Detección e
intervención temprana
en las psicosis

Con la financiación de Fondos de Cohesión
del Ministerio de Sanidad y Política Social
y el patrocinio de la Consejería de Salud
de la Junta de Andalucía



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Elabora Grupo de trabajo sobre intervención temprana en psicosis del II PISMA.
Servicio Andaluz de Salud
Edita Área de Dirección de Organizaciones Sanitarias. Escuela Andaluza de Salud Pública
Diseño Catálogo
Imprime Alsur S.C.A.
Depósito Legal XXX
ISBN 978-84-693-6802-2

Todos los derechos reservados

equipo de elaboración

Ana Calderón Jiménez
Enfermera especialista en Salud mental. Unidad de Gestión Clínica de Salud mental San Cecilio. Unidad de Salud mental Comunitaria Zaidín. Granada

Pablo Cano Domínguez
Psiquiatra. Unidad de Gestión Clínica de Salud mental Virgen de la Victoria. Hospital de día de Salud mental El Cónsul

Mercedes Fernández López
Trabajadora Social. Unidad de Gestión Clínica de Salud mental Area Sur de Granada. Unidad de Salud mental Comunitaria Motril

Pedro Fernández López
Médico de Atención Primaria. Zona Básica de Salud la Zubia. Distrito Sanitario Metropolitano de Granada

Juan Carlos Maestro Barón
Psicólogo clínico. Unidad de Gestión Clínica de Salud mental San Cecilio. Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada. Hospital de Día de Salud mental Motril.

Remedios Fernández Vázquez
Psicóloga clínica. Unidad de Gestión Clínica de Salud mental Reina Sofía. Unidad de Rehabilitación de Salud mental Reina Sofía.

Vicente Ibáñez Rojo (Coordinador)
Psiquiatra. Unidad de Gestión Clínica de Salud mental Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Hospital de Día de Salud mental. Almería

Juana Pulido Díez
Psicologa. Coordinadora del Equipo Tecnico Provincial para la Orientacion Educativa y Profesional. Delegación Provincial de Educación de Granada.

Miguel Ruiz Veguilla
Psiquiatra. Unidad de Gestión Clínica de Salud mental Complejo de Jaén. Unidad Hospitalaria de Salud mental Jaén

Carmen Valenzuela Soler
Enfermera especialista en Salud mental. Unidad de Gestión Clinica de Salud mental del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. Unidad de Salud mental Infanto Juvenil-Hospital de Día Virgen de las Nieves

apoyo a la elaboración y edición documento

Leticia García Mochón
Técnica. Escuela Andaluza de Salud Pública

Evelyn Huizing
Técnica. Programa de Salud mental. Servicio Andaluz de Salud

Almudena Millán Carrasco
Profesora. Escuela Andaluza de Salud Pública

Antonio Olry Labry de Lima
Técnico. Escuela Andaluza de Salud Pública

revisión

Marifé Bravo Ortiz
Psiquiatra. Jefa de Servicio Hospital Universitario La Paz, Madrid. Presidenta de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

Jordi Cid Colom
Psicólogo, Coordinador de Programas Xarxa de Salud mental, Consultor del Programa de Atención al Trastorno Psicótico Incipiente, IAS, Girona

Maria Luisa Gayo Loredo
Médico de Familia, Coordinadora de Procesos y Calidad del Distrito de Atención Primaria de Almería

Cristina González Acién
Presidenta Asociación de familiares y allegados de personas con enfermedad mental «El Timón», Almería

Ander Retolaza Balsategui
Psiquiatra. Director de Servicios Ambulatorios, Coordinador del Programa Lehenak, Bizkaia

Manuel Rodríguez Rodríguez
Jefe del Servicio de Promoción de Salud y Planes Integrales. Consejería de Salud. Junta de Andalucía

Maite San Emeterio Parra
Psiquiatra. Directora del Centro de Salud mental Les Corts, Barcelona. Responsable del Programa de Atención al Trastorno Psicótico Incipiente

Oscar Vallina Fernández
Psicólogo, Coordinador del Programa de Prevención de la Psicosis –P3-, Torrelavega

índice

Presentación **9**

1 Introducción **11**

1.1. Tratamiento especializado de primeros episodios 15

1.2. Intervenciones para reducción de la duración de psicosis no tratada 16

1.3. Intervención en población con estado mental de alto riesgo para la psicosis 17

2 Análisis de situación **19**

2.1. Situación de la asistencia a las fases tempranas de las psicosis 21

2.1.1. Organización de los servicios de intervención temprana a nivel internacional 21

2.1.2. Situación de la asistencia a las fases tempranas de la psicosis en España 25

2.1.3. Situación en Andalucía 27

2.1.4. La situación en el sistema educativo andaluz 30

2.2. La situación clínica y características de las personas atendidas en las fases tempranas de la psicosis en nuestro entorno 32

2.3. Expectativas y necesidades de las personas usuarias 33

2.4. Expectativas y necesidades de los y las profesionales 35

2.5. La investigación 35

3 Intervenciones basadas en la evidencia y/o la experiencia **37**

3.1. Principios y características generales 39

3.2. Intervención temprana frente a estándar 42

3.2.1.. Evidencia clínica 42

3.1.2. Evidencia económica 42

3.3. Tratamientos farmacológicos 43

3.3.1. Consideraciones generales 43

3.3.2. EMAR 43

3.3.3. Primer episodio 44

3.4. Intervenciones psicológicas 47

3.4.1. Psicoterapia 47

3.4.2. Intervenciones familiares 49

3.5. Intervenciones en salud general 50

3.5.1. Salud física en pacientes con trastorno mental 50
3.5.2. Intervenciones para el cuidado y promoción de la salud física y sexual 51
3.6. Intervención social 52

4 Recomendaciones 55
4.1. Consideraciones principales del análisis de la situación actual 57
4.2. Principios y actividades recomendadas 59
4.2.1. Ámbito, principios y valores de la ITP 59
4.2.2. Sensibilización 60
4.2.3. Detección precoz .....
4.2.4. Atención .....
4.2.5. Intervención .....
4.2.6. Consideración de la perspectiva de género 69
4.2.7. Consideración de los aspectos culturales 70
4.2.8. Organización del programa de ITP 70
4.2.9. Investigación 75
4.3. Algunas precauciones y una conclusión 76

5 Anexos 77
Anexo 1. Guías de Atención Temprana a la Psicosis disponibles 79
Anexo 2. Planes/estrategias de Salud mental que incluyen la intervención temprana en psicosis 83
Anexo 3. Programa de Atención a Hijos/as de Pacientes con TMG coordinado por la USMI-J de Granada 85
Anexo 4. Experiencias de intervención temprana en psicosis en Andalucía 89
Anexo 5. Programa Forma Joven 107
Anexo 6. Principios de actuación de IRIS 107
Anexo 7. Intervenciones psicológicas en psicosis temprana 109
Anexo 8. Intervenciones en el ámbito de los cuidados de salud 121
Anexo 9. Declaración del grupo internacional de recuperación vocacional tras un primer episodio psicótico 123
Anexo 10. Protocolo e instrumentos de evaluación 129
Anexo 11. Características de las intervenciones preventivas en salud e investigación en el ámbito de Salud mental 139

Bibliografía 141
Índice de siglas y abreviaturas 167

detección e intervención temprana en las psicosis

presentación

Este documento nace del interés de la Dirección del Plan Integral de Salud mental y de profesionales del sector social y sanitario por cambiar el modo en el que se aborda la psicosis en la sociedad actual. Por su parte, el Plan Integral de Salud mental de Andalucía 2008-2012 (II PISMA) tiene, entre sus 15 líneas de desarrollo estratégico, la «Detección e Intervención Temprana en la Psicosis». Este afán de cambio es compartido por agentes educativos, sociales, familias y, especialmente, por las personas que han padecido o padecen problemas mentales serios y que han tenido experiencias con los sistemas de atención y ayuda.

Los actuales programas están orientados a la atención de los factores de riesgo, el cuidado de los síntomas y la provisión de tratamientos, fundamentalmente, farmacológicos. Sin embargo, estas intervenciones suelen personalizarse poco y considerar insuficientemente los intereses de las personas atendidas y sus familias. La actual forma de atender a las personas con trastornos mentales graves dificulta su recuperación y la lucha contra la estigmatización asociada a las enfermedades mentales y al sis-

tema que las atiende. Además dificulta que tanto las personas que sufren dichas enfermedades como su entorno, identifiquen adecuadamente sus problemas y pidan ayuda rápidamente.

Desde diversos ámbitos se trabaja por cambiar este enfoque de la atención y la manera de ver y abordar los problemas mentales graves por la sociedad en su conjunto. Se ha introducido la perspectiva de la recuperación, en la que la persona atendida es protagonista y eje de las intervenciones. Desde este enfoque las actuaciones siempre tienen que orientarse al interés de la persona afectada, tener en cuenta sus elecciones y facilitar que tome así el control de un camino cuyo objetivo es la incorporación a una vida integrada en la comunidad.

Otra perspectiva que orienta este cambio es la promoción de la salud y el bienestar. Esta perspectiva hace hincapié en las fortalezas y aspectos positivos de los individuos y la sociedad para afrontar las adversidades. La Comisión Europea (2005) impulsa estos principios y la Consejería de Salud tiene interés en que nuestro sistema asistencial participe de estrategias que favorezcan esta promoción y la prevención de las enfermedades, trabajando en coordinación con educación, atención primaria y otros sectores.

El documento traslada estas orientaciones a uno de los problemas de Salud mental (SM) que más sufrimiento e incomprensión genera, las psicosis, concretamente en sus fases iniciales. En este periodo, variables como la rapidez y la orientación de la ayuda que se reciba, determinan cómo se afrontará esta experiencia y el camino hacia la recuperación. En las líneas

que siguen, enmarcadas en la estrategia del II PISMA, se pretende analizar el estado de la atención en nuestro entorno, la evidencia disponible para orientar nuestras intervenciones y cómo se podrían organizar éstas en nuestra compleja sociedad desde los principios reseñados.

Por su naturaleza, aunque se mencionen, este documento no abarca todas las intervenciones y cambios organizativos que se deben dar en otros ámbitos, y que son imprescindibles para que esta estrategia funcione. El documento se detiene básicamente en la asistencia sanitaria, y en la parte de sensibilización y detección precoz que está meno desarrollada. Acciones en Educación (desde cambios curriculares hasta protocolos de derivación conjuntos), detalles de la participación de la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (que juega y puede jugar aún más un papel importante, orientando intervenciones específicamente a esta población), iniciativas en el ámbito de la Justicia, Trabajo y Bienestar Social, Asociaciones Juveniles, y aportaciones de todo agente social que pueda contribuir a cambiar nuestra visión sobre la enfermedad mental y las oportunidades de recuperación de una persona joven con psicosis, quedan pendientes de ser plasmadas en un documento intersectorial.

1

introducción

Los programas de intervención en las fases tempranas de la psicosis utilizan el término «psicosis», al tener como objetivo adelantarse lo más posible en la evolución del posible trastorno y no esperar el tiempo requerido para diagnósticos concretos. Se debe a que en los primeros años desde la aparición de los síntomas no hay estabilidad diagnóstica (Castagnini, 2008). Otra realidad es el deseo de la persona atendida de no ser tratada como casos etiquetados y sujetos pasivos enfermos. Se reclama por tanto trabajar desde el paradigma de la recuperación y la perspectiva de promoción de la Salud mental y el bienestar, basadas en el trabajo con fortalezas, «empoderando»[1] a la personas usuarias y su familia a pesar de sufrir «problemas», «trastornos» o «enfermedades mentales», nombres que se utilizan según el contexto.

La **prevalencia a lo largo de la vida** de las **psicosis** es del 3% en población general (Perälä, 2007). Este trastorno aparece en un momento en el que las personas inician actividades familiares, sociales y laborales que marcan su futuro. El impacto psicosocial en la persona, su familia y el entorno hace que se trate de problemas con gran repercusión comunitaria que generan muchos costes sociales. La esquizofrenia es la séptima causa de años vividos con discapacidad (YLD) (Murray y López, 1996). Un

1 "Empoderamiento" es traducción literal del inglés *empowerment*. Se ha decidido traducirlo así ante lo generalizado del uso de este concepto en la literatura y la falta de un consenso sobre su equivalente en castellano (se utiliza por ejemplo "capacitación").

primer episodio psicótico evoluciona de forma heterogénea, un tercio con una evolución tórpida, entre 15-35% una recaída al año, y hasta el 80% a los 5 años (Kane, 1982; Crow, 1986). Todo esto justifica la preocupación por cambiar este pronóstico.

Aparte de la medicación neuroléptica, diversas intervenciones han ido acumulando evidencia sobre su **eficacia en el tratamiento de las psicosis.** Algunos ejemplos son la psicoterapia individual, de grupo, la terapia cognitivo-conductual, rehabilitación vocacional, habilidades sociales, y la intervención familiar (AATRM, 2009). Sin embargo, la persona atendida sólo recibe estos tratamientos de forma suficientemente mantenida y completa cuando presenta una evolución crónica y por lo tanto realiza continuas demandas al sistema socio-sanitario. De hecho, el desarrollo de sistemas de gestión de casos suelen tener como objetivo a los las personas atendidas de larga evolución (Alonso, 2005).

Por otro lado, la evidencia ha demostrado que la capacidad de los tratamientos para modificar el curso de la psicosis depende en parte de lo precoz que sea su aplicación (McGlashan, 1999). En este sentido, algunos estudios señalan que los primeros 5 años son críticos, fase definida como el **período crítico** tras el inicio de la psicosis (Birchwood, 2000). Hay varios estudios que analizan las razones por las que el inicio temprano del tratamiento de la psicosis puede determinar el curso del trastorno. Algunas investigaciones apuntan a que una intervención temprana puede atajar un posible efecto neurotóxico de las crisis psicóticas (Pantelis, 2003, Hulshoff Pol y Kahn, 2008). Otros estudios apuntan a que un tratamiento precoz de la psicosis, es capaz de amor-

tiguar el impacto y la discapacidad que la enfermedad puede provocar en la vida del paciente y su entorno, en un momento crucial de la vida (Ross, 2007; Norman, 2007).

Se considera que el retraso en el inicio del tratamiento, una vez que se desarrollan los síntomas psicóticos (DUP: *Duration of Untreated Psychosis*), determina un peor pronóstico (Harrigan, 2003). También se ha relacionado con el pronóstico la duración de la enfermedad sin tratar (DUI: *Duration of Untreated Illness*), considerando el inicio desde su fase prodrómica (Crumlish, 2009). Por su parte, las personas atendidas y sus familias consideran que el retraso en la asistencia dificulta la recuperación, prolonga el sufrimiento y permite la acumulación de experiencias traumáticas (Judge, 2008).

Partiendo de la premisa de que identificar las señales anteriores al inicio de la psicosis franca, puede ayudar a prevenir su comienzo (o su tratamiento precoz), la investigación ha trabajado también en determinar cuáles son estos signos. Diferentes trabajos consideran que los **pródromos** son inespecíficos para diseñar intervenciones sobre ellos. Sí se ha llegado a cierto consenso en los criterios de identificación de un grupo de personas que estarían en **alto riesgo de padecer un episodio psicótico** claro (EMAR), y se ha comenzado a investigar en intervenciones para prevenir o retrasar la transición a la psicosis en estas personas (Yung, 2005).

El modelo con mayor acogida para influir en el pronóstico de la psicosis es el de intervención precoz. Desde los años 80 hasta la actualidad se han desarrollado e investigado diferentes programas (Anexo 1). Se

ha creado la *International Early Psychosis Association* (IEPA) que en el 2002 junto con la Organización Mundial de la Salud (OMS) formularon una declaración de consenso sobre los principios de la Intervención Temprana en Psicosis: la «*EARLY PSYCHOSIS DECLARATION: An International Consensus Statement about Early Intervention and Recovery for Young People with Early Psicosis*» publicada como una guía clínica, «*International clinical practice guidelines for early psychosis*» (Bertolote y McGorry, 2005).

Los objetivos de estos programas son (Jackson y McGorry 2009):

- Reducir o prevenir una progresión o empeoramiento de los síntomas o síndromes.
- Reducir o prevenir una progresión o empeoramiento de los cambios neurobiológicos.
- Reducir o prevenir la morbilidad asociada: depresión, ansiedad, suicidio, uso de tóxicos.
- Reducir o prevenir un deterioro significativo en el funcionamiento.
- Reducir o prevenir las experiencias traumáticas y/o estresantes, tanto individuales como familiares, como la hospitalización involuntaria.
- Reducir el estigma y proporcionar educación temprana.
- Reducir el coste.
- Para conseguir estos objetivos se realizan intervenciones dirigidas a tres momentos diferentes:
- Tratamiento especializado de primeros episodios.
- Detección precoz: reducir la duración de la psicosis no tratada (DUP).
- Intervención en estados mentales de alto riesgo (EMAR).

1.1. Tratamiento especializado de primeros episodios

Estos programas se dirigen a personas entre 14 y 35 años durante los 3 o 5 primeros años tras el primer episodio. Desarrollan intervenciones específicas y multidisciplinares de manera intensiva y asertiva. No existe un consenso sobre la población diana y cada programa define el grupo de usuarios a los que se dirige. Se utilizan términos como *psicosis temprana, fases iniciales, primeros episodios*, etc. La definición de estos términos (y por lo tanto de cuándo se considera que empieza la psicosis) viene determinada de forma diferente en la literatura. Algunos estudios la basan en el inicio del tratamiento neuroléptico, otros en el primer contacto con la red de Salud mental por este problema, o en el inicio retrospectivo de síntomas psicóticos. Sin embargo se trabaja para definir esta fase de forma operativa (McGorry, 2006), y cada vez se utiliza con mayor frecuencia una definición basada en el inicio de síntomas psicóticos.

Según el programa se atienden personas con inicio de estos síntomas desde 2 hasta 5 años previos. Esta decisión depende de los recursos y de tomar en consideración que las personas con una evolución de más de 2-3 años puedan requerir intervenciones diferentes (Breitborde, 2009). Los diagnósticos que suelen incluir son trastornos (t) psicóticos agudos, esquizofrenia, t esquizotípico, t de ideas delirantes, t esquizoafectivos, otros t psicóticos no orgánicos, episodio maníaco, t bipolar, episodio depresivo grave con síntomas psicóticos, y el t depresivo recurrente con síntomas psicóticos (AEN, 2009). Algunos programas abordan primeros episodios de psicosis sin distinción mientras que otros diferencian según sean afectivos o no.

A pesar de la heterogeneidad de los programas y de las técnicas empleadas que dificulta la generalización de los resultados, en los últimos años ha aumentado el número de trabajos a favor de su utilización (Jackson y McGorry, 2009). La guía del *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE, 2009) y la «Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente» (AATRM, 2009) elaborada por la Agencia Catalana de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y publicada por el Ministerio de Sanidad, recomiendan su implantación.

1.2. Intervenciones para reducción de la duración de psicosis no tratada

Diferentes trabajos han demostrado que la DUP se asocia con el pronóstico a los 6, 12 y 24 meses (Marshall, 2005). Las intervenciones para reducir la DUP se han agrupado en intervenciones informativas en la comunidad, e intervenciones en el ámbito sanitario, en especial en Atención Primaria (AP).

Aunque algunas intervenciones informativas o de sensibilización en la comunidad, como el proyecto TIPS, han encontrado reducciones espectaculares de la DUP de 114 a 24 semanas (Johannessen, 2001), sus resultados no son consistentes. Además, otras intervenciones han demostrado no ser eficaces (Malla, 2005). Suelen enmarcarse en campañas que, con el objetivo de acercar la población diana a la asistencia, luchan contra el estigma y cambian los mensajes asociados a la enfermedad mental (Joa, 2008).

Otro ámbito de intervención es la realizada en los primeros niveles de asistencia, en especial en la AP. Estas intervenciones incluyen la formación con el objetivo de reducir la DUP. Dos trabajos han evaluado su eficacia. En Lambeth (Londres), el programa LEO (Craig, 2004 ha demostrado que el entrenamiento de personal médico de AP reduce la duración de la DUP. De igual manera, un trabajo realizado en Singapore (Chong, 2005), en el que se realizaba una intervención mixta (comunidad y medicina de AP) reducía la DUP de 32 a 11 semanas. El proyecto TIPS ha utilizado esta estrategia con buenos resultados (Johannessen, 2001).

A pesar de estas estrategias, existe evidencia de que hay un grupo de pacientes que no acude a la consulta médica de AP o a los programas de intervención en la comunidad. Para llegar a estas personas algunos servicios han puesto en marcha intervenciones asertivas ofreciendo a las personas atendidas ser vistas en el contexto que ellas o sus familiares soliciten, por ejemplo en el domicilio directamente, sin pasar por AP u otros filtros (Kuipers, 2004, Power, 2007).

1.3. Intervención en población con estado mental de alto riesgo para la psicosis

Una de las áreas que ha despertado un mayor interés en los últimos años, ha sido la intervención preventiva en sujetos que presentan un mayor riesgo para desarrollar psicosis (EMAR), con el objetivo de evitar la

transición a ésta. Sin embargo, ha suscitado varias críticas por el riesgo de identificación de falsos positivos (intervención sobre personas que se cree que pueden tener psicosis sin ser necesario), y los riesgos de yatrogenia que conlleva. Esto es debido a una de las limitaciones de los instrumentos de detección precoz (Fusar-Poli, 2008). Estos instrumentos, que predicen el paso a la psicosis en sujetos de alto riesgo, tienen una alta sensibilidad pero una especificidad baja (Peralta y Custa, 2002; Ruhrmann, 2010).

La guía NICE no recomienda este tipo de intervención, argumentando que no hay suficiente evidencia disponible. Otras guías como la Guía de la Agencia Catalana (ATTRM, 2009), o la italiana (Ministerio de Salud Italiano, 2007) sí la recomiendan.

Los programas que trabajan con EMAR como población diana, definen **tres perfiles de alto riesgo** con los criterios de la IEPA-OMS (Bertolote y McGorry, 2005). Son personas que presentan:

1. Síntomas positivos subumbral que no son lo suficientemente severos o persistentes para cumplir criterios de primer episodio o trastorno psicótico breve en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) o Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

2. Historia familiar de trastorno psicótico en familiar de primer grado o trastorno esquizotípico del sujeto, más un declive funcional persistente o significativo dentro del último año.

3. Síntomas psicóticos breves intermitentes y limitados (BLIPS: Brief and Limited Intermitent Psychosis) que no tengan más de una semana de duración y remitan espontáneamente.

Dado que se trata de una población que clínicamente no corresponde a un diagnóstico claro, los programas definen operativamente estos perfiles utilizando la entrevista de evaluación integral de estados mentales de alto riesgo (CAARMS) (Yung, 2006), o la entrevista estructurada para síndromes prodrómicos (SIPS) (Mc Glashan, 2003). El borrador del DSM-V propone estos estados de riesgo como una categoría en estudio para incluir en el documento final (APA, 2010). En el apartado de recomendaciones se ofrece más información sobre evaluación.

2

análisis de situación

2.1. Situación de la asistencia a las fases tempranas de las psicosis

La experiencia de personas usuarias, familias y los estudios sobre estigma (Golberstein, 2008; Corrigan, 2004) muestran que la enfermedad mental y la asistencia psiquiátrica siguen estando asociadas a estigma. Más allá de la visión social del trastorno mental, el propio sistema asistencial tiene asociado un estigma del que, en parte, sigue siendo generador. A esto contribuyen las unidades cerradas, arquitectónicamente inadecuadas, el tratamiento obligatorio, la contención mecánica y otras limitaciones de la libertad, el trato que muchas personas usuarias viven como denigratorio, etc. (Campaña «La Experiencia Importa», Consejería de salud, 2009). La visión de la psicosis asociada a cronicidad y deterioro (se percibe a la persona «psicótica» como alguien que no controla su conducta, incapaz de contactar con otras personas y que se aísla en su mundo) ayuda a que el sistema y sus profesionales faciliten esa alienación. Desde este punto de vista, el estigma también lo «marca» el sistema asistencial. No es de extrañar que las personas con episodios de psicosis retrasen su contacto con los servicios o abandonen el tratamiento, los dispositivos y un camino que sienten como estigmatizante.

La filosofía y justificación de la puesta en marcha de muchos programas de intervención temprana parte de la intención de transformar esa realidad. El objetivo es cambiar la visión de la psicosis y del sistema que la atiende. Se pretende que la persona que sufre una psicosis y su familia, al percibir que lo que le pasa no es algo vergonzante y que recibir ayuda no supone una «marca», puedan acercarse temprano a recibir ayuda.

2.1.1. Organización de los servicios de intervención temprana a nivel internacional

La organización de los servicios de intervención temprana en la psicosis (ITP) se está llevando a cabo de diferentes modos, tanto en el ámbito internacional como en el nacional.

Desde el punto de vista de la estructuración y asignación de recursos humanos podemos diferenciar tres modelos, con numerosas variantes dentro de cada uno:

1. Modelos organizados en torno a **equipos independientes**, **especializados e interdisciplinares** que se coordinan con el resto de la red.

2. Modelos **transversales** (o «mejorados») en los que determinados/as profesionales de los diferentes dispositivos destinan la totalidad o parte de su jornada a la intervención temprana.

3. Modelos **generalistas** sin recursos específicos asignados, desarrollados a partir de la actuación de los servicios existentes en la red como un programa más de ésta.

La mayoría de los programas de intervención temprana establecen mecanismos de derivación, evaluación, intervención y coordinación destinados a la atención de personas en las primeras fases de una psicosis. En general la filosofía y las intervenciones son asertivas, tienden a evitar las instituciones y recursos psiquiátricos, a localizarse en la comunidad y a utilizar recursos normalizados. Los programas pioneros, a pesar de la heterogeneidad entre ellos coinciden, salvo en alguno de los países del Norte de Europa, en la creación de equipos o servicios especializados, independientes e integrados en la red de Salud mental preexistente (Marshall, 2004).

Los **servicios generalistas** se benefician de la claridad de los canales de derivación y coordinación existentes, reducen el riesgo de discontinuidad en el tratamiento y aportan elementos muy positivos de la intervención temprana al funcionamiento general de los dispositivos.

Por otro lado, entre las ventajas de los **servicios independientes especializados** suelen encontrarse aspectos como la existencia de criterios claros de funcionamiento, desarrollo rápido, personal motivado y bien formado, menor grado de interferencia y prioridades definidas (Sing y Fisher, 2005; Edwards y McGorry, 2004).

Desde el punto de vista de los perfiles profesionales, en los servicios de ITP se pueden distinguir dos orientaciones. Por un lado, en Inglaterra,

en el modelo de servicios independientes, los equipos sobre todo disponen de **gestores de casos** (que asumen profesionales de enfermería principalmente, pero también, de trabajo social o terapia ocupacional). Las intervenciones se desarrollan orientando a la normalización de las actividades de la persona atendida, proveyendo intervenciones concretas (psicológicas, vocacionales, etc.) según necesidades. Por otro lado, en los países nórdicos las intervenciones son básicamente psicoterapéuticas, y los equipos disponen de más personal de facultativo.

Otra de las orientaciones utilizadas con frecuencia en este ámbito es el **tratamiento asertivo comunitario** basado en la continuidad de cuidados, orientación al/a la paciente y seguimiento activo de su evolución. Esta intervención se realiza junto con un trabajo comunitario integrado y dirigido al entorno de la persona enferma, siendo la **intervención domiciliaria** la piedra angular del trabajo.

Los servicios de intervención temprana **se componen de diferentes elementos** con mayor o menor grado de integración y especialización en los objetivos y actividades asignadas. Estos elementos son los equipos de atención urgente y/o domiciliaria de 24 horas, equipos de atención a pacientes en fase prodrómica, equipos de atención a primeros episodios, unidades de hospitalización, casas de acogida, programas educativos, de intervención familiar, de tratamiento grupal, intervenciones psicoterapéuticas, tratamiento farmacológico y programas vocacionales (Sing y Fisher, 2005).

Dado el interés que suscita el tema, muchos grupos de investigación que desarrollan programas y publican resultados, trabajan con **per-**

sonas en EMAR, como los programas PACE (*Personal Assessment + Crisis Evaluation*) de Melbourne (McGorry, 2002) o PRIME (*Prevention through Risk Identification, Management & Education*) de Yale (McGlashan, 2003). En estos programas se desarrollan intervenciones psicoterapéuticas y ocasionalmente suministran medicación a bajas dosis. No obstante se debe destacar que no es una intervención generalizada en las políticas sanitarias.

Como se ha señalado previamente, **para reducir la DUP**, los programas trabajan formando a profesionales de AP, educación o cualquier otro ámbito implicado en la posible **detección,** y a través de la realización de campañas en población general. En este ámbito, los programas que han servido de ejemplo son los escandinavos OPUS (Programa de Intervención Temprana en Psicosis de Dinamarca) (Petersen, 2005) y TIPS (Early Treatment and Identification of Psychosis, Noruega) (Johannessen, 2001).

Además, se están desarrollando **intervenciones específicas** para cada momento de la psicosis dirigidas a pacientes y familiares, que hace más compleja la organización de los programas y necesita la implicación de diferentes profesionales. Estas intervenciones, como el EPPIC (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre, Melbourne) (McGorry, 1996), se revisan más adelante.

Más allá de las intervenciones concretas, se aprecia como las políticas sanitarias relacionadas con la **promoción de la salud** en al ámbito educativo, incluyen cada vez más temas de Salud mental, como el conocimiento de la psicosis entre la población adolescente. Esto favorece la desestigma-

tización, la identificación y el abordaje temprano. La OMS ha publicado un documento con recomendaciones (WHO, 2009) en el que se destaca, dentro de las buenas prácticas identificadas para España, el trabajo con adolescentes de la Unidad de Salud mental Infanto-Juvenil (USMI-J) del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla y el programa de promoción y prevención Forma Joven que coordina el ámbito educativo con el sanitario (Ministerio de Sanidad, Ganar salud con la juventud, 2002). Además, la Consejería de Salud ha publicado el documento «La promoción del desarrollo adolescente: recursos y estrategias de intervención» (Oliva, 2008) que expone un modelo de activos y fortalezas en la juventud para favorecer la promoción de la Salud mental. Las estrategias de promoción de la salud en el ámbito educativo y de prevención en el ámbito sanitario parecen unir esfuerzos en este terreno e impulsan la filosofía y principios de la ITP.

Dada la mayor incidencia de psicosis en **población inmigrante**, de primera y segunda generación, que se ha encontrado en estudios por toda Europa (Hutchinson, 2004,) y la dificultad para que los programas lleguen a esta población (Schultze-Lutter, 2009), se ha encontrado algunos programas que cuidan especialmente la intervención en aquellos grupos más vulnerables (Kirkbride, 2006). En concreto, la guía NICE recomienda acciones específicas sobre este tipo de colectivos (NICE, 2009).

Un punto que tienen en cuenta la mayoría de los programas es la **evaluación integral** de las personas usuarias para ofrecer un plan de intervención. La guía de consenso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) revisa este punto, perfeccionando un modelo de evaluación holística que tiene por objetivo consensuar un plan individualizado de intervención

con la persona atendida (AEN, 2009). Éste se recoge con modificaciones en el apartado de recomendaciones y anexos.

Existe una interesante propuesta de Addington (2005) sobre indicadores de resultado y calidad que permiten evaluar los programas. Esta propuesta revisa las dimensiones en las que se deberían establecer indicadores: aceptabilidad, accesibilidad, idoneidad/adecuación, continuidad, efectividad, competencia, eficiencia, y seguridad. Propone indicadores para cada dimensión y muestra su viabilidad y las ventajas de su uso para poder comparar intervenciones y establecer estándares (Addington, 2009). Una revisión reciente recoge estos indicadores y propone aquellos que considera más viables en nuestro entorno (AEN, 2009). En Cataluña, el Plan Director de Salud mental y Adicciones también está estableciendo estos indicadores para la ITP (Departamento de Salud, Generalitat Catalunya, 2006).

Para la organización y oferta de todos estos elementos revisados, Edwards y McGorry (2004) proponen diferentes **niveles de desarrollo**, desde la introducción en los equipos generalistas de las habilidades de tratamiento específicas para cada fase de la psicosis, a la implantación de servicios completos y especializados, pasando por los denominados «modelos mejorados».

En una primera etapa, las experiencias sobre ITP han tenido carácter local, adquiriendo paulatinamente mayor envergadura en países como Australia, Reino Unido, Canadá, Nueva Zelanda y Países Nórdicos, ejerciendo influencia sobre las políticas regionales y nacionales. El Reino Unido, Australia y Nueva Zelanda han incluido la ITP dentro de sus respectivos Planes

Nacionales de Salud mental (Thornicroft y Tansella, 2005). Desde ahí muchos otros estados están introduciendo este tema en sus planes nacionales o regionales. En el Anexo 1 se pueden consultar diferentes materiales y guías que utilizan los programas con mayor desarrollo.

2.1.2. Situación de la asistencia a las fases tempranas de la psicosis en España

Es frecuente en nuestro sistema de salud, atender ambulatoriamente, con sistemas modernos de gestión de casos, la intensa demanda centrada en problemas de ansiedad-depresión-somatizaciones y cronicidad.

Los primeros episodios de psicosis aparecen en la red de Salud mental como un traumático ingreso involuntario que requiere dosis altas de medicación para su manejo. Esto se relaciona con dificultades en la adherencia a los cuidados propuestos al alta, abandonos y reingresos frecuentes. No hay programas específicos de abordaje de esta fase de la psicosis y con frecuencia se espera a que evolucione para entrar en un sistema de gestión de casos e iniciar intervenciones intensivas.

Una experiencia que inició su andadura en el año 2000 es el **P-3 de Torrelavega,** Cantabria. Esta experiencia persigue varios retos: por un lado, reducir la DUP, facilitar la detección y evaluación de personas de riesgo tanto desde los centros de AP como de los servicios locales de Salud mental, y por otro lado, aplicar un programa adaptado a un sistema público de salud, que incluye terapia cognitivo-conductual y, eventualmente,

farmacológica a bajas dosis (Vallina, 2006). Los y las profesionales de diferentes unidades dedican parte de su jornada al programa (ver Anexo 1).

Como estrategia regional, la diseñada por Cataluña es pionera. El **Plan Director de Salud mental y Adicciones** (2006) recoge la implantación progresiva de una nueva cartera de servicios en los centros de Salud mental que incluye **el Programa de Atención Específica al Trastorno Psicótico Incipiente (PAE–TPI).** Se pilota en varios centros de Salud mental de Barcelona con programas transversales. Estos programas cuentan con profesionales adscritos total o parcialmente, acuerdos de cara a la derivación de pacientes, plazos para la atención, sistemas de evaluación e intervención y coordinación entre dispositivos. La Red de Salud mental de Girona incluye equipos especializados. Lo mismo ocurre con el Equipo de Atención Precoz a las Pacientes con Psicosis puesto en marcha en 2006 en Barcelona (Tizón, 2009). En Vizcaya, desde mediados del año 2007, se desarrolla el programa «Lehenak» («primeros» en euskera) con equipos transversales o mejorados, dedicación de jornada parcial de profesionales de la red general de Salud mental.

A nivel estatal, el Ministerio de Sanidad ha publicado la **Estrategia en Salud mental del Sistema Nacional de Salud** (2006)**.** En ella se dice que «Las Comunidades Autónomas establecerán procedimientos de apoyo desde la atención especializada en Salud mental a la AP para la detección y tratamiento precoz de trastornos mentales». Como ejemplo de buenas prácticas se propone: «Un programa de actividades preventivas y de promoción de la salud en AP, cuyo objetivo es integrar las actividades de promoción y prevención en la práctica asistencial de las consultas de AP,

y detectar situaciones o ”desajustes“ que convierta a una población en vulnerable a un trastorno mental». El Ministerio de Sanidad ha editado la **Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente** (ATTRM, 2009). Esta guía, realizada por la Agencia Catalana de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Esta guía, supone un cambio de perspectiva respecto a la edición anterior, orientándose más hacia las fases tempranas de la psicosis. Se recomiendan los programas de atención precoz a la psicosis y, por ejemplo, la terapia cognitivo-conductual para la prevención de la progresión de la psicosis.

Siguiendo la estrategia en Salud mental del Sistema Nacional de Salud, la Asociación Española de Neuropsiquiatría ha publicado un **Consenso sobre atención temprana a la psicosis** (AEN, 2009) que define objetivos, actividades, instrumentos de evaluación, estándares de atención e indicadores de proceso y resultado en el abordaje de las fases tempranas de la psicosis.

En el Anexo 2 se pueden encontrar otros planes de salud que incluyen estrategias de atención en fases tempranas de la psicosis.

2.1.3. Situación en Andalucía

Actualmente la asistencia sanitaria se intenta organizar, con un modelo de trabajo por **procesos asistenciales integrados** que garantiza la continuidad de cuidados, las intervenciones basadas en la evidencia y la introducción de criterios e indicadores de calidad. Los procesos proponen

un cambio en las relaciones con la AP, pasando de un modelo de derivaciones a uno de cooperación que incluye la formación, interconsulta y supervisión de casos.

El proceso asistencial integrado Trastorno Mental Grave (TMG) apuesta por un sistema de continuidad de cuidados (Consejería de Salud, 2006b). Así, se recomienda intervenciones tipo que garanticen una asistencia de calidad según la evidencia actual en el tratamiento. Aunque la implantación de este proceso ha comenzado recientemente, se presenta como una oportunidad para la intervención temprana en psicosis, que recomienda como una intervención tipo. Este proceso comienza con unos límites de entrada que incluyen la detección de casos de psicosis en AP. Además brinda una oportunidad para la formación en un espacio cooperativo de trabajo, evaluable y sostenible. Aún así, apenas se han comenzado a desarrollar iniciativas específicas en esta área.

El **Programa de Atención a los Hijos de Pacientes con TMG** (Anexo 3), una iniciativa relacionada con la intervención temprana, inició su andadura en 1993 en Granada (Valenzuela, 2009). Este programa dedicado, inicialmente, a hijos o hijas de pacientes con psicosis incluye, desde el 2006, a descendientes de pacientes en el proceso TMG con otros diagnósticos. Se dirige a asegurar que estos niños y niñas reciban atención integral desde el momento de su concepción,[2] a través de cuidados básicos adecuados, detección precoz de signos psicopatológicos y dispensación de una atención integral a sus progenitores, lo que exige apoyarles en su rol parental. El programa

2 Se incluye a las embarazadas que presentan un TMG.

deja el seguimiento específico del colectivo adolescente a los 16 años, justo cuando comienza la edad de mayor riesgo para la psicosis. Sin embargo se procura la continuidad de cuidados a través de informes de continuidad asistencial a AP. El documento técnico de desarrollo del II PISMA sobre atención infanto-juvenil, recomienda su implantación en toda Andalucía, y actualmente varias provincias lo están poniendo en marcha.

En los últimos años han comenzado a desarrollarse **iniciativas locales.** Por lo general carecen de recursos específicos y poseen un grado de desarrollo limitado. Como muestra, se puede señalar el Programa del Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada (ver experiencia en Anexo 4a), desarrollado en Motril en 2007, que implica a todos los recursos del Servicio de Salud mental. El hecho de tratarse de un área rural dotada con equipos pequeños ha facilitado su puesta en marcha. Sin embargo, la sobrecarga asistencial y la ausencia de dedicación específica al programa por parte de los o las profesionales, dificulta su desarrollo e implantación en las Unidades de Salud mental Comunitaria (USMC).

Los Hospitales de día (HDSM) poseen mayor capacidad de implantación debido a su especialización en este tipo de trastornos y a la existencia de mejores ratios paciente-profesional. Un ejemplo es el HDSM «El Cónsul», de la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Salud mental Hospital Virgen de la Victoria, de Málaga (ver experiencia en Anexo 4b). Esta iniciativa atiende a pacientes que han sufrido un primer brote psicótico o tienen una evolución menor a 5 años. Otro ejemplo es el incipiente Programa de Intervención Temprana en la Psicosis de Almería (PITPA) llevado a cabo entre el HDSM y la USMC.

Otro modelo de intervención de reciente creación es el Programa de Intervención en Primeros Episodios (PIPE) de la Unidad de Rehabilitación de la UGC Salud mental del H. Puerto Real de Cádiz, que trabaja con un equipo multidisciplinar durante al menos un año en un espacio diferenciado de la URSM (Anexo 4c).

En relación a las iniciativas desarrolladas de ITP, la participación que se encuentra más atrasada es la de AP, Servicios Sociales, Drogodependencias y Movimiento Asociativo.

En **Atención Primaria** no se suelen identificar estas fases iniciales hasta que la psicosis se hace evidente y se convierte en urgencia. Esta situación está motivada por la falta de herramientas de detección disponibles en AP para estas primeras fases, donde la demanda de las familias y personas usuarias suele ser vaga. Ante el poco tiempo del que se dispone en consulta, se interviene con un tratamiento farmacológico más encaminado a minimizar la clínica que a diagnosticar. En AP no es frecuente que haya formación en este tema. Y una vez que en especializada se identifica el problema, la atención sanitaria se queda en este nivel, sin implicación de AP, lo que perpetúa la escasa capacitación en este tema. Un estudio australiano encontró que el 50% de las personas con psicosis atendidas en especializada fueron atendidas, por algún problema relacionado con la enfermedad, en AP antes (Lincoln, 1998).

Un ámbito importante de identificación y tratamiento de problemas asociados a las psicosis es el de la **atención a los problemas de drogas**. Existen numerosas USMC que trabajan con los Centros de atención a dro-

godependencia, y con coordinación reglada, sin embargo no cuentan con programas de ITP. En muchas ocasiones, no se definen las responsabilidades de cada dispositivo.

Mención especial merece el **movimiento asociativo**. Las Asociaciones de usuarios/as y familiares han mostrado un interés especial en mejorar la atención en este periodo de la psicosis. Algunas asociaciones han tratado de dar respuesta propia a estas inquietudes planteando acciones contra el estigma encaminadas a mejorar el acercamiento a personas que comienzan a sufrir estos problemas, y así dar apoyo e información desde los momentos iniciales.

En las **Unidades de Salud mental Infanto-Juveniles** (USMI-J) los trastornos psicóticos de la adolescencia tienen una atención específica e intensiva que contempla la identificación de etapas prodrómicas. Algunas unidades, como la de Málaga tienen programas de intervención precoz en psicosis (Hospital Carlos Haya, 2010). En muchas USMI-J andaluzas cuentan con un/a maestro/a en el equipo multidisciplinar que trabaja en coordinación con los equipos psicopedagógicos escolares. Sin embargo, no hay programas específicos sobre psicosis temprana en ese ámbito. Los o las adolescentes y su familia establecen un fuerte vínculo terapéutico con la USMI-J, que debe romperse cuando los/as pacientes, que cumplen 18 años, se derivan a la USMC. Para facilitar este proceso se presta especial atención al alta. En la práctica, con demasiada frecuencia, la intensidad y especificidad de las intervenciones que se ofertaban desde las USMI-J se pierden en las USMC, por lo que aspectos muy relevantes de la elaboración de las crisis y transición a la vida adulta pueden quedar sin abordar.

El **Programa Forma Joven**, un programa de carácter intersectorial de las Consejerías de Salud, Educación e Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía, tiene como objetivo facilitar y acercar a los jóvenes y adolescentes formación e información sobre temas de su interés en sus espacios de encuentro (principalmente centros de estudio, lugares de diversión, asociaciones juveniles y otros). Desde el curso escolar 2009-2010, ha incorporado el taller «Lo hablamos: sensibilización de la Salud mental en las aulas» (Comisión Europea, 2009) con el objetivo de mejorar el conocimiento y disminuir el estigma entre los adolescentes. En el Anexo 5 se detalla más información sobre este programa. En Sevilla, en la UGC del Hospital de Valme, como parte de un proyecto de investigación, se está desarrollando un programa de formación en institutos de educación secundaria (IES) para mejorar la detección de psicosis.

En resumen, se pone de manifiesto que tanto en Andalucía (aunque con algunas excepciones mencionadas) como en el resto del país, la práctica habitual de los servicios de Salud mental pasa por la ausencia de programas de ITP. La organización de los recursos y de la atención prioriza a pacientes con mayor número de años de evolución y con un grado de afectación superior.

2.1.4. La situación en el sistema educativo andaluz

Los IES escolarizan alumnado de 12 a 16 años en Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) y de 16 a 18 en Bachillerato. Al ser la Educación Secundaria Obligatoria, la población que se encuentra en los centros es del

100%. En Bachillerato el porcentaje es más bajo y existen diferencias de unas zonas a otras pero es un porcentaje elevado de esta población.

Las sesiones de evaluación suelen ser los espacios en los que un equipo educativo, ante cambios bruscos o rendimientos escolares bajos, se plantea que un alumno o alumna pueda tener algún problema. No se suele pensar como primeras opciones en problemas de Salud mental. Los problemas conductuales, variabilidad de comportamientos, cambios emocionales, etc. se atribuyen a la edad evolutiva. El profesorado no suele tener una formación específica en detección de patología mental, por lo que signos de alerta de un posible problema pasan por mal comportamiento, falta de respeto, etc.

Existen situaciones que sí hacen pensar plantear la posibilidad de patología mental en un/a joven:

1. Cuando miembros del propio alumnado verbalizan a sus profesores/as («maestro, ese niño no está bien» etc.) la percepción de problemas de Salud mental en compañeros/as de su clase (cambios bruscos de humor o conductas, reacciones verbales o emocionales fuera de lugar).

2. Cuando se percibe aislamiento social del o de la adolescente: pueden tener muchas personas alrededor pero no muestran relaciones cercanas.

3. Cuando busca la soledad o no se integra en las actividades. Es significativo cuando han sido personas integradas y dejan de serlo en breves periodos de tiempo.

4 La sintomatología depresiva, al ser más conocida, es más fácilmente detectada como tristeza, llanto, apatía por el estudio, aislamiento, etc.

Según Lorente y Doménech (1989) el conocimiento que el profesorado tiene de cada estudiante y su familia, facilita que detecte muy precozmente sentimientos y comportamientos desajustados y pueda ser una alianza clave en el abordaje de los problemas. En este sentido, el IES es un lugar privilegiado de observación (Valenzuela, 2009). Cuando el profesorado detecta alguna de estas problemáticas deriva el caso al Departamento de orientación educativa. Este Departamento será el encargado de valorarlo, recogiendo la información del equipo educativo (conjunto de profesorado que interviene con ese/a alumno/a) y de la familia. De acuerdo con esta información, se toma la decisión de la derivación a AP para valoración y derivación a Salud mental. El problema de este proceso es el excesivo tiempo que pasa hasta que se obtiene un diagnóstico y unas pautas de intervención. Esta situación produce una cierta paralización de los mecanismos educativos propios, a la espera de pautas de profesionales más especializadas. Hay que ser conscientes de que el proceso educativo continúa y que el profesorado demanda pautas de actuación rápidas. Además, el equipo de orientación puede necesitar asesoramiento para ayudar al profesorado.

En el momento en el que existe una patología diagnosticada, las actuaciones en los diferentes centros son muy heterogéneas. Éstas dependen de la formación del profesorado, de experiencias previas, etc. Muchas veces las familias ocultan los diagnósticos y suelen ser frecuentes los cambios de centro tras el inicio de la enfermedad. También es frecuente la falta

de asistencia al centro cuando el alumno/a se encuentra en periodos de crisis. La familia es un factor imprescindible puesto que si informa al centro de su historia, se puede estar más atento a las posibles conductas problemáticas.

El centro demanda más información por parte de profesionales sanitarios para calmar ansiedades del profesorado que teme que pueda ocurrir algo grave. El profesorado no está exento de los estereotipos que se asocian a las patologías mentales.

Se desconoce la existencia de recursos residenciales o asistenciales especializados que puedan sustituir a los IES. El sistema educativo tiene recursos específicos para atender al alumnado con enfermedades en edades obligatorias de escolarización. Cuando un/a alumno/a, por prescripción médica u hospitalización, no puede asistir al centro educativo (también por diagnóstico de patología mental) puede ser atendido en el Programa de Atención Domiciliaria (asistencia de profesorado al domicilio parte de la jornada semanal escolar) o en las Aulas Hospitalarias que se ubican en las Unidades de hospitalización y Hospital de Día. Por otra parte, y para evitar el absentismo prolongado en situaciones de crisis y en su proceso de recuperación, se pueden acordar con Salud mental medidas de flexibilización horaria (acudir solo parte de la jornada escolar).

Un momento importante de intervención del sistema es al finalizar los estudios (Secundaria o Bachillerato), de cara a la orientación vocacional, fundamental en estas edades puesto que coincide con cambios de etapas evolutivas, acceso a otros estudios o salida al mundo laboral.

2.2. La situación clínica y características de las personas atendidas en las fases tempranas de la psicosis en nuestro entorno

Existe escasa evidencia sobre la atención a los primeros episodios y cual es su incidencia aproximada. Respecto a la incidencia, se cuenta con algunos datos que pueden servir de aproximación en las áreas donde se han desarrollado experiencias de ITP. Así, en el Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada (Motril) se atendieron, en 2008-2009, los 10 primeros episodios por 100.000 habitantes/año (Barrigón, 2009). En lugares similares, como en el P-3 de Torrelavega se atienden los 10-11 primeros episodios (Vallina, 2008). Un estudio del Hospital Carlos Haya de Málaga, encontró que en la USMC del Limonar y Guadalmedina se atendieron 12 primeros episodios en 2008 en una zona de 346.504 habitantes (Angona, 2009). Esto supone una tasa de 3,4 casos por 100.000 habitantes. Sin embargo, esta cifra puede estar indicando las carencias del sistema de registro y la baja tasa de detección si no hay programas específicos.

Por último, un estudio andaluz de incidencia de psicosis, en población de 13 a 18 años, encontró para esquizofrenia una tasa de 11,5/100.000 habitantes y para psicosis funcional de 25/100.000 habitantes (Ruiz-Veguilla, 2009).

De igual forma, tampoco se dispone de demasiados datos que nos describan el perfil de esta población. De los datos de 112 pacientes de un es-

tudio con primeros episodios de psicosis no afectivas en Jaén y Granada (Ruiz-Veguilla, 2009), en prensa), 14 pacientes tratados/as en el Programa de ITP de Motril en 2008 (Barrigón, 2009), y 55 pacientes atendidos/as en el Programa del HDSM de la UGC Virgen de la. Victoria de Málaga en 2009 (Proyecto de Gestión HDSM el Cónsul, 2010), se puede describir el siguiente perfil: hombre (57%), de 26-30 años (±10), soltero (67-83%), con estudios primarios (43-50%) o secundarios (41-43%), el 8,3-13% alcanzan el grado universitario. Asimismo destaca una alta tasa de ocupación, el 21,4-39% trabaja (15-21,4% estudia, 8% sus labores y 23-45% desempleados). El 20% vivían solos, el 45% con su familia de origen, y el 25% con pareja o familia propia; el 21% tenían antecedentes familiares en 1er grado, y el 53% habían tenido contacto previo con Salud mental por síntomas no psicóticos. Un dato significativo es que el 53-88% consumía cannabis y 32% cocaína.

En el estudio de Ruiz Veguilla (Ruiz-Veguilla, 2009a), la DUP media fue 35±77 semanas y la DUI 47±107. En Motril, con datos más en consonancia con otros publicados, la DUP fue 7,07±6,06 semanas (rango: 0–24), pero la DUI fue 67,18±69,3 semanas (rango: 4–228). En Málaga, la DUP fue de 56 semanas (si se eliminan los extremos sería de 10 semanas).

Respecto al origen de la derivación en Motril, el 35,7% se derivó desde AP por vía normal, el 14,3% desde AP por vía urgente, el 14,3% por urgencias de psiquiatría, el 28,6% por alta tras ingreso en Unidad Agudos, y el 7,1% por Detenido/Policía/ justicia. Los días desde la derivación hasta ser atendido en USMC fueron de media 14 ± 17,32 (Rango: 0 – 55), 8 de los cuales tuvieron que ser ingresados.

2.3. Expectativas y necesidades de las personas usuarias

Al elaborar el Proceso Trastorno Mental Grave (Consejería de Salud, 2006b) y el II PISMA se recogieron las expectativas de personas con trastorno mental y sus familiares a través de grupos focales de discusión (Consejería de Salud, 2008c). En relación a la intervención temprana en psicosis manifestaron la falta de actuaciones de prevención, expectativas de que mejorara la accesibilidad y flexibilidad horaria en los dispositivos, y la información sobre la enfermedad, diagnóstico y tratamiento.

«Cuando nos informan al principio, empiezan con unos léxicos, unas palabras, que ellos medio entienden, etc. Empiezan a darte nombres que tú no te aclaras» (Paciente. Consejería de Salud, 2009)

«Como no sabemos nada de la enfermedad ni se tiene un control... con 24 años están ya cronificados y en un año la persona ha ingresado 4 ó 5 veces sin ninguna información» (Familiar. Consejería de Salud, 2009)

En general, solicitaban más trabajo psicológico y psicoterapias, diferenciando la atención por edad y patologías, y facilitando oportunidades de acceso al empleo. Además, demandaban una atención integral (aspectos sociales, laborales, recreativos, familiares), continuada e individualizada, que disponga de los medios necesarios para permitir a cada paciente estabilizarse y normalizar su vida lo más posible.

La familia solicitaba que los dispositivos de emergencias llegaran a domicilio, que se facilitara la accesibilidad inmediata en las crisis y un teléfono directo para dudas y asistencia urgente, y apoyo psicológico en el primer contacto con la enfermedad. Se demandaba la mejora de la información sobre el diagnóstico y la forma de comunicación del mismo, desdramatizando, con información tranquilizadora y esclarecedora, con alternativas y soluciones.

*«Nos lo advirtió la psicóloga: "Esto va a ser muy difícil y van a venir tiempos malos". Contó con la familia y a base de enseñarnos y trabajar juntos todos pudimos ver la luz» (*Familar. Consejería de Salud, 2009)

El estudio de la Asociación Catalana ADEMM (2007) encuentra expectativas semejantes a éstas. Por otro lado, la guía NICE (2009) recoge las expectativas y experiencias de las personas usuarias y familiares como una de las bases para sus recomendaciones[3].

Otro estudio ha explorado las percepciones de las personas usuarias respecto a los ingresos como eventos traumáticos (Robins, 2005), señalando que al inicio del trastorno, puede marcar negativamente la forma de percibir la ayuda psiquiátrica en adelante.

3 NICE 2009: Enfermar y acceder a los servicios. Los relatos personales de personas con esquizofrenia y sus cuidadoras/es expresan que cuando una persona enferma por vez primera, superar el día a día puede vivirse de forma muy angustiante. Los síntomas de un primer episodio pueden ser devastadores y llevar tiempo encontrar estrategias para manejarse. Estas tienden a ser muy individuales, pero el tener una buena relación terapéutica con un/a profesional de la Salud mental es crucial. *"Abriéndome a alguien y hablándole con honestidad y sin temor a ser condenado o criticado, fui capaz de aliviar la masiva sensación de angustia que estaba experimentando en los primeros momentos de mi recuperación, una sensación que me impedía avanzar y hacerme con mi vida" (Anónimo, 2008).*

«Vas a un sitio en el que esperas que te ayuden y lo único que hacen es, si estás violento atarte, ponerte la inyección. Se preocupan de darte pastillas y abrirte la boca a ver si las has tomado». (Paciente. Robins, 2005)

Esta frase resume muy bien las expectativas de las familias:

«Que se inviertan recursos, imaginación y esfuerzo en la atención a los pacientes más jóvenes para que puedan sobrellevar bien su enfermedad y normalizar lo más posible su existencia». (Familiar. Consejería de Salud, 2006)

2.4. Expectativas y necesidades de los y las profesionales

En el seno de los cursos de la Dirección del Programa de Salud mental, del Servicio Andaluz de Salud, sobre detección e intervención temprana en la psicosis de los años 2008 y 2009, se han organizado grupos focales de discusión en los que han participado aproximadamente 120 profesionales. Estos coincidían en que la asistencia se ofrece de forma fragmentada y tardía y en la necesidad de desarrollar la ITP en nuestro ámbito. Sus expectativas fueron que los programas ofrecieran unos resultados mejores respecto a recuperación y satisfacción personal a las personas jóvenes con psicosis, que supusieran una mejora en la coordinación con otros sectores implicados, un trabajo más comunitario y una mayor satisfacción profesional, al orientar las actuaciones hacia la recuperación (Programa de Salud mental, 2009).

En un grupo focal de profesionales de la educación (orientadores/as y profesores/as) desarrollado en Granada para la elaboración de este documento, se manifestó que el entorno educativo podría colaborar en la detección de las fases iniciales de la psicosis y en las intervenciones con personas que se incluyan en el programa. Los compañeros y compañeras de clase y el profesorado son muy sensibles a los cambios de conducta y con la formación adecuada podrían jugar un importante papel en la detección e intervención temprana. Por otro lado, el personal educativo desea tener un papel relevante en la integración en el entorno escolar y en la orientación vocacional.

2.5. La investigación

En España varios grupos de investigación trabajan en líneas relacionadas con la ITP. Estos grupos son el liderado por José Luis Vázquez-Barquero y Benedicto Crespo Facorro de Santander con neuroimagen, epidemiología y cognición (Rodríguez-Sánchez, 2007), el de Celso Arango con psicosis infantil (Castro Fornieles, 2007), el de Eduard Vieta que trabaja en las fases iniciales de los trastornos afectivos (Tohen, 2009), el de González-Pinto (2007) con que se centra en factores de riesgo y otros. El Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud mental (CIBERSam, en red) con 25 grupos de investigación, recoge 5 líneas específicas sobre este tema.

Serafín Lemos, de la Universidad de Oviedo, y Oscar Vallina del programa P-3 de Torrelavega investigan con una orientación más asistencial y cogni-

tiva (Lemos y Vallina, en red). Tizón (2009) en Barcelona investiga en este terreno, con un estudio multicéntrico sobre detección en el ámbito escolar en el que participa Sevilla.

En Andalucía, más allá de los estudios de registro de casos del grupo de Francisco Torres en Granada (Moreno Küstner, 2001); se realizan investigaciones sobre factores de riesgo ambientales, genética y neuroimagen (Ruiz-Veguilla, 2008, 2009b). Otros/as investigadores/as (Barrigón, 2009, Ferrin, 2009, Sarramea, 2008) relacionados con este grupo participan en diversas investigaciones desde nuestra Comunidad Autónoma. Otros grupos (como Gutiérrez, 2009) trabajan en investigación básica.

3

intervenciones basadas en la evidencia y/o la experiencia

3.1. Principios y características generales

La Declaración de Consenso OMS-IEPA sobre Intervención Temprana y Recuperación para Jóvenes con Psicosis Temprana propone unos principios (Bertolote y McGorry, 2005):

1. Proporcionar tratamiento en atención primaria: detección temprana y acceso rápido a servicios de Salud mental comunitarios.

2. Atención en la comunidad, en servicios lo menos restrictivos y coercitivos posible.

3. Educar a la población: promover conciencia sobre la importancia de la detección temprana y del tratamiento de la psicosis, implicando a la comunidad, familias y usuarios.

4. Colaborar con otros sectores sociales (trabajo en red) para facilitar la recuperación.

Los programas, trabajan en equipo multidisciplinar, con orientación asertiva basada en los **principios de la recuperación** y **promoción de la salud**, con una adaptación flexible de las técnicas a las necesidades y prefe-

rencias individuales (veáse como ejemplo la iniciativa IRIS en Anexo 6). Utilizan bajas dosis de neurolépticos, ofrecen tratamientos psicológicos (para el manejo de síntomas y para afrontar episodios agudos y poder seguir adelante), se orientan a la recuperación de una vida normalizada y al desarrollo de capacidades vocacionales con trabajo intensivo en este área.

Se mira a la persona en su propio entorno, identificando ahí recursos y necesidades, participando activa y responsablemente con su familia. Se interviene **en contextos comunitarios** significativos: domicilio, familia, colegio, trabajo, entre otros. Se trabaja en coordinación con y desde AP, el ámbito educativo y el resto de instancias involucradas en la atención a población joven.

El personal de enfermería con frecuencia enmarca su trabajo dentro de la **gestión de casos**, asegurando la continuidad de cuidados, velando para que la persona atendida y su familia alcancen los objetivos terapéuticos previstos en su proceso de recuperación. Se identifican y movilizan los recursos necesarios y facilita la intervención de los distintos perfiles profesionales y servicios, para el logro de los mejores resultados. La gestión de casos facilita la coordinación entre profesionales de los distintos niveles y sectores implicados, potenciando una respuesta única y más eficiente para la atención integral de cada paciente y familia. Así, el gestor o la gestora del caso es una figura de referencia para la persona atendida y su familia, eje visible de la intervención profesional conjunta.

Los programas revisados cuidan mucho el trabajo de vinculación y enganche, determinante de la capacidad de retener a las personas usuarias.

Otro pilar de la atención de estos programas, en muchas ocasiones desarrollado por el gestor o la gestora del caso, es la atención y la facilitación de la **participación de la familia** desde el primer momento. Una de las estrategias utilizadas en ITP para facilitar la adherencia (no sólo para los problemas de tóxicos, tan frecuentes en esta población) es la entrevista motivacional (Kavanagh, 2004).

Los **tratamientos** han de ser secuenciados **en función de la fase** concreta de la enfermedad (por ejemplo, fase prepsicótica, primer episodio y fase de recuperación) (Gleeson y McGorry, 2005) y adecuados al problema individual (como el abuso de sustancias asociado, el riesgo de suicidio, los síntomas afectivos, negativos o la resistencia al tratamiento).

Desde el ámbito de la **rehabilitación psicosocial** (Shepherd, 1998), se señala que sus objetivos generales (favorecer la recuperación, apoyar la integración social, fomentar la normalización y la autonomía, etc.) son compatibles con las necesidades que presentan las personas con psicosis temprana (Baldor, 2008; Lahera, 2004). Los tres primeros años de evolución son especialmente sensibles a este tipo de intervenciones. Como dice Vallina (2003) estaríamos ante una nueva visión de la rehabilitación, donde no se trata de esperar estados residuales del trastorno para intervenir, sino de implantar tales procedimientos desde los momentos iniciales. No habría pues intervenciones específicas para psicosis tempranas sino una adaptación a las necesidades de las personas usuarias en esta fase.

El estudio de las **diferencias entre hombres y mujeres** en el campo de la psicosis ha experimentado un creciente interés en las últimas décadas (Ve-

lasco, 2009). Rosa Jiménez García-Bóveda y Antonio J. Vázquez Morejón (2000, 2006) realizan una revisión de las aportaciones más relevantes y de mayor consenso en este ámbito, que se resumen en los siguientes puntos:

- Edad de inicio más tardía en las mujeres, con un pico hacia los 40-45 años que puede quedar excluido de los programas de ITP habituales.
- Más complicaciones obstétricas en madres de hombres y mayor riesgo familiar en mujeres.
- Mejor ajuste premórbido en mujeres.
- Evolución inicial más favorable en la mujer y mejor funcionamiento social en mujeres.
- Sintomatología negativa más frecuente en hombres y afectiva más frecuente en mujeres.
- Mayor frecuencia de conducta antisocial y de abuso de tóxicos en hombres.
- Necesidad de dosis más bajas de antipsicótico y mayor frecuencia de discinesia en mujeres.
- Mayor protección en la mujer por el efecto modulador de los estrógenos con la dopamina.
- Mayor respuesta y adherencia a los tratamientos farmacológicos y psicológicos en mujeres.

A pesar del importante cúmulo de datos, pocas veces los estudios descriptivos, etiológicos, de prevención y tratamiento de la psicosis incorporan la perspectiva de género, ignorando los condicionantes psicosociales de los roles de género como elementos explicativos, así como la atención a las necesidades específicas de uno y otro género.

Además de abordar los síntomas psicóticos, la intervención en el ámbito de la ITP es **útil** para:

- Proporcionar apoyo emocional ante experiencias subjetivas perturbadoras y el estigma.
- Promover la comprensión de la psicosis, la participación activa en el tratamiento y la adherencia a la medicación.
- Abordar específicamente síndromes, comorbilidad y esquemas perjudiciales de la persona.
- Mejorar el afrontamiento y la adaptación.
- Mejorar el funcionamiento cognitivo.
- Mejorar las relaciones interpersonales (pueden ser un problema independiente de la psicosis, y/o haber empeorado o haberse interrumpido por efecto del trastorno).
- Reducir el riesgo de suicidio y la agresividad.
- Prevenir las recaídas.
- Reducir el daño derivado del posible abuso de sustancias asociado.

3.2. Intervención temprana frente a estándar

3.2.1. Evidencia clínica

La Guía NICE (2009) recoge 4 ensayos clínicos: estudios LEO (Craig, 2004), OTP (Grawe, 2006), COAST (Kuipers, 2004) y OPUS (Petersen, 2005) y concluye que los servicios de intervención temprana tenían mejores resul-

tados clínicos a los 18-24 meses, en relación a mejora de la adherencia a las intervenciones, recaídas, rehospitalizaciones, severidad de los síntomas, satisfacción y calidad de vida. En periodos más largos de seguimiento no se consigue evidencia sobre el mantenimiento de estos resultados.

Hay otros muchos trabajos con menor rigor metodológico que encuentran resultados similares. Fowler (2009) compara en cohortes históricas en Norfolk, Inglaterra: una atención comunitaria generalista, un programa de ITP que ofrece apoyo especializado a la atención generalista (modelo mejorado), y último programa con un equipo independiente de ITP. En su comparación obtuvo resultados espectacularmente mejores en este último modelo. Encontró resultados positivos más moderados del modelo mejorado respecto al generalista.

Hay menor evidencia en la intervención en EMAR y, por ejemplo, la guía NICE entiende que no se pueden hacer recomendaciones basándose en ésta. Desde el artículo inicial de McGorry (2002) hasta los más actuales (Lemos-Giráldez, 2009) cada vez más investigación rigurosa muestra su posible eficacia Un metanálisis, de De Koning y cols. (2009), concluye con las siguientes recomendaciones:

1. Realizar una monitorización regular del estado mental y ofrecer apoyo.

2. Tratar los síndromes específicos, como depresión, ansiedad, abusos de sustancias.

3. Ofrecer psicoeducación, apoyo y educación familiar.

4. Proporcionar información clara, flexible y cuidadosa de los riesgos del trastorno y síndromes asociados.

5. La medicación neuroléptica no debería usarse de primera línea, evaluándose su prescripción cuando el deterioro fuese rápido.

3.2.2 Evidencia económica

Los resultados del programa EPPIC australiano (Mihalopoulos, 1999) mostraban una clara ventaja de la ITP sobre la habitual, siendo más efectiva y suponiendo un ahorro. El mismo equipo muestra esta evidencia en un programa dirigido a EMAR (Phillips, 2009). McCrone (2006, 2007, 2009) presenta un modelo para evaluar los costes de la ITP que indica que supone un claro ahorro frente a la intervención habitual. Para ello considera que disminuye claramente los reingresos, que a su vez hay que conseguir como objetivo. Aunque una reciente editorial (Mihalopoulos, 2009) defiende con vehemencia que estos programas están justificados por el ahorro, se debe ser prudente y no trasladar a nuestro contexto automáticamente estos resultados.

3.3. Tratamientos farmacológicos

3.3.1. Consideraciones generales

El tratamiento farmacológico es parte de un plan general que tiene como objetivos la mejora en todas las áreas afectadas, clínicas o no. Las decisiones acerca del tratamiento se toman con la persona atendida, a la que se le informa de todas las opciones, sus beneficios y posibles riesgos.

La Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA, 2009) recoge como algunos estudios sobre el papel de la psiquiatría en la ITP (Seikkula, 2006, Bola, 2002), indican que cuando existe un rápido acceso a intervenciones psicológicas y sociales de calidad hay un grupo de pacientes que se pueden abordar sin tratamiento farmacológico. Estos estudios detectan que, en estas condiciones, un colectivo más amplio de personas con psicosis agudas no afectivas, con remisión completa, necesita cortos periodos de atención (Susser, 1995, Valevsky, 2007). La WPA (2009) recomienda que, excepto en estos casos y en los de personas con psicosis inducidas por drogas, se debe ofrecer al menos un año de tratamiento neuroléptico, y periodos mayores si hay síntomas de recaída.

En las primeras semanas de tratamiento aparecen aspectos que condicionan la adherencia o la relación con los servicios. Por ello es importante monitorizar y manejar efectos secundarios como los extrapiramidales o la ganancia de peso. Hay que diferenciar entre Estados Mentales de Alto Riesgo y Primeros Episodios.

3.3.2. EMAR

Los **objetivos** del tratamiento farmacológico son prevenir la aparición del episodio psicótico, retrasarlo y/o disminuir su severidad; y mejorar el estado mental de la persona afectada en esta fase prodrómica (De Koning, 2009). A pesar de los beneficios potenciales e importantes para estas personas, algunos riesgos como los efectos secundarios o el miedo a la aparición del estigma han hecho de estas intervenciones objeto de una gran controversia (McGlashan, 2005).

Respecto a la **prevención de la transición a la psicosis**, el estudio (primer ensayo clínico randomizado) de la clínica PACE (McGorry, 2002; Phillips, 2007) encontró que la risperidona a dosis bajas más tratamiento cognitivo-conductual retrasaba modestamente la aparición del episodio psicótico. Sin embargo, trabajos con otros antipsicóticos como olanzapina (McGlashan, 2006), haloperidol (Kéri, 2006), antidepresivos (Cornblatt, 2007; Fusar-Poli, 2007) o ácidos grasos omega-3 (Amminger, 2007) ponen en cuestión estos resultados. Por otro lado, se han encontrado **mejorías del estado mental** con olanzapina (Woods, 2003), amisulpride (Ruhrmann, 2007), aripiprazol (Woods, 2007) y glicina (Woods, 2006).

Actualmente, por tanto, no existen pruebas suficientes a favor del uso sistemático de tratamiento neuroléptico en EMAR. Sin embargo, existen circunstancias clínicas sobre las que sí hay consenso general en su utilización inmediata (IEPAWG, 2005):

1. Si se presenta un deterioro psicopatológico rápido.

2 Si se detecta un alto riesgo suicidio y el antidepresivo utilizado no funciona.

3 Si aparecen episodios de agresividad u hostilidad que ponen en riesgo al paciente u otros.

La actitud más habitual, que se lleva a cabo en programas con mucha experiencia (Broome, 2005), consiste en un seguimiento estrecho por parte del programa; ofrecer a la persona atendida información de riesgos y beneficios de las diferentes alternativas de tratamiento existentes; y si ésta lo solicita, dar tratamiento farmacológico sintomático, y antipsicótico sólo si su estado empeora.

3.3.3. Primer episodio

Existen diferencias en el tratamiento específico de estas fases de la psicosis. En la medida en que estas diferencias sean consideradas, aumentará la eficacia (Emsley, 2009) en el abordaje de situaciones como la de mayor respuesta a los antipsicóticos (Lieberman, 1993), mayor vulnerabilidad a efectos secundarios (Zipursky, 2005) y/o escasa adherencia al tratamiento (Coldham, 2002).

Aunque los objetivos suelen individualizarse, hay pautas que pueden extenderse a todo el espectro de síntomas posible: síntomas psicóticos, afectivos, cognición o agresividad (Liddle, 1994). Por ejemplo, es recomendable evitar la polifarmacia y no usar más de un antipsicótico al mismo tiempo (NICE, 2009).

Por razones de asociación entre la duración de la DUP y un peor pronóstico (Marshall, 2005) o los posibles cambios cerebrales progresivos tras el primer episodio (Hulshoff Pol, 2008), se aconseja iniciar el tratamiento con antipsicóticos tan pronto sea posible. Sin embargo, es costumbre mantener un periodo de 24 a 48 horas libre de éstos para facilitar el diagnóstico diferencial con otras psicosis (como las inducidas por tóxicos). En estos periodos se han usado, habitualmente, benzodiacepinas (Ehmann, 2000).

Antipsicóticos en el primer episodio psicótico

Los antipsicóticos de segunda generación no han demostrado una eficacia superior a los de primera (Rummel, 2008) y no son recomendados como primera elección por las guías de práctica clínica (NICE, 2009). Algunos estudios encuentran algunas ventajas de los «nuevos» antipsicóticos respecto a los «antiguos», como una mayor tolerabilidad, menos disfunción cognitiva, disforia y efectos extrapiramidales (Crespo-Facorro, 2006), o menor incidencia de discontinuación (Kahn, 2008; Opjordsdmoen, 2009). Otros estudios recomiendan su uso (IEPAWG, 2005).

Por las especificidades arriba expuestas, se debe comenzar a dosis muy bajas que se suben muy despacio: «*start low, go show*» (Jackson, 2001). Ehmann y Hanson (2000) proponen dosis de inicio de: 1 mg de haloperidol; 0,5-1mg de risperidona; 2,5-5mg de olanzapina; 50-100 mg de quetiapina; 5-20 mg de ziprasidona; 70-125 mg de clorpromacina.

Estas personas responden en general satisfactoriamente y más rápido a antipsicóticos (Emsley, 2006). Los incrementos de dosis es recomendable hacerlos cada no menos de 2 ó 3 semanas, vigilando la aparición de efectos secundarios (IEPAWG, 2005). Si la respuesta no es la deseada a dosis terapéuticas, la práctica habitual incluye el cambio a un segundo antipsicótico atípico tras un ensayo de entre 6 a 8 semanas (Lieberman, 1993). Tras un fracaso en un segundo ensayo algunos grupos (Lehman, 1998) consideran la introducción de clozapina, aunque existen otras opciones (Conley, 2001). En cualquier caso el manejo de un primer episodio resistente incluiría estrategias para mejorar la adherencia y abordar el abuso de sustancias (Edwards, 2002).

La tasa de recaídas en el primer año entre los que no mantienen el tratamiento tras la recuperación se sitúa entre el 40 y el 60% (Kane, 1982; Crow, 1986). Esto ha justificado la recomendación del mantenimiento del tratamiento antipsicótico con la más baja dosis posible hasta 1 año (Frances, 1998). Evidencias posteriores (Gitlin, 2001) han llevado un gran número de clínicos/as a preferir actitudes más conservadoras y llevarlo hasta los 2 años; o a individualizar el tiempo de mantenimiento en función de las características clínicas. Así, los periodos de tratamiento se situaría entre menos de 1 año para episodios con síntomas predominantemente afectivos, y hasta en los 5 si se trató de un episodio grave de esquizofrenia sin recuperación completa (Addington, 2002). En la medida en que el tratamiento se prolonga crece el problema de la escasa adherencia y se han propuesto estrategias farmacológicas para combatirlo (Carpenter, 2001; Remington, 2001).

Fármacos no antipsicóticos

Las benzodiacepinas, además de los usos ya comentados, son utilizadas como ansiolíticos para la agitación (Battaglia, 1997) o incluso haciendo valer un posible efecto antipsicótico (Carpenter, 1999). Los estabilizadores no son fármacos de primera línea en el tratamiento de un primer episodio psicótico a pesar de existir alguna evidencia de su papel en la agresión y agitación (Leucht, 2002). La psicopatología depresiva se trata, en general, el antipsicótico. No obstante se han usado antidepresivos cuando no se ha conseguido este efecto con antipsicóticos (Lehman, 1998). Por ejemplo para tratar los síntomas negativos a pesar de no existir evidencia al respecto (Levinson, 1999), o para la psicopatología depresiva posterior al episodio agudo (Siris, 1994).

Primer Episodio de psicosis afectiva

Existe aún menor evidencia a favor de intervenciones farmacológicas en el caso de un primer episodio de psicosis afectiva. La única evidencia clara se obtiene sobre la conveniencia de comenzar el tratamiento farmacológico lo antes posible (Scott, 2007).

Se han probado buenos resultados con valproato y olanzapina (Lambert, 2005) que no han sido confirmados (Findling, 2007). Es conocida la eficacia antimaniaca y como profilaxis del litio (Baldessarini, 2002).

Para un primer episodio psicótico con síntomas maniacos en el que se sospeche trastorno bipolar, se ha recomendado el uso de un antipsicótico

más un estabilizador (litio o valproato). Si no hay respuesta en 3 semanas se aconseja incorporar un segundo estabilizador (carbamazepina) o un segundo antipsicótico (Bauer, 1999); los atípicos pueden ser alternativa como estabilizadores en monoterapia o junto a estabilizadores (Tohen, 2000; Vieta, 2000); también las benzodiacepinas pueden jugar un papel si existen trastornos de conducta severos (Bauer, 1999).

3.4. Intervenciones psicológicas

Es un componente esencial del tratamiento prevenir y resolver las consecuencias secundarias de la enfermedad y promover la recuperación. Una intervención eficaz en esta fase debe ser útil para preservar un sentido estable de la propia identidad, mantener la autoestima, abordar los problemas de uso de tóxicos, del estado de ánimo y ansiedad asociados, el riesgo suicida, mejorar la adherencia al tratamiento y prevenir recaídas (McGorry, 2004).

El apoyo empírico de la eficacia de tratamientos psicológicos (Cormac, 2002; Perona, 2003; Dickerson, 2006; Pfammatter, 2006; García, 2008), basados en el modelo de vulnerabilidad-estrés (Perris, 1998), para mejorar la recuperación de la esquizofrenia ha supuesto un impulso para el desarrollo de intervenciones psicológicas en la psicosis temprana. Las intervenciones fundamentales recomendadas por la IEPA y OMS (Bertolote y McGorry, 2005), las principales guías de práctica clínica, internacionales y nacionales y la evidencia disponible son la psicoterapia y la intervención familiar.

3.4.1. Psicoterapia

Existen diversas modalidades psicoterapéuticas aplicadas a la psicosis temprana, entre las que destacan la psicoanalítica, cognitivo-conductual, sistémica e integradora.

Cullberg (2007) y Martindale (2007) analizan la **contribución desde el psicoanálisis** a la ITP. Desde una perspectiva dinámica actual, la psicosis se entiende como un fracaso de las estructuras del ego, con un descenso de la capacidad para diferenciar entre el mundo interno y externo, produciendo una desintegración subjetiva caótica y profundamente generadora de ansiedad. Este proceso puede interpretarse como una reacción inadecuada al estrés, que interactúa con una vulnerabilidad psicológica específica y sobrepasa la capacidad de afrontamiento del individuo. Los diferentes tipos de terapias dinámicas tienen en común la importante tarea de desarrollar una relación entre terapeuta y paciente, intentando que adquiera seguridad y autonomía y que sobre éstas aumente el conocimiento sobre sus vulnerabilidades y el significado de sus experiencias psicóticas, buscando soluciones realistas y reconstruyendo una imagen de sí mismo integrada y estable. La actuación terapéutica es más activa y se adapta a las necesidades y recursos de cada paciente. Aunque algunas revisiones recientes valoran de manera negativa las terapias psicodinámicas, llegando incluso a desaconsejarlas, hay que valorar que estas conclusiones se apoyan en la relativa escasez de investigación sistemática de los modelos dinámicos, en contra de la experiencia de un gran número de profesionales. Esta perspectiva puede ayudar a la comprensión de lo que le sucede al individuo y su familia y a como afrontar el camino de la recuperación.

Si bien, en un primer momento las **terapias de orientación sistémica** tuvieron un gran auge, posteriormente se impusieron aquellas intervenciones familiares en pacientes con esquizofrenia que integraban elementos sistémicos, educativos y cognitivo-conductuales. Actualmente el desarrollo de este modelo integra otras perspectivas al abordar la psicosis, como el desarrollado por Seikkula (2006) y su modelo de entrevista familiar abierta.

El **enfoque integrador** basa sus argumentos en las coincidencias y complementariedad de las diferentes teorías sobre la conducta humana y en las ventajas de ofrecer una variedad de intervenciones psicológicas adecuadas a las características, necesidades y preferencias de cada paciente. Algunas de estas estrategias se han desarrollado en el tratamiento de la psicosis temprana como el tratamiento adaptado a las necesidades de Alanen (1997), los proyectos de ITP de Cullberg en Suecia (1988-90), Rosenbaum en Dinamarca (1991), Johannesen en Noruega (1992) y McGorry en Melbourne (1993).

La terapia con más estudios en este ámbito es la **Terapia Cognitivo-Conductual** (TCC). Se fundamenta básicamente en las teorías de Beck (1983) y Ellis (1983) sobre trastornos no psicóticos. Desde la década de los noventa, especialmente en el Reino Unido, hay un interés creciente en su adaptación para la psicosis, que han dado lugar a un importante número de investigaciones que avalan su eficacia en el tratamiento de la esquizofrenia y la psicosis temprana. El principio básico de la TCC de la psicosis es que los pensamientos disfuncionales sobre las experiencias sensoperceptivas anómalas provocan malestar. A su vez, el malestar refuerza los pensamientos

disfuncionales. El objetivo de la TCC es desafiar los pensamientos disfuncionales y, de esa manera, reducir el malestar, lo que repercutirá en una disminución de la intensidad y/o frecuencia de los síntomas. Los resultados de la investigación de la aplicación de la TCC en la psicosis temprana sugieren que es efectiva para acelerar la recuperación, reducir la severidad de los síntomas y mejorar la calidad de vida, si bien se precisa de la continuidad del tratamiento para el mantenimiento de estos resultados (Killackey, 2009). Se están desarrollando medidas de su eficacia desde la perspectiva de una TCC guiada por las personas usuarias (Greenwood, 2010).

3.4.2. Intervenciones familiares

La familia puede jugar un papel fundamental en la recuperación de la psicosis. Teniendo en cuenta que la mayoría de las personas que se encuentran en una fase inicial son jóvenes que viven en casa con su familia, y el impacto potencial del trastorno sobre el funcionamiento psicosocial de la persona, éste papel es aún más relevante.

Se ha comprobado que los miembros de familias con una persona con psicosis temprana, presentan un nivel elevado de malestar personal, de sensación de sobrecarga, aislamiento social y falta de formas de afrontamiento constructivas (Martens y Addington, 2001). Este malestar en la familia generará un entorno tenso que aumentará el riesgo de exacerbación de los síntomas (Gleeson y McGorry, 2005). Todo ello ha estimulado el desarrollo de intervenciones familiares, que habitualmente incluyen la psicoeducación y el apoyo durante todo el curso

del trastorno. Las intervenciones pueden estar dirigidas a la unidad familiar individual o a grupos multifamiliares, incluyendo o no a las personas afectadas.

Las investigaciones realizadas sobre las intervenciones familiares en la esquizofrenia avalan sus beneficios en la reducción del número de recaídas y de reingresos, y el aumento de la adherencia al tratamiento farmacológico, manteniéndose durante el seguimiento a los 9 y 18 meses. Para las familias, la intervención reduce la carga de la enfermedad, incrementa el conocimiento y reduce la emoción expresada (Pharoah, 2006). La mayoría de la evidencia disponible ha sido obtenida en poblaciones en fase estable de la esquizofrenia y los resultados han sido extrapolados a las poblaciones en fases iniciales de la psicosis.

Los desafíos a los que se enfrenta la persona en estas fases de la psicosis y su familia son diferentes a los de una persona con enfermedad crónica. Las intervenciones familiares habrán de tener en consideración estos aspectos exclusivos. Algunos elementos comunes de los programas que han demostrado su efectividad son los siguientes (Leff, 2005):

- Promueven un compromiso inicial evitando actitudes culpabilizadoras.
- Potencian la colaboración de la familia en el proceso de tratamiento.
- Proporcionan una respuesta flexible y adaptada a las necesidades de la familia.
- Valoran de forma continuada la situación de la familia en relación al conocimiento de la psicosis y la experiencia anterior con el trastorno; el impacto en cada miembro a nivel práctico, cognitivo y emocional, así

como de la rutina familiar habitual; los recursos de afrontamiento del estrés y; los patrones de comunicación.

- Infunden esperanza en el futuro, potenciando los sentimientos de control y de optimismo.
- Fomentan la responsabilidad de cada miembro sobre su propio desarrollo personal y sobre la mejora del clima familiar.
- Incluyen entre sus objetivos reducir el sufrimiento, la alteración de la rutina familiar, el estrés y la sobrecarga en los o las familiares, y optimizar el funcionamiento adaptativo de la familia.
- Centrar la intervención en la psicoeducación, estrategias de afrontamiento, entrenamiento en habilidades de comunicación y resolución de problemas.
- Animan a las familias a buscar apoyos externos.

Un área en investigación es la **rehabilitación cognitiva**. Hay pocos estudios en personas con psicosis de inicio (Wykes, 2007, Eack, 2009, Vishnu Gomal, 2005) pero indican un beneficio potencial de ésta. Muchos programas la ofrecen como parte de sus intervenciones (AEN, 2009).

En el Anexo 7 se exponen las modalidades de intervención psicológica más relevantes en las distintas fases de la psicosis temprana y se describen algunas terapias desde el paradigma cognitivo conductual (el más estudiado) específicas de cada fase, las necesidades de las familias y contenidos característicos de la psicoeducación desde el modelo de fases propuesto por Gleeson y cols. (1999), y los principios de la rehabilitación cognitiva.

3.5. Intervenciones en salud general

3.5.1. Salud física en pacientes con trastorno mental

Las personas con un trastorno mental grave presentan una prevalencia de enfermedades físicas más alta y una mayor mortalidad por causas naturales que la población general (Bobes, 2008; Meyer 2004). En personas con psicosis, el 66% de las muertes prematuras se deben a causas cardiovasculares, pulmonares o infecciosas tratables, comparado con el 33% que fallecen por suicidios o lesiones (Carney, 2006). Su acceso y calidad de la asistencia de salud física es peor que la de la población general (Casadebaig, 1997).

La investigación pone de manifiesto la magnitud del problema en el TMG y cómo se origina desde el inicio de las psicosis (Marder, 2004). Las consecuencias de no comenzar estrategias preventivas o de promoción de la salud pueden ser muy negativas pues los aspectos de salud física se relacionan con la autoestima, estigma, discriminación, y son una dimensión crucial de la calidad de vida. En estas fases se establecen las pautas de afrontamiento a la enfermedad y sus consecuencias, siendo un momento crítico para ayudar a generar respuestas saludables.

El aumento de morbilidad de las personas con TMG por enfermedades físicas está relacionado en primer lugar, con la mayor prevalencia de varios factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares, metabólicas y respiratorias: obesidad, tabaquismo, abuso de alcohol y drogas.

Este tipo de pacientes toman decisiones dietéticas peores y realizan menos actividad física que la población general, pero la evidencia científica actual no es clara. Un segundo factor que contribuye a la morbilidad son las repercusiones del tratamiento neuroléptico con mayor probabilidad de desarrollar obesidad, diabetes mellitus tipo 2 e hiperlipemia (McEvoy, 2005).

«Uno de los grandes problemas es que el psiquiatra mira la enfermedad pero no mira otros órganos vitales de los pacientes. Sería muy importante hacer revisiones periódicas. Porque es una medicación de alto riesgo y que daña muchísimo a riñón, y sin embargo... Debería ser por sistema» Familiar. Consejería de Salud, 2006

3.5.2. Intervenciones para el cuidado y promoción de la salud física y sexual

Se han desarrollado intervenciones conductuales para **controlar el peso** con buenos resultados en personas que han sufrido primeros episodios psicóticos (Alvarez-Jimenez, 2008), por lo que revisiones recientes las recomiendan (Killakey, 2009a).

Otras intervenciones relacionadas con la disminución del consumo de **tabaco, dieta saludable y ejercicio físico** han resultado útiles en otras poblaciones. La Junta de Andalucía (2008) ha puesto en marcha el Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada en el que hay programas dirigidos a poblaciones específicas. También hay una

línea de trabajo del II PISMA sobre promoción de la salud en personas con TMG. Este tipo de actividades se recomiendan en guías reconocidas de ITP aunque no existen evidencias establecidas en el ámbito de la promoción de la salud en esta población (Rethink, 2010; Forum for Mental Health in Primary Care, 2009). En el apartado recomendaciones y en el Anexo 8 se describen éstas.

El trabajo sociosanitario con población joven suele incluir intervenciones de promoción de la salud dirigidas a esta etapa de la vida como la educación sexual. Los programas de ITP incluyen con frecuencia actuaciones dirigidas a reducir prácticas de riesgo, prevenir enfermedades de transmisión sexual y facilitar información sobre anticoncepción. Se fomenta y facilita el acceso a los servicios de planificación familiar para evitar embarazos no deseados.

Otra área es la intervención con pacientes embarazadas que padecen psicosis (ver programa de seguimiento hijos TMG en Anexo 3) con el objetivo de:

- Asegurar el control del embarazo según los programas establecidos de AP.
- Atención a síntomas, ya que se les retira la medicación neuroléptica.
- Búsqueda de apoyos necesarios para asegurar un entorno seguro a la llegada del bebé.
- Fomentar el vínculo padres/bebé.

3.6. Intervención social

En la intervención social se incluyen todas aquellas actuaciones que facilitan el desarrollo de la persona en su entorno, incluyendo la intervención **vocacional, ocupacional y de apoyo residencial**.

En la ITP otros sectores de nuestra sociedad están presentes estableciendo fórmulas de cooperación y coordinación efectivas, siguiendo la orientación de atención comunitaria e integral que, por ejemplo, plasma el II PISMA (2008). En esta línea integradora se procuran respuestas ágiles a la persona afectada y su familia que favorecen su recuperación, siendo esencial que se prioricen actuaciones y se favorezca, en cuanto sea posible, el regreso al rol social que desempeñaba. Es fundamental recuperar el acceso a los recursos educativos o laborales o iniciar la búsqueda de los recursos comunitarios más apropiados al estado actual sin olvidar aquellas intervenciones que favorecen el intercambio social y la planificación del ocio y tiempo libre.

Las intervenciones se desarrollan fundamentalmente en el ámbito en el que la persona vive (domicilio, atención primaria, recursos comunitarios normalizados, etc.).

Algunos programas han desarrollado acciones específicas para favorecer el **mantenimiento o el regreso a la escuela** de personas con psicosis de inicio (EPI, 2008). La mayoría trabajan en coordinación o disponen de recursos propios de orientación vocacional y laboral, pues el objetivo de conseguir un lugar en la comunidad donde la persona se sienta realizada

es nuclear para la recuperación. Dada la dificultad de la acción en este ámbito, recientemente un grupo de expertos internacional ha promulgado la «**Declaración de consenso internacional sobre intervención temprana y recuperación vocacional**» (Killakey, 2009b) a cuyos términos se adhiere este documento (ver Anexo 9).

Las intervenciones en este campo son las que han demostrado eficacia en esquizofrenia, trastorno bipolar y en general en los denominados trastornos mentales graves, adaptadas a la edad y las necesidades de pacientes en las fases tempranas del trastorno (NICE, 2009). Estas intervenciones son el trabajo protegido, el apoyo residencial, las ayudas formativas y la orientación laboral o educativa. Hay pruebas de que intervenciones específicas para primeros episodios, como las modalidades de empleo protegido (Killakey, 2008, 2006) y la rehabilitación vocacional (Rinaldi, 2004), son eficaces. De hecho, la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente (ATTRM, 2009) señala que: «En el ámbito de la inserción laboral de personas con primeros episodios hay evidencia científica que muestra que el empleo con apoyo es el método más efectivo y que mantiene los resultados de forma más estable en el tiempo. Desde esta orientación, cabe dar la misma importancia al ámbito educativo y de formación».

4

recomendaciones

4.1. Consideraciones principales del análisis de la situación actual

De cara a orientar las estrategias de actuación, de lo visto anteriormente, podemos destacar que:

1. La asistencia en Salud mental habitual, en muchas ocasiones, sigue asociada al estigma e incluso puede llegar a estigmatizar.

2. Hay una carencia en la fase de detección de la psicosis, relacionada con la coordinación con AP y otros ámbitos sociosanitarios, y en el mantenimiento de una intervención intensiva y específica los 3 o 5 primeros años.

3. El profesorado carece de información y formación suficiente para identificar comportamientos que pudiesen indicar el inicio de una psicosis y participar en un adecuado proceso de seguimiento/integración. No hay una coordinación suficiente de Educación con Salud. Los compañeros y compañeras de clase pueden ser actores importantes tanto en la detección como en la integración de la persona con psicosis.

4 Los programas llevados a cabo por equipos especializados funcionan, pero la complejidad del ámbito de la ITP y las diferencias entre los programas especializados nos obliga a actuar con prudencia a la hora de generalizar resultados o trasladar experiencias de un entorno a otro. Tampoco hay una evidencia sólida sobre la intervención con EMAR. Más claras están las pruebas de que las intervenciones específicas para estas fases funcionan.

5 Guías, documentos estratégicos internacionales y de nuestro entorno recomiendan la ITP. El II PISMA, en consonancia con el interés señalado al principio del documento, señala que son necesarios programas para:

- Detectar lo antes posible el trastorno psicótico,
- Reducir el periodo de enfermedad sin tratar (DUP),
- Realizar tratamientos asertivos que aseguren, durante los primeros años de la enfermedad, intervenciones de calidad basadas en la mejor evidencia disponible.

Estos programas deben cuidar unos principios:

- Orientación a la recuperación de la vida educativa o laboral de la juventud y a que las familias se sientan apoyadas y partícipes del proceso de ayuda.
- Importancia de los modelos de comunicación y del lenguaje: facilitación de la comprensión, preservación de la autoestima y evitación de la estigmatización.

- Implicación social, favoreciendo un cambio en la visión y conocimiento de la psicosis, tanto en ámbitos asistenciales y educativos como por las personas jóvenes y sus familias.

Los **objetivos específicos** que se desprenden de esta estrategia del II PISMA son:

- Detectar lo antes posible a las personas con EMAR o que están en los 3-5 años de evolución, reduciendo la DUP.
- Facilitar el acceso inmediato a los servicios especializados, desarrollando una evaluación integral de las personas derivadas al programa de ITP.
- Diseñar con el usuario y su familia un Plan Individualizado de Intervención Precoz, valorando la evolución a lo largo del tratamiento (debe entenderse como un proceso nunca concluso).
- Garantizar un programa integral de detección e intervención temprana e intervenciones específicas de cada fase de la psicosis, orientadas a la recuperación, basadas en la evidencia y desarrolladas de manera asertiva con continuidad de la atención durante al menos los 3 primeros años.
- Capacitar en esta área a los colectivos profesionales involucrados.
- Mejorar la coordinación, facilitar el intercambio de información y unificar criterios de actuación entre todos los ámbitos implicados (salud, igualdad y bienestar social, educación, justicia, familia, movimiento asociativo, etc.).

4.2. Principios y actividades recomendadas

Para poder desarrollar los objetivos relacionados en el apartado anterior se proponen las recomendaciones que se detallan a continuación.

4.2.1. Ámbito, principios y valores de la ITP

A continuación se recogen recomendaciones generales sobre el ámbito que debe abarcar la ITP y los principios y valores que deben orientar su funcionamiento:

- Irá dirigida a personas con edades comprendidas entre los **16 y 35 años** de edad que presenten estados mentales de alto riesgo (EMAR) o psicosis que están en el periodo crítico de **3 a 5 años tras el inicio de síntomas psicóticos**.[4]
- Tendrá una **base comunitaria**, apoyado en la sectorización sanitaria que conforma una UGC de Salud mental.
- Estará **orientada a la recuperación** personal, esto significa implicar a todos aquellos sectores que con su intervención puedan evitar el deterioro de la vida social y familiar, facilitar la integración educativa o vocacional, y potenciar las fortalezas y potencialidades de la persona afectada y su entorno social.
- Garantizará la **continuidad** de la atención mediante sistemas de derivación, intervención y coordinación entre todos los niveles y sectores implicados.

4 No es necesario esperar a establecer un diagnóstico definitivo (que depende de la evolución o de futuros episodios) sino intervenir lo más precozmente si aparece un cuadro psicótico (en apariencia afectivo o no, reactivo o no), seguirlo asertivamente y, en función de la evolución, ajustar la intervención.

- La intervención será **multidisciplinar**.
- Desde el primer contacto con la persona atendida y su familia los y las profesionales deben cuidar el **establecimiento del vínculo** para el desarrollo de una alianza terapéutica y la adherencia.
- Seguirá una orientación asertiva y trabajará con el modelo de gestión de casos. Se asignará un/a **facultativo/a**, responsable del tratamiento y seguimiento clínico y un/a **enfermero/a referente**, con funciones específicas de «gestión de casos», para acompañar a la persona atendida y a su familia en el proceso de tratamiento, recuperación e integración social.
- Proporcionará disponibilidad, **acceso fácil y rápido** (incluyendo el uso de tecnologías de la información y la comunicación: teléfono, correo electrónico, SMS, Web), si es posible fuera del entorno institucional.
- Debe incorporar intervenciones sobre **estilos de vida saludables** desde el inicio.
- Tendrá en cuenta **aspectos culturales** de las personas usuarias, adaptándose a sus necesidades.
- Tendrá en consideración la **perspectiva de género** en la intervención.

4.2.2. Sensibilización

Las actividades recomendadas para facilitar la sensibilización son las siguientes:

1. **Campañas** de sensibilización social en población general orientadas al conocimiento de los síntomas, a la necesidad de la búsqueda temprana de ayuda y a la reducción del estigma. Para el desarrollo de estas campañas es aconsejable:

- Celebración de jornadas locales de sensibilización, dirigidas a la población general, donde profesionales y personas usuarias expongan una situación realista y positiva de la atención y promoción de la Salud mental, centrada en la reducción del estigma.
- Uso de las posibilidades y canales establecidos en cada área (acciones alrededor del día mundial de la Salud mental, jornadas de salud, con asociaciones...).
- Uso de los medios de comunicación locales: radio, prensa y televisión.
- Inclusión de información sobre la psicosis, su detección y tratamiento precoz, y sobre ayuda de allegados y profesionales en las campañas y los materiales de sensibilización informativos dirigidos a luchar contra el estigma que elabore la administración.

2 **Talleres de sensibilización** con información sobre Salud mental, psicosis, lucha contra el estigma, recursos, etc, para:

- Atención Primaria y Urgencias (personal médico, de pediatría, enfermería, trabajo social, profesionales que colaboran con el del Programa Forma Joven).
- Profesionales de los Centros de Atención a Drogodependencias.
- Profesionales de los Servicios Sociales (equipos de tratamiento familiar, recursos de exclusión social, ONG, etc.), ámbito judicial y asociaciones.
- Profesionales de la Orientación (formación específica) y la Educación (formación adaptada).
- Jóvenes en el ámbito educativo a través del Programa Forma Joven (taller «Lo hablamos»).

3 **Diseño de material divulgativo** sobre la importancia en la intervención temprana para profesionales, jóvenes (por ejemplo utilizando Forma Joven), familias, personas afectadas y población general.

4.2.3. Detección precoz

Las actividades sensibilizadoras facilitarán la detección de estas personas en los ámbitos implicados en su atención. Más específicamente, en algunas ocasiones como continuación de las acciones de sensibilización, se recomienda desarrollar:

1 **Talleres formativos** sobre psicosis, instrumentos de detección, programas de tratamiento y canales de derivación, para:

- Atención Primaria y Urgencias. Cada UGC, en el marco del trabajo por procesos, debe desarrollar una formación reglada sobre ITP para todos los profesionales de este ámbito, con un recordatorio, al menos, anual.
- Profesionales del centro de atención a Drogodependencias.
- Profesionales de los Servicios Sociales (equipos de tratamiento familiar, recursos de exclusión social, ONG, etc.), ámbito judicial y asociaciones.
- Profesionales de la Orientación.

2 Diseño de **material técnico** (impreso y utilizando las TIC), para profesionales del ámbito sociosanitario y educativo, con información básica sobre la enfermedad e instrumentos (escalas de observación, indicadores, etc.).

4.2.4. Atención

1. Desarrollo de un **protocolo para la detección y derivación** directa desde atención primaria, servicios de urgencia hospitalaria, servicios sociales, servicios de orientación de los IES u otras agencias comunitarias, que garantice la atención en 72 horas.

2. Elaboración de un protocolo de **recepción** por parte del programa de **atención temprana.**

3. **Evaluación.**
   Según lo revisado, la evaluación debe:

   - Ser posterior o paralela al establecimiento del vínculo terapéutico al que estará supeditada.
   - Dar a la persona atendida la oportunidad de involucrarse en el proceso de tratamiento y a que encuentre explicaciones nuevas a su problema.
   - Informar sobre el objetivo de la evaluación para que la persona usuaria sienta que tiene parte del control.
   - Procurar generar un ambiente relajado y confiable que favorezca la intimidad y también la confidencialidad de la información facilitada.
   - Considerar escenarios más allá de los dispositivos sanitarios, como el domicilio o los entornos laboral o educativo.
   - Recabar información indirecta en las fuentes disponibles respetando a la persona afectada.
   - Tener en cuenta las perspectivas de los diversos componentes del equipo multidisciplinar.

- Servirse, además de la entrevista, de la observación y de los instrumentos necesarios.

Una evaluación de calidad debe incluir las siguientes áreas:

- Historia psiquiátrica y evaluación psicológica (incluye la de la respuesta a la psicosis).
- Evaluación neuropsicológica.
- Historia orgánica, evaluación física, neurológica y somatometría, con pruebas de laboratorio y neuroimagen.
- Valoración estructurada de enfermería valorando funciones que permitan la planificación de intervenciones orientadas a mejorar la calidad de vida de paciente y familia, con especial atención a hermanos/as y/o hijos/as etc. menores de edad (ver Anexo 3).
- Evaluación social.
- Evaluación ocupacional, de intereses y de estudios.
- Evaluación familiar.

Según las características del equipo intervendrán más o menos profesionales, pero siempre con el principio de que lo primordial es hacer un vínculo con la persona usuaria y su familia. En el Anexo 10 se presenta un protocolo de evaluación que incluye todas las áreas anteriormente descritas y los test o escalas en los que se puede apoyar para realizarla. En el CD adjunto se podrán encontrar algunas de las principales escalas recomendadas. Este protocolo pretende ser una guía para los/as profesionales y un instrumento para que los/as pacientes se sientan cuidados/as, sin perder de vista las necesidades individuales de cada paciente.

Se llevará a cabo en las primeras semanas tras el contacto de las personas usuarias con el servicio y se repetirá durante el tiempo que la persona permanezca en el programa o servicio. Por ejemplo, el programa de Les Corts, en Cataluña, evalúa a los 4 meses y a los 1, 2 y 5 años (San Emeterio, 2009).

Tras la evaluación inicial, en no más de un mes, se elaborará un *plan individualizado de intervención precoz* (PIIP), desde los principios del enfoque de recuperación y teniendo siempre en cuenta las preferencias y elecciones de la persona usuaria y la participación de este y su familia.

4.2.5. Intervención

Intervención psicológica

Se ofrecerán tratamientos específicos para cada fase del trastorno, adecuados a las necesidades, al género, al fondo cultural y preferencias individuales. Estos tratamientos deben integrarse en un plan individual de intervención temprana junto a otras intervenciones psicosociales y farmacológicas (Anexo 7). A continuación se detallan las principales intervenciones psicológicas en las distintas fases de la enfermedad.

1 Fase prepsicótica

- Intervenciones cognitivo-conductuales para la depresión, ansiedad, uso de drogas y ayuda en problemas interpersonales, laborales, familiares.

- Psicoeducación y habilidades de afrontamiento de los síntomas psicóticos atenuados o transitorios. Un ejemplo es la *terapia cognitiva para personas en alto riesgo de desarrollar psicosis* de Morrison y French (2004), que trabaja en la reducción de la gravedad de los síntomas y el riesgo de transición a la psicosis aguda.
- Psicoeducación y apoyo a la familia flexible y adecuado a sus necesidades.
- Información acerca de los riesgos para el desarrollo de un trastorno psicótico en el futuro a cada paciente y su familia.

2 Fase aguda

- Intervención y apoyo en crisis para la persona atendida y su familia.
- Psicoeducación para paciente y familia adecuada a sus necesidades de información y capacidad de comprensión.
- Terapia cognitivo-conductual para la psicosis aguda. En este caso se puede usar la *terapia cognitivo-conductual para psicosis aguda* del proyecto SOCRATES, de Lewis y colaboradores (2002), aunque aún no hay evidencia clara sobre su eficacia.

3 Fase de recuperación

Recuperación inicial (2-6 meses)

- Manejo de casos basado en las necesidades.
- Psicoeducación.
- Intervenciones de grupo basadas en las necesidades.
- Psicoterapia orientada a la recuperación, como el *modelo cognitivo relacional* de Gumley (2008) o la *psicoterapia de orientación cognitiva para la psicosis temprana –COPE- (Jackson, 1996),* aunque no hay evidencia clara sobre su eficacia.

- Terapia cognitiva para la prevención del suicidio.
- Intervenciones para reducción del consumo de cannabis, como la entrevista motivacional (Rollnick y Miller, 1996), psicoeducación e intervenciones cognitivo-conductuales.
- Psicoeducación familiar que aporte información continua sobre el tratamiento, nivel óptimo de cuidados durante la recuperación y señales de alarma de recaída.

Recuperación posterior (7-24 meses o más)

- Psicoterapia de orientación cognitiva (como la anteriormente mencionada COPE).
- Prevención de recaídas mediante psicoeducación. Se puede recurrir también a la *terapia de cumplimiento* (Kemp, 1997), aunque no tiene una evidencia definitiva.
- Terapia cognitivo-conductual para los síntomas psicóticos positivos persistentes, como el *tratamiento sistemático de síntomas positivos persistentes* (STOPP).
- Terapia cognitivo-conductual para la comorbilidad asociada.
- Programas de grupo adaptados a las necesidades evolutivas de las personas jóvenes durante el periodo crítico:
  - Habilidades de afrontamiento y manejo del estrés.
  - Habilidades interpersonales.
  - Psicoeducación.
  - Entrenamiento y planificación educativa y laboral.
  - Promoción de la salud.
  - Problemas en el estilo de vida como consumo de drogas y prácticas sexuales de riesgo.

- En caso de recaída, se ofrecerá a la familia un tratamiento intensivo y ayuda para comprender el pronóstico a largo plazo.
- Psicoeducación familiar adaptada a las necesidades.

Intervención farmacológica

Las recomendaciones generales sobre intervención farmacológica en fases tempranas de psicosis son las siguientes:

- El tratamiento farmacológico será parte del plan terapéutico general, que se marcará como objetivos la mejoría en todas las áreas afectadas.
- Se considerará la influencia del tratamiento farmacológico en aspectos como el funcionamiento, la calidad de vida o la relación con los servicios sanitarios.
- En relación con los puntos anteriores, se deben manejar los eventuales periodos de negativa al tratamiento farmacológico, sin perder de vista los objetivos generales y ofreciendo los tratamientos psicosociales que se precisen.
- Será necesario tener en cuenta la opinión de la persona atendida, que estará informada de todas las opciones, sus beneficios y posibles riesgos.
- Es importante prever, monitorizar y corregir la aparición de efectos secundarios, especialmente la ganancia de peso.

1. **Con personas en estados mentales de alto riesgo (EMAR)**
   - No es aconsejable la utilización de antipsicóticos como norma general.
   - Es aconsejable utilizar los antipsicóticos cuando se presenta un deterioro psicopatológico rápido, cuando se detecta alto riesgo suicidio

y el antidepresivo no funciona o cuando aparecen episodios de agresividad u hostilidad.

- Si el o la paciente lo solicita y se acuerda con él, se hará uso de fármacos para el tratamiento de los síndromes asociados (ansiedad o depresión).

2 Con personas con primeros episodios de psicosis

- Cuando esté indicado se iniciará el tratamiento antipsicótico tan pronto como sea posible, con la posibilidad de dejar un periodo libre de tratamiento de 24 a 48 horas para facilitar el diagnóstico diferencial.
- Se evitará el uso de más de un antipsicótico (salvo en los momentos de cambio) y la polifarmacia en general.
- Las dosis de inicio serán muy bajas y los incrementos lentos, con una periodicidad de entre 2 y 3 semanas.
- Se ensayará con un segundo antipsicótico (de segunda generación preferentemente) si la respuesta no es satisfactoria en 6-8 semanas.
- Tras un eventual segundo fracaso se puede considerar la introducción de clozapina y, en cualquier caso, se analizarán las posibles causas.
- En general el tratamiento habrá de mantenerse 1 año. Según características clínicas y el grado de recuperación este periodo podrá reducirse o prolongarse hasta 5 años
- Aunque no de forma general, se debe considerar la posibilidad de usar otros fármacos según necesidades (benzodiacepinas, estabilizadores o antidepresivos).
- En un primer episodio de psicosis afectiva se ensayará un antipsicótico más un estabilizador y tras 3 semanas de respuesta insatisfactoria se utilizará otro estabilizador. Como alternativa se podrían utilizar los antipsicóticos atípicos en solitario o con un estabilizador.

Intervenciones sobre la salud en general

- Estarán dirigidas a aumentar la percepción de los problemas de salud de forma holística por parte de las distintas partes implicadas (profesionales de Salud mental, AP, personas con psicosis y sus familias) y a desarrollar una asistencia integrada a la Salud mental y física.
- Formación y capacitación del personal de Salud mental y atención primaria en la atención de problemas de salud física en personas con psicosis temprana.
- Proporcionar un programa de atención integral a las personas atendidas que tengan descendencia para apoyarlas en su rol parental y prestar atención preventiva a sus hijos o hijas.
- Promoción de la salud, asesorando sobre hábitos de vida saludable.
- Prevención de enfermedades y/o complicaciones.
- Proporcionar un programa integral de tratamiento y psicoeducación que mejore la salud física de las personas atendidas (Anexo 8):
  - Potenciar la participación en las decisiones sobre los cuidados de salud informando a las personas afectadas sobre los tratamientos y las intervenciones de promoción de la salud.
  - Protocolo de evaluación y seguimiento del riesgo cardiovascular acorde con el Proceso asistencial integrado riesgo vascular (Consejería de Salud, 2003). El proceso aconseja la monitorización de parámetros como tensión arterial, peso, perímetro abdominal, niveles de colesterol y glucosa en sangre.
  - Intervención individual y/o grupal en forma de talleres sobre educación para la salud, donde se aborden los temas más relevantes:
    - Deshabituación tabáquica en coordinación con el Plan Integral contra el Tabaquismo de Andalucía (Consejería de Salud, 2005).

- Alimentación: dieta equilibrada.
- Promoción del ejercicio físico.
- Higiene y aseo personal.
- Cuidados bucodentales.

- Ofrecer un programa de educación sexual orientado a jóvenes para trabajar la prevención de enfermedades de transmisión sexual, asesorando sobre el uso de métodos de barrera y la planificación familiar para evitar embarazos no deseados.

Intervención social

La intervención social utilizará una metodología de trabajo organizada en el Plan de Atención Social (PAS), que se incluirá en el PIIP, a través de una valoración de las necesidades, asignación de recursos sociosanitarios, seguimiento y evaluación continuada. Esta intervención se dirigirá a:

1. Ayudar a mantener la capacidad de la persona afectada para tomar decisiones sobre su proyecto personal y facilitar actividades de ajuste a su entorno (diversidad de roles).

2. Ayudar a la familia a desarrollar mecanismos de adaptación a las nuevas necesidades que evite la estigmatización de la persona.

3. Proveer, desde el principio, orientación educativa y vocacional para evitar el desajuste social, teniendo en cuenta las preferencias de la persona atendida en la elección y/o conservación del trabajo o estudios.

- Se realizarán intervenciones con recursos normalizados de formación.
- Existirá una coordinación directa entre los/as profesionales del programa ITP y el Servicio de Orientación y Apoyo al Empleo (SOAE). Se recomienda que se designe una persona referente en el SOAE para el programa ITP.

4. Informar sobre recursos sociales a las personas que están en el programa ITP y gestionar, en función de las necesidades de los/as pacientes, recursos:

   - Económicos (definitivos o coyunturales).
   - Residenciales (permanentes o respiros familiares).
   - Ocio y tiempo libre.

5. Apoyo y seguimiento domiciliario.

6. Identificación, contacto e implicación de sectores sociales relevantes.

Intervención en el ámbito educativo

La intervención en este ámbito no es asistencial, pero es esencial para la recuperación. Las orientaciones para las actuaciones en el ámbito educativo son las siguientes:

1. Establecer una estrecha coordinación entre centro educativo/dispositivos de Salud mental/familia. Esta coordinación es fundamental para realizar intervenciones globales que mejoren el pronóstico del alumno/a.

La colaboración de Servicios Sociales es imprescindible en algunos casos. Algunas consideraciones en este punto:

- El programa Forma Joven podría ser una buena herramienta de coordinación pues se desarrolla de manera coordinada entre los profesionales de salud y de educación.
- Protocolos de coordinación para el seguimiento de casos. Se pueden estudiar modelos llevados a cabo en otras comunidades como Murcia (Consejería de Sanidad y Consumo, 2008) o Canarias (Consejería de Sanidad, 2006).
- Los conocimientos y experiencias de las asociaciones de familias y personas usuarias son recursos valiosos, que podrían usarse en los centros. Se facilitará el acceso de la persona atendida con el movimiento asociativo desde los dispositivos de salud.

2 Utilizar las pautas generales que se dan desde Salud a la familia u otros agentes, adaptándolas al ámbito educativo (ej. procurar que el/la alumno/a tenga el menor número de profesores/as posible, que siga con el/la mismo/a tutor/a durante más de un año, etc.).

4.2.6. Consideración de la perspectiva de género

Teniendo en cuenta la influencia negativa de los roles de género tradicionales, y las necesidades específicas de hombres y mujeres que se revisaron en el anterior apartado, se plantean las siguientes acciones con el objetivo de, incorporar esta perspectiva en el trabajo con personas que han sufrido crisis psicóticas (Velasco, 2009):

- Incorporar en las intervenciones psicosociales el fomento de las habilidades asertivas de las mujeres, en defensa de sus necesidades y derechos, particularmente en su libertad sexual, y en el hombre el abandono de posiciones subjetivas de propiedad sobre la mujer y demostrativas de fortaleza.

- Facilitar en la orientación vocacional y laboral el desarrollo de proyectos personales ajustados a los intereses propios, no sujetos a las circunstancias o a los modelos tradicionales de género.

- Ofertar psicoeducación familiar con perspectiva de género favoreciendo la visibilización del trabajo en el entorno familiar, la participación equitativa en las responsabilidades de cuidado de los otros y sostén de la vida, y el reparto equitativo de los tiempos de reposición y ocio.

- Ofertar servicios de planificación familiar y seguridad sexual.

4.2.7. Consideración de los aspectos culturales

En relación con las estrategias del II PISMA sobre intervención con población inmigrante:

- Se deben adaptar y contextualizar los programas a las características biológicas, psicológicas, sociales y culturales, así como a las creencias y valores de las personas inmigrantes, teniendo en cuenta la perspectiva de género.

- Se traducirán, adaptarán y difundirán los materiales informativos que faciliten a la población inmigrante el acceso a los servicios de intervención temprana.

- Se desarrollarán estrategias en coordinación con las diferentes asociaciones, entidades y grupos comunitarios que trabajan en el ámbito de la inmigración para facilitar la detección, el seguimiento de las intervenciones y la reinserción de las personas inmigrantes con primeros episodios psicóticos.

4.2.8. Organización del programa de ITP

Aspectos generales

A continuación se realizan una serie de recomendaciones sobre la organización del programa de ITP.

Cada UGC creará un programa integral de detección e intervención temprana que garantice la atención continuada e intensiva a las personas atendidas en los 3[5] primeros años de la psicosis y una edad comprendida entre los 16 y 35 años, a lo largo de los 3 o 5 años posteriores al inicio de la psicosis. El programa puede estar dirigido también a EMAR, aunque la evidencia actual no permite plantear este objetivo de forma generalizada.

5 No se llegó a consenso sobre el número mínimo de años. El texto recoge el mínimo de 3, aunque sería idóneo llegar a 5 años.

Este programa:

1. Asegurará la coordinación intranivel e internivel entre:

   - Todos los dispositivos de Salud mental implicados: equipos o subequipos especializados de ITP, HDSM, USMC, USMI-J, Unidad de Hospitalización de Salud mental -UHSM-, Unidad de Rehabilitación de Salud mental –URSM-, y con los Servicios de AP y Urgencias Hospitalarias.
   - De los dispositivos de Salud mental con la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM), específicamente con el Servicio de orientación al empleo (SOAE) de esta Fundación, Centros de Atención a Drogodependencias, Educación, Servicios Sociales, Justicia, asociaciones ciudadanas, de afectadas y profesionales.

2. Nombrará un/a responsable/coordinador/a del Programa, y un/a referente en cada uno de los dispositivos de Salud mental. Además se solicitará a los otros sectores implicados, mencionados en el párrafo anterior, que nombren un/a referente para la relación/coordinación con el programa.

3. Facilitará la movilidad y flexibilidad de profesionales, espacios y actuaciones.

4. Favorecerá la participación de personas usuarias y familiares en todos los procesos incluyendo la planificación y gestión del programa, que deberá estar recogida por escrito.

5 Se situará en un contexto no estigmatizante y si es posible vinculado a la asistencia a la población joven con un nombre adecuado a estos objetivos[6].

6 Designará profesionales con dedicación específica que dispondrán de un tiempo de atención (parcial o completo) exclusivo. El equipo deberá contar, al menos con un/a profesional de cada una de las siguientes especialidades: psiquiatría, psicología, enfermería y trabajo social[7].

La organización de un programa de ITP deberá contar además con los siguientes mínimos:

Aspectos organizativos relativos a la accesibilidad

Se propone para facilitar la accesibilidad de los o las pacientes a los servicios y la información sobre su caso:

1 Contar con un plan de accesibilidad y comunicación por escrito, que incluya el uso de nuevas tecnologías apropiadas al sector joven al que se dirige el programa: recuerdo de citas por sms o e-mail, consulta de dudas por Internet, etc.

6 El Programa de Atención a las Psicosis Incipiente del Centro de Les Corts en Barcelona llama a su programa "Programa Joven", y atiende a jóvenes con problemas que tras una evaluación pueden pasar al programa de ITP o al de trastorno de personalidad.

7 El grupo de trabajo no llegó a un consenso respecto a recomendar la creación de equipos independientes o subequipos integrados en la red, y sobre si incluir a una Terapeuta Ocupacional o no como miembro nuclear del equipo.

2. Disponer de un teléfono de atención directa para todas las instancias referidas anteriormente y para dudas y consultas de personas usuarias y familiares.

3. Establecer canales de derivación directos y sencillos:

   - En AP[8] y Centros de Atención a Drogodependencias una hoja de derivación directa al programa y disponibilidad semanal para consultas en el ámbito de AP o domicilio, con respuesta en las primeras 72 horas tras la derivación;
   - Además de las vías de relación establecidas para todos los sectores implicados, se debería poder solicitar ayuda directa al teléfono del programa. En este caso la respuesta sobre el modo de proceder (cita en el equipo, domicilio, espacio comunitario, consulta telefónica con usuario o familia etc.) tendría que facilitarse en 72 horas.

Aspectos organizativos relativos a la evaluación

Con respecto a la evaluación se aconseja que el programa de ITP:

- Si trabaja con EMAR requiera, obligatoriamente, de una evaluación con escala específica: CAARMS (Yung, 2006) o SIPS (Mc Glashan, 2003).
- Establecimiento de protocolo de evaluación sistemático (ver ejemplo en Anexo 10).

8 En función del desarrollo del sistema de la Historia Clínica Digital DIRAYA la forma de derivación desde AP deberá adaptarse sin perder rapidez y flexibilidad.

- Evaluación inicial, preferentemente conjunta, a cargo del personal facultativo y de enfermería.
- Realización en menos de un mes del PIIP reevaluado como mínimo anualmente.

En el CD adjunto se pueden consultar algunos de los principales instrumentos de evaluación recomendados.

Aspectos organizativos relativos a la intervención

En relación a organización de la intervención, propiamente dicha, se aconseja lo siguiente:

- Asignar un/a facultativo/a responsable y un/a referente de enfermería desde el primer contacto.
- Ofrecer intervención psicoterapéutica individual reglada, con una frecuencia de citas de, al menos, 1 sesión cada 2 semanas el primer año.
- Ofertar la posibilidad de un tratamiento antipsicótico a dosis bajas con supervisión regular de cumplimiento y efectos secundarios.
- Incorporar un sistema de gestión de casos e intervención de cuidados de enfermería con especial énfasis en la promoción de la salud y la adherencia a las intervenciones. El primer año la frecuencia de intervenciones de este tipo debe ser de al menos 1 vez cada 2 semanas.
- Incluir la intervención familiar reglada al menos con 6 sesiones el primer año.
- Ofrecer intervenciones de trabajo social y terapia ocupacional cuando se requiera.

- Llevar a cabo visitas a domicilio, e intervenciones en los ámbitos en los que se encuentre la persona usuaria y su familia cuando se requiera[9].
- Una evaluación por parte del personal encargado de la rehabilitación de la UGC seguida de la intervención correspondiente cuando sea requerida
- Coordinación con los Servicios Sociales generales y de Apoyo Social específicos (FAISEM), en función de las necesidades de cada paciente, prestando una atención especial a los programas de apoyo al empleo por su importancia en la recuperación de la persona.
- Asesoramiento específico sobre este tema a los departamentos de Orientación de los IES.
- Intervención escolar, con los centros educativos, a través de Forma Joven y procurar desarrollar formas de colaboración directa desde las USMI-J.
- Aspectos organizativos relativos a la coordinación
- El equipo debe tener un espacio para reunirse al menos 1 vez a la semana para funcionar adecuadamente.[10]
- Para mantener visible el nivel de actividad y asertividad, es necesario que los/as profesionales del programa ITP se reúnan, al menos trimestralmente, con los referentes de cada dispositivo y sector implicado en la atención a personas incluidas en el programa. Se evaluará a las personas atendidas y sus necesidades relativas a cada dispositivo, discutiendo la posible participación de cada sector. Además, se diseñarán estrategias para implicar a dichos sectores y la sociedad en su conjunto.

9 La filosofía del ITP plantea que distintas actuaciones se hagan a requerimiento de las personas atendidas y sus familias

10 Que todos los/as miembros del equipo conozcan a todas las personas usuarias bajo su responsabilidad, que se realicen y revisen los PIIP, se determine la intensidad de las intervenciones, se distribuyan tareas y se establezcan los niveles de riesgo de las personas atendidas.

Aspectos organizativos relativos a la calidad

Se debería incluir un indicador que permita evaluar la ITP en cada una de las siguientes dimensiones:

- Aceptabilidad: % de PIIP firmados por usuario/a, nº de ingresos involuntarios, etc.
- Accesibilidad: demora media tras solicitud de intervención, DUP media, etc.
- Efectividad: nº de (días) ingresos/año, % pacientes con trabajo/estudios, etc.
- Idoneidad: nº consultas psicoterapia/año, % familias en intervención reglada, etc.
- Continuidad: % abandonos/año, registro y nº de reuniones entre referentes, etc.
- Competencia: nº horas formativas sobre ITP/año, etc.
- Seguridad: prevalencia de intentos autolíticos y suicidios consumados, etc.

Aspectos organizativos relativos a los recursos

Se pueden dar escenarios diferentes para desarrollar los programas de ITP según los recursos disponibles, el entorno urbano o rural, la dispersión y tamaño de las UGC (Ej. se pueden llevar a cabo programas entre varias UGC si es más oportuno) y, finalmente, el modelo de desarrollo de servicios.

Para el período del II PISMA 2008-2012, se propone desarrollar la estrategia al menos con un **Programa específico de ITP.** Este programa tiene las siguientes características:

1. Una dotación de recursos humanos adecuada a la población atendida:

   - En entornos urbanos y UGC a partir de 250.000 habitantes, se contará con un equipo con dedicación completa adecuado a la población de referencia.
   - En entornos rurales y UGC de menos de 250.000 habitantes, creación de equipos en las USMC con dedicación parcial: 0,75 enfermeros/as; 0,30 trabajadores/as sociales; 0,50 psicólogos/as; 0,50 psiquiatras; por 100.000 habitantes.

2. Siempre que sea posible, la atención a este tipo de pacientes se llevará a cabo en espacios diferenciados. En las unidades de nueva creación, remodelación o traslados, se destinarán espacios físicos específicos para la atención.

3. Los HDSM, así como otros dispositivos asistenciales con programas de hospitalización parcial (Comunidad Terapéutica de Salud mental, Unidad Salud mental Infanto Juvenil, etc.) deben orientar una parte importante de su trabajo a la intervención temprana en psicosis. El trabajo en red con la USMC, al ser el eje de la atención a la Salud mental, es esencial en este tipo de abordaje.

4.2.9. Investigación

Si bien en el terreno de las acciones preventivas la investigación debe seguir principios específicos (Anexo 11), como señala el Plan Estratégico de Investigación, Desarrollo e Innovación en Salud 2006-2010 (Consejería de Salud, 2006 a), hay que «superar la visión tradicional de los centros sanitarios incrementando su papel en la investigación».

El II PISMA (Consejería de Salud, 2008c) propone «impulsar las iniciativas investigadoras que permitan una mejor comprensión de la enfermedad mental y de aquellos elementos que puedan incidir favorablemente en la calidad de la atención», sensibles a la identificación de diferencias de género y de las minorías étnicas. En esta fase de implantación y desarrollo de esta línea estratégica se pretende impulsar la investigación relativa a:

- Nuevas estrategias de detección precoz e intervención en fases iniciales de la psicosis.
- Proyectos de investigación para determinar la etiología y patogénesis del inicio de la psicosis.
- La implantación de estos programas y de sus componentes específicos, evaluando qué modelos son más aplicables y eficaces en nuestro ámbito asistencial.
- La efectividad, en la recuperación de las personas usuarias, de las intervenciones fase específicas frente a las intervenciones habituales.
- Intervención y sistemas de evaluación que introduzcan la perspectiva de las personas usuarias y sus familias.

4.3. Algunas precauciones y una conclusión

La idea de que cuanto antes podamos predecir un trastorno mental, mejor lo podemos tratar es seductora. Esto ha llevado a muchos/as investigadores/as a identificar «personas en riesgo» de sufrir un trastorno. Avances en neuroimagen, genética, estudios de anormalidades en la infancia temprana o el desarrollo de sofisticados test psicológicos tratan de identificar esta población. Para que esto sea posible el personal investigador trabaja en afinar los diagnósticos y aclarar las categorías o dimensiones que pretendemos identificar. Pero la base de la identificación sigue siendo la exploración del estado mental en una entrevista entre dos sujetos que comparten sus narrativas. Y como David Rosenhan (1973) ha mostrado, es fácil que los y las profesionales diagnostiquen estados psicóticos de forma errónea.

Jugamos todavía a probabilidades, (*odds ratio*, riesgos relativos, etc.) para determinar por ejemplo, si una medicación puede ser más perjudicial que el posible problema que trata. Estos posibles problemas, según cómo los enfoquemos o la ayuda que propongamos, también pueden estigmatizar y descarrilar un futuro por hacer. Es escalofriante pensar en la Psiquiatría como la ciencia que va a diagnosticarnos un futuro predeterminado. Nos gustaría ver más a los y las profesionales de la Salud mental como expertos/as en acompañar a las personas desde los primeros momentos de un problema que afecta profundamente su ser y por lo tanto su futuro, pero dónde lo determinado no sea más que «el comienzo de una bonita amistad» que puede ayudar a construir con esperanza un futuro de recuperación. En este terreno la investigación cualitativa, centrada en cada

narrativa y, eso sí, utilizando la información que la reciente investigación cuantitativa de calidad nos aporta, nos guíe en la toma de decisiones mejor orientadas a los intereses de las personas a quienes pretendemos ayudar.

No hay que esperar a que las cosas vayan mal para intervenir. Tras el proceso de reflexión realizado, este grupo de trabajo considera que éste es un tema en el que debemos comprometernos y que es crucial para cambiar la concepción estigmatizante de la psicosis y las oportunidades de recuperación de quien la padece. Este documento sólo ha pretendido mostrar las evidencias y plantear los principios que deberían guiar las actuaciones en este terreno. Todas las recomendaciones se plantean con la prudencia e interés que suscita lo que no está determinado.

anexos

anexo 1.

Guías de Atención Temprana a la Psicosis disponibles

Se pueden consultar guías recogidas en el texto en la Web del Programa de Prevención de la Psicosis de Torrelavega (P-3) http://www.p3-info.es/ o en **la Web de la *International Early Psychosis Association* (IEPA)** http://www.iepa.org.au/, con enlaces a los principales programas de intervención temprana: EPPIC (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre), Melbourne; EIS (Early Intervention Service) and IRIS (Iniciative to Reduce the Impact of Schizophrenia), Birmingan; EPP (Early Psychosis Program), Calgary; LEO (Lambeth Early Onset Team), Londres; TIPS (Early Treatment and Identification of Psychosis), Noruega y Dinamarca; PAFIPC (Programa Asistencial para Fases Iniciales de Psicosis de Cantabria).

Guías para familiares y pacientes

- A sibling's guide to psychosis: Information, ideas and resources. Canadian Mental Health Association, 2005.
- Early psychosis: What families and friends need to know. British Columbia Schizophrenia Society, 2001.

- Family and carer support kit. ORYGEN Youth Health & the Victorian Government, Australia.
- Coping: When someone in your family has psychosis. Early Psychosis Prevention Program. British Columbia, Canada, 2003.
- ¡En marcha de nuevo! Guía para entender y recuperarse de la psicosis. The Birminghan Early Intervention Service.

Guías para la población general

- What Can Communities Do? A Community Action Guide to Early Psychosis Intervention Strategies. Canadian Mental Health Association. 2005.
- Identification and treatment of psychosis: What referents need to know. Early Assessment and Support Team (EAST), 2005.
- Developing a stigma reduction initiative. U.S. Department of Health and Human Services, 2006
- The Sooner the Better: Get help early for psychosis. Nova Scotia Early Psychosis Program, 2004.
- Getting in Early: A framework for early intervention and prevention in mental health for young people in New South Wales. NSW Health Department, Australia, 2001.
- Folleto informativo (Information sheet, Spanish). EPPIC, State Government Victoria, Australia
- Schizophrenia: Youth's greatest disabler. World Health Organization, 2001.

Guías para profesionales de Atención Primaria

- Guía de intervención temprana en psicosis para atención primaria. P3.
- Diagnosis and management of psychosis: A booklet for General Practitioners. ORYGEN Youth Health. Australia, 2002.
- Early psychosis: A guide for physicians. Mental Health Evaluation & Community Consultation Unit, MHECCU. British Columbia, Canada, 2000.
- Early psychosis: A guide for mental health clinicians. Mental Health Evaluation & Community Consultation Unit, MHECCU. British Columbia, Canada, 2000.
- Early identification of psychosis: A primer. Mental Health Evaluation & Community Consultation Unit, MHECCU. British Columbia, Canada.
- Primary care guidelines for common mental illness. Telfor & Wrekin, 2006.

Guías para profesionales de la Salud mental

- Mental health policy implementation guide: Adult acute impatient care provision. Department of Health Publications. London, 2002.
- Model projects for early intervention in mental health of young people: Reorientation of services. Commonwealth of Australia, 2000.
- Early intervention in psychosis. Wakefield and Pontefract Service, 2004
- A guide to Canadian early psychosis initiatives. Canadian Mental Health Association. 2001.

- Early intervention for people with psychosis. National Institute for Mental Health in England, 2003
- Early Psychosis: A care guide. Mental Health Evaluation & Community Consultation Unit, MHECCU. British Columbia, Canada, 2002.
- Early Psychosis: A care guide summary. Mental Health Evaluation & Community Consultation Unit, MHECCU. British Columbia, Canada, 2002.
- Evaluation of Early Intervention for Psychosis Services in New Zealand: What works? Health Research Council of New Zealand, 2002.
- Psychosocial interventions in the management of schizophrenia. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 1998.
- Clinical Practice Guidelines: Treatment of schizophrenia. Canadian Psychiatric Association.
- Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care. National Institute for Clinical Excellence. London, 2002.
- Prevention and early intervention program for psychosis: Screening & assessment. PEPP, Ontario.
- Prevention and early intervention program for psycosis: Treatment. PEPP, Ontario, Canada.
- Program policy framework for early intervention in psychosis. Ontario, Canada, 2004.

anexo 2.

Planes/estrategias de Salud mental que incluyen la intervención temprana en psicosis

En la **Estrategia de Salud mental de las Islas Baleares (2006)** una de las actividades de la línea 4 es «impulsar el papel de la Atención Primaria en la promoción de la Salud mental y en la detección precoz, diagnóstico, tratamiento, derivación y seguimiento del trastorno mental en la población general». En la línea 6 se propone poner en marcha un «Programa de intervención precoz en primeros brotes psicóticos» en las Unidades de Salud mental (USM). En la línea 7 se propone un servicio de intervención precoz desde la USM, que incluya la identificación, evaluación y elaboración de un programa de intervención precoz a las personas con TMG, incluyendo la derivación a recursos de rehabilitación para evitar el deterioro y las situaciones de «puerta giratoria»; y de un programa de seguimiento comunitario.

En el **Plan de Salud mental de Castilla La Mancha 2005-2010**, la línea estratégica 3 propone «prevenir los trastornos mentales en la población general y en grupos especiales de riesgo». Actualmente se está desarrollando el proceso integrado asistencial de detección y tratamiento de la psicosis temprana, y se ha comenzado a pilotar desde algunos Hospitales de Día.

El **Plan de Salud 2002-2010 de Euskadi** cita que «se requiere el desarrollo de una línea formativa dirigida a la población sobre las diferentes fases y formas de las psicosis, y como detectarlas». En infanto-juvenil se propone: «Desarrollar un programa de intervención precoz con familias de riesgo que permita un trabajo de tipo psico-educativo y que facilite la identificación de signos de alarma». El **Plan estratégico 2004-2008** de asistencia psiquiátrica y Salud mental, establece que se debe promover el diagnóstico y tratamiento de los trastornos psiquiátricos de forma precoz y en régimen preferentemente ambulatorio. Se deberán continuar desarrollando pautas de actuación conjunta y programas de formación con médicos/as de familia y pediatras, potenciando las intervenciones en la etapa adolescente a modo de prevención secundaria o terciaria. Una de las actuaciones del **Plan de Salud de Navarra 2006-2012** es «acortar el tiempo diagnóstico para los enfermos con trastorno mental grave, favoreciendo el diagnóstico precoz y los circuitos específicos». En ambas CCAA se están llevando a cabo diversos programas como iniciativas de áreas o consorcios locales.

En **Madrid** diversas Áreas de la Comunidad Autónoma como la de Alcalá de Henares o el Área Norte están poniendo en marcha programas de intervención temprana siguiendo un modelo asertivo y de trabajo conjunto con AP.

anexo 3.

Programa de Atención a Hijos/as de Pacientes con TMG coordinado por la USMI-J de Granada

Justificación

Este programa tiene como objetivo general asegurar que los hijos e hijas de pacientes que tienen Trastorno Mental Grave (TMG), reciban unos cuidados básicos adecuados. Una persona con un TMG puede presentar dificultades en afrontar el cuidado y atención de sus hijos/as: alimentación, higiene, utilización adecuada de los servicios sanitarios y escolares, etc. La situación será más difícil en casos en que ambos progenitores padezcan un trastorno o concurran otras carencias sociales. Desde un planteamiento comunitario de atención integral a personas con TMG, es indispensable que el sistema sanitario que lo atiende cuide también de la salud de sus hijos e hijas. Se presta una atención integral al niño o niña desde el momento de su concepción. Un buen control durante el embarazo, parto y puerperio, previene problemas en la madre y en el bebe, garantiza un entorno seguro y familiar y fomenta un buen vinculo entre ambos.

Población diana

Hijos e hijas de pacientes que tienen un diagnostico psicopatológico incluido en el Proceso TMG.

Metodología

Al ser un programa que evalúa e interviene en primera instancia sobre los cuidados que reciben los niños, niñas y las gestantes será gestionado por profesionales de enfermería de los dispositivos de SM que participan. Cada dispositivo deberá nombrar un referente de este programa entre el personal de enfermería. El resto de los o las profesionales del equipo, intervendrán de acuerdo con sus funciones cuando sea necesario. La coordinación del programa la realizara enfermería de la USMI-J.

Objetivos y actividades

1. Captar y censar el 100% de los/as hijos/as menores de 16 años, de pacientes con diagnóstico de TMG en las Unidades de Salud mental Comunitarias (USMC) de Granada.

- Localizar, en cada USMC, al 100% de las personas atendidas con TMG que tengan hijos e hijas menores de 16 años.
- Informar a los padres y madres del programa y pedirles autorización para incluir a sus hijos/as.
- Realizar, en cada USMC, una ficha individual de seguimiento para cada caso.

2. Asegurar la atención sistemática de los hijos o hijas, de pacientes con diagnóstico de TMG, en los programas de salud dirigidos a la población infanto-juvenil en general.

- Hacer seguimiento de los niños o niñas en los centros de salud de referencia, con la periodicidad que marquen los programas de Atención Primaria (AP) para:
  - Recoger información sobre estado de salud, vacunaciones, nivel de cuidados percibidos por pediatra y/o medico/a de familia, motivos de consulta a demanda y número, asistencia al control del programa «Niño Sano».
  - Trazar un plan conjunto de colaboración AP–USMC si es necesario.

3. Supervisar que los niños y niñas reciban unos cuidados básicos (físicos, educativos, afectivos) adecuados.

- Realizar seguimientos en los correspondientes colegios y/o escuela-hogar, al menos una vez durante el curso escolar, para:
  - Recoger información sobre el nivel de relación/integración con personas adultas y con sus iguales, nivel de cuidados percibidos por el/la tutor/a: vestido, limpieza, faltas de asistencia, interés y colaboración de su padre y/o madre con el centro educativo, nivel de aprendizaje.
  - Observar al niño o niña en el medio educativo si es necesario.
  - Trazar un plan conjunto de colaboración si es necesario.

4. Garantizar una adecuada atención integral al 100% de los hijos e hijas de pacientes con TMG en los que se detecten déficits en los cuidados y/o se sospeche psicopatología.

- Si se detecta algún tipo de problema en el seguimiento (déficit de cuidados, problemas sociales y/o sospecha de psicopatología) el Equipo Multidisciplinar de la USMC atenderá a los niños y/o niñas.
- Si la USMC lo cree necesario los niños y/o niñas serán derivados a la USMI-J, que se encargará del seguimiento que prescribe el programa, tanto para el/la niño/a como de sus hermanos/as si los tiene.

5. Asegurar el seguimiento del embarazo, parto y puerperio del 100% de mujeres que padezcan TMG y estén siendo atendidas en la USMC:

- Localizar, en cada USMC, al 100% de las mujeres con TMG que queden embarazadas.
- Realizar, en cada USMC, una ficha individual de seguimiento para cada mujer.
- Hacer seguimiento de la asistencia de la paciente a todos los controles programados para seguimiento de su embarazo.
- Hacer seguimiento de la asistencia de la paciente a las clases de preparación al parto.
- Recaptar a las pacientes en caso de rupturas.
- Incluir en este Programa al hijo o a la hija cuando nazca.

6. Asegurar la correcta atención al 100% de psicosis puerperales derivadas a la USMC.

- Garantizar la adecuada atención integral de madre e hijo/a en el Programa.
- Incluir al hijo o hija de cada mujer en esta situación en el Programa.

7. Evaluación y seguimiento anual de este Programa por los o las referentes de enfermería de cada dispositivo de Salud mental implicado.

- Evaluar el grado de consecución de los objetivos marcados en el Programa así como las dificultades para llevarlo a cabo.
- Realizar la memoria anual del programa.

anexo 4.

Experiencias de intervención temprana en psicosis

A. Programa: «Detección e intervención temprana en la psicosis». Unidad Gestión Clínica de Salud mental. Área Sanitaria Sur de Granada

Objetivos

- Desarrollar una relación de colaboración y alianza terapéutica con paciente y familia.
- Garantizar la intervención temprana en psicosis orientada a la recuperación, con abordaje multidisciplinar y continuidad de la atención al menos durante dos años.
- Evitar el deterioro o abandono de las actividades habituales de la persona atendida.
- Atención personalizada y continuada a la familia.
- Facilitar el intercambio de información y desarrollar cauces de intervención y coordinación interniveles.

Población diana

- Pacientes con síntomas prodrómicos.
- Pacientes con primeros episodios psicóticos.
- Hijos y/o hijas de personas con grupo diagnostico de trastorno mental grave (TMG).

Metodología

- En cada dispositivo de la UGCSM, debe existir un referente del Programa.
- Derivación desde Atención Primaria, Servicios de Urgencias o Centro Comarcal de Drogodependencias y, excepcionalmente, desde otros sectores (educativo, judicial, servicios sociales).
- Acceso directo e inmediato a la Unidad Salud mental Comunitaria (24-48h).
- Inclusión en el registro del Programa de Intervención Temprana.
- Acogida de paciente y/o familia por el personal facultativo y por el personal de enfermería y trabajo social para el primer contacto y la recogida de datos con el objeto de reducir el tiempo de espera.
- Asignación de responsable facultativo/a y referente de enfermería.
- Cuando se den las condiciones definidas más adelante, el o la paciente será derivado al HDSM (Hospital de Día de Salud mental) y atendido de forma prioritaria (en relación a otros casos pendientes de derivación) en un plazo máximo de dos semanas.
- En el HDSM, la acogida la realizará el referente de enfermería, que junto a el/la responsable facultativo/a llevarán a cabo la primera entrevista.

- Los hijos y/o hijas de personas con diagnóstico de TMG, se incluirán en el Programa de «Atención a los hijos de pacientes con TMG».

Evaluación

Se debe garantizar la evaluación en un plazo máximo de 15 días. La evaluación debe incorporar los siguientes elementos:

1. Valoración clínica (Responsable facultativo/a):

Entrevistas de evaluación (mínimo dos) para confirmar diagnóstico e inicio de tratamiento. Se pueden utilizar escala SIPS/SOPS (ver Anexo 2) como herramienta que facilita la exploración.

2. Valoración funcional (Referente de enfermería):

- Valoración por patrones de funcionalidad y detección de necesidades no cubiertas o deterioro en su autonomía personal.
- Valoración de la situación del cuidador/a principal, familiares, con especial atención a los/as menores que conviven en el domicilio.

3. Valoración social (Trabajador/a Social):

- Valoración global de los recursos de cada paciente: ingresos económicos, vivienda, formación y empleo, conocimiento y utilización de los recursos sociales.
- Establecer historia de intereses y habilidades previas a la enfermedad, determinar el contexto sociocultural de la persona atendida y las relaciones dentro y fuera de la familia.

- Explorar y detectar factores de riesgo social que dificulten la normalización o reinserción de la persona afectada.

4. Valoración familiar (T. Social y/o Enfermería):
Genograma de la, familia propia y extensa, dinámica familiar, sistemas de apoyo.

5. Visita domiciliaria (T. Social y/o Enfermería):
Donde se puede valorar el contexto socio-familiar más cercano a la realidad que vive el paciente. Permite esclarecer situaciones que pudieran permanecer más ocultas en la consulta.

Elaboración del plan individual de tratamiento

Este plan debe ser elaborado y consensuado por los distintos profesionales que han realizado las evaluaciones.

Debe unificar criterios y pautas de actuación con otros niveles asistenciales.

Intervenciones

1. Tratamiento farmacológico:
Información y negociación sobre el tratamiento, ventajas, efectos deseados y posibles efectos secundarios.

2. Atención a los cuidados de paciente y familia.

- Información simple y relevante sobre la enfermedad y su tratamiento.
- Enseñanza y acuerdo con el o la paciente sobre cuidados básicos y necesidades.
- Administración y supervisión del cumplimiento del tratamiento.
- Recomendaciones sobre hábitos de vida saludable: alimentación, aseo, vestimenta, ejercicio físico y sueño/vigilia.
- Abstención de tóxicos (alcohol, cannabis, cafeína, etc.)
- Contención emocional y desarrollo de relación terapéutica.
- Visitas y seguimientos domiciliarios.
- Detección de problemas reales o potenciales.
- Apoyo al/ a la cuidador/a principal.
- Facilitar accesibilidad al equipo que proporciona la atención.
- Proporcionar nº teléfono de apoyo clínico.

3. Intervención social:

- Información y gestión sobre recursos sociales:
  - Económicos (definitivos o coyunturales).
  - Residenciales (permanentes o respiros familiares).
  - Educativos/ laborales.
  - Ocio y tiempo libre.
- Apoyo y seguimiento domiciliario (servicio de ayuda domiciliaria, tele-asistencia).
- Identificación, contacto e implicación de sectores sociales relevantes.

3. Tratamientos psicosociales:

- **Programa de psicoeducación en psicosis.** Lo realiza el personal de psicología y enfermería.

- Individual: con la persona atendida y/o su familia. Con un mínimo de cuatro sesiones. Los contenidos serán los más relevantes (la enfermedad, medicación, reconocimiento de pródromos/recaídas y el impacto de la enfermedad).
- Grupal: grupos multifamiliares y/o grupos de pacientes, por separado[11].

- **Rehabilitación psicosocial.** A todas las personas que presenten discapacidad en actividades de vida diaria, habilidades sociales, utilización del tiempo libre o funcionamiento educacional o laboral.
- **Intervenciones familiares (psicólogo/a):** Habitualmente, las familias con una persona afectada de psicosis sufren un grado importante de trastorno en sus dinámicas de relación. que puede influir negativamente en la evolución de la enfermedad. Se pueden realizar en el equipo o en el domicilio. A continuación se recogen las intervenciones fundamentales:
  - Enseñar a la familia habilidades de afrontamiento para reducir la carga que supone cuidar de una persona con enfermedad mental.
  - Tratar de reducir los niveles de «emoción expresada» en la familia, centrándose en los comentarios críticos, las descalificaciones y la sobreimplicación.
  - Apoyar y contener emocionalmente a la familia.
- **Intervenciones terapéuticas (Facultativo/a referente):** Las intervenciones individuales y grupales, basadas en el modelo cognitivo-conductual permiten el refuerzo de habilidades sociales, el manejo de situaciones ambientales que generan estrés y el entrenamiento en resolución de problemas.

11 Este último formato si hay número de usuarios suficiente para crear el grupo.

Lugar de tratamiento

- Unidad de Salud mental Comunitaria (USMC): En primera instancia, se debe plantear el tratamiento ambulatorio para cualquier paciente, excepto en el caso de que requiera algún cuidado especial.
- Se prioriza el tratamiento ambulatorio, incluyendo visita domiciliaria si se precisa, con el fin de mantener los cuidados en la comunidad y evitar cualquier corte traumático en el desempeño psicosocial de la persona afectada.
- Hospital de Día de Salud mental (HDSM): Se derivará, directamente, a pacientes que presenten trastornos conductuales significativos y/o baja adherencia al tratamiento y/o disfunción familiar grave. Deben contar con una red de apoyo. Se derivará también a pacientes que, tras 6-9 meses de tratamiento en el equipo, evolucionen de forma negativa, se estanquen o muestren signos de limitación funcional progresiva.
- Unidad de Hospitalización de Salud Mental: Hospitalización completa de corta estancia, si existe riesgo vital, riesgo a terceros, rechazo del tratamiento, sin red de apoyo.

Intervención en el HDSM

1. En el HDSM un/a psiquiatra, un/a psicólogo/a y un/a enfermero/a se encargan preferentemente de este programa. El o la terapeuta ocupacional interviene en aquellos casos que precisen su actuación.

2. La evaluación, la elaboración del PIT y las intervenciones en el HDSM se enmarcan dentro del protocolo descrito para la USMC con las siguientes salvedades:
   - Se parte de los motivos de la derivación y de los objetivos señalados por la USMC.
   - Se profundiza y amplia la evaluación, sin repetir, en la medida de lo posible, procedimientos ya realizados en la USMC.
   - Se intensifica la intervención individual y familiar.
   - Se acentúa el enfoque rehabilitador, atendiendo especialmente aspectos relacionados con las limitaciones funcionales (formación, ámbito laboral, relaciones y habilidades de la vida diaria).
   - La intervención será preferentemente individualizada. Se procurará que la asistencia al dispositivo no supere las tres horas/semana, con la intención de evitar la estigmatización y que el usuario mantenga el mayor grado de normalización en su vida.

3. Se reserva un mínimo de cinco plazas en la unidad para este programa.

4. La duración de la intervención en este dispositivo estará entre los 12 y los 24 meses.

Seguimiento y evaluación del Programa

- Los referentes de cada dispositivo de la UGC deben reunirse tres veces a lo largo del año, para realizar un seguimiento, análisis y resolución de dificultades e incidencias del Programa.

- Cuando un nuevo paciente se incluye en el Programa se debe cumplimentar una ficha básica (recogida al final del Programa).
- La evaluación del programa será anual y en la misma se aportarán las fichas de los pacientes cumplimentadas.

Indicadores de actividad

1. Nº de casos registrados en USMC.
2. Origen de las derivaciones.
3. Nº pacientes en seguimiento en el equipo.
4. Nº consultas con facultativo/a.
5. Nº consultas con enfermería.
6. Nº consultas con trabajo social.
7. Nº de pacientes derivados al HDSM.
8. Nº de ingresos en UHSM.
9. Nº de familias en seguimiento.
10. Nº de intervenciones familiares.
11. Nº llamadas al teléfono de apoyo clínico.
12. Nº de visitas domiciliarias.
13. Nº sesiones de psicoeducación individual.
14. Nº seminarios de formación dirigidos a personal sanitario.
15. Nº de profesionales que asisten.
16. Formación:
    - Nº seminarios de formación dirigidos a personal no sanitario.
    - Nº de profesionales que asisten.
17. Nº reuniones y/o contactos de coordinación intersectorial.
18. Nº reuniones y/o contactos de coordinación interniveles.

FICHA PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA

Fecha .....

NOMBRE

FECHA NACIMIENTO **EDAD**

OCUPACIÓN

OCUPACIÓN

HIJOS MENORES ☐ No ☐ Sí Prog. Seguimiento de hijos TMG .....

Fecha de consentimiento informado .....

Facultativo Responsable ..... Enfermera Referente .....

Fecha 1º Contacto ..... Derivante .....

Ingresos u Agudos (Fecha ingreso y alta).....

VALORACIÓN SOCIAL Fecha .....

VALORACIÓN DE ENFERMERIA Fecha .....

VISITA DOMICILIARIA Fecha ..... PIT .....

COMIENZO Y DURACIÓN
Sint. Inespecíficos
Pródromos
1º brote
Inicio tratam. farmacológico

PSICOEDUCACIÓN INDV > SESIONES Y FECHA

SESIÓN	FECHA	SESIÓN	FECHA

INTERVENCIÓN FAMILIAR > SESIONES Y FECHA

SESIÓN	FECHA	SESIÓN	FECHA

Derivación a h. de día .....

B. Programa Intervención Temprana en Psicosis (PITP). Hospital de Día de Salud mental «El Cónsul». UGC Salud Mental «Hospital Virgen de la Victoria». Málaga

1. Concepto

El HDSM de El Cónsul es un dispositivo de tercer nivel, integrado en la UGC de SM del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga, con las siguientes características:

- Orientación comunitaria.
- Centrado en la persona usuaria, su familia y su entorno.
- Trabajo en equipo.
- Orientado a la recuperación.
- Intervenciones basadas en la evidencia y la experiencia.
- Intervenciones intensivas, estructuradas, limitadas en el tiempo e individualizadas.
- En régimen ambulatorio.

Oferta un Programa de Intervención Temprana en Psicosis para la UGC-SM, bajo el modelo de equipo «especializado», que se coordina con el resto de la red.

2. Ubicación y lugar en la red

- Se trata del HDSM de referencia de la UGCSM.
- Siendo el centro de la red la USMC, la relación del HDSM y su PITP con otros dispositivos se coordina a través de ésta.
- Planta 1ª del CS El Cónsul en Calle Navarro Ledesma (esquina Andrómeda). Málaga.
- Autobuses 23 y 8.
- Horario asistencial: 9.30-14.00.

3. Recursos

- **Humanos:** 2 psiquiatras, 1 psicóloga clínica, 2 enfermeras, 1 terapeuta ocupacional, 2 monitores ocupacionales y 1 administrativa.

- **Materiales:** 2 salas de grupos, 1 sala de reuniones, 1 enfermería, 5 consultas, vestuarios, administración y almacén.

4. Indicaciones

1 **Clínicas:**

Trastornos psicóticos afectivos o no, en los primeros 5 años de evolución.

2 **Criterios de exclusión:**

- Trastornos mentales orgánicos.

- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas.
- Retrasos mentales.
- Consumo activo de tóxicos.
- Conductas disruptivas o heteroagresivas.

5. Circuito que sigue la persona usuaria:

1 Derivación al PITP:

- Desde USMC o UHSM.
- Documentación necesaria: Plan individualizado de tratamiento (PIT).

2 Inclusión en el PITP:

- Contacto telefónico o presencial entre facultativo/a responsable y el HDSM.
- Cita en no más de 72 horas.

3 Plan de tratamiento:

- Diseño del plan en no más de 1 mes.
- Inclusión en los programas asistenciales que se indiquen.
- Informe al dispositivo que deriva.
- Presentación a la persona atendida y su familia.
- Desarrollo del plan.
- Reuniones de seguimiento clínico.

4 Coordinación:

- El HDSM y su PITP se integran en la UGC de cuya red es centro la USMC.

- La coordinación con la USMC será presencial y telefónica con el/la facultativo/a responsable y con el referente personal. Los contactos han de tener una frecuencia mínima trimestral y siempre debe haber uno previo al alta.
- Del mismo modo, si es necesario, se organizará la coordinación con la UHSM.
- El paso a cualquier otro dispositivo se realizará de forma coordinada con el/la facultativo/a responsable y el referente en el marco del PIT.

5 Alta:

- Responsabilidad del facultativo o facultativa responsable en el HDSM.
- Razones para el alta: Consecución de los objetivos previstos en el plan, fracaso de la expectativas de consecución de dichos objetivos, indicación de otro dispositivo, reiteradas vulneraciones de las normas del HDSM, abandono o alta voluntaria, defunción.
- La derivación al alta se hará a la USMC o a AP, sin perjuicio de la utilización de otros recursos.
- Se remitirá informe clínico de alta, informe de continuidad de cuidados e informe de terapia ocupacional.

6. Programa asistencial

1 Justificación:

La existencia de un periodo crítico de 2-5 años en el comienzo de la enfermedad psicótica, que condiciona el pronóstico a largo plazo, avala la intervención optimizada en esta fase.

2 Población diana:

- Trastornos psicóticos afectivos o no, en los primeros 5 años de evolución.
- Programa de 5 años. Intervenciones intensivas tras el establecimiento del vínculo terapéutico durante el primer año, que a continuación se espacian y se enlazan con las realizadas en las USMC llegando hasta los 5 años si es necesario.

3 Objetivos:

- Ofertar tratamiento específico de fase en primeros episodios psicóticos para:
  - Para conseguir recuperación sintomática y funcional máxima.
  - Disminuir incidencia recaídas.
  - Disminuir incidencia hospitalizaciones.
  - Prevención del suicidio.
- Evitar la estigmatización y fomentar la normalización temprana.
- Disminuir la angustia de la familia relacionada con la incertidumbre por el retraso en la primera atención o el diagnóstico.
- Crear espacios terapéuticos específicos para este grupo de pacientes.
- Priorizar las intervenciones individuales y familiares respecto a las grupales y ocupacionales.
- Potenciar la oferta de recursos normalizados y públicos.
- Enfatizar el manejo de los síntomas más que el diagnóstico.

4 Evaluación:

- Evaluación inicial por facultativo/a y enfermero/a.
- Incluye la historia psiquiátrica y la evaluación psicológica, la historia orgánica (protocolo evaluación física), la valoración estructurada de enfermería, la evaluación social, la evaluación ocupacional y familiar.

- Instrumentos de evaluación según necesidades, para el paciente: BPRS, PANSS, GAF, LSP, HoNOS, SFS, MCMI-III, PBI, IRQ, WHO-QOL, EEFP; y la familia y/o cuidador: FQ, ZARIT, MOS, BDI y STAI (ver anexo 10 Protocolo e instrumentos de evaluación).
- Protocolo evaluación física: exploración, analítica básica, somatometría y constantes.
- Evaluación semestral a paciente y familia de las evaluaciones psicológicas realizadas al comienzo del programa y en cada una de las intervenciones realizadas.

5 Actividades:

- Asignación en la Reunión de Equipo Diaria de un/a facultativo/a responsable y un/a referente personal.
- Realización del Plan de tratamiento e inclusión individualizada en las intervenciones.
- Información escrita específica para paciente y familiares sobre el PITP y la enfermedad.
- Intervenciones psicoterapéuticas individuales intensivas.
- Protocolo farmacológico de primer episodio.
- Revisión farmacológica.
- Programa de tratamiento de trastornos relacionados con el uso de sustancias.
- Seguimiento Plan de cuidados.
- Programa cognitivo-conductual grupal para síntomas psicóticos.
- Programa grupal de habilidades sociales.
- Programa de Psicoeducación grupal para pacientes.
- Arteterapia.
- Programa de Psicoeducación grupal para familiares.

- Programa de apoyo grupal para familiares.
- Intervenciones familiares.
- Programa de promoción se la salud (alimentación; vida saludable; tóxicos y tabaquismo y sexualidad).
- Programa grupal de ganancia de peso.
- Taller corporal: psicomotricidad y deporte.
- Taller habilidades comunitarias: coordinación recursos comunitarios y enlace al Servicio de Orientación al empleo (SOAE).
- Taller Ocio y Tiempo Libre.
- Taller Expresión artística.
- Taller Polivalente.
- Programa de atención telefónica.

C. Programa de Intervencion en Primeros Episodios (PIPE). Unidad de Rehabilitación de Salud mental (UGC Salud mental Hospital de Puerto Real, Cádiz)

1. Objetivos

El presente programa de intervención nace con 3 objetivos generales:

- Promover la puesta en marcha precoz de actuaciones intensivas encaminadas a la mitigación de los síntomas y disfuncionalidades asociadas al proceso que pueda presentar la persona usuaria.

- Potenciar el conocimiento y la implicación eficaz de las redes de apoyo natural.
- Favorecer la aparición de actitudes positivas que reduzcan el autoestigma y que estén orientadas hacia la recuperación y el empoderamiento (*empowerment*) personal.

2. Población diana

Pacientes del espectro psicótico que han sido detectados/as y/o están siendo atendidos/as por las diferentes UUSM del Área de Gestión Clínica de Salud mental del Hospital Universitario de Puerto Real. Las personas usuarias deberán no tener una evolución mayor a 2 años, siendo un criterio de calidad deseable el que la derivación se realice dentro del primero.

3. Derivación de pacientes

La persona usuaria podrá ser derivada al programa por el personal facultativo del Área de Gestión. Cada derivación deberá ir acompañada de informe clínico, social y de enfermería. Una vez realizada la derivación la persona afectada será citada para la primera entrevista en un plazo no superior a 10 días. Al tratarse de un programa experimental el número máximo de pacientes no deberá superar en ningún caso los 20.

4. Evaluación

El proceso de evaluación individualizado incluye las siguientes áreas e instrumentos:

- Psicopatología y perfil sintomático: BPRS-24 / PSIRATS.
- Perfil funcional: LSP (Life Skills Profile).
- Perfil cognitivo: SCIPS con instrumento de screening básico, si las puntuaciones sugieren deterioro cognitivo profundizar en la evaluación por funciones: memoria verbal (TAVEC) atención (CPT) funcionamiento ejecutivo (WCST) memoria de trabajo (TRAIL MAKING TEST).
- Calidad de Vida: Escala de Calidad de Vida de Sevilla.
- Autoestima: Escala de Autoestima de Rosemberg.

5. Procedimientos de actuación

Cada persona afectada habrá que contar con un programa de abordaje que incluya actuaciones concretas en cada una de las siguientes áreas:

a. Individual
b. Grupal
c. Familiar
d. Orientación ocupacional/laboral

Las técnicas de intervención que se integran dentro de la cartera de servicios que se oferta son las siguientes:

1 **Psicoterapia individual de orientación cognitivo-conductual**:
Desarrollada en sesiones semanales con alguno de los terapeutas incluidos en el programa.

2 **Psicoterapia de grupo:**
Encaminada a la recuperación: se perfilan 2 tipos diferentes de grupo en función del perfil y disfuncionalidades presentadas por las personas usuarias:

- Psicoterapia de orientación cognitiva para la psicosis temprana (COPE). Dirigida a personas con menor nivel de deterioro cognitivo
- Terapia de mejora cognitiva (*Cognitive Enhancement Therapy*). Contemplada para pacientes con mayor carga de alteraciones cognitivas y que necesitan actuación previa sobre las mismas.

3 **Grupo de psicoeducación multifamiliar**:
Planteada para familiares directos/as de la persona atendida (padres, hermanos/as, etc.). La psicoeducación seguirá un modelo de trabajo orientado hacia el fortalecimiento de la comprensión y la dotación de recursos y competencias en el familiar. Tendrá como base el modelo de I. Falloon en cuanto a contenidos (fase informativa, entrenamiento en habilidades de comunicación, entrenamiento en habilidades de manejo y solución de problemas), adaptados en este caso, al formato multifamiliar.

3 **Orientación ocupacional/laboral:**
Encaminada a la integración de la persona usuaria en aquellas actividades que están vinculadas a sus intereses y/o que forman parte de su perfil de competencias.

6. Duración del Programa

El programa esta diseñado con una duración inicial de 1 año revisable en función de la consecución de los objetivos individuales propuestos. Se estructuran 2 cortes evaluativos, uno a los 6 meses y otro a los 12.

7. Profesionales

El programa se llevara a cabo con los recursos profesionales con los que cuenta la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental (URSM) con el añadido de personal en formación (psiquiatria y psicología) vinculados de forma estable al desarrollo del mismo. El personal integrado es:

- 2 Psiquiatras (uno de ellos MIR de 3er año)
- 3 Psicólogos/as (uno de ellos PIR de 2º año)
- 2 Enfermeros/as
- 2 Terapeutas Ocupacionales
- 2 Monitores/as Ocupacionales
- 2 Auxiliares de Clínica

8. Desarrollo de las actuaciones

Las actuaciones diseñadas en el presente programa se llevaran a cabo en las instalaciones de la URSM actuales. Dada la necesidad de articular espacios diferenciales para el abordaje de este perfil especifico de usuarios/

as, la URSM incluiría las intervenciones en horario diferente, en este caso de tarde, al de atención a los usuarios usuales. El programa se desarrollara los martes y miércoles en horario de 17.00 a 20.00.

El equipo terapéutico se dividirá entre ambos días garantizando que cada día exista al menos; 1 Psicólogo/a, 1 Psiquiatra, 1 Enfermero/a, 1 Terapeuta Ocupacional, 1 Monitor/a y 1 Auxiliar de Clínica.

Para revisar y coordinar las actuaciones entre ambos grupos se delimitaran espacios de coordinación interna semanales (miércoles de 13:30 a 15:00 h).

anexo 5.

Programa Forma Joven

FORMA JOVEN es un programa de carácter intersectorial e institucional, elaborado conjuntamente por las Consejerías de Salud, Educación e Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía y con la participación de otras entidades públicas y privadas de interés social, que tiene como objetivo facilitar y acercar a los jóvenes y adolescentes formación e información sobre temas de su interés en sus espacios de encuentro (principalmente centros de estudio, lugares de diversión, asociaciones juveniles y otros). Pretende contribuir a fomentar estilos de vida saludables que sean a su vez compatibles con sus necesidades e intereses, así como dotarles de recursos adecuados para que puedan afrontar con éxito los riesgos para su salud.

El programa Forma Joven actúa en cuatro áreas relacionadas entre sí:

1. **Área de Sexualidad y Relaciones Afectivas:**
   Sus objetivos son la promoción de relaciones sanas, seguras y satisfactorias, la igualdad entre hombres y mujeres, la eliminación de comportamientos sexistas y la prevención de sida, ITS y embarazos no deseados.

2. **Área de Convivencia:**
   Pretende favorecer la convivencia pacífica, ayuda mutua y solidari-

dad, la prevención de la violencia entre iguales y la prevención de la violencia de género, así como propiciar espacios de negociación de los conflictos.

3 **Área de Estilos de Vida:**
El objetivo del área de estilos de vida saludable es la promoción de la alimentación equilibrada y la actividad física, la prevención de consumos adictivos (tabaco alcohol, adicciones sin sustancia, etc), y la seguridad en la conducción y el ocio (accidentalidad).

4 **Área de Salud mental:**
Contempla el desarrollo de competencias para favorecer el ajuste psicosocial a través del abordaje de temas como la autoestima, autoeficacia, habilidades sociales, la resolución de conflictos, conocimiento y manejo de emociones, etc., así como la prevención de trastornos de Salud mental.

Desde el inicio, la Estrategia Forma Joven se implantó en todas las provincias andaluzas y en siete años de rodaje ha pasado de 82 Institutos de Enseñanza Secundaria (IES) con Asesoría Forma Joven en el curso 2001-2002 a los 620 del curso 2008-2009.

La consolidación de Forma Joven es un hecho y su cobertura va más allá del 60% de los IES, alcanzando a una población aproximada de 170.000 adolescentes y jóvenes. Además, este volumen de puntos FJ cuenta con la participación de más de 1.500 profesionales de diversos sectores, principalmente salud y educación.

En los últimos años se han desarrollado recursos para promover estilos parentales democráticos y para mejorar la información y promover una imagen positiva de los chicos y las chicas entre las familias y el profesorado como estrategia de mejora de la comunicación. Y además, se está llevando a cabo un estudio sobre activos y competencias de chicos y chicas para definir estrategias de promoción de Salud mental.

La estrategia FJ se ha extendido también a otros entornos donde existen jóvenes en circunstancias de mayor vulnerabilidad, como las prisiones o los centros de reforma dependientes de Justicia.

En el marco de este programa, en el curso 2009-2010 se ha comenzado la implantación de una iniciativa de sensibilización denominada **«LO HABLAMOS. Sensibilización sobre Salud mental en las aulas».**

LO HABLAMOS es un proyecto para la sensibilización de la población adolescente (de 14 a 16 años) sobre Salud mental, mediante la realización de una sesión educativa de unas 2 horas y media de duración. Con ella se pretende lograr una mayor sensibilización sobre la importancia de la Salud mental y un trato menos discriminatorio y más igualitario hacia las personas que padecen una enfermedad mental.

Estas sesiones educativas se basan en un manual de actividades (disponible en www.1decada4.es/lohablamos), fruto de la investigación y del consenso de personal experto en temas de estigma y programas de lucha contra el estigma y educación en la adolescencia, que ha sido diseñado y programado por el Grupo de Sensibilización sobre Salud mental, en el marco del Plan Integral de Salud mental de Andalucía.

Se trata de una acción específica de la estrategia «1 de cada 4» (www.1decada4.es), que pretende erradicar el estigma y la discriminación que sufren las personas con enfermedad mental a través de acciones de sensibilización dirigidas a la población general y a la formación y la sensibilización de profesionales de distintos sectores como la sanidad y los medios de comunicación.

anexo 6.

Principios de actuación de IRIS

1. Las estrategias para la detección y evaluación temprana de la psicosis son un componente esencial de la intervención temprana.

2. Se debe asignar un/a trabajador/a clave inmediatamente tras la derivación del caso a fin de promover el vínculo y la relación, y poder acompañar a la persona usuaria y a la familia/amistades durante los 3 primeros años (el «período crítico»), preferentemente con un modelo asertivo de intervención.

3. Se debe elaborar un plan de evaluación global y colaborativo, guiado por las necesidades y preferencias de cada persona atendida y de sus familiares y amigos/as.

4. El manejo de la psicosis aguda debe incluir dosis bajas de antipsicóticos preferentemente atípicos, y la aplicación estructurada de terapia cognitiva.

5. La familia y los/as amigos/as deben participar activamente en el enganche, evaluación, tratamiento y proceso de recuperación.

6. Se debe poner en marcha una estrategia para la prevención de recaídas y la resistencia al tratamiento.

7. Se debe poner en marcha durante el período crítico una estrategia para facilitar el camino de las personas usuarias hacia el trabajo y/o una ocupación válida.

8. Se debe velar para que se satisfagan las necesidades básicas de la vida cotidiana: vivienda, dinero, apoyo práctico.

9. La evaluación y tratamiento de la «comorbilidad» se debe llevar a cabo conjuntamente al abordaje de la psicosis.

10. Es necesario desarrollar a nivel local una estrategia para promover una imagen positiva de las personas con psicosis.

IRIS dispone de una herramienta muy interesante descargable desde su Web para autoevaluar como un programa se ajusta a los principios de la *Early Psychosis Declaration: The Early Psychosis Declaration Self Assesment Toolkit.* En *http://www.iris-initiative.org.uk/silo/files/epd-poster.pdf.*

anexo 7.

Intervenciones psicológicas en psicosis temprana

I. Fase prepsicótica

El objetivo general del tratamiento es eliminar o reducir el riesgo de transición a la psicosis. Las intervenciones tienen como metas:

1. La reducción de los síntomas presentes y de la discapacidad asociada.
2. La reducción del riesgo de empeoramiento de los síntomas iniciales o su evolución a un primer episodio psicótico y la mejora del funcionamiento familiar.

De acuerdo con la IEPA (Bertolote, McGorry, 2005), si una persona joven con estado mental de alto riesgo busca activamente o acepta ayuda para el malestar y la discapacidad asociada a sus síntomas, se le deben ofrecer las siguientes intervenciones:

- promoción del enganche y realización de valoración;
- supervisión regular de su estado mental y oferta de apoyo;
- tratamiento específico para los distintos síndromes, como la depresión, ansiedad, consumo de drogas, y ayuda en sus problemas interpersonales, laborales y familiares;

- psicoeducación y habilidades de afrontamiento de los síntomas psicóticos subumbral;
- educación y apoyo familiar;
- información de una manera flexible, cuidadosa y clara acerca de los riesgos para el desarrollo de trastornos mentales, así como de los síntomas y problemas actuales.

1. Intervenciones con la persona afectada

Un enfoque de tratamiento psicológico específico e individual es la *Terapia Cognitiva para personas en alto riesgo de desarrollar psicosis* de French y Morrison (2004). Sus principales características son:

- Sigue los principios de la terapia cognitiva desarrollada por Beck, es decir, orientada a los problemas, limitada en el tiempo y educativa. Fomenta un empirismo de colaboración, utilizando el descubrimiento guiado y las tareas para casa, y está basada en un manual.
- Es una terapia breve, con aproximadamente 26 sesiones durante un periodo de 6 meses.
- Se basa en el modelo cognitivo más apropiado para el problema prioritario. El listado de problemas y la valoración de prioridad son realizados, conjuntamente, por terapeuta y paciente.
- La conceptualización y el tratamiento de los síntomas psicóticos atenuados o transitorios se fundamentan en el modelo integrativo de las alucinaciones y los delirios de Morrison (2001). Este modelo se centra en las interpretaciones que hacen las personas atendidas de sus experiencias

inusuales, de sus respuestas ante dichas experiencias, sus creencias acerca de sí mismos y de los demás y sus conductas de seguridad.
- Utiliza la normalización de las interpretaciones de las experiencias inusuales.
- Se centra en la generación y evaluación de explicaciones alternativas a tales experiencias.
- Promueve el uso de los experimentos conductuales para poner a prueba sus creencias.
- Detecta y elimina las conductas de seguridad que mantienen el problema.
- Aborda el miedo a volverse loco.
- Combina el seguimiento y la terapia con elementos de manejo de casos, con el fin de resolver las crisis relacionadas con los problemas sociales y los riesgos para la Salud mental.

Diversos estudios han demostrado que este enfoque, de tratamiento de 6 meses, es efectivo para reducir la severidad de los síntomas psicóticos subclínicos y para reducir la transición a la psicosis aguda, en un periodo de un año, para personas con estado mental de alto riesgo (Morrison, 2004).

2. Intervenciones familiares

La intervención familiar en esta fase, parte de una valoración de las necesidades de la familia. Con frecuencia es el primer contacto de la familia con la psicosis. En esta etapa, la familia se enfrenta al trastorno con una comprensión pobre o irreal de los cambios observados en su familiar que van desde la negación a la atribución a rasgos de personalidad y que provocan reacciones emocionales como el miedo, la tristeza, la culpa o

el enfado. Las familias necesitan acceder a un tratamiento adecuado tan pronto como sea posible. Necesitan alguna explicación de los cambios en el funcionamiento, precisan información sobre las primeras señales de alarma y sobre los recursos adecuados, y les hace falta minimizar el conflicto en torno a la conducta de su familiar.

La psicoeducación a la familia incluye:

- Información sobre los factores de riesgo para la aparición de los síntomas, así como la capacidad para identificar cualquier cambio o incremento en los síntomas iniciales. Ha de ser flexible, adaptada a la valoración inicial de las necesidades de la familia. Se ha de transmitir una actitud de optimismo terapéutico, que logre una sensación de dominio y control frente a la aparición del trastorno psicótico.
- El compromiso de la familia en esta etapa ayudará a reducir el periodo de psicosis sin tratar.
- El modelo explicativo de las familias sobre estos síntomas iniciales.
- El abordaje y resolución de los conflictos familiares.
- Información acerca de los tratamientos disponibles y adecuados.

II. Fase aguda

Los objetivos de la intervención psicológica en esta fase son la reducción de los síntomas psicóticos positivos y asociados (agitación, agresividad, ansiedad, miedo, disforia, depresión), del malestar emocional secundario.

Se pretende, asímismo, impedir el daño de la persona afectada a sí misma y a su entorno, controlar sus conductas alteradas. También se persigue mejorar el conocimiento y comprensión de la psicosis de la persona afectada y su familia, implicar a la familia, y facilitar el enganche y mantenimiento posterior dentro del tratamiento. Por último, se busca el desarrollo de estrategias de afrontamiento adaptativas y la reducción de las desadaptativas y la recuperación de un nivel de funcionamiento normal.

1. Intervenciones con la persona afectada

1. Intervención y apoyo en crisis. Favorece el desarrollo de un compromiso de la persona atendida con el proceso de tratamiento. Requiere transmitir esperanza, respeto y empatía. Se centra en los problemas inmediatos al inicio del tratamiento.

2. Psicoeducación adecuada a las necesidades de información y capacidad de comprensión de cada paciente.

3. La *Terapia cognitivo-conductual para psicosis aguda* ha sido diseñada por Lewis y cols. (2002) en el proyecto SOCRATES. Sus objetivos eran implicar la persona hospitalizada, con un primer episodio psicótico, en un tratamiento y, una vez conseguido, tratar de modificar las atribuciones relativas a las alucinaciones e introducir alguna duda en las ideas delirantes. Se trataba de una intervención intensiva con el objetivo inicial de completar 15-20 horas de terapia (en la práctica se aplicaron un promedio de 8 horas durante una media de 16 sesiones) durante

5 semanas, seguidas de unas sesiones de refuerzo después del tratamiento, con una duración total de cuatro meses. Se desarrolla a través de las siguientes fases y contenidos en cada una de ellas:

1. **Enganche y evaluación:**
   - Evaluación detallada del estado mental y evaluación dimensional de los síntomas.
   - Formulación cognitivo-conductual del caso.
   - Educación sobre la naturaleza y tratamiento de la psicosis.

2. **Generar una lista de problemas:**
   - Establecimiento de una lista de problemas ordenados por grado de prioridad, viabilidad y riesgo clínico implicado.

3. **Intervención y monitorización:**
   - Intervención en delirios y alucinaciones.
   - Identificación de factores precipitantes y protectores.
   - Generación de hipótesis alternativas.
   - Reducción del malestar asociado.

Los resultados del estudio SOCRATES pusieron de manifiesto la eficacia de la terapia para reducir más rápidamente la sintomatología total y positiva, si bien este efecto se perdía a las 6 semanas en comparación con un grupo de cuidados habituales. En el seguimiento a los 18 meses se observó en el grupo de terapia una menor sintomatología total y de síntomas positivos, aunque no hubo diferencias en el número de recaídas y de reingresos.

2. Intervenciones familiares

La intervención familiar en esta fase trata de dar respuesta a las necesidades de las familias que se enfrentan al diagnóstico y al inicio del tratamiento. Las familias necesitan información sobre el diagnóstico y sobre sus propias reacciones ante la situación de estrés, apoyo práctico y emocional para prevenir los problemas a largo plazo asociados con el sufrimiento y la depresión, comprender lo que le ha sucedido a su familiar y cúal será su papel en el tratamiento y la recuperación.

La psicoeducación se centra en:

- Ofrecer información sobre la psicosis y cómo manejar la crisis.
- Ayudar a la familia a relacionarse con el o la joven con psicosis de manera adecuada, a elaborar soluciones para los problemas prácticos y a reducir los sentimientos de desesperanza.
- Explorar de manera respetuosa el modelo explicativo de la familia sobre la psicosis de su familiar, reconocer la validez de su experiencia y la importancia de su opinión, para facilitar el compromiso de la familia con el tratamiento.
- Educar sobre la naturaleza del trastorno, los síntomas y el diagnóstico, admitiendo la incertidumbre del mismo.
- Cuando se constata que la familia tiene una buena comprensión de los síntomas y posibles diagnósticos, explicar la etiología y el modelo de vulnerabilidad-estrés.

III. Fase de recuperación

En general, y teniendo en cuenta las directrices de la IEPA (Bertolote, McGorry, 2005), los tratamientos psicológicos y psicosociales deben ser los elementos centrales durante el periodo crítico. Estos tratamientos deberían emplearse en la resolución de los síntomas positivos y negativos resistentes, el manejo de la comorbilidad secundaria y la promoción de la recuperación y Salud mental positiva. La recuperación debe enfatizar la necesidad de encontrar un sentido y desarrollar un dominio de la experiencia psicótica.

1. Recuperación inicial (2-6 meses)

Los tratamientos psicológicos van dirigidos a promover una adaptación óptima al inicio de la psicosis y reducir el malestar emocional asociado de paciente y familia. Pretenden facilitar la recuperación de las actividades evolutivas, a través de metas realistas de rehabilitación laboral y de restablecimiento de las relaciones familiares, sociales, formativas y de ocio. Entre sus objetivos está también promocionar el manejo autónomo del trastorno mediante el buen conocimiento del mismo, de las estrategias para prevenir las recaídas y del acceso a los recursos de ayuda. Por último, estos tratamientos persiguen reducir la comorbilidad (abuso de sustancias, depresión, tendencias suicidas, trastorno por estrés postraumático y ansiedad social).

A. Intervenciones con la persona afectada

1. El manejo de casos basado en las necesidades.

2. La psicoeducación trata de reducir el malestar emocional secundario a la psicosis. Se centra en los síntomas psicóticos persistentes o en aquellos de mayor impacto; ayuda a construir un modelo explicativo del trastorno y de las experiencias asociadas, basándose en los modelos de vulnerabilidad. Además aborda las creencias irracionales respecto al tratamiento farmacológico y sus efectos; destaca la temporalidad de las experiencias y limitaciones que genera la psicosis; ayuda a promover experiencias de control sobre síntomas, respuestas psicológicas y efectos secundarios de la medicación y fortalece la esperanza, la capacidad de generar ilusiones y las expectativas realistas de recuperación.

3. Intervenciones de grupo basadas en las necesidades. El grupo de educación y apoyo para jóvenes (YES) ha sido desarrollado por Malla y colaboradores, en el Prevention and Early Intervention Program for Psychoses (PEPP) (Malla, McLean y Norman, 2005). Es una intervención terapéutica grupal de ocho semanas específica para jóvenes, de entre 16 y 25 años, que se están recuperando de su primer episodio psicótico. Su principal objetivo es ayudar a la persona joven en el proceso de recuperación a través de la prevención de recaídas y la reanudación de las tareas relevantes para el desarrollo psicosocial de la persona. Los temas están agrupados para relacionar las necesidades de las personas atendidas con los objetivos de las sesiones. Las sesiones están

organizadas según la siguiente secuencia: sesión introductoria; identidad y definición de la psicosis; presión de los iguales y consumo de sustancias; relaciones familiares y sociales, y medicación; estigma y estrategias; recuperación y habilidades sociales; señales tempranas de alarma e intervención; revisión final.

4. Intervenciones cognitivo-conductuales para la recuperación.

5. Psicoterapia de orientación cognitiva para la psicosis temprana (Jackson, 1996). Tiene como objetivos la valoración, el desarrollo de una relación terapéutica y el tratamiento dirigido a promover una recuperación adaptativa de la psicosis y prevenir la morbilidad secundaria. Es una terapia breve, de entre 20 y 30 sesiones de 45 minutos de duración, en formato individual, que se presenta hacia el final de la fase aguda del trastorno psicótico, cuando el estado mental de la persona atendida se ha estabilizado o después de una recaída. Combina la psicoeducación y las técnicas cognitivas y consta de cuatro componentes: valoración, compromiso, adaptación y morbilidad secundaria. Se describen los componentes de valoración y adaptación.

   1. **Fase de valoración:**
      - Evaluación de síntomas, morbilidad secundaria, nivel de deterioro cognitivo, modelo explicativo y forma de adaptación actual, trauma y pérdida, conocimiento de la psicosis, personal, contexto sociocultural, contacto terapéutico anterior.
      - Establecimiento de la agenda de la terapia en colaboración con el o la paciente.

2 Fase de adaptación:

Este último componente y las tareas en cada una de las fases distingue a esta aproximación de otras terapias cognitivas.

- Objetivo infundir esperanza. La psicoeducación ofrece un marco para comprender y normalizar la experiencia psicótica.
- Objetivo identidad. Mediante la técnica de la línea del tiempo la persona describe características positivas y negativas para cuatro momentos desde antes del inicio de la psicosis hasta el futuro. Permite distinguir entre rasgo y estado y estimula un distanciamiento de la percepción propia y del trastorno psicótico.
- Objetivo mejorar las estrategias de afrontamiento. Examina las formas de afrontamiento que la persona atendida ha utilizado durante la psicosis y sus consecuencias, refuerza los puntos fuertes (habilidades interpersonales, apoyos sociales, laborales y ambientales,...) y enseña nuevas estrategias. Interviene además sobre los aspectos cognitivos del afrontamiento, reestructurando distorsiones cognitivas que mantienen la incertidumbre y la ansiedad.

Los resultados de varios estudios, han puesto de manifiesto que la psicoterapia de orientación cognitiva para la psicosis temprana, tiende a mejorar los indicadores cognitivos de ajuste y adaptación,[12] al final de la terapia y en el seguimiento a 1 año. Estas diferencias no se mantuvieron a los 4 años de seguimiento (Jackson, 1996, 2001, 2005).

12 Valoraciones sobre la psicosis, habilidades de afrontamiento y distanciamiento del yo respecto de la psicosis

6. Prevención del suicidio. Una aproximación terapéutica de orientación cognitiva para jóvenes con trastornos psicóticos, con alto riesgo de suicidio, es la terapia LifeSPAN (Power y Bell, 2003). La terapia consta de cuatro partes: una fase inicial de compromiso, una fase de valoración/formulación del riesgo de suicidio, una fase de módulos cognitivos y una fase final de cierre/paso. Las primeras dos fases tienen por objetivo realizar una valoración y formulación del riesgo de suicidio detallada y en colaboración con el/la paciente, identificando los objetivos a tratar en la siguiente fase. En la tercera fase se combinan ocho módulos, el módulo principal aborda, además de un análisis funcional del riesgo de suicidio del paciente, las razones del suicidio, las características de la desesperanza y las razones para vivir. Los módulos adicionales incluyen: entrenamiento en resolución de problemas, psicoeducación sobre la psicosis, tolerancia al sufrimiento emocional, manejo del estrés, autoestima, búsqueda de ayuda y entrenamiento en habilidades sociales. La selección de una combinación particular de estos módulos está determinada por los objetivos definidos.

El estudio demostró una reducción de la ideación autolítica y del número de intentos de suicidio a las 10 semanas de tratamiento y a los 6 meses de seguimiento, si bien no hallaron diferencias significativas respecto al grupo control (asistencia estándar). El grupo de terapia LifeSpan mostró una mejoría significativa en las puntuaciones de la Escala de Desesperanza de Beck y en las medidas de Calidad de Vida a las 10 semanas y a los 6 meses de seguimiento (Power, 2003).

7. Reducción del consumo cannabis. Los tratamientos descritos por diferentes programas especializados en psicosis temprana tienen una duración

breve, se basan en una filosofía de minimización del daño. Estos tratamientos, incluyen los principios y técnicas de la Entrevista Motivacional (Miller y Rollnick, 2002) como elemento fundamental para aumentar la motivación y el compromiso, la psicoeducación centrada en la interacción entre el abuso de sustancias y la psicosis y las intervenciones cognitivo-conductuales.[13]

Uno de los tratamientos propuestos ha sido la CAP, Intervención Cannabis y Psicosis (Edwards, 2002). Se trata de una intervención individual y ligada a las seis fases del modelo transteórico de modificación de conducta (Prochaska y Di Clemente, 1982), que incorpora los elementos descritos anteriormente. Este tratamiento ha mostrado su eficacia para reducir el impacto negativo del consumo de cannabis en jóvenes con primeros episodios psicóticos.

B. Intervenciones familiares

Desde la combinación de un «paradigma de la competencia» con un modelo del estrés y la capacidad de afrontamiento, las familias son vistas como agentes colaboradores competentes, o potencialmente competentes en el proceso de recuperación. La atención se dirige hacia sus puntos fuertes, recursos y estrategias de afrontamiento. Precisan información continua sobre el tratamiento y nivel óptimo de cuidados durante la recuperación, y sobre las primeras señales de alarma de recaída.

13 Establecimiento de objetivos, auto-observación conductual, gestión del deseo, habilidades para el rechazo de la droga, manejo del síndrome de abstinencia, resolución de problemas, entrenamiento en relajación y prevención de recaídas

La psicoeducación proporciona instrucción adecuada sobre:

- Las fases de la psicosis, la morbilidad secundaria, los factores desencadenantes y las primeras señales de recaída.
- Los tratamientos, haciendo énfasis en la necesidad de la medicación continuada y de los tratamientos psicosociales.
- El manejo de las crisis.
- Cómo cambiar sus expectativas y establecer unos objetivos más realistas con respecto al/a la familiar enfermo.
- Solución de problemas y apoyo.

2. Recuperación posterior (7-24 meses o más)

Las metas terapéuticas en esta etapa son:

- Conseguir una adaptación y funcionamiento psicosocial óptimos con el mínimo malestar emocional para la persona atendida y su familia.
- Mejorar el conocimiento del trastorno.
- Reducir al mínimo la tasa de recaídas; mejorar la adherencia a la medicación.
- Reducir los síntomas positivos residuales; mejorar las formas de afrontamiento familiar; facilitar un progreso laboral.
- Mejorar la calidad de vida de la persona atendida y su familia.

A. Intervenciones con la persona afectada

1. Psicoterapia de orientación cognitiva para la psicosis temprana (Jackson, 1996) (ya descrita en el apartado anterior).

2. Prevención de recaídas mediante la psicoeducación y la terapia de cumplimiento.

   1 **La psicoeducación:**
   - Analiza el impacto de la psicosis sobre su estilo de vida y experiencias
   - Contrasta las diferencias entre las expectativas, habitualmente fatalistas y estigmatizantes, iniciales con la experiencia actual de la psicosis
   - Proporciona información práctica sobre el trastorno y su manejo; asienta la comprensión del trastorno y el uso de factores de protección y prevención de recaídas.

   2 **Terapia de cumplimiento (Kemp, 1997):**
   Combina la terapia cognitiva y la Entrevista motivacional para mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico. Tiene alguna evidencia respecto a su eficacia para mejorar la adherencia al tratamiento, el funcionamiento social, las actitudes hacia el tratamiento y los niveles de «insight» en la psicosis temprana.

3. Tratamiento sistemático de síntomas positivos persistentes (STOPP) (Herrmann-Doig, 2003). Es un tratamiento individual y específico diri-

gido a reducir los síntomas positivos duraderos y el malestar, adaptado a las necesidades particulares de la persona atendida. La Psicoterapia de orientación cognitiva para la psicosis temprana (COPE) es el elemento esencial de esta intervención. Consta de cuatro fases:

1. **Desarrollo de una relación de trabajo basada en la colaboración:**
   - Evaluación de los síntomas y circunstancias en que se producen, modelos explicativos, trauma, recursos y estilo de afrontamiento, personalidad, morbilidad secundaria.
   - Formulación compartida de las preocupaciones actuales de la persona atendida.
   - Agenda de trabajo.

2. **Exploración y afrontamiento de la psicosis:**
   - Información sobre las causas de la psicosis y la medicación.
   - Exploración de las estrategias de afrontamiento presentes y pasadas.
   - Introducción de estrategias de afrontamiento alternativas, como la reducción de la tensión, la distracción y concentración.
   - Utilizar el diálogo socrático y las pruebas de realidad.
   - Fomentar la persistencia en los objetivos vitales.
   - Abordar las situaciones que producen ansiedad.

3. **Fortalecimiento de la capacidad para relacionarse con otras personas:**
   - Discusión de la evaluación de sí mismo/a y de los/as demás.
   - Identificación de las creencias negativas.
   - Establecimiento de relaciones entre la sintomatología y las dificultades personales.

4 Cierre y progreso:

- Manejo de la pérdida y la decepción.
- Planificación del futuro.
- Prevención de recaídas.
- Transición a la asistencia continuada.

Los estudios realizados sugieren que la terapia cognitivo-conductual incrementa la mejoría clínica en pacientes con síntomas psicóticos persistentes.

4. Los programas de grupo, adaptados a las necesidades evolutivas de las personas jóvenes, durante el periodo crítico complementan al resto de intervenciones descritas (Lawrence, 2006). Resultan eficaces para promover la recuperación e integración social, reducen el desarrollo de la discapacidad secundaria a la psicosis y facilitan la consecución de los objetivos personales. Las áreas de intervención grupal son:

- habilidades de afrontamiento y manejo del estrés,
- habilidades interpersonales,
- psicoeducación,
- entrenamiento y planificación educativa y laboral,
- promoción de la salud,
- problemas en el estilo de vida como consumo de drogas y prácticas sexuales de riesgo.
- Se han de tener en cuenta las preferencias de la persona joven a la hora de participar o no en un programa grupal. Además, la elección del grupo ha de basarse en las necesidades y metas para la recuperación de cada paciente.

B. Intervenciones familiares

En esta etapa la familia puede necesitar reconstruir su modelo explicativo de la psicosis, aprender la forma de acceder a otros servicios comunitarios de apoyo, más psicoeducación o un entrenamiento adicional en comunicación. En caso de recaída, será necesario un tratamiento intensivo y ayudar a la familia a comprender el pronóstico a largo plazo.

A las intervenciones familiares psicoeducativas detalladas en la etapa anterior, se puede añadir información sobre:

- El diagnóstico a largo plazo de la persona con síntomas persistentes.
- Los diferentes tipos de medicación para los síntomas persistentes y sus implicaciones.
- La disponibilidad de otros grupos de apoyo en la comunidad.

IV. Otras intervenciones

Rehabilitación cognitiva

Una proporción de personas con psicosis sufre déficits cognitivos que pueden estar presentes desde las etapas iniciales del trastorno. Estas deficiencias incluyen problemas de memoria, de atención y en la función ejecutiva, como la organización y la planificación. El deterioro en la estructura y función psicológica que producen estas deficiencias se relaciona

con limitaciones en el funcionamiento en diversas áreas vitales como el trabajo, las relaciones sociales y la vida independiente. Se espera que el abordaje de estos déficits mejore la capacidad de las personas atendidas para beneficiarse de otras intervenciones, así como la capacidad de funcionamiento social y en otras áreas.

Los programas de rehabilitación cognitiva emplean una variedad de métodos como instrucciones y ejercicios prácticos, enseñanza de estrategias para mejorar estos déficits, aprendizaje de estrategias compensatorias y de estructuración del entorno y grupos de discusión. Se pueden aplicar solos o en combinación con otras intervenciones psicosociales.

Muchos de los primeros estudios han arrojado resultados inconsistentes respecto a la aplicación exclusiva de la rehabilitación cognitiva en las actividades sociales y ocupacionales de la persona atendida (Killackey, 2009). Existe alguna evidencia de la mejoría del funcionamiento social y ocupacional de la persona atendida, cuando se combina la rehabilitación cognitiva con el entrenamiento en habilidades sociales y la rehabilitación laboral (Guía NICE, 2009). No obstante, trabajos más recientes, especialmente en población con primeros episodios psicóticos, sugieren que la rehabilitación cognitiva puede mejorar el funcionamiento en diversas áreas, como las relaciones sociales (Killackey, 2009), aunque no hay suficiente evidencia a favor de la eficacia de la rehabilitación cognitiva en la psicosis temprana.

anexo 8.

Intervenciones en el ámbito de los cuidados de salud

1. Evaluar riesgos

- Los programas deben ofrecen un instrumento o protocolo de evaluación e intervención sobre el riesgo cardiovascular (Rethink, 2010). En todos los casos debe haber una evaluación basal de valoración de riesgo metabólico y cardiovascular.
- Realizar una evaluación anual de tabaquismo, tensión arterial, índice de masa corporal (IMC), perímetro abdominal, glucemia, y lípidos.
- Monitorizar, en la consulta rutinaria de enfermería, los efectos secundarios de los psicotropos en la salud física.

2. Potenciar la participación en las decisiones sobre los cuidados de salud basada en la información sobre tratamientos e intervenciones de promoción de la salud.

- Ayudar a las personas atendidas a comprender como hacer balance entre los beneficios de la medicación para la Salud mental y los posibles riesgos para la salud física.
- Explicar cómo se pueden reducir significativamente esos riesgos, asegurando el acceso a intervenciones efectivas de promoción de la salud y hábitos de vida saludables con el apoyo adecuado a largo plazo.

- Trabajar con la familia cuando manifiesten preocupaciones sobre la salud física, evitando escudarse en la confidencialidad para no abordar el tema.
- Trabajar estrechamente en red para apoyar a las personas atendidas en el acceso y participación en actividades deportivas y de apoyo social.

3. Ofrecer intervenciones para combatir el tabaquismo, mejorar la dieta e incrementar el ejercicio físico.

- En el trabajo de coordinación/cooperación (como el que se lleva a cabo con los Procesos Asistenciales Integrados) es importante poner de manifiesto cómo Atención Primaria puede utilizar sus recursos y potencialidades para mejorar el proceso de atención a la salud física en las fases tempranas de la psicosis.
- Incluir a las personas atendidas, en cuanto el diagnóstico esté consolidado, en el Proceso Asistencial Integrado Riesgo Cardiovascular para que se realice una rápida identificación y seguimiento estrecho de los factores de riesgo.
- Realizar una práctica y aprendizaje reflexivo, vigilando como se aplican los indicadores habituales de riesgo y de impacto de las intervenciones (IMC, ejercicio, tabaco, glucemia) en una población tan joven.
- Seguir ejemplos de otras áreas de la salud con más experiencia en cuidados físicos como la diabetes, la hipertensión, etc.

Anexo 9.

Declaración del grupo internacional de recuperación vocacional tras un primer episodio psicótico

Asociación Internacional de Psicosis Temprana

UNA VIDA PLENA Y LLENA DE SENTIDO

Apoyando a jóvenes con psicosis en sus estudios, profesionalización y empleo. Imagina un mundo donde:

- Las personas jóvenes con psicosis no sean estigmatizadas o discriminadas en su acceso a formación empleo por las dificultades debidas a su enfermedad mental.
- Formadores/as y empleadores/as estén informados y reciben apoyo para proporcionar oportunidades significativas a personas jóvenes.
- Los o las jóvenes con psicosis sigan en la escuela para completar sus estudios y mantegan empleos remunerados rodeados de personas que comprenden y se preocupan.
- Las esperanzas y sueños de estudios, profesionalización y empleo sean alcanzadas.

Introducción

La Declaración de Psicosis Precoz establece 5 objetivos clave para acciones que proporcionen el apoyo tan necesario a las personas jóvenes que desarrollan psicosis, incluyendo concienciar a la comunidad acerca de la psicosis y promover la recuperación y una vida normal.

Este Consenso Internacional establece unas metas con resultados claros que sería recomendable conseguir en términos de empleo y formación en jóvenes con psicosis.

Se señalarán los retos actuales y las ventajas potenciales de apoyar a jóvenes con psicosis para que terminen su formación y obtengan un empleo. Se identificarán los principios y procesos fundamentales por los que estos objetivos pueden conseguirse.

Esto requiere un compromiso para cambiar el modo en el que actualmente apoyamos a las personas jóvenes con psicosis y cómo trabajamos juntos desde las instituciones sanitarias, sociales, educativas y de empleo, para conseguir con éxito que las personas jóvenes alcancen vidas plenas y llenas de sentido.

El reto

«(...) no puedo conseguir un trabajo, no consigo tener novia, no puedo conseguir una tele, no puedo conseguir nada... Es como si todo cayera dentro de un enorme agujero del que no puedes salir...» (Hirschfeld, 2005)

- El 50% tienen menos de 10 años de estudios, lo que limita sus perspectivas de empleo a largo plazo.
- En un primer contacto, el 40-50% de los individuos con un primer episodio de psicosis están desempleados (60-70% con primer episodio de esquizofrenia), y este panorama empeora hasta el 75-95% al cabo de un año.
- El 20% de las personas con un primer episodio de psicosis no ha trabajado nunca.
- Muchas personas jóvenes se quedan atrapadas en la «trampa de la pobreza» de las ayudas sociales.
- No trabajar tiene otros costes no económicos en términos de pérdida de capital social, incremento de los estresores y pérdida de un rol socialmente valorado.
- La falta de empleo lleva a otros tipos de exclusión social.

Beneficios potenciales

- Los costes asociados al desempleo suman el 50% de los costes ligados a las enfermedades mentales en Europa, EEUU y Australia.
- Se ha demostrado que el empleo disminuye la dependencia de pensiones y ayudas sociales.
- Estar empleado satisfactoriamente, está potencialmente asociado a un mejor manejo de los síntomas, menos hospitalizaciones y disminución en el consumo de sustancias.
- El empleo proporciona un rol valorado socialmente que tiene beneficios en términos de identidad y autoestima.

- El empleo inicia un camino hacia un mejor funcionamiento social y económico. Esto influye directamente en el aislamiento social experimentado por muchos jóvenes con psicosis.

Principios clave

- Todas las personas jóvenes tienen derecho a una formación, profesionalización y empleo.
- Todas las personas jóvenes tienen derecho a la ciudadanía y a unos ingresos básicos para vivir.
- Todas las personas jóvenes tienen derecho a desarrollar una carrera profesional que de un sentido a sus vidas y les permita emplear su talento.
- Las personas jóvenes con psicosis deberían tener las mismas oportunidades formativas y laborales que sus iguales sin psicosis.
- Ningún individuo debería ser discriminado en sus aspiraciones formativas y laborales por el hecho de tener una seria dificultad por su enfermedad mental.
- Los resultados educativos y vocacionales deberían estar igualmente valorados y apoyados en un primer episodio de psicosis.

Nuestros objetivos

Pretendemos:

- Combatir el estigma, la discriminación y los prejuicios en escuelas, institutos y centros de trabajo, concienciando sobre la psicosis y la importancia crucial que tiene la formación y el empleo en la Salud mental a largo plazo.

- Apoyar a personas jóvenes a alcanzar sus aspiraciones formativas y profesionales.
- Asegurarse de que los resultados en el funcionamiento como estudiar, profesionalizarse o trabajar son considerados tan importantes en la recuperación como los síntomas.
- Recomendar a las instituciones que financien intervenciones basadas en la evidencia y dirigidas a mejorar el funcionamiento en los estudios y en el empleo.
- Combatir los factores que contribuyen a la exclusión social y a la ausencia de una vida plena.
- Fomentar actitudes en los/as profesionales que generen esperanza y optimismo en que las personas jóvenes con psicosis pueden llegar a tener una vida plena y llena de sentido.
- Buscar apoyo en las instituciones educativas, sociales y de empleo, para que ayuden a las personas jóvenes con psicosis a terminar sus estudios y les proporcionen un empleo.

Procesos para conseguirlo

- Confrontación activa del mito de que las personas con enfermedad mental no quieren y no pueden trabajar.
- Dar la misma prioridad a la formación y el empleo que al control de los síntomas.
- Acceso a intervenciones vocacionales basadas en la evidencia como el modelo de Empleo con Apoyo, tanto para metas formativas como laborales.
- Un programa de investigación activo y flexible que asegure que las intervenciones con mayor evidencia, están disponibles para apoyar a jóvenes con psicosis.

- Acceso a apoyo vocacional y formativo especializado para asegurarse de que las metas en éstas áreas se mantienen.
- Incentivos para que la agencias de empleo proporcionen un apoyo temprano y sostenido para objetivos laborales.
- Mayor conocimiento de los procesos que contribuyen al acceso y mantenimiento de un empleo en jóvenes con un primer episodio de psicosis.
- Mayor compresión de los factores etno-culturales que tienen influencia en el acceso de un individuo al empleo, incluyendo dificultades con el idioma, y la desorientación de refugiados e inmigrantes.
- Intervenciones dirigidas al mantenimiento del empleo sumadas a las dirigidas al acceso al mismo.
- Más flexibilidad entre los sistemas de empleo y pensiones y ayudas sociales para que sean sensibles y den respuesta a la naturaleza episódica de la psicosis en algunas personas jóvenes.
- Protección a largo plazo de las necesidades de vivienda y salud cuando una persona deja la pensión o las ayudas sociales para ponerse a trabajar.
- Protección del derecho individual a no revelar la naturaleza de la enfermedad mental a un potencial empleador.

Más información

Esta declaración ha sido resultado de una reunión internacional para estudiar los beneficios de apoyo en formación y empleo a personas con un primer episodio psicótico y que tuvo lugar en Londres el 30 de junio de 2008, implicando a clínicos, investigadores, economistas y políticos de Reino Unido, Canadá y Australia.

Entre las personas colaboradoras en esta declaración para la Recuperación Vocacional tras un Primer Episodio Psicótico se incluyen: Eoin Killackey (Australia), Eric Latimer (Canada), Jo Smith (UK), Miles Rinaldi (UK), Tom Craig (UK), Eric Davis (UK), Martin Hember (UK), Annie Lau (UK), David Shiers (UK), Swaran Singh(UK), Geoff Shepherd (UK), Sarah Sullivan (UK), Keith Nuechterlein (USA), David Penn (USA).

Para mayor información acerca de cómo apoyar y sumarse a esta declaración de consenso internacional por favor contacte con:

- Jo Smith (UK): joda@lineone.net
- Eoin Killackey (Aus): eoin@unimelb.edu.au
- Keith Nuechterlein (USA): keithn@ucla.edu.

Una copia de esta declaración de consenso internacional (en inglés) puede descargarse en: *http://www.iris-initiative.org.uk/*

La traducción al castellano ha sido realizada por María Alonso y auspiciada por la Asociación Madrileña de Salud mental (AMSM, Asociación Española de Neuropsiquiatría, AEN). Se puede descargar una copia en la página web de la AMSM. www.amsm.es

Referencias

1. Bertolotte J. and McGorry P Early Intervention and Recovery of Young people with Early Psychosis: Consensus Statement British Journal of Psychiatry, 2005,187(suppl 48) s116-s119

2. Hirschfeld R, Smith J, Trower P and Griffin C. What do psychotic experiences mean for young men? A qualitative investigation. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, June 2005, 78, 2, 249-270
3. APA Working Group on Schizophrenia. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia: Second Edition. Washington: APA; 2004.
4. Becker DR, Drake RE. A working life for people with severe mental illness. New York: Oxford University Press; 2003.
5. Bond GR. Supported Employment: Evidence for an Evidence-Based Practice. Psychiatric Rehabilitation Journal. Sept 2004; 27(4):345-359.
6. Killackey E, Jackson HJ, McGorry PD. Vocational Intervention in First-Episode Psychosis: A Randomised Controlled Trial of Individual Placement and Support versus Treatment as Usual. British Journal of Psychiatry. 2008; 193: 114-120.
7. Killackey EJ, Jackson HJ, Gleeson J, Hickie IB, MCGorry PD. Exciting Career Opportunity Beckons! Early Intervention and Vocational Rehabilitation in First Episode Psychosis: Employing Cautious Optimism. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2006; 40:951-962.
8. Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment: A review. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. May 2004;39(5):337-349.
9. Marwaha S, Johnson S. Views and Experiences of Employment among People with Psychosis: A Qualitative Descriptive Study. International Journal of Social Psychiatry. Dec 2005; 51(4):302-316.
10. National Institute of Clinical Excellence. Schizophrenia: Full national clinical guideline on core interventions in primary and secondary care. London: Gaskell and the British Psychological Society; 2003.

11. Nuechterlein KH, Subotnik KL, Turner LR, Ventura J, Becker DR, Drake RE. Individual placement and support for individuals with recent-onset schizophrenia: integrating supported education and supported employment. Psychiatr Rehabil J. 2008; 31(4): 340-349.
12. Rinaldi M, McNeil K, Firn M, Koletsi M, Perkins R, Singh SP. What are the benefits of evidence-based supported employment for patients with first-episode psychosis? Psychiatric Bulletin. Aug 2004; 28 (8):281-284.
13. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for the Treatment of Schizophrenia and Related Disorders. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2005; 39:1-30.
14. SANE. Schizophrenia: Costs. An analysis of the burden of schizophrenia and related suicide in Australia. Sidney: SANE Australia; 2002.
15. Wu EQ, Birnbaum HG, Shi L, et al. The Economic Burden of Schizophrenia in the United States in 2002. J Clin Psychiatry. Sep 2005 ;66 (9):1122-1129.

anexo 10.

Protocolo e instrumentos de evaluación

1. Protocolo de evaluación física

1. Los objetivos de la evaluación física son:
   - El despistaje de la patología orgánica que pueda justificar la psicopatología.
   - La identificación de problemas de salud importantes que puedan condicionar la evolución del trastorno psíquico.

2. Son enfermedades orgánicas potencialmente causantes de síntomas psiquiátricos las:
   - Endocrinológicas como el Síndrome de Cushing o la patología tiroidea.
   - Enfermedades de depósito como la Sarcoidosis o la Enfermedad de Wilson.
   - De origen autoinmune como el Lupus Eritematoso Sistémico.
   - Infecciosas como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, la Sífilis o la Encefalitis herpética.
   - Enfermedades hereditarias como la Enfermedad de Huntington o la Ataxia de Friedrich.

- Enfermedades desmielinizantes como la Esclerosis Múltiple.
- La deficiencia de vitamina B12.
- La hemorragia subaracnoidea.
- Los Tumores Cerebrales.

3. Además de una exploración física y neurológica completa, es práctica habitual la realización de las siguientes medidas:

1 Pruebas de laboratorio:
- Hematimetría básica.
- Función hepática, renal y tiroidea.
- Glucosa y electrolitos.
- Tóxicos en orina.

2 Así mismo es recomendable la realización de alguna prueba de neuroimagen, preferiblemente RMN a TAC.

3 De forma más opcional y en función de las necesidades y la disponibilidad, se harían las siguientes determinaciones:
- Test de embarazo en orina.
- Porfirias urinarias.
- Índices nutricionales.
- VIH, VHC o LUES.
- EEG.
- EKG.
- Radiología torácica.

4 Es norma, y se justifica en la incidencia de sobrepeso y en su influencia en la adherencia al tratamiento farmacológico, la realización de las siguientes medidas antropométricas que se habrán de repetir periódicamente:
   - Índice de masa corporal.
   - Perímetro abdominal.
   - Presión arterial.

4. Efectos secundarios medicación. Es conocida la mayor sensibilidad de estos pacientes a los efectos secundarios. Por ello, además de evaluar con detalle y regularidad su presencia en la exploración, es habitual el uso de de escalas como las que siguen:
   - Escala UKU (Lingjaerde, 1987) (ver CD adjunto).
   - Sant Hans Scale (Gerlach, 1993).

2. Instrumentos de evaluación psicosocial

A. Objetivo

Sin perder de vista las consideraciones generales, expuestas más arriba, especialmente en lo que se refiere al objetivo final de la evaluación y a la reflexión en torno al vínculo terapéutico, a continuación se detallan algunos de los instrumentos de evaluación que se utilizan mayoritariamente en los servicios de intervención temprana más consolidados. Tómense como un inventario de las pruebas más usadas y como sugerencia para su eventual aplicación.

B. Listas de síntomas

Se tratan de listados de síntomas destinados a la detección de personas en riesgo de desarrollar una psicosis y utilizados principalmente en el ámbito de la Atención Primaria como screening. Los principales son:

- Cuestionario de screening EDIE (Early Detection and Intervention Evaluation) (French, 2004) (ver CD adjunto).
- Cuestionario PRIME de tamizaje para síntomas prodrómicos (validado y traducido por Fresán, 2007) (ver CD adjunto).
- Cuestionario ERIraos (Häfner, 2004).
- Early Sign System (Birchwood, 1989).

C. Personalidad

La evaluación de la personalidad forma parte de muchos protocolos de evaluación de los programas de intervención temprana consultados, con más frecuencia cuando se trata de EMAR. Instrumentos utilizados son:

- MCMI-III (Millon, 1997).
- SCID-II (First, 2005). Una entrevista estructurada para el diagnóstico de trastornos de personalidad según DSM-IV.

D. EMAR

Existen instrumentos específicos para la evaluación de los EMAR. Según las dos conceptualizaciones de los EMAR que se han extendido en la literatura, se emplean dos tipos de pruebas.

Se mostrarán primero los instrumentos que detectan psicopatología psicótica en un modo atenuado. Estas entrevistas estructuradas son:

- Entrevista para la evaluación general de los estados mentales de alto riesgo (CAARMS) (Yung, 2006) (ver CD adjunto).
- Entrevista estructurada para síndromes prodrómicos (SIPS) (Mc Glashan, 2003) (ver CD adjunto).

Los siguientes instrumentos intentan detectar las alteraciones neurocognitivas (síntomas básicos) que son propias de las psicosis. Los instrumentos básicos son:

- Inventario Psicopatológico de Frankfurt (FBF-3) (Süllwold, 1986).
- Instrumento de propensión a la esquizofrenia, versión adulto (SPI-A) (Schultze-Lutter, 2004) (ver traducción propia de version inglesa en CD adjunto).
- Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms (BSABS) (Gross, 1987).

Una versión experimental de la CAARMS (de OASIS -*Outreach and Support in South London*-) intenta unir la visión psicopatológica de los EMAR con la de síntomas básicos.

E. Psicopatología

Son instrumentos destinados a evaluar psicopatología general:

- Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN) (WHO, 1999).
- Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (Overall, 1962) (ver CD adjunto).

Algunos de ellos tienen la intención de hacer un diagnóstico, como la entrevista estructurada The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID) (Spitzer, 1992).

Otros son comunes a las psicosis en cualquier otro momento de su evolución:

- Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (PANSS) (Kay, 1987) (ver CD adjunto).
- Evaluación comunitaria de las experiencias psíquicas (CAPE-42) (Van Os, 2003).

Para la sintomatología afectiva contamos con estos instrumentos de evaluación:

- Escala de Depresión de Calgary para la Esquizofrenia (CDS) (Addington, 1990) (ver CD adjunto).
- Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck,1961).
- Escala de depresión de Hamilton (Hamilton, 1960).
- Escala de Young para la evaluación de la manía (YMRS) (Young, 1978).

Para la evaluación de los momentos iniciales del trastorno se ha empleado la siguiente entrevista semi-estructurada: Entrevista para la Evaluación Retrospectiva del Inicio de la Esquizofrenia (IRAOS) (Häfner, 1992) (ver traducción propia de version inglesa en CD adjunto).

F. Abuso de sustancias

Aunque este aspecto es tenido en cuenta en la historia psiquiátrica o en la evaluación diagnóstica o psicopatológica, se emplean, según necesidades, instrumentos específicos:

- Michigan Alcohol Screening Tool (MAST) (Selzer, 1971).
- Drug Abuse Screening Tool (DAST) (Gavin, 1989).
- Substance Abuse Treatment Scale (SATS) (Mc Hugo, 1995).

G. Función cognitiva

Sin duda el funcionamiento cognitivo es causa de gran parte de la discapacidad asociada en muchos casos a las psicosis.

La evaluación de estas funciones es compleja y requiere profesionales entrenados por lo que en muchos programas de intervención precoz se evalúa solo si se considera preciso. Hay propuestas para dar feedback a las personas atendidas que son muy pertinentes para el modelo de ITP (Gorske, 2008).

Existen baterías diagnósticas diseñadas para este grupo de pacientes, como la Batería Cognitiva de Consenso MATRICS (MCCB) (Nuechterlein, 2006) que evalúa siete áreas cognitivas y que permite ser utilizada parcialmente. Las pruebas son las siguientes:

- Brief assessment of cognition in schizophrenia (BACS)
- Category fluency
- Trail making test (parte A)
- Continuous performance test-identical pairs (CTP-IP)
- Wechsler memory scale (WMS-III)
- Letter-number span
- Hopkins verbal learning test-revised (HVLT-R)
- Brief visuospatial memory test-revised (BVMT-R)
- Neuropsychological assessment battery (NAB)
- Mayer-Salovey-Caruso emotional intelligence test (MSCEIT)

Otra opción es la evaluación utilizando pruebas específicas como determinadas sub-escalas del WAIS-III (Wechsler, 1997) como en la propuesta de la AEN (2009).

H. Respuesta a psicosis

La forma en que la persona va a responder psicológicamente al episodio psicótico va a condicionar la recuperación. Se han desarrollado instrumentos para evaluar los diferentes componentes que se han considerado importantes en este proceso.

El autoestigma es el objeto de la Escala de Estigma Interno de Enfermedad (ISMI) (Ritsher, 2003) (ver traducción propia de version inglesa en CD adjunto).

El modelo explicativo de enfermedad del paciente se explora con el Cuestionario sobre Creencias Personales (PBIQ) (Birchwood, 1993) (ver CD adjunto).

Y el afrontamiento general a la psicosis con el Cuestionario de Estilo de Recuperación (RSQ) (Drayton, 1998) (ver CD adjunto).

I. Funcionamiento

Es importante evaluar el funcionamiento general, por ejemplo con la muy extendida Global Assesment of Functioning Scale (GAF) (APA, 1994) (ver CD adjunto).

Para la evaluación del funcionamiento social se puede usar la Escala de Funcionamiento Social (SFS) (Birchwood, 1990) (ver CD adjunto).

Así como la más general Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) (Uriarte, 1999).

Es práctica habitual conocer el ajuste premórbido para lo que puede ser útil un instrumento como la entrevista estructurada Premorbid Adjustment Scale (PAS) (Cannon-Spoor, 1982) (ver traducción propia de version inglesa en CD adjunto).

Existe una escala que evalúa el funcionamiento social de los EMAR Escala social y Escala de Rol (GF: SS-GF) (Cornblatt, 2007).

J. Riesgos y necesidades

Se ha considerado de importancia el conocimiento de los riesgos en términos de agresividad, suicidio o consumo de tóxicos y las necesidades que les son propias. Algunos instrumentos usados son:

- Camberwell Assesment of Needs (CAN) (Phelan, 1995) (ver CD adjunto).
- Sainsbury's Assesment and Management of Risk (Morgan, 2000).

K. Calidad de vida

La evaluación de la calidad de vida explora las áreas que se ven afectadas por la enfermedad. Se utilizan instrumentos diseñados para pacientes psiquiátricos:

- Perfil de calidad de vida de Lancashire (LQOLP) (Oliver, 1997?).
- Wisconsin Quality of Life Index (Diamond, 1999).
- Y otros más generales como la Entrevista de Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL) (Lucas, 1998) (ver CD adjunto).

L. Ocupacional

La evaluación de esta área no se lleva a cabo de forma sistemática sino en los casos en los que se considera especialmente relevante y, en general, con la participación de un trabajador social o un terapeuta ocupacional. Se utilizan para ello instrumentos como estos:

- Canadian Occupational Performance Measure (COPM) (Baptiste, 1993).
- Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST) (Parkinson, 2006).

M. Familiar

La familia debe ser evaluada desde el primer contacto con el servicio y por todos los medios disponibles. Se sabe que aspectos como la emoción expresada, influyen decisivamente en la evolución de la psicosis. En necesario además conocer la carga o el estrés que supone para ésta la presencia de la enfermedad en uno de sus miembros y estar al tanto de la psicopatología que pueda aparecer en ellos. Para ello se cuenta con instrumentos como estos:

- Cuestionario Familiar (FQ) (Quinn, 2003) (ver CD adjunto).
- Relatives Assesment Interview for First Episode Psychosis (RAI) (Addington, 2004).
- Knowledge about Schizophrenia Questionnaire (KASQ) (Ascher-Svanum, 1999).
- Otros que exploran la salud general, como el General Health Questionnaire (GHQ) (Goldberg, 1978).

- Y existen varios para evaluar la emoción expresada en la familia:
  - Camberwell Family Interview (CFI) (Leff, 1985).
  - Five-Minute Speech Sample (FMSS) (Magaña, 1986).

3. Evaluación social

Debe incluir como mínimo la valoración global de los recursos de la persona atendida:

- Formación académica, actividad laboral, ingresos económicos, vivienda y entorno, conocimiento y utilización de los recursos sociales.
- Establecer historia de intereses y habilidades previas a la enfermedad, determinar el contexto socio-cultural de la persona atendida.
- Explorar y detectar factores de riesgo social que dificulten la normalización o reinserción de la persona atendida.
- Valoración familiar con genograma de familia propia y extensa, dinámica familiar, sistemas de apoyo, cuidador principal, etc.
- Exploración de actividades de ocio y tiempo libre.
- El proceso de evaluación social debe de culminar con un Diagnóstico Social.

La valoración social la obtendremos tras la evaluación con técnicas específicas, por observación directa, indirecta, entrevista individual, familiar y visita domiciliaria.

anexo 11.

Características de las intervenciones preventivas en salud e investigación en el ámbito de Salud mental

1. Consideraciones para actuaciones preventivas

Las intervenciónes preventivas en el ámbito de la salud, requieren una serie de consideraciones previas a su instauración (Martinez González y de Irala, 1999):

1. Criterios que debe reunir la enfermedad:

Deben tener una historia natural bien conocida con una fase preclínica larga, que generalmente pasa inadvertida, pero que es detectable.

2. Criterios de la prueba diagnóstica:

- Que presente un valor predictivo positivo alto, aunque también hay que tener en cuanta la sensibilidad, especificidad y valor predictivo negativo.

- Que esté exenta de efectos secundarios, poco invasiva indolora y fácil de aplicar, sencilla y rápida.
- Que minimice los costes.

Una de las limitaciones de la detección precoz de la psicosis es la falta de instrumentos que predigan el paso a psicosis en sujetos de alto riesgo. Aunque la sensibilidad es de 98%, la especificidad es del 38%. Esta limitación hace necesario seguir investigando en unos instrumentos con una mayor especificidad (Cuesta y Peralta, 2002).

3. Criterios de la población

Que la prevalencia de la enfermedad sea alta. Requiere elegir una población donde la prevalencia pre-test sea más alta que la población normal, por lo que se tendrá en cuenta sexo, edad, antecedentes familiares.

Diferentes estudios han aportado datos a favor de una intervención en sujetos de alto riesgo, con la intención de prevenir el inicio de la psicosis (De Koning y cols., 2009). Cougnard y cols. (2005), calcula el número de sujetos a los que debe realizarse el *screening* (NNS) en 5 años, para prevenir algunos de los efectos indeseados de tener un primer episodio, en concreto suicidio, desempleo y hospitalización. El resultado es de NNS de 20.000 personas/5 años para prevenir 1 suicidio, 641 personas/5 años para evitar 1 hospitalización, y 845 personas /5 años para evitar 1 desempleo. El NNS es uno de los mejores criterios para evaluar detecciones precoces, y se considera rangos aceptables entre 500 y 1.100 (Gates 2001). Para ponerlo en contexto con otras políticas de detección precoz y *screening*, el NNS de *screening* de perfil lipídico para detectar 1 dislipidemia, para evitar 1 muerte

es de 418 personas/5 años, para la hipertension 274-1307 personas/ 5 años si se trata con tiazidas y de 2.451 personas/5 años para el *screening* de cáncer de mama, al usar la mamografías en mujeres entre 50-59.

4. Debe disponer de un tratamiento, que si se aplica precozmente, mejore sustancialmente el pronóstico, porque el tratamiento sea más efectivo y/o más fácil de aplicar. Sólo se deberá acometer una intervención de detección precoz si existe un tratamiento eficaz para esta fase asintomática y si la aplicación de este tratamiento es más eficaz que si se hace en fases más tardías.

El tratamiento con neurolépticos ha demostrado una eficacia a corto plazo en el retraso de la transición a la psicosis y, de igual manera, lo ha hecho la terapia cognitivo conductual. Sin embargo, estos beneficios a corto plazo, se pierden una vez que avanza el tiempo, dando a entender que estas intervenciones retrasan la aparición de la psicosis, pero no consiguen evitar el inicio de la psicosis (De Koning y cols. 2009).

2. Recomendaciones para investigar en Salud mental

La investigación biomédica es una actividad necesaria para el éxito de cualquier estrategia que se proponga mejorar la salud de los ciudadanos y ciudadanas. No es posible desarrollar investigación de calidad sin

una práctica en salud de calidad y viceversa (Carrasco Mallen, 2004). Si bien en el terreno de las acciones preventivas la investigación debe seguir principios específicos, como señala el Plan Estratégico de Investigación, Desarrollo e Innovación en Salud de la (Consejería de Salud, 2006a) hay que «superar la visión tradicional de los centros sanitarios incrementando su papel en la investigación y la innovación». Se recomienda por ello:

- La investigación debe estar atenta a las demandas de la sociedad, dando respuestas a problemas esenciales de salud.
- Priorizar la transferencia de conocimientos entre diferentes especialidades y ciencias básicas con el objetivo de mejorar los conocimientos de la enfermedad y/o asistencia.
- Colaboración con otras organizaciones.
- Evaluar la eficacia de las diferentes intervenciones.
- La investigación demanda grupos que trabajen en equipo, creativos, con liderazgo, capacidad y espíritu de innovación que acepten el riesgo como parte de su trabajo.

bibliografía

bibliografía

- AATRM-Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Guía de Práctica Clínica (GPC) "Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente". Ministerio de Sanidad: Madrid; 2009. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_12_Esquizofr_compl_cast_2009.pdf

- Addington D, Addington J, Schissel B. A depression rating scale for schizophrenia. Schizophr Res 1990; 3:247-251.

- Addington D, McKenzie E, Addington J, Patten S, Smith H, Adair C. Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. Psychiatr Serv 2005; 56: 1570-1582.

- Addington D, Norman R, Adair CE, Manchanda R, McKenzie E, Mitchell B, et al. A comparison of early psychosis treatment services using consensus and evidence-based performance measures: moving towards setting standards. Early Interv Psychiatry 2009; 3- 4: 274-281.

- Addington J, Burnett P. Working with families in the early stages of psychosis. En: Gleeson J, McGorry P, editores. Psychological Interventions in Early Psychosis: a treatment handbook. Chichester: Wiley and Sons; 2004.

- Addington J. Draft consensus statement-principles and practice in early psychosis. En: Edwards J, McGorry PD, editores. Implementing early intervention in psychosis: a guide to establishing early psychosis services. London: Martin Dunitz; 2002. p. 145-155.

- ADEMM. Asociación de Usuarios de Salud mentalSalud mental de Cataluña. La relación entre y los profesionales en el ámbito de la Salud mental Salud mental. La opinión de los usuarios y usuarias. Centro especial de trabajo Apunts: Barcelona; 2007. Disponible en: http://www.aen.es/web/docs/InfoADEMM_07_red.pdf

- Alanen YO. Schizophrenia. Its Origins and Need-Adapted Treatment. London, Karnac Books. 1997

- Alonso Suárez M, Bravo Ortiz MF, Fernández Liria A. Origen y desarrollo de los programas de seguimiento y cuidados para pacientes mentales graves y crónicos en la comunidad. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2005; 92: 25-51.

- Alvarez-Jiménez M, Hetrick S.E, González-Blanch C, Gleeson J.F; McGorry PD. Non-pharmacological management of antipsychotic-induced weight gain: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Br J Psychiatry 2008; 193(2):101-7

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V draft. American Psychiatric Association, Arlington USA, 2010. Disponible en: http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx.

- American Psychiatric Association. Global assessment of functioning. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4ª Ed.) (DSM-IV). Washington, DC: APA; 1994.

- Amminger G, Schaefer MR, Papageorgiou K, Becker J, Mossaheb N, Harrigan SM, et al. Omega-3 fatty acids reduce the risk of early transition to psychosis in ultra-high risk individuals: a double-blind randomized, placebo-controlled treatment study. Schizophr Bull 2007; 33:418-419.

- Amminger GP, Schaefer MR, Papageorgiou K, Klier CM, Cotton SM, Harrigan SM, Mackinnon A, McGorry PD, Berger GE. Long-Chain -3 Fatty Acids for Indicated Prevention of Psychotic Disorders. A Randomized, Placebo-Controlled Trial. Archives of General Psychiatry 2010; 67(2): 146-154.

- Angona del Río P. Características sociodemográficas y prevalencia asistida de la esquizofrenia y trastornos afines en el Área de la Unidad de Gestión Clínica del Hospital Carlos Haya. Ponencia presentada en el Simposio El trastorno mental grave en la comunidad, situación actual y reflexiones para el futuro. Cádiz. XXIV Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2009.

- Ascher-Svanum H. Development and validation of a measure of patients´knowledge about schizophrenia. Psychiatr Serv 1999; 50:561-563.

- Asociación Española de Neuropsiquiatría. Cuaderno técnico 10: Consenso Intervención Temprana en psicosis. Cuadernos Técnicos AEN: Madrid; 2009. Disponible en: http://www.aen.es/web/docs/CTecnicos10.pdf

- Ayuso-Mateos JL, Gutiérrez-Recacha P, Haro JM, Chisholm D. Estimating the prevalence of schizophrenia in Spain using a disease model. Schizophrenia Research 2006; 86 (1-3): 194-201

- Baldessarini RJ, Tondo L, Hennen J, Viguera AC. Is lithium still worth using? An update of selected recent research. Harv Rev Psychiatry 2002; 10:59-75.

- Baldor I, Jerez MC, Rullas M, Gonzalez J. Sobre la oportunidad de la rehabilitación psicosocial tras un primer brote: un caso clínico. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2008; 28 (2): 433-449.

- Baptiste S, Law M, Pollock N, Polatajko H, McColl MA, Carswell A. The Canadian Occupational Performance Measure. World Federation of Occupational Therapy Bulletin 1993; 28:47-51.

- Barrigón M, Gurpegui M, Ruiz-Veguilla M, Díaz FJ, Sarramea F, Anguita M, et al. Temporal relationship of first episode non-affective psychosis with cannabis use: a clinical verification of an epidemiological hyphotesis. Journal of Psychiatric Research. 2009a Nov 7. In press.

- Battaglia J, Moss S, Rush J, Kang J, Mendoza R, Leedom L, et al. Haloperidol, lorazepam, or both for psychotic agitation?: a multicenter, prospective, double-blind, emergency department study. Am J Emerg Med 1997; 15:335-340.

- Bauer MS, Callahan AM, Jampala C, Petty F, Sajatovic M, Schaefer V, et al. Clinical practice guidelines for bipolar disorder from the Department of Veterans Affairs. J Clin Psychiatry 1999; 60:9-21.

- Beck AT, Ward CH, Mendelson J, Mock J, Erbaugh J. An inventory to measure depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4:561-57.

- Beck .T, Rush J, Shaw B, Emery G. Terapia cognitiva de la depresión. Barcelona. Desclée de Brouwer, 1983

- Bertolote J y McGorry PD. Early intervention and recovery for young people with early psychosis: consensus statement. Br J Psychiatry 2005; 187: (suppl 48): s116-s119. Disponible en: http://earlypsychosis.medicine.dal.ca/services/EPdeclaration.pdf

- Birchwood M, Mason R, MacMillan F, Healy J. Depression, demoralization and control over psychotic illness: a comparison of depressed and non-depressed patients with a chronic psychosis. Psychol Med 1993; 23:387-395.

- Birchwood M, Smith J, Cocrane R, Wetton S, Copestake S. The Social Functioning Scale: The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. Br J Psychiatry 1990; 157: 853-859. [Adaptado para España: Vázquez Morejón AJ, Jiménez García-Bóveda R. Social Functioning Scale: new contribution concerning its psychometric characteristics in a Spanish adaptation. Psychiatry Research 2000; 93:247-256].

- Birchwood M, Smith J, MacMillan F, Hogg B, Prasad R, Harvey C, et al. Predicting relapse in schizophrenia: The development and implementation of an early sings monitoring system using patients and families as observers: A preliminary investigation. Psychol Med 1989; 19: 649-656.

- Birchwood M. The critical period for early intervention. En Bichwood M, Fowler D & Jackson C (Eds.). Early intervention in psychosis: A guide to concepts, evidence and interventions (pp. 28-63). Chichester, UK: Wiley. 2000.

- Bobes J, Sáiz Ruiz J, Montes JM, Mostaza J, Rico-Villademoros F, Vieta E. Consenso Español de Salud Física del Paciente con Trastorno Bipolar. Rev Psiquiatr Salud Ment 2008; 01: 26-37.

- Bola JR and Mosher LR. Predicting Drug-Free Treatment Response in Acute Psychosis from the Soteria Project. Schizophr Bull 2002; 28(4):559-575.

- Bond GR. Supported employment: evidence for an evidence-based practice. Psychiatr Rehabil J 2004; 27: 345–59.

- Breitborde NJK, Srihari VH, Woods SW. Review of the operational definition for first-episode psychosis. Early Interv Psychiatry 2009, 3; 4: 259-265

- Broome MR, Woole JB, Johns LC, Valmaggia LR, Tabraham P, Gafoor R, et al. Outreach and support in south London (OASIS): implementation of a clinical service for prodromal psychosis and at the risk mental state. Eur Psychiatry 2005; 20:372-378.

- Cannon-Spoor HE, Potkin SG, Wyatt RJ. Measurement of premorbid adjustment in chronic schizophrenia. Schizophr Bull 1982; 8:470-484.

- Cano P. Proyecto de Gestión para el HDSM de El Cónsul, 2010. Documento interno UGC Hospital Virgen de la Victoria, Málaga. 2010

- Carney CP, Jones L, Woolson RF. Medical comorbidity in women and men with schizophrenia: a population-based controlled study. J Gen Intern Med 2006; 21(11):1133-7.

- Carpenter Jr WT, Buchanan RW, Kirkpatrick B, Breier AF. Diazepam treatment of early signs of exacerbation in schizophrenia. Am J Psychiatry 1999; 156:299-303.

- Carpenter WT Jr. Evidence-based treatment for first-episode schizophrenia? Am J Psychiatry 2001; 158:1771-1773.
- Carrasco Mallen M. Políticas y gestión de la investigación. Educación Médica 2004; 7: 66-80. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v7s1/art11.pdf
- Casadebaig F, Philippe A, Guillaud-Bataille JM, Gausset MF, Quemada N, Terra JL. Schizophrenic patients: physical health and access to somatic care. European Psychiatry 1997; 12-6: 289-293
- Castagnini A, Bertelsen A, Berrios GE. Incidencia y estabilidad diagnóstica de los trastornos psicóticos agudos y transitorios CIE-10. Psiquiatría biológica 2008; 15-6: 187-194.
- Castro-Fornieles J, Parellada M, Gonzalez-Pinto A, Moreno D, Graell M, Baeza I, et al. The child and adolescent first-episode psychosis study (CAFEPS): design and baseline results. Schizophr Res 2007; 91(1-3): 226-37.
- Chong SA, Mythily S, Verma S. Reducing the duration of untreated psychosis and changing help-seeking behaviour in Singapore. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2005; 40-8: 619-621
- CIBERSam. Líneas de investigación de la red. Disponible en:. http://www.cibersam.es/opencms/opencms/system/modules/es.oneclick.cibersam/elements/jsp/grupo/proyectosInvestigacion.jsp).
- Coldham EL, Addington J, Addington D. Medication adherence of individuals with a first episode of psychosis. Acta Psychiatr Scand 2002; 106:286-290.
- Comisión Europea. Database of Policies and Good Practices. 2009 Disponible en: https://webgate.ec.europa.eu/sanco_mental_health/public/showDescriptionDetailes.html?id=49&categoryType=GOOD_PRACTICE.
- Comisión Europea. European Pact for Mental Health and well-being. 2008. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf

- Comisión Europea. Libro Verde Europeo sobrelSalud mentalSalud mental. 2005. Disponible en: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/es/com/2005/com2005_0484es01.pdf

- Conley RR, Kelly DL. Management of treatment resistance in schizophrenia. Biol Psychiatry 2001; 50:898-911.

- Consejería de salud. La experiencia importa: Comunicación y trato en SM. Junta de Andalucía. Sevilla, 2009.

- Consejería de Salud. La promoción del desarrollo adolescente: recursos y estrategias de intervención. Junta de Andalucía, Sevilla, 2008a.

- Consejería de Salud. Plan Estratégico de Investigación, Desarrollo e Innovación en Salud de la Consejería de Salud (2006-2010). Sevilla, Junta de Andalucía, 2006 a. Disponible en: http://fundacionprogresoysalud.junta-andalucia.es/medias/File/plan-estrategico-es.pdf

- Consejería de Salud. Plan Integral delSalud mental de Andalucía 2008-2012 (II PISMA). Junta de Andalucía. Sevilla, 2008c. Disponible en: http://www.sas.junta-andalucia.es/contenidos/gestioncalidad/PISMA_2008-2012_v10.pdf

- Consejería de Salud. Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía 2005-2010 (PITA). Junta de Andalucía. Sevilla, 2005. Disponible en: http://www.csalud.junta-andalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/plan_tabaquismo/Plan_Integral_Tabaco.pdf

- Consejería de Salud. Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada. Junta de Andalucía, Junta de Andalucía; Sevilla: 2008 b.

- Consejería de Salud. Proceso asistencial integrado. Riesgo vascular. Sevilla: Junta de Andalucía, Sevilla, 2003. http://www-csalud.dmsas.sda.sas.junta-andalucia.es/contenidos/procesos/docs/RIESGOVASCULAR3%5b1%5d.pdf

- Consejería de Salud. Proceso asistencial integrado. Trastorno mental grave. Sevilla: Junta de Andalucía, Sevilla, 2006 b. http://www-salud.dmsas.sda.sas.junta-andalucia.es/contenidos/procesos/docs/DEFINITIVO%2520PARA%2520WEB%2520TMG%5b1%5d.pdf

- Consejería de Sanidad y Consumo-Servicio Murciano de Salud. Protocolo de Coordinación de Actuaciones Educativas y Sanitarias en la Detección y Diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Murcia: Región de Murcia. 2008. En red: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/150856-guia_protocolo_TDA-H.pdf

- Consejería de Sanidad. Capítulo 4. Funcionamiento de las Unidades y Servicios delSalud mental Infanto–Juvenil. En: Consejería de Sanidad. Programa de Atención a lalSalud mental Infanto–Juvenil de la comunidad de Canarias. Tenerife: Gobierno de Canarias. 2006. Págs: 51-62 En red: http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/411a613b-f82c-11dd-b1fa-a5269341ea94/Salud_mental.pdf

- Cormac I, Jones C, Campbell C, Silveira da Mota Neto J. Tratamiento cognitivo conductual para la esquizofrenia. En: La Cochrane Library plus en español. Oxford: Update Software. 2002.

- Cornblatt B, Auther A, Niendam T, Smith C, Zimberg J, Bearden C, et al. Preliminary findings for two new measures of social an role functioning in the prodromal phase of schizophrenia. Schizophr Bull 2007; 33:688-702.

- Cornblatt BA, Lencz T, Smith CW, Olsen R, Auther AM, Nakayama E, et al. Can antidepressants be used to treat the schizophrenia preodrome? Results of a prospective, naturalistic treatment study of adolescents. J Clin Psychiatry 2007; 68:546-557.

- Corrigan, Patrick. How Stigma Interferes With Mental Health Care. Am Psychol 2004; 59(7): 614-625.

- Cougnard A, Salmi LR, Salamon R, Verdoux H. A decision analysis model to assess the feasibility of the early detection of psychosis in the general population. Schizophr Res 2005; 74(1): 27-36.

- Craig TKJ, Garety P, Power P, Rahaman N, Colbert S, Fornells-Ambrojo M, Dunn G. The Lambeth Early Onset (LEO) Team: randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis. BMJ 2004; 329: 1067.Crespo-Facorro B, Pérez-Iglesias

R, Ramírez-Bonilla M, Martínez-García O, Llorca J, Luis Vázquez-Barquero J. A practical clinical trial comparing haloperidol, risperidone, and olanzapine for the acute treatment of first-episode nonaffective psychosis. Journal of Clinical Psychiatry 2006; 67:1511-21.

- Crow TJ, McMillan JF, Johnson AL, Johnstone EL. A randomized controlled trial of prophylactic neuroleptic treatment. Br J Psychiatry 1986; 148:120-127.

- Crowther R, Marshall M, Bond G, Huxley P. Rehabilitación vocacional para personas con enfermedades mentales graves (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

- Crumlish N, Whitty P, Clarke M, Browne S, Kamali M, Gervin M, McTigue O, Kinsella A, Waddington JL, Larkin C, O'Callaghan E. Beyond the critical period: longitudinal study of 8-year outcome in first-episode non-affective psychosis. Br J Psychiatry 2009; 194: 18–24.

- Cullberg, J. Psicosis: una perspectiva integradora. Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis; Madrid, 2007.

- De Koning MB, Bloemen OJN, van Amelsvoort TAMJ, Becker HE, Nieman DH, van der Gaag M, et al. Early intervention in patients at ultra high risk of psychosis: benefits and risks. Acta Psychiatr Scand 2009; 119:426-442.

- Departament de Salut. Direcció General de Planificació i Avaluació. Plan Director de Salud mental y Adicciones. Generalitat de Catalunya. Direcció General de Planificació i Avaluació, Barcelona 2006. Disponible en http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/salutmental2006n.pdf y en castellano http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/ms_rgspain_es.pdf

- Diamond R, Becker M. The Wisconsin Quality of Life Index: A multidimensional model for measuring quality of life. J Clin Psychiatry 1999; 3: 29-31.

- Dickerson FB, Lehman AF. Evidence-based psychotherapy for schizophrenia. J Nerv Ment Dis 2006; 194(1): 3-9.

- Drayton M, Birchwood M, Trower P. Early attachment experience and recovery from psychosis. Br J Clin Psychol 1998; 37:269- 284.

- Eack SM, Greenwald DP, Hogarty SS, Cooley SJ, DiBarry AL, Montrose DM, et al. Cognitive Enhancement Therapy for Early-Course Schizophrenia: Effects of a Two-Year Randomized Controlled Trial. Psychiatr Serv 2009; 60:1468-1476.

- Early Psychosis Intervention (EPI). Supporting students with psychosis return to school. Vancouver/Richmond Disponible en: http://www.bcss.org/wp-content/uploads/2008/01/fact-sheet-for-schools-return.doc

- Edwards J & McGorry PD. La intervención precoz en la psicosis. Guía para la creación de servicios de intervención precoz en la psicosis (2ª. ed.). Madrid: Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis. 2004 (Orig. 2002).

- Edwards J y McGorry PD. Intervención precoz en los trastornos psicóticos: una aproximación crítica en la prevención de la morbidez psicológica. En: Perris C y McGorry PD (Eds.). Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de la personalidad. Manual teórico-práctico. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer. 2004.

- Edwards J, Hinton M, Elkins K y Anthanasopoulos O. Cannabis and first-episode psychosis: The CAP Project. En Graham H, Mueser KT, Birchwood M y Copello A (Eds.). Substance Misuse in Psychosis: Approaches to Treatment and Service Delivery. Chichester: John Wiley & Sons. 2002

- Ehmann T, Hanson L. Early psychosis. A guide for mental health clinicians. Mental Health Evaluation & Community Consultation Unit. Vancouver: The University of British Columbia; 2000.

- Ellis A. Razón y emoción en psicoterapia. Barcelona; Desclée de Brouwer, 1983.

- Emsley R, Rabinowitz J, Medori R. Time course for antipsychotic treatment response in first-episode schizophrenia. Am J Psychiatry2006; 163:743-745.

- Emsley R. New advances in pharmacotherapy for early psychosis. Early Interv Psychiatry 2009; 3:8-12.

- Estrategia en Salud mental del Sistema Nacional de Salud 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2007. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf

- Ferrin M, Rubio JL, Ruiz-Veguilla, M, Barrigon ML, Hernandez L. Emotion Recognition and schizophrenia. Schizophr Bull2009; 35: suppl 1.

- Findling RL, Frazier TW, Youngstrom EA, McNamara NK, Stansbrey RJ, Gracious BL et al. Double-blind, placebo-controlled trial of divalproex monotherapy in the treatment of symptomatic youth at high risk for developing bipolar disorder. J Clin Psychiatry 2007; 68:781-788.

- First M, Gibbon M, Spitzer R. Entrevista clínica estructurada para los trastornos de personalidad del Eje II del DSM-IV. Barcelona: Editorial Masson; 2005.

- Forum for Mental Health in Primary Care. Primary Care Guidance: Early intervention in psychosis Looking after bodies as well as minds. Julio, 2009. En red: http://www.gmw.nhs.uk/sites/earlyinterventiontraining/physical_health_guidance.pdf

- Fowler D, Hodgekins J, Howells L, Millward M, Ivins A, Taylor G, et al. Can targeted early intervention improve functional recovery in psychosis? A historical control evaluation of the effectiveness of different models of early intervention service provision in Norfolk 1998–2007. Early Interv Psychiatry2009; 3 (4): 282-288.

- Frances A, Docherty JP, Kahn DA. Treatment of schizophrenia. The expert consensus guideline series. J Clin Psychiatry 1998; 57(Supl 12):1-57.

- French P, Morrison AP. Early detection and cognitive therapy for people at high risk of developing psychosis: a treatment approach. Chichester, UK: Wiley; 2004.

- Fresan A, Apiquian R, Ulloa R, Nicolini H. Traducción al español y confiabilidad del cuestionario de tamizaje para síntomas prodrómicos (PRIME Screen). Actas Esp Psiquiatr 2007; 35:368-371.

- Fusar-Poli P, Borgwardt S, Valmaggia L. Heterogeneity in the assesment of the at-risk mental state for psychosis. Psychiatr Serv 2008; 59:813.

- Fusar-Poli P, Valmaggia L, McGuire P. Can antidepressants prevent psychosis?. Lancet 2007; 370:1746-1748.

- García Cabeza, I. Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2008; 28 (101): 9-25.

- Gates TJ. Screening for cancer: evaluating the evidence. Am Fam Phys 2001; 63: 513–522.

- Gavin DR, Ross HE, Skinner HA. Diagnostic validity of the Drug Abuse Screening Test in the assessment of DSM-III drug disorders. Br J Addict 1989; 84:301-307.

- Gerlach J, Korsgaard S, Clemmesen P, Lund Laursen AM, Magelund G, Noring U, et al. The St. Hans Rating Scale for extrapyramidal syndromes: reliability and validity. Acta Psychiatr Scand1993; 87:244-52.

- Gitlin M, Nuechterlein K, Subotnik KL, Ventura J, Mintz J, Szuba MP, et al. Clinical outcome following neuroleptic discontinuation in patients with remitted recent-onset schizophrenia. Am J Psychiatry 2001; 158:1835-1842.

- Gleeson JF y McGorry PD (coord). Intervenciones psicológicas en la psicosis temprana. Un manual de tratamiento. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer. 2005 (Orig. 2004).

- Gleeson, J., Jackson, H. J., Stavely, H. y Bumett, P. Family intervention in early psychosis. En McGorry PD y Jackson HJ (Eds.). The recognition and management of early psychosis. A preventive approach (pp.376-406). Cambridge, UK: Cambridge University Press. 1999.

- Golberstein E, Eisenberg D, Gollust S. Perceived Stigma and Mental Health Care Seeking. Pychiatric Services 2008; 59 (4): 392-399.

- Goldberg D, Williams P. Manual of the General Health Questionnaire. Windsor (England): NFER Publishing; 1978.

- González-Pinto A, Aldama A, González C, Mosquera F, Arrasate M, Vieta E. Predictors of suicide in first affective and non-affective psychotic in-patients: five-year follow-up of a cohort of 112 first episode patients from a catchment area in Vitoria, Spain. J Clin Psychiatry 2007; 68:242-247.

- Gorske, Tad T. Cognitive Dynamic Therapy. Journal of Humanistic Psychology 2008; 48-3: 320-339.

- Grawe RW, Falloon IRH, Widen JH. Two years of continued early treatment for recent-onset schizophrenia: a randomized controlled study. Acta Psychiatr Scand. 2006; 114: 328–336.

- Greenwood KE, Sweeney A, Williams S, Garety P, Kuipers E, Scott J et al. Choice of Outcome In Cbt for psychosEs (CHOICE): The Development of a New Service User–Led Outcome Measure of CBT for Psychosis. Schizophr Bull 2010 36(1):126-135.

- Gross G, Huber G, Klosterkötter J. Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms (BSABS). Berlin; Springer: 1987.

- Gumley A. Volver a la normalidad después de un trastorno psicótico: un modelo cognitivo-relacional para la recuperación y la prevención. Desclee; Barcelona: 2008.

- Gutiérrez B, Rivera M, Obel L, McKenney K, Martínez-Leal R, Molina E, Dolz M, Ochoa S, Usall J, Haro JM, Ruiz-Veguilla M, Torres F, Cervilla J. Variabilidad en el gen COMT y modificación del riesgo de esquizofrenia conferido por consumo de cannabis. Revista de Psiquiatría y Salud mental 2009; 2 (2): 89-94.

- Häfner H, Maurer K, Ruhrmann S, Bechdolf A, Klosterkötter J, Wagner M, et al. Early detection and secondary prevention of psychosis: facts and visions. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2004; 254:117-128.

- Häfner H, Riecher-Rössler A, Fätkenheuer B, Maurer K, Meissner S, Löffler W. Interview for the Retrospective Assessment of the Onset of Schizophrenia (IRAOS). Mannheim: Central Institute of Mental Health; 1992.

- Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1960; 23:56–62.

- Harrigan SM, McGorry PD, Krstev H. Does treatment delay in first-episode psychosis really matter? Psychol Med 2003; 33: 97–110.

- Herrmann-Doig T, Maude D, Edwards J. Systematic Treatment of Persistent Psychosis (STOPP): A psychological approach to facilitating recovery in young people with first-episode psychosis. Londres: Martin Dunitz. 2003

- Hospital Carlos Haya. Cartera de servicios de la Unidad de Salud mental Infanto-Juvenil. 2010. En red: http://www.carloshaya.net/Informaci%C3%B3nCorporativa/UnidadesdeGesti%C3%B3nCl%C3%ADnica/UGCdeSaludMental/CarteradeServicios.aspx.

- Hulshoff Pol HE, Kahn RS. What happens after the first episode? A review of progressive brain changes in chronically ill patients with schizophrenia. Schizophr Bull 2008; 34:354-366.

- Hutchinson G, Haasen C. Migration and schizophrenia: The challenges for European psychiatry and implications for the future. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2004; 39: 350–357.

- IEPAWG. International Early Psychosis Association Writing Group. International clinical practice guidelines for early psychosis. Br J Psychiatry 2005; 187 (Supl 48): 120-124.

- Jackson HJ, McGorry PD. The Recognition and Management of Early Psychosis - A Preventive Approach. Edited by Henry J. Jackson and Patrick D. McGorry. Cambridge; Cambridge University Press. 2009.

- Jackson HJ, McGorry P, Edwards J, Hulbert C, Henry L, Harrigan S, et al. A controlled trial of cognitively oriented psychotherapy for early psychosis (COPE) with four year follow-up readmission data. Psychol Med 2005; 35: 1-12.

- Jackson HJ, McGorry PD, Edwardas J, Hulbert,C. Cognitively orientated psychotherapy for early psychosis (COPE). En Cotton P, Jackson HJ (Eds.). Early Intervention and Prevention in Mental Health. Melbourne: Academic Press. 1996.

- Jackson HJ, McGorry PD, Henry L, Edwards J, Hulbert C, Harrigan S, et al. Cognitively-oriented psychotherapy for early psychosis (COPE). A 1-year follow-up. Br J Clin Psychol 2001; 40: 57-70.

- Jiménez García-Bóveda R y Vázquez Morejón AJ. Esquizofrenia y género. Apuntes de Psicología 2006; 24 (1-3): 157-183.

- Jiménez García-Bóveda R, Vázquez Morejón AJ y Waisman LC. Género y funcionamiento social en la esquizofrenia. Papeles del Psicólogo 2000; 75: 27-33.

- Joa I, Johannessen JO, Auestad B, Friis S, McGlashan T, Melle I, et al. The Key to Reducing Duration of Untreated First Psychosis: Information Campaigns. Schizophr Bull. 2008; 34(3): 466 - 472.

- Johannessen JO, McGlashan TH, Larsen TK, Horneland M, Joa I, Mardal S, et al. Early detection strategies for untreated first-episode psychosis. Schizophr Res. 2001; 51: 39-46.

- Judge AM, Estroff SE, Perkins DO, Penn DL. Recognizing and Responding to Early Psychosis: A Qualitative Analysis of Individual Narratives. Psychiatr Serv 2008; 59:96-99.

- Kahn RS, Fleischhacker WW, Boter H, Davidson M, Vergouwe Y, Keet IP, et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: an open randomized clinical trial. Lancet 2008; 371: 1085-97.

- Kane JM, Rifkin A, Quitkin F, Nayak D, Ramos-Lorenzi J. Fluphenazine vs placebo in patients with remitted, acute first-episode schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 1982; 39:70-73

- Kavanagh DJ, Young R, White A, Saunders JB, Wallis J, Shockley N, et al. A brief motivational intervention for substance misuse in recent-onset psychosis. Drug Alcohol Rev 2004; 23-2: 151-155.

- Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophr Bull1987; 13:261-76. . [Versión española: Peralta V, Cuesta MJ. Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría 1994; 22: 171-7.

- Kemp R, Hayward P, David A. Compliance therapy manual. London: King's College School of Medicine & Dentistry and Institute of Psychiatry. 1997.

- Kéri S, Kelemen O, Janka Z. Therapy of mental states at high risk for psychosis: preliminary results from Hungary. Orv Hetil 2006; 147:201-204.

- Killackey E, in; Jackson HJ and McGorry PD. Vocational intervention in first-episode psychosis: individual placement and support v. treatment as usual. Br J Psychiatry 2008; 193, 114–120.

- Killackey E, Jackson HJ, Gleeson J, Hickie IB, McGorry PD. Exciting career opportunity beckons! Early intervention and vocational rehabilitation in first-episode psychosis: employing cautious optimism. Aust N Z J Psychiatry 2006; 40(11-12): 951-62.

- Killackey E. Intervención temprana y recuperación vocacional. Declaración de consenso internacional. Revista de la Asociación Madrileña de Salud mental. Otoño 2009b; 22-23. Disponible: http://www.iepa.org.au/document/Meaningful%20lives.pdf

- Killackey E. Psychosocial and psychological interventions in early psychosis: essentials elements for recovery. Early Interv Psychiatry 2009a; 3: S17-S21.

- Kirkbride JB, Fearon P, Morgan C, et al. Heterogeneity in incidence rates of schizophrenia and other psychotic syndromes: findings from the 3-center AeSOP study. Arch Gen Psychiatry 2006; 63: 250-258.

- Kuipers E, Holloway F, Rabe-Hesketh S, Tenakoon L. Coydon Outreach and assertive support team COAST): An RCT for early intervention in psychosis. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2004; 39: 358-63.

- Lahera G y otros. Rehabilitación psicosocial tras el primer brote esquizofrénico. La gran oportunidad. Revista de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial 2004; 10 (18-19): 30-36.

- Lambert M, Conus PO, Schimmelmann BG, Eide P, Ward JL, Yuen H et al. Comparison of olanzapine and risperidone in 367 first-episode patients with non-affective or affective psychosis: results of an open retrospective medical record study. Pharmacopsychiatry 2005; 38:206-213.

- Lawrence R, Bradshaw T, Mairs H. Group cognitive behavioural therapy for schizophrenia: a systematic review of the literature. J Psychiatr Ment Health Nurs 2006; 13(6): 673-81.

- Leff J, Vaughn C. Expressed emotion in families: Its significance for mental illness. Nueva York: Guilford Press; 1985.

- Leff J. Advanced Family Work for Schizophrenia: An Evidence-Based Approach. London: Gaskell Publications; 2005.

- Lehman AF, Steinwachs DM. Translating research into practice: the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations. Schizophr Bull 1998; 24:1-10.

- Lemos-Giráldez S, Vallina-Fernández O, Fernández-Iglesias P, Vallejo-Seco G, Fonseca-Pedrero E, Paíno-Piñeiro M, et al. Symptomatic and functional outcome in youth at ultra-high risk for psychosis: A longitudinal study. Schizophr Res 2009, 115, 121-129.

- Lemos-Giráldez Serafín, Vallina-Fernández Oscar. Programa P-3 de Torrelavega. Disponible en: http:// www.p3-info.es.

- Leucht S, McGrath J, White P, Kissling W. Carbamazepine augmentation for schizophrenia: how good is the evidence? J Clin Psychiatry 2002; 63:218-224.

- Levinson DF, Umapathy C, Musthaq M. Treatment of schizoaffective disorder and schizophrenia with mood symptoms. Am J Psychiatry1999; 156:1138-1148.

- Lewis S, Tarrier N, Haddock G, Bentall R, Kinderman P, Kingdon D, et al.. Randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy in early schizophrenia: acute- phase outcomes. Br J Psychiatry 2002; 181 (supl 43): 91-97.

- Liddle P, Carpenter WT, Crow T. Syndromes of schizophrenia. Classic literature. Br J Psychiatry1994; 165:721-727.

- Lieberman J, Jody D, Geisler S, Alvir J, Loebel A, Szymanski S, et al. Time course and biologic correlates of treatment response in first-episode schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 1993; 50: 369-376.

- Lincoln C, Harrigan S, McGorry PD. Understanding the topography of the early psychosis pathways: An opportunity to reduce delays in treatment. Br J Psychiatry 1998; 172 (Suppl 33): 21-25.

- Lingjærde O, Ahlfors UG, Bech P, Dencker SJ, Elgen K. The UKU side effect rating scale: A new comprehensive rating scale for psychotropic drugs and a cross-sectional study of side effects in neuroleptic-treated patients. Acta Psychiatr Scand1987; 76 (Supl 334): 1-100.

- Lorente P, Doménech AE. La información de los compañeros y del maestro como criterio adicional en el diagnostico de la depresión infantil. En: Diagnostico y tratamiento de los trastornos afectivos en la infancia y adolescencia. IV Simposiun del comité para la prevención y el tratamiento de las depresiones en la infancia y adolescencia en España; Córdoba 18-19 de septiembre de 1987. Barcelona: Espaxs; 1989. Págs.: 37-59.

- Lucas R. Entrevista de Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL). Madrid: Ergon; 1998.
- Magaña AB, Goldstein MJ, Karno M, Miklowitz DJ, Jenkins J, Fallon I. A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. Psychiatry Res 1986; 17:203-212.
- Maj M. Necesidad de proteger y fomentar la salud física en personas con enfermedad mental. Revista de Psiquiatría y Salud mental 2009; 02:1-4.
- Malla AK, McLean TS y Norman RM. Intervención psicoterapéutica grupal en la recuperación del primer episodio de psicosis. En Gleeson JF y McGorry PD (coords.). Intervenciones psicológicas en la psicosis temprana. Un manual de tratamiento. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer. 2005 (Orig. 2004).
- Marder SR, Essock SM, Miller AL, Buchanan RW, Casey DE, Davis JM, et al. Physical health monitoring of patients with schizophrenia. Am J Psychiatry 2004; 161(8): 1334-49.
- Marshall M, Lewis S, Lockwood A, Drake R, Jones P, Croudace T. Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. Arch Gen Psychiatry 2005; 62: 975-983.
- Marshall M, Lockwood A, Lewis S, Fiander M. Essentials elements of an early intervention service for psychosis: the opinions of expert clinicians. BMC Psychiatry 2004, 4:17.
- Marshall M, Rathbone J. Early Intervention for psychosis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006. Oct 18(4). CD004718.
- Martens L y Addington J. Psychological well-being of family members of individuals with schizophrenia. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2001, 36, 128-133.
- Martindale BV. Psychodynamic contributions to early intervention in psychosis. Advances in Psychiatric Treatment 2007; 13: 34–42.

- Martínez González MA, de Irala Estévez J. Métodos en salud pública. Pamplona; Newbook, 1999.

- McCrone P and Knapp M. Economic evaluation of early intervention services. Br J Psychiatry 2007; 191 (suppl 51): s19-s 2.

- McCrone P, Dhanasiri S, Knapp M. The Impact of Early Intervention Services on Mental Health Care Costs. 2006 Disponible en:http://www.its-services.org.uk/silo/files/ei-economics.pdf

- McCroneP, Knapp M, Dhanasiri S. Economic impact of services for first-episode psychosis: a decision model approach. Early Interv Psychiatry 2009, 3; 4: 266-273.

- McEvoy JP, Meyer JM, Goff DC, Nasrallah HA, Davis SM, Sullivan L, Meltzer HY, Hsiao J, Stroup TS, Lieberman JA: Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia: baseline results from the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) schizophrenia trial and comparison with national estimates from NHANES III. Schizophrenia Research 2005; 80:19–32.

- McEvoy JP, Meyer JM, Goff DC, Nasrallah HA, Davis SM, Sullivan L et al. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia: baseline results from the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) schizophrenia trial and comparison with national estimates from NHANES III. Schizophr Res 2005; 80:19–32.

- McGlashan T. Duration of untreated psychosis in first-episode schizophrenia: Marker or determinant of course? Biol Psychiatry 1999; 46: 899–907.

- McGlashan TH, Miller TJ, Woods SW. Entrevista estructurada para síndromes prodrómicos (SIPS). Version 4.0. New Haven: Yale School of Medicine; 2003. [Existe una traducción por Bobes J, Arango C, Bobes-Bascarán T, Bascarán T y Perallada, M. (2002) y una validación española por Lemos S, Vallina O, Fernandez P, Ortega JA, Garcia P, Gutierrez A, Garcia A, Bobes J & Miller T (2005).

- McGlashan TH, Zipursky RB, Perkins D, Addington J, Miller T, Woods SW, et al. Randomized, double-blind trial of olanzapine versus placebo in patients prodromally symptomatic for psychosis. Am J Psychiatry 2006; 163:790-9.

- McGlashan TH. Duration of untreated psychosis in first-episode schizophrenia: Marker or determinant of course? Biological Psychiatry 1999; 46: 899–907.

- McGlashan TH. Early detection and intervention in psychosis: an ethical paradigm shift. Br J Psychiatry2005; 187(Supl 48): 113-115.

- McGorry PD, Hicki IB, Yung AR, Pantelis C, Jackson HJ. Clinical staging of psychiatric disorders: a heurstic framework for choosing earlier, safer, and more effective interventions. Aust N Z J Psychiatry 2006; 40: 616-622.

- McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP, Francey S, Cosgrave EM, et al. Randomized Controlled Trial of Interventions Designed to Reduce the Risk of Progression to First-Episode Psychosis in a Clinical Sample With Subthreshold Symptoms. Arch Gen Psychiatry 2002; 59: 921-928.

- McGorry PD, Gleeson J. Psychological Interventions in Early Psychosis: A treatment handbook. Chichester, John Wiley and Sons. 2004.

- McGorry PD., Edwards J., Mihalopoulos C., Harrigan S, Jackson HJ. EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management. Schizophr Bull 1996; 22(2): 305-326.

- McHugo GJ, Drake RE, Burton HL, Ackerson TH. A scale for assessing the stage of substance abuse treatment in persons with severe mental illness. J Nerv Ment Dis 1995; 183:762-767.

- Meyer JM, Nasrallah HA. Enfermedades médicas y esquizofrenia. Barcelona, Ars Médica. 2004.

- Mihalopoulos C. Why invest in early psychosis intervention services?. Early Interv Psychiatry 2009, 3; 4: 237-238.

- Mihalopoulos C, McGorry PD, Carter RC. Is phase-specific, community-oriented treatment of early psychosis an economically viable method of improving outcome? Acta Psychiatr Scand 1999: 100: 47–55.

- Miller TJ, McGlashan TH, Rosen JL, Cadenhead K, Joseph V; McFarlane W, et al. Prodromal Assessment with the Structured Interview for Prodromal Syndromes and the Scale of Prodromal Symptoms. Schizophr Bull 2003, 29; 703-15.

- Miller WR, Rollnick S. Preparing people for change. New York; Guilford Press. 2002

- Millon T. Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III. Madrid: Tea Ediciones; 1997.

- Ministerio de Salud Italiano. Gli interventi precoci nella schizofrenia 2007. Sistema nazionale per le linee guida. Direzione generale della programmazione del Ministero della salute, 2007.

- Ministerio de Sanidad y Consumo. Ganar salud con la juventud. Recomendaciones sobre Salud Sexual y Reproductiva, consumo de Alcohol y Salud mental, del Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (2002). Disponible en http://www.aen.es/web/docs/saludjuventud.pdf.

- Moreno Küstner B, Rosales Varo C, Torres González F. Creación y funcionamiento del Registro Andaluz de Esquizofrenia. Andalusian Case Register of Schizofrenia. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría 2001; 77: 51-56.

- Morgan S. Clinical Risk Management: A Clinical Tool and Practitioner Manual. London (England): The Sainsbury Centre for Mental Health; 2000.

- Morrison A P, French P, Walford L, Lewis SW, Kilcommons A, Green J, et al. Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk. Br J Psychiatry 2004, 18 5, 291–297.

- Morrison AP. The interpretation of intrusions in psychosis: and integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. Behav Cogn Psychother 2001, 29, 257-276.

- Murray CJL, Lopez AD: Global and regional descriptive epidemiology of disability: incidence, prevalence, health expectancies and years lived with disability. In The Global Burden of Disease. Edited by: Murray CJL, Lopez AD. Cambridge MA: Harvard University Press on behalf of the World Health Organization and the World Bank; 1996:201-246.

- National Institute for Health and Clinical Excellence. Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care (update). London, UK: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2009.

- Norman RM, Malla AK, Manchanda R. Delay in treatment for psychosis: its relation to family history. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemilogy 2007; 42 (6): 507-512.

- Nuechterlein KH, Green MF. MATRICS consensus cognitive battery (MCCB). Los Angeles: Psychological Assessment Resources, inc. University of California; 2006.

- Oliva Delgado, A. La PROMOCIÓN del desarrollo adolescente: recursos y estrategias de intervención. Sevilla: Consejería de Salud, 2008.

- Oliver JP, Huxley PJ, Priebe S, Kaiser W. Measuring the quality of life of severely mentally ill people using the Lancashire Quality of Life Profile. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1997; 32: 76-83. [Validada en: Gaite L, Vázquez-Barquero JL, Arrizabalaga A, Schene AH, Welcher B, Thornicroft G, et al. Quality of life in schizophrenia: development, reliability and internal consistency of the Lancashire Quality of Life Profile-European Version. EPSILON Study 8. European Psychiatric Services: inputs linked to outcome domains and needs. Br J Psychiatry 2000; 39:49-54].

- Opjordsdmoen S, Melle I, Friis S, Haahr U, Johannessen JO, Tor K, et al. Stability of medication in early psicosis: a comparison between second-generation and low-dose first-generation antipsychotics. Early Interv Psychiatry2009; 3:58-65.

- Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. Psychol Rep 1962; 10:799-812.

- Pantelis C, Velakoulis D, McGorry PD et al. Neuroanatomical abnormalities in people who develop psychosis. Lancet 2003; 361: 281–288.

- Parkinson S, Forsyth K, Kielhofner G. The Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST) Version 2.0. Chicago: University of Illinois; 2006. Disponible en: www.moho.uic.edu/assess/mohost.html

- Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI, et al. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. Arch Gen Psychiatry 2007; 64: 19–28.

- Peralta V, Cuesta MJ. Can schizophrenia be diagnosed in the initial prodromal phase? Arch Gen Psychiatry 2002; 59: 664-5.

- Perona Garcelán S, Cuevas Yust C, Vallina Fernández O, Lemos Giráldez S. Terapia cognitivo-conductual de la esquizofrenia. Guía Clínica. Madrid: Minerva. 2003 .

- Perris C. Definición del concepto de vulnerabilidad individual como base para las intervenciones psicoterapéuticas. En Perris C y McGorry PD (Eds.). Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de la personalidad. Manual teórico-práctico. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer. 2004 (Orig. 1998).

- Petersen L, Nordentoft M, Jeppesen P, Ohlenschaeger J, Thorup A, Christensen TØ, Krarup G, Dahlstrøm J, Haastrup B, Jørgensen P .Br J Psychiatry 2005; 187; s98-s103.

- Pfammatter M, Junghan UM, Brenner HD. Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses. Schizophr Bull 2006; 32 Suppl 1:S64-80.

- Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Intervención familiar para la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com

- Phelan M, Slade M, Thornicroft G, Dunn G, Holloway F, Wykes T. The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. Br J Psychiatry1995; 167:589 -595.

- Phillips LJ, Cotton S, Mihalopoulos C et al. Cost implications of specific and non-specific treatment of young persons at ultra high risk of developing a first episode of psychosis. Early Interv Psychiatry 2009; 3: 28-34.

- Phillips LJ, McGorry PD, Yuen HP, Ward J, Donovan K, Kelly D. Medium term follow-up of a randomized controlled trial of interventions for young people at ultra high risk of psychosis. Schizophr Res 2007; 96:25-33.

- Power P, Iacoponi E, Reynolds N, Fisher H, Russell M, Garety Pa, Mcguire Pk, Craig T. The Lambeth Early Onset Crisis Assessment Team Study: general practitioner education and access to an early detection team in first-episode psychosis. Br J Psychiatry 2007; 191: s133-s139

- Power P, Bell R. Lifespan manual: a guide to suicide prevention in young people with mental illness. Canberra: Commonwealth Government of Australia. 2003.

- Power PJR, Bell RJ, Mills R, Herrman-Doig T, Davern M, Henry L, et al. Suicide prevention in first episode psychosis: the development of a randomised controlled trial of cognitive therapy for acutely suicidal patients with early psychosis. Aust N Z J Psychiatry 2003; 37 (4): 414-420.

- Prochaska JO y DiClemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 1982, 19 (3): 276-278.

- Programa de Salud mental. Documentación de los cursos del Programa Regional de Salud mental sobre detección e intervención temprana en la psicosis. Cursos 2008 y 2009. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla (no publicado), 2009

- Quinn J, Barrowclough C, Tarrier N. The Family Questionnaire (FQ): a scale for measuring symptom appraisal in relatives of schizophrenic patients. Acta Psychiatr Scand 2003; 108:290–296.

- Remington GJ, Kapur S, Shammi C, Seeman P. “Extended” dosing as an alternative to “intermittent” or “targeted” antipsychotic therapy: rationale and pilot study. Schizophr Res2001; 49: 243.

- Rethink. Physical health check tool. RETHINK. Actualizado 19 de febrero de 2010. En red: http://www.rethink.org/how_we_can_help/research/physical_health_check/physical_health_chec.html

- Rinaldi M, Mcneil K, Firn M, Koletsi M, Perkins R, Singh SP. What are the benefits of evidence-based supported employment for patients with first-episode psychosis? Psychiatr Bull 2004; 28: 281-284.

- Ritsher J, Otilingam P, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. Psychiatry Res 2003; 121:31-49.

- Robins CS, Sauvageot JA, Cusack KJ, Suffoletta-Maierle S, Frueh BC. Consumers' perceptions of negative experiences and "sanctuary harm" in psychiatric settings. Psychiatr Serv 2005; 56(9): 1134-8.

- Rodríguez-Sánchez JM, Crespo-Facorro B, González-Blanch C, Perez-Iglesias R, Vázquez-Barquero JL. Cognitive dysfunction in first-episode psychosis: the processing speed hipótesis. The Br J Psychiatry 2007; 191: s107-s110.

- Rollnick S y Miller WR. ¿Qué es la entrevista motivacional? Revista de Toxicomanías 1996; 6: 3-7.

- Rosenhan D. On being sane in insane places. Science 1973; 179: 250-255.

- Ross MG, Malla AK, Manchanda R. Is untreated psychosis socially toxic? Early Interv Psychiatry 2007; 1: 267–270.

- Ruhrrmann S, Bechdolf A, Kühn KU, Wagner M, Schultze-Lutter F, Janssen B, et al. Acute effects of treatment for prodromal symptoms for people putatively in a late initial prodromal state of psychosis. Br J Psychiatry 2007; 191(Supl 51):88-95.

- Ruhrmann S, Schultze-Lutter F,Salokangas RKR, Heinimaa M, Linszen D, Dingemans P, Birchwood M, Patterson P, Juckel G, Heinz A, Morrison A, Lewis S, von Reventlow HG, Klosterkötter J. Prediction of psychosis in adolescents and young

adults at high risk. Results from the prospective European prediction of psychosis study. Arch Gen Psychiatry 2010; 67(3):241-251.

- Ruiz-Veguilla, Miguel; Ferrín, M; Sánchez, Ve; Cañabate, Anselmo; Díaz-Atienza, Francisco; Guijarro, Teresa. Grupo RIMBAUD. Estudio RIMBAUD sobre las psicosis de inicio precoz en cinco provincias andaluzas: Jaén, Almería, Granada, Córdoba y Málaga. Congreso de la Fundación Castilla del Pino 2009a. Comunicación oral.

- Ruiz-Veguilla M, Cervilla JA, Barrigón ML, Ferrín M, Gutiérrez B, Gordo, Anguita M, Brañas A, Fernández-Logroño J, Gurpegui M. Neurodevelopmental markers in different psychopathological dimensions of first episode psychosis: the ESPIGAS study. Eur Psychiatry 2008; 23(8): 533-40

- Ruiz-Veguilla M, Gurpegui M, Barrigón ML, Ferrín M, Marín E, Rubio JL , Gutiérrez B, Pintor A, Cervilla J. Fewer neurological soft signs among first episode psychosis patients with heavy cannabis use. Schizophr Res 2009b; 107(2-3): 158-64.

- Rummel C, Hamann J, Kissling W, Leucht S. Antipsicóticos de nueva generación para el primer episodio de esquizofrenia. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Rummel C, Hamann J, Kissling W, Leucht S.

- Saiz Ruiz J, Bobes García J, Vallejo Ruiloba J (et.al). Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y de Psiquiatría Biológica. Actas Españolas de Psiquiatría 2008; 36(5): 251-264.

- San Emeterio M. Presentación del Programa de Atención a la Psicosis Incipiente del CSM Lês Corts, Barcelona. Curso del Programa Regional de Salud mental, Consejería de Andalucía. Sevilla, Diciembre 2008.

- Sarramea Crespo F, Luque R, Prieto D, Sau P, Albert C, Leal I, de Luxan A, Osuna MI, Ruiz M, Galán R, Cabaleiro F, Molina V et al. Biochemical changes in the cingulum in pa-

tients with schizophrenia and chronic bipolar disorder. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2008;258(7): 394-401.

- Schultze-Lutter F, Wieneke A, Picker H, Rolff Y, Steinmeyer EM, Ruhrmann S, et al. The schizophrenia prediction instrument, adult version (spi-a). Schizophr Res 2004; 70:76–77.

- Schultze-Lutter F, Ruhrmann S, Klosterkötter J. Early detection of psychosis: Establishing a service for persons at risk. Eur Psychiatry 2009; 24 (1): 1-10.

- Scott J, Meyer TD. Editorial: prospects for early intervention in bipolar disorders. Early Interv Psychiatry 2007; 1:111-123.

- Seikkula J, Aaltonen J Alakare B, Haarakangas K, Keranen J, Lehtinen K. Five-year experience of first-episode nonaffective pychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. Psychotherapy Research 2006; 16(2): 214-228.

- Selzer ML. The Michigan Alcoholism Screening Test (MAST): The quest for a new diagnostic instrument. Am J Psychiatry 1971; 127:1653-1658.

- Shepherd G. Developments in Psychosocial Rehabilitation for Early Psicosis. Internacional Clinical Psychopharmacology 1998; 13, supl. 1: 53-57.

- Singh SP y Fisher HL. Early intervention in psychosis: obstacles and opportunities. Advances in Psychiatric Treatment 2005; 11: 71-78.

- Siris SG, Bermanzohn PC, Mason SE, Shuwall MA. Maintenance imipramine therapy for secondary depression in schizophrenia: a controlled trial. Arch Gen Psychiatry 1994; 51:109-115.

- Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M, First MB. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. Archives Arch Gen Psychiatry 1992; 49:624 -629.

- Süllwold L, Huber G. Schizophrene basisstorungen. Berlin: Springer Verlag; 1986. [Adaptado en una población de trastornos psicóticos de larga evolución por Jimeno Bulnes N, Jimeno Valdés A, Vargas Aragón ML. (1996)].

- Susser E, Fennig S, et al. Epidemiology, diagnosis and course of treatment of brief pychoses. Am J Psychiatry1995; 152: 1743- 1748.

- Thornicroft G y Tansella M. La Matriz de la Salud mentalSalud mental. Manual para la mejora de servicios. Madrid: Editorial Triacastela. 2005 (Orig. 1999).

- Tizón JL. Bases para un equipo de atención precoz a los pacientes con psicosis. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2009; 103: 35-62.

- Tohen M, Jacobs TG, Grundy SL, McElroy SL, Banov MC, Janicak PG, et al. Efficacy of olanzapine in acute bipolar mania: a double-blind, placebo- controlled study. The Olanzipine HGGW Study Group. Arch Gen Psychiatry 2000; 57:841-849.

- Tohen M, Vieta E, Gonzalez-Pinto A, Reed C, Lin D; for the European Mania in Bipolar Longitudinal Evaluation of Medication (EMBLEM) Advisory Board. Baseline characteristics and outcomes in patients with first episode or multiple episodes of acute mania. J Clin Psychiatry 2009; 25. [Epub ahead of print]

- Uriarte JJ, Beramendi V, Medrano J, Wing JK, Beevor AS, Curtis,R. Presentación de la traducción de la escala HoNOS (Health of the Nation outcome Scales) Psiquiatria Pública 1999; 11:93-101].

- Valenzuela Soler MC, Cabello Corrales F, Calderón Jiménez A, García Villarreal MJ, Moreno Alcantud T, Fernández Marín MA. Programa de atención a hijos de pacientes con trastorno mental grave. Revista Presencia 2009; 5(9). Disponible en http://www.index-f.com/presencia/n9/p6720.php

- Valevski A, Ratzoni G, Sever J, Apter A, Zalsman G, Shiloh R, et al. Stability of diagnosis: a 20-year retrospective cohort study of Israeli psychiatric adolescent inpatients. J Adolesc 2001; 24 (5): 625-633

- Vallina Fernández O y Lemos Giráldez S. Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. En Pérez Álvarez M, Fernández Hermida JC, Fernández Rodríguez C, Amigo Vázquez I (coords.). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Madrid: Ediciones Pirámide. 2003

- Vallina Fernández O, Lemos Giráldez S, Fernández Iglesias P. Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis. Apuntes de Psicología 2006; 24 (1-3): 185-221.

- Vallina Fernández O. Los orígenes de la cronicidad: intervenciones iniciales en psicosis. Revista de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial 2003; 9: 15-16.

- Vallina Fernández O. Presentación del Programa de Prevención de la Psicosis –P3-, Torrelavega. Curso del Programa Regional de Salud mental, Consejería de Andalucía. Sevilla, Diciembre 2008.

- Van Os J, Verdoux H, Janssen M. Community Assessment of Psychic experiences. Department of Psychiatry and Neuropsychology. Maastrich Universtiy; 2003.

- Vazquez-Barquero JL, Cuesta Nunez MJ, de la Varga M, Herrera Castanedo S, Gaite L, Arenal A. The Cantabria first episode schizophrenia study: a summary of general findings. Acta Psychiatrica Scandinavica 1995; 91: 156-162

- Vázquez Morejón AJ, Jiménez García-Bóveda R. Social Functioning Scale: new contribution concerning its psychometric characteristics in a Spanish adaptation. Psychiatry Res 2000; 93:247-256.

- Velasco Arias S. Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género. Observatorio de Salud de la Mujer. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid. 2009.

- Vieta E, Goikolea JM, Corbella B, Benabarre A, Reinares M, Martinez G, et al. Risperidone safety and efficacy in the treatment of bipolar and schizoaffective disorders: results from a 6-month, multicenter, open study. J Clin Psychiatry 2000; 62:818-825.

- Vishnu Gopal Y, Variend H. First-episode schizophrenia: review of cognitive deficits and cognitive remediation. Advances of Psychiatric Treatment 2005;11: 38-44.

- Wechsler D. Wechsler adult intelligence scale-third edition (WAIS-III). Administration and scoring manual. San Antonio, TX: The psychological Corporation, 1997. [Versión española: WAIS-III. Madrid: TEA ediciones, S.A.; 2002].

- WHO. Social cohesion for mental health well-being among adolescents. WHO report 2009. Disponible en http://www.euro.who.int/Document/E91921.pdf

- Wing JK, Curtis RH, Beevor AS. HoNOS: health of the nation outcome scales: report on research and development July 1993-December 1995. London: Royal College of Psychiatrists; 1996. [Traducida al español: Uriarte JJ, Beramendi V, Medrano J, Wing JK, Beevor AS, Curtis,R. Presentación de la traducción de la escala HoNOS (Health of the Nation outcome Scales) Psiquiatria Pública 1999; 11:93-101].

- Woods SW, Breier A, Zipursky RB, Perkins DO, Addington J, Miller TJ. Randomized trial of olanzapine versus placebo in the symptomatic acute treatment of the schizophrenic prodrome. Biol Psychiatry 2003; 54:453-464.

- Woods SW, Tully EM, Walsh BC, Hawkins KA, Callahan JL, Cohen SJ. Aripiprazol in the treatment of the psychosis prodrome: an open-label pilot study. Br J Psychiatry 2007; 191(Supl 51):96-101.

- Woods SW, Walsh B, Pearlson GD, McGlashan TH. Glycine treatment of prodromal symptoms. Schizophr Res 2006; 86:7-17.

- World Health Organization. SCAN: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. Génova: WHO; 1999.

- World Psychiatric Association Committee on Education. First-Episode Psychoses. Recommended roles for the psychiatrist. Early Interv Psychiatry2009; 3: 239-242.

- Wykes T, Newton E, Landau S, Rice C, Thompson N, Frangou S. Cognitive remediation therapy (CRT) for young early onset patients with schizophrenia: an exploratory randomized controlled trial. Schizophr Res 2007; 94(1-3):221-30.

- Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. Br J Psychiatry 1978; 133:429-35.

- Yung A, Phillips L, Simmons M, Ward J, Thompson K, French P, et al. Entrevista para la evaluación general de los estados mentales de alto riesgo (CAARMS). Melbourne: University of Melbourne, Department of Psychiatry, Personal Assessment and Crisis Evaluation Clinic; 2006.

- Yung, A. Yuen, P. Mapping the onset of psychosis: the comprehensive assessment of at-risk mental states. Aust N Z J Psychiatry 2005; 39: 964-971.

- Zipursky RB, Gu H, Green AI, Perkins DO, Tohen MF, McEvoy JP, et al. Course and predictors of weight gain in people with first-episode psychosis treated with olanzapine and haloperidol. Br J Psychiatry2005; 187: 537-543.

índice de siglas y abreviaturas

AATRM: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (Agencia Catalana de Evaluación de Tecnologías Sanitarias)

AEN: Asociación Española de Neuropsiquiatría

AP: Atención Primaria

BSABS: Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms

BLIPS: Brief and Limited Intermitent Psychosis (Psicosis limitadas breves e intermitentes)

CAARMS: Entrevista de evaluación integral de estados mentales de alto riesgo

CIBERSAM: Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud mental

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades

COPE: Psicoterapia de orientación cognitiva para la psicosis temprana

DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

DUE: Diplomados Universitarios de Enfermería

DUI: Duration of Untreated Illness (duración de la enfermedad sin tartar)

DUP: Duration of Untreated Psychosis (duración de la psicosis sin tratar)

EIS: Early Intervention Service

EMAR: Estados Mentales de Alto Riesgo

EPP: Early Psychosis Program, Calgary

EPPIC: Early Psychosis Prevention and Intervention Centre, Melbourne

FAISEM: Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental

HDSM: Hospitales de Día de Salud mental

IEPA: International Early Psychosis Association (Asociación Internación de Psicosis Temprana)

IES: Institutos de Educación Secundaria

IRIS: Iniciative to Reduce the Impact of Schizophrenia, Birmingan

ITP: Intervención temprana en la psicosis

LEO: Lambeth Early Onset Team, Londres;

NICE: *National Institute for Health and Clinical Excellence*

NNS: Número necesario a realizar el screening (cribado)

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONG: Organización No Gubernamental

OPUS: Programa de Intervención Temprana en Psicosis de Dinamarca

P-3: Programa de Prevención de la Psicosis, Cantabria, Torrelavega

PAS: Plan de Atención Social

PACE: Personal Assessment + Crisis Evaluation, Melbourne

PAE–TPI: Programa de Atención Específica al Trastorno Psicótico Incipiente

PEPP: Prevention and Early Intervention Program for Psychoses

PIIP: Plan Individualizado de Intervención Precoz

PISMA: Plan Integral de Salud mental de Andalucía

PIT: Plan Individual de Tratamiento

PITA: Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía

PITP: Programa Intervención Temprana en Psicosis

PITPA: Programa de Intervención Temprana en la Psicosis de Almería

PRIME: Prevention through Risk Identification, Management & Education, Yale

SM: Salud mental

SIPS: Entrevista estructurada para síndromes prodrómicos

SOAE: Servicio de Orientación y Apoyo al Empleo

T: Trastorno

TCC: Terapia Cognitivo-Conductual

TIPS: Early Treatment and Identification of Psychosis, Noruega;

TMG: Trastorno Mental Grave

UGC: Unidad de Gestión Clínica

UGCSM: Unidad de Gestión Clínica de Salud mental

UHSM: Unidad de Hospitalización de Salud mental

URSM: Unidad de Rehabilitación de Salud mental

USM: Unidad de Salud mental

USMC: Unidad de Salud mental Comunitaria

USMI-J: Unidad de Salud mental Infanto-Juvenil

WPA: *World Psychiatric Association* (Asociación Mundial de Psiquiatría)

WHO: World Health Organization

YLD: Years Lived with Disability (años vividos con discapacidad)