

A E N

Asociación Española de Neuropsiquiatría

Consenso sobre Atención Temprana a la Psicosis de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2009



CUADERNOS TÉCNICOS, 10
MADRID, 2009

Informe elaborado por el Grupo de Expertos de la AEN

M.^a Fe Bravo Ortiz (Madrid)
Oscar Vallina Fernández (Cantabria)
Maite San Emeterio Parra (Barcelona)
Jordi Cid Colom (Girona)
Vicente Ibáñez Rojo (Almería)
Juan González Cases (Madrid)
Alberto Fernández Liria (Madrid)

Este estudio se ha realizado gracias a una subvención del Ministerio de Sanidad y Consumo dentro del desarrollo del Plan de Calidad.



Edición: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Asociación Española de Neuropsiquiatría.
C/ Magallanes, 1 Sótano 2 local 4. 28015 Madrid.
Tfno: 636.72.55.99 Fax: 91.847.31.82.
aen@aen.es , aeneuropsiquiatra@gmail.com , www.aen.es

Texto completo disponible en www.aen.es/web/docs/CTecnicos10.pdf

Edición: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Asociación Española de Neuropsiquiatría.
C/ Magallanes, 1 Sótano 2 local 4. 28015 Madrid.
Tfno: 636.72.55.99 Fax: 91.847.31.82.
aen@aen.es, aeneuropsiquiatra@gmail.com, www.aen.es

ÍNDICE

1.	Antecedentes	5
2.	Justificación	9
3.	Revisión de la evidencia científica	11
3.1.	Estudios centrados en la fase de alto riesgo	11
3.2.	Estudios centrados en la fase aguda del episodio psicótico	13
3.3.	Estudios centrados en la fase postcrisis (recuperación inicial)	15
4.	Población diana	19
5.	Líneas estratégicas	21
5.1.	Línea 1. Detección temprana y acceso rápido	22
5.2.	Línea 2. Facilitar la atención y la recuperación	23
5.3.	Línea 3. Desarrollar planes de formación	27
5.4.	Línea 4. Promover la realización de investigaciones	29
5.5.	Línea 5. Desarrollo de planes nacionales/autonómicos	30
6.	Evaluación clínica y psicosocial	33
6.1.	Consideraciones generales	33
6.2.	Protocolo de evaluación somática en una primera crisis psicótica	35
6.3.	Protocolo de evaluación psicopatológica y psicosocial	37
6.4.	Resumen de áreas e instrumentos y protocolos de evaluación	47
7.	Intervención	49
7.1.	Tratamientos psicológicos	49
7.2.	Tratamiento farmacológico	66
8.	Aspectos organizativos	71
9.	Bibliografía	75
10.	Anexos	95
A.	Tablas resumen de estrategias, objetivos y actividades	95

B. Indicadores de evaluación de los programas de atención temprana a la psicosis	101
C. Traducción de las estrategias de la IEPA/OMS	107
D. Enlaces a documentos de algunos programas que están funcionando en el Estado (Se recogen en la Web)	113
I. Programa de Prevención de Psicosis P3 de Torrelavega (Cantabria)	113
II. Programa de Atención Específico al Trastorno Psicótico Incipiente. Red de Salud Mental de Girona. IAS	113
III. Programa de Atención Específico al Trastorno Psicótico Incipiente. Les Corts / Sarriá-Sant Gervasi	113
E. Enlaces de interés: P3, IEPA, FERN, etc.	113
F. Glosario de siglas	114

1. Antecedentes

El documento de consenso que se presenta nace del Proyecto que la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN, Profesionales de la Salud Mental) presentó al Ministerio de Sanidad para elaborar un consenso español sobre la Atención Temprana a la Psicosis, con objeto de contribuir al desarrollo e implantación en este punto de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 11 de diciembre de 2006. En esta Estrategia se plantea como objetivo que las Comunidades Autónomas establecerán procedimientos de apoyo desde la atención especializada en salud mental a la atención primaria, para la detección y tratamiento precoz de trastornos mentales.

La mayoría de los casos de psicosis aparecen en los servicios de atención a la salud mental cuando llevan años de sufrimiento personal y familiar. En esas situaciones se ha producido un grave deterioro de la vida familiar y social, y de la integración educativa o vocacional de las personas con psicosis. El primer contacto con la asistencia puede estar relacionado con el consumo de drogas o problemas con la justicia, y en demasiadas ocasiones se produce de forma involuntaria. Las personas jóvenes en esta situación no se vinculan en los dispositivos asistenciales y abandonan los tratamientos produciéndose una tasa muy alta de reingresos y suicidios los primeros años. Por otro lado la duración de la psicosis sin tratar (periodo entre el inicio de la enfermedad y el inicio del tratamiento, normalmente muy prolongado como se acaba de señalar) y la evolución del trastorno en los 5 primeros años desde el inicio de la enfermedad (conocido como periodo crítico) han demostrado ser determinantes para el pronóstico. Todo esto justifica acciones para mejorar la detección e intervención temprana en la psicosis.

El propósito del proyecto aprobado para su financiación por el Ministerio de Sanidad es impulsar la atención temprana a la psicosis, estrategia apenas desarrollada en nuestro Estado y que en otros lugares se ha llevado a cabo con éxito. Las acciones deben orientarse al control de los síntomas de la enfermedad, a evitar su evolución hacia la cronicidad, a la recuperación de la vida educativa o vocacional de los jóvenes, y a que ellos y sus familias se sientan apoyadas y partícipes del proceso de ayuda. Para implantar este nuevo paradigma de la atención es necesaria la implicación de la sociedad en su conjunto ya que supone un cambio en la visión y el conocimiento de la psicosis tanto en los ámbitos asistenciales y educativos como por parte de las personas afectadas y sus familias.

En esta línea este documento de consenso español sobre la atención temprana a la psicosis, pretende contribuir a promover la cohesión sanitaria y definir los objetivos, actividades, instrumentos de evaluación, estándares de atención e

indicadores de proceso y resultado en el abordaje de las fases tempranas de la psicosis. Este objetivo de cohesión se debería traducir en la diseminación en los diferentes sistemas públicos de salud del estado español de programas específicos de atención temprana a la psicosis, así como a una cierta homogeneización en los abordajes.

Por otro lado junto con este documento la AEN pretende desarrollar una página web en la que se faciliten los instrumentos para la evaluación e intervención en esta área, se pueda enlazar con la bibliografía más relevante y actualizada, con otros enlaces de interés (programas y recursos nacionales e internacionales) y se construya una base de datos con los programas de atención temprana a la psicosis en el Estado Español.

El consenso que se presenta ha sido elaborado por un grupo de profesionales pertenecientes a la AEN, con amplia experiencia en el tema, que, tras una intensa labor de revisión bibliográfica, ha trabajado con metodología *delphi* complementada con varios seminarios presenciales. Un primer borrador fue revisado por expertos de reconocido prestigio y experiencia implicados en la intervención temprana en psicosis, y por las Asociaciones Autonómicas dando lugar a este documento final.

La composición del grupo promotor del consenso ha sido la siguiente:

- M^a Fe Bravo Ortiz. Psiquiatra. Psicóloga. Jefa de Servicio de Psiquiatría del Área 5. Hospital Universitario La Paz. Profesora Asociada del Departamento de Psiquiatría. UAM (Madrid). Coordinadora del grupo.
- Vicente Ibáñez Rojo. Psiquiatra. Hospital de Día del Complejo Hospitalario de Torrecardenas (Almería). Subdirector del Master de Tratamiento de Trastorno Mental Grave de la Universidad de Almería. Miembro del Grupo de trabajo sobre Intervención Precoz en Psicosis del Servicio Andaluz de Salud. Secretario del grupo.
- Oscar Vallina Fernández. Psicólogo Clínico. Centro de Salud Mental de Sierrallana (Torrelavega, Cantabria). Responsable del Programa de Prevención de Psicosis (P3), que desde el año 2000 está financiado por el Ministerio de Educación y Ciencia, el Servicio Cantabro de Salud y la facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo. Vicepresidente de la AEN.
- Maite San Emeterio Parra. Psiquiatra. Jefe de Servicio del Centro de Salud Mental de Adultos de Les Corts y coordinadora del PSI y PAETPI (programa de atención específico a las psicosis incipiente) de Les Corts (Barcelona). Coautora de la Guía de Práctica Clínica para la atención al paciente

con esquizofrenia de la Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Miembro de la Comisión pedagógica y de seguimiento del Programa de Atención Específico al Trastorno Psicótico Incipiente (PAE-TPI) del Plan Director de Salud Mental y Adicciones de Cat Salut.

- Jordi Cid Colom. Psicólogo Clínico. Coordinador de Programas. Dirección Asistencial de la Xarxa de Salut Mental de las Comarcas Gironinas. Institut d'Assistència Sanitària (Girona). Responsable del Programa de Psicosis Incipiente XSM-IAS. Miembro de la Comisión Pedagógica y de seguimiento del Programa de Atención Específico al Trastorno Psicótico Incipiente (PAE-TPI) del Plan Director de Salud Mental y Adicciones de Cat Salut.
- Alberto Fernández Liria. Psiquiatra. Jefe de Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Área 3. Hospital Universitario Príncipe de Asturias (Madrid). Profesor del Departamento de Especialidades Médicas de la Universidad de Alcalá. Codirector del Master de Psicoterapia Integradora de la Universidad de Alcalá. Presidente de la AEN.
- Juan González Cases. Psicólogo Clínico. Director del Centro de Rehabilitación Psicosocial de Alcalá de Henares (Madrid).

Los revisores externos que aportaron comentarios al documento fueron:

- Manuel González Chavez. Psiquiatra. Jefe del Servicio de Psiquiatría I del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid. Ex Presidente de la AEN. Presidente del Board de la “International Society for the Psychological Treatments of the Schizophrenias” (ISPS).
- Jorge Luis Tizón. Psiquiatra. Director del Equipo de Prevención em Salud Mental-Equipo de Atención Precoz a los Pacientes con Psicosis (EAPPP) del Institut Català de la Salut en Barcelona.
- Celso Arango. Psiquiatra. Jefe de Sección de Psiquiatría. Unidad de Adolescentes del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid. Profesor Titular de Psiquiatría de la UCM. Secretario de la Junta directiva de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Director Científico del CIBERSAM.
- Mercé Teixidó. Psiquiatra. Psicóloga Clínica. Jefe de Servicio de CSMA del CSM de Adultos de Sarrià-San Gervasi (Barcelona) y Coordinadora del PSI y PAETPI de Sarrià-Sant Gervasi. Coautora de la Guía de Practica Clínica para la atención al paciente con esquizofrenia de la Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques.

- Cristina Merino del Villar. Psiquiatra. Speciality Doctor in Birmingham Early Intervention Service. Equipo Nord East. Birmingham. Reino Unido.
- Berta Moreno Kütsner. Psicóloga Clínica. Coordinadora del area de Servicios de Salud de la Fundación IMABIS. Hospital Regional Carlos Haya. Profesora Universidad de Malaga.
- Mariano Hernández Monsalve. Psiquiatra. Jefe de los Servicios de Salud Mental del Distrito de Tetuan-Area 5 (Madrid). Profesor de la UNED. Ex Presidente de la AEN.
- Carlos Cuevas Yust. Psicologo clinico. Coordinador de la URA Virgen del Rocio de Sevilla.

2. Justificación

La esquizofrenia y psicosis relacionadas son enfermedades complejas que generalmente surgen durante el período de transición hacia la vida adulta. Su prevalencia es de alrededor del 3% (si se consideran los trastornos psicóticos en su conjunto y no sólo la esquizofrenia) en población general, pero la discapacidad que produce y el impacto psicosocial en los individuos que la sufren, su familia y el entorno hace que se trate de una enfermedad con gran repercusión comunitaria y que genera muchos costes sociales. A pesar de los enormes avances en las ciencias de la salud en las últimas décadas, su comprensión y reconocimiento son aún deficitarios. No obstante también se ha experimentado un gran avance en el abordaje de la enfermedad: nuevos antipsicóticos y mejor ajuste de dosis, resurgir de diferentes formas de psicoterapia en la psicosis e intervenciones psicosociales cada vez más específicas. Ello ha permitido por primera vez vislumbrar un poco de luz en las expectativas de los usuarios, y favorecer una orientación de los servicios hacia la recuperación.

La investigación ha demostrado que los tratamientos instaurados lo más precozmente al inicio de la enfermedad consiguen una mejor evolución de ésta. La razón del por qué el inicio temprano del tratamiento puede determinar el curso de la enfermedad se ha buscado tanto en un posible efecto “tóxico” (neurobiológico, psicológico y social) de los episodios psicóticos, como en el impacto de la enfermedad y la discapacidad en la vida del paciente y su entorno.

Desde la década de los 90 se han desarrollado en diferentes partes del mundo, programas orientados a intervenir de forma temprana en la psicosis. En general incluyen tres tipos de intervención con el objeto de que la detección y el tratamiento sean lo más tempranos posible: a) aquellas que se orientan a la detección y al tratamiento precoz de los síntomas prodrómicos de la enfermedad, tratando incluso de evitar la transición a la psicosis, b) aquellas que se centran en aumentar la detección y derivación de posibles casos de psicosis con el objetivo de reducir el tiempo de psicosis sin tratar y mejorar el pronóstico y el sufrimiento y la carga personal y familiar, y c) aquellas que se dirigen a lograr el tratamiento temprano por tiempo e intensidad suficiente de los primeros episodios de psicosis ya identificados. Según los contextos asistenciales estos programas se desarrollan en organizaciones de servicios diferentes con diferente orientación hacia la recuperación o rehabilitación de los pacientes. Los programas se orientan al trabajo formativo en Atención Primaria y en el ámbito educativo, incluyen actividades de sensibilización y antiestigma, e intervenciones asertivas desde los servicios especializados.

Tanto en el Reino Unido como en Australia y Nueva Zelanda se han incluido estos servicios dentro de los Planes Nacionales de Salud Mental. En España, se

ha ido evolucionando desde la existencia de experiencias aisladas (Cantabria) hasta la inclusión de programas específicos en los Planes de Salud Mental de diversas comunidades autónomas (Cataluña, Andalucía, Castilla La Mancha,...).

De modo más general cada Servicio de Salud está optando por modelos de desarrollo de redes de dispositivos de Salud Mental y programas de intervención diferentes y que tienen grados de implantación desiguales, con un papel cada vez más importante en la intervención precoz. Nos encontramos así con redes que tratan las fases tempranas de la psicosis sin ningún programa específico pero con un desarrollo de dispositivos y oferta de tratamiento muy diferente según haya sido la política de Salud Mental, otros dónde enseguida entran en programas de gestión de casos habituales, y otros en los que se desarrollan intervenciones diferenciadas y/o con equipos específicos los primeros años. Por otro lado los contextos asistenciales son diferentes en cada Comunidad Autónoma, así como a nivel internacional donde se han investigado e implantado este tipo de programas. Tampoco hay indicadores, estándares o sistemas de evaluación que permitan comparar los resultados o desarrollo de los programas o las intervenciones.

Por todo ello se hace necesario consensuar unas líneas básicas de actuación en la fase temprana de la psicosis, adaptadas a nuestros sistemas de salud, que sigan las líneas de la Estrategia de Salud Mental del Ministerio de Sanidad y Consumo, que permitan establecer estándares e indicadores válidos en todo nuestro Sistema Nacional de Salud y estén en la línea de las directrices de organismos internacionales como la OMS y la IEPA.

3. Revisión de la evidencia científica

Aunque aún sean escasos, en los últimos quince años se han venido desarrollando estudios experimentales destinados a comprobar la eficacia de las nuevas formas de tratamiento y de organización de los servicios orientados a la intervención temprana en psicosis. El foco de estas investigaciones se ha centrado en las tres primeras fases de la psicosis:

1. Estudios centrados en la fase de alto riesgo de desarrollar psicosis.
2. Estudios centrados en la fase aguda inicial del episodio psicótico.
3. Estudios centrados en la recuperación de la fase postpsicótica.

3.1. Estudios centrados en la fase de alto riesgo de desarrollar psicosis

Los estudios prospectivos llevados a cabo durante las últimas décadas nos han permitido mejorar nuestro conocimiento de los momentos anteriores a la eclosión de la psicosis a la vez que han facilitado generar una serie de marcadores clínicos de riesgo de transición a la psicosis que se han replicado internacionalmente. Gracias a ellos se han podido desarrollar los primeros estudios experimentales encaminados hacia la prevención primaria indicada (concentrado en individuos identificados por alto riesgo de padecer un trastorno psicótico).

Estaríamos hablando de dos tipos de estudios. Uno de ellos tiene como objetivo central la observación de la capacidad predictora a corto plazo de marcadores clínicos que permitan preveer el desarrollo cercano de una psicosis en aquellos pacientes que presentan uno de los tres perfiles clínicos de alto riesgo de desarrollar psicosis diseñados por el grupo de Melbourne. Estos estudios han permitido constatar la validez predictora de estos marcadores clínicos y actualmente son aceptados y utilizados en toda la comunidad científica internacional como perfiles de alto riesgo de transición a la psicosis en las investigaciones de este tipo.

El otro tipo de estudios está dirigido a comprobar si la aplicación de diferentes formatos terapéuticos en aquellas personas que presentan un elevado riesgo clínico de desarrollar psicosis consigue demorar o impedir el surgimiento de la enfermedad (en la tabla 1 se presenta una síntesis de los principales estudios, los tratamientos empleados y los resultados obtenidos). Hasta estos momentos se han llevado a cabo estudios experimentales con diversa metodología (aleatorizados doble ciego, prospectivos) y que han comparado a su vez diversas modalidades de intervención. Así se ha comparado la eficacia de distintos tratamientos farmacológicos (antipsicóticos versus placebo) de distintos tratamientos farmacológicos entre sí (antipsicóticos versus antidepresivos), de tratamientos combinados (antipsicóticos y terapia cognitiva conductual (TCC) versus antidepresivos y terapia de

apoyo; tratamientos psicosociales y antipsicóticos versus tratamientos psicosociales y antidepressivos), la eficacia de tratamientos psicológicos (TCC versus supervisión mensual), e incluso la eficacia de distintas organizaciones asistenciales (tratamientos de intervención temprana integrados versus tratamientos estándar habituales). En todos ellos se observó que los tratamientos, ya sean farmacológicos y/o psicológicos son superiores al placebo o a la simple supervisión en conseguir demorar la transición a la psicosis, que las intervenciones combinadas (psicológicas y farmacológicas) son las que mejores resultados obtienen y que los servicios orientados a la detección e intervención temprana presentan mejores resultados que los servicios tradicionales. Se observa que estos resultados son particularmente importantes durante el primer año de intervención activa, ya que reducen la tasa de transición de los estudios naturalísticos del 40% a cifras en torno al 26% (como puede observarse en la siguiente tabla). Además si se interrumpe dicho tratamiento en los seguimientos a tres años las diferencias intergrupos desaparecen.

Tabla 1. Resultados de intervenciones en la fase de riesgo

Programas	N	Tratamiento	Transición	
			1 año	3 años
Clínica PACE McGorry <i>et al.</i> 2002; 2007	59	TCC + Risperidona Terapia de apoyo + Antidepressivos	10	25.8%
			36%	40%
Clínica PRIME McGlashan <i>et al.</i> 2003; 2006	60	Tto psicosocial + Olanzapina Tto psicosocial + placebo	16.1%	25.7%
			37.9%	48%
Programa EDIE Morrison <i>et al.</i> 2004; 2007	60	Terapia cognitiva Supervisión mensual	6%	26%
			26%	48%
Programa RAP Cornblatt <i>et al.</i> 2004; 2007	54	Tto psicosocial + Antipsicóticos Tto psicosocial + Antidepressivos	26%	(¹)
Programa OPUS Nordentoft <i>et al.</i> 2006	79	Tto integrado Tto standard	8.15%	25%
			25%	48.3%
Programa Torrelavega Vallina <i>et al.</i> 2005; lemos <i>et al.</i> 2007	50	TCC+ IFB+ Antipsicóticos atípicos o Antidepressivos	22%	26%
Programa OASIS Broome <i>et al.</i> 2005	44	TCC+ Antipsicóticos o IRSS Apoyo+ Antipsicóticos o IRSS	13.6%	(¹)

(¹) No presentan resultados a 3 años

3.2. Estudios centrados en la fase aguda del episodio psicótico

En este periodo es donde se produce una mayor desestructuración de los procesos cognitivos del individuo, de su comportamiento y de su funcionamiento social. Los objetivos del tratamiento durante este periodo de exacerbación van dirigidos a impedir el daño del paciente hacia los demás o hacia si mismo, a controlar sus conductas alteradas, a reducir la gravedad de la sintomatología psicótica y los síntomas asociados a ésta (agitación, agresividad, ansiedad, miedo, disforia, depresión) y a intentar conseguir un retorno rápido al nivel de funcionamiento anterior a la aparición de la enfermedad. Es además un momento muy propicio para el estudio de los elementos que hayan podido influir en el desencadenante de la crisis, para realizar un análisis fenomenológico de las experiencias psicóticas y obtener una adecuada comprensión de la formación del contenido delirante y para el establecimiento de la alianza de trabajo con el paciente y su familia. El abordaje tradicional de esta fase se viene reduciendo a un periodo de ingreso hospitalario en unidades de hospitalización breve y a la aplicación de un tratamiento farmacológico. Además, frecuentemente el ingreso hospitalario se produce de forma involuntaria, con el consiguiente estrés que ello conlleva. Sin embargo este es un momento particularmente sensible y merecedor de intervenciones psicológicas y familiares integradas con el tratamiento psicofarmacológico inicial por tres razones fundamentales:

- a) Se ha observado que los largos periodos de duración de la psicosis aguda debilitan el efecto de los tratamientos farmacológicos y alargan su tiempo de respuesta lo cual prolonga el mantenimiento de la sintomatología psicótica activa. Asimismo se altera la red social de la persona afectada y su familia y la percepción que tiene de sí mismo y de sus posibilidades de recuperación.
- b) Los síntomas residuales habituales en la esquizofrenia parecen ser un rastro de los episodios psicóticos agudos, de tal manera que, aquellos delirios que permanezcan tras su fase aguda, persistirán o se repetirán durante los siguientes dos a ocho años.
- c) La experiencia de la psicosis aguda y de los tratamientos para la misma es estresante de por sí, pudiendo generar depresión postpsicótica, estrés y aumento del riesgo de suicidio. A esta experiencia de la enfermedad se suele añadir en muchos casos la experiencia también “traumática” del primer contacto con la red de salud mental, siendo de especial relevancia este contacto en la relación que a partir de entonces el paciente tendrá con los servicios.

Esto ha hecho que se hayan desarrollado modalidades de intervención psicológica para aplicar en los momentos agudos de la enfermedad. En estos momentos los estudios realizados vienen a valorar los efectos de añadir distintas modalidades de psicoterapia al tratamiento farmacológico habitual en estas etapas. Se han comparado específicamente los efectos de la terapia cognitiva con terapias de apoyo, con psicoeducación, y con los cuidados habituales. Los resultados de estos estudios (detallados en la tabla 2) indican que la incorporación de tratamiento psicológico de orientación cognitiva en esta etapa consigue mejores resultados que el resto de las modalidades terapéuticas estudiadas y que los formatos de cuidados habituales en las unidades de hospitalización de agudos. Específicamente, consigue una eliminación más rápida de los síntomas positivos, una mayor reducción de la convicción delirante, unas estancias más breves en las unidades de hospitalización durante la fase aguda y unos índices más bajos de rehospitalizaciones o de recaídas en los siguientes 2 años.

Tabla 2. Resultados de las intervenciones en la fase aguda

Estudio	N	Tratamiento psicoterapéutico	Resultados
Drury <i>et al.</i> 1996; 2000	40	Terapia cognitiva Vs Apoyo informal	Eliminación mas rápida de síntomas + Menos sintomatología + Menor grado de convicción delirante Tiempo de recuperación menor
Hadock <i>et al.</i> 1999	21	Terapia cognitiva Vs Psicoeducación y apoyo	Reducción de síntomas por igual TC menos tiempo de ingreso agudo TC menos recaídas a los dos años
Lewis <i>et al.</i> 2002 Tarrier <i>et al.</i> 2004	315	Terapia cognitiva Vs Cuidados habituales Vs Terapia de apoyo	TC reducción más rápida de síntomas TC mejoría mas rápida de las AA Igual tiempo estancia hospitalaria TC menos sintomatología, índices de recaída o rehospitalización a 18 meses
Startup <i>et al.</i> 2004; 2005	90	Terapia cognitiva Vs Atención habitual	TC menor sintomatología y mejor funcio- namiento social a 1 año en el 60% TC menos reingresos y menos tiempo de estancia hospitalaria a 2 años
Jackson <i>et al.</i> 2008	62	Terapia cognitiva activa Vs control amigable	No diferencias significativas entre ambos procedimientos al cabo de un año en remisión de síntomas, en funcionamiento y en hospitalizacion

3.3. Estudios centrados en la fase postcrisis (recuperación inicial)

El desarrollo de esta nueva modalidad de asistencia en los momentos iniciales de la psicosis ha venido acompañada del crecimiento exponencial de los centros o servicios de intervención temprana y de su fructífera tarea investigadora. En estos momentos y según datos de la IEPA (International Early Psychosis Association) ya son más de 200 los centros o servicios de intervención temprana en el mundo y continúa su creciente progresión. Estos programas de intervención temprana en psicosis están habitualmente formados por equipos interdisciplinarios especializados y específicos. Así, unos están dedicados a la detección temprana, otros al tratamiento de personas en situación de riesgo (con clínica prodrómica) y otros al tratamiento comunitario de los episodios ya claramente psicóticos. Y todos ellos integrados en una red comunitaria de atención temprana que asume todos los cuidados necesarios durante los 5 primeros años de la enfermedad de los pacientes. Para ello proporcionan una amplia serie de servicios que suelen incluir educación sobre la salud, evaluaciones amplias y rápidas, manejo clínico de casos, e intervenciones grupales. Las intervenciones específicas incluyen generalmente farmacoterapia, terapia cognitivo conductual, psicoeducación, manejo de estrés, prevención de recaídas, solución de problemas, consejo de apoyo y rehabilitación social y laboral. También suelen disponer de servicios de terapia familiar y terapia cognitiva. Para ilustrar los resultados experimentales (ver tabla 3) hemos realizado una selección de aquellos programas que nos parecen más relevantes y representativos de los efectos de la intervención temprana desde distintos escenarios asistenciales internacionales.

Como se puede observar se han realizado tres tipos de estudios. Comparación de servicios especializados de intervención temprana versus cohortes históricas, equipos especializados de intervención temprana versus tratamiento estándar habitual y estudios prospectivos de servicios de intervención temprana. En todos los casos los nuevos servicios se han mostrado superiores consiguiendo mejores niveles de calidad de vida, utilización de dosis menores en los tratamientos farmacológicos, reducción del periodo de psicosis sin recibir tratamiento a varias semanas, menor carga sintomatológica positiva y negativa, índices de comorbilidad menores, mayor tasa de adherencia al tratamiento, niveles de carga familiar más bajos y mejor funcionamiento social y laboral. Es interesante además resaltar que los resultados se replican en escenarios asistenciales y nacionales distintos, lo cual apunta a que las nuevas modalidades de intervención temprana, con las reservas propias de lo limitado aún del número y metodología de las investigaciones anali-

zadas, parecen apuntar hacia una mejor recuperación clínica, funcional y social de la psicosis en sus inicios, lo cual supone una clara mejoría del curso inicial de la enfermedad y abre un nuevo horizonte de posibilidades para el tratamiento de las personas que lo padecen.

Tabla 3. Resultado de las intervenciones en fase de recuperación postcrisis (continúa...)

Programas de intervención temprana	N	Tratamiento	Resultado
EPPIC McGorry et al. 1996	102	Modelo EPPIC Vs Cohorte histórica	Mejor calidad de vida, menor DUP, menor hospitalización, menos estrés postraumático y dosis farmacológicas mas bajas
Henry et al. 2008	723	Cohorte prospectiva	A los 7 años remisión sintomática entre el 37-59% Recuperación social/vocacional en el 31%
TIPS Larsen et al. 2001 Simonsen et al. 2007 Melle et al. 2008	109 300 281	Detección TIPS Vs tradicional Interv temprana	Mayor reducción DUP, menor sintomatología positiva y negativa Remisión 66% al año, 11% recaída El grupo de intervención temprana tiene menor DUP y menos sintomatología negativa a los dos años
OPUS Jorgensen et al. 2000 Petersen et al. 2005 Jeppesen et al. 2005 Bertelsen et al. 2008	547	Tto OPUS Vs Tto estandar	Menos sintomatología y menos comorbilidad drogas, mejor funcionamiento social, residencia y trabajo, menos carga familiar, mejor adherencia al tratamiento. Los resultados se mantienen 2 años y se pierden a los 5
DNSP Rosenbaum et al. 2005; 2006	562	Tto habitual Vs Tto habitual mas psicoterapia psicodinamica de apoyo Vs Tto habitual mas tto asertivo integral	Los grupos de psicoterapia y tto asertivo mejoraron más que el habitual en sintomatología y funcionamiento social al año y mantuvieron la mejoría en el segundo año. El grupo asertivo fue superior al de psicoterapia
EPP Addington et al. 2003 Addington et al. 2007	180	Programa de Intervención temprana	Menos sintomatología positiva y depresiva, Menos % recaídas en los 2 primeros años (29-35%)

Tabla 3. Resultado de las intervenciones en fase de recuperación postcrisis

Programas de intervención temprana	N	Tratamiento	Resultado
Addington & Addington. 2008	200	Programa de Intervención temprana	Mantenimiento de la mejoría en síntomas positivos y en funcionamiento social a los tres años. tras tres años derivaciones: 29,8% a programa esquizofrenia; 39% a atención primaria, 25,5% a centro de salud mental; 5% no seguimiento
PEPP Malla et al. 2002	53	Tto psicosocial asertivo integral adaptado a la fase inicial de la psicosis	Remisión al año del 70% y rehospitalización del 20%. Mejoría en todas las areas psicopatológicas
Malla et al. 2007; Cassidy et al. 2008	172	Comparación de un programa intervención temprana en tres escenarios distintos y comparación con una cohorte histórica	Mejoría en todas las dimensiones sintomaticas al cabo de un año. Diferentes centros obtienen diferentes resultados con el mismo programa de intervención. No reducción de la DUP comparado con un sistema tradicional de tratamiento
LEO Garety et al. 2005	144	Servicio LEO Vs Servicio estandar	Mejor funcionamiento social, laboral, satisfacción, calidad de vida y adherencia al tratamiento

4. Población diana

Estos programas de atención temprana van dirigidos a personas con edades comprendidas entre los 14 y los 35 años de edad que presenten características de alto riesgo de desarrollo de psicosis (conocidos en la literatura como “ultra high-risk” [UHR] o estados mentales de alto riesgo [EMAR]) o que están en el periodo crítico de hasta un máximo de 5 años tras el inicio de la psicosis.

Entendemos por:

1. **Personas con “Ultra Alto Riesgo” [UHR]** o estados mentales de alto riesgo de psicosis [EMAR] (según los criterios de la IEPA-OMS) aquellas que presentan:
 - a) Síntomas positivos subumbral que no son lo suficientemente graves o persistentes para cumplir los criterios de primer episodio, o trastorno psicótico breve según el DSM o CIE.
 - b) Historia familiar de trastorno psicótico en familiar de primer grado o trastorno esquizotípico del sujeto, más un declive funcional persistente o significativo dentro del último año (disminución de 30 puntos en la escala GAF).
 - c) Síntomas psicóticos breves intermitentes y limitados (BLIPS) que no tengan más de una semana de duración y remitan espontáneamente.En la práctica clínica estos perfiles se pueden definir operativamente utilizando diversos instrumentos como:
 - La entrevista estructurada para síndromes prodrómicos (SIPS).
 - La entrevista de evaluación integral de estados mentales de alto riesgo (CAARMS).
2. **Personas que han tenido un primer episodio de psicosis** y se encuentra dentro de los 5 primeros años de evolución de la enfermedad.

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

- Esquizofrenia
- Trastorno esquizotípico
- Trastornos de ideas delirantes
- Trastornos psicóticos agudos
- Trastornos esquizoafectivos
- Trastorno esquizofreniforme
- Trastornos psicóticos no orgánicos

- Episodio maníaco con síntomas psicóticos
- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- Trastorno depresivo recurrente con síntomas psicóticos

5. Líneas estratégicas en Atención Temprana a la Psicosis (ATP)

La Asociación Española de Neuropsiquiatría recomienda desarrollar acciones en las siguientes líneas:

1. Promover la detección temprana y acceso rápido a servicios de salud mental comunitarios especializados.
2. Facilitar la atención y la recuperación de aquellas personas que han desarrollado por primera vez una psicosis o están en riesgo de desarrollarla.
3. Desarrollar planes de formación que garanticen un adecuado desarrollo de estos programas.
4. Promover la realización de investigaciones en todas aquellas áreas implicadas en la atención a la psicosis en sus inicios.
5. Desarrollar planes y programas nacionales y/o autonómicos de atención temprana a la psicosis.

Para desarrollar estas líneas la AEN recomienda plantear los objetivos, actividades e indicadores que se exponen en los siguientes apartados. Dada la importancia de la evaluación clínica, el desarrollo específico de intervenciones psicológicas y las peculiaridades del tratamiento farmacológico en esta fase, las actividades relativas a estos puntos se amplían y desarrollan en profundidad en apartados específicos. Los aspectos organizativos de los programas, con qué filosofía, con qué engarce en nuestra red asistencial, dónde, con qué personal, etc. tienen una especial relevancia para el desarrollo de esta estrategia en nuestros sistemas de salud por lo que se han preferido deslindar también en un apartado propio.

Respecto a los indicadores se proponen, tras cada apartado de actividades, los que consideramos viables e imprescindibles para evaluar éstas. En un anexo se amplían estos indicadores y se refieren no específicamente a las actividades propuestas sino a las dimensiones que se deben tener en cuenta en una evaluación integral (aceptabilidad, accesibilidad, adecuación, competencia, efectividad, eficiencia, seguridad y continuidad).

Así mismo se recoge en otro anexo la traducción de la estrategia de la IEPA-OMS por su relevancia internacional en este campo.

Para facilitar su comprensión las líneas estratégicas con sus objetivos y actividades se muestran como tablas en el anexo a.

5.1. **Línea Estratégica 1. Detección temprana y acceso rápido a servicios de salud mental comunitarios especializados**

OBJETIVOS

- Detectar lo antes posible a las personas que presenten características de alto riesgo de desarrollo de psicosis (“ultra high-risk” [UHR] o estados mentales de alto riesgo [EMAR]) o que están en el periodo crítico de hasta un máximo de 5 años tras el inicio de la psicosis.
- Facilitar el acceso inmediato a los servicios especializados a las personas detectadas.
- Dotar a los profesionales de los distintos niveles del sistema sanitario, servicios sociales, sistema educativo, así como a otros agentes sociocomunitarios de los conocimientos y habilidades suficientes para la detección de la psicosis en sus fases iniciales.
- Establecer estrategias de sensibilización de la población general encaminadas a la identificación y búsqueda de ayuda, así como a la reducción del estigma asociado a la enfermedad mental.

ACTIVIDADES

- Realización de talleres formativos a los distintos agentes del sistema sanitario, servicios sociales, sistema educativo, así como a otros agentes sociocomunitarios.
- Desarrollo de un protocolo para la detección y derivación directa desde atención primaria, servicios de urgencia hospitalaria, servicios sociales, equipos psicopedagógicos u otras agencias comunitarias, que garantice la atención en 48-72 horas.
- Diseño e implantación de un protocolo de recepción por parte del programa de atención temprana.
- Edición de materiales técnicos para profesionales y de material divulgativo para familias, personas afectadas y población general.
- Campañas de sensibilización social orientadas al conocimiento de los síntomas, a la necesidad de la búsqueda temprana de ayuda y a la reducción del estigma.

INDICADORES

- Tiempo de espera de primer contacto: media de días de espera entre la fecha de derivación del caso y el primer contacto con el programa de atención temprana.

- Media de la duración de la psicosis sin tratar (DUP): DUP (en semanas) calculada por el clínico en la evaluación inicial del paciente.
- Admisiones en relación a la población general. Numerador: N° de individuos con primer episodio admitidos en el servicio durante un año. Denominador: población de riesgo comprendida entre los 14-35 años.
- N° de sesiones formativas/coordinación realizadas con las Áreas Básicas de Salud.

5.2. ***Línea Estratégica 2. Facilitar la atención y la recuperación de aquellas personas que han desarrollado por primera vez una psicosis o están en riesgo de desarrollarla***

OBJETIVOS

- Evaluación integral de las personas que presenten características de alto riesgo de desarrollo de psicosis (EMAR o UHR) o que ya manifiestan un primer episodio de psicosis.
- Formular un Plan Integrado de Atención Temprana (PIA) para cada persona que esté en el programa.
- Disponer de intervenciones específicas (psicológicas, farmacológicas y psicosociales) basadas en la evidencia científica adaptadas a las distintas fases iniciales de la psicosis, y orientadas hacia la recuperación.
- Reducir el impacto de la psicosis en el paciente y su familia.
 - Evitar o demorar la transición a la psicosis.
 - Reducir el período de psicosis sin tratar (DUP).
 - Evitar las hospitalizaciones traumáticas y reducir los internamientos involuntarios.
 - Reducir el riesgo de recaídas.
 - Minimizar la comorbilidad y riesgos asociados (depresión, estrés post-traumático, abuso de sustancias, etc.).
 - Reducir riesgo de suicidio.
 - Facilitar y estimular la implicación en el tratamiento de familia y paciente.
 - Favorecer el mantenimiento de la calidad de vida del paciente y su familia.
 - Facilitar y priorizar las intervenciones en entornos comunitarios.
- Garantizar el mantenimiento de esta atención integral de manera sostenida durante el periodo crítico (5 años) y la continuidad de la atención necesaria tras este periodo.

- Priorizar el uso de servicios lo menos restrictivos posible.
- Promover la participación e implicación activa de la familia a lo largo de todo el proceso de atención.
- Capacitar y/o mantener en las personas sus principales logros y áreas de desarrollo psicosocial (educación, empleo, ocio y tiempo libre), priorizando la utilización de recursos normalizados.
- Sensibilizar y disminuir el estigma social acerca de la psicosis.

ACTIVIDADES

5.2.1. De evaluación

- Diseño e implantación de un protocolo de evaluación para EMAR/UHR donde se incluya:
 - Exploración psicopatológica
 - Exploración, examen físico y pruebas complementarias
 - Evaluación de riesgos
 - Evaluación de las necesidades de la persona y su familia
- Diseño e implantación de un protocolo de evaluación integral para primeros episodios de psicosis que incluya:
 - Exploración de la psicopatología de la psicosis o comorbilidad
 - Exploración, examen físico y pruebas complementarias
 - Evaluación de la personalidad
 - Evaluación de riesgos [suicidio, agresividad (auto y hetero), consumo de sustancias, exclusión social]
 - Evaluación de las necesidades personales
 - Evaluación estructurada de las funciones cognitivas superiores
 - Evaluación de la Calidad de Vida
 - Evaluación de la red social
 - Evaluación del impacto de la psicosis
 - Evaluación de la dinámica familiar
 - Evaluación de la Emoción Expresada
 - Evaluación de las variables psicológicas relacionadas con la enfermedad (*insight*, creencias, estilo de recuperación)
 - Evaluación de las expectativas del paciente y su familia
- La evaluación integral permitirá el diseño de un plan de trabajo individualizado (que en este documento llamamos Plan Integrado de Atención –PIA–). En el siguiente capítulo se desarrollará extensamente un modelo de evaluación para las personas en estas situaciones.

5.2.2. Diseño de un Plan Integrado de Atención (PIA)

Aspectos metodológicos

Para un adecuado desarrollo del plan de trabajo se han de tener en cuenta los siguientes aspectos metodológicos:

- Una adecuada vinculación es la base para el desarrollo del trabajo conjunto.
- La recepción y atención en el entorno más aceptable y menos estigmatizante para el paciente y familia ayuda a ello. Por ello se ha de fomentar el tratamiento ambulatorio y domiciliario de las fases tempranas de la psicosis frente al hospitalario evitando el uso de dispositivos que puedan ser vividos como traumáticos (siempre que se den las garantías de adecuación y seguridad requeridas).
- La priorización de las necesidades reconocidas por el paciente es fundamental para su implicación en el tratamiento.
- La aplicación de estrategias motivacionales.
- Designación de un referente de vinculación.
- Uso de nuevas tecnologías (móvil, mensajes SMS, correos electrónicos) para facilitar la accesibilidad y promover la comunicación y compromiso de los usuarios.
- Acceso ágil en tiempo y espacio (incluye desplazamiento del equipo al ambiente de la persona y/o familia), con un estilo de atención activo basado en el modelo de terapia asertiva comunitaria.

Organización del plan integrado de atención (PIA)

Una característica esencial del Plan Integral de Atención es que debe ajustarse a las necesidades, características y momento del paciente y ser coherente en la información que se da al paciente desde los profesionales y servicios que pueden estar interviniendo de manera paralela o secuenciada. Esta característica hace referencia tanto al diagnóstico y pronóstico, como al objetivo de las diferentes intervenciones. Para ello es necesario establecer mecanismos que garanticen el seguimiento del paciente según su PIA y que al menos incluyan:

- Reunión de equipo que permita delimitar los objetivos a conseguir.
- Disponibilidad para ofrecer inicialmente, como mínimo, sesiones semanales para las personas en programa.
- Establecimiento de un calendario de coordinaciones con otros dispositivos y servicios implicados (atención primaria, salud mental, drogas, servicios sociales, etc.).

- Entrevistas regulares con la familia con una frecuencia mínima mensual al menos durante el primer año.
- Revisión de los objetivos del Plan Integrado de Atención cada 6 meses y una reevaluación completa de cada usuario (y su familia) cada año.

5.2.3. Intervenciones

Atención a las personas con EMAR/UHR

El tratamiento debe adaptarse a cada caso individual, pudiendo ofrecer según las necesidades de la persona y su familia:

- Información y soporte al paciente y su familia.
- Terapia cognitivo-conductual.
- Tratamiento farmacológico según guías clínicas (en un capítulo posterior de este documento se desarrollarán estas recomendaciones).
- Intervenciones sobre el consumo de sustancias.
- Intervenciones socio-comunitarias: orientación y apoyo escolar y laboral, cobertura de las necesidades básicas para la vida diaria, ocio...

Atención a las personas con primeros episodios psicóticos

El abordaje integral de la atención al primer episodio incluye:

- Tratamientos psicológicos recogidas en guías. En el momento actual se aconseja la terapia cognitivo-conductual: para trabajar los síntomas positivos, morbilidad secundaria, dar apoyo psicológico, práctico y ambiental para la reincorporación más rápida posible a las actividades que desarrollaba el paciente.
- Tratamiento farmacológico basado en guías.
- Intervención para la minimización de riesgos (suicidio, consumo sustancias, etc.).
- Intervención familiar individual y grupal (psicoeducación y terapia familiar). La atención a la familia ha de estar basada en las necesidades de esta en su conjunto y de sus miembros por separado. En la fase aguda y durante la estabilización la atención a la familia es más aconsejable que sea individual. En fases posteriores además se pueden utilizar los grupos multifamiliares para resolución de problemas y habilidades en el manejo de la enfermedad.
- Intervención vocacional, intervenciones en habilidades sociales, inserción comunitaria social, dando consejo, apoyo, motivación y orientación

para el uso de recursos comunitarios, intervención en la búsqueda de empleo, intercambio social y planificación del ocio y tiempo libre. Puede hacerse de forma individual o grupal.

- Intervención en prevención de recaídas.
- Intervención domiciliaria ante la descompensación y las crisis.
- Intervención en rehabilitación cognitiva.

INDICADORES

- Implicación del paciente (y familia) en las decisiones del tratamiento. Numerador: N° de pacientes (y familias) en el programa que han participado en las decisiones de su tratamiento firmando su plan individualizado de atención. Denominador: N° de pacientes (y familias) en el programa.
- Pacientes en tratamiento psicológico. Numerador: N° de pacientes en el programa que reciben terapias psicológicas en el programa durante un año. Denominador: N° de pacientes en el programa durante el mismo periodo.
- Psicoeducación de la familia. Numerador: N° de pacientes cuyas familias han sido atendidas al menos en 4 sesiones familiares con profesionales del programa durante el período de vinculación al programa. Denominador: N° de pacientes del programa.
- Proporción de abandonos. Numerador: N° de individuos que abandonan el programa antes de completar un año (no incluye pacientes que se trasladan a otro lugar, que son derivados o que son rediagnosticados). Denominador: Todos los pacientes vinculados al programa.
- Incidencia anual de ingresos hospitalarios. Numerador: N° de ingresos hospitalarios durante el año. Denominador: N° total de personas atendidas en el programa en un año.
- Proporción de ingresos voluntarios/involuntarios de pacientes en programa/año
- Proporción de suicidios consumados/pacientes en programa/año

5.3. Línea Estratégica 3. Desarrollar planes de formación que garanticen una adecuada implementación de estos programas

OBJETIVOS

- Proporcionar formación en detección y tratamiento precoz de las psicosis a los profesionales de la salud mental, atención primaria, servicios sociales, educativos y de otros ámbitos socio-comunitarios.

ACTIVIDADES

- Diseño y aplicación de un programa de actualización para profesionales de salud mental en la identificación de las primeras fases de la psicosis y en las intervenciones que se han mostrado eficaces.
- Diseño y aplicación de un programa formativo en ATP para PIR, MIR en psiquiatría y familia y EIR de salud mental.
- Diseño y puesta en marcha de talleres de formación para los profesionales de atención primaria sobre la detección de la psicosis y los estados mentales de alto riesgo (EMAR) y su adecuado manejo.
- Diseño y puesta en marcha e implementación de talleres de formación para los profesionales de los Equipos de Orientación Psicopedagógica y profesores de Bachiller/Formación Profesional sobre la detección de la psicosis y los estados mentales de alto riesgo (EMAR).
- Diseño y realización de charlas y/o seminarios de formación en psicosis temprana para Servicios Sociales.
- Diseño y realización de charlas y/o seminarios de formación para Instituciones (ONG y Fundaciones) que trabajan para colectivos con riesgo de exclusión.
- Asesoramiento para realizar campañas de difusión en los medios de comunicación que favorezcan en la población general (en especial los jóvenes) el conocimiento sobre la psicosis, cómo detectarla y su adecuado manejo social.
- Creación por la AEN de un espacio en su “web” con información específica sobre las fases tempranas de la psicosis, donde se podrá acceder a los materiales señalados anteriormente y se informará de los programas existentes en el estado, así mismo se habilitará un espacio que facilite el intercambio entre profesionales y el acceso a publicaciones y experiencias seleccionadas.
- Edición de folletos explicativos sobre la psicosis y la forma de acceso a los programas de atención temprana a la psicosis.

INDICADORES

- N° de sesiones formativas/coordinación realizadas con las áreas básicas de salud/año.
- N° de sesiones formativas/coordinación realizadas con otros equipos /año

5.4. *Línea Estratégica 4. Promover la realización de investigaciones en todas aquellas áreas implicadas en la atención a la psicosis en sus inicios.*

OBJETIVOS

- Profundizar en el conocimiento de los diversos factores epidemiológicos y etiológicos (biológicos, psicológicos y sociales) que influyen en el origen y curso de las fases iniciales de la psicosis.
- Llevar a cabo proyectos de investigación dirigidos al diseño, adaptación, y evaluación de instrumentos diagnósticos, procedimientos terapéuticos y organización de programas de atención temprana a la psicosis.

ACTIVIDADES

- Creación de líneas prioritarias de investigación en las fases iniciales de la psicosis en convocatorias de ámbito nacional y autonómico, tanto en investigación básica (bases biológicas, psicológicas y sociales), como en investigación clínica (epidemiología, psicopatología, diagnóstico e intervenciones terapéuticas) y en evaluación de tecnologías sanitarias (modelos de organización de servicios).
- Aumentar las becas y proyectos de investigación sobre instrumentos diagnósticos, procedimientos terapéuticos adaptados a las fases iniciales de la psicosis y nuevos desarrollos en la organización de servicios comunitarios de atención a la psicosis temprana.
- Desarrollo de investigaciones multicéntricas nacionales e internacionales en ATP.
- Elaboración de un registro que recoja, al menos, los casos de estados de alto riesgo y primeros episodios de psicosis que acceden al nivel especializado.

INDICADORES

- Realización de actividades de investigación en ATP.
- N° de proyectos de investigación en ATP / N° de proyectos de investigación en SM en general.
- Publicación en revistas internacionales/nacionales de resultados de investigación en Atención Temprana a la Psicosis.

5.5. ***Línea Estratégica 5. Desarrollo de políticas, planes y programas nacionales y/o autonómicos de atención temprana a la psicosis.***

OBJETIVOS

- Promover el desarrollo de políticas, planes y programas nacionales y autonómicos de atención temprana a la psicosis.
- Adoptar medidas en la organización de los actuales servicios de salud mental que prioricen el acceso rápido y la mejora de la atención que se presta a aquellas personas que presentan estados mentales de alto riesgo o un primer episodio de psicosis y a sus familias.
- Desarrollar en todas las Áreas de Salud un programa integral de detección y atención temprana a la psicosis orientado a la recuperación, basado en la evidencia y con continuidad de la atención en toda la franja de edad de la población diana al menos hasta los 5 primeros años.
- Incrementar los recursos humanos y materiales de los dispositivos asistenciales de la red de salud mental para la creación de equipos transversales específicos de atención temprana a la psicosis.

ACTIVIDADES

- Desarrollo de planes y programas nacionales y/o autonómicos de ATP.
- Incorporación de la ATP a las carteras de servicios y contratos de gestión.
- Desarrollo de un protocolo para la derivación directa sin lista de espera desde atención primaria, servicios de urgencia hospitalaria, servicios sociales, equipos psicopedagógicos u otras agencias comunitarias.
- Diseño y aplicación de un programa integral de atención temprana a la psicosis que incluya procedimientos terapéuticos basados en la evidencia científica que incorpore al paciente y su familia.
- Establecimiento de reuniones periódicas de coordinación con los distintos dispositivos de la red de salud mental (CSM adultos e infantil, UHB, H. Día, C. Rehabilitación, C A Drogodependientes, etc.)
- Establecimiento de reuniones periódicas de Coordinación y Soporte con la Atención Primaria de Salud, los servicios sociales y los equipos psicopedagógicos.
- Creación de equipos móviles integrados en la red para detección y atención temprana a la psicosis, interdisciplinares y transversales entre los dispositivos claves existentes en la red de salud mental de cada área

(Centros, Equipos o Unidades de Salud Mental Comunitarios de adultos e infanto-adolescente, rehabilitación, Hospital de Día, Centros de Atención a Drogodependientes, etc).

INDICADORES

- Existencia expresa de esta estrategia en los planes autonómicos de salud mental
- Existencia de un programa de ATP en cada Area de Salud
- Existencia de una única autoridad de salud mental a nivel local que sea responsable del programa.

6. Evaluación clínica y psicosocial

En este apartado se abordarán los siguientes aspectos:

1. Consideraciones generales.
2. Protocolo de evaluación somática.
3. Protocolo de evaluación psicopatológica y psicosocial:
 - a) Evaluación de estados mentales de alto riesgo de desarrollar psicosis:
 - Listas de síntomas para la evaluación e identificación de estados mentales de alto riesgo en la atención primaria de Salud.
 - Entrevistas estructuradas para la evaluación de Estados mentales de alto riesgo.
 - Evaluación de Síntomas básicos.
 - b) Evaluación de los primeros episodios psicóticos:
 - Evaluación sintomatológica.
 - Evaluación de funciones cognitivas básicas.
 - Evaluación de la respuesta psicológica a la psicosis.
 - Evaluación de funcionamiento familiar.
 - Evaluación del funcionamiento social.
 - Evaluación de riesgos y necesidades.
4. Resumen de áreas e instrumentos y protocolos de evaluación

6.1. Consideraciones generales

Tal y como se recoge en las actividades de la segunda línea estratégica, debe realizarse una evaluación integral del paciente, que descansando fundamentalmente sobre la entrevista clínica, permita el establecimiento de un diagnóstico, la detección de sus diversas necesidades, y el diseño de un plan integrado de atención que facilite el mantenimiento de la implicación del paciente a lo largo de todo el proceso de cuidados necesario para su recuperación. La evaluación ha de ser, además, un proceso continuado y abierto que permita ir aplicando los cambios necesarios que se vayan produciendo como consecuencia de la detección de nuevos problemas o de la incorporación de nuevas informaciones relevantes. Esta aportación continua de nuevos datos va a ir reajustando a lo largo del proceso de tratamiento la formulación clínica del caso, guiando la evaluación de los efectos de la intervención y modulando los ajustes o correcciones necesarios en la misma.

La evaluación incluirá las siguientes áreas básicas:

- Historia personal
- Evaluación somática
- Evaluación de riesgos (violencia, suicidio, abusos)

- Estado mental. Signos y síntomas
- Evaluación neuropsicológica
- Evaluación fenomenológica
- Reacción a la psicosis (estigma, pérdida y trauma)
- Estilo de recuperación
- Funcionamiento social y evaluación de recursos
- Funcionamiento familiar
- Funcionamiento académico y/o laboral

La base de la evaluación será el resultado de la combinación de datos procedentes de las entrevistas clínicas, de la observación en consulta y en entornos naturales del paciente, de información procedente de aquellas otras personas relevantes en su vida y de la realización de test y cuestionarios de autoinforme de las áreas arriba detalladas.

Recomendaciones generales para la evaluación:

- La entrevista clínica es el eje básico sobre el que fundamenta el establecimiento del vínculo terapéutico y la evaluación integral de cada caso.
- La evaluación del paciente y su familia se plantea desde el inicio de los contactos de éstos con el equipo asistencial. El tipo de vínculo que se genere aquí condicionará en gran medida la información que se obtenga y la propia intervención. El proceso de evaluación debe guiarse por el cuidado y consolidación del vínculo terapéutico. Así, tanto la indicación de las herramientas de evaluación a utilizar: tipo de entrevista clínica y diferentes instrumentos de evaluación como el momento de su aplicación, se guiará y adaptará al equilibrio del proceso evaluación-estado clínico-asistencia-relación.
- El proceso de evaluación inicial debe ser ágil en el tiempo para asegurar que no se producen demoras en el comienzo de la intervención.
- La evaluación se tiene que llevar a cabo en los distintos contextos que sean relevantes para cada caso (consulta, domicilio, atención primaria, escuela, bar, parque,...) utilizando el contexto de evaluación que más facilite el enganche y la relación terapéutica.
- Las diferentes perspectivas integradas en la atención multidisciplinar deben participar en el proceso de evaluación, aunque no debe implicar necesariamente la intervención directa de diferentes profesionales con el paciente.

- La finalidad de todo el proceso de evaluación inicial es la elaboración de un plan integrado de atención y que éste sea consensuado, en la medida de lo posible, con el paciente y su familia.
- Se promoverá la filosofía del consentimiento informado.
- En el caso de utilizar instrumentos autoaplicados se debe obtener retroalimentación del paciente, asegurándose de que las preguntas han sido comprendidas correctamente por los usuarios.

6.2. *Protocolo de evaluación somática en una primera crisis psicótica*

A través de la historia clínica, de la exploración y de la realización de pruebas complementarias hay que descartar en primer lugar la presencia de otras enfermedades o tratamientos farmacológicos que pueden ser causales, concomitantes, contribuyentes o consecutivos a la psicosis.

Las enfermedades a descartar como causantes de una psicosis orgánica son:

- Síndrome de Cushing
- Trastornos de tiroides
- Trastornos de paratiroides
- Sarcoidosis cerebral
- Lupus Eritematoso Sistémico
- VIH-SIDA
- Enfermedades de causa genética conocida.
- Enfermedades desmielinizantes como pueden ser: la esclerosis múltiple o la enfermedad de Schilder¹.
- Enfermedades encefálicas como: sífilis cerebral o encefalitis p.e. herpes simples.
- Enfermedad de Wilson.
- Enfermedad de Huntington
- Ataxia de Friederich
- Deficiencia de vitamina 12.
- Hemorragia subaracnoidea.
- Tumores cerebrales.

¹ *Enfermedad extraña, progresiva y fatal del sistema nervioso central, caracterizada por atrofia adrenal y desmielinización difusa del cerebro. Los síntomas clínicos más importantes son demencia progresiva, sordera, espasticidad, hemiplejía, cuadriplejía y parálisis pseudobulbar. La mayor parte de los pacientes mueren a los pocos meses. También se conoce como enfermedad de Flatau.*

- Alteraciones metabólicas (hipoglucemias, etc.)
- Psicosis debidas a fármacos (L-dopa, corticoides interferón, antidepresivos, tiroxina, cloroquina, bromocriptina, etc.).

El protocolo de evaluación somática, además de la anamnesis y exploración, debe incluir:

- a) Análisis de orina:
 - Determinación de sustancias psicoactivas en la orina.
 - Estudio microscópico de la orina.
- b) Análisis de sangre:
 - Análisis de sangre completo.
 - Velocidad de sedimentación.
 - Pruebas de función renal (urea, creatinina).
 - Electrolitos.
 - Calcio y fosfato séricos.
 - Pruebas de función hepática.
 - Pruebas de función tiroidea.
 - Glucosa.
- c) De forma rutinaria y lo antes posible, se tendrán que realizar las pruebas de neuroimagen en un primer episodio de psicosis:
 - Se recomienda la RMN antes que el TAC si es posible.
- d) De forma optativa y en función del caso, se complementarían las pruebas básicas anteriores con:
 - Analítica de orina:
 - Test de embarazo.
 - Porfirias urinarias.
 - Analítica de sangre:
 - Índices nutricionales (vitamina B12, hierro en el suero y folatos).
 - Determinación de anticuerpos.
 - Determinación de hepatitis.
 - Determinación de VIH y sífilis.
 - Estudios de cobre.
 - Diagnóstico por imágenes:
 - Radiografía de tórax.
 - ECG
- e) Valoración y monitorización de los parámetros de salud física:
 - El cuidado de la salud física es un elemento más del plan de tratamiento en la medida que por un lado el estilo de vida y por otro el

tratamiento con medicaciones antipsicóticas determinan un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad. Por lo que conjuntamente con los profesionales de la atención primaria se habrá de evaluar y tratar (en los casos indicados) los problemas de salud física.

- Esta monitorización debe incluir:
 - Antecedentes personales y familiares
 - El abuso de tabaco, alcohol u otros tóxicos
 - Resultado de la analítica general
 - Tipo de alimentación
 - El patrón de actividades físicas
 - Medidas de tensión arterial, frecuencia cardíaca, IMC (índice de masa corporal) y perímetro abdominal.
 - De esta monitorización podemos derivar dos tipos de situaciones:
 - Ausencia de factores de riesgo: Se recomienda reevaluación a los tres meses y analítica anual.
 - Presencia de factores de riesgo: Se recomienda educación sanitaria y consejo dietético y en caso de hipertensión, diabetes, dislipemia y/o hiperprolactinemia coordinación con la atención primaria para su control y cuidado.
- f) Si el paciente se encuentra en tratamiento psicofarmacológico se debe realizar una evaluación continua de los efectos secundarios. Un instrumento útil para evaluar efectos secundarios es la escala UKU (Lingjaerd O, Ahlfors UG, Bech P, Dencker SJ, Elgen K, 1987; Lindstrom E, Lewander T, Malm UF, Lublin H, Ahlfors UG. 2001).

6.3. *Protocolo de evaluación psicopatológica y psicosocial*

La evaluación clínica en la atención temprana a la psicosis es un proceso que se da simultáneamente a la estructuración del vínculo terapéutico y debe darse en el marco del respeto y comprensión hacia la persona y su sufrimiento. Dicha evaluación se mueve todavía en un terreno especulativo, de consenso y aún de escasa evidencia en torno a las distintas variables clínicas seleccionadas como las más adecuadas para la intervención. La evaluación debe integrar aquellos tipos de entrevista, de observación y de instrumentos de medida que en cada momento de conocimiento se muestran como los más validos según la literatura científica en estos temas. Así pues, el consejo en la utilización de los instrumentos de medida que presentamos no se debe interpretar como la única indicación válida y fia-

ble para la obtención de un diagnóstico o para el establecimiento de un plan terapéutico. Se trata de una serie de instrumentos de apoyo útiles en este proceso de evaluación y no del proceso en sí mismo.

Estas cautelas conviene tenerlas particularmente en cuenta en el caso de la detección de personas con un “estado mental de alto riesgo de desarrollo de psicosis” donde la certeza de tal diagnóstico aún está en proceso de validación y aceptación en la comunidad científica, donde aún prevalece bajo su etiqueta una importante cantidad de falsos positivos (personas que nunca desarrollaran la enfermedad y a las que se les está alertando ante la misma) y donde la narración de estados fenoménicos y el nivel de apertura de información de los pacientes está limitado por las características de las propias experiencias psicóticas incipientes, el desconocimiento, el miedo o la no voluntad de informar.

Los instrumentos de evaluación que se han seleccionado en esta guía de consenso son aquellos que entendemos como los más adecuados en estos momentos de entre los existentes para la evaluación de las distintas áreas diana necesarias en el inicio de la psicosis. A pesar de que en muchos de ellos no se han llevado a cabo estudios de validación, los incluimos debido a que están disponibles en la literatura internacional y en algunos casos existe la traducción y el proceso de adaptación previo a los estudios de validación.

Presentaremos y detallaremos aquellos que consideramos básicos en la tabla 4 y en la descripción en el texto o en la misma tabla se completarán con otras alternativas si se necesita profundizar en la evaluación diagnóstica y/ o del tratamiento.

6.3.1. Evaluación de estados mentales de alto riesgo de desarrollar psicosis

La evaluación de aquellas personas que pueden estar en un estado de alto riesgo de desarrollar una psicosis se lleva a cabo basándose en la presencia de marcadores clínicos. Existen dos tipos de marcadores clínicos distintos con instrumentos de evaluación diferentes. Unos se obtienen a través de la evaluación de formas atenuadas de los síntomas psicóticos convencionales (menor intensidad, duración y conservando aún la atribución interna del síntoma) y otros a través de la evaluación de los síntomas básicos, que son la percepción subjetiva fenoménica de las alteraciones neuropsicológicas que produce la psicosis.

6.3.1.1. Listas de síntomas para la evaluación e identificación de estados mentales de alto riesgo en la Atención Primaria de Salud

Este apartado hace referencia a varios tipos de listas de síntomas para que se utilicen en atención primaria en la detección de personas que pueden presen-

Tabla 4. *Tabla resumen áreas e instrumentos de evaluación*

		Estados Mentales Alto Riesgo	Primeros episodios Psicóticos
Cuestionarios de Screening	Listas de síntomas	EDIE	
		PRIME	
		ERiraos	
Entrevistas y cuestionarios de evaluación diagnóstica		Entrevista estructurada para síndromes prodrómicos (SIPS)	Entrevista PANSS
		Entrevista de evaluación global de los estados mentales de alto riesgo (CAARMS)	Evaluación comunitaria de las experiencias psíquicas (CAPE-42)
		Inventario Psicopatológico de Frankfurt (FBF-3)	
Personalidad		Inventario clínico Multiaxial de Millon (M-III)	
Función cognitiva	General	Batería Cognitiva MATRICS	
Funcionamiento social y familiar	Funcionamiento Social	Escala social y Escala de Rol (GF:SS- GF)	HoNOS Escala de Funcionamiento Social (SFS)
	Comportamiento intrafamiliar	Cuestionario Familiar (FQ)	
Respuesta Psicológica a la psicosis	Estilo de Recuperación	Cuestionario Estilo Recuperación	
	Creencias sobre la enfermedad	Cuestionario sobre Creencias Personales (PBIQ)	
	Autoestigma	Escala de Estigma Interno de Enfermedad (ISMI)	
Medicación	Efectos secund.	UKU	
Calidad de vida		Entrevista de Calidad de Vida de la OMS (WoQHOL)	
		Entrevista de Calidad de Vida de Lancashire	

tar un riesgo de desarrollar una psicosis. Todos ellos tienen como objetivo una identificación de síntomas y/o conductas dianas que indican riesgo de psicosis y facilitar una derivación rápida a un equipo especializado de atención. Por lo tanto, estos instrumentos, con una estructura similar, presentan un listado de síntomas o conductas que son indicadores de riesgo, y describen un algoritmo de toma de decisiones y que facilita la identificación positiva de “riesgo de desarrollar psicosis”.

Recomendamos como primera opción el uso del *Cuestionario de screening del EDIE* (French & Morrisson, 2004) que es un listado de 22 signos de riesgo de psicosis, que se puntúan en función de la significación del riesgo. El punto de corte para la derivación a los equipos de atención temprana a la psicosis es una puntuación de más de 20 puntos o tener alguna de estos cuatro signos: “sensación que la gente te mira, sentir o escuchar cosas que otros no perciben, creencias extrañas o suspicacia, e ideas de referencia”.

Una opción alternativa, y con validación en castellano (Fresan, Apiquian, Ulloa y Nicolini., 2007) sería el *Cuestionario PRIME de tamizaje para síntomas prodrómicos* (McGlashan TH, Miller TJ & Woods SW, 2001), cuestionario de doce ítems evaluados en una escala tipo likert de 0 a 6 y que permite la obtención de tres factores de riesgo: alteración del entorno, alteraciones sensorio-perceptivas y alteración de las habilidades propias. Otra posibilidad de realizar un primer *screening* nos la ofrece el *Cuestionario ERiraos*, una lista de 17 ítems que combina pró-dromos iniciales y tardíos (Häfner et al., 2004; en proceso de validación al castellano por el equipo de JL Tizon y Anna Oriol; 2006)

6.3.1.2. Entrevistas estructuradas para la evaluación de estados mentales de alto riesgo

En el caso de “Estados Mentales de Alto Riesgo” esta evaluación es imprescindible para su identificación y para decidir o no una intervención en un programa. De las diferentes entrevistas, recomendamos utilizar la *Entrevista estructurada para síndromes prodrómicos (SIPS)* de McGlashan TH, Miller TJ, Woods SW, 2001. Existe una traducción por Bobes J, Arango C, Bobes-Bascarán T, Bascarán T y Parellada, M. (2002) y una validación española por Lemos, S., Vallina, O., Fernández, P., Ortega, J.A., García, P., Gutiérrez, A., García, A., Bobes, J. & Miller, T. (2005). Esta entrevista clínica estructurada evalúa la presencia de síndromes prodrómicos de psicosis: a) Síndrome psicótico breve intermitente; b) Síndrome prodrómico con síntomas positivos atenuados; c) Síndrome de riesgo genético y disfunción global y del síndrome psicótico. Además valora el nivel de funcionamiento

general del individuo (EEAG) y la presencia del trastorno esquizotípico de la personalidad según los criterios del DSM.

Otra entrevista para la evaluación de estos estados mentales de riesgo es la “*Entrevista para la evaluación general de los estados mentales de alto riesgo*” (CAARMS), desarrollada en Australia por Yung, A., Phillips, L., Simmons, M., Ward, J., Thompson, K., French, P., y McGorry, P. (última versión 2006). Esta entrevista está en proceso de traducción y validación en nuestro país.

Dentro de los Estados Mentales de Alto Riesgo, existe una nueva escala para valorar los roles y el funcionamiento social que acaba de editarse y que aún no está adaptada a nuestro país. Se trata de la “*Escala social y Escala de Rol*” (GF:SS- GF) (Cornblatt *et al.* 2007).

6.3.1.3. Evaluación de síntomas básicos

La evaluación fenomenológica de las alteraciones neurocognitivas tal y como las perciben los pacientes es un elemento que permite la comprensión de la psicosis, su génesis y su desarrollo. El conocimiento detallado de este tipo de sintomatología complementa la evaluación clínica obtenida en los otros instrumentos descritos para la evaluación de estados mentales de riesgo, potencia la capacidad predictiva de transición y contribuye a la reducción de falsos positivos. Sin embargo los instrumentos disponibles para su medida aún son escasos.

De entre los disponibles destacamos el “*Inventario Psicopatológico de Frankfurt (FBF-3)*” (Süllwold & Huber, 1986), adaptado en una población de trastornos psicóticos de larga evolución por Jimeno Bulnes N, Jimeno Valdés A, Vargas Aragón ML. (1996). Se trata de un cuestionario autoaplicado para la evaluación de los síntomas básicos, en el que el paciente valora la presencia de quejas subjetivas en 10 escalas clínicas: pérdida de control, percepción simple, percepción compleja, lenguaje, cognición y pensamiento, memoria, motricidad, pérdida de automatismos, anhedonia, y angustia e irritabilidad por sobreestimulación. No se dispone de resultados que indiquen su efecto en primeros episodios o en estados mentales de alto riesgo.

Recientemente se acaba de editar el “*Instrumento de propensión a la esquizofrenia, versión adulto*” (SPI-A) de Schultze-Lutter, *et al.*, (2007). Esta entrevista permite evaluar los sutiles trastornos cognitivos percibidos por los pacientes que suelen preceder al desarrollo de una psicosis, son marcadamente distintos de los síntomas positivos atenuados y según sus autores pueden conformar un momento prodrómico aún anterior al de los estados mentales de alto riesgo y tener validez predictiva en el desarrollo de la psicosis. Con esta prueba se evalúan: altera-

ciones dinámico-perceptivas, defectos cognitivo-atencionales, alteraciones cognitivas, alteraciones en la experiencia del yo y del entorno, alteración en la percepción del cuerpo y alteraciones perceptivas.

6.3.2. Evaluación de los primeros episodios psicóticos

6.3.2.1. Evaluación de la sintomatología

La presencia de síntomas positivos y negativos son los dos principales rasgos definitorios de los trastornos psicóticos y a la vez indicadores fundamentales del grado de afectación y posterior remisión de la psicosis así que su adecuada evaluación es imprescindible. Recomendamos como instrumento de primera elección la “Escala de los Síndromes Positivo y Negativo” (PANSS) de Kay, Opler y Fiszbein (1986) en su versión española de Cuesta, V., y Peralta, M. (1994). Esta escala, en formato de entrevista estructurada, permite una evaluación global de la sintomatología positiva y negativa, así como de 16 escalas de psicopatología general.

La evaluación psicopatológica se puede completar con escalas o inventarios más específicos o monográficos para la valoración de alteraciones específicas. De entre estas destacamos para la evaluación de la psicosis la *Evaluación comunitaria de las experiencias psíquicas (CAPE-42)* de Konings M, Bak M, Hanssen M, Van Os J & Krabbendam L. (2006), Este cuestionario de autoinforme evalúa la existencia de experiencias psicóticas y el nivel de malestar que estas generan. Incluye dimensiones de experiencias psicóticas positivas, negativas y depresivas.

Para la evaluación de la depresión la “Escala de Depresión de Calgary” (CDS) (Addington D, Addington J, Schissel B, 1990) o el “Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck *et al.*, 1961), la manía con la “Escala de Young para la evaluación de la manía” (YMRS) (Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA., 1978). Tiene especial relevancia clínica la valoración del riesgo suicida en la que puede ser una ayuda la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS) validada en su versión española por Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Villanueva R, Casado MA, Marín JJ, Santo-Domingo J (1988).

6.3.2.2. Evaluación de las funciones cognitivas básicas

La alteración de los procesos cognitivos básicos en la persona es uno de los principales efectos de la psicosis. Este mal funcionamiento de las capacidades cognitivas básicas tiene una clara influencia en el nivel de discapacidad de los pacientes y limita sus posibilidades de recuperación. Es importante conocer el funcionamiento cognitivo para detectar sus posibles alteraciones y déficits, y

guiar el tipo, ritmo e intensidad de las intervenciones terapéuticas y rehabilitadoras, así como valorar la pertinencia y características de una posible rehabilitación cognitiva.

Para ello es imprescindible la evaluación, al menos de *screening*, de las siguientes funciones: atención, función ejecutiva, memoria verbal y de trabajo y cognición social. Esto se puede realizar utilizando los test específicos para estas funciones incluidos dentro de una batería específica para la evaluación en psicosis como la “*Batería Cognitiva de Consenso MATRICS*” (MCCB) (Nuechterlein y Green 2006). Desarrollada por el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de Estados Unidos para la evaluación de la función cognitiva en la esquizofrenia a través siete áreas cognitivas básicas: velocidad de procesamiento (evaluada a través del “Trail Making Test A” (TMT), del “Brief assesment of cognition in schizophrenia-Symbol Coding” (BACS SC) y del “Category fluency: animals naming”), atención- vigilancia (evaluada a través del “Continous performance test-identical pairs” CPT-IP), memoria de trabajo (evaluada por el “Letter-number span” (LNS) y el “Weschler memory scale-III SS”), aprendizaje verbal (evaluado por el “Hopkins verbal learning test-revised” HVLT-R), aprendizaje visual (evaluado por el “Brief visuospatial memory test-revised” BVMT-R), razonamiento y resolución de problemas (evaluado por la “Neuropsychological assessment batery” NAB) y cognición social (evaluada por el “Mayer-Salovey-Caruso emotional intelligence test MSCEIT- Managing emotions”). Si se desea una evaluación más extensa se puede aplicar toda la batería. Esta prueba también está en proceso de validación en población española.

Una opción alternativa al uso de baterías generales es la utilización de instrumentos específicos que permitan obtener un *screening* de funciones, y que posteriormente, en función de este se puedan utilizar otras pruebas para valorar con más profundidad los déficits asociados a la psicosis.

6.3.2.3. Evaluación de la respuesta psicológica a la psicosis

Tras el desarrollo de un episodio psicótico la respuesta psicológica de la persona que lo padece resulta un elemento fundamental en la contención o superación del mismo. Dentro de las variables psicológicas que se han mostrado relevantes e influyentes en la remisión de la psicosis destacaremos tres: *el autoestigma por enfermedad mental, el estilo de recuperación de la enfermedad como manera general de afrontar la situación estresante para la identidad psicológica y para el desenvolvimiento vital que supone la psicosis, y el modelo explicativo de psicosis que se tenga en formato de creencias personales sobre la enfermedad.*

Para la evaluación del modelo explicativo sobre la enfermedad que se tenga aconsejamos la utilización del “*Cuestionario sobre Creencias Personales*” (PBIQ) (Birchwood, Mason, MacMillan y Healy. 1993), Este cuestionario permite obtener las creencias personales del paciente sobre su enfermedad a través de cinco escalas: Control sobre la enfermedad, yo como enfermedad, expectativas, estigma y contención social.

Para la evaluación del modo general de afrontamiento de la psicosis y el consiguiente estilo de recuperación que se genere recomendamos la utilización del “*Cuestionario de Estilo de Recuperación*” (RSQ) de Drayton, Birchwood y Trower (1998). Es una escala de 39 ítems que mide los diversos estilos de adaptación y recuperación de la psicosis: encerramiento, tendencia al encerramiento, mixto con predominio del encerramiento, mixto con predominio de la integración, tendencia a la integración.

Por último para la medida del grado de autoestigma por psicosis recomendamos la “*Escala de Estigma Interno de Enfermedad*” (ISMI) de Ritsher, Otilingam y Grajales (2003). Escala de 29 ítems con respuestas tipo *likert* que evalúa la auto-percepción del estigma por los pacientes. Permite la obtención de 5 subescalas que compondrían esta visión del estigma: alienación, aprobación del estereotipo, experiencia discriminatoria, aislamiento social y resistencia al estigma. Los tres instrumentos citados carecen de validación española.

6.3.2.4. Evaluación de funcionamiento familiar

La evaluación familiar es imprescindible en la intervención temprana pues la familia es objetivo prioritario de la intervención. Es importante conocer también los objetivos o demandas del paciente y su familia, así como el grado de implicación que manifiestan. Respecto a la familia es pertinente la evaluación de los siguientes aspectos:

- Relaciones familiares: criticismo, hostilidad, sobreimplicación, calidez, etc.)
- Relaciones de apoyo y/o confidencialidad en la familia
- Manejo de situaciones problemáticas en la familia
- Nivel socio económico y social. Entorno social de la familia
- Estrés-sobrecarga familiar relacionada con el paciente y otros conflictos significativos en el medio familiar.

Es particularmente útil considerar la carga familiar para decidir intervenciones que la alivien desde el inicio y permitan al afectado y su entorno participar en la intervención de forma más efectiva, los estilos de comunicación para

determinar si necesitamos trabajar en esta área, y los problemas del funcionamiento del paciente en el entorno familiar. Estas áreas están bien recogidas por ejemplo en el “*Cuestionario Familiar*” (FQ) de Quinn J, Barrowclough C y TARRIER N (2003), del que existe una adaptación de Vallina O, Lemos S, García A, Alonso M, Gutiérrez AM (1998), pero no un trabajo de validación psicométrico. Evalúa 44 conductas disfuncionales frecuentes en el hogar de una persona con psicosis y las agrupa en 5 factores: síntomas negativos, conductas antisociales, problemas interpersonales, síntomas afectivos y síntomas psicóticos. Además evalúa el grado de malestar que generan estas conductas en los familiares que conviven con el paciente y la capacidad que estos tienen de afrontarlas.

6.3.2.5. Evaluación del funcionamiento social

Una completa evaluación social desde el principio permitirá conocer fortalezas y áreas de necesidad para diseñar nuestras intervenciones y trabajar tempranamente sobre ellas. Se consideran áreas de especial relevancia las relacionadas con el desempeño de roles y el mantenimiento y recuperación de la red social (siendo objetivos prioritarios la vinculación rápida del usuario a los roles que estaba desempeñando antes del inicio de la psicosis y la recuperación y mantenimiento de la red social). Es fundamental conocer el desempeño actual y previo a la enfermedad de las siguientes áreas:

- Habilidades y competencias sociales.
- Red social y sus características.
- Utilización del ocio y del tiempo libre.
- Situaciones ansiógenas y estilo de respuesta.
- Hábitos saludables (sueño, alimentación, aseo, vestido, manejo en la vivienda, actividad física y consumos).
- Desempeño académico y laboral.
- Repertorios académicos básicos (lectura, escritura, aritmética, etc.).
- Conocimiento de la enfermedad, de la medicación, de la autonomía en la toma, de factores protectores o pródromos de crisis, etc.
- Utilización de recursos comunitarios.

Para la evaluación del funcionamiento social se recomienda el uso de la “*Escala de Funcionamiento Social*” (SFS) de Birchwood M, Smith J, Cochrane R, Wetton S y Copestake S (1990) para los primeros episodios psicóticos, adaptado a nuestro medio por Vázquez y Jiménez-Boveda (2000). Evalúa siete áreas de funcionamiento que son cruciales para el desenvolvimiento en la comunidad de personas con psicosis: Aislamiento/ implicación social, conducta interpersonal, activi-

dades prosociales, ocio, independencia/competencia, independencia/desempeño y empleo/ocupación.

Existen otra posibilidad de evaluar de manera global el funcionamiento social y el impacto de la enfermedad mediante la utilización de la escala de resultados HoNOS, (Health of the Nation Outcome Scales, Wing JK, Beevor AS, Curtis R, 1999) adaptada por Uriarte JJ, Beramendi V, Medrano J, Wing JK, Beevor AS, Curtis R (1999). Es una escala de evaluación general de enfermedad psiquiátrica y del impacto de la enfermedad en distintas áreas conductuales, sintomáticas, actividades de la vida diaria, y sociales.

6.3.2.6. Evaluación de riesgos y necesidades

Para detectar los problemas existentes y poder elaborar el plan integrado de atención será necesario desde la perspectiva clínica valorar los riesgos de los pacientes tales como auto y hetero-agresividad, autolesiones y suicidio, consumo de sustancias; y las necesidades más importantes a cubrir en las diferentes áreas de la vida. Aunque se consideran variables a evaluar, lo que existe son entrevistas estructuradas de administración costosa ya que se requiere mucho tiempo para su aplicación. Una de ellas es la CAN (Camberwell Assesment of Needs de Phelan et al, 1995) de la que puede utilizarse su versión reducida (Jiménez Estevez JF, Moreno Küstner B, Torres González F, Luna del Castillo JD, Phelan M (1997).

Por otro lado tenemos las entrevistas de calidad de vida, que cubren además de riesgos y necesidades, aquellas áreas donde se produce el impacto de la enfermedad mental en los usuarios. Dos de las entrevistas más utilizadas en estudios de atención temprana son la Lancashire y la de la OMS.

La primera, denominada *Perfil de calidad de vida de Lancashire (LQOLP)* (Oliver, 1991) fue diseñada para describir la calidad de vida en pacientes con trastornos mentales. Se trata de una entrevista estructurada en la que se examina el bienestar global del paciente, su autoconcepto, así como el bienestar en 9 áreas principales de la vida tanto desde una perspectiva subjetiva como objetiva: Legal/seguridad, religión, salud física/mental, lugar de residencia, ocio, relaciones familiares, relaciones sociales, trabajo/educación y economía. Fue validada en el estudio Epsilon por Gaité L, Vázquez-Barquero JL, Arrizabalaga AA, Schene AH, Welcher B, Thornicroft G, Ruggeri M, Vázquez-Bourgon E, Retuerto MP, Leese M, and the epsilon study group (2000)

La segunda es la “*Entrevista de Calidad de Vida de la OMS*” (*WHOQOL*) (Lucas, 1998), que evalúa la calidad de vida percibida del sujeto, y puede medir

los efectos de la enfermedad y de las intervenciones sanitarias en la calidad de vida.

Los datos obtenidos de las evaluaciones realizadas a través de la entrevista, la observación y los instrumentos, deberán ser analizados e integrados en un plan de tratamiento individualizado. Dicho plan deberá contemplar al menos unos objetivos a conseguir, las estrategias para alcanzarlos y su temporalidad. El plan deberá, en la medida de lo posible, ser compartido por el paciente y su familia. La revisión periódica del plan deberá ser una práctica habitual de los profesionales encargados de su desarrollo. Si se considera adecuado, el plan de intervención puede adoptar la forma de “contrato terapéutico” firmado por el paciente, su familia y los terapeutas implicados.

6.4. Resumen de áreas e instrumentos y protocolos de evaluación

La tabla 4 resume los instrumentos presentados y a continuación los gráficos 1 y 2 presentan en forma de protocolo como se organiza la evaluación de un paciente en estas fases.

Gráfico 1. Protocolo evaluación de personas de ultra-alto riesgo de psicosis

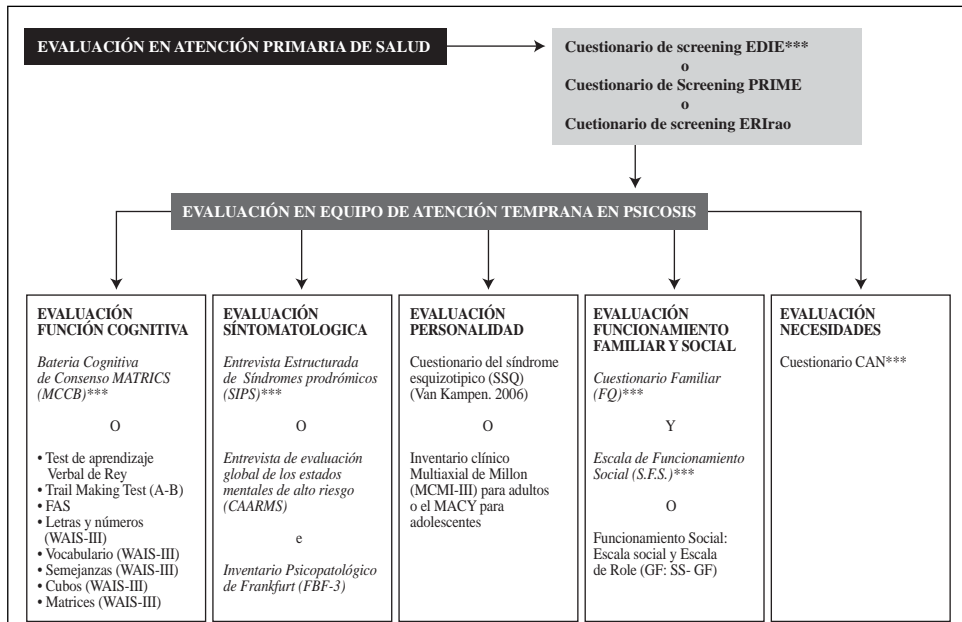
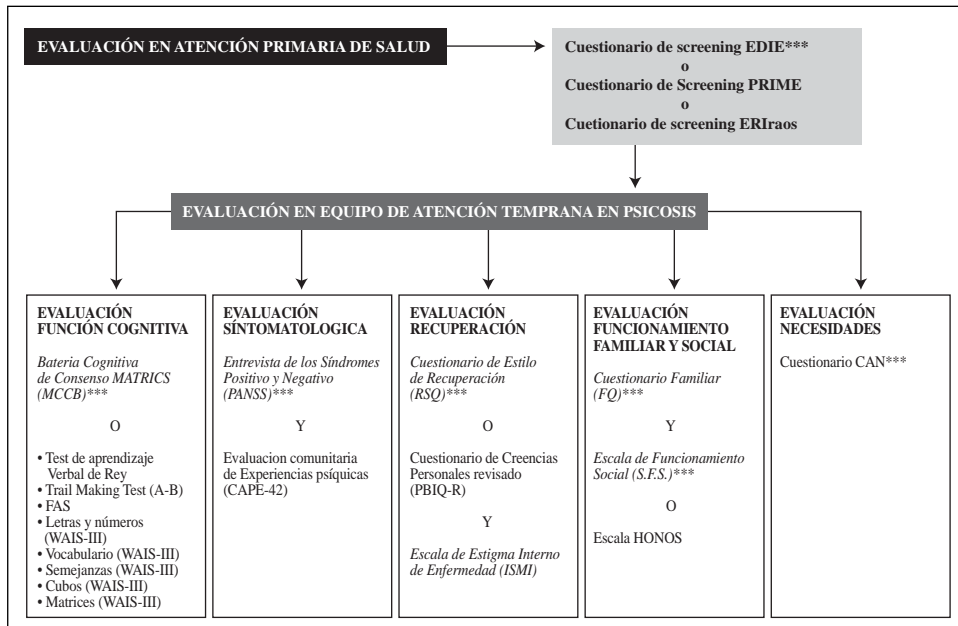


Gráfico 2. *Protocolo evaluación de primeros episodios psicóticos*

7. Intervención

7.1. *Tratamientos psicológicos*

La psicosis con frecuencia interrumpe las tareas pendientes para completar el desarrollo de la persona que la sufre: individuación de la familia, desarrollo de intereses y habilidades propias, descubrimiento y experimentación con la sexualidad, mantenimiento y formación de nuevas relaciones, participación en actividades vocacionales. Este proceso requiere interacción social, autoestima, y el desarrollo de roles adultos de responsabilidad hacia sí mismo y hacia otros. La formación de identidad requiere interacción y la capacidad de vincularse está alterada en la psicosis.

El modelo de la recuperación ofrece un marco para entender el proceso al que se enfrenta una persona con psicosis para avanzar en este desarrollo. La recuperación depende de factores internos como la toma de conciencia de limitaciones y de la necesidad de cambio, la resiliencia o capacidad de desarrollar las potencialidades a pesar de las dificultades que supone la enfermedad. Aprender a cuidarse implica aprender como se gestionan y afrontan estas dificultades, incluidos los síntomas, la toma de medicación, el cambio de hábitos... Otros factores son externos y conllevan las conexiones con otros, el apoyo de la familia, de amigos, de profesionales... Un último factor, el empoderamiento, supone una combinación de factores internos y externos que potencian la autoayuda, la defensa de los propios intereses y el cuidado de lo que le pasa a uno mismo y sus otros significativos, superando el estigma para tomar el control y encontrar un lugar en la comunidad.

Para acompañar y ayudar en este proceso, desde el paradigma de la intervención temprana en la psicosis, se entiende imprescindible la ayuda psicológica. Diferentes modelos psicológicos han contribuido a la comprensión y forma de abordar estas dificultades en los momentos iniciales de la psicosis.

Como se ha visto el autoconocimiento y desarrollo personal se reconocen cada vez más como dimensiones de la recuperación, por lo que los principios psicodinámicos y sistémicos pueden tener un papel en la comprensión y abordaje de la psicosis. Cullberg (2006) o Martindale (2007) revisan la aportación de la comprensión psicodinámica en los programas de intervención temprana.

Una tendencia actual es ajustar las intervenciones a la fase en la que se encuentre la enfermedad (se está investigando cada vez más en tratamientos fase específicos) y a las necesidades de pacientes y familias. Se ofertan intervenciones y cuidados según fase y necesidad, integrando no solo modelos psicológicos, sino perspectivas profesionales y abordajes individuales, familiares y de grupo. Un abordaje integrador adaptado a las necesidades de paciente y familia que utiliza

principios sistémicos y psicodinámicos es el desarrollado en Finlandia y otros países nórdicos especialmente (Alanen 1997). Otros modelos como el de Addington, y el de Millar & Mason se revisan en un reciente libro *Evolving psychosis, different stages, different treatments* (Johannessen 2006).

En estos abordajes integrales de atención el papel de la enfermería es esencial. Juega una importante función en las intervenciones psicoeducativas, en el trabajo sobre hábitos (especialmente el consumo de tóxicos pero también sobre otros cuidados de salud), en las intervenciones asertivas y otras intervenciones comunitarias, y en la gestión integral del caso (Askey 2007, Nelly 2007, Sin 2007).

En este apartado se revisan los tratamientos que se han publicado con resultados consistentemente positivos. La investigación actual se ha centrado fundamentalmente en las terapias cognitivo-conductuales, que han mostrado su eficacia en diferentes áreas, recogiendo también otros modelos cuando hay evidencia sobre su eficacia. No pretendemos dar la idea de que el modelo cognitivo-conductual es el único válido y que otros abordajes no son útiles, sino que la evidencia disponible en este momento es esta. Este es un campo nuevo y en expansión, y habrá que corregir y añadir (probablemente ya habrá nuevos datos cuando este documento se edite) lo que la experiencia e investigación vaya asentando.

Los tratamientos psicológicos que se utilicen en los primeros momentos de la psicosis están obligados a cumplir una serie de condiciones fundamentales para poder ser aplicados:

- Estar basados en teorías clínicamente evaluables en individuos y en grupos de pacientes.
- Ser altamente compatibles con los modelos de vulnerabilidad al del trastorno.
- Ser pragmáticos en términos de duración y profundidad de la intervención
- Ofrecerse como parte de un tratamiento multimodal.
- Estar disponibles en un amplio rango de modalidades, dadas las extensas y variadas necesidades de los pacientes y sus familias.
- Ser secuenciados y variados de acuerdo con la fase de la enfermedad y con las distintas necesidades de cada una de esas etapas.

En la actualidad y aunque el nivel de evidencia disponible aún no es suficientemente consistente, las distintas asociaciones internacionales y guías clínicas de consenso aconsejan la utilización en esta etapa de los siguientes tipos de intervenciones psicológicas:

- Terapia cognitivo conductual
- Psicoeducación
- Intervención familiar

Se presenta el siguiente esquema para el desarrollo de esta sección:

7.1.1. Tratamientos psicológicos esenciales

- Terapia cognitivo conductual
- Psicoeducación
- Intervención familiar

7.1.2. Otras psicoterapias

- Terapias psicodinámicas
- Terapias de apoyo

7.1.3. Directrices para los tratamientos psicológicos en las fases iniciales de la psicosis

- Fase presicótica
 - Intervención con el paciente
 - Intervención familiar
- Fase Aguda
 - Intervención con el paciente
 - Intervención familiar
- Recuperación Inicial (3-9 meses)
 - Intervención con el paciente
 - Intervención familiar
- Recuperación posterior (9-18 meses y periodo crítico)
 - Intervención con el paciente
 - Intervención familiar

7.1.4. Programas grupales

7.1.1. Tratamientos psicológicos esenciales

7.1.1.1. Terapia cognitiva

Las metas de la psicoterapia en el inicio de la psicosis son preservar la autoestima, adaptarse con éxito a los cambios de la realidad, promover un autocontrol sobre los síntomas y apoyar el progreso de la persona hacia la consecución de metas evolutivas adecuadas.

Los objetivos de la terapia cognitivo conductual en la atención temprana a la psicosis son:

- Formar una alianza terapéutica con el paciente.
- Conseguir la estabilización clínica.
- Ofrecer una explicación comprensiva de la experiencia psicótica.
- Proporcionar educación sobre la naturaleza de los síntomas.
- Registrar los pensamientos negativos o molestos y el contexto en el que se producen.
- Ser más consciente de los pensamientos y asunciones.
- Aprender maneras alternativas de tratar con las situaciones estresantes.
- Promover la adaptación y recuperación.
- Proteger y fortalecer la autoestima.
- Centrarse en los problemas de estigma y desarrollar estrategias de afrontamiento efectivas.
- Utilizar estrategias cognitivas para impedir o reducir la morbilidad secundaria y la comorbilidad.

Los terapeutas deben ser conscientes del potencial efecto traumático de las crisis producidas por la psicosis y las respuestas de emergencia. Se debe reconocer el trauma y conocer y utilizar técnicas para minimizar el impacto de las experiencias traumáticas. En la tabla 5 (ver el final de este apartado sobre tratamientos psicológicos) se recoge una descripción de las características nucleares de las principales modalidades de terapia cognitiva adaptadas a las distintas fases iniciales de la psicosis.

7.1.1.2. Psicoeducación

Tiene como objetivo desarrollar un conocimiento compartido y aumentar el conocimiento sobre la enfermedad que tenga la familia y el paciente. Este procedimiento contribuye a una mejor adaptación y recuperación inicial de la psicosis y a reducir el riesgo de recaídas. Es un proceso permanente que debe revisarse y actualizarse regularmente y que se puede aplicar individual o grupalmente.

Los pacientes y sus familias deben recibir información verbal y escrita adaptada a sus características clínicas, a sus necesidades y a las capacidades de aprendizaje y de asimilación de cada caso desde el inicio de la intervención.

La psicoeducación deberá explicar:

- La naturaleza de la enfermedad.
- Las opciones disponibles para el tratamiento y la recuperación.
- La variabilidad natural y los distintos modelos de recuperación.
- Las posibilidades de futuro y como pueden influir en ellas los pacientes y sus familiares.

- Historias de éxito en otras personas que en la misma situación consiguieron manejar su enfermedad y una buena recuperación.
- Que dispositivos y personal participara en el tratamiento.
- Los derechos del paciente.
- Estrategias específicas para el manejo de síntomas.
- Plan de recaídas.
- Recursos comunitarios disponibles para potenciar la recuperación.

Para la aplicación del método psicoeducativo recomendamos seguir las directrices básicas propuestas por Tarrier y Barrowclough (1986):

- Antes de informar es necesario conocer el modelo de enfermedad de los familiares y del paciente.
- Presentar la información de acuerdo con la sintomatología individual presentada por los pacientes.
- Seleccionar la información que se prevea más útil para ayudar en el afrontamiento de los problemas causados por la enfermedad.
- Proporcionar folletos de lectura sencilla para facilitar el aprendizaje.
- Reevaluar continuamente la percepción de la enfermedad tras cada intercambio de información.
- Evaluar las estrategias de afrontamiento en las interacciones familiares.
- Proporcionar información lo más pronto posible una vez empieza la enfermedad.

7.1.1.3. Trabajo con las familias

Las intervenciones familiares que han mostrado su eficacia en el tratamiento de la psicosis contienen una serie de ingredientes fundamentales que son los que se deberían incorporar también a los primeros momentos de la enfermedad:

- Educar a la familia sobre la enfermedad y su manejo.
- Mostrar interés, simpatía y empatía hacia los familiares.
- Evitar culpabilizar a la familia o patologizar sus esfuerzos de afrontamiento.
- Fomentar el desarrollo personal de todos los familiares.
- Potenciar la implicación en el tratamiento y reducir el estrés.
- Mejorar las habilidades de comunicación y de solución de problemas.
- Proporcionar tratamiento flexible y ajustado a las necesidades familiares.
- Animar a las familias a desarrollar apoyos sociales externos.
- Infundir esperanza en el futuro.
- Adoptar una perspectiva de largo plazo.

El apoyo y la implicación familiar es una contribución fundamental para conseguir una buena recuperación de la psicosis. El primer episodio de una psicosis suele tener un impacto estresante sobre la familia y en el contacto clínico inicial con ella se pueden observar sentimientos de culpa, ira, tristeza y pérdida. A menudo este primer contacto con la familia tiene un formato similar a una sesión informativa y es una oportunidad para explicar el funcionamiento de los servicios de salud mental y la importancia de la implicación familiar en el tratamiento y evolución de la psicosis.

Los componentes claves del papel familiar en el tratamiento inicial de la psicosis incluyen:

- El establecimiento de una red de colaboración desde la que se desarrolla el trabajo con la familia.
- El trabajo familiar se debe ajustar a las necesidades propias de cada familia.
- El principal objetivo de la intervención familiar debe ser la capacitación y el fortalecimiento familiar para afrontar y ajustarse a la crisis que la psicosis produce dentro de la familia.
- Los problemas preexistentes dentro de la familia solamente se abordarán directamente en el grado en que impacten en la recuperación de la persona con psicosis.

Es necesario explorar y clarificar la opinión del paciente sobre la implicación de su familia en su proceso de recuperación. En los casos en los que se rechaza esta opción se debe explorar con tacto y detalle las razones de este rechazo y facilitar la superación de las barreras que puedan estar en su origen.

El contacto inicial con la familia debe ir paralelo al contacto con el paciente, como mucho no deber rebasar las 48 horas de demora tras la evaluación inicial del paciente y debe poder recibir intervención en crisis, apoyo y psicoeducación desde el inicio de la enfermedad.

Las entrevistas iniciales con la familia deben explorar y obtener una comprensión clara del nivel de conocimiento sobre la psicosis que tiene la familia e identificar sus necesidades actuales. Además de esto serán importantes las observaciones de la conducta del paciente y la historia familiar para el proceso diagnóstico.

Los focos fundamentales de la intervención familiar serán:

- El impacto sobre el sistema familiar.
- El impacto sobre cada uno de los miembros de la familia.
- La interacción entre la familia y el curso de la psicosis.

Se proporcionará psicoeducación y apoyo desde el comienzo de la enfermedad y de manera permanente según las necesidades de cada familia y pudiendo utilizar un formato de tratamiento individual o grupal. En aquellos casos en los que no se produzca una remisión clínica de la psicosis los grupos multifamiliares será el método de tratamiento preferido

7.1.2. Otras psicoterapias

7.1.2.1. Terapia psicodinámica

Los objetivos de la psicoterapia dinámica son:

- Aumentar la comprensión psicológica de la persona sobre su situación presente y sobre el camino recorrido hasta ese momento.
- Ayudar a encontrar un sentido a las experiencias psicóticas y un significado de los síntomas en su biografía.
- Comprender las relaciones significativas entre el pasado, presente y el futuro, actualizadas en el momento de la crisis.
- Restablecer una vinculación entre experiencias internas y externas y aumentar la capacidad de insight.
- Mejorar el aprovechamiento de las capacidades conservadas y el desarrollo del funcionamiento no distorsionado.
- Disminuir la vulnerabilidad delante del riesgo de sufrir nuevas crisis.

7.1.2.2. Terapia de apoyo

Hay una gran variedad de intervenciones englobadas dentro de este concepto que van desde el apoyo y consejo en un marco no directivo y no estructurado, hasta entrevistas en las que el terapeuta sigue las pautas de escucha activa y empática, actitud de cooperación y el manejo de crisis.

En sentido general el objetivo de la psicoterapia de apoyo es mantener o reforzar las defensas adaptativas de la persona, de tal modo que estas permitan afrontar las dificultades. Busca la mejor adaptación posible al medio y a las circunstancias de la crisis. Hace hincapié en la movilización de las fortalezas para realzar la autoestima y usar estrategias de afrontamiento positivas.

El apoyo y el consejo son los componentes específicos de este tipo de terapia, pero también son tácticas frecuentes las sugerencias, explicaciones y aclaraciones (Dickerson 2006). La alianza terapéutica facilita la expresión de los sentimientos y la afirmación de las capacidades del paciente y contribuye de forma destacada a generar un contexto apropiado para la contención de ansiedades.

Es complejo revisar la evidencia científica que demuestre los beneficios de la psicoterapia de apoyo en el abordaje de la psicosis temprana puesto que, además de la variedad de estrategias terapéuticas que abarca el concepto, con frecuencia se recurre a ella como terapia de control en investigaciones y no como terapia principal. En algunos de estos estudios en los que se investigan otras intervenciones o combinaciones de éstas, se encuentra que es superior al tratamiento estándar en diversos resultados: escala GAF (Rosenbaum 2005), reducción de síntomas, menos días de hospitalización, mejor adaptación a la enfermedad, menor riesgo de suicidio y mejor valoración subjetiva de calidad de vida (Penn 2005), recuperación más rápida y reducción de síntomas manteniendo beneficios a largo plazo (18 meses) en los mismos (Garety 2006).

7.1.3. Directrices para los tratamientos psicológicos en las fases iniciales de la psicosis

A continuación se describen los siguientes tratamientos que se resumen en la tabla 5 (ver al final de este apartado de tratamientos psicológicos).

7.1.3.1. Fase Prepsicótica

Intervención con el paciente

De acuerdo con las directrices de la IEPA (2005) si un joven cumple criterios de estado mental de alto riesgo para el desarrollo de una psicosis y busca o acepta ayuda para el malestar y la discapacidad asociada a su sintomatología se le debe ofrecer las siguientes intervenciones:

- Promover el enganche y la implicación de la persona en el tratamiento.
- Evaluar y supervisar regularmente su estado mental y ofrecerle apoyo.
- Ofrecer tratamiento específico para los distintos síndromes que pueda presentar como depresión, ansiedad, consumo de drogas, y ayudar en sus problemas laborales, interpersonales, familiares.
- Proporcionarle psicoeducación y habilidades de afrontamiento para manejar los síntomas psicóticos subumbral que estén presentes.
- Proporcionar información de manera clara, flexible y cuidadosa sobre su riesgo de desarrollar psicosis y sobre sus otros síndromes existentes.
- Ofrecer psicoeducación y apoyo familiar.
- Realizar la asistencia en entornos no estigmatizantes.

- Si la persona no busca ayuda mantener contacto regular con alguien de su familia.

Para el tratamiento psicológico en este periodo recomendamos *la Terapia cognitiva para personas en alto riesgo de desarrollar psicosis* de French, P. y Morrison, A. (2004). Esta forma de tratamiento individual va dirigida a:

- Desarrollar una alianza de trabajo y una implicación del paciente en su proceso de tratamiento.
- Se basa en una formulación individual de caso extraída de la evaluación de: historia personal, síntomas, creencias y metacreencias, modelos explicativos personales, afrontamiento y funcionamiento general.
- Utiliza la naturalización de las experiencias psicóticas como herramienta central para la comprensión y conceptualización de las mismas.
- Se centra en la generación y evaluación de explicaciones alternativas a los modelos personales explicativos incipientes de las alteraciones que se están viviendo.
- Detecta y elimina las conductas de seguridad que contribuyen al mantenimiento de la clínica actual.
- Trabaja con las creencias nucleares de las personas, particularmente con aquellas del tipo “soy diferente”.
- Aborda las creencias metacognitivas, particularmente las de consistencia, intrusiones y preocupaciones.
- Se dirige a la prevención o reducción del aislamiento social.
- Promueve una actitud de reconocimiento de señales de alarma y de prevención de la crisis psicótica.

Intervención familiar

Durante la fase prodrómica se aborda la percepción y explicaciones que da la familia de los cambios observados en su familiar y que van desde la negación hasta la atribución a rasgos de personalidad. Se busca una rápida resolución de conflictos familiares que se generan en esta etapa como consecuencia de estas reacciones o de la confusión y ansiedad que suelen provocar estos cambios. En este periodo la intervención incluirá:

- Evaluación del sistema familiar: capacidades, déficits, interacciones, conductas problema, necesidades, etc.
- Establecer un marco de trabajo colaborador con el equipo de tratamiento.
- El modelo explicativo familiar de enfermedad y sesgos atributivos: minimización, magnificación, negación, internalidad-externalidad, etc.

- Análisis y tratamiento de las respuestas emocionales características en este periodo: confusión, incertidumbre, angustia, inseguridad, etc.
- Proporcionar información de manera clara, flexible y cuidadosa sobre el riesgo de desarrollar psicosis de su familiar.
- Abordaje y resolución de conflictos intrafamiliares.
- Apoyo práctico y emocional regular, flexible y continuado.

7.1.3.2. Fase Aguda

Intervención con el paciente

La intervención psicológica en la fase aguda ha demostrado su utilidad para conseguir una reducción más rápida de la clínica positiva, del malestar psicológico secundario a esta y para favorecer el enganche y mantenimiento posterior del paciente dentro del tratamiento.

Como formato de tratamiento más adecuado para esta fase que abarcaría los 2-3 primeros meses de la primera crisis psicótica se recomienda la terapia cognitiva para síntomas positivos con los pacientes e iniciar la intervención familiar.

Para el tratamiento de los pacientes recomendamos *la terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de síntomas positivos* desarrollada por Lewis y colaboradores (2002) en el proyecto SOCRATES. Esta intervención se desarrolla a lo largo de tres fases:

- Fase 1: Enganche y evaluación. Esta primera fase incluye:
 - Evaluación detallada del estado mental y evaluación dimensional de los síntomas positivos y de la respuesta personal a los síntomas.
 - Elaboración de una formulación psicológica cognitivo conductual del caso.
 - Educación sobre la naturaleza, fenomenología y tratamiento de la psicosis.
- Fase 2: Generación de una lista de problemas. Supone el desarrollo de una agenda de trabajo y el establecimiento de una lista de problemas ordenada por el grado de prioridad, viabilidad y riesgo clínico implicado.
- Fase 3: Intervención y monitorización. Incluye:
 - El tratamiento no desafiante y colaborador de delirios y alucinaciones.
 - La identificación de factores precipitantes y protectores.
 - La generación de hipótesis alternativas a la ideación delirante.
 - La reducción del malestar asociado a la sintomatología positiva.

Intervención familiar

Para la intervención familiar en estos primeros momentos de la enfermedad recomendamos las directrices sugeridas por Addintong y colaboradores (2005). Así el manejo familiar de la primera crisis psicótica tendría los siguientes objetivos:

- Comenzar la conexión con la familia.
- Desarrollar una relación de trabajo colaboradora.
- Elaborar una historia familiar detallada y evaluar las necesidades familiares.
- Ayuda práctica en el manejo de la crisis.
- Ofrecer un modelo explicativo inicial de la psicosis.
- Empezar la identificación de posibles familias de alto riesgo.

Para estos propósitos se sugieren las siguientes intervenciones:

- Contacto regular y frecuente, ya sea durante el ingreso si se ha producido o en el tratamiento ambulatorio si fue la opción elegida.
- Apoyo práctico y emocional para minimizar las primeras respuestas habituales de trauma ante la crisis psicótica.
- Mensajes claros y repetidos con regularidad sobre la psicosis y su tratamiento.
- Educación sobre el papel de la familia en el tratamiento.

7.1.3.3. Fase de Recuperación Inicial (3-9 meses)

Este periodo se corresponde con el inicio de la remisión de la sintomatología positiva de la crisis psicótica, el comienzo de la recuperación del *insight*, la reorganización del medio familiar y el inicio de la planificación del retorno a los distintos roles y funciones del paciente anteriores al surgimiento del episodio.

Intervención con el paciente

El trabajo psicológico con los pacientes en esta primera fase de su proceso de recuperación deberá tratarse, en el marco de un abordaje integral, los siguientes aspectos (EPPIC, 2001):

- Desarrollar y configurar un modelo explicativo de la enfermedad que explique y permita entender las experiencias tenidas durante la fase aguda de la psicosis y las que aún persistan.
- Fortalecer el sentido del yo, recuperar la identidad y diferenciar el yo de la psicosis.

- Aumentar la percepción de control sobre la enfermedad proporcionándole estrategias de afrontamiento e identificando los motivos que le pueden producir fluctuaciones en este control.
- Promocionar el manejo autónomo de la enfermedad basándose en:
 - Fortalecer su implicación con el tratamiento.
 - Conocer sus signos tempranos de recaída.
 - Disponer de estrategias de prevención de recaídas.
 - Saber buscar las ayudas que necesite en cada momento.
- Retomar las actividades evolutivas:
 - Teniendo en cuenta su funcionamiento premórbido y estableciendo metas realistas adaptadas a sus capacidades en estos momentos y reajustando su trayectoria vital si fuese necesario.
 - Desidealizando su funcionamiento premórbido.
 - Iniciando el restablecimiento de relaciones familiares, sociales y formativas.
 - Implicándole en las estrategias terapéuticas.
- Prevenir la morbilidad secundaria o proporcionar tratamientos psicológicos específicos para las distintas comorbilidades que se pudiesen desarrollar (depresión, ansiedad, fobia social, estrés postraumático, consumo de drogas, ideación suicida).

La psicoeducación tiene en estos momentos un papel muy relevante. La información en esta fase:

- Deberá dirigirse a amortiguar o eliminar los estados emocionales habitualmente perjudiciales y negativos secundarios a un primer episodio psicótico (ansiedad, ira, desesperanza, pérdida, vergüenza).
- Deberá centrarse en los síntomas que aún persistan o en aquellos que se hayan producido durante la crisis y que hayan resultado impactantes o traumáticos para el paciente.
- Ayudará a la construcción de un modelo explicativo de enfermedad y de las experiencias que la conforman basado en los modelos de vulnerabilidad.
- Detectará y abordará los temores o creencias irracionales sobre la necesidad del tratamiento farmacológico y sus efectos
- Deberá destacar la temporalidad de las experiencias y de las limitaciones que genera la psicosis y que en estos primeros momentos se perciben con mayor temor.

- Incidirá y ayudará a promover experiencias de control sobre síntomas, respuestas psicológicas y efectos secundarios de la medicación.
- Fortalecerá la esperanza, la capacidad de generar ilusiones y las expectativas realistas de recuperación.

Intervención familiar

En esta segunda etapa de recuperación entramos en una fase de estabilización familiar inicial y aquí los objetivos del trabajo con la familia serán:

- Evaluar el funcionamiento familiar actual.
- Mantener la alianza de trabajo.
- Aumentar el conocimiento familiar de la psicosis.
- Ayudar a la familia a entender el proceso de recuperación y a identificar señales tempranas de alarma.
- Identificar familias de alto riesgo y aquellas otras que presentan modelos inadecuados de interacción.

Las estrategias de intervención incluirán:

- Apoyo y educación.
- Afrontamiento familiar con foco en el mantenimiento de la mejoría.
- Estrategias de afrontamiento y de solución de problemas para tratar con los efectos de la psicosis.
- Iniciar un trabajo intensivo con aquellas familias de alto riesgo.

7.1.3.4. Fase de Recuperación posterior (9-18 meses y periodo crítico)

Intervención con el paciente

En esta fase ya de estabilización las intervenciones se ordenaran en función de la permanencia o no de sintomatología positiva residual y del grado de interferencia de la misma. Si el paciente no se ha recuperado de su episodio psicótico y persiste su idea delirante y/o sus alucinaciones recomendamos la aplicación de “Terapia cognitivo conductual para síntomas positivos persistentes de la psicosis”. En estos momentos existen ya unos siete formatos de esta forma de terapia. De acuerdo con Rollison y colaboradores (2008) el que se seleccione deberá incluir:

- Compromiso terapéutico.
- Desarrollar una perspectiva narrativa.
- Evaluación de las experiencias psicóticas.
- Desarrollar un modelo de psicosis.
- Potenciar estrategias autorreguladoras.

- Estilo socrático.
- Desafío verbal de los delirios.
- Obtener evidencias para las creencias delirantes.
- Desarrollo de pruebas de realidad.
- Naturalizar.
- Trabajo con esquemas.
- Tratamiento de ansiedad y depresión.
- Resolver la ambivalencia.
- Mantener la mejoría. Prevención de recaídas.

En aquellos casos en los que se produce una recuperación incompleta de la sintomatología positiva el tratamiento va dirigido a la construcción de nueva identidad psicológica que incluya la presencia de la psicosis y a conseguir un estilo de adaptación a la enfermedad que permita la superación de su impacto y de las limitaciones que conlleve. Este proceso de adaptación debe considerar:

- El estado mental actual y previo.
- Modo de inicio del episodio psicótico.
- Respuesta al inicio de la psicosis y del tratamiento.
- Grado de trauma y pérdida experimentada durante la psicosis o posteriormente.
- Nivel de conciencia del cambio e *insight*.
- Sentido del yo o identidad (pasado, presente, futuro).
- Nivel de conocimiento de la psicosis. Modelo explicativo.
- Repertorio de afrontamiento.
- Calidad del ambiente de recuperación.
- Nivel de autoestima.
- Nivel de ilusión.

Para conseguir esta recuperación psicológica existen varias modalidades terapéuticas, una de las opciones disponibles es la “*Psicoterapia cognitiva para la psicosis temprana (COPE)*” de Henry y colaboradores (2004), formato que en estos momentos está en revisión, y que en su primera edición se estructura en torno a cuatro componentes:

- Evaluación.
- Compromiso.
- Adaptación.
- Morbilidad secundaria.

El trabajo de adaptación se estructura en cuatro fases:

- Fase 1.

- Ajustar la esperanza de recuperación o mantenimiento de las metas del paciente.
- Mejorar sus creencias de influencia y control sobre la enfermedad.
- Psicoeducación sobre las experiencias vividas.
- Fase 2.
 - Psicoeducación.
 - Reestructuración cognitiva de distorsiones y esquemas. Especialmente los referidos al yo, a los síntomas y a la enfermedad.
- Fase 3
 - Trasladar el trabajo cognitivo a tareas graduadas programadas.
 - Encauzar el desarrollo personal: amistades y actividades.
- Fase 4
 - Revisión de logros de la terapia.
 - Sostener la autoeficacia y la autodirección personal.

El orden de la terapia no siempre sigue el orden de estas fases, siendo habitual la inversión entre la tercera y la segunda.

Otro formato de terapia de reciente desarrollo y altamente recomendable para esta fase es la “*Terapia cognitiva interpersonal para la recuperación y prevención de recaídas*” de Gumley, A. y Schwannauer, M. (2006). Esta terapia se dirige a los siguientes aspectos claves en la recuperación y mantenimiento de la mejoría:

- La reorganización del yo: valoraciones de humillación, pérdida y atrapamiento.
- La desconfianza interpersonal.
- Las reacciones traumáticas a la psicosis.
- El desarrollo de estrategias interpersonales.
- El tratamiento de esquemas y creencias nucleares.
- El tratamiento del miedo a la recaída.

La psicoeducación durante esta fase de estabilidad:

- Analizará y hará balance de la enfermedad desde la óptica de “su psicosis” y el estilo de vida y experiencias que esta le genera.
- Contrastará las diferencias existentes entre las primeras expectativas habitualmente fatalistas y estigmatizantes sobre la psicosis que se tenían en los primeros momentos posteriores a la crisis y la visión y experiencia actual de “su psicosis”.
- Continuará proporcionando información práctica sobre la enfermedad y su manejo.
- Asentará el modelo de enfermedad y la comprensión y utilización de factores de protección y de prevención de recaídas.

Intervención familiar

En esta etapa tiene como fines:

- Implicar a la familia en la recuperación activa de las habilidades y roles del paciente.
- Aplicación del conocimiento adquirido en el día a día.
- Manejar los riesgos de recaída.
- Reajustar las expectativas.
- Mantener el bienestar psicológico y personal.

Para ello se utilizan las intervenciones siguientes:

- Centrarse en los signos tempranos de recaída, adherencia al tratamiento y solución de problemas específicos.
- Promover el aumento de la independencia e individualización desde el sistema familiar.
- Trabajar más intensivamente con aquellas familias de riesgo y de altas necesidades.
- Sesiones de seguimiento.
- Preparación de la finalización.

En aquellos casos en los que la recuperación que se va produciendo es incompleta o persiste un importante grado de discapacidad el trabajo familiar se dirigirá a:

- Producir un cambio en las expectativas familiares sobre el nivel de logro en la recuperación.
- Ayudar a una adaptación a una recuperación incompleta.
- Desarrollar un consenso observando el pronóstico a más largo plazo.
- Trabajar individualmente las reacciones de pena y de pérdida.
- Organizar la transición a servicios de larga duración.

7.1.4. Programas grupales

La intervención en grupo es una herramienta eficaz para promover la recuperación y la implicación en la vida comunitaria a la vez que reduce el desarrollo de la discapacidad secundaria a la psicosis y facilita la consecución de objetivos personales. Estas intervenciones complementan las otras intervenciones dentro de un modelo biopsicosocial de atención y la decisión de participar en ellos se debe acordar con el paciente.

Estas intervenciones se adaptarán a las necesidades evolutivas de los jóvenes y se desarrollarán preferentemente dentro del periodo crítico de la psicosis. Entre las áreas específicas que deberían tratar se incluyen:

Tabla 5. Grupo de consenso AEN "Atención temprana a la psicosis"

	Fase Psicótica	Fase Aguda	Fase de Recuperación	Fase de Recuperación	Fase de Recuperación
Tipo	Terapia cognitiva para estados mentales de alto riesgo de psicosis	Terapia cognitiva para psicosis aguda	Terapia de orientación cognitiva para la psicosis temprana (COPE)	Terapia cognitiva para síntomas positivos persistentes	Terapia cognitiva interpersonal para la recuperación de la psicosis
Formato	Individual	Individual / Grupo	Individual	Individual	Individual
Objetivo	Naturalizar y reinterpretar las experiencias especiales	Disminuir los síntomas positivos y el malestar asociado	Adaptación a la psicosis y disminución de la morbilidad secundaria	Disminuir los síntomas positivos persistentes estresantes	Facilitar la reorganización del yo, la recuperación de la psicosis y prevenir recaídas
Población	Personas con alto riesgo de desarrollar psicosis	Personas en fase aguda de un primer episodio psicótico	Personas en fase estable tras episodio psicótico	Personas con síntomas psicóticos y estresantes persistentes	Personas en recuperación tras su primer episodio psicótico
Foco	Síntomas positivos atenuados Experiencias y modelo explicativo Creencias y meta creencias	Síntomas positivos Modelo de enfermedad	Múltiples y/o Identidad Síntomas Comorbilidad	Síntomas positivos y trastorno emocional asociado	Prevención recaídas Recuperación emocional Afrontamiento interpersonal Relación terapéutica
Técnicas	Favorecer implicación Formulación del caso Naturalización Generar y evaluar explicaciones alternativas Conductas de seguridad Meta creencias	TCC Individual: Exploración fenomenológica e histórica, Formulación psicológica individual Desafío Verbal y pruebas de realidad TCC Grupal + Psicoeducación familiar + programa actividades	Psicoeducación Manejo de estrés Reconstrucción identidad: Rejilla, línea temporal Resolución Problemas Reestructuración cognitiva Prevención de recaídas	Vínculo e implicación Psicoeducación Afrontamiento de psicosis Técnicas cognitivas: estilo socrático, Desafío verbal y pruebas de realidad, Generación alternativas, Estrategias afrontamiento	Normalización Auto reflexión Autoaceptación Descenramiento Reatribución verbal Conductas de seguridad Imágenes Narrativas Modificación de creencias
Manual	Si	Si	Si	Si	Si
Duración	6 meses	6-9 semanas, 5-30 horas	6-9 meses	6 meses, 24 sesiones	9-12 meses, 25 a 30 sesiones
Principales efectos	Reducción de las tasas de transición a la psicosis a los 12 meses Disminución de los síntomas psicóticos atenuados de psicosis	Reducción de las alucinaciones e ideas delirantes Tiempos recuperación más cortos	Tendencia a mejorar los indicadores cognitivos de ajuste y adaptación a la psicosis	Reducción de síntomas positivos persistentes y del malestar asociado a estos	Prevención recaídas Reingresos hospitalarios Síntomatología Conductas prosociales

- Habilidades de afrontamiento y de manejo de estrés.
- Habilidades interpersonales.
- Psicoeducación.
- Entrenamiento y planificación educativa y laboral.
- Promoción de la salud.
- Problemas en el estilo de vida como consumo de drogas y prácticas sexuales de riesgo.

El desarrollo y contenido de estos programas de grupo debe basarse en las necesidades y metas identificadas para la recuperación de cada paciente. Para ello, los programas se deben adaptar a las distintas fases iniciales de la psicosis y se pueden ejecutar tanto en escenarios clínicos como comunitarios.

7.2. *Tratamiento farmacológico*

El tratamiento psicofarmacológico debe ser iniciado como parte de los cuidados globales que van dirigidos a las necesidades individuales clínicas, emocionales y sociales. Debe darse en el marco de una relación terapéutica de apoyo en la que se expliciten los objetivos del tratamiento farmacológico.

La elección de la medicación, entre otros los antipsicóticos (AP), debería realizarse conjuntamente entre el paciente y el médico responsable basada en una información sobre los beneficios y el perfil de efectos secundarios.

Los objetivos de las intervenciones psicofarmacológicas variarán en función de las presentaciones iniciales del cuadro. Estos tienen que ir dirigidos no solamente a los síntomas positivos, sino también a los negativos y a otros que habitualmente pueden estar presentes como la depresión, la ansiedad, la agresividad y los déficits cognitivos.

Por lo que el tratamiento farmacológico tiene que estar definido multidimensionalmente, considerando los síntomas psicóticos, el afecto, el funcionamiento social y vocacional, los efectos secundarios agudos y crónicos, la cognición, la respuesta subjetiva y la calidad de vida.

A lo largo del tratamiento farmacológico se ha de monitorizar el proceso terapéutico, la tolerabilidad y la adherencia.

7.2.1. *Si el paciente esta en fase EMAR*

- Tipo síndrome de riesgo genético y disfunción global:
Se considerará tratamiento farmacológico en función de la sintomatología presente:

- Si hay ansiedad, insomnio...: se aconseja benzodiazepinas de vida media o larga.
- Si hay sintomatología depresiva: antidepresivos, preferentemente ISRS, condicionado a la valoración del riesgo de manía
- Tipo síndrome psicótico con síntomas atenuados y/o intermitentes:
Se utilizarán antipsicóticos si hay un deterioro rápido, no hay respuesta al tratamiento antidepresivo y/o existe un riesgo suicida o de agresión (la dosis será la mínima eficaz)

7.2.2. Si es un primer episodio psicótico

Se escogerá un antipsicótico de primera o segunda generación en función de la eficacia, la probabilidad de efectos secundarios (como efectos extrapiramidales (incluida la acatisia), efectos metabólicos (incluyendo el aumento de peso) y otros efectos secundarios graves) y la preferencia del paciente. Así mismo se tendrá en cuenta el punto de vista de sus cuidadores. También es importante considerar los costos.

El tratamiento tiene que iniciarse lo antes posible. Un período libre de tratamiento AP durante pocos días puede ser útil si hay alguna posibilidad de diagnóstico en relación al abuso de sustancias u otras causas etiológicas. Algunas veces, en este período se pueden utilizar benzodiazepinas de vida media o larga.

La dosificación será en el rango inferior posible de la eficacia terapéutica. Puede ser porque los jóvenes son más sensibles a los beneficios y a los efectos negativos de los AP, hay una clara evidencia que necesitan dosis mucho más bajas que las utilizadas habitualmente en la esquizofrenia. Conviene ir ajustando la dosis en función de la respuesta terapéutica para conseguir una remisión sintomática con los mínimos efectos secundarios.

Una orientación de dosis iniciales o equivalentes:

Tabla 6. Dosis efectiva más baja esperable

Medicación	Dosis en mgrs/día
Haloperidol	2
Risperidona	1-2
Olanzapina	5
Quetiapina	150
Clorpromazina	100

Entre la mitad y los dos tercios de los pacientes tienen una respuesta favorable en los síntomas psicóticos positivos en un espacio de tiempo de tres semanas con la dosis del antipsicótico indicado. Sólo se debe aumentar en intervalos de tiempo amplios (generalmente, 14-21 días tras el aumento inicial), si la respuesta ha sido inadecuada, vigilando siempre los niveles de sedación y la presencia de efectos secundarios extrapiramidales. Si la respuesta no es adecuada a las dosis terapéuticas, dentro de las 6-8 semanas, debe probarse con otro antipsicótico .

Si no hay un buen cumplimiento de la medicación antipsicótica oral se debe considerar el uso de AP inyectable. También deben revisarse las razones del mal cumplimiento como tensiones familiares, abuso de sustancias, etc. Existen diversas estrategias psicoterapéuticas orientadas a mejorar la adherencia a los tratamientos que incorporan elementos de la terapia motivacional y de la terapia cognitiva, como la “Compliance Therapy” de Kemp, R., Hayward, P., Applewhaite, G., Everitt, B., David, A. (1996).

Se recomienda el uso de un sólo antipsicótico y sólo en casos excepcionales sería aconsejable la asociación.

Criterios para la consideración de clozapina: si los síntomas psicóticos positivos persisten tras una prueba con dos antipsicóticos de primera línea y de forma secuencial, siendo uno de ellos un AP de segunda generación (alrededor de 12 semanas, si no hubiera una respuesta terapéutica mínima el cambio se debería hacer antes). La combinación de clozapina y terapia cognitivo-conductual para los síntomas persistentes son alternativas obvias a considerar.

Si el episodio tiene un componente maníaco o depresivo franco se recomienda, si es posible mantener 24-48 horas de observación para poder delimitar con más claridad el diagnóstico. Se puede utilizar benzodiazepinas para la ansiedad y trastornos del sueño.

Si es de tipo maníaco, empezar con un estabilizador del ánimo más dosis bajas de APs. (añadiendo benzodiazepinas si se requiere sedación). Si no hay respuesta, cambiar a otro atípico.

Si es de tipo depresivo, comenzar con dosis bajas de APs y antidepresivos IRSS.

7.2.3. Uso de benzodiazepinas

Se pueden utilizar para tratar sintomatología específica en fase EMAR.

Durante los días iniciales de un cuadro psicótico: las dosis bajas de antipsicóticos no tendrán un efecto rápido en la angustia, el insomnio y las alteraciones conductuales secundarias en la psicosis. Un entorno seguro y de apoyo, y dosis

adecuadas de benzodiazepinas, son componentes intermedios esenciales en el tratamiento de muchos casos. Aunque algunos antipsicóticos de segunda generación tienen efectos secundarios de tipo sedante, el tratamiento de la psicosis debe separarse conceptualmente de la necesidad de sedación.

Cuando hay agitación moderada se pueden utilizar dosis bajas o moderadas de benzodiazepinas: por ejemplo 1-2 mg de lorazepam o 5-10 mg de diazepam.

Si el paciente presenta una agitación más importante se pueden utilizar dosis de 3-4 mg de lorazepam o de 20-50 mg de diazepam, vía oral si es posible. Si no, se puede utilizar vía IM: cloracepato dipotásico 20-50 mg, o midazolam 5 mg en entorno hospitalario.

7.2.4. Duración del tratamiento tras un buena respuesta

Diferentes guías consideran el mantenimiento de la medicación antipsicótica tras un primer episodio de psicosis entre uno a dos años. Durante este período el riesgo de recaída es alto tras la discontinuación del tratamiento (60% los que dejan medicación y 40% los que continúan con ella en el primer año. En otros estudios la relación es 70/30).

Para aquellos pacientes con psicosis de tipo esquizofrénico que recaen rápidamente tras el primer episodio, la medicación se debe mantener al menos durante 5 años.

Para otros trastornos psicóticos no esquizofrénicos tras la recuperación sintomática, se recomiendan períodos más cortos de medicación, siempre con una monitorización cercana, y sin una supresión rápida de la medicación antipsicótica.

8. Aspectos organizativos

Un programa que tiene que desarrollarse en nuestro sistema de atención pero que pretende integrar acciones de sensibilización, formación y coordinación entre diversos niveles de atención sanitaria y con otros agentes sociales, que tiene por objetivo saltarse barreras entre administraciones, que pretende desarrollarse sin lista de espera con acceso inmediato al programa, ser ágil y adaptarse a las necesidades de los pacientes y sus familias trabajando lo más próximo a su entorno con una filosofía asertiva, que quiere evitar el camino de los servicios psiquiátricos tradicionales y el estigma que lleva asociado, que se orienta a la recuperación... debe cuidar con especial atención los aspectos organizativos si no quiere hacer más daño que beneficio o no quedarse en un intento de cambio absorbido por las diferentes demandas de un sistema sanitario sobrecargado.

Para ello ha de tener presente:

- La población a la que va dirigido: población entre 14-35 años (implica población de los servicios infanto-juveniles y de adultos), en estado mental de alto riesgo o en los primeros 5 años de evolución tras un primer episodio psicótico.
- Los objetivos principales del programa: detección, derivación rápida, evaluación y tratamiento integral e integrado.
- Las tasas de incidencia y prevalencia esperables.
- Las características sociodemográficas, incluyendo la/s cultura/s en general y la cultura/s sanitaria/s específicamente (camino y barreras a la búsqueda de ayuda y las características de ésta).
- La organización sanitaria general y de salud mental en particular.
- Los recursos de que se disponen para el programa.

Consideramos que el programa debe desarrollarse en un **territorio** determinado para poder:

- Llevar a cabo las actividades que permitan la detección en población general por profesionales en contacto con jóvenes en edad de riesgo (atención primaria, servicios sociales, ámbito de educación, etc.).
- Coordinar la derivación al programa y, si ésta no es factible, trabajar en el ámbito más cercano posible al paciente con la persona que detecta para eliminar la mayor cantidad de barreras a la ayuda.
- Coordinar las intervenciones en el equipo de Atención Temprana a la Psicosis necesarias para la evaluación y tratamiento, a lo largo de las diferentes fases por las que pasan paciente y familia, en colaboración con los profesionales sanitarios, sociales y educativos en contacto con la población joven.

Por todo ello ha de ser un programa de base **comunitaria** referido a un área de salud mental basada en la sectorización sanitaria.

Debe ser desarrollado por un **equipo multidisciplinario y transversal** que incorpore profesionales con capacidad para dar respuesta a las diversas necesidades de evaluación, de tratamiento (farmacológicas, psicosociales incluyendo desde el inicio también las rehabilitadoras), y de cuidado, y que se adapte a las características de la Red de Salud Mental local.

El equipo ha de estar formado por psiquiatras, psicólogos/as, enfermería, trabajadoras/es sociales, que puedan desarrollar funciones de “*case management*” para los casos indicados, y con un coordinador/a de programa. Ha de tener formación específica y continuada para la población de estas características: joven, con trastornos psicóticos incipientes y con abuso de sustancias. Ha de disponer de una organización de espacios de equipo que permita la evaluación continuada y la integración de las diferentes intervenciones.

El equipo de atención temprana ha de poder dar **respuestas ágiles y flexibles** en tiempo y espacio. Una de las causas importantes de que los pacientes y familias no sean tratados es por la dificultad que los jóvenes pueden tener para consultar y también por el estigma con el que son vistos los servicios de salud mental. Por ello es importante realizar las entrevistas en el lugar más aceptable para el paciente y familia: domicilio, consulta de atención primaria, escuela, calle, bar, etc. Así mismo son importantes las respuestas rápidas no sólo en el momento de la derivación, sino también en momentos especiales, como las crisis, dónde es particularmente necesario poder hacer visitas muy frecuentes, incluso más de una visita diaria.

Así mismo, los profesionales han de tener una actitud **proactiva**: buscando el vínculo que permita el tratamiento, promoviendo éste, evitando la desvinculación y buscando la **capacitación y recuperación** de la persona. Por lo que su modelo de atención ha de basarse en los principios del **modelo de atención asertivo comunitario**.

El programa debe garantizar la **continuidad y coordinación de la atención**, para lo cual, dependiendo de las características organizativas de la Red de Salud Mental local, lo deseable sería que cada sector sanitario establezca un programa dónde queden especificados los sistemas de coordinación y derivación y los objetivos e intervenciones desde cada dispositivo:

- Equipos de SM de adultos y de niños y adolescentes.
- Urgencias, hospitalización de día o total.
- Dispositivos específicos de rehabilitación.

- Dispositivos de atención a la drogodependencia.
- Equipos de Atención Primaria.
- Recursos educativos.
- Recursos sociales y otros servicios sociocomunitarios.
- Equipo/subequipo comunitario de atención temprana a las psicosis.

En un sistema de atención complejo como el nuestro es importante llegar a **consensuar protocolos de evaluación y tratamiento** y transmisión de la información, así como el proyecto integrado de atención para favorecer la coherencia y la **continuidad asistencial**.

Todo lo anterior significa la necesaria colaboración de un número importante de dispositivos asistenciales especializados y el diseño de un programa de atención temprana a la psicosis capaz de articularlos. Para generar un proceso participativo y de integración de los equipos implicados en el programa es necesaria una organización que haga posible el desarrollo y seguimiento de los problemas y dificultades que la implantación del programa pueda generar. Por lo que un adecuado liderazgo de las administraciones sanitarias sería muy recomendable.

El conjunto de dispositivos territoriales especializados ha de constituir una unidad funcional integrada para un adecuado funcionamiento del programa. Lo que supone una **transformación de los servicios asistenciales en sus modelos de relación e integración** entre ellos.

Los equipos de atención temprana a las psicosis (con las características anteriormente descritas) se están desarrollando organizativamente de dos formas:

- En aquellos sectores sanitarios con niveles más desarrollados e integrados de recursos comunitarios (centros de salud mental de adultos, infanto-juveniles, servicios de rehabilitación y centros de toxicomanías) el equipo de atención específica está formado por profesionales de éstos servicios con dedicación parcial o completa al programa en función de los recursos disponibles.
- En otros sectores el equipo de atención específico se constituye para la realización del programa estableciendo fórmulas de cooperación, articulación y coordinación con el resto de dispositivos para la atención al trastorno psicótico temprano.

Los equipos se deben dimensionar teniendo en cuenta las tasas de incidencia y prevalencia esperable, y que la ratio recomendada de pacientes/profesional es de 10-15 casos/profesional (según Guía del NHS inglés).

9. Bibliografía

1. Addington, D., Addington, J., Schissel, B. (1990). A depresión rating scale for schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 3: 247-251.
2. Addington, J., & Addington, D. (2001). Early intervention for psychosis: The Calgary early psychosis treatment and prevention program. *Canadian Psychiatric Association Bulletin*, 33, 11-16.
3. Addington, J. & Burnett, P. (2004). Working with families in the early stages of psychosis. En J. Gleeson & P.D. McGorry (Eds.), *Psychological interventions in early psychosis. A treatment handbook* (pp. 99-116). Chichester, UK: Wiley.
4. Addington, J., Collins, A., McCleery, A., & Addington, D. (2005). The role of family work in early psychosis. *Schizophrenia Research*, 79, 77-83.
5. Addington, J., Leriger, E. & Addington, D. (2003). Symptom outcome 1 year after admission to an early psychosis program. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 204-207.
6. Addington, J., McCleery, A. & Addington, D. (2005). Three year outcome of family work in early psychosis program. *Schizophrenia Research*, 79, 107-116.
7. Addington, D., Mckenzie, E., Addington, J., Patten, S., Smith, H., & Adair, C. (2005). Performance measures for early psychosis treatment services. *Psychiatric Services*, 56, 1570-1582.
8. Addington, D., Mckenzie, E., Addington, J., Patten, S., Smith, H., & Adair, C. (2007). Performance measures for evaluating services for people with a first episode of psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 1, 157-167.
9. Addington, J. & Addington, D. (2008). Outcome after discharge from an early psychosis program. *Schizophrenia Research*, 106, 363-366.
10. Alanen, Y. (2003/1997). *La esquizofrenia. Sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente*. Madrid. Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis.
11. Askey, R., Gamble, C. and Gray, R. (2007). Family work in first-onset psychosis: A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14: 356-365.
12. Baldor Tubet, I., Jerez Álvarez, M.C., Rullas Trincado, M., González Cases, J. (2008). Sobre la oportunidad de la rehabilitación psicosocial tras un primer brote: un caso clínico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. XXVIII, 102, 433-450.
13. Barrowclough, C. & Tarrier, N. (1992). *Families of schizophrenic patients. Cognitive behavioural intervention*. London: Chapman y Hall.

14. Bechdorf, A., et al. (2005a). Interventions in the initial prodromal states of psychosis in Germany: concept and recruitment. *British Journal of Psychiatry*, 187 (Suppl. 48), 45-48.
15. Bechdorf, A., Veith, V., Schwarzer, D., Schormann, M., Stamm, E., Janssen, B., Berning, J., Wagner, M., & Klosterkötter, J. (2005b). Cognitive-behavioral a therapy in the pre-psychotic phase: An exploratory study. *Psychiatry Research*, 136, 251-255.
16. Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, J., Mock, J., Erbaugh, J. (1961). An inventory to mesure depression. *Archives General of Psychiatry*, 4: 561-571
17. Bertelsen, M., Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., Ohlenschloeger, J., Le Quach, P., Ostergaard, T., Krarup, G., Jorgensen, P. & Nordentoft, M. (2008). Five year follow-up of a randomized multicenter treatment for patients with a first episode of psychotic illness. *Arch Gen Psychiatry*, 65, 7, 762-771.
18. Bertolote, J., & McGorry, P. (2005). Early intervention and recovery for young people with early psychosis: Consensus statement. *British Journal of Psychiatry*, 187 (Suppl.48), 116-119.
19. Birchwood, M., Mason, R., MacMillan, F., & Healy, J. (1993). Depression, demoralization and control over psychotic illness: a comparison of depressed and non-depressed patients with a chronic psychosis. *Psychological Medicine*, 23, 2, 387-395.
20. Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R., Wetton, S. & Copestake, S. (1990). The social functioning scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *British Journal of Pschiatry*, 157, 853-859.
21. Birchwood, M. (2000). The critical period for early intervention. En M. Bichwood, D. Fowler & C. Jackson (Eds.), *Early intervention in psychosis: A guide to concepts, evidence and interventions* (pp. 28-63). Chichester, UK: Wiley.
22. Bichwood, M., Fowler, D., & Jackson, C. (2000). *Early intervention in psychosis: A guide to concepts, evidence and interventions* (pp. 28-63). Chichester, UK: Wiley.
23. Birchwood, M. (2005). Intervención temprana en psicosis: investigación, práctica clínica y reforma de los servicios en el Reino Unido. En J. L. Vázquez Barquero, V. Crespo & A. Herrán (Eds.), *Las fases tempranas de la psicosis* (pp. 145-159). Barcelona: Masson.

24. Cassidy, C., Schmitz, N., Norman, R., Manchanda, R & Malla, A. (2008). Long-term effects of a community intervention for early identification of first-episode psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117, 440-448.
25. Compton, M., Carter, T., Bergner, E., Franz, L. Stewart, T., Trotman, H., McGlashan, T., & McGorry, P.D. (2007). Defining, operationalizing and measuring the duration of untreated psychosis: advances, limitations and future directions. *Early Intervention in Psychiatry*, 1, 236-250.
26. Cormac, I., Jones, C., Campbell, C., Silveira da Mota Neto, J. (2002). Tratamiento cognitivo conductual para la esquizofrenia. En: *La Cochrane Library plus en español*. Oxford: Update Software.
27. Cornblatt, B., Auther, A., Niendam, T., Smith, C., Zimberg, J., Bearden, C. & Cannon, T. (2007). Preliminary findings for two new measures of social an role functioning in the prodromal phase of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 3, 688-702.
28. Cornblatt, B., Lencz, T. & Obuchowski, M. (2002). The schizophrenia prodrome: treatment and high-risk perspectives. *Schizophrenia Research*, 54, 177-186.
29. Cornblatt, B., Lencz, T., Smith, C., Correll, C. et al. (2003). The schizophrenia prodrome revisited: A neurodevelopmental perspective. *Schizophrenia Bulletin*, 29(4), 633-651.
30. Cornblatt, B., Lencz, T., Smith, C., & Auther, A. (2004). Treatment of the schizophrenia prodrome. En W. S. Stone, S.V. Faraone & M.T. Tsuang (Eds.), *Early clinical intervention and prevention in schizophrenia* (pp.303-323). Totowa, NJ: Humana Press
31. Craigh, T., Garety, P., Power, P., Rahaman, N., Colbert, S., Fomells-ambrojo, M., & Dunn, G. (2004). The Lambeth Early Onset (LEO) Team: randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis. *British Medical Journal*, 329, 1067.
32. Cullberg, J., Johannessen, J.O. (2004). The dynamics of acute psychosis and the role of dynamic psychotherapy. In *Psychological Interventions in Early Psychosis: A treatment Handbook*. Gleeson JFM, McGorry PD eds. Chichester, UK: Wiley & Sons.
33. Department of Health (2001). *The Mental Health Policy Implementation Guide*. Department of Health Publications. London.
34. Dickerson F.B., Lehman A.F. (2006). Evidence-based psychotherapy for schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(1):3-9.

35. Drayton, M., Birchwood, M., & Trower, P. (1998). Early attachment experience and recovery from psychosis. *British Journal of Clinical Psychology*, 37, 269- 284.
36. Drury, V., Birchwood, M., Cochrane, R., & MacMillan, F. (1996a). Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: A controlled trial. I. Impact on psychotic symptoms. *British Journal of Psychiatry*, 169, 539-601.
37. Drury, V., Birchwood, M., Cochrane, R., & MacMillan, F. (1996b). Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: A controlled trial. II. Impact on recovery time. *British Journal of Psychiatry*, 169, 602-607.
38. Drury, V., Birchwood, M., & Cochrane, R. (2000). Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: A controlled trial. III: Five year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 177, 8-14.
39. Edwards, J., McGorry, P.D. & Pennell, K. (2000). Models of early intervention in psychosis: an analysis of service approaches. En M. Birchwood, K. Fowler & C. Jackson (Eds.). *Early intervention in psychosis: A guide to concepts, evidence and interventions* (pp. 281-314). Chichester, UK: Wiley.
40. Edwards, J., Maude, D., Herrmann-Doig, T., Wong, L., Cocks, J., Burnett, P., Bennett, C., Wade, D. & McGorry, P.D. (2002). A service response to prolonged recovery in early psychosis. *Psychiatric Services*, 53(9), 1067-1069.
41. Edwards, J. & McGorry, P.D. (2004) *La intervención precoz en la psicosis. Guía para la creación de servicios de intervención precoz en la psicosis*. Madrid: Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis (Orig., 2002).
42. Edwards, J., Wade, D., Herrman-Doig, T. & Gee, D. (2004). Psychological treatment of persistent positive symptoms in young people with first-episode psychosis. En J. Gleeson & P.D. McGorry (Eds.), *Psychological interventions in early psychosis. A treatment handbook*. (pp. 191-208). Chichester, UK: Wiley.
43. Ehmann, T., & Hanson, L. (2002). *Early psychosis a care guide*. Mental Health Evaluation & Community Consultation Unit. Vancouver: The University of British Columbia.
44. EPPIC (2001). *Case management in early psychosis: a handbook*. Melbourne: EPPIC.
45. Falloon, I. R. H. (1992). Early intervention for first episodes of schizophrenia: A preliminary exploration. *Psychiatry*, 55, 4-14.

46. Falloon, I., Kydd, R., Coverdale, J. & Tannis, M. (1996). Early detection and intervention for initial episodes of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 22 (2), 271-282.
47. French, P., & Morrison, A.P. (2004). Early detection and cognitive therapy for people at high risk of developing psychosis. Chichester, UK: Wiley.
48. Fresan, A., Apiquian, R., Ulloa, R., & Nicolini, H. (2007). Traducción al español y confiabilidad del cuestionario de tamizaje para síntomas prodrómicos (PRIME Screen). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35, 6, 368-371.
49. Friis, S., et al. (2005). Effect on an early detection programme on duration of untreated psychosis. Part of the Scandinavian TIPS study. *British Journal of Psychiatry*, 187 (Suppl. 48), 29-32.
50. Gaité, L., Vazquez-Barquero, J.L., Arrizabalaga, A.A., Schene, A.H., Welcher, B., Thornicroft, G., Ruggeri, M., Vazquez-Bourgon, E., Retuerto, M.P., Leese, M., and the epsilon study group (2000). Quality of life in schizophrenia: development, reliability and internal consistency of the Lancashire Quality of Life Profile – European Version: Epsilon study 8. *British Journal of Psychiatry*, 177 (suppl 39), s49-s54.
51. Garety, P., Craig, T., Dunn, G., Fornells-ambrojo, M., Colbert, S., Rahaman, N., Reed, J., & Power, P. (2006). Specialised care early psychosis: symptoms, social functioning and patient satisfaction. *British Journal of Psychiatry*, 188, 37-45.
52. García Cabeza, I. (2008). Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 28, Nº. 101, 9-25.
53. Gleeson, J., & McGorry, P.D. (2006). Intervenciones psicologicas en la psicosis temprana. Un manual de tratamiento. Bilbao: Desclee. (original 2004).
54. Gleeson, J., Larsen, T.K. & McGorry, P.M. (2003). Psychological treatment in pre-and early psychosis. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 31(1), 229-245.
55. Gonzalez de Chavez, M.; Garcia Cabeza, I.; Fraile Fraile, J.C. (1999). Dos grupos psicoterapeuticos de pacientes esquizofrénicos: hospitalizados y ambulatorios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Nº. 72, 573-586
56. Gross, G., Huber, G., Klosterkötter, J., Linz, M. (1987) Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen (BSABS: Bonn Scale for the assessment of basic symptoms). Berlín: Springer.

57. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. *Fòrum de Salut Mental*, coordinacion (2009). *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. *Guía de Práctica Clínica: AATRM. N° 2006/05-2*
58. Gumley, A., O'Grady, M., McNay, L., Reilly, J., Power, K., Norrie, J. (2003). Early intervention for relapse in schizophrenia: results of a 12-month randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy. *Psychological Medicine*, 33, 419-431.
59. Gumley, A. & Schwannauer, M. (2008/2006). Volver a la normalidad después de un trastorno psicótico. Un modelo cognitivo-relacional para la recuperación y la prevención de recaídas. *DDB*.
60. Gunduz-bruce, H., Mcmeniman, M., Robinson, D., Woerner, M., Kane, J., Schooler, N., & Lieberman, J. (2005). Duration of untreated psychosis and time to treatment response for delusions and hallucinations. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1966-1969.
61. Haddock, G., Tarrrier, N., Morrison, A. P., Hopkins, R., Darake, R., & Lewis, S. (1999). A pilot study evaluating the effectiveness of individual inpatient cognitive-behavioural therapy in early psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 254-258.
62. Haddock, G., & Lewis, S. (2005). Psychological interventions in early psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 31(3), 697-704.
63. Häfner, H., Maurer, K., Ruhrmann, S., Bechdolf, A., Klosterkötter, J., Wagner, M., Maier, W., Bottlender, R., Moller, H., Gaebel, W., & Wölwer, W. (2004). Early detection and secondary prevention of psychosis: facts and visions. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 254, 117-128.
64. Henry, L., Amminger, G., Harris, M., Yuen, H., Harrigan, S. & Prosser, A. (2008). The EPPIC long term follow-up study of first episode psychosis: clinical and functional long-term outcome. *Schizophrenia Research*, 102, 1-3, suppl 2, 213.
65. Herrmann-Doig, T., Maude, D. y Edwards, J. (2003). *Systematic Treatment of Persistent Psychosis (STOPP): A psychological approach to facilitating recovery in young people with first-episode psychosis*. Londres: Martin Dunitz.
66. Henry, L.P., Edwards, J., Jackson, H.J., Hulbert, C.A. y McGorry, P.D. (2002). *Cognitively oriented psychotherapy for first-episode psychosis*

- (COPE): a practitioner's manual. Manual 4 in a series of Early Psychosis Manuals. Melbourne: EPPIC
67. Henry, L. (2004). Psychological intervention in recovery from early psychosis: Cognitively oriented psychotherapy. En J. Gleeson & P.D. McGorry (Eds.), *Psychological interventions in early psychosis. A treatment handbook* (pp. 63-80). Chichester, UK: Wiley.
 68. International Early Psychosis Association Writing Group (2005). International clinical practice guidelines for early psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 187 (Suppl. 48), 120-124.
 69. Jackson, H., McGorry, P., Edwards, J., Hulbert, C., Henry, L., Francey, S., Maude, D., Cocks, J., Power, P., Harrigan, S., & Dudgeon, P. (1998). Cognitively-oriented psychotherapy for early psychosis (COPE): Preliminary results. *British Journal of Psychiatry*, 172 (Suppl. 33), 93-100.
 70. Jackson, H. J., Edwards, J., Hulbert, C., & McGorry, P. (1999). Recovery from psychosis: Psychological interventions. En P. McGorry & H. J. Jackson (Eds.). *The recognition and management of early psychosis: A preventive approach* (pp. 265-307). Cambridge: Cambridge University Press.
 71. Jackson, H.J., Hulbert, C.A. & Henry, L.P. (2000). The treatment of secondary morbidity in first-episode psychosis. En M. Bichwood, D. Fowler, & C. Jackson (Eds.), *Early intervention in psychosis: A guide to concepts, evidence and interventions* (pp. 213-235). Chichester, UK: Wiley.
 72. Jackson, H. J., McGorry, P., Edwards, J., Hulbert, C., Henry, L., Harrigan, S., Dudgeon, P., Francey, S., Maude, D., Cocks, J., Killackey, E., & Power, P. (2005). A controlled trial of cognitively oriented psychotherapy for early psychosis (COPE) with four year follow-up readmission data. *Psychological Medicine*, 35, 1-12.
 73. Jackson, H.J., McGorry, P., Killackey, E., Bendall, S., Allott, K., Dudgeon, P., Gleeson, J., Johnson, T., & Harrigan, S. (2008). Acute-phase and 1-year follow-up results of a randomized controlled trial of CBT versus befriending for first-episode psychosis: the ACE project. *Psychological Medicine*, 38, 725-735.
 74. Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., Abel, M., Oehlenschlaeger, J., Christensen, T., Krarup, G., Hemmingsen, R., Jorgensen, P., & Nordentoft, M. (2005). Integrated treatment of first-episode psychosis: effect of treatment on family burden. OPUS trial. *British Journal of Psychiatry*, 187 (Suppl. 48), 85-90.

75. Jiménez Estevez JF, Moreno Küstner B, Torres González F, Luna del Castillo JD, Phelan M (1997). Evaluación de necesidades en enfermos mentales crónicos: el cuestionario de evaluación de necesidades de Camberwell. *Archivos de Neurobiología*, 60 (2): 113-124.
76. Jimeno Bulnes, N., Jimeno Valdés, A., Conde López, V. (1991). Algunos datos sobre el interés del Inventario Psicopatológico de Frankfurt en el estudio psicopatológico del síndrome delirante. *Actas de la XV Reunión Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica*, I, 51-82. Madrid: ELA.
77. Jimeno Bulnes, N., Jimeno Valdés, A., Vargas Aragon, M.L. (1996). El síndrome psicótico y el Inventario de Frankfurt. *Conceptos y resultados*. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica.
78. Johannessen, J., Larsen, T., McGlashan, T., & Vaglum, P. (2000). Early intervention in psychosis: The TIPS-project, a multi-centre study in Scandinavia. In B. Martindale, A. Bateman, M. Crowe & F. Margison (Eds.), *Psychosis: Psychological approaches and their effectiveness* (pp. 210-234). London: Gaskell.
79. Johannessen, J.O., Martindale, B.V., Cullberg, J. (2006). *Evolving psychosis, different stages, different treatments*. New York: Routledge.
80. Jorgensen, P., Nordentoft, M., Abel, M.B., Gouliaev, G., Jeppesen, P. & Kasso, P. (2000). Early detection and assertive community treatment of young psychotics: the Opus Study. *Rationale and design of the trial*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 283-287.
81. Joseph, R. & Birchwood, M. (2005). The national policy reforms for mental health services and the story of early intervention services. *Rev. Psychiatr. Neurosci*, 30 (5), 362-365.
82. Kay, R.S., Fiszbein, A., Opler, L.A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276. Adaptación de la escala al español: Peralta, V., Cuesta, M.J. (1994). Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 22 (4), 171-177.
83. Kalla O, Aaltonen J, Wahlström J, Lehtinen V, García Cabeza I, González de Chávez M. (2002). Duration of untreated psychosis and its correlates in first-episode psychosis in Finland and Spain. *Acta Psychiatr Scand*. Oct; 106(4):265-75.
84. Kanas, N. (1996). *Group Therapy for schizophrenic Patients*. Washington. American Psychiatric Press.

85. Kelly, M., O'Meara Howard, A. & Smith, J. (2007). Early Intervention in psychosis: A rural perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 203-208
86. Kemp, R., Hayward, P., Applewhaite, G., Everitt, B., David, A. (1996). Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 312, 345-349
87. Kemp, R., Kirov, G., Everitt, B., Hayward, P., David, A. (1998). Randomised controlled trial of compliance therapy: 18-month follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 172, 413-419
88. Konings, M., Bak, M., Hanssen, M., Van Os, J. & Krabbendam, L. (2006). Validity and reliability of the CAPE: a self-report instrument for measurement of psychotic experiences in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 55-61.
89. Krstev, H., Carbone, S. Harrigan, S., Curry, C., Elkins, K., & McGorry, P.D. (2004). Early intervention in first-episode psychosis. The impact of a community development campaign. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 711-719.
90. Kuipers, E., Garety, P., Fowler, D., Dunn, G., Bebbington, P., Freeman, D., Hadley, C. (1997). London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis, I: effects of the treatment phase. *British Journal of Psychiatry*, 171, 319-327
91. Larsen, T. K., Johannessen, J.O., McGlashan, T. Horneland, M., Mardal, S. & Vaglum, P. (2000). Can duration of untreated illness be reduced? En M. Bichwood, K. Fowler & C. Jackson (Eds.), *Early intervention in psychosis: A guide to concepts, evidence and interventions* (pp. 143-165). Chichester, UK: Wiley.
92. Larsen, T.K., Friis, S., Haahr, U., Joa, I., Johannessen, J.O., Melle, I., Opjordsmoen, S., Simonsen, E. & Vaglum, P. (2001). Early detection and intervention in first-episode schizophrenia: a critical review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 323-334.
93. Larsen, T. K., McGlashan, T., Johannessen, J.O., Friis, S., Guldberg, C., Haahr, U., Horneland, M., Melle, I., Moe, L., Opjordsmoen, S., Simonsen, E. & Vaglum, P. (2001). Shortened duration of untreated first episode of psychosis: Changes in patient characteristics at treatment. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1917-1919.
94. Lemos, S., Vallina, O., Fernandez, P., Ortega, J.A., Garcia, P., Gutierrez, A., Garcia, A., Bobes, J. & Miller, T. (2005). Validez predictiva de la Escala de

- síndromes prodrómicos (SOPS). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34, 216-223.
95. Lemos, S., Vallina, O., Fernandez, P., Ortega, J., Garcia, P., & Gutierrez, A. /A three-year follow up study of the prevention program for psychosis(P3)./Ponencia presentada in the Xth European Congress of Psychology. 3 a 6 de Julio de 2007. Prague. Czech Republic.
 96. Lencz, T., Smith, C., Auther, A., Correll, C., & Cornblatt, B. (2004). Nonspecific and attenuated negative Symptoms in patients at clinical high-risk for schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 68, 37-48.
 97. Lester, H., Tait, L., Birchwood, M., Freemantle, N., Patterson, P. (2005). The development and implementation of an educational intervention on first episode psychosis for primary care. *Medical Education*, 39, 1006-1014.
 98. Lenior, M., Dingemans, P., Linszen, D., De Haan, L & Schene, A. (2001). Social functioning and the course of early-onset schizophrenia: five years follow-up of a psychosocial intervention. *British Journal of Psychiatry*, 179, 53-58.
 99. Leucht, S. et al (2003). New generation antipsychotics versus low-potency conventional antipsychotics: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 361, 1581-9.
 100. Leucht, S. et al (2003). Relapse prevention in schizophrenia with new-generation antipsychotics: a systematic review and exploratory meta-analysis of randomized, controlled trials. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1029-1022.
 101. Lewis, S., Tarrrier, N., Haddock, G., Bentall, R., Kinderman, P., Kingdong, D., Siddle, R., Drake, R., Everitt, J., Leadley, K., Benn, A., Grazebrook, K., Haley, C., Akhtar, S., Davies, L., Palmer, S., Faragher, B. & Dunn, G. (2002). Randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy in early schizophrenia: acute-phase outcomes. *British Journal of Psychiatry*, 181 (Suppl. 43), 91-97.
 102. Lindstrom, E., Lewander, T., Malm, U.F., Lublin, H., Ahlfors, U.G. (2001). Patient rated versus clinician-rated side effects of drug treatment in schizophrenia. *Nordic Journal of Psychiatry*, 55 (Suppl 4), 5-10
 103. Linszen, D., Dingemans, P. & Van der Does, A.J.W. (1996). Treatment, expressed emotion, and relapse in recent onset schizophrenic disorders. *Psychological Medicine*, 26, 333-342.,
 104. Lingjaerd, O., Ahlfors, U.G., Bech, P., Dencker, S.J., Elgen, K. (1987). The UKU side effects scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76 (Supl 334), 1-100.

105. Lucas Carrasco, R. (1998). Versión española de WHOQOL. Madrid: Ergon.
106. Malla, A., Normal, R., Manchanda, R., Mclean, T., Harricharan, R., Cor-tese, L., Townsend, L. & Scholten, D. (2002). Status of patients with first-episode psychosis after one year of phase specific community-oriented treatment. *Psychiatric Services*, 53, 458-463.
107. Malla, A., Schmitz, N., Norman, R., Archie, S., Windell, D., Roy, P. & Zi-pursky, R. (2007). A multisite Canadian study of outcome of first-episode psychosis treated in publicly funded early intervention services. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52, 563- 571.
108. Marcos, T. Psicometría. En: Vieta, E., Gastó, C. (eds) (1997). *Trastornos bipolares*. Barcelona: Springer Verlag Ibérica; p 240-59.
109. 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>
110. Marshall, M., Lewis, S., Lockwood, A., Drake, R., Jones, P., & Croudace, T. (2005). Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients. *Archives of General Psychiatry*, 62, 975-983.
111. Marshall, M., & Rathbone, J. (2007). Early intervention for psychosis (review). *The Cochrane Library* 3: Wiley.
112. Martindale, B.V. (2007). Psychodynamic contribution to early intervention in psychosis. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 34-42.
113. McGlashan, T.H. (1999). Duration of untreated psychosis in first episode schizophrenia: marker o determinant of course?. *Biological Psychiatry*, 46, 899-907.
114. McGlashan TH, Miller TJ, Woods SW, Rosen, J., Hoffman, R., & David-son, L. (2001). Entrevista estructurada para síndromes prodrómicos (SIPS) Traducción de Bobes J, Arango C, Bobes-Bascarán T, Bascarán T y Pera-llada, M. En Bobes, J., Portilla, M.P., Bascaran, M., Saiz, P., & Bousoño. M. (2006) Banco de instrumentos básicos para la psiquiatría clínica. 4ª edición. Barcelona: Ars Médica.
115. McGlashan, T.H., Zipursky, R.B., Perkins, D., Addington, J., Miller, T.J., Woods, S.W., Hawkins, K.A., Hoffman, R., Lindborf, S., Tohen, M. & Breier, A. (2003). 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. *Schizo-phrenia Research*, 61, 7-18

116. McGlashan, T.H., Addington, J., Cannon, T., Heinimaa, M., McGorry, P., O'Brien, M., Penn, D., Perkins, D., Salokangas, R., Walsh, B., Woods, S., & Yung, A. (2007). Recruitment and Treatment practices for help-seeking "prodromal" patients. *Schizophrenia Bulletin*, 33 (3), 715-726.
117. McGorry, P.D., Edwards, J., Mihalopoulos, C., Harrigan, S. & Jackson, H.J. (1996). EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia Bulletin*, 22(2), 305-326.
118. McGorry, P.D. & Edwards, J. (1997) Early psychosis training pack. Macclesfield, UK: Gardiner-Caldwell.
119. McGorry, P.D. & Jackson, H (1999). The recognition and management of early psychosis: A preventive approach. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
120. McGorry, P.D. (2000). Psychotherapy and recovery in early psychosis: A core clinical and research challenge. En B. Martingale, A. Bateman, M. Crowe, & F. Margison (Eds.), *Psychosis: Psychological approaches and their effectiveness* (pp. 266-292). London: Gaskell.
121. McGorry, P.D., Yung, A. & Phillips, L. (2001). Ethics and early intervention in psychosis: keeping up the pace and staying in step. *Schizophrenia Research*, 51, 17-29.
122. MCGorry, P. D., Yung, A., Phillips, L., Yuen HP, Francey, S., Cosgrave, E.M., Germano, D., Bravin, J., McDonald, T., Blair, A., Adlard, S. & Jackson, H. (2002). Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progresion to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 59, 921-928.
123. MCGorry, P. D., Yung, A. & Phillips, L. (2003). "The "close-in" or ultra high-risk model: a safe and effective strategy for research and clinical intervention in prepsychotic mental disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 29(4), 771-790.
124. McGorry, P. D. (2004). An overview of the background and scope for psychological interventions in early psychosis. En J.F.M. Gleeson & P.D. McGorry (Eds.), *Psychological interventions in early psychosis. A treatment handbook* (pp 1-22). Chichester, UK: Wiley.
125. Melle, I., Larsen, T., Haahr, U., Friis, S., Johannesen, J., Opjordsmoen, S., Rund, B., Simonsen, E., Vaglum, P. & McGlashan, T. (2008). Prevention of negative symptom psychopathologies in first-episode schizophrenia. Two year effects of reducing the duration of untreated psychosis. *Archives of General Psychiatry*, 65, 6, 634-640.
126. Miller, T.J., McGlashan, T.H., Woods, S.W., Stein, K., Driesen, N., Corco-

- ran, C.M., Hoffman, R. & Davidson, L. (1999). Symptom assessment in schizophrenic prodromal states. *Psychiatric Quarterly*, 70(4), 273-287.
127. Miller, T., McGlashan, T.H., Lifshey, J., Somiec, L., Stein, K. & Woods, S. (2002). 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*, 159, 863-865.
128. 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. (2003). 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*, 61, 19-30.
129. Millon T. 1997. *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III*. Madrid: Tea Ediciones
130. Millon T. MACI. *Inventario Clínico de Millon para adolescentes*. Madrid: Tea Ediciones.
131. Morrison, A. P., Bentall, R.P., French, P., Walford, L., Kilcommons, A., Knight, A., Kreutz, M. & Lewis, S.W. (2002). Randomised controlled trial of early detection and cognitive therapy for preventing transition to psychosis in high-risk individuals. *British Journal of Psychiatry*, 181 (Suppl. 43), 78-84.
132. Morrison, A. P., French, P., Walford, L., Lewis, S., Kilcommons, A., Green, J., Parker, S., & Bentall, R.P. (2004). Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk. *British Journal of Psychiatry*, 185, 291-297.
133. Morrison, A. P., French, P., Parker, S., Roberts, M., Stevens, H., & Bentall, R.P. (2007). Three year follow-up of a randomized controlled trial of cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra high risk. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 3, 682-687.
134. NICE. (2002). *Schizophrenia: core interventions in the treatment and Management of schizophrenia in primary and secondary care*. London: National Institute of Clinical Excellence-NHS.
135. NICE. (2008). *Schizophrenia (update): full guideline DRAFT September 2008*. London: National Institute of Clinical Excellence-NHS.
136. Norman, R.M. & Malla, A.K. (2001). Duration of untreated psychosis: a critical examination of the concept and its importance. *Psychological Medicine*, 31, 381-400.

137. Nuechterlein, K.H. & Green, M.F. (2006). *MCCB. MATRICS Consensus Cognitive Battery*. University of California: Psychological Assessment Resources, inc.
138. Oliver, J.P.J. (1991-1992). The social care directive: Development of a quality of life profile for use in community services for the mentally ill. *Social Work and Social Science*, 3, 5-45.
139. Olsen, K., & Rosenbaum, B. (2006). Prospective investigations of the prodromal state of schizophrenia: review of studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 247-272.
140. Olsen, K., & Rosenbaum, B. (2006). Prospective investigations of the prodromal state of schizophrenia: assessment instruments. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 273-282.
141. Partington, J.; Leiter, R. (1949). Partington's Pathways Test. *Psychological Service Center Bulletin*, 1, 11-20.
142. Paxton, R., Chaplin, L., Selman, M., Liddon, A., Cramb, G., & Dogson, G. (2003). Early intervention in psychosis: A pilot study of methods to help existing staff adapt. *Journal of Mental Health*, 12, 6, 627-636.
143. Penn, D. J., Waldheter, E.J., Perkins, D.O.; Mueser, K.T., & Lieberman, J.A. (2005). Psychosocial treatment for first-episode psychosis: A research Update. *American Journal of Psychiatry*, 162, 2220-2232.
144. Perkins, D., Gu, H., Boteva, K., & Lieberman, J. (2005). Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: A critical review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1785-1804.
145. Petersen, L., Nordentoft, M., Jeppesen, P., Ohlenschlaeger, J., Thorup, A., Christensen, T., Krarup, G., Dahlstrom, J., Haastrup, B., & Jorgensen, P. (2005). Improving 1-year outcome in first-episode psychosis. OPUS trial. *British Journal of Psychiatry*, 187 (Suppl. 48), 98-103.
146. Phelan, M., Slade, M., Thornicroft, G., et al (1995) The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 167, 589-595.
147. Phillips, L., et. al. (2002). The PACE clinic: identification and management of young people at "Ultra" high risk of psychosis." *Journal of Psychiatric Practice*, 8(5), 255-269.
148. Phillips, L., McGorry, P., Yung, A., McGlashan, T., Cornblatt, B., & Klosterkötter, J. (2005). Prepsychotic phase of schizophrenia and related disorders:

- recent progress and future opportunities. *British Journal of Psychiatry*, 187 (Suppl. 48), 33-44.
149. Phillips, L., McGorry, P., Pan, H., Ward, J., Donovan, K., Kelly, D., Francey, S., & Yung, A. (2007). Medium term follow-up of a randomized controlled trial of interventions for young people at ultra high risk of psychosis. *Schizophrenia Research*, 96 (1-3), 25-33.
 150. Quinn, J., Barrowclough, C., & Tarrrier, N. (2003). The Family Questionnaire (FQ): a scale for measuring symptom appraisal in relatives of schizophrenic patients *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108 (4), 290-296.
 151. Rathod, S., Kingdon, D.G., Turkington, D., Smith, P. (2005). Insight into schizophrenia: the effects of cognitive behavioral therapy on the components of insight and association with sociodemographics— data on a previously published randomised controlled trial. *Schizophrenia Research*, 74, 211-219.
 152. Rey, A. (1958). *L'examen clinique en psychologie*. Paris: Presse Universitaire de France.
 153. Ritsher, J., Otilingam, P., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, 121, 31-49
 154. Rollinson, R., Smith, B., Steel, C., Jolley, S., Onwumere, J., Garety, P., Kuipers, E., Freeman, D., Bebbington, P., Dunn, G., Startup, G., & Fowler, D., (2008). Measuring adherence in CBT for psychosis: a psychometric analysis of an adherence scale. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 163-178.
 155. Rosenbaum, B., Valbak, K., Harder, S., Knudsen, P., Koster, A., Lajer, M., Lindhardt, A., Winther, G., Petersen, L., Jorgensen, P., Nordentoft, M. & Andreasen, H. (2005). The Danish National Schizophrenia Project: prospective, comparative longitudinal treatment study of first episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 186,394-399.
 156. Rosenbaum, B., Valbak, K., harder, S., Knudsen, P., Koster, A., Lajer, M., Lindhardt, A., Winther, G., Petersen, L., Jorgensen, P., Nordentoft, M. & Andreasen, H. (2006). Treatment of patients with first-episode psychosis: two-year outcome data from the Danish National Schizophrenia Project. *World Psychiatry*, 5, 2, 100-1003.
 157. Rummel, C., Hamann, J., Kissling, W., Leucht, S. (2007). Antipsicóticos de nueva generación para el primer episodio de esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.

- (Traducida de The Cochrane Library (2007). Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
158. Sensky, T., Turkington, D., Kingdon, D., Scott, J.L., Scot, J., Siddle, R., O'Carroll, M., Barnes, T.R.E. (2000). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for persistent symptoms in schizophrenia-resistant to medication. *Archives of General Psychiatry*, 57, 165-172.
 159. Sin, J., Moone, N. & Wellman, N. (2005). Developing services for the carers of young adults with early-onset psychosis-listening to their experiences and needs. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 589-597.
 160. Sin, J., Moone, N. & Newell, J. (2007). Developing services for the carers of young adults with early-onset psychosis-implementing evidence-based practice on psycho-educational family intervention. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 14, 282-290.
 161. Schultze-Lutter, F., Addington, J., Ruhrmann, S. & Klosterkötter, J. (2007) Schizophrenia proneness instrument, adult version (SPI-A). Giovanni Fioriti Editore. Roma.
 162. Singh, S. P., & Fisher, H.L. (2005). Early intervention in psychosis: obstacles and opportunities. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11, 71-78.
 163. Spreen, O. & Benton, A.L. (1969, 1977). Neurosensory Center Comprehensive Examination for Aphasia (NCCEA). Victoria: University of Victoria Neuropsychology Laboratory.
 164. Startup, M., Jackson, M., & Bendiz, S. (2004). North Wales randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for acute schizophrenia spectrum disorders: outcomes at 6 and 12 months. *Psychological Medicine*, 34, 413-422.
 165. Startup, M., Jackson, M., Evans, K., & Bendiz, S. (2005). North Wales randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for acute schizophrenia spectrum disorders: two-year follow-up and economic evaluation. *Psychological Medicine*, 35, 1-10.
 166. Stone, W. S., Faraone, S.V. & Tsuang, M.T. (2004). Early clinical intervention and prevention in schizophrenia. Totowa, NJ: Humana Press.
 167. Süllwold L, Huber G (1986). Schizophrene basisstorungen. Berlin: Springer Verlag.
 168. Tarrier, N., & Barrowclough, C. (1986). Providing information to relatives about schizophrenia: Some comments. *British Journal of Psychiatry*, 149, 458-463.

169. Tarrrier, N., Beckett, R., Harwood, S., Baker, A., Yusupoff, L., Ugarteburu, I. (1993). A trial of two cognitive-behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients, I: outcome. *British Journal of Psychiatry*, 162, 524-532
170. Tarrrier, N., Lewis, S., Haddock, G., Bentall, R., Drake, R., Kinderman, P., Kingdong, D., Siddle, R., Everitt, J., Leadley, K., Benn, A., Grazebrook, K., Haley, C., Akhtar, S., Davies, L., Palmer, S., Faragher, B. & Dunn, G. (2004). Cognitive-behavioural therapy in first-episode and early schizophrenia. 18-month follow-up of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 184, 231-239.
171. Tarrrier, N., Sharpe, L., Beckett, R., Harwood, S., Baker, A., Yusupoff, L. (1993). A trial of two cognitive behavioural methods of treating drug resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients II: treatment-specific changes in coping and problemsolving skills. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28, 5-10
172. Tarrrier, N., Yusupoff, L., Kinney, C., McCarthy, C., Gledhill, A., Haddock, G., Morris, J. (1998). Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. *British Medical Journal*, 317, 303-307.
173. Tarrrier, N., Wittkowski, A., Kinney, C., McCarthy, C., Morris, J., Humphreys, L. (1999). Durability of the effects of cognitive-behavioural therapy in the treatment of schizophrenia: 12-month followup. *British Journal of Psychiatry*, 174, 500-504.
174. Tarrrier, N., Kinney, C., McCarthy, E., Humphreys, L., Wittkowski, A., Morris, J. (2000). Two-year follow-up of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling in the treatment of persistent symptoms in chronic schizophrenia. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 68, 917-922
175. Tizon, J.L. (2004). Epidemiología de la psicosis desde los servicios comunitarios de salud mental y Atención Primaria de Salud. *Archivos de Psiquiatría*, 67, 139-144
176. Tizon, J.L. (2004). Terapias combinadas en la esquizofrenia: ¿Agregamos, mezclamos y confundimos o bien de-construimos y combinamos?. *Revista de la AEN*, 90, 97-131
177. Tizon, J.L. (2009). Bases para un equipo de atención precoz a los pacientes con psicosis. *Revista de la AEN*, 103, 35-63
178. Thorup, A., Petersen, L., Jeppesen, P., Ohlenschlaeger, J., Christensen, T., Krarup, G., Jorgensen, P., & Nordentoft, M. (2005). Integrated treatment

- ameliorates negative symptoms in first episode psychosis- results from the Danish OPUS trial. *Schizophrenia Research*, 79, 95-105.
179. Turkington, D., Kingdon, D., Weiden, P.J. (2006). Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 163, 365-373.
 180. Uriarte, J.J., Beramendi, V., Medrano, J., Wing, J.K., Beevor, A.S., Curtis, R. (1999). Presentación de la traducción de la escala HoNOS (The Health of Notion Outcome Scales). *Psiquiatría Pública*, 11 (4), 93-101.
 181. Vallina, O. (2002). El inicio de la rehabilitación psicosocial: la intervención temprana en psicosis. En M.A. Verdugo, D. López, A. Gómez & M. Rodríguez (Eds.), *Rehabilitación en salud mental. Situaciones y perspectivas*. (pp. 243-266). Salamanca: Amarú.
 182. Vallina, O., Alonso, M., Gutierrez, A., Ortega, J.A., García, A., Fernández, P. & Lemos, S. (2003). Aplicación de un programa de intervención temprana en psicosis. Un nuevo desarrollo para las unidades de salud mental. *Avances en Salud Mental Relacional*, 2, 2. <http://bibliopsiquis.com/asmr/0203/>
 183. Vallina, O., Lemos, S., García, A., Alonso, M., Gutierrez, A.M. (1998). Tratamiento integrado en pacientes equizofrénicos. *Psicothema*, 10 (08), 459-474
 184. Vallina, O., Ortega, J.A., Fernández, P., García, A., Gutierrez, A., García, P. & Lemos, S. /Aplicación de un programa para la detección e intervención en la fase prodrómica de la psicosis. La experiencia de Torrelavega en España./Ponencia presentada al XIII Congreso Nazionale A.I.M.C. y IX Congreso Latini Dies: “Vivere una società a rischio. Il nuovo rolo degli intervente cognitivo-comportamentali”. 6 a 8 de Mayo de 2005, Milano. Italia.
 185. Vallina, O., Lemos, S. y Fernandez, P. (2006). Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis. *Apuntes de Psicología*, 241(1-3), 185-221.
 186. Van Os, J., Verdoux, H. & Janssen, M. (2003) *Community Assessment of Psychic experiences*. Department of Psychiatry and Neuropsychology. Maastrich: Maastrich Universtiy.
 187. Vázquez, A. & Jiménez-Bóveda, R. (2000). Social Functioning Scale: new contributions concerning its psychometric characteristics in a Spanish adaptation. *Psychiatry Research*, 247-256
 188. Wechsler, D. (1997). *Wechsler Adult Intelligence Scale-Third Edition. Administration and Scoring Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
 189. Young, R.C., Nysewander, R.W., Schreiber, M.T. (1982). Mania rating at discharge from hospital: a follow-up. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 170, 638-9.

190. Young, R.C., Biggs, J.T., Ziegler, V.E., Meyer, D.A. (1978). A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *British Journal of Psychiatry*, 133, 429-35.
191. Yung, A.R. & McGorry, P.D. (1996). The prodromal phase of first-episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 22 (2) 353-370.
192. Yung, A., Phillips, L.J., Pan Yuen, H., Francey, S., McFarlane, C.A., Hallgren, M.A. & McGorry, P.D. (2003). Psychosis prediction: 12-month follow up of a high-risk ("prodromal") group. *Schizophrenia Research*, 60, 21-32.
193. Yung, A. R., Phillips, L.J., Pan Yuen, H., & McGorry, P.D. (2004). Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group: psychopathology and clinical features. *Schizophrenia Research*, 67, 131-142.
194. Yung, A., Yuen, H., McGorry, P., Phillips, L., Kelly, D., Dell'Óllo, M., Francey, S., Cosgrave, E., Killackey, E., Stanford, C., Godfrey, K., & Buckby, J. (2005). Mapping the onset of psychosis: the comprehensive assessment of a at-risk mental states (CAARMS). *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 964-971.

10. Anexos

Anexo A. Tablas resumen de estrategias, objetivos y actividades

Tabla A1. *Línea estratégica 1. Detección temprana y acceso rápido a servicios de salud mental comunitarios especializados*

Objetivos	Actividades
Detectar lo antes posible a las personas que presenten características de alto riesgo de desarrollo de psicosis (“ultra high-risk” [UHR] o estados mentales de alto riesgo [EMAR]) o que están en el periodo crítico de hasta un máximo de 5 años tras el inicio de la psicosis.	Realización de talleres formativos a los distintos agentes del sistema sanitario, servicios sociales, sistema educativo, así como a otros agentes sociocomunitarios.
Facilitar el acceso inmediato a los servicios especializados a las personas detectadas.	Desarrollo de un protocolo para la detección y derivación directa desde atención primaria, servicios de urgencia hospitalaria, servicios sociales, equipos psicopedagógicos u otras agencias comunitarias, que garantice la atención en 48-72 horas.
Dotar a los profesionales de los distintos niveles del sistema sanitario, servicios sociales, sistema educativo, así como a otros agentes sociocomunitarios de los conocimientos y habilidades suficientes para la detección de la psicosis en sus fases iniciales.	Diseño e implantación de un protocolo de recepción por parte del programa de atención temprana. Edición de materiales técnicos para profesionales y de material divulgativo para familias, personas afectadas y población general.
Establecer estrategias de sensibilización de la población general encaminadas a la identificación y búsqueda de ayuda, así como a la reducción del estigma asociado a la enfermedad mental.	Campañas de sensibilización social orientadas al conocimiento de los síntomas, a la necesidad de la búsqueda temprana de ayuda y a la reducción del estigma.

Tabla A2. *Línea estratégica 2. Facilitar la atención y la recuperación de aquellas personas que han desarrollado por primera vez una psicosis o están en riesgo de desarrollarla (continúa...)*

Objetivos	Actividades
Evaluación integral de las personas que presenten características de alto riesgo de desarrollo de psicosis (EMAR o UHR) o que ya manifiestan un primer episodio de psicosis.	<p>Diseño e implantación de un protocolo de evaluación para EMAR/UHR donde se incluya:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exploración psicopatológica • Exploración, examen físico y pruebas complementarias • Evaluación de riesgos • Evaluación de las necesidades de la persona y su familia
Formular un Plan Integrado de Atención Temprana (PIA) para cada persona que esté en el programa.	<p>Diseño e implantación de un protocolo de evaluación integral para primeros episodios de psicosis que incluya:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exploración de la psicopatología de la psicosis o comorbilidad • Exploración, examen físico y pruebas complementarias • Evaluación de la personalidad • Evaluación de riesgos [suicidio, agresividad (auto y hetero), consumo de sustancias, exclusión social] • Evaluación de las necesidades personales • Evaluación estructurada de las funciones cognitivas superiores • Evaluación de la Calidad de Vida • Evaluación de la red social • Evaluación del impacto de la psicosis • Evaluación de la dinámica familiar • Evaluación de la Emoción Expresada • Evaluación de las variables psicológicas relacionadas con la enfermedad (<i>insight</i>, creencias, estilo de recuperación) • Evaluación de las expectativas del paciente y su familia
Disponer de intervenciones específicas (psicológicas, farmacológicas y psicosociales) basadas en la evidencia científica adaptadas a las distintas fases iniciales de la psicosis, y orientadas hacia la recuperación.	<p>Reducir el impacto de la psicosis en el paciente y su familia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar o demorar la transición a la psicosis. • Reducir el período de psicosis sin tratar (DUP). • Evitar las hospitalizaciones traumáticas y reducir los internamientos involuntarios. • Reducir el riesgo de recaídas. • Minimizar la comorbilidad y riesgos asociados (depresión, estrés post-traumático, abuso de sustancias, etc.). • Reducir riesgo de suicidio. • Facilitar y estimular la implicación en el tratamiento de familia y paciente. • Favorecer el mantenimiento de la calidad de vida del paciente y su familia. • Facilitar y priorizar las intervenciones en entornos comunitarios.
	<p>Seguimiento del paciente según el Plan Individualizado de Atención:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reunión de equipo que permita delimitar los objetivos a conseguir. • Disponibilidad para ofrecer inicialmente, como mínimo, sesiones semanales para las personas en programa. • Establecimiento de un calendario de coordinaciones con otros dispositivos y servicios implicados (atención primaria, salud mental, drogas, servicios sociales, etc.)

Tabla A2. *Línea estratégica 2. Facilitar la atención y la recuperación de aquellas personas que han desarrollado por primera vez una psicosis o están en riesgo de desarrollarla*

Objetivos	Actividades
	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas regulares con la familia con una frecuencia mínima mensual al menos durante el primer año. • Revisión de los objetivos del Plan Integrado de Atención cada 6 meses y una reevaluación completa de cada usuario (y su familia) cada año.
<p>Garantizar el mantenimiento de esta atención integral de manera sostenida durante el periodo crítico (5 años) y la continuidad de la atención necesaria tras este periodo.</p>	<p>Atención a las personas con EMAR/UHR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Información y soporte al paciente y su familia. • Terapia cognitivo-conductual. • Tratamiento farmacológico según guías clínicas
<p>Priorizar el uso de servicios lo menos restrictivos posible.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones sobre el consumo de sustancias. • Intervenciones socio-comunitarias
<p>Promover la participación e implicación activa de la familia a lo largo de todo el proceso de atención.</p>	<p>Atención a las personas con primeros episodios psicóticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos psicológicos recogidos en guías. • Tratamiento farmacológico basado en guías.
<p>Capacitar y/o mantener en las personas sus principales logros y áreas de desarrollo psicosocial (educación, empleo, ocio y tiempo libre), priorizando la utilización de recursos normalizados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intervención para la minimización de riesgos (suicidio, consumo sustancias, etc.). • Intervención familiar individual y grupal (psicoeducación y terapia familiar). • Intervención vocacional, intervenciones en habilidades sociales, inserción comunitaria social, dando consejo, apoyo, motivación y orientación para el uso de recursos comunitarios, intervención en la búsqueda de empleo, intercambio social y planificación del ocio y tiempo libre.
<p>Sensibilizar y disminuir el estigma social acerca de la psicosis.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intervención en prevención de recaídas. • Intervención domiciliaria ante la descompensación y las crisis. • Intervención en rehabilitación cognitiva.

Tabla A3. *Línea estratégica 3. Desarrollar planes de formación que garanticen una adecuada implementación de estos programas*

Objetivos	Actividades
Proporcionar formación en detección y tratamiento precoz de las psicosis a los profesionales de la salud mental, atención primaria, servicios sociales, educativos y de otros ámbitos socio-comunitarios.	Diseño y aplicación de un programa de actualización para profesionales de salud mental en la identificación de las primeras fases de la psicosis y en las intervenciones que se han mostrado eficaces.
	Diseño y aplicación de un programa formativo en ATP para PIR, MIR en psiquiatría y familia y EIR de salud mental.
	Diseño y puesta en marcha de talleres de formación para los profesionales de atención primaria sobre la detección de la psicosis y los estados mentales de alto riesgo (EMAR) y su adecuado manejo.
	Diseño y puesta en marcha e implementación de talleres de formación para los profesionales de los Equipos de Orientación Psicopedagógica y profesores de Bachiller/Formación Profesional sobre la detección de la psicosis y los estados mentales de alto riesgo (EMAR).
	Diseño y realización de charlas y/o seminarios de formación en psicosis temprana para Servicios Sociales.
	Diseño y realización de charlas y/o seminarios de formación para Instituciones (ONG y Fundaciones) que trabajan para colectivos con riesgo de exclusión.
	Asesoramiento para realizar campañas de difusión en los medios de comunicación que favorezcan en la población general (en especial los jóvenes) el conocimiento sobre la psicosis, cómo detectarla y su adecuado manejo social.
	Creación por la AEN de un espacio en su “web” con información específica sobre las fases tempranas de la psicosis, donde se podrá acceder a los materiales señalados anteriormente y se informará de los programas existentes en el estado, así mismo se habilitará un espacio que facilite el intercambio entre profesionales y el acceso a publicaciones y experiencias seleccionadas.
	Edición de folletos explicativos sobre la psicosis y la forma de acceso a los programas de atención temprana a la psicosis.

Tabla A4. *Linea estratégica 4. Promover la realización de investigaciones en todas aquellas áreas implicadas en la atención a la psicosis en sus inicios*

Objetivos	Actividades
Profundizar en el conocimiento de los diversos factores epidemiológicos y etiológicos (biológicos, psicológicos y sociales) que influyen en el origen y curso de las fases iniciales de la psicosis.	Creación de líneas prioritarias de investigación en las fases iniciales de la psicosis en convocatorias de ámbito nacional y autonómico, tanto en investigación básica, como en investigación clínica y en evaluación de tecnologías sanitarias
Llevar a cabo proyectos de investigación dirigidos al diseño, adaptación, y evaluación de instrumentos diagnósticos, procedimientos terapéuticos y organización de programas de atención temprana a la psicosis.	Aumentar las becas y proyectos de investigación sobre instrumentos diagnósticos, procedimientos terapéuticos adaptados a las fases iniciales de la psicosis y nuevos desarrollos en la organización de servicios comunitarios de atención a la psicosis temprana.
	Desarrollo de investigaciones multicéntricas nacionales e internacionales en ATP.
	Elaboración de un registro que recoja, al menos, los casos de estados de alto riesgo y primeros episodios de psicosis que acceden al nivel especializado.

Tabla A5. *Línea estratégica 5. Desarrollo de políticas, planes y programas nacionales y/o autonómicos de atención temprana a la psicosis*

Objetivos	Actividades
Promover el desarrollo de políticas, planes y programas nacionales y autonómicos de atención temprana a la psicosis.	Desarrollo de planes y programas nacionales y/o autonómicos de ATP. Incorporación de la ATP a las carteras de servicios y contratos de gestión.
Adoptar medidas en la organización de los actuales servicios de salud mental que prioricen el acceso rápido y la mejora de la atención que se presta a aquellas personas que presentan estados mentales de alto riesgo o un primer episodio de psicosis y a sus familias.	Desarrollo de un protocolo para la derivación directa sin lista de espera desde atención primaria, servicios de urgencia hospitalaria, servicios sociales, equipos psicopedagógicos u otras agencias comunitarias. Diseño y aplicación de un programa integral de atención temprana a la psicosis que incluya procedimientos terapéuticos basados en la evidencia científica que incorpore al paciente y su familia.
Desarrollar en todas las Áreas de Salud un programa integral de detección y atención temprana a la psicosis orientado a la recuperación, basado en la evidencia y con continuidad de la atención en toda la franja de edad de la población diana al menos hasta los 5 primeros años.	Establecimiento de reuniones periódicas de coordinación con los distintos dispositivos de la red de salud Establecimiento de reuniones periódicas de Coordinación y Soporte con la Atención Primaria de Salud, los servicios sociales y los equipos psicopedagógicos.
Incrementar los recursos humanos y materiales de los dispositivos asistenciales de la red de salud mental para la creación de equipos transversales específicos de atención temprana a la psicosis.	Creación de equipos móviles integrados en la red para detección y atención temprana a la psicosis, interdisciplinarios y transversales entre los dispositivos claves existentes en la red de salud mental de cada área.

Anexo B. Indicadores de evaluación de los programas de atención temprana a la psicosis

Las dimensiones que se utilizan son las de:

1. Aceptabilidad
2. Accesibilidad
3. Idoneidad/Adecuación
4. Continuidad
5. Efectividad
6. Competencia
7. Eficiencia
8. Seguridad

Se han seleccionado aquellos indicadores para cada dimensión más idóneos y se correlacionan con la correspondiente línea estratégica:

Tabla B1 (continúa...)

Dimensión	Indicador	Medida	Estandar	Línea estrat.
1 Aceptabilidad				
1	Satisfacción del paciente	Numerador: N° de pacientes registrados en el servicio que han realizado un encuesta de satisfacción para pacientes y que se han mostrado satisfechos o por encima que “ menos que satisfechos” Denominador: N° de pacientes que han realizado la encuesta de satisfacción		General
2	Satisfacción de la familia	Numerador: N° de miembros de familias de pacientes que han realizado la encuesta de satisfacción para familiares y que se han mostrado satisfechos o más que “ menos que satisfechos” Denominador: N° de miembros de familias de pacientes que han realizado la encuesta de satisfacción para familiares.		General
2 Accesibilidad				
3	Tiempo de espera de primer contacto	Media de días de espera entre la fecha de derivación el primer contacto con el programa	Media	1

Tabla B1 (continúa...)

Dimensión	Indicador	Medida	Estandar	Línea estrat.
4	Media de la duración de la psicosis sin tratar (DUP)	DUP (en semanas) es calculada por el clínico en la evaluación inicial del paciente con la forma de inicio de la enfermedad	Media DUP	1
5	Admisiones en relación a la población general	Numerador: N° de individuos con primer episodio admitidos en el programa durante un año Denominador: Población de riesgo comprendida entre los 15-54 años.	Incidencia anual	1
6	Proporción de primeras visitas que provienen de unidades de hospitalización	Numerador: N° de primeras visitas que provienen de unidades de hospitalización en un año Denominador: N° de primeras visitas en el mismo año.	Porcentaje	1
7	N° de visitas domiciliarias	N° de visitas realizadas fuera del programa	Porcentaje	1 y 2
3 Adecuación				
8	Antipsicóticos de segunda generación	Numerador: N° de pacientes con un primer episodio a los que se les ha prescrito antipsicóticos de segunda generación en su primer año Denominador: N° de pacientes del programa con antipsicóticos en su primer año.	Porcentaje	2
9	Pacientes en tratamiento psicológico	Numerador: N° de pacientes del programa que reciben terapias psicológicas en el servicio durante un año Denominador: N° de pacientes en el programa durante el mismo período	Porcentaje	2
10	Pacientes derivados a servicios de rehabilitación vocacional	Numerador: N° de pacientes del programa valorados adecuados para el programa de rehabilitación vocacional en el período de un año Denominador: N° de pacientes derivados al SRV en el mismo período	Porcentaje	2
11	Evaluación de síntomas positivos	Numerador: N° de pacientes que han sido evaluados los síntomas positivos al menos dos veces en su primer año. Denominador: N° de pacientes en el programa	Porcentaje	2

CONSENSO SOBRE ATENCIÓN TEMPRANA A LA PSICOSIS

Tabla B1 (continúa...)

Dimensión	Indicador	Medida	Estandar	Línea estrat.
12	Evaluación de síntomas negativos	Numerador: N° de pacientes que fueron evaluados los síntomas negativos al menos dos veces en su primer año Denominador: N° de pacientes en programa	Porcentaje	2
13	Evaluación del funcionamiento cognitivo	Numerador: N° de pacientes del servicio que han efectuado una evaluación cognitiva al menos una vez Denominador: N° de pacientes en el programa	Porcentaje	2
14	Psicoeducación de la familia	Numerador: N° de pacientes cuyas familias han sido atendidas al menos en 4 sesiones familiares con profesionales del programa durante el período de vinculación al servicio Denominador: N° de pacientes programa Porcentaje de pacientes que les fue dada una prescripción de medicación oral y estaba recogida el no cumplimiento, y que recibieron, medicación depot	Porcentaje	2
15	Uso de medicación depot para pacientes incumplidores	Porcentaje de pacientes que experimentaron síntomas psicóticos significativos y persistentes en los que se probó clozapina.	Porcentaje	2
16	Psicosis resistentes al tratamiento		Porcentaje	2
17	% de pacientes con evaluación con evaluación consensuada completa		Porcentaje	2
18	N° de sesiones formativas/coordinación realizadas con las áreas básicas de salud			1 y 3
4 Continuidad				
19	Proporción de abandonos	Numerador: N° de individuos que abandonan el servicio antes de completar un año (no incluye pacientes que se trasladan a otro lugar, que son derivados o que son rediagnosticados) Denominador: Todos los pacientes vinculados al programa	Porcentaje	2

Tabla B1 (continúa...)

Dimensión	Indicador	Medida	Estandar	Línea estrat.
20	Continuidad del referente principal de cuidados en un período de 12 meses	Numerador: N° de pacientes del programa que reciben cuidados de in referente principal durante 12 meses, Denominador: N° de pacientes del programa	Porcentaje	2
21	Seguimiento comunitario tras hospitalización	Numerador: N° de pacientes que han acudido al menos a una cita tras la hospitalización Denominador: N° de pacientes del programa tratados tras un ingreso.	Porcentaje	2
22	N° de pacientes con revisión semestral del proyecto terapéutico individualizado (PTI)	N° de pacientes que han hecho 1 o más revisiones del PTI registradas en la HC en un año		2
23	% de pacientes con referente de caso asignado	N° de pacientes que tienen un referente asignado una vez se ha hecho la evaluación inicial	Porcentaje	
5 Efectividad				
24	Estado de funcionamiento global	Numerador: N° de pacientes que mantienen o mejoran sus resultados en una escala estandarizada y validada de funcionamiento global desde el inicio del tratamiento y la evaluación al año Denominador: N° de pacientes evaluados mediante una escala de funcionamiento global al inicio y al año.	Porcentaje	2
25	Mejora en síntomas positivos	Numerador: N° de pacientes que mantienen o mejoran los resultados en una escala estandarizada de sintomatología positiva desde la evaluación inicial y al año. Denominador: N° de pacientes que han realizado una evaluación inicial y al año de una escala de síntomas positivos estandarizada.	Porcentaje	2
26	Mejora de síntomas negativos	Numerador: N° de pacientes que mantienen o mejoran los resultados en una escala estandarizada de sintomatología negativa desde la evaluación inicial y al año Denominador: N° de pacientes que han realizado una evaluación inicial y al año de una escala de sintomatología negativa estandarizada	Porcentaje	2

CONSENSO SOBRE ATENCIÓN TEMPRANA A LA PSICOSIS

Tabla B1 (continúa...)

Dimensión	Indicador	Medida	Estandar	Línea estrat.
27	Mejora en calidad de vida	Numerador: N° de pacientes que mantienen o mejoran los resultados en una escala estandarizada de calidad de vida desde la evaluación inicial y al año Denominador: N° de pacientes que han realizado una evaluación inicial y al año de una escala de calidad de vida estandarizada	Porcentaje	2
28	Relación de recaídas	Numerador: N° de pacientes que han tenido una recaída (evaluada por un clínico) en 1, 2 y 3 años de tratamiento en el servicio Denominador: N° de pacientes en el programa	Porcentaje	2
29	Acumulativo de ingresos hospitalarios	Numerador: N° de pacientes que han ingresado mientras estaban en el programa Denominador: N° de pacientes registrados en el servicio durante el primer, segundo y tercer año	Proporción	2
30	Densidad de incidencia de ingresos	Numerador: N° de ingresos durante el 1 ^{er} , 2 ^{do} y 3 ^{er} año en el servicio Denominador: total de días/persona en riesgo durante 1, 2, 3 años en el servicio	Porcentaje	2
31	Funcionamiento educacional	Numerador: N° de pacientes que refieren ser estudiantes al año de la evaluación. Denominador: N° de pacientes en el programa	Porcentaje	2
32	Funcionamiento ocupacional y de trabajo	Numerador: N° de pacientes que refieren estar trabajando (a tiempo total o parcial) al año de la evaluación. Denominador: N° de pacientes en el programa	Porcentaje	2
33	Apoyo vivienda	Porcentaje de pacientes que viven independientes y reciben soporte adecuado a sus necesidades	Porcentaje	2
34	Evaluación de problemas relacionados con el consumo de drogas	Porcentaje de pacientes que son evaluados regularmente con una escala semiestructurada para evaluar abuso de sustancias	Porcentaje	2

Tabla B1

Dimensión	Indicador	Medida	Estandar	Línea estrat.
35	Percepción de recuperación de los pacientes	Porcentaje de pacientes que refieren mejora en su recuperación.	Porcentaje	2
36	Tasas de mortalidad	Relación de muertes		2
6 Competencia				
37	Evaluación continuada del programa	Sí/No		5
38	Conocimiento y aplicación de práctica basada en la evidencia	El equipo tiene conocimiento y son capaces de aplicar las actualizaciones de la práctica basada en la evidencia	Sí/No	3
39	Formación continua y reglada del equipo de salud mental sobre ATP	Existencia de mecanismos de educación a los profesionales de la salud mental del equipo de psicosis temprana	Sí/No	5
7 Eficiencia				
40	Gasto per cápita en salud mental para programas de intervención temprana	Coste per cápita de los servicios de tratamiento a la psicosis temprana		5
41	Coste por paciente en programa de salud mental	Total de los costes dividido por el número total de pacientes en el programa		5
8 Seguridad				
42	Monitorización activa de los efectos secundarios de la medicación	Sí/No	Sí/No Procedimiento usado para la monitorización activa	2
43	Monitorización activa de las conductas suicidas	Sí/NO	Procedimiento puesto en marcha para la monitorización de las conductas suicidas	2
44	Prevalencia de los intentos de suicidio	Numerador: Al cabo de 1 año de su primera evaluación, N° de pacientes que informan de algún intento de suicidio en el año previo Denominador: N° de pacientes en el programa que llevan un año desde la primera evaluación.	Porcentaje	2

Anexo C. Traducción de las estrategias de la IEPA/OMS

Basándose en un documento inicial desarrollado por David Shiers y Jo Smith con apoyo de la iniciativa para la reducción del impacto de la esquizofrenia (IRIS), el Instituto Nacional de Salud Mental de Inglaterra y Rethink que dará lugar a la Declaración de Newcastle sobre la intervención temprana en psicosis, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Internacional de Psicosis Temprana (IEPA) colaboran en la producción de una versión internacional de esa declaración que articula los principios universales de la intervención temprana e intenta combinar estos principios con las capacidades locales y la diversidad cultural.

Esta declaración de consenso recomienda desarrollar durante un periodo de 5 años una serie de acciones estratégicas necesarias para que la atención de las personas con psicosis temprana y su familia sea la propia de un servicio que disponga de un programa eficaz, comprehensivo e implantado con éxito.

Acciones estratégicas recomendadas:

- I. Proporcionar tratamiento en atención primaria: detección temprana y acceso a servicios de salud mental comunitarios
- II. Disponer de tratamientos farmacológicos y psicosociales
- III. Atención en la comunidad, en servicios lo menos restrictivos y coercitivos posible
- IV. Educar a la población: promover conciencia sobre la importancia de la detección temprana y del tratamiento de la psicosis
- V. Implicar a la comunidad, familias y usuarios
- VI. Establecer políticas, programas y legislaciones nacionales
- VII. Destinar recursos humanos
- VIII. Colaborar con otros sectores para facilitar la recuperación
- IX. Supervisar la salud mental comunitaria: establecer indicadores de psicosis temprana
- X. Promover la investigación

Tabla C1

Recomendación Estratégica 1	Escenario A Nivel bajo de recursos	Escenario B Nivel medio de recursos	Escenario C Nivel alto de recursos
Proporcionar tratamiento en atención primaria: Detección temprana y acceso a servicios de salud mental comunitarios integrales	El personal de atención primaria puede reconocer e iniciar el tratamiento para la psicosis temprana	Auditar vías de atención piloto de quienes inician una psicosis para mejorar la detección y tratamiento	Desarrollar estrategias para reducir la DUP Evaluar las vías habituales de cuidados integrados basándose en las directrices de derivación entre AP, serv. especializados y otras agencias de interés Desarrollar canales especiales de acceso de estos pacientes

Tabla C2

Recomendación Estratégica 2	Escenario A Nivel bajo de recursos	Escenario B Nivel medio de recursos	Escenario C Nivel alto de recursos
Disponer de intervenciones psicosociales y farmacológicas	Ofrecer bajas dosis de antipsicóticos atípicos rutinariamente en psicosis temprana en todos los dispositivos sanitarios Apoyo psicosocial práctico para familiares y organizadores comunitarios	Iniciar programas piloto de salud mental para proporcionar atención y tratamiento integral al paciente y a su familia Ofrecer bajas dosis de antipsicóticos atípicos en todos los dispositivos sanitarios	Ofrecer antipsicóticos atípicos a dosis bajas como tto de elección Disponer como ttos habituales de: Terapia cognitiva Intervención familiar Recuperación laboral Prevención recaídas Reducción de daño de abuso de sustancias Atención continuada

Tabla C3

Recomendación Estratégica 3	Escenario A Nivel bajo de recursos	Escenario B Nivel medio de recursos	Escenario C Nivel alto de recursos
Proporcionar atención comunitaria: procurar un servicio lo menos coercitivo y restrictivo posible	<p>Apartarse de modelos custodiales e institucionales</p> <p>Proporcionar cuidados comunitarios para quienes tengan un curso discapacitante persistente</p> <p>El ingreso en fase aguda será en unidades de psiquiatría de hospitales generales</p>	<p>Abordar pacientes con problemas judiciales en los servicios de salud mental</p> <p>Evaluación rutinaria del tratamiento involuntario en la psicosis temprana</p>	<p>Desarrollar estrategias para minimizar el uso de tratamientos involuntarios:</p> <p>Tto en domicilio y comunitario</p> <p>Alternativas residenciales</p> <p>Desarrollar programas de día para jóvenes</p> <p>Desarrollar opciones residenciales para promover la vida independiente de los jóvenes</p> <p>Estrategias reducción riesgo de suicidio</p>

Tabla C4

Recomendación Estratégica 4	Escenario A Nivel bajo de recursos	Escenario B Nivel medio de recursos	Escenario C Nivel alto de recursos
Educación comunitaria: concienciar sobre la importancia y oportunidades de la detección y tratamiento temprano	<p>Campañas publicas para promover la conciencia sobre la enfermedad mental en jóvenes</p> <p>Apoyo de ONG para la educación pública</p>	<p>Campañas de apoyo dirigidas a jóvenes para reducir el estigma y la discriminación de la enfermedad mental</p> <p>Iniciar programas de intervención temprana y promoción de la salud mental basados en la evidencia en colaboración con otros sectores</p>	<p>Campañas públicas para concienciar en reconocimiento y tratamiento de la psicosis temprana</p> <p>Educación a todos los jóvenes sobre psicosis</p> <p>Entrenamiento en concienciar sobre psicosis a profesores, policía, trabajadores sociales, sistema de justicia y otras agencias relevantes</p>

Tabla C5

Recomendación Estratégica 5	Escenario A Nivel bajo de recursos	Escenario B Nivel medio de recursos	Escenario C Nivel alto de recursos
Implicar a la comunidad, familias y consumidores	<p>Apoyar la formación de grupos de autoayuda para jóvenes con psicosis, familiares y apoyos clave</p> <p>Financiar planes para ONG e iniciativas de salud mental</p>	<p>Iniciativas piloto para ayudar a las familias a acceder a ayudas y a información sobre psicosis temprana</p> <p>Representación de comunidades, familiares y consumidores en los servicios y en la elaboración de políticas</p>	<p>Familiares y apoyos clave recibirán servicios eficaces adecuados a sus necesidades y acceso a apoyo adecuado. Los servicios serán efectivos si se da: Enganche temprano de las familias y amigos. Las familias se sienten valoradas como colaboradores en los cuidados</p>

Tabla C6

Recomendación Estratégica 6	Escenario A Nivel bajo de recursos	Escenario B Nivel medio de recursos	Escenario C Nivel alto de recursos
Establecer programas, legislación y políticas nacionales	<p>Formular programas y políticas de salud mental</p> <p>Aumentar el presupuesto para salud mental hasta al menos el 5% del PIB</p>	<p>Compromiso político y financiero para mejorar los servicios de psicosis temprana a jóvenes y a sus familias</p> <p>Crecimiento del gasto en salud mental centrado en jóvenes con psicosis temprana</p>	<p>Representación de consumidores y familias en desarrollo de servicios, formación y políticas</p> <p>Intervención temprana como prioridad nacional de inversiones en recursos</p> <p>Compromiso específico en gastos sanitarios con los servicios que sustentan a los jóvenes con psicosis y a sus familias</p>

Tabla C7

Recomendación Estratégica 7	Escenario A Nivel bajo de recursos	Escenario B Nivel medio de recursos	Escenario C Nivel alto de recursos
Desarrollar recursos humanos	<p>Concienciación de las necesidades específicas de los jóvenes con psicosis tempranas por los médicos de familia a través de sensibilización y formación</p> <p>Concienciar a los profesionales de la salud mental sobre el cuidado y tratamiento de la psicosis temprana</p>	<p>Especialistas en salud mental reciben formación específica sobre reconocimiento, atención y tratamiento de jóvenes con psicosis temprana</p>	<p>Especialistas en salud mental desarrollan conocimientos y habilidades avanzadas sobre detección temprana, atención y tratamiento de psicosis en jóvenes</p> <p>Estos conocimientos se incluyen de rutina en el plan formativo de todos los especialistas y médicos generales</p> <p>Formación de otros profesionales comunitarios</p>

Tabla C8

Recomendación Estratégica 8	Escenario A Nivel bajo de recursos	Escenario B Nivel medio de recursos	Escenario C Nivel alto de recursos
Vínculos con otros sectores: facilitar la recuperación	<p>Iniciar programas de salud mental en colegios y centros de trabajo</p> <p>Animar las actividades de ONG</p>	<p>Fortalecer los programas de salud mental en colegios y centros de trabajo</p> <p>Enlace entre programas de tratamiento y servicios de toxicomanías y de psicosis</p>	<p>Desarrollar programas integrados para apoyar el acceso al trabajo, educación y ocio.</p> <p>Demostrar la efectividad por:</p> <p>Satisfacción del paciente</p> <p>Tasas de empleo</p> <p>Logros educativos</p> <p>Acceso a alojamiento</p> <p>Programas integrados a través de unificar servicios de toxicomanías y psicosis</p>

Tabla C9

Recomendación Estratégica 9	Escenario A Nivel bajo de recursos	Escenario B Nivel medio de recursos	Escenario C Nivel alto de recursos
Monitorizar la salud mental comunitaria: indicadores relevantes de psicosis temprana	Incluir trastornos mentales en los sistemas de información de salud básicos Estudios de grupos de población de alto riesgo	Mejorar la conciencia y detección de la psicosis temprana en la comunidad	Desarrollar sistemas avanzados de monitorización en psicosis temprana que puedan medir DUP, resultados de recuperación positivos, morbilidad social y de salud, Mortalidad, costes y carga Monitorizarla eficacia y el coste-eficacia de los programas de prevención y tratamiento de psicosis temprana

Tabla C10

Recomendación Estratégica 10	Escenario A Nivel bajo de recursos	Escenario B Nivel medio de recursos	Escenario C Nivel alto de recursos
Apoyar más investigación	Realizar estudios sobre prevalencia, curso, resultado e impacto de la psicosis temprana en la comunidad	Iniciar estudios de eficacia y coste-eficacia para el manejo de la psicosis temprana	Sobre: Causas de la psicosis Prevención de la psicosis Nuevas intervenciones psicosociales y psicofarmacológicas Modelos de administración de servicios: rurales, urbanos, rurales dispersos. Prevalencia y necesidades de niños y adolescentes (hasta 16 años) con psicosis

Anexo D. Documentos de algunos programas que están funcionando en el estado

Estos documentos se encuentran en el documento de consenso en la Web de la Asociación.

1. Programa de Prevención de Psicosis P3 de Torrelavega (Cantabria).
2. Programa de Atención Específico al Trastorno Psicótico Incipiente. Red de Salud Mental de Girona. IAS.
3. Programa de Atención Específico al Trastorno Psicótico Incipiente. Les Corts/Sarriá-Sant Gervasi.

Anexo E. Enlaces de interés

1. Programa de Prevención de la Psicosis (P3)
<http://www.p3-info.es/>
2. Asociación Internacional de Intervención Temprana en Psicosis (IEPA)
<http://www.iepa.org.au/>
3. First Episode Research Network (FERN)
<http://www.fernonline.org/>
4. Programa Asistencial para las Fases Iniciales de las Psicosis de Cantabria (PAFIP)
<http://www.humv.es/UIPC/>
5. Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC)
www.eppic.org.au/
6. LEO (Lambeth Early Onset) service
<http://www.mentalhealthcare.org.uk/content/?id=19>
7. PRIME Research Clinic
<http://www.med.yale.edu/psych/clinics/prime/directions.htm>
8. CMHA Early Psychosis Intervention
<http://www.cmha.ca/english/intrvent/>
9. British Columbia Schizophrenia Society
<http://www.bcscs.org/>
10. European Prediction of Psychosis Study
<http://www.epos5.org/>

11. The Prevention and Early Intervention Program for Psychoses (PEPP)
<http://www.pepp.ca/>
12. Early Psychosis Intervention Programme
<http://www.epip.org.sg/>
13. Fraser South Early Psychosis Intervention (EPI) Program
<http://www.psychosissucks.ca/epi/>
14. TIPS is a project working to detect and treat serious psychiatric illnesses as early as possible
<http://www.tips-info.com/>
15. RETHINK
<http://www.rethink.org/>
16. Vancouver/RichmondEPI
Early Psychosis Intervention
<http://www.hopevancouver.com/>
17. ORYGEN: Orygen youth health.
<http://oyh.org.au/>

Anexo F. Glosario de siglas

- AA Alucinaciones Auditivas
- AEN: Asociación Española de Neuropsiquiatría
- AP: Antipsicóticos
- ATP: Atención temprana a la psicosis
- CAARMS: Comprehensive Assessment of At Risk Mental State
- CAD: Centro de Atención a la Drogodependencia
- Clínica PACE: Personal Assessment and Crisis Evaluation Clinic
- Clínica PRIME: Prevention through Risk Identification, Management & Education Research Clinic
- COPE: Cognitively-oriented psychotherapy for early psychosis
- CSM: Centro de Salud Mental
- DUP : Duration of untreated psychosis
- EMAR: Estados mentales de alto riesgo
- EPP: Early psychosis program
- EPPIC: Early Psychosis Prevention and Intervention Centre
- H Día: Hospital de Día
- IEPA: International Early Psychosis Association
- IFB: Intervención familiar breve

- IRSS: Inhibidores recaptación de serotonina
- NHS: National Health Service (Reino Unido)
- PIA: Plan Integrado de Atención
- Programa EDIE: Early Detection and Intervention Evaluation
- Programa OASIS: Outreach and support in south London program
- Programa OPUS: Tidlig opsporing og behandling af unge psykotiske. (Early treatment and identification of psychosis Project de Noruega y Escandinavia).
- PROGRAMA PEPP: Prevention and early intervention program for psychoses
- Programa RAP : Recognition and Prevention Program
- Proyecto DNSP: Danish National Schizophrenia Project
- Servicio LEO: Lambeth Early Onset Team
- SIPS: Structured Interview for Prodromal States
- SM: Salud Mental
- SOPS: Scale of Prodromal Symptoms
- TCC: Terapia cognitiva conductual
- TIPS : Early Treatment and Intervention in Psychosis
- UHB: Unidad de Hospitalización Breve
- UHR: Ultra high-risk
- UKU: Udvalg für Kliniske Undersogelser

