; 16(6): p. 600-608. <https://doi.org/10.1111/eip.13201>
65. Estrade A, Salazar de Pablo G, Zanoy A, Wood S, Fisher HL, Fusar-Poli P. Public health primary prevention implemented by clinical high-risk services for psychosis. *Translational Psychiatry*. 2022; 12(1). <https://doi.org/10.1038/s41398-022-01805-4>
66. Salazar de Pablo G, Radua J, Pereira J, Bonoldi I, Arienti V, Besana F, et al. Probability of Transition to Psychosis in Individuals at Clinical High Risk: An Updated Meta-analysis.

- sis. JAMA Psychiatry. 2021; 78(9): p. 970-978. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0830>
67. Lundin NB, Blouin AM, Cowan HR, Moe AM, Wastler HM, Breitborde NJK. Identification of Psychosis Risk and Diagnosis of First-Episode Psychosis: Advice for Clinicians. Psychology Research and Behavior Management. 2024; 17: p. 1365-1383. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S423865>
 68. Sheitman BB, Lieberman JA, Lee H, Strauss R. The evaluation and treatment of first-episode psychosis. Schizophrenia Bulletin. 1997; 23(4): p. 653-661. <https://doi.org/10.1093/schbul/23.4.653>
 69. Galletly C, Castle D, Dark F, Humberstone V, Jablensky A, Killackey E, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2016; 50(5): p. 410-472. <https://doi.org/10.1177/00048674166411>
 70. Solmi M, Soardo L, Kaur S, Azis M, Cabras A, Censori M, et al. Meta-analytic prevalence of comorbid mental disorders in individuals at clinical high risk of psychosis: the case for transdiagnostic assessment. Molecular Psychiatry. 2023; 28(6): p. 2291-2300. <https://doi.org/10.1038/s41380-023-02029-8>
 71. Schultze-Lutter F, Michel C, Schmidt SJ, Schimmelmann B, Maric N, Salokangas R, et al. EPA guidance on the early detection of clinical high risk states of psychoses. European Psychiatry. 2015; 30(3): p. 405-416. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.01.010>
 72. Yung AR, Nelson B. The ultra-high risk concept-a review. The Canadian Journal of Psychiatry. 2013; 58(1): p. 5-12. <https://doi.org/10.1177/0706743713058001>
 73. McGorry P. International clinical practice guidelines for early psychosis. The British Journal of Psychiatry. 2005; 187(Suppl. 48): p. S120-S124.
 74. Maurer K, Zink M, Rausch F, Häfner H. The early recognition inventory ERIraos assesses the entire spectrum of symptoms through the course of an at-risk mental state. Early Intervention in Psychiatry. 2018; 12(2): p. 217-228. <https://doi.org/10.1111/eip.12305>
 75. Fonseca-Pedrero E, Gooding DC, Ortuño-Sierra J, Paino M. Assessing self-reported clinical high risk symptoms in community-derived adolescents: A psychometric evaluation of the Prodromal Questionnaire-Brief. Comprehensive Psychiatry. 2016; 66: p. 201-208. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.01.013>
 76. Thompson E, Millman ZB, Okuzawa N, Mittal V, DeVlyder J, Skadberg T, et al. Evidence-based early interventions for individuals at clinical high risk for psychosis: a review of treatment components. The Journal of Nervous and Mental Disease. 2015; 203(5): p. 342-351. doi.10.1097/NMD.0000000000000287
 77. Erzin G, Gülöksüz S. Early Interventions for Clinical High-Risk State for Psychosis. Nöro

- Psikiyatri Arşivi. 2021; 58(Suppl. 1): p. S7-S11. <https://doi.org/10.29399/npa.27404>
78. Savill M, D'Ambrosio J, Cannon TD, Loewy RL. Psychosis risk screening in different populations using the Prodromal Questionnaire: a systematic review. *Early Intervention in Psychiatry*. 2018; 12(1): p. 3-14.
 79. McGlashan TH, Miller TJ, Woods SW, Hoffman RE, Davidson L. Instrument for the assessment of prodromal symptoms and states. En *Early intervention in Psychotic Disorders*. 2001. p. 135-149. https://doi.org/10.1007/978-94-010-0892-1_7
 80. Addington J, Woods SW, Yung AR, Calkins ME, Fusar-Poli P. Harmonizing the structured interview for psychosis-risk syndromes (SIPS) and the comprehensive assessment of at-risk mental states (CAARMS): An initial approach. *Early Intervention in Psychiatry*. 2024; 18(4): p. 248-254. <https://doi.org/10.1111/eip.13401>
 81. Scott J, Crouse JJ, Ho N, Iorfino F, Martin N, Parker R, et al. Early expressions of psychopathology and risk associated with trans-diagnostic transition to mood and psychotic disorders in adolescents and young adults. *PLOS One*. 2021; 16(6, e0252550). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252550>
 82. Destrée L, McGorry P, Chanen A, Ratheesh A, Davey C, Polari A, et al. Transdiagnostic risk identification: a validation study of the Clinical High At Risk Mental State (CHARMS) criteria. *Psychiatry Research*. 2024; 333(115745). <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.115745>
 83. Spiteri-Staines AE, Yung AR, Lin A, Hartmann JA, Amminger P, McGorry PD, et al. Non-psychotic Outcomes in Young People at Ultra-High Risk of Developing a Psychotic Disorder: A Long-Term Follow-up Study. *Schizophrenia Bulletin*. 2024; 50(6): p. 1279-1286. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbae005>
 84. Taylor PJ, Hutton P, Wood L. Are people at risk of psychosis also at risk of suicide and self-harm? A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*. 2015; 45(5): p. 911-926. <https://doi.org/10.1017/S0033291714002074>
 85. Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP, McGorry PD. Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group: psychopathology and clinical features. *Schizophrenia Research*. 2004; 67(2-3): p. 131-142. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(03\)00192-0](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(03)00192-0)
 86. Carney R, Cotter J, Bradshaw TJ, Firth J, Yung AR. Cardiometabolic risk factors in young people at ultra-high risk for psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*. 2016; 170(2-3): p. 290-300. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.01.010>
 87. Provenzani U, De Micheli A, Damiani S, Oliver D, Brondino N, Fusar-Poli P. Physical Health in Clinical High Risk for Psychosis Individuals: A Cross-Sectional Study. *Brain Sciences*. 2023; 13(1). <https://doi.org/10.3390/brainsci13010128>

88. Fusar-Poli P, McGorry PD, Kane JM. Improving outcomes of first-episode psychosis: an overview. *World Psychiatry*. 2017; 16(3): p. 251-265.
89. De Micheli, A. , Provenzani U, Krakowski K, Oliver D, Damiani S, Brondino N, et al. Physical Health and Transition to Psychosis in People at Clinical High Risk. *Biomedicines*. 2024; 12(3).
90. Carney R, Cotter J, Bradshaw T, Yung AR. Examining the physical health and lifestyle of young people at ultra-high risk for psychosis: A qualitative study involving service users, parents and clinicians. *Psychiatry Research*. 2017;(255): p. 87-93. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.05.023>
91. Singh V, Kumar A, Gupta S. Mental health prevention and promotion—A narrative review. *Frontiers in Psychiatry*. 2022; 13(898009).
92. Taylor DM, Barnes TR, Young AH. *The Maudsley prescribing guidelines in psychiatry*: John Wiley & Sons; 2021.
93. Barnes TR, Drake R, Paton C, Cooper SJ, Deakin B, Ferrier IN, et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: updated recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*. 2020; 34(1): p. 3-78. <https://doi.org/10.1177/0269881119889296>
94. Devoe DJ, Peterson A, Addington J. Negative symptom interventions in youth at risk of psychosis: a systematic review and network meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*. 2018; 44(4): p. 807-823. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx193>
95. Nelson B, Amminger G, Yuen H, Markulev C, Lavoie S, Schäfer M, et al. NEURAPRO: a multi-centre RCT of omega-3 polyunsaturated fatty acids versus placebo in young people at ultra-high risk of psychotic disorders—medium-term follow-up and clinical course. *NPJ Schizophrenia*. 2018; 4(1).
96. Susai SR, Sabherwal S, Mongan D, Föcking M, Cotter DR. Omega-3 fatty acid in ultra-high-risk psychosis: A systematic review based on functional outcome. *Early Intervention in Psychiatry*. 2022; 16(1): p. 3-16. <https://doi.org/10.1111/eip.13133>
97. Salazar de Pablo G, Soardo L, Cabras A, Pereira J, Kaur S, Besana F, et al. Clinical outcomes in individuals at clinical high risk of psychosis who do not transition to psychosis: A meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2022; 31. doi:10.1017/S2045796021000639
98. WHO. *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP)*: World Health Organization; 2016.
99. OMS. *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada*: Organización Panamericana de la Salud; 2017.

100. García-Herrera JM, Hurtado MM, Quemada C, Nogueras EV, Bordallo A, Maru C, et al. Guía de práctica clínica para el tratamiento de la Psicosis y la Esquizofrenia: Manejo en Atención Primaria y en Salud Mental Málaga: Servicio Andaluz de Salud; 2019.
101. Norman R, Lecomte T, Addington D, Anderson E. Canadian treatment guidelines on psychosocial treatment of schizophrenia in adults. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(9). 2017; 62(9): p. 617-623. doi:10.1177/0706743717719894
102. National Institute for Health and Care Excellence. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management: NICE Clinical Guidelines; 2014.
103. Ulloa R, Sauer T, Fernandez C, Apiquian R. Guía Clínica. Esquizofrenia en niños y adolescentes: Secretaría de Salud, México / Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro; 2017.
104. van der Gaag M, Nieman DH, Rietdijk J, Dragt S, Ising HK, Klaassen RM, et al. Cognitive behavioral therapy for subjects at ultrahigh risk for developing psychosis: a randomized controlled clinical trial. *Schizophrenia Bulletin*. 2012; 38(6): p. 1180-1188. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs105>
105. Cross SP, Hermens DF, Scott EM, Ottavio A, McGorry PD, Hickie IB. A clinical staging model for early intervention youth mental health services. *Psychiatric Services*. 2014; 65(7).
106. Echebarría RS. Abordaje integral de las fases iniciales de las psicosis: una visión más crítica aún: Editorial Médica Panamericana; 2020.

