

# ATENCIÓN A PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS

---



GENERALITAT VALENCIANA  
CONSELLERIA DE SANITAT UNIVERSAL I SALUT PÚBLICA

## **COORDINACIÓN.**

Araceli Oltra Ponzoda. Psicóloga. Oficina Autónoma Salud Mental. Dirección General de Asistencia Sanitaria.

## **ELABORACIÓN**

Maria José Masanet García. Psiquiatra. USM Gandía. Departamento de Salud Gandía

Maria Lacruz Silvestre. Psiquiatra. USM Gandía. Departamento de Salud Gandía

Carlos Martínez Pastor. Psiquiatra. Hospital de día del Hospital General Universitario de Elche. Departamento de Salud Elche- Hospital General.

Elisa Giménez de Llano. Psiquiatra. Hospital General Universitario Valencia. Departamento de Salud Valencia- Hospital General

Gema Martínez Giner. Psiquiatra. Hospital General Universitario Valencia. Departamento de Salud Valencia- Hospital General

Carmen Camañes Fores. Psiquiatra. Hospital General Universitario Valencia. Dpto de Salud Valencia- Hospital General

Jose Romeu Climent. Psiquiatra. USM Alzira. Departamento de Salud de la Ribera

Tomás de Vicente Muñoz. Psiquiatra. Hospital de la Ribera. Departamento de Salud de la Ribera.

Eulalia Carrato Vaz. Psiquiatra. Hospital General Universitario de Elda. Departamento de Salud de Elda

María José Escartí Fabra. Psiquiatra. Hospital Clínico Universitario Valencia. Departamento de Salud Valencia - Clínico- Malvarrosa.

Julio Sanjuan. Psiquiatra. Hospital Clínico Universitario Valencia. Departamento de Salud Valencia - Clínico- Malvarrosa.

Estefanía Pérez Marín. Psiquiatra. Hospital Provincial de Castellón. Departamento de Salud de Castellón.

Ramón Palmer Viciado. Psiquiatra. Hospital Provincial de Castellón. Departamento de Salud de Castellón.

Lorena García Fernádes. Psiquiatra. Hospital San Joan. Departamento Alicante-San Joand'Alacant

Begoña Frades García. Psiquiatra. Oficina Autónoma Salud Mental. Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Teresa Navarro García. Enfermera especialista salud mental. Oficina Autónoma Salud Mental. Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Jose A. López Cócera. Enfermero especialista salud mental. Oficina Autónoma Salud Mental. Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Cristina Domenech Cardona. Enfermera Especialista en Salud Mental. Hospital de Día de Salud Mental. Departamento de Salud Gandía

Francisco José Castells Pons. Enfermero Especialista en Salud Mental. Unidad de Hospitalización a Domicilio. Departamento de Salud Gandía

M<sup>a</sup> José Ferrer Méndez. Trabajadora Social USM de Gandía. Departamentode Salud Gandía

Paula Sastre Portes. Terapeuta Ocupacional. Hospital de Día de Salud Mental. Departamento de Salud Gandía

Rosana Martínez Amorós. Psicóloga clínica. Unidad de hospitalización psiquiátrica y del hospital de día del Hospital General Universitario de Elche. Dpto de Salud Elx- Hospital General

Esther Ortega Díaz .Terapeuta ocupacional. Unidad de hospitalización psiquiátrica y del hospital de día del Hospital General Universitario de Elche. Departamento de Salud Elx- Hospital General

Juan Pretel. Psiquiatra. Departamento de Salud Valencia- Hospital General

Elena Orquín Segura. Residente Psiquiatría. Hospital de la Ribera. Departamento de Salud de la Ribera

Olga Soprano Ros. Residente Psiquiatría. Hospital de la Ribera. Departamento de Salud de la Ribera.

María Simón Blanes. Residente Psiquiatría. Hospital de la Ribera. Departamento de Salud de la Ribera.

Aurora Maestro Mogrera. Trabajadora Social. Hospital de la Ribera. Departamento de Salud de la Ribera.

Montserrat Sogorb Espinosa. Trabajadora Social. Servicio de Salud Mental de Elda. Departamento de Salud de Elda.

Esther Lorente Rovira. Psicóloga Clínica. Hospital clínico universitario de Valencia. Departamento de salud Valencia-Clínico-Malvarrosa

Blanca Llàcer Iborra. Enfermera investigación CIBERSAM grupo G-23. Programa primeros episodios psicóticos. Hospital clínico universitario de Valencia. Departamento de Salud Valencia-Clínico-Malvarrosa

Mercedes Renovell Farré. Psiquiatra. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Departamento de Salud Valencia-Clínico-Malvarrosa

Begoña Rubio. Psicóloga. Hospital Provincial de Castellón. Departamento de Salud de Castellón.

Vicente Elvira Cruañes. Psiquiatra. Hospital San Joan. Departamento de salud Alicante-San Joan d'Alacant

Eva Martín Moreno. Psicóloga clínica. Unidad de Atención a Primeros Episodios Psicóticos. Hospital San Joan. Departamento Alicante-San Joan d'Alacant

## **AGRADECIMIENTOS**

**SVMFYC.** Sociedad valenciana medicina familiar y comunitaria

**SEMERGEM.** Sociedad española médicos atención primaria

**SEMG.** Sociedad española de médicos generales y de familia

**AEN PV.** Asociación española de neuropsiquiatría

**AEPCP.** Asociación española de psicoclínica y psicopatología

**Asociación enfermería SM C.V.**

**Asociación Trabajo Social y Salud CV**

**AVAPIR.** Asociación valenciana de psicólogos internos residentes.

**AVRISEM.** Asociación valenciana de rehabilitación e integración sociolaboral de personas con enfermedad mental

**SPCV.** Sociedad psiquiatría Comunidad Valenciana

## **PRESENTACIÓN**

El modelo con mayor acogida para influir en el pronóstico de la psicosis es el de intervención precoz. Este se dirige a promover la recuperación de la psicosis por medio de la prevención, la detección temprana y la intervención terapéutica al inicio de la enfermedad.

La Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública es consciente de esta realidad y por ello ha impulsado la elaboración de este documento basándose en una serie de principios básicos como son: el tratamiento en la comunidad, el empoderamiento del paciente en su proceso, la colaboración de familiares, asociaciones u otras organizaciones. Este documento de consenso está orientado a la coordinación de todos los profesionales implicados en la atención de este trastorno y pretende definir las líneas estratégicas de actuación, incluyendo la promoción de la salud mental, la prevención de la psicosis y erradicación del estigma, así como la inclusión de todas aquellas actuaciones que, desde la evidencia científica, ayuden a mejorar la atención y recuperación de aquellas personas que han desarrollado por primera vez una psicosis o están en riesgo de desarrollarla.

Este documento que ahora se presenta descubre una excelente propuesta de modelo organizativo basado en la gestión por procesos y pone en práctica formas de aproximación integral al tratamiento de las distintas dimensiones sintomatológicas de las fases tempranas de las psicosis.

Por lo tanto, quiero mostrar mi agradecimiento más sincero a los profesionales que con su esfuerzo, trabajo y ánimo de compartir sus conocimientos lo han hecho posible y posibilitan con su práctica diaria que un determinado número de personas encuentren una respuesta a su problema.

CARMEN MONTÓN

CONSELLERA DE SANIDAD UNIVERSAL Y SALUD PÚBLICA

## INDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>8</b>
<b>2. JUSTIFICACIÓN</b>	<b>10</b>
<b>3. OBJETIVOS</b>	<b>11</b>
<b>4. METODOLOGÍA DEL MODELO DE ATENCIÓN A LAS FASES INICIALES DE LAS PSICOSIS</b>	<b>12</b>
<b>5. LÍNEAS DE INTERVENCIÓN EN LAS FASES INICIALES DE LAS PSICOSIS</b>	<b>15</b>
5.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL, PREVENCIÓN DE LA PSICOSIS Y ERRADICACIÓN DEL ESTIGMA	15
5.2 INTERVENCIÓN Y RECUPERACIÓN DE AQUELLAS PERSONAS QUE HAN DESARROLLADO POR PRIMERA VEZ UNA PSICOSIS	17
5.2.1 FASES DE LA INTERVENCIÓN	17
5.2.1.1. FASE AGUDA DEL PRIMER EPISODIO PSICÓTICO	17
5.2.1.2 FASE DE RECUPERACIÓN	18
5.2.2 POBLACIÓN DIANA	20
5.2.3 EVALUACIÓN GENERAL	21
5.2.3.1 EVALUACIÓN INICIAL	21
5.2.3.2 EVALUACIÓN AL FINAL DE LA FASE AGUDA	22
5.2.3.3 EVALUACIÓN FAMILIAR	22
5.2.3.4 EVALUACIONES PERIÓDICAS DE SEGUIMIENTO	23
5.2.4 PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADO	23
5.2.5 INTERVENCIONES INDIVIDUALES	24
5.2.5.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	24
5.2.5.2 CUIDADO DE LA SALUD FÍSICA Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE	27
5.2.5.3 TRATAMIENTO PSICOLÓGICO	28
5.2.6 INTERVENCIONES SOBRE LA FAMILIA Y GRUPO DE APOYO	29
5.2.6.1 TRABAJO CON LAS FAMILIAS	29
5.2.6.2 INTERVENCIÓN SOCIAL	31
5.2.7 ALTA DEL PROGRAMA. DERIVACIÓN	33
5.2.8 PROTOCOLO CLINICO-ASISTENCIAL PARA LA INTERVENCIÓN TEMPRANA EN PSICOSIS	34
<b>6. PLANES DE FORMACIÓN QUE GARANTICEN UNA ADECUADA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA</b>	<b>35</b>
<b>7. INVESTIGACIÓN EN TODAS AQUELLAS ÁREAS IMPLICADAS EN LA ATENCIÓN A LAS PSICOSIS EN SUS INICIOS</b>	<b>36</b>

<b>8. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA</b>	<b>39</b>
<b>9. ABREVIATURAS</b>	<b>41</b>
<b>10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>42</b>
<b>11. ANEXOS</b>	<b>49</b>
11.1 ANEXO 1	49
11.1.1- GUIA PRÁCTICA PARA MAPs PARA LA DETECCIÓN DE LA PSICOSIS	49
11.1.2- CRITERIOS DEL PROGRAMA EDIE (MANCHESTER)	50
11.2 ANEXO 2	51
11.2.1-FICHA DE ATENCIÓN DEL PACIENTE	51
11.2.2-CONTRATO TERAPÉUTICO	52
11.2.3-INSTRUCCIONES ANTICIPADAS EN PSIQUIATRÍA	52
11.2.4-EVALUACIÓN INICIAL	54
11.2.5-INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	56
11.2.6-PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADO	57
11.2.7-FICHA DE EVALUACIÓN INDIVIDUAL	58
11.3. ANEXO 3	59
11.3.1-PROGRAMA DE TRATAMIENTO DE PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE GANDÍA	59
11.3.2-PROGRAMA DE TRATAMIENTO DE PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE LA RIBERA	60
11.3.3- PROGRAMA DE TRATAMIENTO DE PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS DEL DEPARTAMENTO DE SALUD VALÈNCIA-CLÍNICO-MALVARROSA	61

## 1. INTRODUCCIÓN

La psicosis es el término utilizado para describir un estado mental en el cual el individuo experimenta una distorsión o pérdida de contacto con la realidad, sin enturbiamiento de la conciencia. Este estado mental se caracteriza por la presencia de delirios, alucinaciones y/o trastornos del pensamiento.

Un primer episodio psicótico (PEP) ocurre cuando en una persona aparecen por primera vez síntomas psicóticos. Puede corresponder con el debut de una serie de trastornos mentales graves, como la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, trastorno psicótico agudo, trastorno delirante, trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos y otros más excepcionales. Los trastornos psicóticos son enfermedades de una gran relevancia social y de salud pública. La gran mayoría se inicia en un periodo de la vida donde se afrontan tareas y procesos de maduración decisivos en las diversas dimensiones de desarrollo biológico, psicológico, social y vocacional (Kessler y cols, 2007). Por este motivo, la aparición de un primer episodio psicótico es un suceso especialmente complicado y estresante, tanto para la persona que lo sufre como para su familia y puede comprometer el potencial de desarrollo del joven o del adolescente que lo padece.

Su prevalencia es de alrededor del 3% en la población general si se consideran los trastornos psicóticos en su conjunto y no sólo la esquizofrenia. En el año 2001, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que un tercio de los años vividos con discapacidad (AVD) en personas jóvenes entre 15 y 45 años correspondía a los trastornos psiquiátricos de forma que la depresión unipolar ocupa el primer lugar, la esquizofrenia el tercero y el trastorno bipolar el quinto. Se trata de enfermedades con una gran repercusión económica ya que se produce una pérdida de productividad, tanto de la persona que la sufre como de su familia (Knapp y cols, 2004; Schulze y Rossler, 2005)

En la actualidad existe consenso internacional sobre la importancia de tratar lo antes posible y a distintos niveles las psicosis y con ello incidir sobre la evolución de la enfermedad, buscando no solo la respuesta al tratamiento, sino la recuperación y la calidad de vida. El objetivo es conseguir una pronta incorporación al trabajo o al estudio de las personas afectadas, y un nivel de satisfacción en dichas actividades equivalente al de la población de su misma edad y sexo.

Este cambio de perspectiva respecto al tratamiento de la psicosis se basa en el modelo de la estadificación clínica, que permite definir la medida de progresión de la enfermedad desde sus primeras manifestaciones y seleccionar el tratamiento más adecuado, de forma que pueda impedirse el avance de la misma a estadios posteriores (McGorry y cols, 2006; Fusar-Poli y cols, 2013).

Es necesario replantear la planificación de la asistencia en los servicios de salud mental e impulsar la utilización de tratamientos que garanticen una atención integral y de calidad en este campo. Para ello resulta indispensable el desarrollo de programas de tratamiento

específicos para las fases tempranas de la psicosis, sobre cuyos beneficios existe una evidencia científica creciente (Marshall et al, 2005; Álvarez-Jiménez y cols 2009,2011, Bird y cols, 2010).

Son tratamientos intensivos, duraderos e integrales realizados por equipos interdisciplinarios de profesionales de la salud mental que actúan de forma coordinada teniendo en cuenta las necesidades de cada paciente. Se realizan preferentemente en el ámbito comunitario e incluyen estrategias biológicas y psicosociales que han demostrado eficacia en el tratamiento de las psicosis y que se aplican en función de la fase de la enfermedad. Además de la atención al paciente de forma individual y/o grupal se tiene en cuenta a las familias y el grupo de apoyo. Difieren en distintos aspectos, como su duración, la inclusión o no de psicosis afectivas y el tipo de intervenciones utilizadas.

Existe acuerdo sobre las ventajas de la aplicación de estos programas de tratamiento temprano e integral de los PEP, es decir, una vez se ha manifestado la clínica psicótica (Bertolote y McGorry, 2005), ya que han demostrado de forma consistente que previenen el deterioro neurobiológico, social y psicológico, reduciendo el tiempo vivido con discapacidad o acelerando la recuperación (Killackey y Young, 2007). Además, son más coste-efectivos que el tratamiento habitual debido a que reducen de forma significativa el número de hospitalizaciones y también otros costes sociales relacionados con el funcionamiento y productividad de los pacientes (Cullberg y cols., 2006 McCrone et al 2010; Hastrup et al, 2013; Park et al, 2014). Un reciente meta-análisis demuestra que los programas de tratamiento de PEP tienen un impacto beneficioso a los dos años del inicio de la psicosis, tanto en el curso de la enfermedad como en el funcionamiento del paciente (Álvarez-Jiménez y cols, 2011). Algunos de los beneficios se pierden en los seguimientos más largos, pero la reducción en la duración de las hospitalizaciones se mantiene a los cinco años (Craig y cols, 2004; Bertelsen y cols, 2008). En la actualidad se plantea que la aplicación de los programas de tratamiento de PEP debe prolongarse a lo largo de todo el periodo crítico, es decir, los primeros cinco años de la enfermedad, para lograr una mayor efectividad a largo plazo (Melau y cols, 2011; Nordentoft y cols, 2014).

Estos programas están recomendados en las guías clínicas más importantes sobre el tratamiento de la esquizofrenia, que incluyen secciones sobre PEP (NICE, 2008; PORT, 2009). Además se han elaborado guías de práctica clínica específicas dirigidas a las fases iniciales de las psicosis (Origen YouthHealth, 2010; IRIS GuidelineUpdate, 2012) y una declaración de consenso de expertos internacionales (International EarlyPsychosisAssociationWritingGroup, 2005). En nuestro país se ha desarrollado la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, coordinada por el Fòrum de Salut Mental (2009) y el Consenso de Atención Temprana a las Psicosis de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (2009).

Los programas pioneros y que han sido modelo del resto de iniciativas son EarlyPsychosisPrevention and Intervention Centre (EPPIC) en Melbourne, Australia (McGorry y cols., 1996) y EarlyInterventionService (EIS) en Birmingham, Reino Unido (Birchwood y cols, 1997). Otros ejemplos son: Prevention and Early Intervention Program for Psychosis (PEPP) en Londres-Canadá (Malla y cols., 1999); Early Treatment and Identification of Psychosis project, (TIPS) en Noruega y Dinamarca (Johannessen y cols., 2000); Early Psychosis Program (EPP) en

Calgary, Canadá (Addington y Addington, 2001) y Early detection and assertive community treatment of young psychotics: the Opus Study (Jorgensen y cols, 2005) en Dinamarca. En nuestro país destaca el programa Intervención en las Fases Tempranas de las Psicosis (PAFIP) de Cantabria (Vázquez-Barquero y cols., 1995, 1999; Crespo-Facorro y cols., 2005).

La intervención en las fases previas al inicio de las psicosis ha conllevado una mayor controversia. Los individuos de alto riesgo de desarrollar una psicosis son aquellos que presentan síntomas prodrómicos (disminución de la concentración y de la atención, disminución de la motivación, anergia, ánimo depresivo, ansiedad, irritabilidad, trastornos del sueño, suspicacia, aislamiento social...) o bien síntomas psicóticos atenuados, síntomas psicóticos breves e intermitentes, deterioro en su funcionamiento psicosocial y antecedentes familiares de psicosis (McGorry, 2000; McGorry y cols., 2001). Sin embargo, sólo un 22-40% de los que presentan una o más de estas características evolucionan a la psicosis en los siguientes doce meses (Yung y cols, 2003; Miller y cols, 2002)

La aplicación de tratamientos que retrasen o eviten la transición a la psicosis de este síndrome prodrómico podría tener implicaciones muy importantes para los pacientes y sus familias, para la sociedad y también a nivel económico ya que se podría prevenir la discapacidad y la utilización de psicofármacos y recursos socio-sanitarios. Por estos motivos, en la actualidad existe un gran interés tanto en definir con mayor especificidad las características que determinan un mayor riesgo de desarrollar un trastorno psicótico como en el diseño y aplicación de intervenciones. Se están realizando diferentes programas como el estudio PACE en Australia, (McGorry y cols, 2003); estudio PRIME en EEUU, (McGlashan y cols, 2003); Programa EDIE en Inglaterra, (Morrison y cols, 2002). En nuestro medio destaca el Programa de Prevención de Psicosis de Torrelavega (Vallina y cols, 2006).

Una reciente revisión sistemática y meta-análisis (Stafford y cols, 2013) sobre tratamientos dirigidos a personas de alto riesgo concluye que la transición a la psicosis puede prevenirse mediante intervenciones psicosociales complejas: terapia cognitivo-conductual individual combinada con terapia familiar. De esta forma, está justificado identificar a estos pacientes, tratar los síntomas presentes y realizar un seguimiento que incluya intervenciones psicosociales adaptadas, evitando que pueda favorecerse el estigma.

## 2. JUSTIFICACIÓN

Los datos y evidencias actuales, plasmados en las recomendaciones, guías clínicas y consensos vigentes, obligan a los sistemas sanitarios al desarrollo de acciones dirigidas a mejorar la detección y la intervención temprana en la psicosis, con la finalidad de lograr una recuperación clínica y funcional, evitar su evolución a la cronicidad y prevenir el estigma asociado a estas patologías. En general las intervenciones son asertivas, tienden a evitar las hospitalizaciones, a localizarse en la comunidad y también a utilizar recursos comunitarios. Los programas de atención a las fases iniciales de las psicosis, a pesar de la heterogeneidad entre ellos, coinciden

en la creación de equipos o servicios especializados, independientes e integrados en la red de Salud Mental preexistente.

En cuanto a su implantación, tanto en Reino Unido como en Australia y Nueva Zelanda se han incluido estos servicios dentro de los Planes Nacionales de Salud Mental. En España se ha ido evolucionando desde la existencia de experiencias aisladas hasta la inclusión de programas específicos en los Planes de Salud Mental de las diversas comunidades autónomas.

En la Comunidad Valenciana profesionales de diferentes servicios de salud mental han diseñado programas de tratamiento dirigidos a personas que sufren un PEP, basados en la evidencia científica y con distinto grado de desarrollo e implantación, de forma que algunos equipos cuentan ya con una amplia experiencia. En consecuencia, se ha considerado necesario recoger todas estas iniciativas y elaborar un marco de actuación común, aprendiendo unos de otros y consensuando actuaciones comunes que puedan aplicarse en todos los Departamentos de Salud de la Comunidad Valenciana. Dado que hay diferencias entre los mismos, tanto a nivel geográfico y poblacional como a nivel de recursos, lo que se pretende es que en cada uno de los servicios se planifique la forma en la que van a realizarse las intervenciones partiendo de este documento.

En la elaboración y desarrollo de un programa de tratamiento de PEP se deben contemplar las siguientes líneas estratégicas de actuación, tal y como propone el Consenso de Atención Temprana a las Psicosis a Asociación Española de Neuropsiquiatría (2009):

- 1 Promoción de la salud mental, prevención de la psicosis y erradicación del estigma.*
- 2 Facilitar la atención y recuperación de aquellas personas que han desarrollado por primera vez una psicosis o están en riesgo de desarrollarla.*
- 3 Desarrollar planes de formación que garanticen una adecuada implementación de estos programas.*
- 4 Promover la realización de investigaciones en todas aquellas áreas implicadas en la atención a la psicosis en sus inicios.*

### 3. OBJETIVOS

#### OBJETIVO GENERAL

- Mejorar la detección precoz y atención a las personas que sufren un primer episodio psicótico en la Comunidad Valenciana

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer criterios de actuación homogéneos para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con PEP
- Garantizar a los pacientes con un PEP y a sus familias el tratamiento óptimo y específico para cada fase durante los primeros años de enfermedad.

- Garantizar la participación activa de todos los agentes implicados en este proceso: usuarios, familiares y grupo de apoyo, profesionales y asociaciones.
- Formar a los profesionales que intervienen en el proceso de detección y atención de primeros episodios psicóticos
- Fomentar el desarrollo de proyectos de investigación que mejoren el conocimiento e intervención en la atención de los primeros episodios psicóticos

#### 4. METODOLOGIA DEL MODELO DE ATENCIÓN A LAS FASES INICIALES DE LAS PSICOSIS

La adecuada atención a las personas que sufren un trastorno psicótico en sus fases iniciales requiere contar con un programa específico cuya estructura garantice un tratamiento comunitario, integral e integrado en la asistencia habitual, que sea accesible y asegure la continuidad de cuidados a lo largo de los primeros cinco años de la enfermedad. Para ello es indispensable que los programas de tratamiento de PEP se diseñen, se desarrollen y se implanten siguiendo unas directrices básicas.

A continuación se desarrolla una serie de principios básicos y acciones que permiten la aplicabilidad de este modelo de atención dentro los servicios de salud mental de la sanidad pública.

*1. Creación de equipos interdisciplinarios de intervención comunitaria para la atención, evaluación y tratamiento intensivo y mantenido a lo largo del periodo crítico de todas las personas que se encuentren en las fases iniciales de las psicosis y sus familias. Este programa garantiza la atención por un periodo de tres años, prorrogable a cinco años en los casos que lo precisen.*

- Valorar los recursos humanos y materiales de cada departamento de salud y optimizar el rendimiento de los mismos.
- Formar equipos interdisciplinarios de profesionales de SM con habilidad de compartir información y trabajar de forma colaborativa y efectiva. Estos equipos estarán formados por psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeros especializados en salud mental, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales.
- Definir las funciones comunes y específicas de cada miembro del equipo.
- Realizar reuniones de trabajo de forma regular y mantenida, al menos semanalmente.
- Realizar reuniones con el resto de profesionales del servicio de SM con el fin de establecer mecanismos de coordinación y colaboración entre el equipo y todos los dispositivos del departamento de salud que pueden estar implicados en el proceso de tratamiento de un primer episodio psicótico, tanto hospitalarios como ambulatorios.
- Desarrollar los recursos humanos mediante formación específica y continuada.

*2. Implantación de programas específicos de atención dirigidos a las fases iniciales de las psicosis en un contexto comunitario/ambulatorio e integrado en la asistencia habitual.*

- Diseñar los programas teniendo en cuenta las características específicas de los jóvenes con un PEP y de sus familias.
- Asegurar la flexibilidad suficiente para adaptarse a las necesidades especiales de cada caso.
- Tratar las distintas fases de la enfermedad: fase aguda, fase de recuperación temprana, fase de recuperación prolongada y prevención de recaídas.
- Seleccionar las intervenciones terapéuticas basadas en la evidencia que van a aplicarse, incluyendo intervenciones individuales, familiares y sociales.
- Formación de los profesionales en las intervenciones seleccionadas.
- Orientar los programas a la recuperación y la inclusión social más allá de la remisión sintomática.
- Definir la recuperación con criterios operativos
- Diseñar la atención en un entorno lo menos restrictivo posible, priorizando el tratamiento ambulatorio en todas las fases, evitando las hospitalizaciones siempre que sea posible.
- Disponer de la posibilidad de realizar atención intensiva en el domicilio con la finalidad de evitar o acortar ingresos psiquiátricos en la fase aguda y subaguda de la enfermedad. Además se favorece la adherencia del paciente y de la familia al programa.
- Integrar los valores de las declaraciones internacionales de psicosis temprana.
- Buscar activamente el trabajo en equipo con los jóvenes y sus familias y/o grupo de apoyo.

*3. Implantación de estrategias que favorezcan la detección precoz y el acceso al tratamiento en los pacientes de alto riesgo, PEP y pacientes en periodo crítico.*

- Establecer criterios de inclusión en el programa y diseñar estrategias que faciliten el acceso rápido al tratamiento, facilitando al máximo las derivaciones.
- Establecer protocolos de derivación desde los dispositivos de los servicios de Salud Mental (SM): Unidad de Salud Mental (USM), Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (UHP), Hospital de Día (HD), Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD), Urgencias de Psiquiatría y Unidad de Salud Mental Infantil (USMI).
- Establecer protocolos de derivación desde las unidades de conductas adictivas (UCA) y atención primaria (AP).

- Establecer protocolos de derivación desde otros estamentos: servicios sociales, educación, justicia.
- Garantizar una respuesta rápida, sin lista de espera por parte del equipo de PEP (enfermero especialista en SM y/o psiquiatra): realizar el primer contacto por parte del equipo antes de 72h (tener en cuenta el fin de semana) en casos urgentes y preferentes y antes de sietedías, como máximo, en el resto. Cuando se requiera una atención inmediata, puede realizarse en las urgencias de psiquiatría.
- Aceptar y mantener en seguimiento a los pacientes de alto riesgo de desarrollar psicosis detectados y tratar los síntomas presentes, contemplando en un futuro desarrollar un programa específico para estos casos.
- Garantizar la continuidad de los tratamientos durante el ingreso en la UHP y su posterior seguimiento en el programa. A tal efecto sería recomendable establecer un protocolo de atención, seguimiento y alta hospitalaria, tanto en los casos detectados durante el ingreso como en los derivados por el programa.

#### *4. Mantenimiento de la continuidad e intensidad de cuidados a lo largo del periodo de tratamiento.*

- Asegurar una relación terapéutica sólida y de confianza entre los pacientes, sus familias y los miembros del equipo.
- Seguimiento proactivo e intensivo de forma ambulatoria de los pacientes.
- Atención domiciliaria o en hospital de día para pacientes que lo precisen.
- Realización de evaluaciones que incluyan variables clínicas, sociales, de funcionamiento, calidad de vida, neuropsicológicas, de salud física y familiares a lo largo del seguimiento, de forma que sea posible valorar de forma rigurosa el resultado del tratamiento y planificar la asistencia.
- Establecer formas de coordinación entre el equipo de tratamiento y los dispositivos del servicio de SM, ya que los pacientes pueden necesitar diferentes recursos a lo largo de la evolución, en función de la clínica, la fase de la enfermedad y las necesidades detectadas

#### *5. Mantenimiento de un apoyo comunitario elevado.*

- Conocer, colaborar y establecer coordinación con los recursos comunitarios.
- Favorecer la participación de usuarios de los propios programas que estén recuperados.
- Realizar acciones dirigidas a la reducción del estigma.

#### *6. Establecimiento de la finalización del programa*

- Establecer criterios para determinar qué pacientes deben continuar en tratamiento en USM.
- Establecer criterios para determinar qué pacientes requieren seguimiento especial en programa de tratamiento de trastorno mental grave.
- Diseñar protocolo de derivación a USM que garantice la continuidad de cuidados.
- Asegurar que los pacientes que sean dados de alta por recuperación cuenten con información suficiente para contactar/reanudar tratamiento en caso de que se presenten nuevamente síntomas de alerta.

## **5. LINEAS DE INTERVENCIÓN EN LAS FASES INICIALES DE LAS PSICOSIS**

La intervención temprana en la psicosis puede realizarse en dos momentos distintos: una primera fase, referida a la prevención de la aparición de un brote psicótico, y una segunda fase, cuando ya ha aparecido la primera crisis psicótica.

Los criterios establecidos en este programa se justifican en el estudio de la bibliografía y en la experiencia de equipos de profesionales de salud mental de diferentes Departamentos de Salud de la Comunidad Valenciana.

### **5.1 LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL, PREVENCIÓN DE LA PSICOSIS Y ERRADICACIÓN DEL ESTIGMA**

La detección de los síntomas premórbidos y de los factores de riesgo, previa al inicio del programa de intervención precoz supone un factor clave en el tratamiento de los trastornos psicóticos.

Las iniciativas para mejorar los procesos implicados en la detección pronta y adecuada de las personas con psicosis han utilizado dos tipos de estrategias distintas:

Las estrategias que se centran en mejorar la detección y derivación por los profesionales de atención primaria a los servicios especializados de atención a la psicosis, puesto que estos son la puerta de entrada al sistema de salud y a la atención especializada y las estrategias dirigidas a la población general, para promover la identificación temprana del trastorno y la búsqueda rápida de ayuda con el trabajo específico realizado con grupos profesionales concretos (especialmente médicos y profesores) para mejorar su capacidad de identificación y derivación a los servicios especializados de salud mental de estos casos iniciales de psicosis.

#### **Objetivos:**

1-Promover la salud mental en la población general, específicamente en la infancia y adolescencia, potenciando aquellos factores protectores para el desarrollo de psicosis y combatiendo los factores de riesgo.

- Desarrollo de un programa de coordinación y formación con el sistema educativo para potenciar en el aula los factores protectores de la psicosis y combatir los factores de riesgo (debe alcanzar la formación del alumnado en habilidades para la vida y resolución de problemas, así como información y formación respecto al consumo de tóxicos).
- Difusión en la red y medios de comunicación de temas relacionados con la promoción de la salud mental, de acuerdo con el contenido del punto 1.
- Desarrollo de un programa de colaboración con Salud Pública para potenciar todas aquellas acciones de promoción de la salud mental en el ámbito comunitario.
- Implementación, en coordinación con ayuntamientos y otras entidades locales, de un circuito de charlas/talleres dirigidas a grupos poblacionales para mejorar el conocimiento sobre la enfermedad mental, factores implicados y estigma.

## 2-Potenciar la prevención primaria de la psicosis en grupos poblacionales de riesgo

- Desarrollo de un programa de seguimiento desde AP/USMIA de los hijos de padres con psicosis y de hermanos de pacientes jóvenes (hijos de familia nuclear).
- Implementación en el aula, en colaboración con Salud Pública, de un programa de Formación en habilidades para la vida y resolución de problemas, más intensivo en grupos de riesgo. Debe incluirse a familias en este programa.
- Iniciativas comunitarias dirigidas a la intervención formativa de grupos de riesgo

## 3-Potenciar la prevención secundaria de la psicosis a través de su detección precoz en los distintos ámbitos de acción: comunitario, sistema educativo y atención primaria.

- Formación de los agentes sociales en la detección precoz de la psicosis y circuitos de actuación en el programa de colaboración con Salud Pública para acciones comunitarias.
- Inclusión de mecanismos de detección precoz y protocolos de acción en el programa de coordinación y formación con el sistema educativo.
- Desarrollo de un programa de colaboración con atención primaria para la sensibilización y formación en la detección precoz de la psicosis, estableciendo mecanismos de acción fluidos y coordinados con salud mental, y proporcionando un instrumento sencillo de cribado para emplearlo ante casos de sospecha (anexo 1,1 y 2 son ejemplos de instrumentos de cribado)

## 4-Potenciar la prevención terciaria de la psicosis para reducir en la medida de nuestros conocimientos el deterioro personal que pudiera asociarse a la enfermedad.

- Creación de un grupo de trabajo coordinado desde el servicio de salud mental del área con representantes de los centros educativos y de los servicios sociales para la detección de situaciones de estigma e intervención para mejorar y/o corregir estas situaciones.
- Protocolo de vinculación, en los servicios de salud mental, dirigido a evitar la pérdida de contacto/seguimiento de los pacientes que han iniciado tratamiento.

5-Potenciar la prevención cuaternaria, estableciendo programas de vigilancia sobre los efectos secundarios/nocivos que pudieran generar los tratamientos aplicados.

- Desarrollo de un programa de vigilancia de la salud física coordinado por enfermería especializada en salud mental.
- Desarrollo de un protocolo para la detección sistemática de efectos secundarios/reacciones adversas asociadas al tratamiento psicofarmacológico.
- Supervisión desde la USM de la adecuación de los recursos indicados al paciente, con la premisa de guiarle hacia aquellos de uso común por la población general.

## **5.2. INTERVENCIÓN Y RECUPERACIÓN DE AQUELLAS PERSONAS QUE HAN DESARROLLADO POR PRIMERA VEZ UNA PSICOSIS**

Un objetivo prioritario en la atención a las fases iniciales de las psicosis es ofrecer accesibilidad, disponibilidad y una respuesta rápida y adecuada en cada momento a las necesidades del paciente y su familia a lo largo de todo el proceso de tratamiento. Por este motivo los programas de tratamiento de primeros episodios psicóticos (PEP) constan de tres fases diferenciadas con el fin de adaptarse a la clínica y la evolución de un PEP, siguiendo el modelo del programa Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC) de Melbourne: fase aguda, fase de recuperación temprana y fase de recuperación prolongada. Las intervenciones biológicas, psicológicas y psicosociales se aplican de distinta forma teniendo en cuenta las características de cada una de estas fases. En este programa se sigue este modelo en todas las evaluaciones y tratamientos que se aplican y que se detallan más adelante. Además, las distintas intervenciones se han distribuido según se realicen sobre la persona con un PEP o sobre la familia y grupo de apoyo. El paciente está incluido en todas ellas, ya que una de las prioridades es que tome parte activa en su proceso de recuperación en todos los ámbitos.

### **5.2.1 FASES DE LA INTERVENCIÓN**

#### **5.2.1.1 FASE AGUDA DEL PRIMER EPISODIO PSICÓTICO.**

Es el periodo de tiempo comprendido entre el comienzo de la clínica psicótica aguda y la respuesta inicial al tratamiento, que implica la mejoría de la misma. Puede prolongarse hasta los tres meses. En este periodo es donde se produce una mayor desestructuración de los procesos cognitivos del individuo, de su comportamiento y de su funcionamiento social. Por ello los objetivos del tratamiento deben ir dirigidos a reducir la severidad de la sintomatología e intentar conseguir un retorno rápido al nivel de funcionamiento previo a la aparición de la enfermedad.

Las principales intervenciones en esta fase son las siguientes:

- Realizar una exploración clínica que permita la decisión del tratamiento inicial más adecuado.

- Valorar el estado de salud física del paciente y de la existencia de hábitos tóxicos
- Aplicar tratamiento psicofarmacológico y psicoterapia individual de tipo cognitivo para los síntomas positivos.
- Establecer las bases de una relación terapéutica que favorezca la adherencia y la participación en el tratamiento por parte del paciente y la familia. La accesibilidad y disponibilidad junto a la posibilidad de realizar algunas visitas iniciales en el domicilio favorecen este objetivo. Además, permite realizar una valoración de sus posibilidades y recursos para abordar la crisis.
- Proporcionar un apoyo elevado y toda la información necesaria desde el principio.
- Obtener información sobre la situación social del paciente y la familia, apoyos con los que cuentan y valoración de las principales necesidades.
- Intervenir en situaciones de urgencia social y planificar la reincorporación a sus actividades previas lo antes posible.

#### 5.2.1.2 FASE DE RECUPERACIÓN:

En este periodo la vulnerabilidad alcanza su punto máximo y la probabilidad de recaída es elevada, en torno al 80%. Los factores personales, sociales y biológicos influyen en el futuro equilibrio entre trastorno y bienestar.

Es esencial garantizar una atención que incluya una evaluación continua del proceso y un abordaje en el que los tratamientos psicológicos y psicosociales son los elementos centrales.

Podemos considerar dos periodos:

##### ***Fase de recuperación temprana:***

Abarca hasta los 18 meses desde el inicio del PEP. Es el periodo en el que se realizan las intervenciones psicológicas y psicosociales más complejas.

Las principales intervenciones en esta fase son las siguientes:

- Mantener la remisión de la sintomatología positiva, lograr una mejoría progresiva de la clínica negativa y la recuperación del funcionamiento previo.
- Mantener el tratamiento psicofarmacológico y la psicoterapia cognitiva para los síntomas psicóticos positivos en los casos en que persistan.
- Promocionar el manejo autónomo de la enfermedad y la adquisición del insight mediante la psicoeducación.
- Prevenir la morbilidad secundaria o proporcionar tratamientos psicológicos específicos para las distintas comorbilidades que se pudiesen desarrollar. Las más frecuentes son depresión, ansiedad, fobia social, estrés postraumático, consumo de drogas e ideación suicida.
- Cuidado de la salud física, promoción de hábitos de vida saludable y abandono de consumo de tóxicos: monitorización de parámetros metabólicos y seguimiento estrecho en los casos que lo precisen.

- Conseguir la recuperación del funcionamiento previo de forma que el paciente pueda retomar y desarrollar vínculos afectivos, relaciones sociales, trabajo o estudios mediante la intervención social.
- Avanzar en el trabajo con las familias realizando psicoeducación y manteniendo sesiones conjuntas periódicas en las que se aborden problemas y consecución de objetivos, favoreciendo así la reorganización familiar. En los casos en que se detecten más dificultades puede estar indicada la psicoterapia familiar de orientación cognitiva.
- Mantener la adherencia al tratamiento y asegurar una atención rápida en caso de recaída o situación de crisis.

***Fase de recuperación prolongada:***

Periodo comprendido entre los 18 y 36 meses. En esta fase de estabilización, las intervenciones se ordenarán en función de la permanencia o no de sintomatología positiva y negativa y del grado de interferencia de la misma en el funcionamiento del paciente. Es básica la coordinación de recursos y la gestión del seguimiento asistencial.

Las principales intervenciones en esta fase, en el caso de que el paciente se encuentre recuperado son las siguientes:

Valorar retirada del tratamiento farmacológico tras uno o dos años.

- Prevenir las recaídas.
- Mantener la adherencia al programa y asegurar una atención rápida en caso de recaída o situación de crisis.
- Mantener los logros alcanzados.
- Preparar la finalización del programa y la vinculación terapéutica posterior para asegurar la continuidad de cuidados tras el alta.

Si, por el contrario, no se ha producido una recuperación completa, las intervenciones se centrarán en:

- Mantener las intervenciones farmacológicas y psicológicas y psicosociales.
- Continuar el trabajo con las familias para la reducción de la sobrecarga familiar.
- Promover el aumento de la independencia e individualización desde el sistema familiar.
- Ajustar expectativas.
- Solicitar reconocimiento de discapacidad y recursos de psicorehabilitación sociosanitarios en los casos que lo requieran.
- Preparar la finalización del programa y la vinculación terapéutica posterior para asegurar la continuidad de cuidados tras el alta.

### 5.2.2 POBLACIÓN DIANA

En el programa de primeros episodios psicóticos se incluyen dentro de la población diana las personas que han tenido un primer episodio de psicosis y se encuentran dentro de los cinco primeros años de evolución de la enfermedad, en edades comprendidas entre los 16 y 45 años. A partir de los 35 años se recomienda adaptar las intervenciones del programa a las características de esta población.

El conjunto de diagnósticos prioritariamente asociados a los trastornos psicóticos establecidos puede comprender los siguientes (según criterios DSM o CIE):

- Trastorno esquizotípico de la personalidad
- Trastornos de ideas delirantes
- Esquizofrenia
- Trastornos psicóticos agudos (trastorno psicótico breve)
- Trastornos esquizoafectivos
- Trastorno esquizofreniforme
- Trastornos psicóticos no orgánicos
- Trastorno catatónico no especificado (DSM-V)
- Trastorno bipolar, episodio maníaco con síntomas psicóticos
- Trastorno bipolar, episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- Trastorno depresivo recurrente con síntomas psicóticos

El programa atenderá a las personas del área de salud correspondiente en cada uno de los 24 Departamentos de Salud en los que se divide la atención sanitaria en la Comunidad Valenciana.

#### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Paciente con sospecha de diagnóstico referenciado en el programa.
- Periodo de evolución menor de cinco años
- Residir en el área correspondiente al departamento específico
- Firmar el contrato terapéutico por el paciente o responsable legal.

#### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Patología orgánica diagnosticada claramente relacionada con el inicio del cuadro
- Edad igual o inferior a 16 años.
- Edad superior a 45 años.
- Discapacidad intelectual moderada o severa.
- El consumo de sustancias adictivas es un criterio de exclusión cuando impida el desarrollo de la intervención

Las intervenciones incluidas en el programa van dirigidas a pacientes con un PEP. No obstante, la detección y seguimiento de sujetos de alto riesgo de desarrollo de psicosis es necesaria y se recomienda en las guías de referencia de los programas de atención temprana. Estas guías de referencia aconsejan iniciar intervenciones psicosociales, con especial interés en evitar estigma y evitar o demorar la transición hacia psicosis. Estos pacientes se incluirán en un programa de

atención específico que deseamos elaborar próximamente. Dentro del programa actual se considerará la inclusión de pacientes con características de alto riesgo de desarrollo de psicosis (Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR)) según cada caso concreto.

Las personas con EMAR son aquellas que cumplen los siguientes criterios, según la IEPA (International Early Psychosis Association) y la Organización Mundial de la Salud (OMS):

a. Síntomas positivos subumbral que no son lo suficientemente graves o persistentes para cumplir los criterios de primer episodio o trastorno psicótico breve según DSM o CIE.

b. Historia familiar de trastorno psicótico en familiar de primer grado más un declive funcional persistente significativo dentro del último año (disminución de 30 puntos en la escala de funcionamiento global (GAF)).

c. Síntomas psicóticos breves intermitentes y limitados (BLIPS) que no tengan más de una semana de duración y remitan espontáneamente.

En la práctica clínica estos perfiles se pueden definir operativamente utilizando diversos instrumentos como:

- La entrevista estructurada para síndromes prodrómicos (SIPS)

- La entrevista de evaluación integral de estados mentales de alto riesgo (CAARMS)

### **5.2.3 EVALUACIÓN GENERAL**

Es necesario tener en cuenta todas las perspectivas y capacidades de los diversos profesionales del equipo multidisciplinar, ya que la evaluación debe ser amplia e integral. Se realiza en diferentes escenarios y momentos a lo largo del seguimiento, y es recomendable realizarla de forma integrada con la asistencia.

Podemos estructurarla de la siguiente forma:

#### **5.2.3.1 EVALUACIÓN INICIAL**

Permitirá establecer un diagnóstico, detectar las necesidades del paciente y su familia y fundamentar el diseño del plan de atención individualizado (PAI).

- Realizar una evaluación preliminar que incluya estrategias de enganche con el servicio desde el primer contacto, que generalmente se realizará en la fase aguda del episodio psicótico.
- Realizar entrevistas clínicas individualizadas adaptadas a la situación: escucha cuidadosa, tratar las preocupaciones del paciente con seriedad, disipar los miedos, crear una atmósfera positiva y optimista, realizar preguntas abiertas.

- Realizar primeras entrevistas en el domicilio del paciente en casos especiales y siempre que sea posible.
- Involucrar a la familia/grupo/ persona de apoyo desde el inicio en el cuidado del paciente, recogiendo además toda la información que pueda aportar. Este aspecto es muy importante a la hora de valorar la necesidad de un ingreso hospitalario, ya que es importante evitarlo.
- Establecer un plan de actuación inicial en función de la clínica que presente el paciente y los apoyos con los que cuente.
- Coordinar las actuaciones de los profesionales del equipo.

#### 5.2.3.2 EVALUACIÓN AL FINAL DE LA FASE AGUDA

- La evaluación clínica, funcional y social de todos los pacientes atendidos al final de la fase aguda permitirá planificar las intervenciones a lo largo del seguimiento y analizar los resultados del tratamiento.
- Las secciones básicas de la evaluación del paciente son las siguientes: clínica, funcionamiento social, ajuste previo, rendimiento cognitivo, calidad de vida y salud física.
- Elegir instrumentos de medida adecuados para una evaluación integral, preferentemente validados en castellano y ampliamente utilizados en los programas de atención a las fases iniciales de las psicosis (Anexo 2).
- Distribuir las evaluaciones entre los profesionales del equipo en función de su formación, realizando entrenamiento y fiabilización de los profesionales en el uso de los instrumentos seleccionados.
- Elaboración de un documento en el que se recojan los resultados de la evaluación.

#### 5.2.3.3 EVALUACIÓN FAMILIAR

- Se realiza de forma paralela a la evaluación del paciente. Se realizará una evaluación familiar para conocer su estructura y funcionamiento por el equipo multidisciplinar.
- Identificar al familiar/persona clave (es el que pasa más tiempo con el paciente y se encarga de su cuidado).
- Evaluar de las necesidades principales e Identificar las capacidades y habilidades de la familia.
- Identificar las familias de alto riesgo y las que tienen patrones de interacción que probablemente interfieran negativamente en la evolución del paciente.

- Establecer las áreas de evaluación familiar más relevantes. Algunos aspectos importantes son la sobrecarga, la repercusión psicológica por la enfermedad, nivel de información sobre las psicosis y la expresividad emocional.
- Establecer instrumentos de medida adecuados y validados en castellano y realizar el entrenamiento y fiabilización de los profesionales que los administren.
- Elaborar un documento en el que se recojan los resultados de la evaluación.
- Identificar a los familiares que puedan precisar tratamiento psiquiátrico o psicológico.

#### 5.2.3.4 EVALUACIONES PERIÓDICAS DE SEGUIMIENTO

- Integrar las evaluaciones en la asistencia siguiendo el modelo de fases, de forma que se realice una evaluación completa del paciente y el familiar al final de cada fase del episodio psicótico.
- Detectar precozmente los síntomas de alerta.
- Monitorizar los efectos secundarios de los psicofármacos.
- Evaluación de la salud física: síndrome metabólico.
- Identificar precozmente los casos que precisan intervenciones más intensivas o especializadas: remisión clínica y recuperación funcional incompleta, riesgo elevado de abandono de tratamiento, existencia de patología dual, depresión, riesgo de suicidio, existencia de problemática grave a nivel familiar y social.

#### 5.2.4 PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADO

Una vez se ha evaluado el diagnóstico y las circunstancias clínicas y psicosociales del paciente debe formularse y aplicarse, en un plazo de tres meses, un plan de tratamiento integrado y coordinado de las intervenciones farmacológicas y las psicosociales (psicológicas y de rehabilitación), individualizado para cada paciente con la participación activa de la familia y el propio paciente (PAI).

El PAI se entiende como el conjunto de objetivos asistenciales y sociales (a corto y medio plazo), establecidos a partir de las necesidades detectadas, tanto en el paciente como en el conjunto de la familia, que derivarán en las actividades socio-asistenciales necesarias para la recuperación del bienestar y la calidad de vida, todo ello bajo la supervisión de un profesional responsable.

Se realizará en formato electrónico, con fecha y nombre del paciente. Tras la evaluación se recogerán por áreas los problemas o necesidades detectadas, los objetivos planteados y las estrategias o intervenciones concretas que se van a llevar a cabo.

Es un objetivo principal del PAI la implicación del paciente y la familia en el mismo. Para la elaboración de éste es fundamental tener en cuenta las fortalezas y debilidades tanto del paciente como de la familia y el entorno en el que está inmerso, ya que facilitará o, según el caso, dificultará los objetivos que se quieran conseguir.

Se debe especificar en cada área las actuaciones concretas y la/s persona/s responsables de la ejecución de las mismas.

El PAI recogerá las diferentes actuaciones en función de la fase de la enfermedad (aguda, de recuperación temprana o de recuperación prolongada) en que se encuentre el paciente, atendiendo a criterios de prioridad.

- En la fase aguda se busca favorecer la adherencia al tratamiento farmacológico para reducir la intensidad o conseguir la remisión de los síntomas agudos, crear el vínculo terapéutico positivo con el paciente y la familia e iniciar la adherencia al programa.
- En la fase de recuperación temprana es fundamental implicar al paciente y la familia y es donde debe concentrarse el trabajo más intensivo con el desarrollo de las diferentes intervenciones.
- En la fase de recuperación prolongada se afianzarán los logros y se preparará al paciente para el alta o derivación

Se realizará de forma interdisciplinar e intervendrán en el mismo los siguientes profesionales: facultativos (psiquiatras y psicólogos), trabajadora social, enfermera/s especialistas en salud mental y terapeuta ocupacional. Se pretende de esta forma que las intervenciones reviertan en las personas más idóneas dentro del equipo atendiendo al déficit del área que se esté interviniendo.

Tras la elaboración del PAI y plasmados en el mismo los acuerdos consensuados con paciente y familia, se firmará el documento por parte de todos los implicados en el mismo (profesionales, paciente y familiares).

Un aspecto importante en la aplicación del PAI es determinar la periodicidad de las evaluaciones y aspectos a evaluar en cada una de ellas. Se propone la realización de un PAI inicial a los tres meses y revisiones periódicas a los 12, 18 y 36 meses y a los cinco años en los casos que lo precisen para valorar el cumplimiento de objetivos, evaluar nuevas necesidades y en su caso, modificar y/o formular nuevos objetivos. (Anexo 2)

## **5.2.5 INTERVENCIONES INDIVIDUALES**

### **5.2.5.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.**

Los tratamientos farmacológicos son un elemento habitualmente indispensable tanto en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia como en los primeros episodios psicóticos. Las medicaciones se utilizan para el tratamiento de los episodios agudos, para la prevención de

recaídas y para la mejoría de los síntomas entre episodios. Los fármacos antipsicóticos son el principal tratamiento farmacológico de estos pacientes. Para la elaboración de una estrategia terapéutica adecuada y racional resulta de fundamental importancia tener en cuenta primeramente el momento evolutivo del trastorno psicótico, ya que nos permitirá alcanzar un abordaje más dinámico de esta patología. En los casos que requieran un tratamiento a largo plazo el principal objetivo a alcanzar será la obtención de una adecuada eficacia terapéutica a través de la monoterapia, evitando de ser posible las asociaciones farmacológicas en general y las asociaciones de diferentes antipsicóticos en particular. En los casos en que esta situación ideal no sea posible lograr por la refractariedad de las formas graves de psicosis, las asociaciones de psicofármacos pueden resultar beneficiosas, siempre y cuando sean utilizadas de un modo racional y adecuado para cada paciente.

***Indicaciones a tener en cuenta a la hora de aplicar el tratamiento farmacológico.***

El tratamiento psicofarmacológico debe ser iniciado en cuanto se establezca el diagnóstico de PEP.

Debe darse en el marco de una relación terapéutica de apoyo en la que se expliciten los objetivos del tratamiento farmacológico. La elección de la medicación debería realizarse conjuntamente entre el paciente y el médico responsable, basada en una información sobre los beneficios y el perfil de efectos secundarios.

El tratamiento tiene que iniciarse lo antes posible. En caso de duda diagnóstica en relación al abuso de sustancias u otras causas etiológicas se puede establecer un periodo libre de tratamiento antipsicótico durante 24-48 horas. Algunas veces en este período se pueden utilizar benzodiazepinas de vida media o larga.

Se escogerá un antipsicótico preferentemente de segunda generación en monoterapia y a dosis bajas. Se elegirá en función de la eficacia, la probabilidad de efectos secundarios (como efectos extrapiramidales, efectos metabólicos y otros efectos secundarios graves) y la preferencia del paciente. Así mismo se tendrá en cuenta el punto de vista de sus cuidadores.

La dosificación será la menor posible dentro del rango terapéutico. Se trata de pacientes jóvenes que en general son más sensibles a los beneficios y a los efectos negativos de la medicación. Se debe ir monitorizando y ajustando la dosis en función de la respuesta terapéutica para conseguir una remisión sintomática con los mínimos efectos secundarios.

A lo largo del tratamiento farmacológico se ha de llevar a cabo la monitorización del proceso terapéutico, la tolerabilidad y la adherencia al tratamiento.

Entre el 50-66% de los pacientes tienen una respuesta favorable en los síntomas psicóticos positivos en un espacio de tres semanas con la dosis del antipsicótico indicado, no precisando de ajustes en su medicación.

En el caso de que la respuesta no fuera la adecuada se tendrá en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Optimizar el tratamiento según protocolos. Se debe aumentar en intervalos de tiempo amplios (generalmente 14-21 días tras el aumento inicial) si la respuesta ha sido inadecuada, vigilando siempre los niveles de sedación y la presencia de efectos secundarios extrapiramidales.
- Realizar una evaluación continua de los efectos secundarios. Un instrumento útil para evaluar efectos secundarios es la escala de efectos secundarios UKU.(Lingjaerd y cols, 1984)
- Cambiar el tratamiento ante la falta de respuesta. Si la respuesta no es adecuada a las dosis terapéuticas, dentro de las 6-8 semanas, debe probarse con otro antipsicótico de segunda generación.
- Valorar otras vías de administración. Si no hay un buen cumplimiento de la medicación antipsicótica oral se debe considerar el uso de antipsicóticosinyectables de larga duración.
- Evaluar las causas de la falta de respuesta al tratamiento. Si hay una baja adherencia, analizar los motivos, optimizar las dosis y ofrecer ayuda para mejorar el cumplimiento. También deben revisarse otras razones del mal cumplimiento como tensiones familiares, abuso de sustancias, etc.
- Valorar la introducción de clozapina ante criterios de resistencia.
- Valorar la combinación de intervenciones, como el tratamiento con clozapina y terapia cognitivo-conductual para los síntomas persistentes
- Se podría considerar cambiar a un agente de primera generación si se están utilizando antipsicóticos de segunda generación y aparecen efectos adversos.
- La valoración de uso de terapia electroconvulsiva se establece siguiendo los criterios FDA para los casos de resistencia al tratamiento, en los que se han probado tres antipsicóticos en total siendo uno de ellos clozapina.
- Si el episodio tiene un componente maníaco o depresivo franco se recomienda, si es posible, mantener 24-48 horas de observación para poder delimitar con más claridad el diagnóstico. Se puede utilizar benzodiazepinas para la ansiedad y trastornos del sueño. Si es de tipo maníaco, empezar con un estabilizador del ánimo más dosis bajas de antipsicótico (añadiendo benzodiazepinas si se requiere sedación). Si no hay respuesta, cambiar a otro antipsicótico atípico. Si es de tipo depresivo, comenzar con dosis bajas de antipsicótico y antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).

Respecto a la duración del tratamiento, se siguen las directrices internacionales. Diferentes guías consideran que se debe mantener entre uno y dos años la medicación antipsicótica tras un primer episodio de psicosis.

- WorldPsychiatricAssociation (WPA): Mantener el tratamiento doce meses tras alcanzar la remisión completa.
- International EarlyPsychosisAssociation (IEPA): realizar durante el periodo crítico (cinco años) revisiones periódicas:
  1. Si la remisión clínica se produce en menos de un mes o los síntomas son poco graves: Retirada progresiva a partir de doce meses desde su inicio.
  2. Si la remisión clínica tarda más de un mes en lograrse o los síntomas son de gravedad: Retirada progresiva a partir 24 meses desde su inicio.
  3. Remisión incompleta/aparición de recaídas: tratamiento continuado e indefinido.
  4. Para aquellos pacientes con psicosis de tipo esquizofrénico que recaen rápidamente tras el primer episodio, la medicación se debe mantener al menos durante cinco años.
  5. Para otros trastornos psicóticos no esquizofrénicos tras la recuperación sintomática se recomiendan periodos más cortos de medicación, siempre con una monitorización cercana y sin una supresión rápida de la medicación antipsicótica.

#### 5.2.5.2. CUIDADO DE LA SALUD FÍSICA Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE

El aumento de morbilidad de las personas con trastorno mental grave por enfermedades físicas recomienda que se establezcan estrategias preventivas de promoción de la salud en las fases iniciales de atención a los primeros episodios psicóticos. En estas fases se establecen las pautas de afrontamiento a la enfermedad y sus consecuencias, siendo un momento óptimo para ayudar a generar respuestas saludables. Los enfermeros especialistas en salud mental son los profesionales idóneos para realizar el seguimiento.

Para el abordaje de esta área se contemplan las siguientes intervenciones:

- Estudio inicial que incluya: analítica general, tóxicos en orina y electrocardiograma.
- Realización de otras exploraciones complementarias si se considera conveniente para descartar otras causas de psicosis y realizar diagnóstico diferencial con otras patologías.
- Educación en hábitos de vida saludable: consejos dietéticos, ejercicio físico y consumo de tóxicos.
- Derivación a especialistas (médico de atención primaria o endocrinólogo) si se objetivan alteraciones del peso, hipertensión arterial, perfil lipídico y glucemia que precisen un tratamiento específico, como indica el consenso de la Guía NICE (TheNationalInstituteForHealth and CareExcellence).
- Valorar el papel del tratamiento antipsicótico en las alteraciones metabólicas del paciente: cambiar por un antipsicótico que tenga una menor repercusión metabólica.

Hay que tener en cuenta que estos pacientes suelen presentar un índice más alto de problemas relacionados con el tabaquismo, abuso de alcohol y drogas, especialmente cannabis, por lo que se deben contemplar intervenciones que incidan en estos aspectos:

- Información sobre hábitos tóxicos y su relación con los síntomas y la evolución de la enfermedad.
- Intervenciones dirigidas a la reducción o abandono del consumo, tales como:
  1. Monitorización del consumo y seguimiento regular, utilizando estrategias motivacionales y psicoeducativas.
  2. Psicoterapias individuales o grupales que incluyan psicoeducación y técnicas cognitivo-conductuales
- Derivación a la unidad de conductas adictivas si hay criterios de dependencia de sustancias.

### 5.2.5.3 TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Actualmente no existe acuerdo acerca de los tratamientos psicológicos más efectivos en los primeros episodios psicóticos. Se han demostrado esenciales la terapia cognitivo conductual, la psicoeducación y la intervención familiar. La terapia cognitivo conductual posibilita al paciente evaluar y comprender los síntomas de su enfermedad, la psicoeducación para pacientes incluye información sobre la enfermedad, opciones de tratamiento, habilidades sociales, prevención de recaídas, habilidades básicas para la vida y estrategias en la resolución de problemas. Por otro lado, se recomienda que la familia entienda lo que es la enfermedad, las opciones de tratamiento y el pronóstico. Además, se favorece el desarrollo de estrategias adecuadas para el manejo de los síntomas.

Se pretende minimizar la vulnerabilidad del paciente ante situaciones de estrés, aumentando sus recursos para hacer frente a los conflictos, problemas y tensiones interpersonales o biográficas y así poder facilitar los procesos de recuperación y reforzar su adaptación y funcionamiento familiar, social y formativo-laboral.

Las intervenciones incidirán en áreas como la reducción de los síntomas, prevención de recaídas, la adquisición de habilidades sociales y el funcionamiento social y laboral. Deben adaptarse a la fase de la enfermedad en la que se encuentre el paciente.

Se han incluido en este programa las intervenciones psicológicas avaladas por la evidencia científica en la actualidad.

- ***Terapia cognitivo-conductual***

Se recomienda la terapia cognitivo conductual (TCC) como una estrategia de intervención que permite ayudar a la persona a normalizar y entender el sentido de sus experiencias psicóticas, a reducir el malestar asociado y el impacto en el funcionamiento.

En cada fase de la enfermedad se han de definir aquellos objetivos que se quieren conseguir, tanto en la comprensión y manejo de la crisis y estabilización, en la recuperación inicial, recuperación prolongada y recaída, así como las diferentes estrategias de actuación e intervenciones basadas en la evidencia científica que se van a llevar a la práctica.

Los objetivos principales son:

- Desarrollar una alianza terapéutica con el paciente.

- Promover la comprensión sobre la psicosis, la participación activa en el tratamiento y la adherencia a la medicación.
- Potenciar las capacidades para el afrontamiento y la adaptación.
- Proteger y fortalecer la autoestima.
- Reducir el estrés asociado a las alucinaciones y delirios y proveer de estrategias y habilidades para manejarlos en el día a día
- Prevenir futuras recaídas

Además, se han de proporcionar tratamientos psicológicos específicos para las distintas comorbilidades que se pudiesen desarrollar (depresión, ansiedad, fobia social, estrés postraumático, consumo de drogas e ideación suicida).

- ***Psicoeducación individual y grupal***

La psicoeducación implica la provisión de información y educación dirigida a un usuario sobre el diagnóstico, tratamiento, recursos apropiados, pronóstico, estrategias de afrontamiento apropiadas y sus derechos.

A su vez se deberá procurar información sobre la efectividad de los tratamientos integrados y duraderos en el tratamiento de las psicosis, especialmente en las primeras fases y sobre los recursos comunitarios existentes para potenciar la recuperación del paciente.

Las sesiones psicoeducativas sobre la psicosis se deben sostener en un modelo explicativo bio-psico-social que incluya los siguientes aspectos: naturaleza de la enfermedad y diagnóstico, sintomatología, proceso de recuperación, aspectos etiológicos, pronóstico y tratamiento farmacológico y psicosocial.

Un objetivo importante de la psicoeducación es el que se dirige a identificar signos de alerta y prevenir las recaídas, así como los factores de riesgo de recaída: consumo de tóxicos, abandono del tratamiento farmacológico y estrés.

## **5.2.6. INTERVENCIÓN SOBRE LA FAMILIA Y EL GRUPO DE APOYO**

### **5.2.6.1 TRABAJO CON LAS FAMILIAS**

El trabajo con las familias es un pilar básico de la atención y el tratamiento de los PEP, tanto por las necesidades y dificultades a las que se enfrentan, como por su papel clave en el proceso terapéutico de la persona que sufre un PEP.

Es esencial propiciar un papel activo de la familia en el proceso, considerándola como un miembro del equipo de tratamiento, maximizando su funcionamiento adaptativo para así poder disminuir el trastorno que le causa la enfermedad y el estigma que ello conlleva.

Durante la intervención se pretende potenciar las habilidades y capacidades de la familia en el manejo y afrontamiento de la enfermedad proporcionando apoyo y contención, de forma que

se minimice el riesgo a largo plazo de estrés, sobrecarga y una alta expresividad emocional. En definitiva, se trata de ayudar a la familia a comprender el impacto de la psicosis sobre ella misma y la interacción entre la familia y la evolución de la enfermedad.

**En la fase aguda** del brote psicótico es esencial vincular a los familiares al programa y establecer una relación de trabajo colaborativa. Las sesiones se protocolizarán desde el inicio del seguimiento. En este periodo la intervención incluirá los siguientes objetivos:

- Identificar al familiar clave (es el que más tiempo pasa con el paciente y se encarga de su cuidado).
- Realizar una historia familiar detallada y evaluar las necesidades principales y los recursos de la familia.
- Ofrecer un modelo explicativo inicial, con mensajes claros y repetidos sobre la psicosis y su tratamiento.
- Aportar un punto de vista optimista basado en los resultados de la intervención temprana en las psicosis.
- Informar de pautas de actuación claras y precisas, estableciendo una forma de contacto accesible y rápida.
- Ofrecer ayuda práctica en el manejo de la crisis.
- Garantizar apoyo práctico y emocional para minimizar las primeras respuestas de trauma, sobrecarga y afectación psicológica de los familiares.
- Garantizar que este apoyo vaya a mantenerse a lo largo de todo el tratamiento.

**Al final de la fase aguda y en la fase de recuperación temprana** se recomienda la psicoeducación a todas las familias, en formato unifamiliar o grupal. Las sesiones se desarrollarán incluyendo al paciente, a no ser que se desaconseje por circunstancias muy precisas.

Las intervenciones deberán incluir:

- Sesiones psicoeducativas para los familiares sobre la psicosis. En éstas se tratarán aspectos como la naturaleza de la enfermedad y diagnóstico, sintomatología, proceso de recuperación, aspectos etiológicos, pronóstico y tratamiento (farmacológico y psicosocial) .
- Información sobre la efectividad de los tratamientos integrados y duraderos en el tratamiento de las psicosis, especialmente en las primeras fases de la misma.
- Identificación de signos de alerta y prevención de las recaídas.
- Identificación de factores de riesgo de recaída: consumo de tóxicos, abandono del tratamiento farmacológico y estrés.

- Información sobre el impacto de la psicosis en la familia y sobre la interacción entre el ambiente familiar y la evolución de la enfermedad.

**En la fase de recuperación temprana y prolongada**, las actuaciones se dirigirán a mantener la alianza terapéutica y el contacto a lo largo de todo el tratamiento.

En éstas se realizará un feed-back de la información recogida en la evaluación y de su evolución a lo largo del proceso de tratamiento.

Los objetivos de trabajo con la familia en esta fase son:

- Mantener apoyo elevado en función de las necesidades detectadas.
- Identificar la aparición de afectación psicológica por la enfermedad.
- Incidir en los aspectos abordados en la psicoeducación siempre que sea necesario, ajustando expectativas sobre el pronóstico en función de la evolución.
- Realizar intervenciones en crisis.

Es fundamental propiciar un ambiente terapéutico en el que se motive a las familias a expresar sus opiniones de forma abierta y donde se sientan escuchados, en el que puedan compartir sus preocupaciones y problemas para buscar soluciones de forma conjunta.

En aquellas familias en que se evidencie una disfunción en la evolución y dinámica de la comunicación y una carencia de habilidades en la resolución de problemas, se recomienda realizar intervenciones familiares estructuradas, más duraderas y manualizadas, de tipo cognitivo-conductual y basadas en el modelo de la expresividad emocional, preferiblemente en un formato unifamiliar y que incluya al paciente. Es aconsejable realizar al menos parte de las sesiones en el domicilio familiar. Un ejemplo de este tipo de intervenciones utilizado ampliamente en el tratamiento de la esquizofrenia y también en programas de tratamiento de PEP es el modelo de Falloon (1984).

#### 5.2.6.2. INTERVENCIÓN SOCIAL

La intervención en este ámbito busca promover el cambio social en aquellos pacientes que muestran dificultades de adaptación social e integración en la comunidad tras un PEP.

Las intervenciones sociales se implementarán tras la fase aguda, una vez se ha realizado la evaluación y el paciente ha alcanzado una estabilidad suficiente que le permita implicarse en el establecimiento de objetivos y en el trabajo que estas intervenciones requieren. El equipo, el paciente y su familia deben compartir unas metas realistas para el tratamiento y la recuperación. Los objetivos se establecerán de forma consensuada.

Sin embargo, en algunos casos se puede precisar intervención social durante la fase aguda, cuando se detecten situaciones de riesgo o en las que la intervención no se pueda posponer hasta la estabilización del paciente.

En la planificación de objetivos se tendrá en cuenta cada una de las áreas de intervención con el paciente: autonomía personal, relaciones sociales, formación y empleo.

Los objetivos a conseguir son:

**Autonomía personal:** mantener o recuperar las actividades de la vida diaria (AVD) básicas e instrumentales y autonomía personal en los casos en que sea necesario, tales como:

- AVD básicas: alimentación, sueño y descanso, vestido.
- AVD instrumentales: cuidado de los otros (personas mayores, dependientes y menores); movilidad en la comunidad (uso de transporte público y conducción); manejo de temas financieros (manejo del dinero y economía doméstica); cuidado de la salud y manutención (desarrollo, cuidado y mantenimiento de hábitos de vida saludables); crear y mantener un hogar (obtención y mantenimiento de las propiedades y objetos personales y domésticos, tareas de la casa, preparación de la comida y limpieza, planificar y realizar compras).

**Relaciones sociales:** mantener o recuperar la integración social del paciente.

Una adecuada integración social requiere disponer de medios adecuados, por lo que se ha de orientar al paciente y potenciar el uso de recursos comunitarios y prestaciones sociales y de apoyo.

Las intervenciones se dirigirán a:

- Entrenar en habilidades sociales para corregir déficits en el desempeño de alguno de los roles clave del paciente. Como técnicas fundamentales están las instrucciones, el entrenamiento conductual, el role-playing, el modelado, el feed-back y el refuerzo positivo.
- Entrenar al paciente en técnicas de resolución de problemas.
- Favorecer la ampliación o mantenimiento de su red social.
- Favorecer su implicación en actividades recreativas y asociaciones (deportivas, culturales...).
- Detectar precozmente aquellos pacientes en riesgo de exclusión social.

**Formación y empleo:** mejorar la actividad productiva académica o laboral, situando el porcentaje de NEET (not in education, employment or training) al mismo nivel que la población joven de referencia.

La interrupción de los estudios o del trabajo es habitual después de un primer episodio psicótico. Por ello es importante reducir al mínimo dicha interrupción y mantener una comunicación fluida con las instituciones académicas y laborales. Para mejorar este aspecto se incidirá en:

- Motivar al estudio y al empleo centrándonos en los objetivos de cada paciente.
- Realizar asesoramiento vocacional de forma realista.
- Favorecer el conocimiento de las propias capacidades.
- Motivar la adquisición o recuperación de hábitos y habilidades para la integración escolar y laboral.
- Identificar a la persona clave de apoyo.

En la recuperación vocacional, la estrategia con mayor apoyo empírico es la inserción y apoyo laboral individualizado (Individual Placement and Support, IPS). Se centra en la búsqueda de

empleo competitivo, basado en las preferencias del paciente. Comienza con la misma entrada en el programa PEP y el apoyo no está temporalmente limitado.

Para facilitar una adecuada inserción socio-laboral es fundamental trabajar con recursos comunitarios normalizados y especializados (SERVEF, talleres de empleo, Epa, Centre Jove, ONGs, asociaciones para pacientes y familiares...)

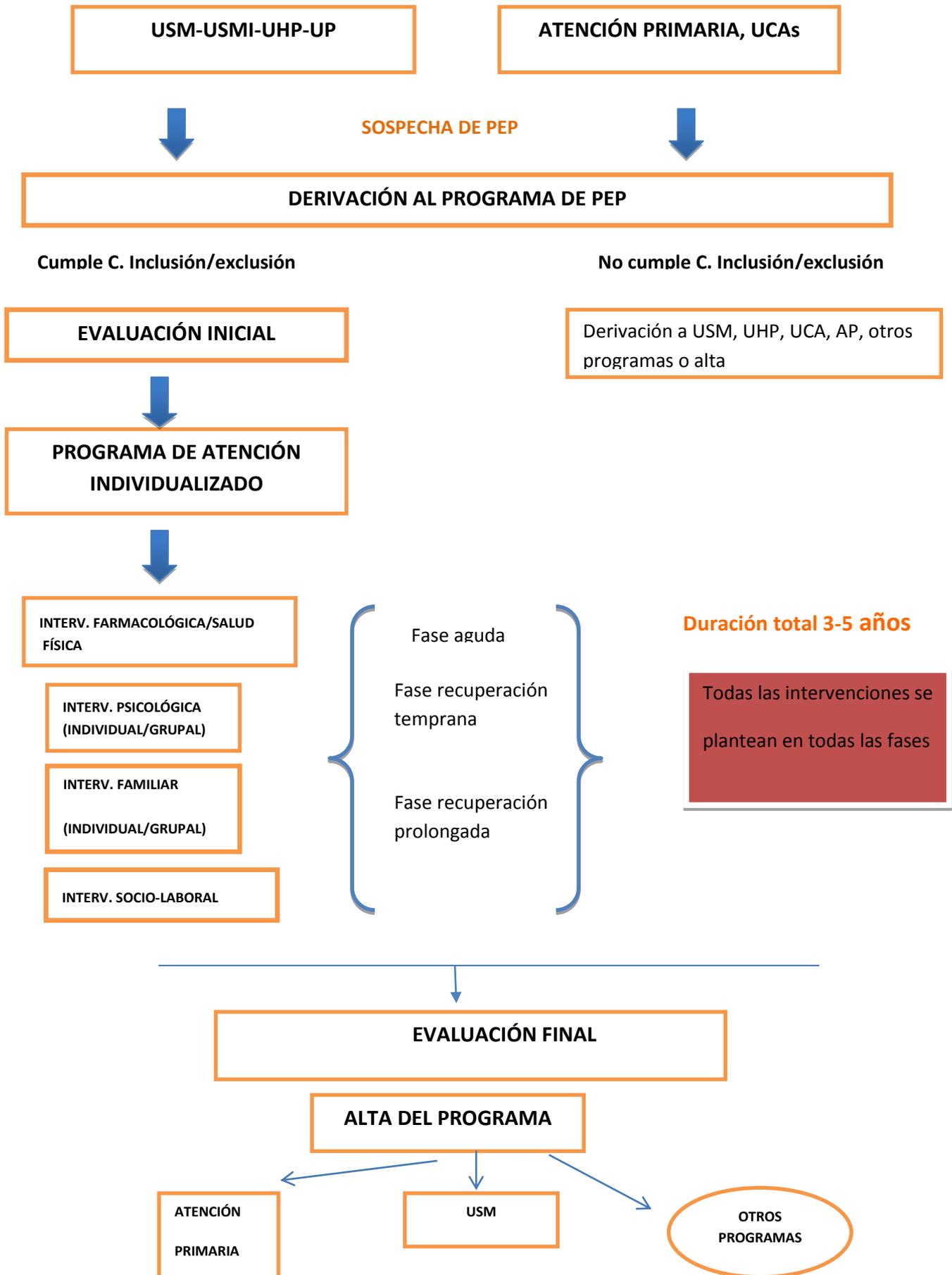
#### **5.2.7 ALTA DEL PROGRAMA. DERIVACIÓN:**

Una vez finalizado el periodo de tratamiento en el programa de PEP, el paciente es derivado al recurso más adecuado a su situación clínica, en función de su estado y necesidades. Se contemplan las siguientes posibilidades:

- Pacientes que han alcanzado la remisión clínica y recuperación funcional, sin recaídas a lo largo del seguimiento: derivación a USM o a atención primaria aportando las indicaciones necesarias.
- Pacientes que no han alcanzado la remisión clínica y/o funcional o bien han sufrido recaídas a lo largo del seguimiento: derivación a la unidad de salud mental para seguimiento especializado. Valorar la remisión a recursos de psicorehabilitación en los casos que sea necesario.

A la finalización del programa se recomienda realizar una última revisión del PAI que incluya una puesta en común con el paciente y la familia sobre posibles problemas que puedan surgir en el futuro y estrategias de manejo. También es importante realizar conjuntamente una evaluación de los resultados del tratamiento y de las expectativas de futuro.

### 5.2.8 PROTOCOLO CLINICO-ASISTENCIAL PARA LA INTERVENCIÓN TEMPRANA EN PSICOSIS.



## 6. PLANES DE FORMACIÓN QUE GARANTICEN UNA ADECUADA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA

La detección precoz de las psicosis es fundamental, así como el abordaje de la enfermedad desde un ámbito multidisciplinar. La formación en PEP debe dirigirse a los profesionales de Salud Mental como acompañante del tratamiento, así como a los médicos de atención primaria, que constituyen una pieza clave en la identificación de estos pacientes, por lo que hay que capacitarlos dotándoles de herramientas de detección. A su vez, es necesario realizar programas y actividades formativas que involucren a otros sectores institucionales —Servicios Sociales, Trabajo, Justicia, Educación— y no institucionales, como son las Asociaciones de usuarios y familiares y las Agrupaciones de voluntarios.

### 1 OBJETIVOS

Proporcionar formación en detección y tratamiento precoz de las psicosis a los profesionales de la salud mental y unidades de conductas adictivas (UCAs)

Proporcionar formación en detección y tratamiento precoz de las psicosis a los profesionales de la atención primaria.

Proporcionar formación en detección y tratamiento precoz de las psicosis a los profesionales de servicios sociales, educativos y de otros ámbitos socio-comunitarios como el voluntariado.

### 2 ACTIVIDADES

Diseño y aplicación de actuaciones para profesionales de salud mental en la identificación de las primeras fases de la psicosis y en las intervenciones más eficaces: farmacológica, psicológica, familiar y social.

Diseño y aplicación de actuaciones para profesionales de las UCAs en la identificación de las primeras fases de la psicosis y en las intervenciones más eficaces: farmacológica, psicológica, familiar y social.

Diseño y puesta en marcha de talleres de formación para los profesionales de atención primaria sobre la detección de la psicosis y los estados mentales de alto riesgo (EMAR) y su adecuado manejo.

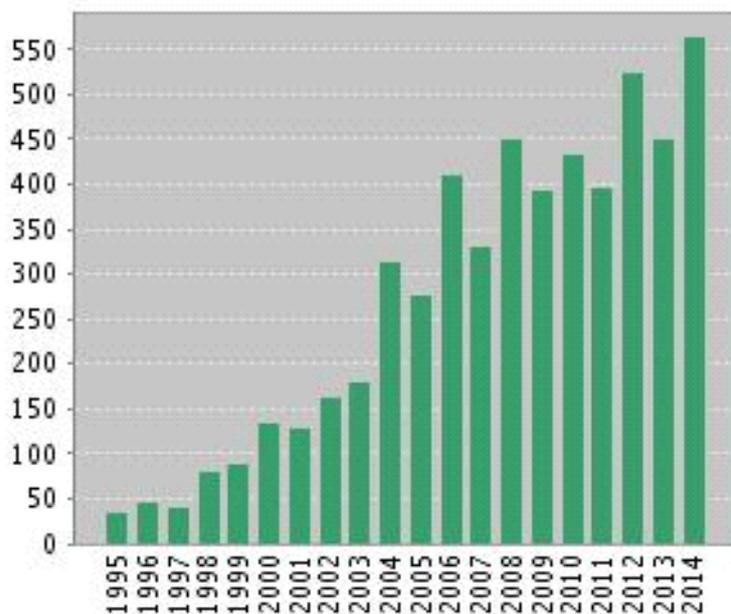
Sesiones formativas para profesionales de servicios sociales, en especial para aquellos profesionales que trabajan con colectivos de riesgo o en riesgo de exclusión.

Talleres de formación para los profesionales de los equipos de orientación psicopedagógica y profesores de ESO/Bachiller/Formación Profesional/escuela de adultos, sobre la detección de la psicosis y los estados mentales de alto riesgo (EMAR)

Asesoramiento para realizar campañas de difusión en los medios de comunicación que favorezcan en la población general (en especial los jóvenes) el conocimiento sobre la psicosis, cómo detectarla y su adecuado manejo social.

## 7. INVESTIGACIÓN EN TODAS AQUELLAS ÁREAS IMPLICADAS EN LA ATENCIÓN A LAS PSICOSIS EN SUS INICIOS.

Los Primeros Episodios Psicóticos, constituyen uno de los temas más relevantes en la actualidad en la investigación psiquiátrica. Esto queda bien reflejado por el incremento en el número de publicaciones y citas en los últimos 20 años en este campo. (Grafica 1\*)



\*Número de publicaciones en Primeros Episodios Psicóticos en los últimos 20 años según el ISI Web of Knowledge.

Este interés internacional se ha reflejado también en nuestro país, pues se ha producido un incremento de publicaciones y proyectos de investigación en este campo. Según el ISI Web of Knowledge en la investigación en primeros episodios psicóticos en España, hemos pasado de 50 citas en el año 2002 a 900 en el año 2014. Este interés nacional por la investigación en este campo, queda reflejado también en la prioridad que se le da a esta línea de investigación dentro del Centro de investigación biomédica en red en salud mental CIBERSAM ya que dentro del programa de esquizofrenia es prioritaria la investigación en primeros episodios psicóticos

<http://cibersam.es/cibersam/Grupos%20de%20investigaci%F3n/Programas%20de%20Investigaci%F3n/Esquizofrenia>

## 1 OBJETIVOS

1. Revisar y analizar los proyectos de investigación actualmente en marcha en primeros episodios psicóticos dentro de la Comunidad Valenciana.
2. Elaborar protocolos básicos comunes para registro de primeros episodios psicóticos.
3. Incorporar dichos protocolos básicos en la historia clínica electrónica.
4. Analizar los registros de casos incidencia –prevalencia de primeros episodios psicóticos en la Comunidad Valenciana.
5. Promover la participación de los centros de investigación de la Comunidad Valenciana en proyectos multicéntricos nacionales e internacionales.
6. Diseñar proyectos multicéntricos dentro de los diferentes grupos de la Comunidad Valenciana que trabajan en los primeros episodios psicóticos (en convocatorias de la Comunidad, nacionales e internacionales).

## 2 ACTIVIDADES

1. Revisión de proyectos activos sobre primeros episodios psicóticos en la Comunidad Valenciana. Análisis de resultados y necesidades.

La Comunidad Valenciana ha participado y está participando en los dos principales proyectos de investigación tanto a nivel nacional como europeo sobre primeros episodios psicóticos.

- European Network of National Networks studying Gene-Environment Interactions in Schizophrenia (EU-GEI), van Os J, et al Schizophr Bull. 2014 ;40(4):729-36. IP en la Comunidad Valenciana J. Sanjuan
- Bernardo M, et al; PEPsGroup. Assessing clinical and functional outcomes in a gene-environment interaction study in first episode of psychosis (PEPs). RevPsiquiatr Salud Ment. 2013 Jan-Mar;6(1):4-16. IP en la Comunidad Valenciana EJ Aguilar.

También está participando en diversos proyectos multicéntricos para medición de eficacia de las intervenciones psicosociales, como en la *e-enseñanza y desarrollo de un programa psico-educativo basado en la evidencia en primeros episodios psicóticos.* (Lorente Rovira, E, 2013).

Así pues, el primer objetivo de este documento sería realizar un informe completo sobre el estado actual de la investigación en primeros episodios psicóticos en la Comunidad Valenciana, llevando un registro de:

- Número de proyectos financiados en los últimos 10 años
- Número de publicaciones y FI acumulado

## 2. Elaboración de protocolos básicos comunes para registro de primeros episodios psicóticos.

En la Comunidad Valenciana tenemos la coordinación nacional del programa de esquizofrenia y de la base de datos comunes del CIBERSAM en colaboración con la Universidad Politécnica de Valencia

<http://cibersam.es/cibersam/Plataformas/Plataformas%20de%20Investigaci%C3%B3n/Banco%20de%20Datos/Plataforma%20de%20Banco%20de%20Datos>

No obstante, dichos protocolos, aún siendo imprescindibles para la investigación, están muy alejados de la práctica clínica. Para acercar los protocolos de investigación a dicha práctica es imprescindible el diseño de un protocolo básico que sea asequible para todos los clínicos que trabajan con estos pacientes y que contemple:

- Datos del diagnóstico clínico
- Datos de pruebas complementarias
- Datos del plan terapéutico
- Datos de los resultados del plan terapéutico
- Datos de seguimiento longitudinal

## 3. Incorporación de dichos protocolos básicos en la historia clínica electrónica.

La tendencia general en la práctica médica actual es sustituir progresivamente la historia clínica como documento escrito por la historia clínica electrónica. Esto no solo posibilita la mejor información clínica entre los diferentes centros, sino que es una excelente base para estudios epidemiológicos y para el control de las buenas prácticas.

Desgraciadamente diversos sistemas informáticos conviven en la actualidad dentro de la historia clínica electrónica en la Comunidad Valenciana.

Un objetivo muy importante para sentar las bases de la investigación y acercar dicha investigación a la práctica clínica sería la incorporación de los protocolos básicos a la historia clínica electrónica.

## 4. Análisis de registro de casos incidencia –prevalencia de primeros episodios psicóticos en la Comunidad Valenciana.

A partir del registro común, la primera misión sería establecer un registro de primeros episodios que pudiera ser la base para conocer las variaciones en la incidencia y prevalencia de estos cuadros.

## 5. Promover la participación de los centros de investigación de la Comunidad Valenciana en proyectos multicéntricos nacionales e internacionales.

Aunque, como ya hemos visto, hay una participación activa de algunos centros de la Comunidad Valenciana en los proyectos colaborativos sobre primeros episodios, una tarea

importante sería mantener esta participación e implicar a nuevos centros-grupos en estos proyectos.

6. Diseñar proyectos multicéntricos dentro de los diferentes grupos de la Comunidad Valenciana que trabajan en los primeros episodios psicóticos (en convocatorias de la Comunidad, nacionales e internacionales).

Estos proyectos irán enfocados, sobre todo, al análisis de los factores de riesgo y a medir la eficacia de las medidas de prevención y las intervenciones terapéuticas.

Un aspecto importante a tener en consideración es el plan de difusión de dicha actividad científica a través de:

- cursos
- páginas web
- jornadas de información a asociación de familiares etc.

## 8. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

La evaluación del programa es un aspecto imprescindible en la implantación del mismo ya que permite conocer el cumplimiento de los objetivos de las distintas intervenciones que se llevan a cabo, su viabilidad y aquellos aspectos en los que debe ser mejorado. Se fundamenta principalmente en la evaluación de los indicadores de estructura y organización, de proceso y de resultado que se proponen a continuación. Debe realizarse de forma periódica con el fin de introducir mejoras en los aspectos deficitarios. Su periodicidad se determinará con la dirección del centro, el coordinador y la institución.

### **1 INDICADORES DE ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN**

#### ***Integración de los diferentes niveles asistenciales:***

- Programas de atención individualizados (PAI) (Número de PAI realizados del total de pacientes)
- Coordinación con atención primaria, UCAs y centros de salud mental :
  - Nº de pacientes que entran al programa y se notifican en una semana MAP /Nº total pacientes
  - Nº de pacientes que finalizan el programa y que se notifiquen a USM-Primaria-UCA/nº total de pacientes

#### ***Gestión de recursos humanos:***

- Promoción de la calidad científico-técnica.
  - No de presentaciones/publicaciones realizadas en un año
- Programas específicos de formación.
  - Nº de cursos impartidos en un año

- Nº de profesionales formados en un año

## **2 INDICADORES DE RESULTADO**

### ***Clínica y evolución:***

- Relación de recaídas (nº de pacientes que han tenido una recaída (reingresos) en un año sobre el total de pacientes del programa) y tiempo transcurrido hasta la primera recaída
- Acumulativo de ingresos hospitalarios (nº de pacientes que han ingresado, sobre el total de pacientes del programa).
- Pacientes en remisión clínica según los criterios de Andreasen y cols (2005) medidos con la escala PANSS.
- Prevalencia de los intentos de suicidio (nº de pacientes que informan de algún intento de suicidio durante un año)/ nº total de pacientes atendidos.

### ***Funcionamiento y calidad de vida:***

- Mejora en calidad de vida (nº de pacientes que mantienen o mejoran los resultados desde la evaluación inicial y al año según la escala WHO).
- Estado de funcionamiento global (% de pacientes que mejoran su funcionamiento global a lo largo de un año medido con la escala EEAG y % de pacientes que a la finalización del programa tienen una puntuación en la escala EEAG  $\geq 70$ ).

### ***Cumplimentación del tratamiento y adherencia al programa:***

- Monitorización activa de los efectos secundarios de la medicación (mediante la escala UKU)
- Proporción de abandonos (nº de pacientes que abandonan el programa antes de cumplir un año dividido por todos los pacientes vinculados al mismo).
- Porcentaje de asistencia a las visitas programadas.
- Seguimiento comunitario tras hospitalización (nº de pacientes que han acudido al menos a una cita después de la hospitalización dividido por nº de pacientes tratados en un ingreso)

### ***Gasto:***

- Evolución del gasto en adquisiciones de farmacia hospitalaria.
  - Coste de las prescripciones de psicofármacos en un año
- Personas que no se reincorporan a su vida laboral
  - Nº de pacientes que se reincorporan al mercado laboral en el 1º,2º,3º años
- Número de atenciones en urgencias.
- Duración de los ingresos hospitalarios.

### ***Satisfacción:***

- Satisfacción del paciente (encuesta de satisfacción).
- Satisfacción de la familia (encuesta de satisfacción).

## 9. ABREVIATURAS

- AP.** Atención Primaria
- APA.** American Psychiatric Association
- AVD:** Actividades Vida Diaria
- CIE.** Clasificación Internacional Enfermedades
- CSM.** Centro de salud mental
- DSM.** Manual diagnóstico de Trastornos Mentales
- EAP.** Equipo de Atención Primaria
- EIS.** Early Intervention Service
- EDIE:** Early Detection Intervention Evaluation
- EMAR.** Estado Mental de Alto Riesgo
- EPP.** Early Psychosis Program
- EPPIC .** Early Psychosis Prevention and Intervention Centre
- GAF:** Global Assessment of Functioning.
- HD:** Hospital de Día
- MAP.** Médico de Atención Primaria
- MB.** Marcadores biológicos
- OMS.** Organización Mundial de la Salud
- ONG.** Organización no Gubernamental
- PA:** Psicosis afectiva
- PAI:** Programa de atención individualizado
- PAFIP .** Programa Intervención en las Fases Tempranas de las Psicosis
- PCAPSM:** Programa colaboración atención primaria-salud mental
- PEP.** Primeros Episodios Psicóticos
- PEPP.** Prevention and Early Intervention Program for Psychosis
- PI:** Psicosis inicio
- PNA:** Psicosis no afectiva
- SM.** Salud Mental
- TCC.** Terapia Cognitivo Conductual
- TIPS .** Early Treatment and Identification of Psychosis
- UCA:** Unidad de Conductas Adictivas
- UHP.** Unidad de Hospitalización Psiquiátrica
- USM.** Unidad de Salud Mental
- USMIA.** Unidad de Salud Mental Infanto adolescente
- WPA:** World Psychiatric Association

## 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Addington J, Addington D. Early intervention for psychosis: The Calgary early psychosis treatment and prevention program. *Canadian Psychiatric Association Bulletin* 2001; 33: 11-6.

Agid O, Remington G, Kapur S, Arenovich T, Zipursky RB. Early use of clozapine for poorly responding first-episode psychosis. *J Clin Psychopharmacol.* 2007;27(4):369-373. doi:10.1097/jcp.0b013e3180d0a6d4.

Álvarez-Jiménez MA, Parker AG, Hetrick SE, McGorry PD, Gleeson JF. Preventing the Second Episode: A Systematic Review and Meta-analysis Of Psychosocial and Pharmacological Trials in First-Episode psychosis. *Schizophr Bull* 2011; 37: 619–630.

Asociación española de Neuropsiquiatría. Cuaderno Técnico 10. Consenso sobre Atención Temprana a la Psicosis. Cuadernos técnicos AEN. Madrid. 2009

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. pp. 783–808. ISBN 978-0-89042-555-8. 2013

Asociación de Fundaciones tutelares de personas con enfermedad Mental asociadas (FUTUPEMA). 2012.

Bertelsen M, Jeppesen P, Petersen L, Thorup A, Ohlenschlaeger J, Le Quach P, et al: Five-year follow-up of a randomized multicenter trial of intensive early intervention vs standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. *Arch Gen Psychiatry* 2008, 65(7):762-771.

Bertolote, J., & McGorry, P. Early intervention and recovery for young people with early psychosis: Consensus statement. *British Journal of Psychiatry*, 187 (Suppl.48), 116-119. 2005.

Birchwood, M., McGorry, P., & Jackson, H. (). Early intervention in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*. 1997 170(1), 2-11.

Bird V, Premkumar P, Kendall T, Whittington C, Mitchell J and Kuipers E. Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *British Journal of Psychiatry* (2010) 197, 350–356. doi: 10.1192/bjp.bp.109.074526

Carpenter WT, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. Reviews and Overviews Remission in Schizophrenia: Proposed Criteria and Rationale for Consensus. 2005;(March):441-449

Centro de investigación biomédica en red de salud mental. Guía clínica y terapéutica para primeros episodios psicóticos en la infancia y en la adolescencia. CIBERSAM. 2015.

Clinical practice guidelines.Treatment of schizophrenia. Can J Psychiatry. 2005;50(13 Suppl 1):7S-57S.

Craig TJ, Bromet EJ, Fenning S, Tanenberg-Karent M, Levelle J, Galambos N. Is there an association between duration of treated psychosis and 24 month clinical outcome in a first admission series? Am J Psychiatr 2000; 157: 60-6.

Crespo-Facorro B, González-Blanch C, Pelayo JM, et al. Programa asistencial para las fases iniciales de las psicosis de Cantabria (PAFIP). En: Vázquez-Barquero JL, Crespo-Facorro B, Herrán A (eds,) Fases Iniciales de las Enfermedades Mentales: Psicosis. Barcelona: Masson, 2005, pp.133-42.

Cullberg J, Mattsson M, Levander S, et al. Treatment costs and clinical outcome for first episode schizophrenia patients: a 3-year follow-up of the Swedish 'Parachute Project' and Two Comparison Groups. Acta PsychiatrScand 2006; 114: 274–81.

EdortaElizagarate, Olatz Napal, Juan Larumbe ABY. Estrategias de tratamiento farmacológicas-biológicas. In: Ikusager, ed. La Esquizofrenia Refractaria. Vitoria-Gasteiz; 2011:166-204.

Ehman T., Hanson L. "Theearlypsychosiscare guide".2002.

Fornells-Ambrojo M, Craig T. Intervenciones psicosociales en la psicosis temprana. Anuario de Psicología Clínica y de la Salud.2011 (07) Pág 25 a 40

Fusar-Poli P, Yung AR, McGorry P and van Os J. Lessons learned from the psychosis high-risk state: towards a general staging model of prodromal intervention Psychological Medicine, 2013 pp 1 - 8DOI: 10.1017/S0033291713000184

Gil Patxi I. ¿Es necesario intervenir específicamente tras un primer episodio psicótico? .Jornadas salud mental extrahospitalaria de Bizkaia. Norte de Salud Mental nº 27. 2007 .pag 73–86

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fòrum de Salut Mental, coordinación. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guía de Práctica Clínica: AATRM. Nº 2006/05-2.

Grupo de trabajo sobre intervención temprana en psicosis del II PISMA. Servicio Andaluz de Salud. 2010

Informe del estado actual de la prevención en Salud mental. Real Patronatosobrediscapacidad.

International Early Psychosis Association Writing Group.International clinical practice guidelines for early psychosis. British Journal of Psychiatry 2005; 187 (Supl. 48): 120-4.

IRIS (Early Intervention in Psychosis: Achieving ordinary lives) IRIS Guidelines Update, September 2012. Mental Health Network NHS Confederation [www.iris-initiative.org.uk](http://www.iris-initiative.org.uk)

Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., Abel, M., Oehlenschlaeger, J., Christensen, T., Krarup, G., Hemmingsen, R., Jorgensen, P., & Nordentoft, M. Integrated treatment of first-episode psychosis: effect of treatment on family burden. OPUS trial. *British Journal of Psychiatry*. 2005. 187 (Suppl. 48), 85-90.

Jorgensen, P., Nordentoft, M., Abel, M.B., Gouliaev, G., Jeppesen, P. & Kassow, P.. Early detection and assertive community treatment of young psychotics: the Opus Study. Rationale and design of the trial. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2000. 35, 283-287.

Johannessen JO, Larsen TK, Horneland M et al. The TIPS Project. A systematized program to reduce duration of untreated psychoses in first episode psychosis. En: Miller T, McGlashan TH, Mednick SA et al (eds.). *Early Intervention in Psychotic Disorders*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2001, pp. 151-66.

Kendall T, Hollis, C., Stafford, M., & Taylor, C. Recognition and management of psychosis and schizophrenia in children and young people: summary of NICE guidance. *BMJ: British Medical Journal*. 2013. p 346.

Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Ustun TB. Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. *Current opinion in psychiatry* 2007;20(4):359-364. doi:10.1097/YCO.0b013e32816ebc8c.

Killackey E, Yung AR Effectiveness of early intervention in psychosis *Current Opinion in Psychiatry* 2007; 20: 121–5.

Knapp M, Mangalore R, Simon J: The global costs of schizophrenia. *Schizophr Bull* 2004, 30(2):279-293.

Kronig MH, Munne RA, Szymanski S, et al. Plasma clozapine levels and clinical response for treatment-refractory schizophrenic patients. *Am J Psychiatry*. 1995;152(2):179-182.

Lehman AF, Lieberman JA, Dixon LB, et al. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition. *Am J Psychiatry*. 2004;161(2 Suppl):1-56. doi:10.1176/appi.books.9780890423363.45859.

Lemos, S. Factores de riesgo y protección en psicopatología en niños y adolescentes. En J. Buendía (ed.): *Psicopatología en niños y adolescentes: Desarrollos actuales* (pp. 25-54). Madrid: Pirámide. 1996

Lemos Giraldez, S. Esquizofrenia y trastornos de la personalidad. En *Detección y Prevención en el Aula de los Problemas del Adolescente* (pp. 213-226). Ed. Pirámide, 2009.

Lingjaerd O., Ahlfors U.G., Bech P., Dencker S.J., Elgen K. "The UKU side effect rating scale". *Acta Psychiatr Scand* 1987; 76 (Suppl 334): 1-100

Malla AK, Norman RMG, Voruganti LP. Improving outcome in schizophrenia: the case for early intervention. *Can Med Assoc J* 1999; 160: 843-6.

Marshall, M., Lockwood, A., Lewis, S., & Fiander, M. (2004). Essentials elements of an early intervention service for psychosis: the opinions of expert clinicians. *BMC Psychiatry*. <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/4/17>

Marshall, M., & Rathbone, J. Early intervention for psychosis (review). *The Cochrane Library* 3: Wiley. 2007.

McGlashan, T.H., Zipursky, R.B., Perkins, D., Addington, J., Miller, T.J., Woods, S.W., Hawkins, K.A., Hoffman, R., Lindborg, S., Tohen, M. & Breier, A. The PRIME North America randomized double-blind clinical trial of olanzapine versus placebo in patients at risk of being prodromally symptomatic for psychosis I. Study rationale and design. *Schizophrenia Research*, 61, 7-18. 2003.

McGlashan, T.H., Addington, J., Cannon, T., Heinimaa, M., McGorry, P., O'Brien, M., McGorry PD, Edwards J, Mihalopoulos C, Harrigan S, Jackson HJ. EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia Bulletin* 1996; 22: 305-26.

McGorry PD. The scope for preventive strategies in early psychosis: logic evidence and momentum. En: Birchwood M, Flower D, Jackson C (eds.) *Early Intervention in Psychosis: A Guide to concepts, Evidence and Intervention*. Chichester: Wiley, 2000, pp. 3-27.

McGorry PD. Secondary prevention of mental disorders. En: Thornicroft G, Szumkler G (eds.). *Textbook of Community Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 2001, pp. 495-508.

McGorry, P. D., Yung, A. & Phillips, L. "The "close-in" or ultra high- risk model: a safe and effective strategy for research and clinical intervention in prepsychotic mental disorder. *Schizophrenia Bulletin*. 2003; 29(4), 771-790.

McGorry PD, Hickie IB, Yung AR et al. Clinical staging of psychotic disorders: a heuristic framework for choosing earlier, safer and more effective interventions. *Aust N Zeal J Psychiatry* 2006; 40:616-622.

Melau M1, Jeppesen P, Thorup A, Bertelsen M, Petersen L, Gluud C, Krarup G, Nordentoft M The effect of five years versus two years of specialised assertive intervention for first episode psychosis - OPUS II: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2011 Mar 10;12:72. doi: 10.1186/1745-6215-12-72.

Meltzer HY. Treatment of the neuroleptic-nonresponsive schizophrenic patient. *Schizophr Bull*. 1992;18(3):515-542.

Miller, T., Zipursky, R.B., Perkins, D., Addington, J., Woods, S., Hawkins, K.A., Hoffman, R., Preda, A., Epstein, I., Addington, D., Lindborg, S., Marquez, S., Tohen, M., Breier, A. & McGlashan, T.H. The PRIME North America randomized double-blind clinical trial of olanzapine versus placebo in patients at risk of being prodromally symptomatic for psychosis II. Baseline characteristics of the "prodromal sample." *Schizophrenia Research*. 2003;61, 19-30.

Miller, T., McGlashan, T.H., Lifshey, J., Somiee, L., Stein, K. & Woods, S. Prospective diagnosis of the initial prodrome for schizophrenia based on the structured interview for prodromal

syndromes: preliminary evidence of interrater reliability and predictive validity. *American Journal of Psychiatry*. 2002; 159, 863-865.

Morrison, A. P., Bentall, R.P., French, P., Walford, L., Kilcommons, A., Knight, A., Kreutz, M. & Lewis, S.W. Randomised controlled trial of early detection and cognitive therapy for preventing transition to psychosis in high-risk individuals. *British Journal of Psychiatry* 2002; 181 (Suppl. 43), 78-84.

Mortimer AM, Singh P, Shepherd CJ, Puthiryackal J. Clozapine for treatment-resistant schizophrenia: National Institute of Clinical Excellence (NICE) guidance in the real world. *ClinSchizophrRelat Psychoses*. 2010;4(1):49-55. doi:10.3371/CSRP.4.1.4.

National Collaborating Centre for Mental Health. National Institute for Clinical Excellence (NICE). The Royal College of Psychiatrists & The British Psychological Society. London, 2008

NICE. Schizophrenia: core interventions in the treatment and Management of schizophrenia in primary and secondary care. London. National Institute of Clinical Excellence-NHS. 2002.

NICE. Schizophrenia (update): full guideline DRAFT September 2008. London: National Institute of Clinical Excellence-NHS. 2008.

Nordentoft M1, Rasmussen JO, Melau M, Hjorthøj CR, Thorup AA. How successful are first episode programs? A review of the evidence for specialized assertive early intervention *Curr Opin Psychiatry*. 2014 May;27(3):167-72. doi: 10.1097/YCO.000000000000052.

Nuechterlein KH, Dawson ME. A heuristic vulnerability stress model of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1984; 10: 300-312.

Number V, Team MM, Committee CG. Clozapine Guideline – Community. 2013:1-43.

Olin, S. y Mednick, S.A. Risk factors of psychosis: Identifying vulnerable population pre-morbidly. *Schizophrenia Bulletin*. 1996; 22, 223-240.

Origen Youth Health. The Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis, second edition. 2010

Penn, D., Perkins, D., Salokangas, R., Walsh, B., Woods, S., & Yung, A. Recruitment and Treatment practices for help-seeking “prodromal” patients. *Schizophrenia Bulletin* 2007. 33 (3), 715-726

Penn, D. J., Waldheter, E.J., Perkins, D.O.; Mueser, K.T., & Lieberman, J.A. Psychosocial treatment for first-episode psychosis: A research Update. *American Journal of Psychiatry*. 2005. 162, 2220-2232

PORT. The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team. Updated Treatment Recommendations. 2009.

Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. *Aust N Z J Psychiatry*. 2005;39(1-2):1-30.

Ruiz de Azúa García S, González-Pinto Arrillaga A, Vega Pérez P, Gutiérrez, Fraile M, AsuaBatarrita J. Revisión de los tratamientos psicológicos en primeros episodios psicóticos. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2009. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA Nº 2007/08.

Schulze B, Rossler W. Caregiver burden in mental illness: review of measurement, findings and interventions in 2004-2005. *Curr Opin Psychiatry* 2005; 18 (6): 684-691.

Shiers DE, Rafi I, Cooper SJ, Holt RIG .update (with acknowledgement to the late Helen Lester for her contribution to the original 2012 version) Positive Cardiometabolic Health Resource: an intervention framework for patients with psychosis and schizophrenia. 2014 update. Royal College of Psychiatrists, London.

Stafford MR; Jackson H; Mayo-Wilson E; Morrison AP; Kendall T. Early interventions to prevent psychosis: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2013; 346:f185

Stark A, Scott J. A review of the use of clozapine levels to guide treatment and determine cause of death. *Aust N Z J Psychiatry*. 2012;46(9):816-825. doi:10.1177/0004867412438871.

Szymanski S, Masiar S, Mayerhoff D, et al. Clozapine response in treatment-refractory first-episode schizophrenia. *Biol Psychiatry*. 1994;35(4):278-280. doi:10.1016/0006-3223(94)91259-9.

Travé Martínez J, PousaTomàs E. Eficacia de la terapia cognitivo-conductual en pacientes con psicosis de inicio reciente: una revisión. *Papeles del Psicólogo*, 2012. Vol. 33(1), pp. 48-59 <http://www.cop.es/papeles>

Vallina Fernández Oscar, Lemos Giráldez Serafín, Fernández Iglesias Purificación . Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis. *Apuntes de Psicología*. 2006, Vol. 24, número 1-3, págs. 185-221. ISSN 0213-3334

Vázquez-Barquero JL, Cuesta MJ, De la Varga M, Herrera, Gaite L, Arenal A. The Cantabria first episode schizophrenia study: a summary of general findings. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 91: 149-55.

Vázquez-Barquero JL, Cuesta MJ, Herrera S, Lastra I, Herran A, Dunn G. Cantabria first episode schizophrenia study: three year follow-up. *Br J Psychiatry* 1999; 174:141-9.

Vera I, Rezende L, Molina V, Sanz-Fuentenebro J. Clozapine as treatment of first choice in first psychotic episodes. What do we know? *Actas españolas Psiquiatr*. 2012;40(5):281-9. doi:10.1177/2045125313481026.

Yung AR, McGorry PD. Prediction of psychosis: setting the stage. *Br J Psychiatry Suppl*. 2007 Dec;51:s1-8.

Zubing J, Spring B. Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology* 1977; 83: 103-126.

## PÁGINAS WEB

American Psychiatric Association DSM-5 Development Web Page. 2012.  
<http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>

Proyecto Chamberlin: [www.proyecto-chamberlin.org/blog](http://www.proyecto-chamberlin.org/blog)

Esquizofrenia24x7.com.www.

1 de cada 4. Estrategia andaluza contra el estigma en salud mental.[www.1decada4.es](http://www.1decada4.es)

Programa de prevención de psicosis p3. Servicio Cántabro de Salud. [www.p3-info.es](http://www.p3-info.es)

## 11. ANEXOS DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS

### 11.1. ANEXO 1

#### 11.1.1 GUIA PRÁCTICA PARA MAPs PARA LA DETECCIÓN DE LA PSICOSIS

Esta guía pretende ser una orientación para el reconocimiento de padecimientos que pueden alertarnos y/o hacernos sospechar el inicio de una posible psicosis. Para ello necesitamos conocer los factores de riesgo de la psicosis y los síntomas que pueden constituir su comienzo.

#### A. FACTORES DE RIESGO DEL TRASTORNO PSICÓTICO:

- Edad: adolescencia y primeros años de la vida adulta
- En los rasgos del paciente:
  - antecedentes familiares
  - personalidad vulnerable (esquizoide, esquizotípica)
  - problemas de adaptación previos
  - retraso en las etapas del desarrollo
  - antecedente de lesión craneoencefálica
  - bajo nivel intelectual
  - antecedentes de complicaciones obstétricas
- En la situación del paciente:
  - acontecimientos vitales
  - estrés psico-social evidente
  - abuso de sustancias (cannabis )
  - cambios subjetivos y funcionales

#### B. SIGNOS Y SÍNTOMAS PRODRÓMICOS / INCIPIENTES:

- Cambios en el funcionamiento psico-social: deterioro en el trabajo o en los estudios, aislamiento social, pérdida de energía o motivación.
- Cambios conductuales: trastornos del sueño, alteraciones del apetito.
- Cambios emocionales: depresión, ansiedad, tensión, irritabilidad, ira, cambios afectivos, percepción de cambios en el entorno, sensación de aceleración o enlentecimiento en el pensamiento.
- Cambios cognitivos: problemas de concentración o memoria, desconfianza, aparición de creencias inusuales.

*\*Si una persona presenta algunos de estos signos o síntomas, si además es un adolescente, y si están presentes algunos de los factores de riesgo, contactar con [psiquiatra-enlace](#) para iniciar la gestión del caso.*

### 11.1.2- CRITERIOS DEL PROGRAMA EDIE (MANCHESTER)

1 punto:

- La familia está preocupada.
- Consumo excesivo de alcohol.
- Consumo de drogas (incluido cannabis).
- Discute con los amigos y con la familia

2 puntos:

- Dificultades para dormir.
- Falta de apetito.
- Humor depresivo.
- Pobre concentración.
- Inquietud.
- Tensión o nerviosismo.
- Falta de placer por las cosas.

3 puntos:

- Sensación de que la gente le está observando \*
- Sensación de que oye cosas que los demás no pueden oír \*

4 puntos:

- Ideas de referencia \*
- Creencias raras \*
- Pensamiento o lenguaje raro.
- Afectividad inadecuada.
- Conducta o apariencia rara.
- Historia de psicosis en un familiar de primer grado + estrés aumentado o deterioro en el funcionamiento

**Valoración:** Se recomienda evaluar con más detalle a la persona que alcanza una puntuación igual o superior a 20, asignando el valor indicado a cada uno de los síntomas; o bien cuando presenta cualquiera de los síntomas señalados con un asterisco, aunque no alcance dicha puntuación.

Escala traducida y adaptada del estudio EDIE (EarlyDetectionInterventionEvaluation) del Departamento de Psicología de La Universidad de Manchester, Reino Unido por los responsables del programa de prevención de psicosis de Cantabria referencia :[www.p3-info.es](http://www.p3-info.es)

**Dr. Serafín Lemos Giráldez**

Catedrático de psicopatología de la Universidad de Oviedo

**Dr. Oscar Vallina Fernández**

Psicólogo clínico del Servicio Cántabro de Salud.

## 11.2. ANEXO 2.

### 11.2.1.-FICHA DE ATENCIÓN DEL PACIENTE

A.1 DATOS DE FILIACIÓN DEL PACIENTE,
• Nombre y apellidos, dirección, teléfonos de contacto, SIP, lugar de procedencia, médico referente
• Consentimiento informado. (CONTRATO TERAPÉUTICO)
• Instrucciones anticipadas
A.2 EVALUACIÓN INICIAL
• Historia médica
• Somática
• Psiquiátrica
• Toxicológica
• Psicosocial
• Historia familiar
• EEM
• Personalidad
• Exploración física
• Exploraciones complementarias
• Médicas
• Baterías de test
A.3 NECESIDADES
A.4 PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADO
• Áreas.
• Objetivos

•	Intervenciones
•	Evaluación

### 11.2.2.-CONTRATO TERAPÉUTICO

•	CONTRATO TERAPÉUTICO (PROGRAMA DE PRIMEROS EPISODIOS)
Yo _____ Don/Doña _____ con DNI _____ he sido informado/a de la inclusión en el Programa de Primeros Episodios Psicóticos (Departamento correspondiente). Se trata de un programa específico para atender a pacientes con un primer episodio psicótico durante los primeros años de la enfermedad con una duración de 3 años prorrogables a 5 años en el caso de que se precise. Durante la estancia en este programa se le realizarán las pruebas diagnósticas necesarias y se iniciará un tratamiento intensivo y personalizado para la patología que le ha sido diagnosticada.	
Nombre y firma del paciente o responsable legal (si procede):	
En _____, a _____ de _____ del 20__	
____ He leído y comprendido este contrato terapéutico	
____ La información de este contrato terapéutico me ha sido explicada.	
TELÉFONOS DE ATENCIÓN	
Teléfono de Consulta (horario):	
Teléfono de atención a urgencias (horario):	
NOTA: Se harán dos copias del contrato: una será incluida en la historia clínica del paciente y la otra será para el paciente o responsable legal (si procede).	

### 11.2.3.-INSTRUCCIONES ANTICIPADAS EN PSIQUIATRIA

La ley General de Sanidad 41/2002 en su art. 11 reconoce como instrucciones previas el documento por el que una persona mayor de edad, capaz y libre manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud

La OMS, en su Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS (2012) también refiere las instrucciones anticipadas como un documento escrito en el que una persona puede especificar por adelantado decisiones sobre la atención en salud, opciones de tratamiento o “recuperación” en el caso de que no sea capaz de comunicar sus decisiones en algún momento

en el futuro. Las instrucciones anticipadas pueden incluir también las opciones de tratamiento y de “recuperación” que una persona no quiere tener, y como tal puede ayudar a asegurar de que no reciba ninguna intervención en contra de sus deseos. Se trata, por tanto, de respetar y promocionar la autonomía del paciente en momentos de vulnerabilidad.

Es importante adecuar el momento propicio en que se deben establecer estas instrucciones anticipadas, cuando la persona se sienta responsable de su propio proceso de curación, sea consciente de su enfermedad y de su propia vulnerabilidad.

La persona otorgante del documento puede designar además, un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones anticipadas.

• INSTRUCCIONES ANTICIPADAS
Yo _____ Don/Doña _____ con DNI _____ manifiesto que, en aquellas situaciones en las que mi capacidad de decisión se vea afectada por mi enfermedad, se considere las opciones de tratamiento que se detallan en documento adjunto.
Del mismo modo, designo a _____ con DNI _____ para que sirva como interlocutor en mi nombre en las situaciones anteriormente descritas.
Nombre y firma del paciente:
En _____, a _____ de _____ del 20__
Nombre y firma de la persona designada como interlocutor:
En _____, a _____ de _____ del 20__

#### **11.2.4.- EVALUACIÓN INICIAL.**

En todo paciente detectado debe realizarse, a través de la entrevista clínica y otros instrumentos, un estudio diagnóstico inicial completo llevado a cabo por distintos especialistas de un equipo multidisciplinar: enfermería especialista en salud mental, terapeuta ocupacional, trabajadora social, psicólogo clínico y psiquiatra, que incluya:

**1) Historia clínica psiquiátrica:** elaboración de juicio diagnóstico con planteamiento de diagnósticos diferenciales y juicio pronóstico.

**2) Historia médica general:**

- Antecedentes de patologías somáticas de interés.
- Uso de fármacos concomitantes.

**3) Historia toxicológica:** patrones de consumo de tóxicos.

**4) Historia funcionamiento psicosocial:**

- Historia laboral /académica
- Funcionamiento en el empleo
- Relaciones en el trabajo, red social
- Dificultades específicas.
- Utilización del tiempo de ocio, hábitos de vida.
- Habilidades y competencias sociales.
- Conocimiento sobre la enfermedad, medicación, autonomía, utilización de recursos comunitarios.
- Evaluación de recursos del paciente:

--Evaluación de la respuesta psicológica a la psicosis: las variables psicológicas que se han mostrado relevantes en la remisión de la psicosis son: el autoestigma por enfermedad mental, el estilo de recuperación de la enfermedad (nivel de afrontamiento de la enfermedad) y el modelo explicativo de psicosis que se tenga en formato de creencias personales sobre la enfermedad.

--Adaptación y tolerancia al estrés.

**5) Personalidad:** autopercepción y autoconcepto.

**6) Historia Familiar:** Antecedentes familiares de enfermedad mental.

**7) Estructura familiar:**

- Patrón de relaciones sociales y familiares: evaluar las relaciones familiares (criticismo, hostilidad, sobreimplicación...) y las relaciones de apoyo.
- Recursos familiares: manejo de situaciones problemáticas, nivel de estrés-sobrecarga familiar relacionada con el paciente.

**8) Examen del estado mental a través de entrevistas estructuradas**

- Síntomas positivos.
- Síntomas negativos.
- Síntomas de desorganización.
- Síntomas de depresión, ideación o riesgo suicida.

**9) Evaluación física llevada a cabo por enfermería:**

- Control nutricional y metabólico: medición talla y peso, perímetro abdominal, IMC, signos de deshidratación e ingesta de alimentos (apetito, cantidad y tipo de líquidos, hábitos de alimentación, preferencias alimentarias, restricciones, evitaciones, náuseas, vómitos, ingesta compulsiva)
- Control de hipertensión arterial u otros problemas cardiovasculares.
- Conductas de riesgo de enfermedades de transmisión sexual o por consumo de tóxicos.
- Control de perfil lipídico y glucémico.
- Hábitos de vida saludable: ejercicio, hábitos de sueño-descanso (horario diurno-nocturno, cantidad de horas, problemas de sueño, hábitos no saludables, mecanismos para combatir el insomnio).
- Percepción-control de la salud: aspecto general, higiene personal, higiene bucal, conciencia de enfermedad, conocimiento de la enfermedad, adherencia al tratamiento, conocimiento del tratamiento farmacológico.

**10) Exploraciones complementarias: para poder establecer diagnósticos diferenciales de procesos somáticos, así como determinación del estado físico del sujeto y posibles elementos de riesgo. Se realizarán al inicio del programa con reevaluaciones periódicas de ciertos parámetros en función de las necesidades específicas. Se incluirá:**

- Análítica sangre: hemograma y bioquímica (glucemia, función renal, hepática y tiroidea)
- Tóxicos en orina: cocaína, opiáceos, alcohol, anfetaminas, cannabis.
- Test de gestación: si es mujer en edad fértil.
- Serología: VIH; LUES, Hepatitis B y C.
- ECG.
- EEG.
- Neuroimagen: TAC o RMN cerebral.
- Estudios neuropsicológicos. Psicometría.

### 11.2.5.-INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN:

#### EVALUACIÓN CLÍNICA:

- ESCALA PARA EL SÍNDROME POSITIVO Y NEGATIVO DE LA ESQUIZOFRENIA (PANSS)
- ESCALA DE IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL (ICG)
- ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON (HDRS)
- ESCALA DE MANÍA DE YOUNG (YMRS)

En el caso de que existan dudas diagnósticas pueden administrarse los siguientes instrumentos:

- STRUCTURED CLINICAL INTERVIEW FOR DSM-IV-TR AXIS I DISORDERS (SCID-I)  
EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD:
- INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON (M-III)

#### EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA:

- SCREEN FOR COGNITIVE IMPAIRMENT IN PSYCHIATRY (SCIP)
- BATERÍA COGNITIVA MATRICES (sólo en los casos que lo requieran)

#### FUNCIONAMIENTO SOCIAL:

- ESCALA DE AJUSTE PREMÓRBIDO DE CANNON-SPOOR (PAS)
- ESCALA DE FUNCIONAMIENTO SOCIAL (SFS)
- ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD GLOBAL (EEAG)

#### CALIDAD DE VIDA:

- CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA DE LA OMS (WHOQoL-Bref)

#### EFFECTOS SECUNDARIOS DEL TRATAMIENTO

- ESCALA DE EFECTOS SECUNDARIOS (UKU) (opcional)

#### EVALUACIÓN FAMILIAR:

- CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE REPERCUSIÓN FAMILIAR (IEQ)
- CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG (GHQ)
- CUESTIONARIO FAMILIAR DE BARROWCLOUGH Y TARRIER (FQ) (opcional)

**11.2.6.-PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADO (PAI)**

AREAS	FORTALEZAS/DEBILIDADES	NECESIDADES	OBJETIVOS	ACCIONES	PROFESIONAL QUE LA REALIZA	REVISIÓN/EVALUACIÓN				
						3m	12m	18m	36m	60m
BIOLÓGICA: FARMACOLÓGICA										
CUIDADO SALUD										
PSICOLÓGICA										
FAMILIAR										
SOCIAL										
ACADÉMICO/LABORAL										

FIRMA PACIENTE

FIRMA PROFESIONAL DE REFERENCIA.

11.2.7.FICHA DE EVALUACIÓN INDIVIDUAL						
NOMBRE:	ALTA:					
TIEMPO ESPERA 1º CONTACTO						
PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADO						
	INICIO	6 MES	12 MES	18MES	36MESES	60 MESES
ATENCIÓN EN URGENCIAS						
INGRESO EN UHP						
TENTATIVA DE SUICIDIO						
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO						
EFFECTOS SECUNDARIOS MEDICACIÓN (ESCALA UKU)						
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA						
TCC SI/NO. Nº SESIONES						
PSICOEDUCACIÓN SI/NO. Nº SESIONES						
EDUCACIÓN HÁBITOS SALUDABLES. SI/NO.						
Nº SESIONES						
EXISTENCIA HÁBITOS TÓXICOS. SI/NO						
DEPENDENCIA HÁBITOS TÓXICOS. SI /NO.						
ASISTE A UCA/UA.SI/NO						
FUNCIONAMIENTO GLOBAL (ESCALA EEAG)						
REMISIÓN CLÍNICA (ESCALA PANSS)						
INTERVENCIÓN FAMILIAR. SI/NO						
PSICOEDUCACIÓN SI/NO .Nº SESIONES						
NIVELES DE SOBRECARGA Y AFECTACIÓN PSICOLÓGICA						
INTERVENCIÓN SOCIAL(habilidades sociales/resolución de problemas) SI/NO						
Nº SESIONES						
ACTIVIDADES DE OCIO/TIEMPO LIBRE: SI/NO						
ESTUDIA SI/NO- TRABAJA SI/NO						
MEJORA SATISFACCIÓN CALIDAD DE VIDA (ESCALA WHO)						
SATISFACCIÓN DEL PACIENTE						
SATISFACCIÓN DE LA FAMILIA						
ABANDONO DEL PROGRAMA:	BAJA DEL PROGRAMA:					

## 11.3. ANEXO 3

### 11.3.1-PROGRAMA DE TRATAMIENTO DE PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE GANDÍA (PTPEP-GANDÍA)

El PTPEP - Gandía se ha diseñado con el fin de proporcionar un tratamiento intensivo, integral, de calidad y continuado dirigido a las fases iniciales de las psicosis, en el contexto de la práctica asistencial de la sanidad pública.

#### OBJETIVOS:

- 1- Implantar un programa de tratamiento comunitario dirigido a personas con un Primer Episodio Psicótico (PEP) dentro de la asistencia pública, tratando de optimizar la utilización de los recursos humanos y materiales disponibles en el servicio e incrementar la cartera de servicios del Departamento de Salud de Gandía.
- 2- Detectar y tratar a todos los pacientes que sufran un PEP con el fin de optimizar su recuperación clínica y funcional.
- 3- Abordar el trabajo con las familias forma sistemática en todos los casos, en función de la fase de la enfermedad, utilizando una terapia de tipo cognitivo-conductual y dirigida a la unidad familiar
- 4- Evaluar los resultados del tratamiento mediante un protocolo de investigación
- 5- Formación continuada y docencia sobre aspectos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de las primeras fases de las psicosis.
- 6- Favorecer y colaborar en la implantación del programa en todos los Departamentos de Salud de la Comunidad Valenciana.

#### POBLACIÓN DIANA

La intervención va dirigida a todos los pacientes y sus familias, remitidos al programa de forma consecutiva por los psiquiatras, psicólogos y médicos de atención primaria del Departamento de Salud de Gandía, siempre que cumplan los siguientes criterios de selección:

- 1- Presentar un primer episodio de psicosis no afectivas según criterios DSM-IV TR y/o CIE-10 (F20-F29)
- 2- Tiempo desde el diagnóstico inferior o igual a un año
- 3- Edad comprendida entre 15 y 45 años.
- 4- No presentar patología neurológica como diagnóstico principal ni discapacidad intelectual.
- 5 - Consentimiento informado

#### DESCRIPCIÓN/INTERVENCIÓN

El PTPEP-Gandía es un tratamiento intensivo de tres años de duración, integrado por estrategias terapéuticas tanto biológicas como psicosociales que han demostrado eficacia en el tratamiento de las psicosis. En primer lugar, la asistencia clínica que incluye el tratamiento farmacológico con antipsicóticos atípicos, el abordaje de la experiencia psicótica y el cuidado de la salud física; en segundo lugar, el trabajo con las familias que incluye la Intervención Familiar según el modelo de Falloon (1984) y una Intervención Social dirigida a mejorar el funcionamiento y ajuste del paciente.

El programa consta de tres fases diferenciadas, con el fin de adaptarse a la clínica y la evolución de un PEP, siguiendo el modelo de fases y con un enfoque preventivo: fase aguda (12 semanas), fase de recuperación temprana (18 meses) y fase de recuperación prolongada (36 meses). En cada una de ellas la asistencia consta de los tres abordajes señalados anteriormente.

Ha sido diseñado por un grupo de profesionales de Salud Mental, a partir del estudio de la bibliografía y guías clínicas, teniendo en cuenta los dispositivos asistenciales y recursos materiales disponibles en el servicio, con la finalidad de maximizar el rendimiento en el tratamiento de personas que sufren un PEP.

#### EVALUACIÓN

Con el fin de evaluar la aplicación del programa y poder responder a las cuestiones planteadas en los objetivos del proyecto, se ha diseñado un estudio de intervención con un seguimiento a tres años. La intervención consiste en la aplicación del PTPEP-Gandía en su vertiente asistencial y la evaluación se realiza en tres momentos a lo largo del seguimiento en función de las fases del PEP descritas anteriormente.

La evaluación recoge variables relacionadas con el paciente y con el familiar clave, que es aquél que más tiempo pasa con la persona que sufre la psicosis y que se encarga de su cuidado. En el primer caso, son de tipo sociodemográfico, clínico, neuropsicológico, biológico, de funcionamiento premórbido y funcionamiento social, conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento. Además se valora al *familiar clave* en aspectos relacionados con la carga que sufre por la enfermedad y los conocimientos que tiene sobre la enfermedad.

Se utilizan instrumentos traducidos al español y en su mayor parte validados. Además, la mayoría se utilizan ampliamente en los estudios sobre psicosis. Los miembros del equipo están entrenados en su utilización y con el fin de evitar sesgos se ha dividido la evaluación de forma que el mismo profesional administre los mismos instrumentos en todos los casos.

El protocolo de investigación de PTPEP-Gandía ha recibido la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Virgen de los Lirios de Alcoy y también la de la Comisión de Investigación, Docencia y Ética del Hospital Francisc de Borja de Gandía

El programa se puso en marcha en el año 2008 y durante este tiempo se ha implantado dentro del Departamento de Salud de Gandía. Se ha consolidado un equipo interdisciplinar de profesionales de Salud Mental y se han coordinado las actuaciones,

trabajando intensamente en todos los objetivos planteados. No se ha requerido un incremento de recursos y de ha aplicado dentro de la asistencia pública, siendo el trabajo en equipo la base del tratamiento.

#### **CONTACTO**

##### **Equipo de PTPEP-Gandía.**

M<sup>ª</sup> José Masanet García y María Lacruz Silvestre, Psiquiatras de la Unidad de Salud Mental de Gandía.

Cristina Doménech Cardona y Francisco José Castells Pons, Enfermeros de Salud Mental.

Paula Sastre Portes, Terapeuta Ocupacional y M<sup>ª</sup> José Ferrer Méndez, Trabajadora Social.

Alfredo CortellSivera, Psiquiatra, Jefe de Sección de Salud Mental del Departamento de Salud de Gandía.

[masanetmjo@gmail.com](mailto:masanetmjo@gmail.com) [maria.lacruz.silvestre@gmail.com](mailto:maria.lacruz.silvestre@gmail.com)

Teléfono de contacto: 962849506

## **11.3.2.-PROGRAMA DE TRATAMIENTO DE PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS DEL DEPARTAMENTO DE SALUD LA RIBERA.**

### **2.1.-UNIDAD FUNCIONAL PRIMEROS EPISODIOS DE PSICOSIS DE LA RIBERA.**

Las Unidades Funcionales (UF) son Unidades Específicas no Estructurales que van a diseñar el abordaje integral de patologías específicas, en este caso los Primeros Episodios de Psicosis (PEP), marcando las directrices de detección, clínicas, asistenciales, de formación y de investigación alrededor de la patología de que se ocupan.

Están constituidas por un responsable y 1 ó 2 colaboradores directos ubicados en una unidad estructural (USM, USMIA, UCA), así como 1 Referente en cada una de las otras unidades estructurales, cuya principal función es transmitir y coordinar toda la información, formación e iniciativas de la UF.

La UF de PEP de La Ribera tiene al responsable y principales colaboradores en la USM de Alzira, donde se realizan los abordajes grupales anualmente con los pacientes y sus familiares, y un referente en la USM de Carlet, en la USM de Sueca, en la USMIA y en la UCA.

Se realiza una abordaje más intensivo durante el periodo crítico de la enfermedad, es decir, los primeros cinco años. Se asegura la continuidad asistencial de los pacientes porque desde el principio son seguidos por los mismos terapeutas en su tratamiento individualizado.

#### **OBJETIVOS:**

1. Concienciar a los profesionales relacionados con la Salud Mental de la necesidad de introducir en la práctica diaria un estilo de abordaje –laboral, en general- activo, dinámico, dirigido a la detección y tratamiento precoz de las enfermedades mentales, en este caso de los primeros episodios de psicosis, y basado en las necesidades de las personas que las padecen y de sus familiares.
2. Dar a conocer las directrices generales de un programa basado en el estilo mencionado, generando una guía clínica para su aplicación uniforme y sistemática en el equipo de salud mental del departamento de salud de la Ribera, abarcando desde la promoción y prevención en salud Mental, pasando por la detección Precoz, hasta la prevención terciaria y cuaternaria.
3. Coordinar actividades de evaluación/investigación del programa.
4. Formación continuada y actualización bibliográfica constante acerca del tema.

#### **CARACTERÍSTICAS DEL ABORDAJE**

##### **1. Precoz:**

- . Detección precoz de casos nuevos
- . Reducción de las demoras en la instauración de un tratamiento eficaz
- . Ofrecimiento de un tratamiento óptimo y continuo durante el “periodo crítico” de la enfermedad

2. Integral y óptimo: en el que se ofrecen desde el comienzo, las distintas y complementarias técnicas terapéuticas indicadas, preparadas en un “paquete terapéutico” listo para ser empleado. Las intervenciones biológicas, sociales y psicológicas deben integrarse para proporcionar el beneficio máximo. El efecto de un tipo de intervención está relacionado con las otras intervenciones que estén en marcha.

3. Específico por fases: las distintas técnicas psicofarmacológicas y psicoterapéuticas tendrán su indicación prioritaria según las fases del periodo crítico.

4. Sistemático: debe formar parte de la práctica clínica diaria. Estar instaurado en ella.

5. Dirigido a la recuperación: tener como finalidad ayudar a los pacientes, y a sus familiares, a reconstruir y reorientar sus vidas y ayudarles a lograr una comprensión de la psicosis y desarrollar recursos para el futuro.

#### **GUIA CLINICA PARA PRIMEROS EPISODIOS DE PSICOSIS**

##### **1. INTERVENCIONES PREVIAS AL PRIMER CONTACTO**

##### **2. PRIMER CONTACTO**

##### **3. INTERVENCIONES A PARTIR DEL PRIMER CONTACTO**

1.-INTERVENCIONES PREVIAS AL PRIMER CONTACTO. Aquellas dirigidas a disminuir el tiempo de psicosis no tratada (TPNT): Mejorar la identificación de casos.

1.a Programa de colaboración con los equipos de atención primaria: Modelo enlace con aspectos colaborativos. Sesiones

mensuales en cada ZB de gestión de casos. Sesiones formativas.

2 PRIMER CONTACTO. Los procedimientos de valoración de las personas con un primer episodio de psicosis deben incluir estrategias que promuevan la colaboración de éstas/ la alianza terapéutica o de trabajo.

3 INTERVENCIONES A PARTIR DEL PRIMER CONTACTO

Dirigidas al paciente: individual y grupal.

Dirigidas a la familia.

Dirigidas a la micro-red social del paciente.

INTERVENCIONES POR ORDEN TEMPORAL

En cada etapa los pacientes tienen necesidades terapéuticas diferentes

Pre-terapéuticas

Fase inicial (8 semanas)

Fase de continuación (hasta 2º año)

Fase de mantenimiento (3º - 5º año)

CONTACTE.

Jose E. Romeu

Psiquiatra. Coordinador de Salud Mental. Departamento de la Ribera.

ppromeu@gmail.com

### 11.3.3-PROGRAMA DE TRATAMIENTO DE PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE VALÈNCIA-CLÍNICO-MALVARROSA

Bases conceptuales del proyecto

Se pretende dar una atención temprana y optimizada a los pacientes que presenta un primer episodio psicótico dentro del periodo crítico desde el inicio de la psicosis (5 años).

OBJETIVOS:

- 1- Los objetivos principales del programa son la detección, derivación rápida, evaluación rápida y tratamiento personalizado, integral e integrado.
- 2- Se aplicarán las intervenciones específicas (psicológicas, farmacológicas y psicosociales) basadas en la evidencia científica adaptadas a las distintas fases iniciales de la psicosis y orientadas hacia la recuperación.
- 3- Se pretende reducir el impacto de la psicosis en el paciente y su familia.
- 4- Integrar los proyectos de investigación financiados principalmente por ISCIII y otras entidades públicas llevados a cabo en el servicio de Psiquiatría con el fin de mejorar la asistencia clínica y consiguiendo una integración entre la práctica clínica y la investigación.

POBLACIÓN DIANA

Personas que han tenido un primer episodio de psicosis con edades comprendidas entre los 16 y 45 años que se encuentran dentro de los 5 primeros años de evolución de la enfermedad.

El conjunto de diagnósticos prioritariamente asociados a los trastornos psicóticos establecidos puede comprender los siguientes (según criterios DSM o CIE):

- \_ Esquizofrenia
- \_ Trastornos psicóticos agudos (trastorno psicótico breve)
- \_ Trastornos esquizoafectivos
- \_ Trastorno esquizofreniforme
- \_ Trastorno esquizotípico de la personalidad
- \_ Trastornos de ideas delirantes
- \_ Trastornos psicóticos no orgánicos
- \_ Catatonia asociada a otra enfermedad mental (DSM-V)
- \_ Episodio maníaco con síntomas psicóticos
- \_ Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- \_ Trastorno depresivo recurrente con síntomas psicóticos

Criterios de inclusión

- Paciente con sospecha de diagnóstico referenciado en el programa
- Periodo de evolución de menos de 5 años
- Residir en el área correspondiente al departamento específico
- Firmar el contrato terapéutico por el paciente o responsable legal.

Criterios de exclusión

- Patología orgánica diagnosticada claramente relacionada con el inicio del cuadro
- Edad igual o inferior a 16 años.
- Edad superior a 45 años.
- Discapacidad intelectual

## PROCESO

1. DEFINICIÓN. Dispositivo asistencial enfocado a proporcionar: Detección temprana y acceso rápido a servicios de salud mental especializados; Facilitar la atención y la recuperación de aquellas personas que han desarrollado por primera vez una psicosis; Diseño de un Plan Individualizado e Integrado de Atención; Garantizar la continuidad de cuidados; Mejorar el pronóstico

## 2. LÍMITES DEL PROCESO

-Límite inicial: Recepción de las propuestas de ingreso y valoración con aceptación o rechazo de la misma con diseño de un Plan individualizado e integrado para cada paciente que incluye un plan integral desde el punto de vista médico-psiquiátrico, psicológico y social.

-Límite final: alta del paciente tras completar el programa, realización de informe, coordinación y envío a los destinatarios del flujo de salida.

## PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS

1. Plan asistencial médico: tratamiento psicofarmacológico optimizado según guías clínicas y monitorización de la salud física.

2. Plan asistencial psicológico según guías clínicas: A partir de una evaluación de las necesidades del paciente, se ofertará de forma individualizada los diferentes componentes que se han mostrado relevantes en este tipo de poblaciones (elementos de psicoterapia de orientación cognitiva para los primeros episodios de psicosis):

2.1. Psicoeducación individual

2.2. Terapia cognitivo conductual (TCC) de síntomas positivos

2.3. TCC de patología co-mórbida: síntomas ansioso depresivos (patología dual/criterios de dependencia derivar y coordinar con UCAs)

2.4. Entrenamiento metacognitivo en formato grupal/individual

3. Plan asistencial social: Valoración global

4. Plan asistencial familiar: Intervención familiar en formato grupal

## CONTACTO

Equipo del programa.

Julio Sanjuán Arias, María José EscartíFabra, Psiquiatras del Programa

Esther Lorente Rovira, Psicóloga Clínica del Programa.

Encarna Cuevas, Enfermera de Salud Mental.

Blanca Llácer Iborra, Enfermera de Investigación CIBERSAM

Alejandra Guasp, Psicóloga de Investigación CIBERSAM

Ana Luengo Martín, Unidad de Hospitalización Domiciliaria.

Eduardo Aguilar García-Iturrospe, Interconsulta Hospitalaria

Mercedes Renovell, Psiquiatra, Jefe de Servicio del Hospital Clínico Universitario de Valencia

Julio.sanjuan@uv.es; mescartifabra@hotmail.com

Teléfono de contacto: 96 398 31 90