

S. Lemos¹
O. Vallina²
P. Fernández¹
J. A. Ortega²
P. García²
A. Gutiérrez²
A. García²
J. Bobes¹
T. Miller³

Validez predictiva de la escala de síntomas prodrómicos (SOPS)

¹ Universidad de Oviedo
² Servicio Cántabro de Salud. Santander
³ Yale University School of Medicine
New Haven. EE. UU.

Introducción. Se realiza un análisis factorial exploratorio de los ítems de la escala de síntomas prodrómicos (SOPS) para conocer sus propiedades psicométricas y su validez de constructo, así como para la validez de criterio o predictiva de las subescalas clínicas de la SOPS en la transición desde el estado prodrómico a la psicosis de los sujetos de riesgo durante el seguimiento de 1 año.

Método. A partir de la administración de la entrevista estructurada de síndromes prodrómicos (SIPS), que incluye la SOPS, a 30 pacientes remitidos para evaluación por la sospecha de presentar signos prodrómicos de psicosis se realizó un análisis factorial con rotación varimáx, se obtuvieron índices de Cronbach de coherencia interna y se analizó, mediante regresión logística, la validez predictiva de las subescalas que componen este instrumento.

Resultados. Se obtuvieron tres factores de primer orden, siendo el más homogéneo y coincidente con investigaciones anteriores el que incluye los síntomas negativos, y se observaron niveles más altos en los síntomas negativos, de desorganización y generales en los varones. Los índices α de Cronbach de la escala fueron 0,880 en la fase de captación de los pacientes de riesgo y 0,952 un año después. Con una tasa de incidencia de psicosis del 26,67% en la muestra estudiada durante el seguimiento de 1 año se comprobó que las subescalas de la SOPS presentaron excelente valor predictivo positivo, siendo los síntomas negativos los que mostraron mejores índices de especificidad (95,5%) y de sensibilidad (100%).

Conclusiones. Los criterios diagnósticos basados en la SIPS/SOPS permiten identificar a las personas de alto riesgo de psicosis y predecir con bastante precisión la aparición de episodios psicóticos a medio plazo, siendo un instrumento válido, económico y de fácil utilización en sistemas sanitarios de atención primaria.

Palabras clave:
Psicosis. Prevención. Detección temprana. Signos prodrómicos.

Actas Esp Psiquiatr 2006;34(4):216-223

Correspondencia:
Serafin Lemos-Giráldez
Facultad de Psicología
Universidad de Oviedo
Plaza Feijoo, s/n
33001 Oviedo
Correo electrónico: slemos@uniovi.es

Predictive validity of the Scale of Prodromal Symptoms (SOPS)

Introduction. We conduct an exploratory factor analysis with the Scale of Prodromal Symptoms (SOPS) items, to determine its psychometric characteristics and construct validity, as well as we analyze criterion or predictive validity of its clinical subscales in the conversion of high mental risk subjects from prodrome to psychosis in a 1 year follow-up period.

Method. The subjects were 30 patients referred for evaluation with the Structured Interview of Prodromal Syndromes (SIPS), which includes the SOPS, because of a suspected psychosis prodromal syndrome, a factor analysis with varimax rotation was carried out: Cronbach internal coherence indices were obtained, and predictive validity of the subscales comprising this instrument were analyzed using logistic regression.

Results. Three first-order factors were found, one of them was a homogeneous component made up of negative symptoms, consistent with previous studies, and higher scores were observed in negative, disorganized and general symptoms in males. Cronbach's alpha indices were 0.880, in the recruitment phase of risk patients, and 0.952 one year later. With an incidence rate of psychosis of 26.67% in the sample studied, during the 1 year follow-up period, an excellent positive predictive value of the SOPS subscales was found, with negative symptoms having the best specificity (95.5%) and sensitivity (100%) indices.

Conclusions. Diagnostic criteria based on the SIPS/SOPS make it possible to identify persons at high risk of psychosis, and to make an accurate prediction of medium term psychotic episodes. It is a valid, economical and easy to use instrument in primary health care systems.

Key words:
Psychoses. Prevention. Early detection. Prodromic signs.

INTRODUCCIÓN

La investigación sobre la predisposición a la psicosis y en particular sobre la detección temprana de marcadores neu-

rocognitivos y comportamentales de vulnerabilidad a la psicosis, así como el desarrollo de programas para la prevención primaria de este espectro de trastornos se encuentra en un momento álgido en el panorama internacional¹⁻¹¹.

La detección y tratamiento temprano especializado de la psicosis se ha convertido en la última década en un área de intervención terapéutica de gran relevancia clínica y práctica debido a que la demora en el inicio del tratamiento se ha asociado con importantes consecuencias negativas, como son un aumento de la comorbilidad (depresión, consumo de tóxicos), deterioro cognitivo, social y familiar, una recuperación posterior más lenta e incompleta y un peor pronóstico a medio y largo plazo^{12,13}.

Desde el nuevo paradigma de intervención temprana en psicosis se promueve la idea de que una adecuada atención en las fases prodrómica e inicial del trastorno puede mejorar la evolución futura y el resultado final, disminuyendo la discapacidad subjetiva y funcional y reduciendo los costes asistenciales. La intervención temprana en psicosis comprende tres ejes básicos: una rápida detección del trastorno, la implementación de un tratamiento en el estadio más temprano posible y la adaptación de la intervención a esta fase del trastorno¹⁴.

Uno de los procedimientos empleados para detectar la predisposición a la psicosis ha consistido en medir en la población general la frecuencia e intensidad de los mismos signos y síntomas observados en los casos clínicos de psicosis, aunque atenuados, partiendo del supuesto de que la experiencia de dichos síntomas no presupone necesariamente la presencia del trastorno. Otro procedimiento ha consistido en medir la expresión del rasgo de predisposición asumiendo que los niveles subclínicos del continuo psicopatológico corresponden a rasgos de personalidad prepsicóticos, por ejemplo, «esquizotípicos», o a determinados defectos en funciones cognitivas específicas que explican la aparición de anomalías en el procesamiento de la información compleja y, a la postre, en el «sentido común». Ambos procedimientos corresponden a las líneas de investigación clínica (cuyo objetivo es anticipar la identificación de los síntomas prodrómicos) y de alto riesgo (centrada en el estudio prospectivo de marcadores de vulnerabilidad), respectivamente. Ambas líneas de investigación tratan de responder con metodologías diferentes a las siguientes preguntas: ¿Hacia dónde hay que mirar para identificar la predisposición a la psicosis? ¿A los niveles subclínicos de los signos y síntomas psicóticos (supuestamente indicadores distales respecto a la etiología del trastorno) o bien a los déficit resultantes de perturbaciones en los circuitos neurales o en el neurodesarrollo (es decir, indicadores marcadores más próximos a las causas)?

El constructo de «síndrome prodrómico» de psicosis se apoya en el supuesto de dimensionalidad de la psicopatología y es, en cierta medida, análogo a otros conceptos del espectro esquizofrénico también utilizados con idéntico obje-

tivo como son la esquizotipia o la esquizotaxia, e indica la presencia de síntomas similares aunque más leves a los de una psicosis franca, pero que en cambio tienen un origen reciente y han escalado en el nivel de gravedad en vez de ser estables y duraderos.

El equipo de investigación prodrómica PRIME de la Universidad de Yale (Estados Unidos)^{15,16}, siguiendo una metodología clínica, ha desarrollado dos instrumentos con el propósito de valorar transversal y longitudinalmente los tres síndromes prodrómicos de psicosis descritos por el grupo de Australia¹⁷: a) síntomas positivos de psicosis breves e intermitentes que no se ajustan al diagnóstico de una psicosis franca; b) síntomas positivos atenuados, y c) deterioro funcional asociado a riesgo genético. Los instrumentos creados al efecto fueron la entrevista estructurada de síndromes prodrómicos (*Structured Interview for Prodromal Syndromes*, SIPS)^{18,19} y la escala de síntomas prodrómicos (*Scale of Prodromal Symptoms*, SOPS)²⁰. La SIPS incluye la SOPS, los criterios DSM-IV para el trastorno de la personalidad esquizotípica²¹, un cuestionario de antecedentes familiares²² y una versión de la escala *Global Assessment of Functioning* (GAF)²³. En la SIPS también se incluyen definiciones operativas para determinar la presencia tanto de los tres citados síndromes prodrómicos (*Criteria of Prodromal Syndromes*, COPS) como de una psicosis de comienzo (*Presence of Psychotic Syndrome*, POPS). En consecuencia, la SOPS es un procedimiento de traducción numérica o de síntesis cuantitativa de los síntomas explorados mediante la SIPS.

La SIPS/SOPS ha mostrado una alta fiabilidad interjueces, así como una alta validez predictiva, obteniéndose, tras un breve programa de entrenamiento, valores κ entre 0,71 y 1,00, en lo que respecta a la diferenciación de pacientes prodrómicos y no prodrómicos, en muestras que han mostrado un índice de conversión a la psicosis del 46% para los pacientes con signos prodrómicos en los 6 meses siguientes y del 54% al cabo de 1 año. Por otra parte, respecto a la predicción del riesgo de transición a la psicosis de los sujetos con signos prodrómicos, los autores refieren que las puntuaciones de la SOPS muestran una sensibilidad del 100%, una especificidad del 74% y un valor predictivo positivo del 50% al cabo de 1 año y del 67% al cabo de 2 años²⁴.

Finalmente, un estudio reciente ha mostrado una estructura factorial de la SOPS que incluye tres dimensiones: un claro factor que aglutina los síntomas negativos, un factor clasificado como «general» y un factor con predominio de síntomas positivos²⁵.

En resumen, los objetivos de la SIPS/SOPS han sido proporcionar una medida sistemática de la presencia o ausencia de los tres síndromes prodrómicos, medir la gravedad de los síntomas prodrómicos transversal y longitudinalmente y definir los umbrales de la psicosis de manera operativa. El interés de disponer de un instrumento clínico válido para detectar la predisposición a la psicosis se apoya en la hipótesis de

que una temprana intervención, anterior a la primera aparición de un episodio psicótico, puede alterar el curso natural del trastorno, bien retrasando su comienzo, bien disminuyendo su gravedad, o tal vez abortando su aparición.

La SOPS consta de 19 ítems que están organizados temáticamente en cuatro subescalas (síntomas positivos, negativos, de desorganización y generales) y se utilizan definiciones operativas para la calificación de los síntomas. Todos los síntomas reciben una puntuación entre 0 y 6, que corresponden a los extremos de «ausente» y «grave y psicótico» en la subescala de síntomas positivos y de «ausente» y «extremo» en las otras tres subescalas (tabla 1).

Ante la ausencia de trabajos que hayan aportado datos sobre la utilidad de la SIPS/SOPS en español y en nuestro entorno cultural, el objetivo de este estudio es hacer un análisis factorial exploratorio con carácter preliminar para conocer las propiedades de los ítems de la SOPS, la validez de constructo de las subescalas clínicas y comparar los factores obtenidos en las fases prodrómicas de la psicosis con los observados en la esquizofrenia. Por otra parte se pretende analizar la validez de criterio o predictiva de las subescalas de la SOPS; es decir, la relación entre las puntuaciones obtenidas con este instrumento y un criterio externo que

defina aquello que se pretende medir de una forma independiente; en este caso la transición a la psicosis durante el seguimiento de 1 año desde la primera evaluación de los sujetos de riesgo.

MÉTODO

Sujetos

Los pacientes incluidos en el estudio son los 30 primeros que fueron derivados al programa de intervención temprana en psicosis del Área de Torrelavega-Reinosa (Cantabria) por los centros de atención primaria, consulta joven y otros dispositivos de la comunidad (de unos 160.000 habitantes) y que cumplían los criterios de alguno de los síndromes prodrómicos antes descritos. Tres de los pacientes habían tenido un episodio psicótico breve (1 tenía, además, antecedentes de psicosis en familiares de primer grado), 25 habían manifestado recientemente síntomas psicóticos atenuados (de los cuales, 8 tenían también antecedentes familiares psicóticos) y 2 presentaban antecedentes familiares psicóticos y deterioro funcional. No obstante, del conjunto de la muestra, un total de 9 pacientes presentaban también un trastorno de personalidad esquizotípica. Los pacientes remitidos al programa con historia de algún trastorno psicótico u otra patología no se incluyeron en este estudio y fueron objeto del tratamiento apropiado.

La edad media de los participantes es de 21,7 años (con un rango de 15 a 31 años) y el porcentaje de varones fue del 56,7%. Once pacientes manifestaban consumir ocasionalmente algún tipo de drogas, si bien ninguno presentaba un trastorno de dependencia. La formación académica era primaria en 11 casos, secundaria o profesional en 12 y universitaria en 7.

Procedimiento

La selección de los sujetos no fue aleatoria, sino de acuerdo al orden de llegada o contacto con los servicios asistenciales. De la muestra total de 30 participantes, 22 de ellos fueron evaluados dos veces con un intermedio entre ambas evaluaciones de 1 año, durante cuyo período se llevó a cabo tratamiento cognitivo conductual y tratamiento farmacológico en aquellos casos en que se precisaba. En 8 casos sólo fue posible llevar a cabo la primera evaluación, ya que los pacientes abandonaron el programa o cambiaron de residencia. Las evaluaciones fueron realizadas de manera individual a cada paciente por un psicólogo utilizando la SIPS y otras escalas complementarias.

Se informó tanto al paciente como a su familia del protocolo de intervención temprana y del tipo de tratamiento a recibir para recabar su consentimiento. Durante el período de seguimiento se mantuvieron contactos semanales durante los primeros 2 meses y luego quincenales.

Tabla 1

Ítems que componen la SOPS

Subescalas de la SOPS	Ítems de la SOPS
Síntomas positivos	P.1. Contenido inusual del pensamiento/ideas delirantes P.2. Susplicacia/ideas persecutorias P.3. Grandiosidad P.4. Anomalías perceptivas/alucinaciones P.5. Comunicación desorganizada
Síntomas negativos	N.1. Anhedonia social o aislamiento N.2. Abulia (apatía) N.3. Expresión de emociones disminuida N.4. Experiencia de emociones y del yo disminuida N.5. Pensamiento empobrecido N.6. Deterioro del funcionamiento de roles
Síntomas de desorganización	D.1. Apariencia y comportamiento raro D.2. Pensamiento extraño D.3. Problemas de atención y concentración D.4. Higiene personal/habilidades sociales
Síntomas generales	G.1. Alteraciones del sueño G.2. Humor disfórico G.3. Alteraciones motoras G.4. Tolerancia disminuida al estrés normal
Puntuación: síntomas positivos: 0: ausente, a 6: grave y psicótico. Síntomas negativos, desorganización y generales: 0: ausente, a 6: extremo.	

RESULTADOS

El valor medio obtenido en las subescalas de la SOPS fue de 2,15 para los síntomas positivos, de 2,87 para los síntomas negativos, de 2,5 para los síntomas de desorganización y de 2,93 para los síntomas generales. Los estadísticos descriptivos de los ítems de la SOPS se presentan en la tabla 2, en donde puede apreciarse que la mayoría de los valores medios observados en cada uno de los ítems equivale a niveles de intensidad entre 0 (ausente) y 3 (moderado), mostrando sólo tres ítems un valor medio de 4 (moderadamente grave).

Relación entre las subescalas de la SOPS y otras variables

Se han establecido comparaciones entre las puntuaciones obtenidas en cada una de las subescalas de la SOPS y la presencia o no de antecedentes familiares de psicosis, apreciándose que los pacientes con historia familiar de psicosis puntuaron significativamente más alto en los síntomas positivos ($t = 2,72$; $p = 0,011$), si bien la comparación conjunta de las cuatro subescalas entre ambos grupos no ofreció diferencias significativas (λ de Wilks = 0,810; $p = 0,243$).

Tampoco se observaron diferencias significativas en las cuatro subescalas de la SOPS tomando como comparación

la existencia o no de un trastorno de la personalidad esquizotípica, el consumo o no de drogas o bien los niveles de formación académica. En cambio sí se apreciaron diferencias significativas en la comparación de varones y mujeres, puntuando siempre más alto los varones en las cuatro subescalas (λ de Wilks = 0,535; $p = 0,019$), y radicando las diferencias significativas en los síntomas negativos ($F = 4,90$; $p = 0,035$), los síntomas de desorganización ($F = 7,40$; $p = 0,011$) y los síntomas generales ($F = 5,94$; $p = 0,021$).

Estructura factorial

Con el propósito de conocer la estructura que subyace a la escala SOPS se realizó un análisis factorial exploratorio inicial con el método de extracción de factores basado en componentes principales que generó cinco componentes con autovalores superiores a 1 y que explicaban un 77,37% de la varianza. De los 19 ítems de la SOPS, 10 mostraron mayor peso en el primer componente, 4 en el segundo componente, 2 en los componentes tercero y cuarto, respectivamente, y 1 en el componente quinto. Teniendo en cuenta, sin embargo, que cada uno de los componentes cuarto y quinto explicaban menos del 10% de la varianza total, se optó por realizar un nuevo análisis factorial forzando una solución de tres factores con el método de extracción varimáx para maximizar las diferencias entre factores. Desde un punto de vista teórico esta decisión metodológica se apoya también en la observación de tres dimensiones (psicótica, desorganizada y negativa) en la esquizofrenia²¹ y la obtención de tres factores en el citado análisis factorial de la SOPS²⁵. La medida de adecuación muestral KMO fue de 0,665 y la prueba de esfericidad de Bartlett ofreció un valor para χ^2 de 411.031 ($p = 0,000$), lo que indica que la aplicación del análisis factorial es apropiado.

Los tres factores obtenidos explicaron el 63,53% de la varianza (27,83, 23,62 y 12,08%, respectivamente) (tabla 3).

Puede observarse que el factor 1 es relativamente homogéneo al incluir la totalidad de los síntomas negativos, además de un síntoma de desorganización (deterioro en la higiene personal y en las habilidades sociales) y un síntoma general (alteraciones motoras). El factor 2 es más heterogéneo y engloba tres síntomas positivos, dos síntomas de desorganización y tres síntomas generales, mientras que el factor 3 se compone exclusivamente de dos síntomas positivos y un síntoma de desorganización.

Estos hallazgos revelan que sólo el factor 1, que aglutina los síntomas negativos, guarda estrecha relación con lo observado en la clínica de la esquizofrenia, existiendo, por tanto, clara continuidad desde las fases prodrómicas a la psicosis. En cambio, las dimensiones de síntomas positivos y de síntomas de desorganización cognitiva descritas en la esquizofrenia no aparecen en estos pacientes con la misma claridad, pudiendo constituir precisamente la característica que específicamente marca la transición a la psicosis.

Tabla 2		SOPS: estadísticos descriptivos (primera evaluación, n = 30)	
Ítems de la SOPS	Media (DT)	Rango	
P.1. Contenido inusual del pensamiento/ ideas delirantes	3,40 (1,75)	0-5	
P.2. Susplicacia/ideas persecutorias	3,50 (1,72)	0-5	
P.3. Grandiosidad	0,30 (0,70)	0-3	
P.4. Anomalías perceptivas/alucinaciones	1,70 (2,02)	0-5	
P.5. Comunicación desorganizada	1,83 (1,62)	0-5	
N.1. Anhedonia social o aislamiento	3,76 (1,69)	0-6	
N.2. Abulia (apatía)	3,67 (1,54)	0-6	
N.3. Expresión de emociones disminuida	1,53 (1,65)	0-6	
N.4. Experiencia de emociones y del yo disminuida	2,67 (1,47)	0-6	
N.5. Pensamiento empobrecido	1,57 (1,91)	0-5	
N.6. Deterioro del funcionamiento de roles	4,10 (1,65)	0-6	
D.1. Apariencia y comportamiento raro	2,80 (1,58)	0-5	
D.2. Pensamiento extraño	3,00 (1,39)	0-5	
D.3. Problemas de atención y concentración	2,83 (0,75)	1-4	
D.4. Higiene personal/habilidades sociales	1,37 (1,50)	0-5	
G.1. Alteraciones del sueño	2,70 (1,68)	0-5	
G.2. Humor disfórico	4,43 (0,90)	2-6	
G.3. Alteraciones motoras	0,47 (1,78)	0-3	
G.4. Tolerancia disminuida al estrés normal	4,13 (1,25)	0-6	

Tabla 3		Factores de la SOPS (primera evaluación, n = 30)		
Síntomas	Factor 1	Factor 2	Factor 3	
N.1. Anhedonia social o aislamiento	0,839			
N.2. Abulia (apatía)	0,854			
N.3. Expresión de emociones disminuida	0,787	-0,356		
N.5. Pensamiento empobrecido	0,779			
N.6. Deterioro del funcionamiento de roles	0,709			
D.4. Higiene personal/habilidades sociales	0,654			
N.4. Experiencia de emociones y del yo disminuida	0,581	0,451		
G.3. Alteraciones motoras	0,476			
P.1. Contenido inusual del pensamiento/ ideas delirantes		0,891		
P.2. Susplicia/ideas persecutorias		0,846		
D.2. Pensamiento extraño		0,846		
G.2. Humor disfórico		0,652		
G.4. Tolerancia disminuida al estrés normal	0,582	0,585		
G.1. Alteraciones del sueño		0,529		
P.4. Anomalías perceptivas/alucinaciones		0,489		
D.1. Apariencia y comportamiento raro	0,472	0,481	0,476	
P.5. Comunicación desorganizada			0,772	
D.3. Problemas de atención y concentración		0,568	0,667	
P.3. Grandiosidad			0,662	

Para mayor claridad se han suprimido los pesos inferiores a 0,35.

Fiabilidad y poder predictivo

En la tabla 4 se presentan los valores α de Cronbach de cada una de las subescalas de la SOPS obtenidos en la primera evaluación y en el seguimiento 1 año después. Como puede apreciarse, se comprueba una adecuada coherencia interna entre los ítems que componen las subescalas de los síntomas negativos y de los síntomas de desorganización, siendo algo más débil en las subescalas de síntomas posi-

Tabla 4		Análisis de la fiabilidad de la SOPS (valores alfa de Cronbach)	
Escalas	Primera evaluación (n = 30)	Segunda evaluación (n = 22)	
Síntomas positivos	0,539	0,739	
Síntomas negativos	0,875	0,927	
Síntomas de desorganización	0,711	0,853	
Síntomas generales	0,574	0,738	
Total escalas de la SOPS	0,880	0,952	

vos y de síntomas generales. Sin embargo, todos los índices ofrecen valores altos cuando se analizan los datos de nuevo tras 1 año de seguimiento. Del mismo modo, la coherencia interna de los ítems de la SOPS en su conjunto es alta tanto en la primera como en la segunda evaluación, en donde se alcanzan niveles máximos.

Respecto a la validez predictiva de la SOPS, se ha analizado la potencia de este instrumento en la identificación de los pacientes con riesgo de transitar a la psicosis en el plazo de 1 año. Teniendo en cuenta que la incidencia de psicosis en dicho período fue del 26,7%, se comprobó que la SOPS fue un instrumento muy idóneo para determinar quiénes mostraban mayor riesgo de descompensación psicótica y, en particular, los síntomas negativos y los síntomas de desorganización fueron los que ofrecieron valores predictivos más altos (tabla 5).

La sensibilidad de los síntomas negativos y de desorganización alcanzó el 100%, mientras que la especificidad de todas las subescalas fue, en general, muy alta, especialmente la de la subescala de síntomas negativos.

Como es sabido, la sensibilidad refleja la ausencia de errores tipo 1 (falsos negativos) y la especificidad indica la ausencia de errores tipo 2 (falsos positivos). Por desgracia rara vez un predictor reúne las características de alta sensibilidad y alta especificidad, por lo cual es necesario dar preferencia a uno de estos dos índices según la naturaleza del trastorno. Así, en enfermedades letales se entiende que es preferible sacrificar la especificidad a favor de una mejor sensibilidad, de modo que pueda ser identificado el mayor número posible de personas que podrían correr el riesgo de morir. En cambio, en enfermedades con baja mortalidad y elevado riesgo de estigmatización, como sucede con las psicosis, el predictor ideal debería tener elevada especificidad.

En consecuencia, a partir de los datos obtenidos puede afirmarse que la SOPS reúne buenas condiciones para su utilización en la predicción clínica al permitir una razonable

Tabla 5		SOPS: predicción de la transición a la psicosis (n = 30)		
Escalas	Sensibilidad	Especificidad	Valor predictivo positivo	
Síntomas positivos	75%	90,9%	86,7%	
Síntomas negativos	100%	95,5%	96,7%	
Síntomas de desorganización	100%	86,4%	90%	
Síntomas generales	75%	90,9%	86,7%	
Total escalas de la SOPS	75%	90,9%	86,7%	

Incidencia en 1 año: 26,7%.

identificación de personas con elevada vulnerabilidad a la psicosis. Aunque, desgraciadamente, a partir de los predictores clínicos que actualmente manejamos puede que una cierta proporción de personas identificadas como «positivos» nunca desarrollen una psicosis, esta desventaja debe ser compensada con los importantes beneficios que deberían derivarse de la intervención temprana.

DISCUSIÓN

La detección e intervención temprana en psicosis se diferencia del proceder habitual de «esperar a ver» por ser una estrategia estructurada y dirigida a determinar la existencia del trastorno, justamente al comienzo del mismo. Los estudios publicados relacionan significativamente la reducción del período sin tratar de la sintomatología psicótica de comienzo con una fase de psicosis activa más corta, un trastorno menos grave y el desarrollo de una menor cronicidad. Siguiendo esta misma lógica se cree también que una detección del riesgo en la fase prodrómica y una monitorización rigurosa podría producir beneficios similares o incluso más poderosos que la reducción de la psicosis no tratada en la fase tras el comienzo¹.

Sin embargo, los principales inconvenientes que pueden presentar los programas de detección temprana de psicosis son la existencia de errores diagnósticos tipo 2 (falsos positivos) y tipo 1 (falsos negativos). La tasa de falsos positivos esperada en la identificación de estos casos tiende a variar inversamente con la edad, mientras que, por ejemplo, en las psicosis esquizofrénicas la tasa «natural» de falsos negativos puede alcanzar hasta un 25% porque no todos los casos van precedidos de una clara fase prodrómica²⁶.

Un cambio de paradigma sobre la detección e intervención prodrómica vino catalizado por Yung et al. al articular los tres criterios de alto riesgo de la fase prodrómica (estado psicótico breve intermitente, estado de síntomas positivos atenuados o estado de riesgo genético y deterioro funcional)²⁷. Diversas investigaciones realizadas en Australia, Estados Unidos y Noruega han comprobado que las personas que cumplen cualquiera de estos criterios presentan una tasa de transición a la psicosis en el plazo de 1 año de entre 21-54%¹.

Con el propósito de identificar operativamente estos estados de alto riesgo, el grupo de la Universidad de Yale (New Haven, CT) desarrolló los instrumentos SIPS/SOPS y un programa de intervención temprana conocido como Prevention through Risk Identification, Management and Education (PRIME). La validez predictiva de dichos instrumentos reveló que la probabilidad de transición a la psicosis de las personas clasificadas como prodrómicas (SIPS+) en el plazo de 1 año alcanzó hasta el 54% frente a tasas próximas al 0% en quienes no mostraban dichas características (SIPS-)^{19,24}.

Nuestros resultados han revelado que las propiedades psicométricas de la escala son aceptables teniendo en cuenta los índices globales de coherencia interna en los ítems de la escala obtenidos en los datos de la primera evaluación de la muestra y en especial en los de la segunda evaluación tras el seguimiento de 1 año. Se ha comprobado también que las subescalas de la SOPS no guardan clara relación con la presencia de antecedentes familiares de psicosis, con el consumo esporádico de drogas ni con los niveles académicos de los pacientes. En cambio, como ya se ha destacado en la literatura científica, a propósito de las dimensiones de la esquizotipia^{28,29} y de la esquizofrenia³⁰ son más intensos y graves los síntomas negativos, de desorganización y generales en los varones que en las mujeres.

En segundo lugar se ha constatado que las puntuaciones medias en cada uno de los ítems de la SOPS han sido algo más altas a las obtenidas en los programas PRIME²⁵ y RAP³¹, lo que nos hace pensar que tal vez en nuestro programa de detección e intervención temprana estamos captando a los sujetos de riesgo en fases prodrómicas algo más próximas a la psicosis franca de lo deseable. Nuestros pacientes presentan puntuaciones más altas en ítems como «suspicious ideas persecutorias» y «contenido inusual del pensamiento e ideas delirantes» entre los síntomas positivos, «abulia y apatía» y «deterioro del funcionamiento de roles» entre los síntomas negativos y «humor disfórico» y «tolerancia disminuida al estrés normal» entre los síntomas generales. Esta demora en la identificación temprana puede deberse a que los pacientes, sensores primarios del trastorno, no generan demanda directa de tratamiento, por lo que es necesario optimizar la detección de sujetos de riesgo sobre la base de observaciones conductuales externas más rigurosas.

En tercer lugar se comprueba que la estructura factorial de la SOPS ofrece tres dimensiones en consonancia con los análisis realizados por Hawkins et al., si bien sólo existe clara coincidencia respecto a la homogeneidad de la dimensión de síntomas negativos, mientras que las otras dos dimensiones sólo parcialmente replican los resultados de dichos autores y no se ajustan a las observadas en la esquizofrenia, en particular por la ausencia de un factor de desorganización cognitiva²⁵. Ello hace pensar que esta dimensión, al igual que la de los síntomas positivos, emerge con claridad sólo cuando el trastorno se ha establecido y estabilizado.

Finalmente nos parece relevante resaltar la validez predictiva de la SOPS teniendo en cuenta los elevados índices de sensibilidad y de especificidad. De acuerdo con McNeil y Cantor-Graae³², un predictor ideal debería reunir tres características: ser fácilmente identificable, ser susceptible de intervención y no producir estigma social. Por otra parte, como se ha dicho, idealmente el número de falsos positivos (errores tipo 2) a los que da lugar la utilización del predictor debería ser bajo, es decir, un predictor debería tener elevada especificidad, aunque también debería tener elevada sensibilidad y alto valor predictivo positivo. A partir de los datos obtenidos este estudio, la SIPS/SOPS, se presenta como un

instrumento clínico económico, válido, no estigmatizador y fácilmente incorporable a la evaluación clínica estándar, siendo de nuevo los síntomas negativos y de desorganización los criterios que alcanzan el mayor poder predictivo positivo de una posterior psicosis y los síntomas negativos los que ofrecen una especificidad relativa más alta. Estos perfiles de riesgo se detectan óptimamente desde los centros de atención primaria con una adecuada formación de los médicos de familia.

La presente investigación, no obstante, presenta algunas limitaciones que no deberían obviarse, siendo tal vez la más importante el tamaño de la muestra. Es evidente que estos resultados tienen carácter preliminar y deberán replicarse los hallazgos con muestras más amplias. En particular el tamaño de la muestra es claramente escaso para llevar a cabo un análisis factorial de estas características. Además, otra limitación radica en el predominio de pacientes que pertenecen al grupo prodrómico de síntomas positivos atenuados, siendo menor la representación de los subgrupos de pacientes con síntomas psicóticos breves e intermitentes y de riesgo genético más deterioro funcional, lo cual aconseja ser cautos a la hora de interpretar la validez de los datos. No obstante, no es superfluo reseñar que los primeros resultados publicados por los autores de la SIPS/SOPS fueron obtenidos con muestras todavía más reducidas que la utilizada en este estudio. Obviamente, ello se debe a la dificultad que entraña la captación de casos y la realización de estudios de seguimiento a medio o largo plazo con pacientes en fases prodrómicas de psicosis.

A pesar de estas limitaciones, los datos obtenidos constatan una fiabilidad y validez de la escala muy esperanzadoras y apoyan su utilización en la clínica y en la investigación futura para la identificación de personas susceptibles de experimentar cambios en la sintomatología prodrómica.

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación ha sido posible gracias a la ayuda concedida por el Ministerio de Ciencia y Tecnología para el período 2002-2005 (Plan Nacional I + D + I, Ref. MCT-02-BSO-03436).

BIBLIOGRAFÍA

- McGlashan TH, Miller TJ, Woods SW. Pre-onset detection and intervention research in schizophrenia psychoses: current estimates of benefit and risk. *Schizophr Bull* 2001;27:563-70.
- McGorry PD, Henry L, Maude D, Phillips L. Intervenciones psicológicas con orientación preventiva en los inicios de la psicosis. En: Perris C, McGorry PD, editores. *Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de personalidad: manual teórico-práctico*. Bilbao: Desclee de Brouwer (Orig. 1998), 2004; p. 263-88.
- McGorry PD, Phillips LJ, Yung AR. Recognition and treatment of the pre-psychotic phase of psychotic disorders: frontier of fantasy? En: Miller TJ, Mednick SA, McGlashan TH, Libiger J, Johannessen JO, editores. *Early intervention in psychotic disorders*. Dordrecht: Kluwer Academic, 2001; p. 101-22.
- Johannessen J, Larsen T, McGlashan T, Vaglum P. Early intervention in psychosis: the TIPS-project, a multi-centre study in Scandinavia. En: Martindale B, Bateman A, Crowe M, Margison F, editores. *Psychosis: psychological approaches and their effectiveness*. London: Gaskell, 2000; p. 210-34.
- Edwards J, McGorry PD. Intervención precoz en los trastornos psicóticos: una aproximación crítica en la prevención de la morbilidad psicológica. En: Perris C, McGorry PD, editores. *Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de personalidad: manual teórico-práctico*. Bilbao: Desclee de Brouwer (Orig. 1998), 2004; p. 211-43.
- Edwards J, McGorry PD. Implementing early intervention in psychosis: a guide to establishing early psychosis services. Philadelphia: Martin Dunitz, 2002.
- Birchwood M, Spencer E, McGovern D. Schizophrenia: early warning signs. *Adv Psychiat Treat* 2000;6:93-101.
- Birchwood M, Jackson C, Fowler D, editors. *Early intervention in psychosis: a guide to concepts, evidence and interventions*. Chichester: Wiley, 2000.
- Miller TJ, McGlashan TH. The risks of not intervening in pre-onset psychotic illness. *J Ment Health* 2003;12:345-9.
- Miller PM, Byrne M, Hodges A, Lawrie SM, Johnstone EC. Childhood behaviour, psychotic symptoms and psychosis onset in young people at high risk of schizophrenia: early findings from the Edinburgh High Risk Study. *Psychol Med* 2002;32:173-9.
- Cornblatt B, Lencz T, Smith S, Auther A. Treatment of schizophrenia prodrome. En: Stone WS, Faraone SV, Tsuang MT, editores. *Early clinical intervention and prevention in schizophrenia*. Totowa: Humana Press, 2004; p. 303-23.
- McGorry PD, Krstev H, Harrigan S. Early detection and treatment delay: implications for outcome in early detection. *Curr Opin Psychiatry* 2000;13:37-43.
- McGlashan TH. Early detection and intervention of schizophrenia: rationale and research. *Br J Psychiat* 1998;172(Suppl. 33):3-6.
- McGorry P. Preventive strategies in early psychosis: verging on reality. *Br J Psychiatry* 1998;172(Suppl. 33):1-2.
- McGlashan TH, Zipursky RB, Perkins D, Addington J, Miller TJ, Woods SW, et al. The PRIME North America randomized double-blind clinical trial of olanzapine versus placebo in patients at risk of being prodromally symptomatic for psychosis: I. Study rationale and design. *Schizophr Res* 2003;61:7-18.
- Miller TJ, Zipursky RB, Perkins DO, Addington J, Woods SW, Hawkins KA, et al. The PRIME North America randomized double-blind clinical trial of olanzapine versus placebo in patients at risk of being prodromally symptomatic for psychosis: II. Baseline characteristics of the «prodromal» sample. *Schizophr Res* 2003;61:19-30.
- Yung AR, Phillips LJ, McGorry PD, McFarlane CA, Francey S, Harrigan S, et al. Prediction of psychosis: A step towards indicated prevention of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1998;172(Suppl. 33):14-20.
- McGlashan TH, Miller TJ, Woods SW. A scale for the assessment of prodromal symptoms and states. En: Miller TJ, Mednick SA, McGlashan TH, Libiger J, Johannessen JO, editores. *Early inter-*

- vention in psychotic disorders. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer Academic, 2001; p. 135-9.
19. 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. *Am J Psychiatry* 2002;159: 863-5.
 20. Miller TJ, McGlashan TH, Woods SW, Stein K, Driesen N, Corcoran CM, et al. Symptom assessment in schizophrenic prodromal states. *Psychiat Quater* 1999;70:273-87.
 21. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
 22. Andreasen NC, Endicott J, Spitzer RL, Winokur G. The family history method using diagnostic criteria: reliability and validity. *Arch Gen Psychiatry* 1977;34:1229-35.
 23. Hall R. Global assessment of functioning: a modified scale. *Psychosomatics* 1995;36:267-5.
 24. Miller TJ, McGlashan TH, Rosen JL, Cadenhead K, Ventura J, McFarlane W, et al. Prodromal assessment with the Structured Interview for Prodromal Symptoms and the Scale of Prodromal Symptoms: predictive validity, interrater reliability, and training to reliability. *Schizophr Bull* 2003;29:703-15.
 25. Hawkins KA, McGlashan TH, Quinlan D, Miller TJ, Perkins DO, Zipsursky RB, et al. Factorial structure of the scale of prodromal symptoms. *Schizophr Res* 2004;68:339-47.
 26. Häfner H, van der Heiden W. Epidemiology of schizophrenia. *Can J Psychiatry* 1997;42:139-51.
 27. Yung AR, McGorry PD, McFarlane CA. Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. *Schizophr Bull* 1996;22:283-303.
 28. Venables PH, Bailes K. The structure of schizotypy, its relation to subdiagnoses of schizophrenia and to sex and age. *Br J Clin Psychol* 1994;33:277-94.
 29. Venables PH, Rector NA. The content and structure of schizotypy: a study using confirmatory factor analysis. *Schizophr Bull* 2000;26:587-602.
 30. Häfner H, Maurer K, Löffler W, Fätkenheuer B, An der Heiden W, Riecher-Rössler A, et al. The epidemiology of early schizophrenia: influence of age and gender on onset. *Br J Psychiatry* 1994;164(Suppl. 23):29-38.
 31. Lencz T, Smith CW, Auther A, Correll CU, Cornblatt B. Nonspecific and attenuated negative symptoms in patients at clinical high-risk for schizophrenia. *Schizophr Res* 2004;68:37-48.
 32. McNeil TF, Cantor-Graae E. Neuromotor markers of risk for schizophrenia. *Aus N Z J Psychiatry* 2000;34(Suppl.):S86-90.