

ATENCIÓ A PRIMERS EPISODIS PSICÒTICS



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT UNIVERSAL I SALUT PÚBLICA

COORDINACIÓ

Araceli Oltra Ponzoda. Psicòloga. Oficina Autònoma Salut Mental. Direcció General d' Assistència Sanitària.

ELABORACIÓ

Maria José Masanet García. Psiquiatre. USM Gandia. Departament de Salut Gandia

Maria Lacruz Silvestre. Psiquiatre. USM Gandia. Departament de Salut Gandia

Carlos Martínez Pastor. Psiquiatre. Hospital de dia de l' Hospital General Universitari de EIX. Departament de Salut Elx- Hospital General.

Elisa Giménez de Llano. Psiquiatre. Hospital General Universitari València. Departament de Salut València- Hospital General

Gema Martínez Giner. Psiquiatre. Hospital General Universitari València. Departament de Salut València- Hospital General

Jose Romeu Climent. Psiquiatre. USM Alzira. Departament de Salut de la Ribera

Tomás de Vicente Muñoz. Psiquiatre. Hospital de la Ribera . Departament de Salut de la Ribera

Eulalia Carrato Vaz. Psiquiatre. Hospital General Universitari d' Elda. Departament de Salut d' Elda

María José Escartí Fabra. Psiquiatre. Hospital Clínic Universitari València. Departament de Salut València - Hospital Clínic- Malvarrosa.

Julio Sanjuan. Psiquiatre. Hospital Clínic Universitari València. Departament de Salut València - Hospital Clínic- Malvarrosa.

Estefanía Pérez Marín. Psiquiatre. Hospital Provincial de Castelló. Departament de Salut de Castelló.

Ramón Palmer Vicedo. Psiquiatre. Hospital Provincial de Castelló. Departament de Salut de Castelló.

Lorena García Fernádes. Psiquiatre. Hospital San Joan. Departament San Joan-Alacant

Carmen Camañes Fores. Psiquiatre. Hospital General Universitari València. Departament de Salut València- Hospital General

Begoña Frades García. Psiquiatre. Oficina Autònoma Salut Mental. Direcció General d' Assistència Sanitària.

Teresa Navarro García. Infermera especialista salut mental. Oficina Autònoma Salut Mental. Direcció General d'Assistència Sanitària.

Jose A. López Cócera. Infermer especialista salut mental. Oficina Autònoma Salut Mental. Direcció General d'Assistència Sanitària.

Cristina Domenech Cardona. Infermera Especialista en Salut Mental. Hospital de Dia de Salut Mental. Departament de Salut Gandia

Francisco José Castells Pons. Infermer Especialista en Salut Mental. Unitat d'Hospitalització a Domicili. Departament de Salut Gandia

M^a José Ferrer Méndez. Treballadora Social USM de Gandia. Departament de Salut Gandia

Paula Sastre Ports. Terapeuta Ocupacional Hospital de Dia de Salut Mental. Departament de Salut Gandia

Rosana Martínez Amorós. Psicòloga clínica de la unitat d'hospitalització psiquiàtrica i de l'hospital de dia de l'Hospital General Universitari d'Elx. Departament de Salut Elx- Hospital

Esther Ortega Díaz .Terapeuta ocupacional de la unitat d'hospitalització psiquiàtrica i de l'hospital de dia de l'Hospital General Universitari d'Elx. Departament de Salut Elx- Hospital

Juan Pretel. Psiquiatre. Departament de Salut València- Hospital General

Elena Orquín Segura. Resident Psiquiatria. Hospital de la Ribera. Departament de Salut de la Ribera

Olga Soprano Ros. Resident Psiquiatria. Hospital de la Ribera. Departament de Salut de la Ribera.

María Simón Blanes. Resident Psiquiatria. Hospital de la Ribera. Departament de Salut de la Ribera.

Aurora Maestro Mogrera. Treballadora Social. Hospital de la Ribera. Departament de Salut de la Ribera.

Montserrat Sogorb Espinosa. Treballadora Social. Servei de Salut Mental d'Elda. Departament de Salut d'Elda.

Esther Lorente Rovira. Psicòloga Clínica. Hospital clínic universitari de València. Departament de Salut València - Hospital Clínic- Malva-rosa.

Blanca Llàcer Iborra. Infermera investigació CIBERSAM grup G-23. programa primers episodis psicòtics. Hospital clínic universitari de València. Departament de Salut València - Hospital Clínic- Malva-rosa.

Mercedes Renovell Farré. Psiquiatre Hospital Clínic Universitari de València. Departament de Salut València - Hospital Clínic- Malva-rosa.

Begoña Rubio. Psicòloga. Hospital Provincial de Castelló. Departament de Salut de Castelló.

Vicente Elvira Cruaños. Psiquiatre. Hospital San Joan. Departament Alicante-San Joan

Eva Martín Moreno. Psicòloga clínica. Unitat d'Atenció a Primers Episodis Psicòtics. Hospital San Joan. Departament Alicante-San Joan

AGRAÏMENTS

SVMFYC. Societat valenciana medicina familiar i comunitària

SEMERGEM. Societat espanyola metges atenció primària

SEMG. Societat espanyola de metges generals i de família

AEN PV. Associació espanyola de neuropsiquiatria

AEPCP. Associació espanyola de psicoclínica i psicopatologia

Associació infermeria Salut Mental Comunitat Valenciana.

Associació Treball Social i Salut CV

AVAPIR. Associació valenciana de psicòlegs interns residents.

AVRISEM. Associació valenciana de rehabilitació e integració sociolaboral de persones amb malaltia mental

SPCV. Societat psiquiatria Comunitat Valenciana

PRESENTACIÓ

El model amb més acollida per a influir en el pronòstic de la psicosi és el d'intervenció precoç. Aquest es dirigeix a promoure la recuperació de la psicosi per mitjà de la prevenció, la detecció precoç i la intervenció terapèutica a l'inici de la malaltia.

La Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública és conscient d'aquesta realitat i per això ha impulsat l'elaboració d'aquest document d'acord amb una sèrie de principis bàsics com són: el tractament a la Comunitat, l'apoderament del pacient en el seu procés, la col·laboració de familiars, associacions o altres organitzacions. Aquest document de consens està orientat a la coordinació de tots els professionals implicats en l'atenció d'aquest trastorn i pretén definir les línies estratègiques d'actuació, incloent-hi la promoció de la salut mental, la prevenció de la psicosi i l'eradicació de l'estigma, com també la inclusió de totes aquelles actuacions que, des de l'evidència científica, ajuden a millorar l'atenció i recuperació d'aquelles persones que han desenvolupat per primera vegada una psicosi o estan en risc de desenvolupar-la.

Aquest document que ara es presenta descobreix una excel·lent proposta de model organitzatiu basat en la gestió per processos i posa en pràctica formes d'aproximació integral al tractament de les distintes dimensions simptomatològiques de les fases precoces de les psicosis.

Per tant, vull mostrar l'agraïment més sincer als professionals que, amb esforç, treball i ànim de compartir els coneixements, ho han fet possible i també fan possible amb la pràctica diària que un determinat nombre de persones troben una resposta al seu problema.

CARMEN MONTÓN

CONSELLERA DE SANITAT UNIVERSAL I SALUT PÚBLICA

INDEX

1 INTRODUCCIÓ	8
2 JUSTIFICACIÓ	11
3 OBJECTIUS	12
4 METODOLOGIA DEL MODEL D'ATENCIÓ A LES FASES INICIALS DE LES PSICOSIS	12
5 LÍNIES D'INTERVENCIÓ EN LES FASES INICIALS DE LES PSICOSIS	15
5.1-PROMOCIÓ DE LA SALUT MENTAL, PREVENCIÓ DE LA PSICOSI I ERADICACIÓ DE L'ESTIGMA	16
5.2-INTERVENCIÓ I RECUPERACIÓ D'AQUELLES PERSONES QUE HAN DESENVOLUPAT PER PRIMERA VEGADA UNA PSICOSI	17
5.2.1 FASES DE LA INTERVENCIÓ	18
5.2.1.1 FASE AGUDA DEL PRIMER EPISODI PSICÒTIC	18
5.2.1.2 FASE DE RECUPERACIÓ	18
5.2.2 POBLACIÓ DIANA	20
5.2.3 AVALUACIÓ GENERAL	21
5.2.3.1 AVALUACIÓ INICIAL	22
5.2.3.2 AVALUACIÓ AL FINAL DE LA FASE AGUDA	22
5.2.3.3 AVALUACIÓ FAMILIAR	23
5.2.3.4 AVALUACIONS PERIÒDIQUES DE SEGUIMENT	23
5.2.4 PLA D'ATENCIÓ INDIVIDUALITZAT	23
5.2.5 INTERVENCIIONS INDIVIDUALS	25
5.2.5.1 TRACTAMENT FARMACOLÒGIC	25
5.2.5.2 ATENCIÓ DE LA SALUT FÍSICA I HÀBITS DE VIDA SALUDABLE	27
5.2.5.3 TRACTAMENT PSICOLÒGIC	28
5.2.6 INTERVENCIIONS SOBRE LA FAMÍLIA I GRUP DE SUPORT	30
5.2.6.1 TREBALL AMB LES FAMÍLIES	30
5.2.6.2 INTERVENCIÓ SOCIAL	31
5.2.7 ALTA DEL PROGRAMA. DERIVACIÓ	33
5.2.8 PROTOCOL CLINICOASSISTENCIAL PER A LA INTERVENCIÓ PRIMERENCA EN PSICOSI	34
6. PLANS DE FORMACIÓ QUE GARANTISQUEN UNA ADEQUADA IMPLEMENTACIÓ DEL PROGRAMA	35

7. INVESTIGACIÓ EN TOTES AQUELLES ÀREES IMPLICADES EN L'ATENCIÓ A LES PSICOSIS EN ELS SEUS INICIS	36
8. AVALUACIÓ DEL PROGRAMA	40
9. ABREVIATURES	42
10. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES	43
11. ANNEXES	50
11.1-ANNEX 1	50
11.1.1-GUIA PRÀCTICA PER A MAP PER A LA DETECCIÓ DE LA PSICOSI	50
11.1.2- CRITERIS DEL PROGRAMA EDIE (MANCHESTER)	51
11.2- ANNEX 2	52
11.2.1-FITXA D'ATENCIÓ DEL PACIENT	52
11.2.2-CONTRACTE TERAPÈUTIC	53
11.2.3-INSTRUCCIONS ANTICIPADES EN PSIQUIATRIA	53
11.2.4-AVALUACIÓ INICIAL	55
11.2.5-INSTRUMENTS D'AVALUACIÓ	57
11.2.6-PLA D'ATENCIÓ INDIVIDUALITZAT	58
11.2.7-FITXA D'AVALUACIÓ INDIVIDUAL	59
11.3-ANNEX 3	60
11.3.1-PROGRAMA DE TRACTAMENT DE PRIMERS EPISODIS PSICÒTICS DEL DEPARTAMENT DE SALUT DE GANDIA	60
11.3.2-PROGRAMA DE TRACTAMENT DE PRIMERS EPISODIS PSICÒTICS DEL DEPARTAMENT DE SALUT DE LA RIBERA	61
11.3.3- PROGRAMA DE TRACTAMENT DE PRIMERS EPISODIS PSICÒTICS DE L'HOSPITAL CLÍNIC UNIVERSITARI	62

1. INTRODUCCIÓ

La psicosi és el terme utilitzat per a descriure un estat mental en el qual l'individu experimenta una distorsió o pèrdua de contacte amb la realitat, sense entorboliment de la consciència. Este estat mental es caracteritza per la presència de deliris, al·lucinacions i/o trastorns del pensament.

Un primer episodi psicòtic (PEP) ocorre quan en una persona apareixen per primera vegada símptomes psicòtics. Pot correspondre amb el debut d'una sèrie de trastorns mentals greus, com l'esquizofrènia, el trastorn esquizofreniforme, trastorn psicòtic agut, trastorn delirant, trastorn bipolar, trastorn depressiu major amb símptomes psicòtics i altres de més excepcionals. Els trastorns psicòtics són malalties d'una gran rellevància social i de salut pública. La gran majoria s'inicia en un període de la vida on s'afronten tasques i processos de madurada decisiu en les diverses dimensions de desenvolupament biològic, psicològic, social i vocacional (Kessler i cols, 2007). Per aquest motiu, l'aparició d'un primer episodi psicòtic és un succés especialment complicat i estressant, tant per a la persona que el pateix com per a la seua família i pot comprometre el potencial de desenvolupament del jove o de l'adolescent que el pateix.

La seua prevalença és al voltant del 3% en la població general si es consideren els trastorns psicòtics en el seu conjunt i no sols l'esquizofrènia. L'any 2001, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) va estimar que un terç dels anys viscuts amb discapacitat (AVD) en persones joves entre 15 i 45 anys corresponia als trastorns psiquiàtrics de manera que la depressió unipolar ocupa el primer lloc, l'esquizofrènia el tercer i el trastorn bipolar el cinqué. Es tracta de malalties amb una gran repercussió econòmica ja que es produeix una pèrdua de productivitat, tant de la persona que la pateix com de la seua família (Knapp i cols, 2004; Schulze i Rossler, 2005)

En l'actualitat hi ha consens internacional sobre la importància de tractar com més prompte millor i a distints nivells les psicosis i amb això incidir sobre l'evolució de la malaltia, buscant no sols la resposta al tractament, sinó la recuperació i la qualitat de vida. L'objectiu és aconseguir una ràpida incorporació al treball o a l'estudi de les persones afectades, i un nivell de satisfacció en aquestes activitats equivalent al de la població de la seua mateixa edat i del seu mateix sexe.

Aquest canvi de perspectiva respecte al tractament de la psicosi es basa en el model de l'estadificació clínica, que permet definir la mesura de progressió de la malaltia des de les seues primeres manifestacions i seleccionar el tractament més adequat, de manera que puga impedir-se l'avanç de la malaltia a estadis posteriors (McGorry i cols, 2006; Fusar-Poli i cols, 2013).

És necessari replantejar la planificació de l'assistència en els serveis de salut mental i impulsar la utilització de tractaments que garantisquen una atenció integral i de qualitat en aquest

camp. Per a això resulta indispensable el desenvolupament de programes de tractament específics per a les fases primerenques de la psicosi, sobre els beneficis de les quals hi ha una evidència científica creixent (Marshall t' al, 2005; Álvarez-Jiménez i cols 2009,2011, Bird i cols., 2010).

Són tractaments intensius, duradors i integrals realitzats per equips interdisciplinaris de professionals de la salut mental que actuen de forma coordinada tenint en compte les necessitats de cada pacient. Es realitzen preferentment en l'àmbit comunitari i inclouen estratègies biològiques i psicosocials que han demostrat eficàcia en el tractament de les psicosis i que s'apliquen en funció de la fase de la malaltia. A més de l'atenció al pacient de forma individual i/o grupal es té en compte les famílies i el grup de suport.

Difereixen en distints aspectes, com la seua durada, la inclusió o no de psicosis afectives i el tipus d'intervencions utilitzades.

Hi ha acord sobre els avantatges de l'aplicació d'aquests programes de tractament primerenc i integral dels PEP, és a dir, una vegada s'ha manifestat la clínica psicòtica (Bertolote i McGorry, 2005), ja que han demostrat de forma consistent que prevenen el deteriorament neurobiològic, social i psicològic, reduint el temps viscut amb discapacitat o accelerant la recuperació (Killackey i Young, 2007). A més, són més efectius en costos que el tractament habitual pel fet que redueixen de forma significativa el nombre d'hospitalitzacions i també altres costos socials relacionats amb el funcionament i productivitat dels pacients (Cullberg i cols., 2006 McCrone t' al 2010; Hastrup et al., 2013; Park t' al, 2014). Una recent metanàlisi demostra que els programes de tractament de PEP tenen un impacte beneficiós als dos anys de l'inici de la psicosi, tant en el curs de la malaltia com en el funcionament del pacient (Álvarez-Jiménez i cols, 2011). Alguns dels beneficis es perden en els seguiments més llargs, però la reducció en la durada de les hospitalitzacions es manté als cinc anys (Craig i cols., 2004; Bertelsen i cols, 2008). A hores d'ara es planteja que l'aplicació dels programes de tractament de PEP ha de prolongar-se al llarg de tot el període crític, és a dir, els primers 5 anys de la malaltia, per tal d'aconseguir una major efectivitat a llarg termini (Melau i cols, 2011; Nordentoft i cols., 2014).

Aquests programes estan recomanats en les guies clíniques més importants sobre el tractament de l'esquizofrènia, que inclouen seccions sobre PEP (NICE, 2008; PORT, 2009). A més s'han elaborat guies de pràctica clínica específiques dirigides a les fases inicials de les psicosis (Origen Youth Health, 2010; IRIS Guideline Update, 2012) i una declaració de consens d'experts internacionals (International Early Psychosis Association Writing Group, 2005). Al nostre país s'ha desenvolupat la Guia de Pràctica Clínica sobre l'Esquizofrènia i el Trastorn Psicòtic Incipient, coordinada pel Fòrum de Salut Mental (2009) i el Consens d'Atenció Primerenca a les Psicosis de l'Associació Espanyola de Neuropsiquiatria (2009).

Els programes pioners i que han sigut model de la resta d'iniciatives són Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC) a Melbourne, Austràlia (McGorry i cols., 1996) i Early Intervention Service (EIS) a Birmingham, Regne Unit (Birchwood i cols., 1997). Altres

exemples són: Prevention and Early Intervention Program for Psychosis (PEPP) a Londres-Canadà (Malla i cols., 1999); Early Treatment and Identification of Psychosis project, (TIPS) a Noruega i Dinamarca (Johannessen i cols., 2000); Early Psychosis Program (EPP) a Calgary, Canadà (Addington i Addington, 2001) i Early detection and assertive community treatment of young psychotics: the Opus Study (Jorgensen i cols, 2005) a Dinamarca. Al nostre país destaca el programa Intervenció en les Fases Primerenques de les Psicosis (PAFIP) de Cantàbria (Vázquez-Barquero i cols., 1995, 1999; Crespo-Facorro i cols., 2005).

La intervenció en les fases prèvies a l'inici de les psicosis ha comportat una major controvèrsia. Els individus d'alt risc de desenvolupar una psicosi són aquells que presenten símptomes prodròmics (disminució de la concentració i de l'atenció, disminució de la motivació, anergia, ànim depressiu, ansietat, irritabilitat, trastorns del son, suspicàcia, aïllament social...) o bé símptomes psicòtics atenuats, símptomes psicòtics breus i intermitents, deteriorament en el seu funcionament psicosocial i antecedents familiars de psicosi (McGorry, 2000; McGorry i cols., 2001). No obstant això, només un 22-40% dels que presenten una o més d'aquestes característiques evolucionen a la psicosi en els següents 12 mesos (Yung i cols, 2003; Miller i cols, 2002). L'aplicació de tractaments que retarden o eviten la transició a la psicosi d'aquesta síndrome prodròmica podria tenir implicacions molt importants per als pacients i les seues famílies, per a la societat i també econòmicament ja que es podria prevenir la discapacitat i la utilització de psicofàrmacs i recursos socio-sanitaris. Per aquests motius, a hores d'ara hi ha un gran interès tant a definir amb major especificitat les característiques que determinen un major risc de desenvolupar un trastorn psicòtic com en el disseny i aplicació d'intervencions. S'estan realitzant diferents programes com l'estudi PACE a Austràlia, (McGorry i cols, 2003); estudi PRIME als EUA, (McGlashan i cols, 2003); Programa EDIE a Anglaterra, (Morrison i cols, 2002). En el nostre medi destaca el programa de prevenció de psicosi de Torrelavega (Vallina i cols, 2006).

Una recent revisió sistemàtica i metanàlisi (Stafford i cols, 2013) sobre tractaments dirigits a persones d'alt risc conclou que la transició a la psicosi pot prevenir-se per mitjà d'intervencions psicosocials complexes: teràpia cognitivoconductual individual combinada amb teràpia familiar. D'aquesta manera, està justificat identificar aquests pacients, tractar els símptomes presents i realitzar un seguiment que incloga intervencions psicosocials adaptades, evitant que pugui afavorir-se l'estigma.

2. JUSTIFICACIÓ

Les dades i evidències actuals, plasmades en les recomanacions, guies clíniques i consensos vigents, obliguen els sistemes sanitaris al desenvolupament d'accions dirigides a millorar la detecció i la intervenció primerenca en la psicosi, amb la finalitat d'aconseguir una recuperació clínica i funcional, evitar la seua evolució a la cronicitat i prevenir l'estigma associat a aquestes patologies. En general les intervencions són assertives, tendeixen a evitar les hospitalitzacions, a localitzar-se en la comunitat i també a utilitzar recursos comunitaris. Els programes d'atenció a les fases inicials de les psicosis, a pesar de l'heterogeneïtat entre ells, coincideixen en la creació d'equips o serveis especialitzats, independents i integrats en la xarxa de Salut Mental preexistent.

Quant a la seua implantació, tant en Regne Unit com a Austràlia i Nova Zelanda s'han inclòs aquests serveis dins dels Plans Nacionals de Salut Mental. A Espanya s'ha anat evolucionant des de l'existència d'experiències aïllades fins a la inclusió de programes específics en els plans de salut mental de les diverses comunitats autònomes.

En la Comunitat Valenciana professionals de diferents serveis de salut mental han dissenyat programes de tractament destinats a persones que pateixen un PEP, basats en l'evidència científica i amb distint grau de desenvolupament i implantació, de manera que alguns equips compten ja amb una àmplia experiència. En conseqüència, s'ha considerat necessari arreglar totes aquestes iniciatives i elaborar un marc d'actuació comuna, aprenent els uns dels altres i consensuant actuacions comunes que puguin aplicar-se en tots els departaments de salut de la Comunitat Valenciana. Atés que hi ha diferències entre aquests, tant a nivell geogràfic i poblacional com a nivell de recursos, el que cosa es pretén és que en cada un dels serveis es planifiqui la forma en què s'han de realitzar les intervencions partint d'aquest document.

En l'elaboració i desenvolupament d'un programa de tractament de PEP s'han de contemplar les següents línies estratègiques d'actuació, tal com proposa el Consens d'atenció primerenca a les psicosis a Associació Espanyola de Neuropsiquiatria (2009):

- 1 Promoció de la salut mental, prevenció de la psicosi i eradicació de l'estigma.*
- 2 Facilitar l'atenció i recuperació d'aquelles persones que han desenvolupat per primera vegada una psicosi o estan en risc de desenvolupar-ne.*
- 3 Desenvolupar plans de formació que garantisquen una adequada implementació d'aquests programes.*
- 4 Promoure la realització d'investigacions en totes aquelles àrees implicades en l'atenció a la psicosi en els seus inicis.*

3. OBJECTIUS

OBJECTIU GENERAL

- Millorar la detecció precoç i atenció a les persones que pateixen un primer episodi psicòtic a la Comunitat Valenciana

OBJECTIUS ESPECÍFICS

- Establir criteris d'actuació homogenis per al diagnòstic i tractament dels pacients amb PEP
- Garantir als pacients amb un PEP i a les seues famílies el tractament òptim i específic per a cada fase durant els primers anys de malaltia.
- Garantir la participació activa de tots els agents implicats en aquest procés: usuaris, familiars i grup de suport, professionals i associacions.
- Formar els professionals que intervenen en el procés de detecció i atenció de primers episodis psicòtics
- Fomentar el desenvolupament de projectes d'investigació que milloren el coneixement i intervenció en l'atenció dels primers episodis psicòtics

4. METODOLOGIA DEL MODEL D'ATENCIÓ A LES FASES INICIALS DE LES PSICOSIS

L'adequada atenció a les persones que pateixen un trastorn psicòtic en les seues fases inicials requereix comptar amb un programa específic l'estructura del qual garantisca un tractament comunitari, integral i integrat en l'assistència habitual, que siga accessible i assegure la continuïtat de cures al llarg dels primers cinc anys de la malaltia. Per a això és indispensable que els programes de tractament de PEP es dissenyen, es desenvolupen i s'implanten seguint unes directrius bàsiques.

A continuació es desenvolupa una sèrie de principis bàsics i accions que permeten l'aplicabilitat d'aquest model d'atenció dins els serveis de salut mental de la sanitat pública.

1. Creació d'equips interdisciplinaris d'intervenció comunitària per a l'atenció, avaluació i tractament intensiu i mantingut al llarg del període crític de totes les persones que es troben en les fases inicials de les psicosis i les seues famílies. Aquest programa garanteix l'atenció per un període de tres anys, prorrogable a cinc anys en els casos que ho necessiten.

- Valorar els recursos humans i materials de cada departament de salut i optimitzar el rendiment d'aquests.
- Formar equips interdisciplinaris de professionals de SM amb habilitat de compartir informació i treballar de forma col·laborativa i efectiva. Aquests equips estaran formats per psiquiatres, psicòlegs clínics, infermers especialitzats en salut mental, treballadors socials i terapeutes ocupacionals.
- Definir les funcions comunes i específiques de cada membre de l'equip.
- Realitzar reunions de treball de forma regular i mantinguda, almenys setmanalment.
- Realitzar reunions amb la resta de professionals del servei de SM a fi d'establir mecanismes de coordinació i col·laboració entre l'equip i tots els dispositius del departament de salut que poden estar implicats en el procés de tractament d'un primer episodi psicòtic, tant d'hospitalaris com d'ambulatoris.
- Desenvolupar els recursos humans per mitjà de formació específica i continuada.

2. Implantació de programes específics d'atenció adreçats a les fases inicials de les psicosis en un context comunitari/ambulatori i integrat en l'assistència habitual.

- Dissenyar els programes tenint en compte les característiques específiques dels joves amb un PEP i de les seues famílies.
- Assegurar la flexibilitat suficient per a adaptar-se a les necessitats especials de cada cas.
- Tractar les distintes fases de la malaltia: fase aguda, fase de recuperació primerenca, fase de recuperació prolongada i prevenció de recaigudes.
- Seleccionar les intervencions terapèutiques basades en l'evidència que es volen aplicar, incloent-hi intervencions individuals, familiars i socials.
- Formació dels professionals en les intervencions seleccionades.
- Orientar els programes a la recuperació i la inclusió social més enllà de la remissió simptomàtica.
- Definir la recuperació amb criteris operatius
- Dissenyar l'atenció en un entorn el menys restrictiu possible, prioritzant el tractament ambulatori en totes les fases i evitant les hospitalitzacions sempre que siga possible.
- Disposar de la possibilitat de realitzar atenció intensiva en el domicili amb la finalitat d'evitar o acurtar ingressos psiquiàtrics en la fase aguda i subaguda de

la malaltia. A més s'afavoreix l'adherència del pacient i de la família al programa.

- Integrar els valors de les declaracions internacionals de psicosi primerenca.
- Buscar activament el treball en equip amb els joves i les seues famílies i/o grup de suport.

3. Implantació d'estratègies que afavorisquen la detecció precoç i l'accés al tractament en els pacients d'alt risc, PEP i pacients en període crític.

- Establir criteris d'inclusió en el programa i dissenyar estratègies que faciliten l'accés ràpid al tractament, i facilitar al màxim les derivacions.
- Establir protocols de derivació des dels dispositius dels serveis de salut mental (SM): Unitat de Salut Mental (USM), Unitat d'Hospitalització Psiquiàtrica (UHP), Hospital de Dia (HD), Unitat d'Hospitalització a Domicili (UHD), Urgències de Psiquiatria i Unitat de Salut Mental Infantil (USMI).
- Establir protocols de derivació des de les unitats de conductes addictives (UCA) i atenció primària (AP).
- Establir protocols de derivació des d'altres estaments: serveis socials, educació, justícia.
- Garantir una resposta ràpida, sense llista d'espera per part de l'equip de PEP (infermer especialista en SM i/o psiquiatre): realitzar el primer contacte per part de l'equip abans de 72 h (tenir en compte el cap de setmana) en casos urgents i preferents i abans de set dies, com a màxim, en la resta. Quan es requerisca una atenció immediata, pot realitzar-se en les urgències de psiquiatria.
- Acceptar i mantenir en seguiment als pacients d'alt risc de desenvolupar psicosis detectats i tractar els símptomes presents, amb la previsió en un futur de desenvolupar un programa específic per a aquests casos.
- Garantir la continuïtat dels tractaments durant l'ingrés en la UHP i el seu posterior seguiment en el programa. A aquest efecte seria recomanable establir un protocol d'atenció, seguiment i alta hospitalària, tant en els casos detectats durant l'ingrés com en els derivats pel programa.

4. Manteniment de la continuïtat i intensitat de cures al llarg del període de tractament.

- Assegurar una relació terapèutica sòlida i de confiança entre els pacients, les seues famílies i els membres de l'equip.
- Seguiment proactiu i intensiu de forma ambulatoria dels pacients.

- Atenció domiciliària o en hospital de dia per a pacients que ho necessiten.
- Realització d'avaluacions que incloguen variables clíniques, socials, de funcionament, qualitat de vida, neuropsicològiques, de salut física i familiars al llarg del seguiment, de manera que siga possible valorar de forma rigorosa el resultat del tractament i planificar l'assistència.
- Establir formes de coordinació entre l'equip de tractament i els dispositius del servei de SM, ja que els pacients poden necessitar diferents recursos al llarg de l'evolució, en funció de la clínica, la fase de la malaltia i les necessitats detectades

5. Manteniment d'un suport comunitari elevat.

- Conèixer, col·laborar i establir coordinació amb els recursos comunitaris.
- Afavorir la participació d'usuaris dels mateixos programes que estiguen recuperats.
- Realitzar accions dirigides a la reducció de l'estigma.

6. Establiment de la finalització del programa

- Establir criteris per a determinar quins pacients han de continuar en tractament en USM.
- Establir criteris per a determinar quins pacients requereixen seguiment especial en programa de tractament de trastorn mental greu.
- Dissenyar protocol de derivació a USM que garantisca la continuïtat de les cures.
- Assegurar que els pacients que siguen donats d'alta per recuperació compten amb informació suficient per a contactar/reprenre tractament en el cas que es presenten novament símptomes d'alerta.

5. LÍNIES D'INTERVENCIÓ EN LES FASES INICIALS DE LES PSICOSIS

La intervenció primerenca en la psicosi pot realitzar-se en dos moments distints: una primera fase, referida a la prevenció de l'aparició d'un brot psicòtic, i una segona fase, quan ja ha aparegut la primera crisi psicòtica.

Els criteris establerts en aquest programa es justifiquen en l'estudi de la bibliografia i en l'experiència d'equips de professionals de salut mental de diferents departaments de salut de la Comunitat Valenciana.

5.1. LA PROMOCIÓ DE LA SALUT MENTAL, PREVENCIÓ DE LA PSICOSI I ERADICACIÓ DE L'ESTIGMA

La detecció dels símptomes premòrbids i dels factors de risc, prèvia a l'inici del programa d'intervenció precoç, suposa un factor clau en el tractament dels trastorns psicòtics.

Les iniciatives per a millorar els processos implicats en la detecció primerenca i adequada de les persones amb psicosi han utilitzat dos tipus d'estratègies distintes:

Les estratègies que se centren a millorar la detecció i derivació pels professionals d'atenció primària als serveis especialitzats d'atenció a la psicosi, ja que aquests són la porta d'entrada al sistema de salut i a l'atenció especialitzada, i les estratègies destinades a la població general, per a promoure la identificació primerenca del trastorn i la busca ràpida d'ajuda amb el treball específic realitzat amb grups professionals concrets (especialment metges i professors) per millorar la seua capacitat d'identificació i derivació als serveis especialitzats de salut mental d'aquests casos inicials de psicosi.

Objectius:

1-Promoure la salut mental en la població general, específicament en la infància i adolescència, potenciant aquells factors protectors per al desenvolupament de psicosi i combatent els factors de risc.

Desenvolupament d'un programa de coordinació i formació amb el sistema educatiu per a potenciar en l'aula els factors protectors de la psicosi i combatre els factors de risc (ha d'aconseguir la formació de l'alumnat en habilitats per a la vida i resolució de problemes, així com informació i formació respecte del consum de tòxics).

Difusió en la xarxa i en els mitjans de comunicació de temes relacionats amb la promoció de la salut mental, d'acord amb el contingut del punt 1.

Desenvolupament d'un programa de col·laboració amb salut pública per a potenciar totes aquelles accions de promoció de la salut mental en l'àmbit comunitari.

Implementació, en coordinació amb ajuntaments i altres entitats locals, d'un circuit de xarrades/tallers adreçats a grups poblacionals per a millorar el coneixement sobre la malaltia mental, factors implicats i estigma

2-Potenciar la prevenció primària de la psicosi en grups poblacionals de risc.

Desenvolupament d'un programa de seguiment des d'AP/USMIA dels fills de pares amb psicosi i de germans de pacients joves (fills de família nuclear).

Implementació en l'aula, en col·laboració amb Salut Pública, d'un programa de formació en habilitats per a la vida i resolució de problemes, més intensiu en grups de risc. Ha d'incloure's les famílies en aquest programa.

Iniciatives comunitàries adreçades a la intervenció formativa de grups de risc.

3-Potenciar la prevenció secundària de la psicosi a través de la seua detecció precoç en els distints àmbits d'acció: comunitari, sistema educatiu i atenció primària.

Formació dels agents socials en la detecció precoç de la psicosi i circuits d'actuació en el programa de col·laboració amb Salut Pública per a accions comunitàries.

Inclusió de mecanismes de detecció precoç i protocols d'acció en el programa de coordinació i formació amb el sistema educatiu.

Desenvolupament d'un programa de col·laboració amb atenció primària per a la sensibilització i formació en la detecció precoç de la psicosi, establint mecanismes d'acció fluids i coordinats amb salut mental, i proporcionant un instrument senzill de garbellament per a emprar-lo davant de casos de sospita (els annexos 1,1 i 2 són exemples d'instruments de garbellament).

4-Potenciar la Prevenció Terciària de la Psicosi per a reduir en la mesura dels nostres coneixements el deteriorament personal que poguera associar-se a la malaltia.

- Creació d'un grup de treball coordinat des del servei de salut mental de l'àrea amb representants dels centres educatius i dels serveis socials per a la detecció de situacions d'estigma i intervenció per a millorar i/o corregir aquestes situacions.
- Protocol de vinculació, en els serveis de salut mental, destinat a evitar la pèrdua de contacte/seguiment dels pacients que han iniciat tractament.

5-Potenciar la prevenció quaternària, establint programes de vigilància sobre els efectes secundaris/nocius que pogueren generar els tractaments aplicats.

- Desenvolupament d'un programa de vigilància de la salut física coordinat per infermeria especialitzada en salut mental.
- Desenvolupament d'un protocol per a la detecció sistemàtica d'efectes secundaris/reaccions adverses associades al tractament psicofarmacològic.
- Supervisió des de la USM de l'adequació dels recursos indicats al pacient, amb la premissa de guiar-lo cap a aquells d'ús comú per la població general.

5.2 INTERVENCIÓ I RECUPERACIÓ D'AQUELLES PERSONES QUE HAN DESENVOLUPAT PER PRIMERA VEGADA UNA PSICOSI

Un objectiu prioritari en l'atenció a les fases inicials de les psicosis és oferir accessibilitat, disponibilitat i una resposta ràpida i adequada en cada moment a les necessitats del pacient i la seua família al llarg de tot el procés de tractament. Per aquest motiu els programes de tractament de primers episodis psicòtics (PEP) consten de tres fases diferenciades a fi d'adaptar-se a la clínica i l'evolució d'un PEP, seguint el model del programa Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC) de Melbourne: fase aguda, fase de recuperació primerenca i fase de recuperació prolongada. Les intervencions biològiques, psicològiques i psicosocials s'apliquen de distinta forma tenint en compte les característiques de cada una d'aquestes fases. En aquest programa se segueix aquest model en totes les avaluacions i tractaments que s'apliquen i que es detallen més avant. A més, les distintes intervencions s'han distribuït segons es realitzen sobre la persona amb un PEP o sobre la família i grup de suport. El pacient està inclòs en totes aquestes, ja que una de les prioritats és que prenga part activa en el seu procés de recuperació en tots els àmbits.

5.2.1 FASES DE LA INTERVENCIÓ

5.2.1.1 FASE AGUDA DEL PRIMER EPISODI PSICÒTIC.

És el període de temps comprés entre el començament de la clínica psicòtica aguda i la resposta inicial al tractament, que implica la millora d'aquesta. Pot prolongar-se fins als tres mesos. En aquest període és on es produeix una major desestructuració dels processos cognitius de l'individu, del seu comportament i del seu funcionament social. Per això els objectius del tractament han d'anar dirigits a reduir la severitat de la simptomatologia i intentar aconseguir un retorn ràpid al nivell de funcionament previ a l'aparició de la malaltia.

Les principals intervencions en aquesta fase són les següents:

- Realitzar una exploració clínica que permeti la decisió del tractament inicial més adequat.
- Valorar l'estat de salut física del pacient i de l'existència d'hàbits tòxics.
- Aplicar tractament psicofarmacològic i psicoteràpia individual de tipus cognitiu per als símptomes positius.
- Establir les bases d'una relació terapèutica que afavorisca l'adherència i la participació en el tractament per part del pacient i la família. L'accessibilitat i disponibilitat junt amb la possibilitat de realitzar algunes visites inicials en el domicili afavoreixen aquest objectiu. A més, permet realitzar una valoració de les seues possibilitats i recursos per a abordar la crisi.
- Proporcionar un suport elevat i tota la informació necessària des del principi.
- Obtenir informació sobre la situació social del pacient i la família, suports amb què compten i valoració de les principals necessitats.
- Intervenir en situacions d'urgència social i planificar la reincorporació a les seues activitats prèvies com més prompte millor.

5.2.1.2 FASE DE RECUPERACIÓ:

En aquest període la vulnerabilitat aconsegueix el seu punt màxim i la probabilitat de recaiguda és elevada, entorn del 80%. Els factors personals, socials i biològics influeixen en el futur equilibri entre trastorn i benestar.

És essencial garantir una atenció que incloga una avaluació contínua del procés i un abordatge en què els tractaments psicològics i psicosocials siguin els elements centrals.

Podem considerar dos períodes:

Fase de recuperació primerenca:

Comprén fins als 18 mesos des de l'inici del PEP. És el període en què es realitzen les intervencions psicològiques i psicosocials més complexes.

Les principals intervencions en aquesta fase són les següents:

- Mantenir la remissió de la simptomatologia positiva, aconseguir una millora progressiva de la clínica negativa i la recuperació del funcionament previ.
- Mantenir el tractament psicofarmacològic i la psicoteràpia cognitiva per als símptomes psicòtics positius en els casos en què persistisquen.
- Promocionar el maneig autònom de la malaltia i l'adquisició de l'*insight* per mitjà de la psicoeducació.
- Prevenir la morbiditat secundària o proporcionar tractaments psicològics específics per a les distintes comorbiditats que es pogueren desenvolupar. Les més freqüents són depressió, ansietat, fòbia social, estrés posttraumàtic, consum de drogues i ideació suïcida.
- Atenció de la salut física, promoció d'hàbits de vida saludable i abandó de consum de tòxics: monitorització de paràmetres metabòlics i seguiment estret en els casos que ho necessiten.
- Aconseguir la recuperació del funcionament previ de manera que el pacient pugui reprendre i desenvolupar vincles afectius, relacions socials, treball o estudis per mitjà de la intervenció social.
- Avançar en el treball amb les famílies realitzant psicoeducació i mantenint sessions conjuntes periòdiques en les quals s'aborden problemes i consecució d'objectius, tot per afavorir la reorganització familiar. En els casos en què es detecten més dificultats pot estar indicada la psicoteràpia familiar d'orientació cognitiva.
- Mantenir l'adherència al tractament i assegurar una atenció ràpida en cas de recaiguda o situació de crisi.

Fase de recuperació prolongada:

Període comprés entre els 18 i 36 mesos. En aquesta fase d'estabilització, les intervencions s'ordenaran en funció de la permanència o no de simptomatologia positiva i negativa i del grau d'interferència d'aquesta en el funcionament del pacient. És bàsica la coordinació de recursos i la gestió del seguiment assistencial.

Les principals intervencions en aquesta fase, en el cas que el pacient es trobe recuperat són les següents:

- Valorar la retirada del tractament farmacològic després d'un o dos anys.
- Prevenir les recaigudes.
- Mantenir l'adherència al programa i assegurar una atenció ràpida en cas de recaiguda o situació de crisi.
- Mantenir els èxits aconseguits.
- Preparar la finalització del programa i la vinculació terapèutica posterior per a assegurar la continuïtat de cures després de l'alta.

Si, al contrari, no s'ha produït una recuperació completa , les intervencions se centrarien en:

- Mantenir les intervencions farmacològiques i psicològiques i psicosocials.
- Continuar el treball amb les famílies per a la reducció de la sobrecàrrega familiar.
- Promoure l'augment de la independència i individualització des del sistema familiar.
- Ajustar expectatives.
- Sol·licitar reconeixement de discapacitat i recursos de psicorehabilitació socio sanitàris en els casos que ho requerisquen.
- Preparar la finalització del programa i la vinculació terapèutica posterior per a assegurar la continuïtat de cures després de l'alta.

5.2.2 POBLACIÓ DIANA

En el programa de primers episodis psicòtics s'inclouen dins de la població diana les persones que han tingut un primer episodi de psicosi i es troben dins dels cinc primers anys d'evolució de la malaltia, en edats compreses entre els 16 i 45 anys. A partir dels 35 anys es recomana adaptar les intervencions del programa a les característiques d'aquesta població.

El conjunt de diagnòstics prioritàriament associats als trastorns psicòtics establerts pot comprendre els següents (segons criteris DSM o CIE):

- Trastorn esquizotípic de la personalitat
- Trastorns d'idees delirants
- Esquizofrènia
- Trastorns psicòtics aguts (trastorn psicòtic breu)
- Trastorns esquizoafectius
- Trastorn esquizofreniforme
- Trastorns psicòtics no orgànics
- Trastorn catatònic no especificat (DSM-V)
- Trastorn bipolar, episodi maníac amb símptomes psicòtics
- Trastorn bipolar, episodi depressiu greu amb símptomes psicòtics
- Trastorn depressiu recurrent amb símptomes psicòtics

El programa atendrà les persones de l'àrea de salut corresponent en cada un dels 24 Departaments de Salut en què es divideix l'atenció sanitària a la Comunitat Valenciana.

CRITERIS D'INCLUSIÓ

- Pacient amb sospita de diagnòstic referenciat en el programa.
- Període d'evolució menor de cinc anys
- Residir en l'àrea corresponent al departament específic
- Firmar el contracte terapèutic pel pacient o responsable legal.

CRITERIS D'EXCLUSIÓ

Patologia orgànica diagnosticada clarament relacionada amb l'inici del quadro

- Edat igual o inferior a 16 anys.
- Edat superior a 45 anys.
- Discapacitat intel·lectual moderada o severa.
- El consum de substàncies addictives és un criteri d'exclusió quan impedisca el desenvolupament de la intervenció

Les intervencions incloses en el programa van destinades a pacients amb un PEP. No obstant això, la detecció i seguiment de subjectes d'alt risc de desenvolupament de psicosi és necessària i es recomana en les guies de referència dels programes d'atenció primerenca. aquestes guies de referència aconsellen iniciar intervencions psicosocials, amb especial interès a evitar estigma i evitar o demorar la transició cap a psicosi. aquests pacients s'inclouran en un programa d'atenció específic que desitgem elaborar pròximament. Dins del programa actual es considerarà la inclusió de pacients amb característiques d'alt risc de desenvolupament de psicosi (Estats Mentals d'Alt Risc (EMAR)) segons cada cas concret.

Les persones amb EMAR són aquelles que compleixen els següents criteris, segons la IEPA (International Early Psychosis Association) i l'Organització Mundial de la Salut (OMS):

- a. Síntomes positius subllindar que no són prou greus o persistents per a complir els criteris de primer episodi o trastorn psicòtic breu segons DSM o CIE.
- b. Història familiar de trastorn psicòtic en familiar de primer grau més un declivi funcional persistent significatiu dins de l'últim any (disminució de 30 punts en l'escala de funcionament global (GAF)).
- c. Síntomes psicòtics breus intermitents i limitats (BLIPS) que no tinguen més d'una setmana de durada i remeten espontàniament.

En la pràctica clínica aquests perfils es poden definir operativament utilitzant diversos instruments com:

- L'entrevista estructurada per a síndromes prodròmics (SIPS)
- L'entrevista d'avaluació integral d'estats mentals d'alt risc (CAARMS)

5.2.3 AVALUACIÓ GENERAL

És necessari tenir en compte totes les perspectives i capacitats dels diversos professionals de l'equip multidisciplinari, ja que l'avaluació ha de ser àmplia i integral. Es realitza en diferents escenaris i moments al llarg del seguiment, i és recomanable realitzar-la de forma integrada amb l'assistència.

Podem estructurar-la de la manera següent:

5.2.3.1 AVALUACIÓ INICIAL

Permetrà establir un diagnòstic, detectar les necessitats del pacient i la seua família i fonamentar el disseny del pla d'atenció individualitzat (PAI).

- Realitzar una avaluació preliminar que incloga estratègies d'enganxada amb el servei des del primer contacte, que generalment es realitzarà en la fase aguda de l'episodi psicòtic.
- Realitzar entrevistes clíniques individualitzades adaptades a la situació: escolta acurada, tractar les preocupacions del pacient amb serietat, dissipar la por, crear una atmosfera positiva i optimista, fer preguntes obertes.
- Realitzar primeres entrevistes en el domicili del pacient en casos especials i sempre que siga possible.
- Involucrar família/grup/ persona de suport des de l'inici en l'atenció del pacient, arreplegant a més tota la informació que puga aportar. Aquest aspecte és molt important a l'hora de valorar la necessitat d'un ingrés hospitalari, ja que és important evitar-lo.
- Establir un pla d'actuació inicial en funció de la clínica que presente el pacient i el suport amb què compte.
- Coordinar les actuacions dels professionals de l'equip.

5.2.3.2 AVALUACIÓ AL FINAL DE LA FASE AGUDA

- L'avaluació clínica, funcional i social de tots els pacients atesos al final de la fase aguda permetrà planificar les intervencions al llarg del seguiment i analitzar els resultats del tractament.
- Les seccions bàsiques de l'avaluació del pacient són les següents: clínica, funcionament social, ajust previ, rendiment cognitiu, qualitat de vida i salut física.
- Triar instruments de mesura adequats per a una avaluació integral, preferentment validats en castellà i àmpliament utilitzats en els programes d'atenció a les fases inicials de les psicosis (annex 2).
- Distribuir les avaluacions entre els professionals de l'equip en funció de la seua formació, realitzant entrenament i fiabilització dels professionals en l'ús dels instruments seleccionats.
- Elaboració d'un document en què s'arrepleguen els resultats de l'avaluació.

5.2.3.3 AVALUACIÓ FAMILIAR

- Es realitza de forma paral·lela a l'avaluació del pacient. Es realitzarà una avaluació familiar per a conèixer la seua estructura i funcionament per l'equip multidisciplinari.
- Identificar el familiar/persona clau (és el que passa més temps amb el pacient i s'encarrega de la seua atenció).
- Avaluació de les necessitats principals i Identificar les capacitats i habilitats de la família.
- Identificar les famílies d'alt risc i les que tenen patrons d'interacció que probablement interferisquen negativament en l'evolució del pacient.
- Establir les àrees d'avaluació familiar més rellevants. Alguns aspectes importants són la sobrecàrrega, la repercussió psicològica per la malaltia, nivell d'informació sobre les psicosis i l'expressivitat emocional.
- Establir instruments de mesura adequats i validats en castellà i realitzar l'entrenament i la fiabilització dels professionals que els administren.
- Elaborar un document en què s'arreglen els resultats de l'avaluació.
- Identificar els familiars que puguin necessitar tractament psiquiàtric o psicològic.

5.2.3.4 AVALUACIONS PERIÒDIQUES DE SEGUIMENT

- Integrar les avaluacions en l'assistència seguint el model de fases, de manera que es realitzi una avaluació completa del pacient i el familiar al final de cada fase de l'episodi psicòtic.
- Detectar precoçment els símptomes d'alerta.
- Monitoritzar els efectes secundaris dels psicofàrmacs.
- Avaluar de la salut física: síndrome metabòlica.
- Identificar precoçment els casos que necessiten intervencions més intenses o especialitzades: remissió clínica i recuperació funcional incompleta, risc elevat d'abandó de tractament, existència de patologia dual, depressió, risc de suïcidi, existència de problemàtica greu en els àmbits familiars i socials.

5.2.4 PLA D'ATENCIÓ INDIVIDUALITZAT

Una vegada s'ha avaluat el diagnòstic i les circumstàncies clíniques i psicosocials del pacient ha de formular-se i aplicar-se, en un termini de tres mesos, un pla de tractament integrat i coordinat de les intervencions farmacològiques i les psicosocials (psicològiques i de

rehabilitació), individualitzat per a cada pacient amb la participació activa de la família i aquest pacient (PAI).

El PAI s'entén com el conjunt d'objectius assistencials i socials (a curt i mitjà termini), establerts a partir de les necessitats detectades, tant en el pacient com en el conjunt de la família, que derivaran en les activitats socioassistencials necessàries per a la recuperació del benestar i la qualitat de vida, tot això sota la supervisió de un professional responsable.

Es realitzarà en format electrònic, amb data i nom del pacient. Després de l'avaluació s'arreglaran per àrees els problemes o necessitats detectades, els objectius plantejats i les estratègies o intervencions concretes que s'han de dur a terme.

És un objectiu principal del PAI la implicació del pacient i la família en aquest. Per a l'elaboració d'este és fonamental tenir en compte les fortaleces i debilitats tant del pacient com de la família i l'entorn en què està immers, ja que facilitarà o, segons el cas, dificultarà els objectius que es vulguen aconseguir.

S'ha d'especificar en cada àrea les actuacions concretes i les persones responsables de l'execució d'aquestes.

El PAI arreglarà les diferents actuacions en funció de la fase de la malaltia (aguda, de recuperació primerenca o de recuperació prolongada) en què es trobe el pacient, atenent a criteris de prioritat.

- En la fase aguda es busca afavorir l'adherència al tractament farmacològic per a reduir la intensitat o aconseguir la remissió dels símptomes aguts, crear el vincle terapèutic positiu amb el pacient i la família i iniciar l'adherència al programa.
- En la fase de recuperació primerenca és fonamental implicar el pacient i la família i és on deu s'ha de concentrar el treball més intensiu amb el desenvolupament de les diferents intervencions.
- En la fase de recuperació prolongada es refermaran els èxits i es prepararà el pacient per a l'alta o derivació

Es realitzarà de forma interdisciplinària i intervindran en aquest els següents professionals: facultatius (psiquiatres i psicòlegs), treballadora social, infermers, especialistes en salut mental i terapeuta ocupacional. Es pretén d'esta manera que les intervencions revertisquen en les persones més idònies dins de l'equip atenent al dèficit de l'àrea que s'estiga intervenint.

Després de l'elaboració del PAI i plasmats en aquest els acords consensuats amb pacient i família, es firmarà el document per part de tots els implicats en aquest (professionals, pacient i familiars).

Un aspecte important en l'aplicació del PAI és determinar la periodicitat de les avaluacions i aspectes a avaluar en cada una d'elles. Es proposa la realització d'un PAI inicial als tres mesos i revisions periòdiques als 12, 18 i 36 mesos i als cinc anys en els casos que ho necessiten per a

valorar el compliment d'objectius, avaluar noves necessitats i si és el cas, modificar i/o formular nous objectius (annex 2).

5.2.5 INTERVENCIONS INDIVIDUALS

5.2.5.1 TRACTAMENT FARMACOLÒGIC.

Els tractaments farmacològics són un element habitualment indispensable tant en el tractament dels pacients amb esquizofrènia com en els primers episodis psicòtics. Les medicacions s'utilitzen per al tractament dels episodis aguts, per a la prevenció de recaigudes i per a la millora dels símptomes entre episodis. Els fàrmacs antipsicòtics són el principal tractament farmacològic d'aquests pacients. Per a l'elaboració d'una estratègia terapèutica adequada i racional resulta de fonamental importància tenir en compte primerament el moment evolutiu del trastorn psicòtic, ja que ens permetrà aconseguir un abordatge més dinàmic d'aquesta patologia. En els casos que requerisquen un tractament a llarg termini el principal objectiu a aconseguir serà l'obtenció d'una adequada eficàcia terapèutica a través de la monoteràpia, evitant de ser possible les associacions farmacològiques en general i les associacions de diferents antipsicòtics en particular. En els casos en què aquesta situació ideal no siga possible aconseguir per la refractarietat de les formes greus de psicosi, les associacions de psicofàrmacs poden resultar beneficioses, sempre que siguen utilitzades d'una manera racional i adequada per a cada pacient.

Indicacions a tenir en compte a l'hora d'aplicar el tractament farmacològic.

El tractament psicofarmacològic ha de ser iniciat quan s'establisca el diagnòstic de PEP.

Ha de donar-se en el marc d'una relació terapèutica de suport en què s'expliciten els objectius del tractament farmacològic. L'elecció de la medicació hauria de realitzar-se conjuntament entre el pacient i el metge responsable, basada en una informació sobre els beneficis i el perfil d'efectes secundaris.

El tractament ha d'iniciar-se com més prompte millor. En cas de dubte diagnòstic en relació a l'abús de substàncies o altres causes etiològiques es pot establir un període lliure de tractament antipsicòtic durant 24-48 hores. Algunes vegades en aquest període es poden utilitzar benzodiazepines de vida mitjana o llarga.

Es triarà un antipsicòtic preferentment de segona generació en monoteràpia i a dosis baixes. Es triarà en funció de l'eficàcia, la probabilitat d'efectes secundaris (com efectes extrapiramidals, efectes metabòlics i altres efectes secundaris greus) i la preferència del pacient. Així mateix es tindrà en compte el punt de vista dels seus cuidadors.

La dosificació serà la menor possible dins del rang terapèutic. Es tracta de pacients joves que en general són més sensibles als beneficis i als efectes negatius de la medicació. S'ha d'anar monitoritzant i ajustant la dosi en funció de la resposta terapèutica per aconseguir una remissió simptomàtica amb els mínims efectes secundaris.

Al llarg del tractament farmacològic s'ha de dur a terme la monitorització del procés terapèutic, la tolerabilitat i l'adherència al tractament.

Entre el 50-66% dels pacients tenen una resposta favorable en els símptomes psicòtics positius en un espai de tres setmanes amb la dosi de l'antipsicòtic indicat, i no necessiten ajustaments en la seua medicació.

En el cas que la resposta no fóra l'adequada es tindrà en compte les recomanacions següents:

- Optimitzar el tractament segons protocols. S'ha d'augmentar en intervals de temps amplis (generalment 14-21 dies després de l'augment inicial) si la resposta ha sigut inadequada, vigilant sempre els nivells de sedació i la presència d'efectes secundaris extrapiramidals.
- Realitzar una avaluació contínua dels efectes secundaris. Un instrument útil per a avaluar efectes secundaris és l'escala d'efectes secundaris UKU. (Lingjaerd i cols, 1984)
- Canviar el tractament davant de la falta de resposta. Si la resposta no és adequada a les dosis terapèutiques, dins de les 6-8 setmanes, ha de provar-se amb un altre antipsicòtic de segona generació.
- Valorar altres vies d'administració. Si no hi ha un bon compliment de la medicació antipsicòtica oral s'ha de considerar l'ús d' antipsicòtics injectables de llarga durada.
- Avaluar les causes de la falta de resposta al tractament. Si hi ha una baixa adherència, analitzar els motius, optimitzar les dosis i oferir ajuda per a millorar el compliment. També han de revisar-se unes altres raons del mal compliment com tensions familiars, abús de substàncies, etc.
- Valorar la introducció de clozapina davant de criteris de resistència .
- Valorar la combinació d'intervencions, com el tractament amb clozapina i teràpia cognitivoconductual per als símptomes persistents.
- Es podria considerar canviar un agent de primera generació si s'estan utilitzant antipsicòtics de segona generació i apareixen efectes adversos.
- La valoració d'ús de teràpia electroconvulsiva s'estableix seguint els criteris FDA per als casos de resistència al tractament, en els quals s'han provat tres antipsicòtics en total sent un d'ells la clozapina.
- Si l'episodi té un component maníac o depressiu franc es recomana, si és possible, manteir 24-48 hores d'observació per a poder delimitar amb més claredat el diagnòstic. Es pot utilitzar benzodiazepines per a l'ansietat i trastorns del son. Si és de tipus maníac, començar amb un estabilitzador de l'ànim més dosis baixes d' antipsicòtic (afegint benzodiazepines si es requereix sedació). Si no hi ha resposta, canviar un altre antipsicòtic atípic. Si és de tipus depressiu, cal començar amb dosis baixes d' antipsicòtic i antidepressius inhibidors selectius de la recaptació de serotonina (ISRS).

Respecte a la durada del tractament, se segueixen les directrius internacionals. Diferents guies consideren que s'ha de mantenir entre un i dos anys la medicació antipsicòtica després d'un primer episodi de psicosi.

- World Psychiatric Association (WPA): Mantenir el tractament 12 mesos després d'aconseguir la remissió completa.
 - International Early Psychosis Association (IEPA): realitzar durant el període crític (cinc anys) revisions periòdiques:
1. Si la remissió clínica es produeix en menys d'un mes o els símptomes són poc greus: Retirada progressiva a partir 12 mesos des del seu inici.
 2. -Si la remissió clínica tarda més d'un mes a aconseguir-se o els símptomes són de gravetat: Retirada progressiva a partir 24 mesos des del seu inici.
 3. -Remissió incompleta/aparició de recaigudes: tractament continuat i indefinit.
 4. -Per a aquells pacients amb psicosi de tipus esquizofrènic que recauen ràpidament després del primer episodi, la medicació s'ha de mantenir almenys durant cinc anys.
 5. -Per a altres trastorns psicòtics no esquizofrènics després de la recuperació simptomàtica es recomanen períodes més curts de medicació, sempre amb una monitorització pròxima i sense una supressió ràpida de la medicació antipsicòtica.

5.2.5.2. ATENCIÓ DE LA SALUT FÍSICA I HÀBITS DE VIDA SALUDABLE

L'augment de morbiditat de les persones amb trastorn mental greu per malalties físiques recomana que s'establisquen estratègies preventives de promoció de la salut en les fases inicials d'atenció als primers episodis psicòtics. En aquestes fases s'estableixen les pautes d'afrontament a la malaltia i les seues conseqüències, sent un moment òptim per a ajudar a generar respostes saludables. Els infermers especialistes en salut mental són els professionals idonis per a realitzar el seguiment.

Per a l'abordatge d'aquesta àrea es contemplen les intervencions següents:

- Estudi inicial que incloga: analítica general, tòxics en orina i electrocardiograma.
- Realització d'altres exploracions complementàries si es considera convenient per a descartar altres causes de psicosi i realitzar diagnòstic diferencial amb altres patologies.
- Educació en hàbits de vida saludable: consells dietètics, exercici físic i consum de tòxics.
- Derivació a especialistes (metge d'atenció primària o endocrinòleg) si s'objectiven alteracions del pes, hipertensió arterial, perfil lipídic i glucèmia que necessiten un

tractament específic, com indica el consens de la Guia NICE (The National Institute for Health and Care Excellence).

- Valorar el paper del tractament antipsicòtic en les alteracions metabòliques del pacient: canviar per un antipsicòtic que tinga una menor repercussió metabòlica.

Cal tenir en compte que aquests pacients solen presentar un índex més alt de problemes relacionats amb el tabaquisme, abús d'alcohol i drogues, especialment cànnabis, per la qual cosa s'han de contemplar intervencions que incidisquen en aquests aspectes:

- Informació sobre hàbits tòxics i la seua relació amb els símptomes i l'evolució de la malaltia.
- Intervencions dirigides a la reducció o abandonament del consum, com ara:
 - ✓ Monitorització del consum i seguiment regular, utilitzant estratègies motivacionals i psicoeducatives.
 - ✓ Psicoteràpies individuals o grupals que incloguen psicoeducació i tècniques cognitivoconductuals
- Derivació a la unitat de conductes addictives si hi ha criteris de dependència de substàncies.

5.2.5.3 TRACTAMENT PSICOLÒGIC

Actualment no hi ha acord sobre els tractaments psicològics més efectius en els primers episodis psicòtics. S'han demostrat essencials la teràpia cognitiu conductual, la psicoeducació i la intervenció familiar. La teràpia cognitivoconductual possibilita al pacient avaluar i comprendre els símptomes de la seua malaltia, la psicoeducació per a pacients inclou informació sobre la malaltia, opcions de tractament, habilitats socials, prevenció de recaigudes, habilitats bàsiques per a la vida i estratègies en la resolució de problemes. D'altra banda, es recomana que la família entenga el que és la malaltia, les opcions de tractament i el pronòstic. A més, s'afavoreix el desenvolupament d'estratègies adequades per al maneig dels símptomes.

Es pretén minimitzar la vulnerabilitat del pacient davant de situacions d'estrés, augmentant els seus recursos per a fer front als conflictes, problemes i tensions interpersonals o biogràfiques i així poder facilitar els processos de recuperació i reforçar la seua adaptació i funcionament familiar, social i formatiu-laboral.

Les intervencions incidiran en àrees com la reducció dels símptomes, prevenció de recaigudes, l'adquisició d'habilitats socials i el funcionament social i laboral. Han d'adaptar-se a la fase de la malaltia en què es trobe el pacient.

S'han inclòs en aquest programa les intervencions psicològiques avalades per l'evidència científica en l'actualitat.

- ***Teràpia cognitivoconductual***

Es recomana la teràpia cognitivoconductual (TCC) com una estratègia d'intervenció que permet ajudar la persona a normalitzar i entendre el sentit de les seues experiències psicòtiques, a reduir el malestar associat i l'impacte en el funcionament.

En cada fase de la malaltia s'han de definir aquells objectius que es volen aconseguir, tant en la comprensió i el maneig de la crisi i l'estabilització, en la recuperació inicial, recuperació prolongada i recaiguda, així com les diferents estratègies d'actuació i intervencions basades en l'evidència científica que s'hagen de portar a la pràctica.

Els objectius principals són:

- Desenvolupar una aliança terapèutica amb el pacient.
- Promoure la comprensió sobre la psicosi, la participació activa en el tractament i l'adherència a la medicació.
- Potenciar les capacitats per a l'afrontament i l'adaptació.
- Protegir i enfortir l'autoestima.
- Reduir el estrés associat a les al·lucinacions i deliris i proveir d'estratègies i habilitats per a manejar-los en el dia a dia.
- Previndre futures recaigudes

A més, s'han de proporcionar tractaments psicològics específics per a les distintes comorbiditats que es pogueren desenvolupar (depressió, ansietat, fòbia social, estrés posttraumàtic, consum de drogues i ideació suïcida).

- ***Psicoeducació individual i grupal***

La psicoeducació implica la provisió d'informació i educació adreçada a un usuari sobre el diagnòstic, tractament, els recursos apropiats, pronòstic, les estratègies d'afrontament apropiades i els seus drets.

Al seu torn s'haurà de procurar informació sobre l'efectivitat dels tractaments integrats i duradors en el tractament de les psicosis, especialment en les primeres fases i sobre els recursos comunitaris existents per a potenciar la recuperació del pacient.

Les sessions psicoeducatives sobre la psicosi s'han de sostenir en un model explicatiu biopsicosocial que incloga els aspectes següents: naturalesa de la malaltia i diagnòstic, simptomatologia, procés de recuperació, aspectes etiològics, pronòstic i tractament farmacològic i psicosocial.

Un objectiu important de la psicoeducació és el que es dirigeix a identificar signes d'alerta i prevenir les recaigudes, així com els factors de risc de recaiguda: consum de tòxics, abandó del tractament farmacològic i estrés.

5.2.6 INTERVENCIÓ SOBRE LA FAMÍLIA I EL GRUP DE SUPORT

5.2.6.1 TREBALL AMB LES FAMÍLIES

El treball amb les famílies és un pilar bàsic de l'atenció i el tractament dels PEP, tant per les necessitats i dificultats a què s'enfronten, com pel seu paper clau en el procés terapèutic de la persona que pateix un PEP.

És essencial propiciar un paper actiu de la família en el procés, considerant-la com un membre de l'equip de tractament, maximitzant el seu funcionament adaptatiu per a així poder disminuir el trastorn que li causa la malaltia i l'estigma que això comporta.

Durant la intervenció es pretén potenciar les habilitats i capacitats de la família en el maneig i l'afrontament de la malaltia proporcionant suport i contenció, de manera que es minimitze el risc a llarg termini d'estrés, sobrecàrrega i una alta expressivitat emocional. En definitiva, es tracta d'ajudar la família a comprendre l'impacte de la psicosis sobre ella mateixa i la interacció entre la família i l'evolució de la malaltia.

En la fase aguda del brot psicòtic és essencial vincular els familiars al programa i establir una relació de treball col·laborativa. Les sessions es protocol·litzaran des de l'inici del seguiment. En aquest període la intervenció inclourà els següents objectius:

- Identificar el familiar clau (és el que més temps passa amb el pacient i s'encarrega del seu atenció).
- Realitzar una història familiar detallada i avaluar les necessitats principals i els recursos de la família.
- Oferir un model explicatiu inicial, amb missatges clars i repetits sobre la psicosis i el seu tractament.
- Aportar un punt de vista optimista basat en els resultats de la intervenció primerenca en les psicosis.
- Informar de pautes d'actuació clares i precises, establint una forma de contacte accessible i ràpida.
- Oferir ajuda pràctica en el maneig de la crisi.
- Garantir suport pràctic i emocional per a minimitzar les primeres respostes de trauma, sobrecàrrega i afectació psicològica dels familiars.
- Garantir que aquest suport es mantinga al llarg de tot el tractament.

Al final de la fase aguda i en la fase de recuperació primerenca es recomana la psicoeducació a totes les famílies, en format unifamiliar o grupal. Les sessions es desenvoluparan incloent el pacient, llevat que es desaconselle per circumstàncies molt precises.

Les intervencions hauran d'incloure:

- Sessions psicoeducatives per als familiars sobre la psicosis. En aquestes es tractaran aspectes com la naturalesa de la malaltia i diagnòstic,

simptomatologia, procés de recuperació, aspectes etiològics, pronòstic i tractament (farmacològic i psicosocial) .

- Informació sobre l'efectivitat dels tractaments integrats i duradors en el tractament de les psicosis, especialment en les primeres fases d'aquesta.
- Identificació de signes d'alerta i prevenció de les recaigudes.
- Identificació de factors de risc de recaiguda: consum de tòxics, abandó del tractament farmacològic i estrés.
- Informació sobre l'impacte de la psicosi en la família i sobre la interacció entre l'ambient familiar i l'evolució de la malaltia.

En la fase de recuperació primerenca i prolongada, les actuacions es dirigiran a mantenir l'aliança terapèutica i el contacte al llarg de tot el tractament.

En aquestes es realitzarà un feedback de la informació arreplegada en l'avaluació i de la seua evolució al llarg del procés de tractament.

Els objectius de treball amb la família en aquesta fase són:

- Mantenir suport elevat en funció de les necessitats detectades.
- Identificar l'aparició d'afectació psicològica per la malaltia.
- Incidir en els aspectes abordats en la psicoeducació sempre que siga necessari, ajustant expectatives sobre el pronòstic en funció de l'evolució.
- Realitzar intervencions en crisi.

És fonamental propiciar un ambient terapèutic en què es motive les famílies a expressar les seues opinions de forma oberta i on se senten escoltats, en el qual puguen compartir les seues preocupacions i problemes per a buscar solucions de forma conjunta.

En aquelles famílies en què s'evidencie una disfunció en l'evolució i dinàmica de la comunicació i una carència d'habilitats en la resolució de problemes, es recomana realitzar intervencions familiars estructurades, més duradores i manualitzades, de tipus cognitivoconductual i basades en el model de l'expressivitat emocional, preferiblement en un format unifamiliar i que incloga el pacient. És aconsellable realitzar almenys part de les sessions en el domicili familiar. Un exemple d'aquest tipus d'intervencions utilitzat àmpliament en el tractament de l'esquizofrènia i també en programes de tractament de PEP és el model de Falloon (1984).

5.2.6.2.INTERVENCIÓ SOCIAL

La intervenció en aquest àmbit busca promoure el canvi social en aquells pacients que mostren dificultats d'adaptació social i integració en la comunitat després d'un PEP.

Les intervencions socials s'implementaran després de la fase aguda, una vegada s'ha realitzat l'avaluació i el pacient ha aconseguit una estabilitat suficient que li permeta implicar-se en l'establiment d'objectius i en el treball que aquestes intervencions requereixen. L'equip, el

pacient i la seua família han de compartir unes metes realistes per al tractament i la recuperació. Els objectius s'establiran de forma consensuada.

No obstant això, en alguns casos es pot necessitar intervenció social durant la fase aguda, quan es detecten situacions de risc o en les que la intervenció no es puga posposar fins a l'estabilització del pacient.

En la planificació d'objectius es tindrà en compte cada una de les àrees d'intervenció amb el pacient: autonomia personal, relacions socials, formació i ocupació.

Els objectius a aconseguir són:

Autonomia personal: mantenir o recuperar les activitats de la vida diària (AVD) bàsiques i instrumentals i autonomia personal en els casos en què siga necessari, com ara:

- AVD bàsiques: alimentació, son i descans, vestit.
- AVD instrumentals: atenció dels altres (persones majors, dependents i menors); mobilitat en la comunitat (ús de transport públic i conducció); maneig de temes financers (maneig dels diners i economia domèstica); atenció de la salut i manutenció (desenvolupament, atenció i manteniment d'hàbits de vida saludables); crear i mantenir una llar (obtenció i manteniment de les propietats i objectes personals i domèstics, tasques de la casa, preparació del menjar i neteja, planificar i realitzar compres).

Relacions socials: mantenir o recuperar la integració social del pacient.

Una adequada integració social requereix disposar de mitjans adequats, per la qual cosa s'ha d'orientar al pacient i potenciar l'ús de recursos comunitaris i prestacions socials i de suport.

Les intervencions es dirigiran a:

- Entrenar en habilitats socials per a corregir dèficits en l'exercici d'algun dels rols clau del pacient. Com a tècniques fonamentals estan les instruccions, l'entrenament conductual, el *role-playing*, el modelatge, el *feedback* i el reforç positiu.
- Entrenar el pacient en tècniques de resolució de problemes.
- Afavorir l'ampliació o manteniment de la seua xarxa social.
- Afavorir la seua implicació en activitats recreatives i associacions (esportives, culturals...).
- Detectar precoçment aquells pacients en risc d'exclusió social.

Formació i ocupació: millorar l'activitat productiva acadèmica o laboral, situant el percentatge de NEET (*not in education, employment or training*) al mateix nivell que la població jove de referència.

La interrupció dels estudis o del treball és habitual després d'un primer episodi psicòtic. Per això és important reduir al mínim aquesta interrupció i mantenir una comunicació fluida amb les institucions acadèmiques i laborals. Per tal de millorar aquest aspecte s'incidirà en:

- Motivar a l'estudi i a l'ocupació centrant-nos en els objectius de cada pacient.

- Realitzar assessorament vocacional de forma realista.
- Afavorir el coneixement de les pròpies capacitats.
- Motivar l'adquisició o recuperació d'hàbits i habilitats per a la integració escolar i laboral.
- Identificar la persona clau de suport.

En la recuperació vocacional, l'estratègia amb major suport empíric és la inserció i suport laboral individualitzat (*Individual Placement and Support*, IPS). Es centra en la busca d'ocupació competitiva, basada en les preferències del pacient. Comença amb la mateixa entrada en el programa PEP i el suport no està temporalment limitat.

Per a facilitar una adequada inserció sociolaboral és fonamental treballar amb recursos comunitaris normalitzats i especialitzats (SERVEF, tallers d'ocupació, EPA, Centre Jove, ONG, associacions per a pacients i familiars...).

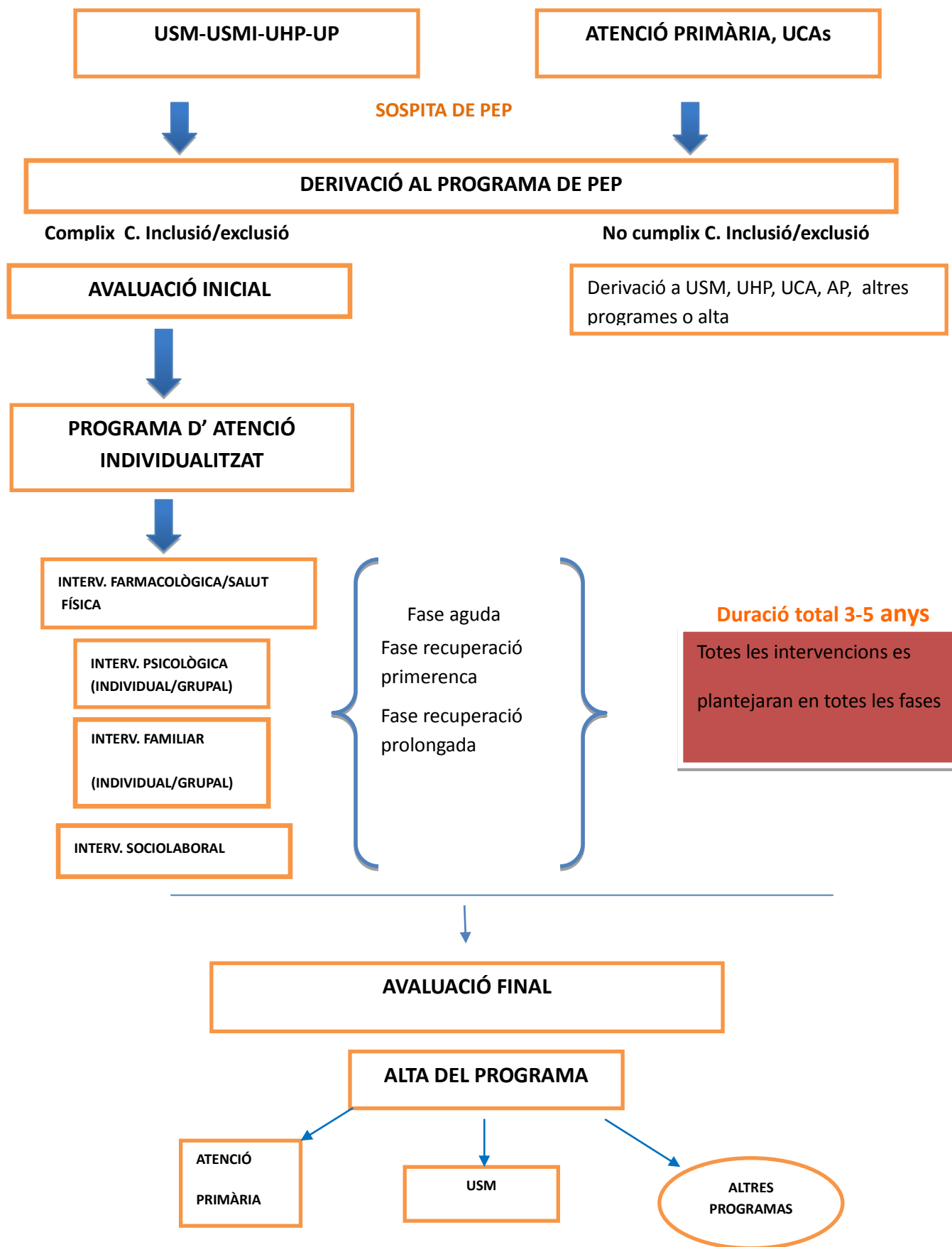
5.2.7 ALTA DEL PROGRAMA. DERIVACIÓ:

Una vegada finalitzat el període de tractament en el programa de PEP, el pacient és derivat al recurs més adequat a la seua situació clínica, en funció del seu estat i necessitats. Es contemplen les possibilitats següents:

- Pacients que han aconseguit la remissió clínica i recuperació funcional, sense recaigudes al llarg del seguiment: derivació a USM o a atenció primària aportant les indicacions necessàries.
- Pacients que no han aconseguit la remissió clínica i/o funcional o bé han patit recaigudes al llarg del seguiment: derivació a la Unitat de Salut Mental per a seguiment especialitzat. Valorar la remissió a recursos de psicorehabilitació en els casos que siga necessari.

A la finalització del programa es recomana realitzar una última revisió del PAI que incloga una posada en comú amb el pacient i la família sobre possibles problemes que puguin sorgir en el futur i estratègies de maneig. També és important realitzar conjuntament una avaluació dels resultats del tractament i de les expectatives de futur.

5.2.8 PROTOCOL CLINICOASSISTENCIAL PER A LA INTERVENCIÓ PRIMERENCA EN PSICOSI.



6. PLANS DE FORMACIÓ QUE GARANTISQUEN UNA ADEQUADA IMPLEMENTACIÓ DEL PROGRAMA

La detecció precoç de les psicosis és fonamental, així com l'abordatge de la malaltia des d'un àmbit multidisciplinari. La formació en PEP ha de dirigir-se als professionals de salut mental com a acompanyant del tractament, així com als metges d'atenció primària, que constitueixen una peça clau en la identificació d'aquests pacients, per la qual cosa cal capacitar-los dotant-los de ferramentes de detecció. Al seu torn, és necessari realitzar programes i activitats formatives que involucren altres sectors institucionals —Serveis Socials, Treball, Justícia, Educació— i no institucionals, com són les associacions d'usuaris i familiars i les agrupacions de voluntaris.

1 OBJECTIUS

Proporcionar formació en detecció i tractament precoç de les psicosis als professionals de la salut mental i unitats de conductes addictives (UCA)

Proporcionar formació en detecció i tractament precoç de les psicosis als professionals de l'atenció primària.

Proporcionar formació en detecció i tractament precoç de les psicosis als professionals de serveis socials, educatius i d'altres àmbits sociocomunitaris com el voluntariat.

2 ACTIVITATS

Disseny i aplicació d'actuacions per a professionals de salut mental en la identificació de les primeres fases de la psicosi i en les intervencions més eficaces: farmacològica, psicològica, familiar i social.

Disseny i aplicació d'actuacions per a professionals de les UCA en la identificació de les primeres fases de la psicosi i en les intervencions més eficaces: farmacològica, psicològica, familiar i social.

Disseny i posada en marxa de tallers de formació per als professionals d'atenció primària sobre la detecció de la psicosi i els estats mentals d'alt risc (EMAR) i el seu adequat maneig.

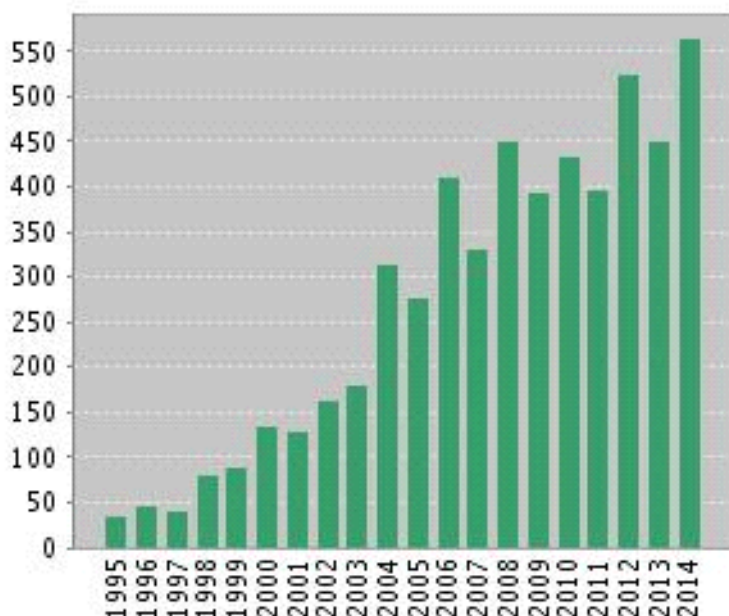
Sessions formatives per a professionals de Serveis Socials, en especial per a aquells professionals que treballen amb col·lectius de risc o en risc d'exclusió.

Tallers de formació per als professionals dels equips d'orientació psicopedagògica i professors d'ESO/Batxiller/Formació Professional/Escola d'adults, sobre la detecció de la psicosi i els estats mentals d'alt risc (EMAR)

Assessorament per a realitzar campanyes de difusió en els mitjans de comunicació que afavorisquen en la població general (en especial els joves) el coneixement sobre la psicosi, com detectar-la i el seu adequat maneig social.

7. INVESTIGACIÓ EN TOTES AQUELLES ÀREES IMPLICADES EN L'ATENCIÓ A LES PSICOSIS EN ELS SEUS INICIS.

Els Primers Episodis Psicòtics, constitueixen un dels temes més rellevants en l'actualitat en la investigació Psiquiàtrica. Açò queda ben reflectit per l'increment en el nombre de publicacions i cites en els últims 20 anys en aquest camp (gràfica 1*).



*Nombre de publicacions en Primers Episodis Psicòtics en els últims 20 anys segons l'ISI Web of Knowledge.

Aquest interès internacional s'ha reflectit també al nostre país, perquè s'ha produït un increment de publicacions i projectes d'investigació en aquest camp. Segons l'ISI Web of Knowledge en la investigació en primers episodis psicòtics a Espanya, hem passat de 50 cites l'any 2002 a 900 l'any 2014. aquest interès nacional per la investigació en aquest camp, queda reflectit també en la prioritat que se li dona a aquesta línia d'investigació dins del Centre d'investigació biomèdica en xarxa en salut mental CIBERSAM ja que dins del programa d'Esquizofrènia és prioritària la investigació en primers episodis psicòtics.

1 OBJECTIUS

1. Revisar i analitzar els projectes d'investigació actualment en marxa en primers episodis psicòtics dins de la Comunitat Valenciana.
2. Elaborar protocols bàsics comuns per a registre de primers episodis psicòtics.
3. Incorporar aquests protocols bàsics en la història clínica electrònica.
4. Analitzar els registres de casos incidència –prevalença de primers episodis psicòtics a la Comunitat Valenciana.
5. Promoure la participació dels centres d'investigació de la Comunitat de la Comunitat Valenciana en projectes multicèntrics nacionals i internacionals.
6. Dissenyar projectes multicèntrics dins dels diferents grups de la Comunitat Valenciana que treballen en els primers episodis psicòtics (en convocatòries de la Comunitat, nacionals i internacionals).

2 ACTIVITATS

1. Revisió de projectes actius sobre primers episodis psicòtics a la Comunitat Valenciana. Anàlisi de resultats i necessitats.

La Comunitat Valenciana ha participat i està participant en els dos principals projectes d'investigació tant en l'àmbit nacional com europeu sobre primers episodis psicòtics.

- European Network of National Networks studying Gene-Environment Interactions in Schizophrenia (EU-GEI), van Vos J, t'al Schizophr Bull. 2014 ;40(4):729-36. IP a la Comunitat Valenciana J. Sanjuan
- Bernardo M, et alii; PEPs Group. Assessing clinical andfunctional outcomes in a gene-environment interaction study in first episode of psychosis (PEPs). Rev Psiquiatr Salud Ment. 2013 Jan-Mar;6(1):4-16. IP a la Comunitat Valenciana EJ Aguilar.

També està participant en diversos projectes multicèntrics per a mesurament d'eficàcia de les intervencions psicosocials, com a *E-enseñanza y desarrollo de un programa psico-educativo basado en la evidencia en primeros episodios psicóticos*. (Lorente Rovira, E, 2013.)

Així doncs, el primer objectiu d'aquest document seria realitzar un informe complet sobre l'estat actual de la investigació en primers episodis psicòtics a la Comunitat Valenciana, portant un registre de:

-Nombre de projectes finançats en els últims 10 anys

-Nombre de publicacions i FI acumulat

2. Elaboració de protocols bàsics comuns per a registre de Primers Episodis Psicòtics.

En la Comunitat Valenciana tenim la coordinació nacional del programa d'esquizofrènia i de la base de dades comunes del CIBERSAM en col·laboració amb la Universitat Politècnica de València

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

No obstant això, aquests protocols, encara sent imprescindibles per a la investigació, estan molt allunyats de la pràctica clínica. Per a acostar els protocols d'investigació a aquesta pràctica és imprescindible el disseny d'un protocol bàsic que siga assequible per a tots els clínics que treballen amb aquests pacients i que contemple:

- Dades del diagnòstic clínic
- Dades de proves complementàries
- Dades del pla terapèutic
- Dades dels resultats del pla terapèutic
- Dades de seguiment longitudinal

3. Incorporació dels dits protocols bàsics en la història clínica electrònica.

La tendència general en la pràctica mèdica actual és substituir progressivament la història clínica com a document escrit per la història clínica electrònica. Açò no sols possibilita la millor informació clínica entre els diferents centres, sinó que és una excel·lent base per a estudis epidemiològics i per al control de les bones pràctiques.

Desgraciadament diversos sistemes informàtics conviuen en l'actualitat dins de la història clínica electrònica a la Comunitat Valenciana.

Un objectiu molt important per a assentar les bases de la investigació i acostar-la a la pràctica clínica seria la incorporació dels protocols bàsics a la història clínica electrònica.

4. Anàlisi de registre de casos incidència –prevalença de primers episodis psicòtics a la Comunitat Valenciana.

A partir del registre comú, la primera missió seria establir un registre de primers episodis que poguera ser la base per a conèixer les variacions en la incidència i prevalença d'aquests quadros.

5. Promoure la participació dels centres d'investigació de la Comunitat Valenciana en projectes multicèntrics nacionals i internacionals.

Encara que, com ja hem vist, hi ha una participació activa d'alguns centres de la Comunitat Valenciana en els projectes col·laboratius sobre primers episodis, una tasca important seria mantenir aquesta participació i implicar nous centres–grups en aquests projectes.

6. Dissenyar projectes multicèntrics dins dels diferents grups de la Comunitat Valenciana que treballen en els primers episodis psicòtics (en convocatòries de la Comunitat, nacionals i internacionals).

Aquests projectes aniran enfocats, sobretot, a l'anàlisi dels factors de risc i a mesurar l'eficàcia de les mesures de prevenció i les intervencions terapèutiques.

Un aspecte important a tenir en consideració és el pla de difusió de l'activitat científica a través de:

- cursos
- pàgines web
- jornades d'informació a associació de familiars, etc.

8. AVALUACIÓ DEL PROGRAMA

L'avaluació del programa és un aspecte imprescindible en la implantació d'aquest ja que permet conèixer el compliment dels objectius de les distintes intervencions que es duen a terme, la seua viabilitat i aquells aspectes en què ha de ser millorat. Es fonamenta principalment en l'avaluació dels indicadors d'estructura i organització, de procés i de resultat que es proposen a continuació. Ha de realitzar-se de forma periòdica a fi d'introduir millores en els aspectes deficitaris. La seua periodicitat es determinarà amb la direcció del centre, el coordinador i la institució.

1 INDICADORS D'ESTRUCTURA I ORGANITZACIÓ

Integració dels diferents nivells assistencials:

- Programes d'atenció individualitzats (PAI) (Número de PAI realitzats del total de pacients)
- Coordinació amb atenció primària, UCA i centres de salut mental :

Nombre de pacients que entren al programa i es notifiquen en una setmana MAP /nombre total pacients

Nombre de pacients que finalitzen el programa i que es notifiquen a USM-Primària-UCA/nombre total de pacients

Gestió de recursos humans:

- Promoció de la qualitat científicotècnica.

Nombre de presentacions/publicacions realitzades en un any

- Programes específics de formació.

Nombre de cursos impartits en un any

Nombre de professionals formats en un any

2 INDICADORS DE RESULTAT

Clínica i evolució:

-Relació de recaigudes (nombre de pacients que han tingut una recaiguda (reingressos) en un any sobre el total de pacients del programa) i temps transcorregut fins a la primera recaiguda

-Acumulatiu d'ingressos hospitalaris (nombre de pacients que han ingressat, sobre el total de pacients del programa).

-Pacients en remissió clínica segons els criteris d'Andreasen i cols. (2005) mesurats amb l'escala PANSS.

-Prevalença dels intents de suïcidi (núm. de pacients que informen d'algun intent de suïcidi durant un any)/ nombre total de pacients atesos.

Funcionament i qualitat de vida:

-Millora en qualitat de vida (nombre de pacients que mantenen o milloren els resultats des de l'avaluació inicial i a l'any segons l'escala WHO).

-Estat de funcionament global (percentatge de pacients que milloren el seu funcionament global al llarg d'un any mesurat amb l'escala EEAG i percentatge de pacients que a la finalització del programa tenen una puntuació en l'escala EEAG ≥ 70).

Ompliment del tractament i adherència al programa:

-Monitorització activa dels efectes secundaris de la medicació (per mitjà de l'escala UKU).

-Proporció d'abandons (nombre de pacients que abandonen el programa abans de complir un any dividit per tots els pacients vinculats a aquest).

-Percentatge d'assistència a les visites programades.

-Seguiment comunitari després d'hospitalització (nombre de pacients que han acudit almenys a una cita després de l'hospitalització dividit per nombre de pacients tractats en un ingrés).

Gasto:

-Evolució de les despeses en adquisicions de farmàcia hospitalària.

Cost de les prescripcions de psicofàrmacs en un any.

-Persones que no es reincorporen a la seua vida laboral.

Nombre de pacients que es reincorporen al mercat laboral en el primer, segon, tercer anys.

-Nombre d'atencions en urgències.

-Durada dels ingressos hospitalaris.

Satisfacció:

-Satisfacció del pacient (enquesta de satisfacció).

-Satisfacció de la família (enquesta de satisfacció).

9. ABREVIATURES

AP. Antipsicòtic
APA. American Psychiatric Association
AVD: Activitats Vida Diària
CIE. Classificació Internacional de Malalties
CSM. Centre de salut mental
DSM. Manual diagnòstic de Trastorns Mentals
EAP. Equip d'Atenció Primària
EIS. Early Intervention Service
EDIE: Early Detection Intervention Evaluation
EMAR. Estat Mental d'Alt Risc
EPP. Early Psychosis Program
EPPIC .Early Psychosis Prevention and Intervention Centre
GAF: Global Assessment of Functioning.
HD: Hospital de Dia
MAP. Metge d'Atenció Primària
MB. Marcadors biològics
OMS. Organització Mundial de la Salut
ONG. Organització no Governamental
PA: Psicosi afectiva
PAI: Programa d'atenció individualitzat
PAFIP .Programa Intervenció en les Fases Primerenques de les Psicosis
PCAPSM: Programa col·laboració atenció primària-salut mental
PEP. Primers Episodis Psíquics
PEPP. Prevention and Early Intervention Program for Psychosis
PI: Psicosi inici
PNA: Psicosi no afectiva
SM. Salut Mental
TCC. Teràpia Cognitiu Conductual
TIPS .Early Treatment and Identification of Psychosis
UCA: Unitat de Conductes Addictives
UHP. Unitat d'Hospitalització Psiquiàtrica
USM. Unitat de Salut Mental
USMIA. Unitat de Salut Mental Infanto adolescent
WPA: World Psychiatric Association

10. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

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 Psychiatr Scand 2006; 114: 274–81.

Edorta Elizagarate, 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. "The early psychosis care 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 - 8 DOI: 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 Patronato sobre discapacidad.

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

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, Szmulker 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 Z 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., Lifshay, 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, Puthiyackal J. Clozapine for treatment-resistant schizophrenia: National Institute of Clinical Excellence (NICE) guidance in the real world. *Clin Schizophr Relat 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. Londres, 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.0000000000000052.

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, Asua Batarrita 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, Pousa Tomàs 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, Gaité 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.proyectochamberlin.org/blog

Esquizofrenia 24x7.com.www.

1 de cada 4. Estrategia andaluza contra el estigma en salud mental.www.1decada4.es

Programa de prevención de psicosis p3. Servicio Cántabro de Salud. www.p3-info.es

11. ANNEXES DEL PROGRAMA D' ATENCIÓ A PRIMERS EPISODIS PSICÒTICS

11.1. ANNEX 1

11.1.1-GUIA PRÀCTICA PER A MAP PER A LA DETECCIÓ DE LA PSICOSI

Aquesta guia pretén ser una orientació per al reconeixement de patiments que poden alertar-nos i/o fer-nos sospitar l'inici d'una possible psicosi. Per a això necessitem conèixer els factors de risc de la psicosi i els símptomes que poden constituir el seu començament.

A. FACTORS DE RISC DEL TRASTORN PSICÒTIC:

- Edat: adolescència i primers anys de la vida adulta
- En els trets del pacient:
 - antecedents familiars
 - personalitat vulnerable (esquizoide, esquizotípica)
 - problemes d'adaptació previs
 - retard en les etapes del desenvolupament
 - antecedent de lesió cranioencefàlica
 - baix nivell intel·lectual
 - antecedents de complicacions obstètriques
- En la situació del pacient:
 - esdeveniments vitals
 - estrés psicosocial evident
 - abús de substàncies (cànnabis)
 - canvis subjectius i funcionals

B. SIGNES I SÍMPTOMES PRODRÒMICS / INCIPIENTS:

- Canvis en el funcionament psicosocial: deteriorament en el treball o en els estudis, aïllament social, pèrdua d'energia o motivació.
- Canvis conductuals: trastorns del son, alteracions de la gana.
- Canvis emocionals: depressió, ansietat, tensió, irritabilitat, ira, canvis afectius, percepció de canvis en l'entorn, sensació d'acceleració o alentiment en el pensament.
- Canvis cognitius: problemes de concentració o memòria, desconfiança, aparició de creences inusuals.

**Si una persona presenta alguns d'aquests signes o símptomes, si a més és un adolescent, i si estan presents alguns dels factors de risc, cal contactar amb psiquiatre-enllaç per a iniciar la gestió del cas.*

11.1.2- CRITERIS DEL PROGRAMA EDIE (MANCHESTER)

1 punt:

- La família està preocupada.
- Consum excessiu d'alcohol.
- Consum de drogues (inclòs cànnabis).
- Discuteix amb els amics i amb la família

2 punts:

- Dificultats per a dormir.
- Falta de gana.
- Humor depressiu.
- Pobra concentració.
- Inquietud.
- Tensió o nerviosisme.
- Falta de plaer per les coses.

3 punts:

- Sensació que la gent l'està observant *
- Sensació que sent coses que els altres no poden sentir *

4 punts:

- Idees de referència *
- Creences rares *
- Pensament o llenguatge rar.
- Afectivitat inadequada.
- Conducta o aparença rara.
- Història de psicosi en un familiar de primer grau + estrés augmentat o deteriorament en el funcionament

Valoració: Es recomana avaluar amb més detall la persona que assoleix una puntuació igual o superior a 20, assignant el valor indicat a cada un dels símptomes; o bé quan presenta qualsevol dels símptomes assenyalats amb un asterisc, encara que no arribi a aquesta puntuació.

Escala traduïda i adaptada de l'estudi EDIE (Early Detection Intervention Evaluation) del departament de psicologia de La Universitat de Manchester, Regne Unit pels responsables del programa de prevenció de psicosi de Cantàbria referència :www.p3-info.es

Dr.Serafín Lemos Giráldez

Catedràtic de psicopatologia de la Universitat d'Oviedo

Dr. Oscar Vallina Fernández

Psicòleg clínic del Servei Càntabre de Salut.

11.2. ANNEX 2

11.2.1.-FITXA D'ATENCIÓ DEL PACIENT

A.1 DADES DE FILIACIÓ DEL PACIENT,
Nom i cognoms, adreça, telèfons de contacte, SIP, lloc de procedència, metge referent
Consentiment informat. (CONTRACTE TERAPÈUTIC)
Instruccions anticipades
A.2 AVALUACIÓ INICIAL
Història mèdica
Somàtica
Psiquiàtrica
Toxicològica
Psicosocial
Història familiar
EEM
Personalitat
Exploració física
Exploracions complementàries
Mèdiques
Bateries de test
A.3 NECESSITATS
A.4 PLA D'ATENCIÓ INDIVIDUALITZAT
Àrees.
Objectius

• Intervencions
• Avaluació

11.2.2.-CONTRACTE TERAPÈUTIC

- CONTRACTE TERAPÈUTIC (PROGRAMA DE PRIMERS EPISODIS)

Senyor/Senyora _____ amb
DNI _____ he sigut informat de la inclusió en el Programa de Primers
Episodis Psicòtics (Departament corresponent). Es tracta d'un programa específic per a atendre pacients
amb un primer episodi psicòtic durant els primers anys de la malaltia amb una durada de 3 anys
prorrogables a cinc anys en cas que calga. Durant l'estada en aquest programa es realitzaran les proves
diagnòstiques necessàries i s'iniciarà un tractament intensiu i personalitzat per a la patologia que s'ha
diagnosticat.

Nom i firma del pacient o responsable legal (si és procedent):

En _____, a _____ de _____ del 20__

_____ He llegit i comprés aquest contracte terapèutic

_____ La informació d'aquest contracte terapèutic m'ha sigut explicada.

TELÈFONS D'ATENCIÓ

Telèfon de Consulta (horari):

Telèfon d'atenció a urgències (horari):

NOTA: Es faran dues còpies del contracte: una serà inclosa en la història clínica del pacient i l'altra serà per
al pacient o responsable legal (si és procedent).

11.2.3.-INSTRUCCIONS ANTICIPADES EN PSIQUIATRIA

La Llei General de Sanitat 41/2002 en el seu article 11 reconeix com a instruccions prèvies el document pel qual una persona major d'edat, capaç i lliure manifesta anticipadament la seua voluntat, a fi que aquesta es complisca en el moment en què arribe a situacions i circumstàncies en les quals no siga capaç d'expressar-se personalment, sobre les cures i el tractament de la seua salut. L'OMS, en el seu Instrument de *Qualitat i Drets* de l'OMS (2012) també refereix les instruccions anticipades com un document escrit en el que una persona pot especificar per avançat decisions sobre l'atenció en salut, opcions de tractament o recuperació "en el cas que no siga capaç de comunicar les seues decisions en algun moment en el futur». Les instruccions anticipades poden incloure també opcions de tractament i de "recuperació" que una persona no vol tenir, i com a tal pot ajudar a assegurar de que no reba cap intervenció

en contra dels seus desitjos. Es tracta, per tant, de respectar i promocionar l'autonomia del pacient en moments de vulnerabilitat.

És important adequar el moment propici en què s'han d'establir aquestes instruccions anticipades, quan la persona se senta responsable del seu procés de curació, siga conscient de la seua malaltia i de la seua pròpia vulnerabilitat.

La persona atorgant del document pot designar a més, un representant perquè, arribat el cas, servisca com a interlocutor seu amb el metge o l'equip sanitari per a procurar el compliment de les instruccions anticipades.

INSTRUCCIONS ANTICIPADES
Senyor/Senyora _____ amb DNI _____ manifeste que, en aquelles situacions en què la meua capacitat de decisió es veja afectada per la meua malaltia, es considere les opcions de tractament que es detallen en el document adjunt.
D'aquesta manera, designe _____ amb DNI _____ perquè servisca com a interlocutor en el meu nom en les situacions anteriorment descrites.
Nom i firma del pacient:
_____, _____ d _____ del 20__
Nom i firma de la persona designada com a interlocutor:
_____, _____ d _____ del 20__

11.2.4.- AVALUACIÓ INICIAL.

En cada pacient detectat ha de realitzar-se, a través de l'entrevista clínica i d'altres instruments, un estudi diagnòstic inicial complet dut a terme per distints especialistes d'un equip multidisciplinari: infermeria especialista en salut mental, terapeuta ocupacional, treballadora social, psicòleg clínic i psiquiatre, que incloga:

1) Història clínica psiquiàtrica: elaboració de judici diagnòstic amb plantejament de diagnòstics diferencials i judici pronòstic.

2) Història mèdica general:

- Antecedents de patologies somàtiques d'interés.
- Ús de fàrmacs concomitants.

3) Història toxicològica: patrons de consum de tòxics.

4) Història funcionament psicosocial:

- Història laboral /acadèmica
- Funcionament en l'ocupació
- Relacions en el treball, xarxa social
- Dificultats específiques.
- Utilització del temps d'oci, hàbits de vida.
- Habilitats i competències socials.
- Coneixement sobre la malaltia, medicació, autonomia, utilització de recursos comunitaris.
- Avaluació de recursos del pacient:

--Avaluació de la resposta psicològica a la psicosi: les variables psicològiques que s'han mostrat rellevants en la remissió de la psicosi són: l'autoestigma per malaltia mental, l'estil de recuperació de la malaltia (nivell d'afrontament de la malaltia) i el model explicatiu de psicosi que es tinga en format de creences personals sobre la malaltia.

--Adaptació i tolerància a l'estrés.

5) Personalitat: autopercepció i autoconcepte.

6) Història Familiar: Antecedents familiars de malaltia mental.

7) Estructura familiar:

- Patró de relacions socials i familiars: avaluar les relacions familiars (criticisme, hostilitat, sobreimplicació...) i les relacions de suport.
- Recursos familiars: maneig de situacions problemàtiques, nivell d'estrés-sobrecàrrega familiar relacionada amb el pacient.

8) Examen de l'estat mental a través d'entrevistes estructurades

- Síntomes positius.
- Síntomes negatius.
- Síntomes de desorganització.
- Síntomes de depressió, ideació o risc suïcida.

9) Avaluació física duta a terme per la infermeria:

- Control nutricional i metabòlic: mesurament talla i pes, perímetre abdominal, IMC, signes de deshidratació i ingesta d'aliments (gana, quantitat i tipus de líquids, hàbits d'alimentació, preferències alimentàries, restriccions, evitacions, nàusees, vòmits, ingesta compulsiva)
- Control d'hipertensió arterial o altres problemes cardiovasculars.
- Conductes de risc de malalties de transmissió sexual o per consum de tòxics.
- Control de perfil lipídic i glucèmic.
- Hàbits de vida saludable: exercici, hàbits de son-descans (horari diürn-nocturn, quantitat d'hores, problemes de son, hàbits no saludables, mecanismes per a combatre l'insomni).
- Percepció-control de la salut: aspecte general, higiene personal, higiene bucal, consciència de malaltia, coneixement de la malaltia, adherència al tractament, coneixement del tractament farmacològic.

10) Exploracions complementàries: per a poder establir diagnòstics diferencials de processos somàtics, així com determinació de l'estat físic del subjecte i possibles elements de risc. Es realitzaran a l'inici del programa amb reavaluacions periòdiques de certs paràmetres en funció de les necessitats específiques. S'inclourà:

- Anàlítica de sang: hemograma i bioquímica (glucèmia, funció renal, hepàtica i tiroide)
- Tòxics en orina: cocaïna, opiacis, alcohol, amfetamines, cànnabis.
- Test de gestació: si és dona en edat fèrtil.
- Serologia: VIH; SÍFILIS, Hepatitis B i C.
- ECG.
- EEG.
- Neuroimatge: TAC o RMN cerebral.
- Estudis neuropsicològics. Psicometria.

11.2.5.-INSTRUMENTS D'AVUACIÓ:

AVUACIÓ CLÍNICA:

ESCALA PER A LA SÍNDROME POSITIVA I NEGATIVA DE L'ESQUIZOFRÈNIA (PANSS)

ESCALA D'IMPRESSIÓ CLÍNICA GLOBAL (ICG)

ESCALA DE DEPRESSIÓ DE HAMILTON (HDRS)

ESCALA DE MANIA DE YOUNG (YMRS)

En el cas que hi haja dubtes diagnòstics poden administrar-se els instruments següents:

STRUCTURED CLINICAL INTERVIEW FOR DSM-IV-TR AXIS I DISORDERS (SCID-I)

AVUACIÓ DE LA PERSONALITAT:

INVENTARI CLÍNIC MULTIAXIAL DE MILIÓ (M-III)

AVUACIÓ NEUROPSICOLÒGICA:

SCREEN FOR COGNITIVE IMPAIRMENT IN PSYCHIATRY (SCIP)

BATERIA COGNITIVA MATRICS (només en els casos que ho requerisquen)

FUNCIONAMENT SOCIAL:

ESCALA D'AJUST PREMÒRBID DE CANNON-SPOOR (PAS)

ESCALA DE FUNCIONAMENT SOCIAL (SFS)

ESCALA D'AVUACIÓ DE L'ACTIVITAT GLOBAL (EEAG)

QUALITAT DE VIDA:

QÜESTIONARI DE QUALITAT DE VIDA DE L'OMS (WHOQoL-Bref)

EFFECTES SECUNDARIS DEL TRACTAMENT

ESCALA D'EFFECTES SECUNDARIS (UKU) (opcional)

AVUACIÓ FAMILIAR:

QÜESTIONARI D'AVUACIÓ DE REPERCUSSIÓ FAMILIAR (IEQ)

QÜESTIONARI DE SALUT GENERAL DE GOLDBERG (GHQ)

QÜESTIONARI FAMILIAR DE BARROWCLOUGH I TARRIER (FQ) (opcional)

11.2.6.-PLA D'ATENCIÓ INDIVIDUALITZAT (PAI)

ÀREES	FORTALESES/DEBILITATS	NECESSITATS	OBJECTIUS	ACCIONS	PROFESSIONAL QUE LA REALITZA	REVISIÓ/AVALUACIÓ				
						3m	12m	18m	36m	60m
BIOLÒGICA: FARMACOLÒGICA										
CURA SALUT										
PSICOLÒGICA										
FAMILIAR										
SOCIAL										
ACADÈMICA/LABORAL										

FIRMA PACIENT

FIRMA PROFESSIONAL DE REFERÈNCIA.

11.2.7.FITXA D'AVALUACIÓ INDIVIDUAL						
NOM:		ALTA:				
TEMPS ESPERA 1º CONTACTE						
PLA D' ATENCIÓ INDIVIDUALITZAT						
	INICI	6 MES	12 MES	18MES	36MES	60 MES
ATENCIÓ EN URGÈNCIES						
INGRÉS EN UHP						
TENTATIVA DE SUICIDI						
TRACTAMENT FARMACOLÒGIC						
EFFECTES SECUNDARIS MEDICACIÓ (ESCALA UKU)						
INTERVENCIÓ PSICOLÒGICA						
TCC SI/NO. Nº SESSIONS						
PSICOEDUCACIÓ SI/NO. Nº SESSIONS						
EDUCACIÓ HÀBITS SALUDABLES. SI/NO.						
NRE. SESIONS						
EXISTÈNCIA HÀBITS TÒXICS. SI/NO						
DEPENDÈNCIA HÀBITS TÒXICS. SI /NO.						
ASSISTEIX A UCA/UA.SI/NO						
FUNCIONAMENT GLOBAL (ESCALA EEAG)						
REMISSIÓ CLÍNICA (ESCALA PANSS)						
INTERVENCIÓ FAMILIAR. SI/NO						
PSICOEDUCACIÓ SI/NO .Nº SESSIONS						
NIVELES DE SOBRECÀRREGA Y AFECTACIÓ PSICOLÒGICA						
INTERVENCIÓ SOCIAL(habilitats socials/resolució de problemes) SI/NO						
NRE SESSIONS						
ACTIVITATS DE OCI/TEMPS LLIURE: SI/NO						
ESTUDIA SI/NO- TREBALLA SI/NO						
MILLORA SATISFACCIÓ QUALITAT DE VIDA (ESCALA WHO)						
SATISFACCIÓ DEL PACIENT						
SATISFACCIÓ DE LA FAMÍLIA						
ABANDÓ DEL PROGRAMA:	BAIXA DEL PROGRAMA:					

11.3.ANNEX 3

11.3.1. PROGRAMA DE TRACTAMENT DE PRIMERS EPISODIS PSICÒTICS DEL DEPARTAMENT DE SALUT DE GANDIA (PTPEP-GANDIA)

El PTPEP - Gandia s'ha dissenyat a fi de proporcionar un tractament intensiu, integral, de qualitat i continuat dirigit a les fases inicials de les psicosis, en el context de la pràctica assistencial de la sanitat pública.

OBJECTIUS:

- 1- Implantar un programa de tractament comunitari adreçat a persones amb un primer episodi psicòtic (PEP) dins de l'assistència pública, tractant d'optimitzar la utilització dels recursos humans i materials disponibles en el servei, i també incrementar la cartera de serveis del departament de salut de Gandia.
- 2- Detectar i tractar tots els pacients que patisquen un PEP a fi d'optimitzar la seua recuperació clínica i funcional.
- 3- Abordar el treball amb les famílies de forma sistemàtica en tots els casos, en funció de la fase de la malaltia, utilitzant una teràpia de tipus cognitivoconductual destinada a la unitat familiar
- 4- Avaluar els resultats del tractament per mitjà d'un protocol d'investigació
- 5- Formació continuada i docència sobre aspectes relacionats amb el diagnòstic i tractament de les primeres fases de les psicosis.
- 6- Afavorir i col·laborar en la implantació del programa en tots els departaments de Salut de la Comunitat Valenciana.

POBLACIÓ DIANA

La intervenció va dirigida a tots els pacients i les seues famílies, remesos al programa de forma consecutiva pels psiquiatres, psicòlegs i metges d'atenció primària del departament de salut de Gandia, sempre que complisquen els següents criteris de selecció:

- 1- Presentar un primer episodi de psicosi no afectives segons criteris DSM-IV TR i/o CIE-10 (F20-F29).
- 2- Temps des del diagnòstic inferior o igual a un any.
- 3- Edat compresa entre 15 i 45 anys.
- 4 -No presentar cap patologia neurològica com a diagnòstic principal ni discapacitat intel·lectual.
- 5 - Consentiment informat.

DESCRIPCIÓ/INTERVENCIÓ

El PTPEP-Gandia és un tractament intensiu de tres anys de durada, integrat per estratègies terapèutiques tant biològiques com psicosocials que han demostrat eficàcia en el tractament de les psicosis. En primer lloc, l'assistència clínica que inclou el tractament farmacològic amb antipsicòtics atípics, l'abordatge de l'experiència psicòtica i l'atenció de la salut física; en segon lloc, el treball amb les famílies que inclou la intervenció familiar segons el model de Falloon (1984) i una Intervenció Social dirigida a millorar el funcionament i l'ajust del pacient.

El programa consta de tres fases diferenciades, a fi d'adaptar-se a la clínica i l'evolució d'un PEP, seguint el model de fases i amb un enfocament preventiu: fase aguda (12 setmanes), fase de recuperació primerenca (18 mesos) i fase de recuperació prolongada (36 mesos). En cada una d'aquestes l'assistència consta dels tres abordatges assenyalats anteriorment.

Ha sigut dissenyat per un grup de professionals de salut mental, a partir de l'estudi de la bibliografia i guies clíniques, tenint en compte els dispositius assistencials i recursos materials disponibles en el servei, amb la finalitat de maximitzar el rendiment en el tractament de persones que pateixen un PEP.

AVALUACIÓ

A fi d'avaluar l'aplicació del programa i poder respondre a les qüestions plantejades en els objectius del projecte, s'ha dissenyat un estudi d'intervenció amb un seguiment a tres anys. La intervenció consisteix en l'aplicació del PTPEP-Gandia en el seu vessant assistencial i l'avaluació es realitza en tres moments al llarg del seguiment en funció de les fases del PEP descrites anteriorment.

L'avaluació arreplega variables relacionades amb el pacient i amb el familiar clau, que és aquell que més temps passa amb la persona que pateix la psicosi i que s'encarrega de la seua atenció. En el primer cas, són de tipus sociodemogràfic, clínic, neuropsicològic, biològic, de funcionament premòrbid i funcionament social, consciència de malaltia i adherència al tractament. A més es valora el *familiar clau* en aspectes relacionats amb la càrrega que pateix per la malaltia i els coneixements que té sobre la malaltia.

S'utilitzen instruments traduïts a l'espanyol i majoritàriament validats. A més, la majoria s'utilitzen àmpliament en els estudis sobre psicosis. Els membres de l'equip estan entrenats en la seua utilització i a fi d'evitar diferències s'ha dividit l'avaluació de manera que aquest professional administre els mateixos instruments en tots els casos.

El protocol d'investigació de PTPEP-Gandia ha rebut l'aprovació del comitè ètic d'investigació clínica de l'Hospital Mare de Déu dels Liris d'Alcoi i també la de la comissió d'investigació, docència i ètica de l'Hospital Francesc de Borja de Gandia

El programa es va posar en marxa l'any 2008 i durant aquest temps s'ha implantat dins del departament de salut de Gandia. S'ha consolidat un equip interdisciplinari de professionals de salut mental i s'han coordinat les actuacions, treballant intensament en

tots els objectius plantejats. No s'ha requerit un increment de recursos i s'ha aplicat dins de l'assistència pública, i la base del tractament ha estat el treball en equip.

CONTACTE

Equip de PTPEP-Gandia.

M^a José Masanet García i María Lacruz Silvestre, Psiquiatres de la Unitat de Salut Mental de Gandia.

Cristina Doménech Cardona i Francisco José Castells Pons, Infermers de Salut Mental.

Paula Sastre Portes, Terapeuta Ocupacional i M^a José Ferrer Méndez, Treballadora Social.

Alfredo Cortell Sivera, Psiquiatre, Cap de Secció de Salut Mental del Departament de Salut de Gandia.

masanetmjo@gmail.com maria.lacruz.silvestre@gmail.com

Telèfon de contacte: 962849506

2-PROGRAMA DE TRACTAMENT DE PRIMERS EPISODIS PSICÒTICS DEL DEPARTAMENT DE SALUT DE LA RIBERA

2.1- UNITAT FUNCIONAL PRIMERS EPISODIS DE PSICOSI DE LA RIBERA

Les Unitats Funcionals (UF) són unitats específiques no estructurals que dissenyaran l'abordatge integral de patologies específiques, en aquest cas els primers episodis de psicosi (PEP), marcant les directrius de detecció, clíniques, assistencials, de formació i d'investigació al voltant de la patologia que s'ocupen.

Estan constituïdes per un responsable i un o dos col·laboradors directes ubicats en una unitat estructural (USM, USMIA, UCA), així com un referent en cada una de les altres unitats estructurals, la principal funció del qual és transmetre i coordinar tota la informació, formació i iniciatives de la UF.

La UF de PEP de la Ribera té el responsable i principals col·laboradors en la USM d'Alzira, on es realitzen els abordatges grupals anualment amb els pacients i els seus familiars, i un referent en la USM de Carlet, en la USM de Sueca, en la USMIA i en la UCA.

Es realitza una abordatge més intensiu durant el període crític de la malaltia, és a dir, els primers cinc anys. S'assegura la continuïtat assistencial dels pacients perquè des del principi són seguits pels mateixos terapeutes en el seu tractament individualitzat.

OBJECTIUS:

1. Conscienciar els professionals relacionats amb la salut mental de la necessitat d'introduir en la pràctica diària un estil d'abordatge –laboral, en general- actiu, dinàmic, dirigit a la detecció i tractament precoç de les malalties mentals, en aquest cas dels primers episodis de psicosi, i basat en les necessitats de les persones que les pateixen i dels seus familiars.
2. Donar a conèixer les directrius generals d'un programa basat en l'estil esmentat, generant una guia clínica per a la seua aplicació uniforme i sistemàtica en l'equip de salut mental del departament de salut de la Ribera, comprenent des de la promoció i prevenció en salut mental, passant per la detecció precoç, fins a la prevenció terciària i quaternària.
3. Coordinar activitats d'avaluació/investigació del programa.
4. Formació continuada i actualització bibliogràfica constant sobre el tema.

CARACTERÍSTIQUES DE L'ABORDATGE

1 Precoç:

- . Detecció precoç de casos nous
- . Reducció de les demores en la instauració d'un tractament eficaç
- . Oferiment d'un tractament òptim i continu durant el "període crític" de la malaltia

2. Integral i òptim: en el qual s'oferisquen, des del començament, les distintes i complementàries tècniques terapèutiques indicades, preparades en un "paquet terapèutic" llest per a ser usat. Les intervencions biològiques, socials i psicològiques han d'integrar-se per a proporcionar el benefici màxim. L'efecte d'un tipus d'intervenció està relacionat amb les altres intervencions que estiguen en marxa.

3. Específic per fases: les distintes tècniques psicofarmacològiques i psicoterapèutiques tindran la seua indicació prioritària segons les fases del període crític.

4. Sistemàtic: ha de formar part de la pràctica clínica diària. Estar instaurat en aquesta.

5. Dirigit a la recuperació: tenir com a finalitat ajudar els pacients, i els seus familiars, a reconstruir i reorientar les seues vides i ajudar-los a aconseguir una comprensió de la psicosi i desenvolupar recursos per al futur.

GUIA CLÍNICA PER A PRIMERS EPISODIS DE PSICOSI

1. INTERVENCIONS PRÈVIES AL PRIMER CONTACTE
2. PRIMER CONTACTE
3. INTERVENCIONS A PARTIR DEL PRIMER CONTACTE

INTERVENCIONS PRÈVIES AL PRIMER CONTACTE. Aquelles dirigides a disminuir el temps de psicosi no tractada (TPNT): Millorar la

identificació de casos, adequar les consultes, facilitar l'accés als serveis psiquiàtrics.

- Programa de col·laboració amb els equips d'atenció primària: model enllaç amb aspectes col·laboratius. Sessions mensuals en cada ZB de Gestió de casos. Sessions formatives.

PRIMER CONTACTE. Els procediments de valoració de les persones amb un primer episodi de psicosi han d'incloure estratègies que promoguen la col·laboració d'aquestes/ l'aliança terapèutica o de treball.

INTERVENCIONS A PARTIR DEL PRIMER CONTACTE

Dirigides al pacient: Individual i grupal

Dirigides a la família

Dirigides a la micro-xarxa social del pacient

INTERVENCIONS PER ORDRE TEMPORAL

En cada etapa els pacients tenen necessitats terapèutiques diferents

Pre-terapèutiques

Fase inicial (8 setmanes)

Fase de continuació (fins 2^a any)

Fase de manteniment (3^a - 5^a any)

CONTACTE.

Jose E. Romeu

Psiquiatre. Coordinador de Salut Mental. Departament de la Ribera.

ppromeu@gmail.com

3-PROGRAMA DE TRACTAMENT DE PRIMERS EPISODIS PSICÒTICS DEL DEPARTAMENT DE SALUT DE L'HOSPITAL CLÍNIC

PROGRAMA DE TRACTAMENT DE PRIMERS EPISODIS PSICÒTICS DE L'HOSPITAL CLÍNIC UNIVERSITARI DE VALÈNCIA

Es pretén donar una atenció primerenca i optimitzada als pacients que presenten un primer episodi psicòtic dins del període crític des de l'inici de la psicosi (5 anys).

OBJECTIUS:

- 1- Els objectius principals del programa són la detecció, derivació ràpida, avaluació ràpida i tractament personalitzat, integral i integrat.
- 2- S'aplicaran les intervencions específiques (psicològiques, farmacològiques i psicosocials) basades en l'evidència científica adaptades a les distintes fases inicials de la psicosi i orientades cap a la recuperació.
- 3- Es pretén reduir l'impacte de la psicosi en el pacient i la seua família.
- 4- Integrar els projectes d'investigació finançats principalment per ISCIII i altres entitats públiques, duts a terme en el servei de psiquiatria a fi de millorar l'assistència clínica i aconseguir una integració entre la pràctica clínica i la investigació.

POBLACIÓ DIANA

Persones que han tingut un primer episodi de psicosi amb edats compreses entre els 16 i 45 anys que es troben dins dels cinc primers anys d'evolució de la malaltia.

El conjunt de diagnòstics prioritàriament associats als trastorns psicòtics establerts pot comprendre els següents (segons criteris DSM o CRIE):

- _ Esquizofrènia
- _ Trastorns psicòtics aguts (trastorn psicòtic breu)
- _ Trastorns esquizoafectius
- _ Trastorn esquizofreniforme
- _ Trastorn esquizotípic de la personalitat
- _ Trastorns d'idees delirants
- _ Trastorns psicòtics no orgànics
- _ Catatonia associada a una altra malaltia mental (DSM-V)
- _ Episodi maníac amb símptomes psicòtics
- _ Episodi depressiu greu amb símptomes psicòtics
- _ Trastorn depressiu recurrent amb símptomes psicòtics

Criteris d'inclusió

- Pacient amb sospita de diagnòstic referenciat en el programa
- Període d'evolució de menys de 5 anys

- Residir en l'àrea corresponent al departament específic
- Firma del contracte terapèutic, el pacient o el responsable legal.

Criteris d'exclusió

- Patologia orgànica diagnosticada clarament relacionada amb l'inici del quadro
- Edat igual o inferior a 16 anys.
- Edat superior a 45 anys.
- Discapacitat intel·lectual

PROCÉS

1. DEFINICIÓ: Dispositiu assistencial enfocat a proporcionar: detecció primerenca i accés ràpid a serveis de salut mental especialitzats; facilitar l'atenció i la recuperació d'aquelles persones que han desenvolupat per primera vegada una psicosis; disseny d'un Pla Individualitzat i Integrat d'Atenció; garantir la continuïtat de cures; millorar el pronòstic

2. LÍMITS DEL PROCÉS

-Límit inicial: Recepció de les propostes d'ingrés i valoració amb acceptació o rebuig d'aquesta amb disseny d'un Pla individualitzat i integrat per a cada pacient que inclou un pla integral des del punt de vista mèdicopsiquiàtric, psicològic i social.

-Límit final: alta del pacient després de completar el programa, realització d'informe, coordinació i enviament als destinataris del flux d'eixida.

PROCEDIMENTS TERAPÈUTICS

1. Pla assistencial mèdic: tractament psicofarmacològic optimitzat segons guies clíniques i monitorització de la salut física.

2. Pla assistencial psicològic segons guies clíniques: A partir d'una avaluació de les necessitats del pacient, s'oferirà de forma individualitzada els diferents components que s'han mostrat rellevants en aquest tipus de poblacions (elements de psicoteràpia d'orientació cognitiva per als primers episodis de psicosis):

- 2.1. Psicoeducació individual
- 2.2. Teràpia cognitiu conductual (TCC) de símptomes positius
- 2.3. TCC de patologia co-mòrbida: símptomes ansiosodepressius (patologia dual/criteris de dependència, derivar i coordinar amb UCA)
- 2.4. Entrenament metacognitiu en format grupal/individual

3. Pla assistencial social: Valoració global

4. Pla assistencial familiar: Intervenció familiar en format grupal

CONTACTE

Julio Sanjuán Arias, María José Escartí Fabra, Psiquiatres del Programa

Esther Lorente Rovira, Psicòloga Clínica del Programa.

Encarna Cuevas, Infermera de Salut Mental.

Blanca Llácer Iborra, Infermera d'Investigació CIBERSAM

Alejandra Guasp, Psicòloga d'Investigació CIBERSAM

Ana Luengo Martín, Unitat d'Hospitalització Domiciliària.

Eduardo Aguilar García-Iturrospe, Interconsulta Hospitalària

Mercedes Renovell, Psiquiatra, cap de Servei de l'Hospital Clínic Universitari de València

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

Telèfon de contacte: 96 398 31 90