



Hermanas
Hospitalarias

Informaciones **Psiquiátricas**

Monográfico

La intervención temprana en psicosis. Un reto que no puede esperar.

Nº. **241**

3.^{er} Trimestre

2020

PUBLICACIÓN CIENTÍFICA DE LOS CENTROS DE LA CONGREGACIÓN DE HERMANAS
HOSPITALARIAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS

Fundada en 1955 por el **Dr. D. Parellada**

DIRECTOR

Dr. Pedro Roy Millán

JEFE DE REDACCIÓN

Sr. J.L. Arroyo Cifuentes

CONSEJO DE DIRECCIÓN

Sor Elisa Sánchez Santamaría

Dr. J.A. Larraz Romeo

Dr. M. Martín Carrasco

Dr. J.I. Quemada Ubis

Dr. F. del Olmo Romero-Nieva

Dr. C. Franquelo Cruz

Dr. E. Rojo Rodes

CONSEJO DE REDACCIÓN

Dr. J. Orrit Clotet

Dra. M. Centeno Casanovas

Sr. J. Tristany Claret

Dr. E. Díaz-Albo Hermida

Dr. S. Sarró Maluquer

Dr. C. Martín Lorenzo

Dr. J. Gómez de Tojeiro Roce

ASESORES CIENTÍFICOS

Prof. Dr. E. Álvarez Martínez

Prof. Dr. C. Arango López

Prof. Dr. J.L. Ayuso Mateo

Prof. Dr. A. Bulbena Vilarrasa

Prof. Dr. J.L. Carrasco Parera

Prof. Dr. M. Casas Brugué

Prof^a. Dra. M^a Paz García Portilla

Prof. Dr. J.L. González Rivera

Prof. Dr. M. Gutiérrez Fraile

Prof. Dr. P. McKenna

Dr. I. Madariaga Zamalloa

Dr. M. Martínez Rodríguez

Prof. Dr. L. Ortega Monasterio

Dra. E. Pomarol-Clotet

Prof. Dr. J. Sáiz Ruiz

Prof. Dr. L. Salvador Carulla

Dr. Manuel Sánchez Pérez

Dr. J. Tizón García

Prof. Dr. M. Valdés Miyar

Prof. Dr. E. Vieta Pascual

SEDE PROVINCIAL BARCELONA

Av. Jordà, 8

08035-Barcelona

Tel.: 93.418.69.33

e-mail: informacionespsiquiatricas@hospitalarias.es

www.informacionespsiquiatricas.com

www.hospitalarias.es

Las referencias de esta revista se publican periódicamente en: IME/Índice Médico Español; PSICODOC/Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid; CINDOC (ISOC) (CSIC) (IBECS)/ Consejo Superior de Investigaciones Científicas; Psiquiatria.com.

Depósito Legal. B. 675-1958 / ISSN 2385 – 7463

Normas para la presentación y publicación de trabajos

Las siguientes normas de publicación se adaptan a los requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas, establecidos por el estilo Vancouver: <http://www.ICMJE.org>

Informaciones Psiquiátricas aceptará para su publicación, previo informe favorable del Consejo de Redacción, aquellos trabajos que versen sobre temas de Salud Mental, Psiquiatría, Psicología o Medicina Psicosomática, y que se ajusten a las siguientes normas:

1. Los tipos de trabajos que podrán ser aceptados en la Revista son los siguientes: Originales, Revisiones, Comunicaciones Breves y Notas Clínicas. A juicio del Comité de Redacción podrán aceptarse aportaciones sobre temas de actualidad, cartas al director, crítica de libros...
2. Los trabajos serán inéditos y no deberán estar pendientes de valoración o publicación en otra revista.
3. Los trabajos pueden remitirse a la Secretaría de INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS, a través del correo electrónico informacionespsiquiatricas@hospitalarias.es o mediante acceso directo en www.informacionespsiquiatricas.com
4. Se admiten trabajos redactados en español y en inglés.
5. Los trabajos deberán presentarse escritos a doble espacio. Todas las páginas deben estar numeradas de forma consecutiva, empezando por la portada.
6. En la portada deberán constar, exclusivamente, los siguientes datos:
 - Título del artículo.
 - Los nombres de los autores y sus afiliaciones institucionales.
 - El nombre del/de los departamento(s) e instituciones a los que debe atribuirse el trabajo.
 - Descargos de responsabilidad, si los hay.
 - Información para contactar con el autor (Nombre, dirección postal, número de teléfono y dirección electrónica).
7. En la segunda página figurará, nuevamente, el título del trabajo, un resumen del mismo y se deberán añadir de 3 a 6 palabras clave para la elaboración del índice de la revista, todo ello en español e inglés.
8. La estructura del texto se acomodará a la sección donde deberá figurar el trabajo en caso de su publicación. El texto de los artículos originales de investigación deberá estar dividido en los siguientes apartados y por el orden que se citan:
 - Introducción.
 - Métodos.
 - Resultados.
 - Discusión.
9. Los trabajos deberán ir acompañados de la correspondiente bibliografía, que se presentará en hoja u hojas aparte. Las referencias bibliográficas se citarán numéricamente en el texto y atenderán a las siguientes normas:
 - a) Se dispondrán las citas bibliográficas según orden de aparición en el trabajo, con numeración correlativa, y en el interior del texto constará siempre dicha numeración.
 - b) Las citas de artículos de revistas se efectuarán de la siguiente manera:
 - Apellidos e inicial de los nombres de todos los autores en mayúsculas.
 - Título del trabajo en su lengua original.
 - Abreviatura de la revista, de acuerdo con la norma internacional.
 - Año, número de volumen: página inicial-página final. Kramer MS, Vogel WH, DiJohnson C, Dewey DA, Shelves P, Cavichia S, et al. Antidepressants in "depressed" schizophrenic inpatients. A controlled trial. Arch Gen Psychiatry. 1989;46(10):922-8.
 - c) Las citas de libros comprenderán por el siguiente orden:
 - Apellidos e inicial de los nombres de los autores en mayúsculas.
 - En: Título original del libro.
 - Apellidos e inicial de los (ed).
 - Ciudad, Editorial, Año: página inicial-página final. Thomas P, Vallejo J. Trastornos afectivos y bulimia nerviosa. En: Trastornos de la alimentación: anorexia nerviosa, bulimia y obesidad. Turón J (ed). Barcelona, Masson; 1997: 164-177.
 - d) Las citas de páginas web comprenderán por el siguiente orden:
 - Apellidos e inicial de los nombres de todos los autores en mayúsculas.
 - Título del trabajo en su lengua original.
 - Tipo de soporte entre claudators.
 - Año y ciudad de publicación (si consta), fecha de edición y/o consulta (recomendado).
 - URL. Simon G, Roy-Byrne P, Solomon D. (2018). Bipolar depression in adults: Choosing initial treatment. [en línea]. Washington. [Consultado el 1 de febrero de 2018]. <http://www.uptodate.com/home>
10. La iconografía que acompañe al texto (tablas, dibujos, gráficos...) deberá tener la suficiente calidad para su reproducción, estar enumerado correlativamente y se adjuntará al final del mismo.
11. La Redacción de INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS comunicará la recepción de los trabajos y, en su caso, la aceptación de los mismos y fecha de su publicación. El Consejo de Redacción podrá rechazar los trabajos cuya publicación no estime oportuna, comunicándolo, en este caso, al autor principal. Los trabajos publicados quedarán en propiedad de la Revista.

- 9 **DOS AÑOS DE IMPLEMENTACION DEL EIPP (Equipo de Intervención Precoz en Psicosis) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MUTUA DE TERRASSA.**
Lorena Marin Alcaraz / Miriam Morales Aubeso /
Montserrat García González
- 15 **DESARROLLO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN ESPECÍFICA AL TRASTORNO PSICÓTICO INCIPIENTE EN BENITO MENNI CASM**
Lidia Ugas / Eva García / Meritxell Centeno /
Miguel Martínez
- 35 **EL PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LA ATENCIÓN A PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS: EXPERIENCIA EN EL PAE-TPI DE HOSPITAL SAGRAT COR**
Fernando Boatas / Águeda Solivellas / Montse Guitart /
Pilar Muley / Rosa Almiñana
- 45 **EQUIPO DE INTERVENCIÓN PRECOZ EN LA PREVENCIÓN DE PSICOSIS DEL PARC TAULÍ (TEIP 3): UNA VISIÓN PERSONAL DE LAS DIFICULTADES, ESTADO ACTUAL Y RETOS FUTUROS SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DIRIGIDO A LA ATENCIÓN DE TRASTORNOS PSICÓTICOS INCIPIENTES**
Javier Labad
- 63 **PSICOTERAPIA MULTIFAMILIAR EN LA PSICOSIS INCIPIENTE: UN ENFOQUE INTERDISCIPLINAR Y COMUNITARIO**
Anna Sala Estrada

-
- 85 IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN
ESPECÍFICA AL TRASTORNO PSICÓTICO INCIPIENTE
(PAE-TPI) EN EL CSMIA DE GRACIA, BARCELONA
Carmen Corte / Esther Chacón / Tania Aguilar / Salvador
Montalban / Daniel Riesgo
- 98 CORRELATOS CEREBRALES DEL TRASTORNO
FORMAL DEL PENSAMIENTO EN LA ESQUIZOFRENIA:
EXAMINANDO LA HIPÓTESIS FRONTAL/DISEJECUTIVA
FIDMAG informa

DOS AÑOS DE IMPLEMENTACION DEL EIPP (Equipo de Intervención Precoz en Psicosis) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MUTUA DE TERRASSA

Lorena Marin Alcaraz

Psiquiatra adjunta del Hospital Universitario Mutua Terrassa.
lorena.ma87@gmail.com

Miriam Morales Aubeso

Psicóloga clínica adjunta del Hospital Universitario Mutua Terrassa.

Montserrat García González

Enfermera especialista en Salud Mental del Hospital Universitario Mutua Terrassa.

Resumen

En el año 2017, el Plan director de Salud Mental y Adicciones de Catalunya, puso en marcha el Programa PAE-TPI (Programa de Atención Específica al Trastorno Psicótico Incipiente) después de unos años de corroborar la eficacia de los programas pilotos implementados desde el año 2007 en el territorio catalán.

Este programa, es la propuesta de un método organizativo y de un proceso activo de gestión de la psicosis focalizada en la comunidad. Se basa en la detección precoz

y la atención individualizada en la que, el vínculo, es uno de los puntos fuertes.

Este artículo recoge la puesta en marcha y la preparación previa así como el tipo de intervención propuesta y realizada.

También se aportarán datos descriptivos derivados del primer año de asistencia clínica.

El programa abarca el área geográfica de Terrassa y Sant Cugat del Vallés.

Palabras clave: Psicosis incipiente, Terrassa, Sant Cugat.

Abstract

In 2017, the Master Plan for Mental Health and Addictions of Catalonia, launched the PAE-TPI Program (Program for Specific Attention to Incipient Psychotic Disorder) after a few years of corroborating the effectiveness of the pilot programs implemented since 2007 in the Catalan territory.

This program is the proposal of an organizational method and a process active management of community-focused psychosis. It is based on the early detection and individualized attention in which the reliance is one of the strengths.

This article includes the start-up and previous preparation as well as the type of intervention proposed and carried out.

Descriptive data derived from the first year of clinical care will also be provided.

The program covers the geographical area of Terrassa and Sant Cugat del Vallés.

Key Words: Early Psychosis, Terrassa, Sant Cugat.

Introducción

El curso y pronóstico de la psicosis depende en gran medida de la calidad asistencial y la cantidad de recursos disponibles, además de las características intrínsecas del cuadro clínico.

Tal y como especifica el Pla Integral de Salut Mental i Adiccions (PDSMiA) de Catalunya, 2017 el Programa PAE-TPI1 es la propuesta de desarrollar un nuevo modelo organizativo y de integración territorial de dispositivos y servicios que defina los objetivos prioritarios, implemente programas comunitarios, promueva unidades funcionales y facilite actuaciones coordinadas con otros dispositivos.

Los objetivos comunes de los programas del PAE-TPI son :

- La detección y la intervención precoz con la finalidad de disminuir la incidencia de los trastornos psicóticos.
- Reducir el daño
- Mejorar el pronóstico

A nivel internacional, en los años 90, se desarrollaron nuevas modalidades de atención a estos trastornos con el fin de mejorar el pronóstico de los mismos. En 2007, el PDSMiA puso en marcha 12 pruebas piloto de programas de atención específica al trastorno psicótico incipiente en diferentes territorios de Catalunya. Dados los buenos resultados de dichos programas piloto, en 2017 se expande la creación de estos programas para el resto del territorio catalán.

A finales de 2017 se crea el EIPP. Los tres primeros meses se invirtieron en el diseño del equipo, su funcionamiento así como la información a todos los dispositivos que podrían ser derivantes de casos. De esta forma dimos a conocer el nuevo recurso. Previamente las profesionales realizamos una formación básica en un EIPP de los que ya

llevaban una trayectoria desde el año 2007 y con resultados satisfactorios.

Por lo que respecta a Ja filosofía del equipo, es importante tener en cuenta que las profesionales trabajamos desde la máxima flexibilidad posible y la coordinación constante entre nosotras.

Resulta indispensable en un equipo de estas características Ja capacidad de adaptación a las necesidades de los usuarios y sus familias.

Disponemos de un teléfono móvil que se les facilita desde el primer contacto al que pueden llamar directamente en cualquier momento favoreciendo así el vínculo.

Nuestro programa propone una atención continuada y de calidad para los usuarios mediante Ja asistencia ambulatoria individual, grupal y comunitaria y/o domiciliaria para los usuarios y sus familias.

Está formado por una psicóloga, una psiquiatra y una enfermera a jornada completa y una trabajadora social a tiempo parcial. Cada profesional atiende simultáneamente a un total aproximado de 40 pacientes nuevos/año, para los que se diseña un plan de intervención terapéutico individualizado con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente, de sus familiares y su funcionamiento.

El PAE-TPI está destinado a personas de entre 14-35 años, que presentan un primer episodio psicótico, o que se encuentran en los 5 años posteriores a haber experimentado un episodio, o bien, a aquellos usuarios que podrían estar en riesgo a padecerlo.

Nuestro EIPP se divide en la atención a la población Infanto-juvenil, que depende de nuestro CSMIJ, y en la atención a la población adulta, que depende de nuestro CSMA. En este artículo se describe el funcionamiento del EIPP de adultos, el cual atiende a personas de entre 18 y 35 años.

Durante el primer trimestre del 2018 la parte más importante del programa fue el despliegue de información sobre el mismo.

Actualmente llevamos un año y 11 meses desde el inicio del EIPP por lo que en este artículo realizaremos una breve descripción de algunas características del programa hasta Octubre de 2019.

Nuestro ámbito de intervención es el área de Sant Cugat y Terrassa. Esto incluye a los ciudadanos asignados a las ABS C, D, E i G de Terrassa y Sant Cugat del Valles 1, 2 i 3. En total supone 131.143 y 87.212 habitantes respectivamente.

Del total de 217.995 de la población diurna, con una incidencia aproximada de casos de 43-65 casos/año.

El objetivo principal del programa es seleccionar para cada usuario las prestaciones más adecuadas en cada momento, mejorar la adherencia y el seguimiento y prevenir o evitar posibles recaídas. Para ello lo principal es trabajar el vínculo con el paciente y sus familiares por lo que una parte importante del programa son las actuaciones comunitarias y domiciliarias. Estas se basan en aquellas atenciones que se ofrecen fuera del ámbito ambulatorio y que tienen como finalidad:

- Vincular al usuario
- Ofrecer intervenciones adaptadas a las necesidades individuales
- Conocer y observar al usuario en un ambiente ecológico

Este modelo pretende facilitar la adhesión al programa y con ello la recuperación, inserción social, laboral y personal de las personas afectadas por un episodio psicótico.

Metodología

Con el objetivo de realizar una valoración descriptiva de los primeros años de funcionamiento del programa se han analizado los datos de los usuarios recogidos en soporte informático.

Resultados

Desde la implementación del programa constan 93 solicitudes de valoración de las cuales hemos podido valorar 88.

En el 2018 se derivaron un total de 47 usuarios, y en el año 2019, 23 usuarios.

El tiempo medio de respuesta del programa a los derivantes es de 13 horas.

El tiempo medio que pasa desde que se hace la derivación hasta que se valora al paciente es de 4,52 días.

Actualmente tenemos un total de 68 sujetos incluidos en el programa. De éstos, el 94% mantiene la adherencia al mismo (64 de 68).

El 78% de los usuarios del programa son hombres (53) mientras que el 22% mujeres (15).

Los diagnósticos de los pacientes que realizan seguimiento con nosotros son los siguientes:

EMAR	14% (9)
Esquizofrenia	36% (24)
Trastorno Psicótico NE	11% (7)
Trastorno Psicótico Breve	8% (5)
Depresión psicótica	3% (2)
Trastorno Esquizoafectivo	8% (5)
Trastorno Bipolar	23% (15)
Trastorno Delirante	3% (2)

El 84% de los pacientes y la mayoría de sus familias reciben o han recibido tratamiento psicológico individual o grupal.

Respecto al tratamiento farmacológico, un 65% de pacientes actualmente realiza tratamiento antipsicótico. De éstos, el 82% están en monoterapia. En cuanto al perfil farmacológico, el 44% de los pacientes que realizan tratamiento antipsicótico toma aripiprazol, seguido de olanzapina con un 15%, paliperidona 12% (17% si incluimos las formulaciones depot) y clozapina 13%.

El 27% de los pacientes realiza tratamiento inyectable de larga duración, siendo % partes el tratamiento con aripiprazol mantenida.

Se registraron 76 ingresos en la Unidad de Agudos previos al inicio de seguimiento en el EIPP. Durante el seguimiento se han registrado un total de 25 ingresos. En cuanto al número de re-ingresos, previo al inicio del programa, se han registrado un total de 45, y 27 durante el seguimiento en el EIPP.

Con el fin de evitar ingresos hospitalarios se ha realizado un seguimiento intensivo domiciliario. Estos casos han sido posibles cuando hay una buena contención familiar y una conciencia adecuada para poder monitorizar la adherencia al tratamiento. Se han realizado seguimientos intensivos en un total de 13 pacientes, 10 de ellos pudieron realizar ingreso domiciliario hasta su estabilización y 3 de ellos requirieron ingreso hospitalario posterior al ingreso en domicilio.

Discusión

Durante el año 2018 se ha observado una mayor derivación de pacientes en comparación al último año (47 > 23) viéndose una mayor disminución derivada de los ambulatorios. Esto haría suponer la necesidad de organizar una nueva difusión del programa.

En cuanto al nivel de ingresos hospitalarios desde el inicio del programa, se observa una discreta tendencia a la disminución de los reingresos. Es por este motivo que sería necesario la ampliación de los ingresos domiciliarios. Esto supondría un aumento progresivo de personal a medida que la población atendida vaya aumentando.

En un futuro para valorar la eficiencia del programa sería necesario evaluar mediante variables duras el funcionamiento del mismo.

En cuanto al funcionamiento del equipo, la experiencia nos va indicando la necesidad de cohesión y comunicación constante.

Bibliografía

1. Memoria del programa d'atenció específica a les persones amb trastorn psicòtic incipient del pla director de salut mental i addicions 20072016. Comissió pedagògica i de seguiment del PAE TPI, Juny 2017.
2. Vallina Fernández O, Lemos Giráldez S, Fernández Iglesias P. Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis. *Apuntes de Psicología* 2006; 24 (1-3): 185-221.
3. Mihalopoulos C, McGorry PD, Carter RC. Is phase-specific, community oriented treatment of early psychosis an economically viable method of improving outcome? *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100: 47-55.
4. McGorry PD, Gleeson J. *Psychological Interventions in Early Psychosis: A treatment handbook*. Chichester, John Wiley and Sons. 2004.

DESARROLLO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN ESPECÍFICA AL TRASTORNO PSICÓTICO INCIPIENTE EN BENITO MENNI CASM

Lidia Ugas

Responsable de Psicología de los dispositivos de L'Hospitalet de Llobregat.
Benito Menni CASM. Sant Boi de Llobregat.
lugasb.hbmenni@hospitalarias.es

Eva García

Responsable de Psicología de los dispositivos del Vallès Oriental Central.
Benito Menni CASM. Sant Boi de Llobregat.
egarcia.hbmenni@hospitalarias.es

Meritxell Centeno

Adjunta a la Dirección Médica.
Benito Menni CASM. Sant Boi de Llobregat.
mcenteno.hbmenni@hospitalarias.es

Miguel Martínez

Coordinador CSMA y CAS.
Benito Menni CASM. Sant Boi de Llobregat.
mmartinez.hbmenni@hospitalarias.es

Resumen

La atención a las personas que han desarrollado o pueden llegar a desarrollar una psicosis incipiente debe realizarse de forma precoz. Por ello, la detección es el paso fundamental, seguida del diagnóstico, tratamiento y recuperación de la persona. Todas estas intervenciones transversales son realizadas por diferentes profesionales sanitarios y no sanitarios ubicados en dispositivos diferentes y de entidades proveedoras dispares, lo cual requiere la creación de alianzas y trabajo en red bajo el paraguas de una Unidad Funcional que permita situar a la persona en el centro para que pueda recibir la atención más necesaria en cada momento siguiendo su proyecto vital. Dicha Unidad Funcional debe ser territorial, transversal y comunitaria.

En este artículo mostramos el proceso que se ha seguido en la creación de las unidades funcionales del Programa de Atención Específica al Trastorno Psicótico Incipiente (PAE- TPI), así como las comisiones de seguimiento y los resultados preliminares para cada uno de los sectores de referencia de Benito Menni CASM (L'Hospitalet, Sant Boi y Vallès Oriental).

Palabras clave: PAETPI, psicosis incipiente, atención temprana.

Abstract

Attention to people who have developed or may develop an incipient psychosis should be done early. Therefore, detection is the fundamental step, followed by diagnosis, treatment and recovery of the person. All these cross-cutting interventions are carried out by different health and non-health professionals, who work in different services and from different providers. The creation of a Functional Unit have two main aims: to reach a professional networking as well as to offer a personalized intervention and a long term monitoring to the target patients of the program. This Functional Unit must be territorial, transversal and community based.

In this article we show the process that has been followed in order to create the functional units and the monitoring work commissions of the "Program of Specific Attention to the Incipient Psychotic Disorder", as well as inform about the preliminary results of the three reference population areas assisted by Benito Menni CASM (L'Hospitalet, Sant Boi and Vallès Oriental).

Key Words: Early psychosis, early attention.

Introducción

Los trastornos psicóticos constituyen uno de los principales problemas sanitarios dentro del ámbito de la salud mental, a causa de su elevada prevalencia (3% en población general^{1, 2}), y también debido a cómo puede afectar el desarrollo y funcionalidad de las personas que la sufren, ya que suelen aparecer en etapas en las que las personas inician su actividad laboral, familiar y social, con lo que genera un gran impacto psicosocial.

Un primer episodio psicótico evoluciona de forma heterogénea, pero lo que se ha demostrado los últimos años, es que una intervención precoz es el mayor factor de buen pronóstico. En este sentido, algunos estudios señalan que los 5 primeros años son críticos, fase definida como período crítico tras el inicio de la psicosis^{1, 2}.

Asimismo, se ha demostrado que los tratamientos son capaces de cambiar el curso del trastorno; aparte de la medicación neuroléptica, diversas intervenciones han acumulado evidencia empírica sobre su eficacia en el tratamiento de las psicosis. Por ejemplo: tratamiento psicológico individual, de grupo, terapia cognitivo-conductual, rehabilitación vocacional, habilidades sociales e intervención familiar^{1, 2}.

Sin embargo, las personas atendidas no siempre reciben estos tratamientos de forma mantenida, y si lo reciben, es al cabo de algunos años de debut de su enfermedad.

La intervención temprana en psicosis tiene dos elementos que la diferencian de las formas habituales de asistencia actuales: la detección temprana y la aplicación del tratamiento específico más eficaz para cada fase inicial de la enfermedad.

La detección temprana se puede definir como la identificación de aquellas personas

que están en riesgo de desarrollar una psicosis (el llamado EMAR, Estado Mental de Alto Riesgo), y aquellas que se encuentran en los estadios iniciales de un primer episodio psicótico (PEP). Entre estos estadios iniciales podemos diferenciar:

- el período en el que la persona presentan síntomas prodrómicos pero no ha desarrollado una clínica psicótica franca: abarca desde la aparición de la primera sintomatología inespecífica en un individuo sano (depresión, ansiedad, insomnio) hasta el surgimiento de los primeros síntomas psicóticos atenuados (suspiciousidad, referencialidad no delirante, aislamiento social) y que puede durar de dos a cinco años
- el período en que aparecen síntomas psicóticos pero aún no se instaura un tratamiento adecuado, conocido como duración de la psicosis sin tratar (DUP: Duration of Untreated Psychosis). La fase de pródromos y la DUP se consideran como período de enfermedad sin tratamiento (Duration of Untreated Illness, DUI).

La intervención precoz está justificada en la medida en que se considera factor determinante para el posterior curso y recuperación de la enfermedad.

Por tratamientos específicos para cada fase se entienden aquellos tratamientos (psicológicos, físicos o sociales) que van dirigidos a impedir la progresión hacia la psicosis en aquellas personas con síntomas prodrómicos o bien a promover la recuperación en aquellas otras personas que han experimentado recientemente su primer episodio de psicosis^{1, 2}.

En esta línea, en la Declaración de Consenso, publicada como guía clínica, y formulada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Internacional de Psicosis Incipiente (IEPA), se recomienda

favorecer la detección precoz y la intervención intensiva sobre las personas que sufren estos trastornos para promover su recuperación y empoderamiento³.

Situación actual de los Programas de intervención temprana a nivel internacional

En los años 90 se crea la *International Early Psychosis Association (IEPA)* con el objetivo de analizar y difundir los resultados obtenidos por los programas de intervención temprana en la psicosis (ITP) existentes en todo el mundo⁵. Esta organización tiene una web (<https://iepa.org.au/>) donde recogen los datos de los servicios operativos a nivel internacional, así como guías dirigidas a pacientes, familiares y facultativos. A nivel mundial, se puede constatar que existe un gran desarrollo de estos programas de psicosis incipiente en EEUU, Canadá, Australia, Nueva Zelanda, Japón y Corea del Sur, y de forma más limitada en Europa.

Concretamente a nivel europeo se distinguen tres grupos de países en función de la presencia de programas de ITP⁴:

- 1- Países con desarrollo de una red nacional con financiación pública: el más destacado es el Reino Unido, con más de 150 equipos de intervención precoz distribuidos por todo el país.
- 2- Países que disponen de una red limitada: en este grupo se incluye España, donde ponen de manifiesto la disparidad entre las guías existentes y redactadas tanto por el Ministerio de Sanidad de España como por el *Departament de Salut de Ca-*

talunya en las que se determina la importancia de atender los primeros episodios psicóticos con una combinación de diferentes acciones, incluyendo el estigma y la salud física, y los programas de intervención temprana existentes. Estas guías también enfatizan sobre la importancia de la detección precoz, así como de la formación de los profesionales de atención primaria u otros (p.e. los profesores) para reconocer a las personas con elevado riesgo de psicosis. En la guía realizada por el *Departament de Salut de Catalunya* se añade la importancia de tener un planteamiento multicomponente que incluya diferentes terapias psicológicas, intervenciones familiares, sin olvidarse de las intervenciones educativas y de empleo. En nuestro entorno destacan los programas de Cantabria, País Vasco, Madrid y en Catalunya el PAE TPI.

- 3- Países sin prácticamente servicios de ITP.

Recientemente se ha publicado el Libro Blanco de la intervención temprana en Psicosis en España⁵ que ha sido redactado por un grupo de expertos constituido por profesionales de todas las comunidades autónomas con el objetivo de poner de manifiesto la situación en nuestro país sobre los programas de intervención temprana existentes así como la opinión de los principales agentes implicados en su implantación⁵.

En Cataluña, el *Pla Director de Salut mental i Addiccions 2006 (PDSMiA)*⁶ definió el nuevo modelo de atención y organización de los servicios, los objetivos y las líneas estratégicas en relación a la intervención temprana de las psicosis, con las siguientes acciones:

- Priorizar la atención a las personas con psicosis incipiente
- Iniciar experiencias piloto
- Constituir la Comisión pedagógica y de seguimiento del PAE TPI

En el 2007 se pusieron en marcha programas piloto en 12 territorios, abarcando al 27.4% de la población (Figura 1)⁶.

Los resultados de estos programas pilotos reafirmaron lo que ya se observaba en experiencias similares a nivel internacional:

- Incidencia en programa de 18 casos /100.000 hab.

- Más del 50% de los casos fueron derivados por servicios comunitarios
- Buena accesibilidad al programa: 98% de los casos atendidos en menos de 2 semanas
- Más del 70% de las personas atendidas recibieron tratamiento psicológico
- Un 83% de los casos continuaban vinculadas a los 12 meses
- Un 82% mejoró su funcionalidad clínica y social
- Hicieron un menor uso de servicios hospitalarios: frecuentación a urgencias y estancias hospitalarias

El *Pla Director de Salut mental i Addiccions 2017-2020 (PDSMiA)*⁶ define como objetivo la implantación en todo el territorio del Programa de atención a la psicosis incipiente (PAE TPI) con la creación de unidades funcionales integradas entre todos los recursos que interactúan en el ámbito territorial.

Figura 1: Territorios con programas piloto



Método

El *Consens per la millora de l'atenció a les persones amb trastorn psicòtic incipient*⁷ es la guía utilizada para la creación del PAE TPI en cada territorio, en ella se define:

1. **Objetivos del programa:** conseguir la detección temprana y la intervención precoz en los trastornos psicóticos con el objetivo de disminuir incidencia, reducir daños y mejorar el pronóstico
2. **Población diana:** son las personas con edades comprendidas entre los 14-35 años que presentan:
 - Estados mentales de alto riesgo (EMAR): en esta categoría se incluyen tres subcategorías:
 - Personas que presentan síntomas psicóticos subumbral
 - Personas con historia familiar de trastorno psicótico en familiares de primer grado o diagnóstico de trastorno esquizotípico junto con un declive funcional persistente y significativo en el último año (diminución >30 puntos en la escala EEAG)
 - Personas con síntomas psicóticos breves, intermitentes y limitados
 - Primeros episodios psicóticos (PEP): personas que presentan por primera vez síntomas psicóticos que pueden ser compatibles con un diagnóstico de psicosis afectiva o no afectiva
 - Período crítico de un PEP: los 5 años posteriores al desarrollo de un primer episodio psicótico
3. **Detección:** es uno de los puntos clave más relevantes y no suele recaer sobre los servicios de salud mental, pero éstos son fundamentales para potenciarla. La detección recae sobre la persona afectada y el entorno, ya sea familiares o amigos, servicios sanitarios o sociales, justicia o educación; es por lo tanto fundamental la formación de estos colectivos:
 - Campañas de sensibilización a la población general
 - Formación a los profesionales potencialmente detectores mediante talleres y con el soporte de material informativo donde se detallen los circuitos a seguir en cada territorio
4. **Accesibilidad:** es otro de los puntos clave del programa, se debe garantizar una rápida respuesta en cuanto se detecta un posible caso; para ello se debe:
 - establecer circuitos ágiles de coordinación y derivación entre todos los servicios implicados: servicios de jóvenes, centros educativos, justicia, servicios sociales y la red sanitaria (Atención Primaria y Salud mental y adicciones)
 - dar una primera visita en un período breve de tiempo
 - garantizar la continuidad asistencial entre todos los dispositivos
5. **Valoración integral:** se debe realizar una evaluación multidisciplinar de las necesidades en todos los ámbitos de la persona y la familia, siendo especialmente relevante la evaluación funcional. Todo ello deberá ser compartido por los agentes del territorio implicados en su evolución. En el documento se realizan una serie de recomendaciones en relación a la elección de los mecanismos de evaluación (entrevistas estructuradas, escalas clínicas u otros instrumentos de evaluación)
6. **Intervención:** toda intervención debe desarrollarse en un marco de acción biopsico-social y debe tener como objetivo la recuperación de la persona, ya sea la recuperación clínica, la funcional o la de su proyecto vital.

7. Aspectos organizativos: para realizar una correcta atención debe existir una buena colaboración entre todos los dispositivos del territorio, es por eso que el programa debe ser territorial, transversal y comunitario. Para ello deben crearse las unidades funcionales, las comisiones de seguimiento y definir el proceso asistencial que incluya la cartera de servicios del territorio
8. Evaluación: se aconseja definir unos indicadores de resultados sobre la detección, la accesibilidad y la intervención.

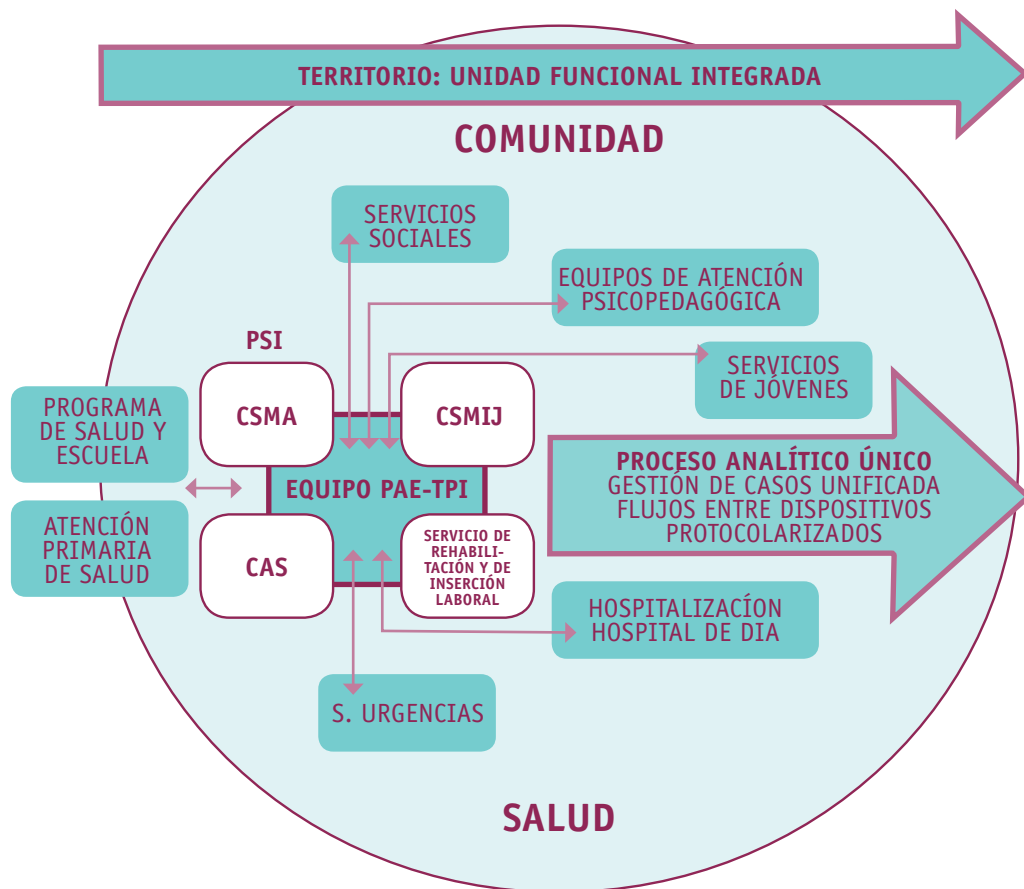
Fases de desarrollo del PAE-TPI

1. Constitución de la Unidad Funcional y el comité operativo territorial

La Unidad Funcional debe estar constituida por todos los dispositivos implicados en el proceso asistencial de la persona. Los objetivos son:

- Integrar las funciones y las carteras de servicio de todos los dispositivos implicados en la atención de la psicosis incipiente
- Fomentar el “*networking*”, compartiendo recursos entre todos los dispositivos implicados para evitar duplicidades
- Definir de forma conjunta el proceso asistencial: detección, accesibilidad, intervención, evaluación.
- Realizar actividades formativas y jornadas de seguimiento a nivel territorial

Figura 2: Unidad Funcional⁷



En las unidades funcionales están presentes todos los servicios de atención de la salud mental y las adicciones, tanto de la red infanto-juvenil como los adultos y los dispositivos comunitarios y hospitalarios, aunque el peso de la atención recae sobre los CSMIJ y CSMA. La atención Primaria debe estar también presente y es por esto que se ha definido un proceso de formación y capacitación de estos profesionales en la detección de la psicosis incipiente.

Se ha diseñado una vía asistencial que integra la cartera de servicios de los dispositivos del territorio implicados, favoreciendo un trabajo en red en cada territorio que permite compartir recursos entre todos los dispositivos implicados y la complementariedad necesaria. Para ello se han realizado diversas reuniones de coordinación con los dispositivos de salud mental y otras redes implicadas, para poder dar respuestas ágiles y flexibles.

El comité operativo territorial es el ente encargado de velar por la aplicación del proceso asistencial del territorio. Debe designar un coordinador territorial del programa y está constituido por los referentes del programa de cada uno de los dispositivos que constituyen la unidad funcional.

Los registros de casos deben ser compartidos por todos los profesionales del territorio.

2. Designación de referentes de los dispositivos

En cada uno de los dispositivos se ha designado un profesional referente del programa. Estos referentes serán los responsables de garantizar la continuidad asistencial de los pacientes entre los diferentes dispositivos y acudir a las reuniones de trabajo. En su mayoría son psicólogos ya que son sobre todo las intervenciones psicológicas junto

con las sociales o comunitarias las más relevantes en el programa.

3. Creación del grupo de trabajo interno de BM CASM y diseño del proceso asistencial interno

Si bien existe un proceso asistencial territorial definido desde la unidad funcional de cada territorio, se ha creado un grupo de trabajo integrado por profesionales de los tres sectores de referencia, de diferentes categorías profesionales y de diferente tipología de dispositivos con el objetivo de adaptar las recomendaciones del *Consens per la millora de l'atenció a les persones amb trastorn psicòtic incipient*⁷ y concretarlas a nivel operativo: decidir escalas a pasar, periodicidad, comunicación entre centros, cartera de servicios del programa, creación de dirección de correo electrónico del programa, registro informático, etc.

Para facilitar la coordinación interna, se han habilitado unas direcciones de correo electrónico para agilizar la derivación de un dispositivo a otro y evitar posibles pérdidas de pacientes en el programa.

Definición del Proceso asistencial

Desde Benito Menni, se toma la decisión de que la atención de los pacientes del PAE TPI se realice por parte de todos los profesionales de la institución en lugar de disponer de un único equipo específico de profesionales, esta decisión está basada en:

- la atención de los pacientes está sectorizada por ABS independientemente del dispositivo donde esté siendo atendido. Esto significa que cada ABS tiene un profesional de referencia (psiquiatra, psicólogo/a, enfermera y trabajador/a

social) en cada uno de los dispositivos, facilitando así la transversalidad de cualquier proceso asistencial. De esta forma, el paciente estará siempre atendido por el mismo profesional en el CSMA, independientemente del programa en el que se incluya (pe: PAE TPI, programa TMS,...)

- la estructura del *Programa de Suport a la Primària* (PSP) desarrollada en los territorios que atendemos está basada en la sectorización anteriormente descrita. Los psiquiatras y psicólogos del CSMA realizan las primeras visitas en los ABS de referencia, junto con espacios de consultoría (donde se comentan de forma bidireccional los casos que son atendidos por los profesionales) y de formación. Todo ello con el objetivo de avanzar en la detección de cualquier patología relacionada con la salud mental y las adicciones

1. Detección y accesibilidad:

La detección de los posibles casos puede realizarse a diferentes niveles:

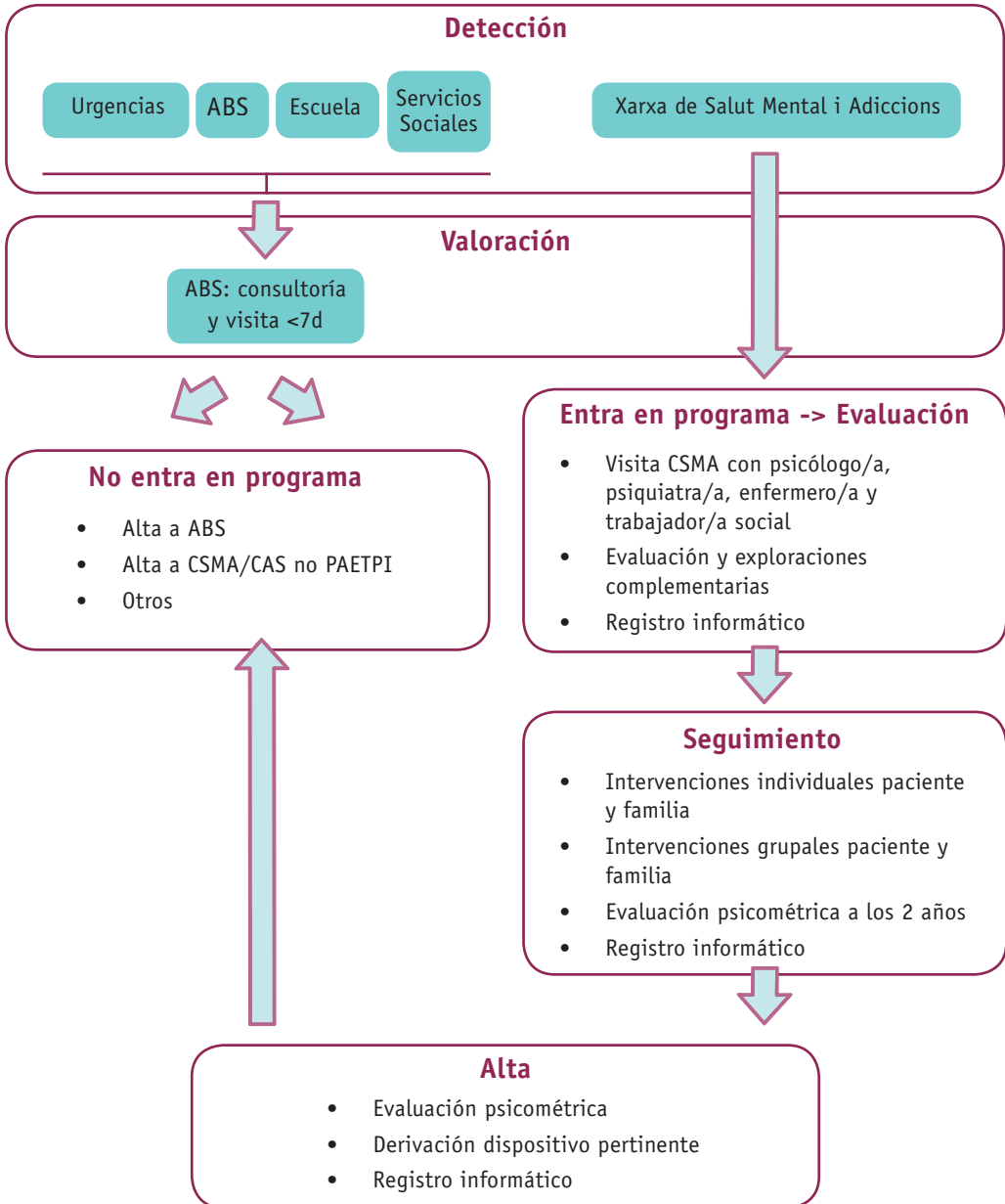
- Atención Primaria: los posibles casos PAE-TPI serán prioritarios en las reuniones de consultoría del PSP y, en el periodo de una semana, se programa una visita preferente con el psiquiatra (si se sospecha un primer episodio psicótico) o psicólogo/a clínico/a (si se sospecha de EMAR) referente en el mismo ABS. Una vez hecha la valoración se decidirá si es necesario la inclusión o no en el programa PAE-TPI. La escala aconsejada para la detección es el cuestionario Edie de Manchester.
- Servicios sociales: deberán informar al Médico de Atención Primaria referente y así seguir el circuito anteriormente descrito.
- Unidades de hospitalización de agudos, subagudos, hospitalización domiciliaria y

hospital de día: se incluye al usuario en el programa, realizando las intervenciones y las evaluaciones que correspondan, se informa al referente del programa y se hace constar en el informe de alta. En estos casos se asegura una visita en el CSMA de referencia en menos de una semana.

- Servicios de urgencias: el psiquiatra de guardia enviará un correo electrónico al CSMA de referencia informando del caso, para que siga el circuito establecido: si es un paciente que ya se está atendiendo a CSMA será visitado por el referente del paciente, a ser posible en menos de 7 días y si no está siendo atendido, se informará a los referentes del ABS del paciente para gestionar una primera visita.
- CSMA: se incluye al usuario en el programa y se inician las intervenciones establecidas.
- CAS: se realizará una primera valoración y se dará cita en CSMA para proseguir la evaluación y el seguimiento del paciente.
- CSMIJ: el paciente seguirá las intervenciones establecidas y en cuanto tenga que pasar a la red de salud mental de adultos, en las reuniones de coordinación o mediante el correo electrónico disponible, se procede a la derivación a la red de salud mental de adultos con el fin de favorecer la continuidad asistencial

En los casos en que sea necesaria la realización de un ingreso programado, ya sea parcial, total o en el domicilio, se deberá priorizar el ingreso de forma preferente, así como también deberá priorizarse su atención en los SRC y el CAS

Figura 3: Fuente propia



2. Valoración integral

Una vez se ha decidido que el paciente debe incluirse en el PAE TPI, se deberá recoger toda la información de carácter multidisciplinar mediante:

- a) Realización historia clínica completa por parte de psiquiatría, psicología, enfermería y trabajo social:
 - Motivo de consulta.
 - Antecedentes: Médico-quirúrgicos; toxicológicos; Historia del desarrollo: valorar administración escala complicaciones obstétricas de Lewy-Murray; Psiquiátricos familiares y personales; Sociobiográficos
 - Enfermedad actual, incluyendo duración periodo DUP y tratamientos ensayados.
 - Exploración psicopatológica actual.
 - Valoración enfermería
 - Valoración social
 - Valoración psicología
- b) Exploración y pruebas complementarias: solicitadas por psiquiatría, medicina familiar y comunitaria y enfermería. Las exploraciones complementarias se solicitarán en el dispositivo donde se valore que el paciente entra en el programa (ya sea unidad de agudos o a nivel ambulatorio)
 - Talla, peso, IMC y perímetro abdominal (inicial y anual)
 - Tensión arterial y frecuencia cardíaca (inicial y semestral)
 - ECG (previo al inicio o con cambios de tratamiento y semestral durante el tratamiento de mantenimiento)
 - Analítica completa con prolactinemia (inicial y anual)
 - TAC craneal (inicial y si hay cambios clínicos o signos alarma)
- c) Escalas:
 - Escala para la identificación de EMAR: Entrevista estructurada SIPS, la realizará el psicólogo clínico del CSMA
 - Evaluación neuropsicológica: la realizará el psicólogo clínico o neuropsicólogo del CSMA, SRC o HD. Se realizará un cribado mediante la escala SCIP. Posteriormente se valorará la necesidad de realizar una exploración neuropsicológica más completa en función de las necesidades del usuario (por ejemplo: si se debe realizar rehabilitación cognitiva mediante la plataforma informática "Neuron Up"¹¹, tendrá que pasar la batería indicada).
 - Evaluación psicopatológica:
 - a. BPRS: la realiza el psiquiatra del CSMA y en hospitalización (UA, USA, HDía o HAD) al ingreso y al alta
 - b. En función de la clínica predominante se podrá valorar la administración de escalas más específicas para cada patología (pe: PANSS, Hamilton de depresión, manía de Young,...)
 - Evaluación riesgos:
 - a) Efectos secundarios: UKU: realizada por enfermería de CSMA
 - b) Riesgo autolítico, consumo de tóxicos y presencia de trauma previo: evaluación durante la entrevista sin necesidad de pasar ninguna escala
 - Evaluación funcionalidad:
 - a) GAF: realizada por el psiquiatra del CSMA y en hospitalización (UA, USA, HDía o HAD) al ingreso y al alta
 - b) HONOS: realizada por enfermería del CSMA y en hospitalización (UA, USA, HDía o HAD) al ingreso y al alta
 - Calidad de vida: SF 36: escala autoaplicada (pero supervisada) La trabajadora social del CSMA la debe entregar / recoger al usuario

- Evaluación de la familia: Escala 19FQ: escala autoaplicada. El psicólogo de CSMA la debe entregar / recoger a la familia

Periodicidad de la administración de escalas: al inicio del programa, a los dos años y al final (teniendo 6 m para hacerlo en cada uno de los períodos).

3. Intervenciones terapéuticas

Todos los profesionales del equipo desarrollan su labor asistencial dentro de un marco biopsicosocial integral, orientado en un modelo asistencial de recuperación teniendo en cuenta la experiencia vivida por el paciente y su entorno.

Las intervenciones terapéuticas que se utilizan se basan en las mejores evidencias disponibles, tal como recomienda el PDS-MiA⁶, y en las aconsejadas por las guías clínicas de consenso.

Como líneas generales, las estrategias de intervención terapéutica a la población diurna del PAE-TPI incluyen:

- Intervenciones ubicadas en contextos lo más normalizados posibles y utilizando los recursos de cada comunidad.
- Coordinación entre todos los recursos del área para incrementar la potencia de las intervenciones basándose en todas las sinergias posibles.
- Especial énfasis en las intervenciones psicológicas, las familiares y sobre el abuso de sustancias.
- Intervenciones ágiles y rápidas, continuadas y atentas a los cambios que se vayan sucediendo.

El programa prevé la elaboración de un "Plan Terapéutico Individualizado" de carácter multidisciplinar en el que - de manera consensuada entre profesionales, el paciente y su familia- se expliciten las necesida-

des, objetivos a conseguir y estrategias para alcanzar los mismos, con revisiones periódicas. El PTI constituye la herramienta de trabajo básica para llevar a cabo las intervenciones de manera organizada e integral para incluir los aspectos médicos, psicológicos, funcionales, sociales y formativas-laborales. Como objetivos fundamentales se ha de plantear:

- Detección de necesidades para el cumplimiento del proyecto vital del paciente
- Control de síntomas y prevención de recaídas
- Exploración y abordaje del riesgo suicida
- Atención y abordaje de la comorbilidad
- Adhesión al tratamiento
- Efectividad del tratamiento
- Minimización de todos los efectos secundarios del tratamiento y farmacovigilancia
- Prevención y minimización del deterioro psicosocial y rehabilitación
- Psicoeducación individual y familiar
- Apoyo a las competencias personales.

En los pacientes EMAR se realiza evaluación psicológica y en función de las necesidades se determinan qué otros profesionales de CSMA o de la atención primaria es necesario que intervengan en el caso. La prioridad en este perfil es la vinculación, el seguimiento y las intervenciones comunitarias.

Uno de los objetivos de este programa es evitar la desvinculación de este perfil de usuarios, es por este motivo, que el trabajo principal será la vinculación y en el caso de que el paciente no acuda al dispositivo, se realizarán tareas intensivas de revinculación.

Estrategias de intervenciones psicológicas y sociales

Tal y como se ha comentado anteriormente todas las intervenciones realizadas están encaminadas a la recuperación del proyecto vital de la persona afecta y su familia, siendo por lo tanto necesario detectar cuáles son sus necesidades y expectativas para recuperar su nivel de actividad y establecer el abordaje psicológico y psicosocial más adecuado, utilizando todos los recursos territoriales necesarios, con independencia del dispositivo y de la entidad proveedora.

Las líneas de actuación principales serán:

- Potenciar la vinculación.
- Restablecer roles ocupacionales realistas (formativo, laboral y ocio) con el máximo de autonomía posible que permitan una recuperación integral a nivel comunitario.
- Monitorizar el posible riesgo de suicidio.
- Fomentar estrategias de afrontamiento al estrés y de prevención de recaídas: Se recomienda trabajar un plan de crisis y prevención de recaídas, alineado a un plan de decisiones anticipadas.
- Proporcionar psicoeducación y apoyo emocional al paciente y la familia. En distintos dispositivos de Benito Menni, para los pacientes se utiliza el programa "La Klave de Re" ^{8,9} con un módulo psicoeducativo, y otros módulos con distintos tratamientos psicológicos (terapia cognitiva, estrategias de afrontamiento al estrés, técnicas de regulación emocional, etc.) en formato de terapia de grupo. La intervención familiar se realiza tanto a nivel individual como grupal asistiendo a los talleres y sesiones del Programa PROENFA ¹⁰.
- Tratar la comorbilidad.
- Remarcar la importancia del tratamiento en el uso de sustancias.
- Mejorar los procesos neurocognitivos, la

cognición social y su impacto disfuncional. En los dispositivos de Benito Menni CASM, tenemos a nuestra disposición la plataforma de rehabilitación neurocognitiva "Neuron Up"¹¹, plataforma *on line* que permite la programación individualizada adaptada a las funciones cognitivas afectadas para cada usuario.

- Proporcionar herramientas para combatir el estigma y disminuir al máximo la autoestigma.
- Establecer una continuidad durante el período crítico.

Estrategias farmacológicas

El tratamiento farmacológico se prescribe siempre como una estrategia terapéutica dentro de un plan integral de intervención que considera las necesidades individuales de cada paciente en sus diferentes aspectos: emocional, clínico y social.

Estrategias en prevención y educación para la salud

Trabajo en las visitas de la necesidad de hábitos saludables tanto a nivel alimentario, como de higiene, sueño y actividad física.

Trabajo en la prevención de consumo de sustancias psicoactivas así como prevención de recaídas en el consumo y mantenimiento de la abstinencia.

Registro informático

Todas las evaluaciones realizadas deben quedar registradas en el aplicativo informático de Benito Menni SAVAC, de forma que puedan ser consultadas por todos los pro-

fesionales que deban intervenir en el caso.

Se ha creado una base de datos para cada territorio para poder registrar todos los casos que se incluyan en el PAE TPI, siendo responsabilidad de los referentes del programa su actualización. En ella se incluyen datos referentes a la accesibilidad del programa (fechas de derivación, visita, servicio que detecta,..), categoría (EMAR, 1er episodio, período postcrítico), evaluación realizada (al inicio del programa, a los dos años y en el momento del alta) y motivo del alta.

Indicadores de resultado

Al encontrarnos en una fase de reclutamiento de los pacientes por el inicio reciente del programa nos centraremos en los indicadores de accesibilidad:

- Número de casos por año y territorio
- Número de pacientes atendidos en menos 7 días desde la derivación / número total de pacientes en PAE TPI
- Número de pacientes atendidos en menos 14 días desde la derivación / número total de pacientes en PAE TPI
- Número de pacientes con evaluación inicial realizada en <6m / número total de pacientes en PAE TPI
- Número de casos según categoría: EMAR, 1er episodio, período postcrítico
- Número de pacientes con PTI realizado en <6m / número total de pacientes en PAE TPI

Resultados

Unidades funcionales territoriales y comités de seguimiento

1. Unidad funcional de L'Hospitalet de Llobregat

L'Hospitalet de Llobregat tiene 12,49 kilómetros cuadrados, está situada en la llanura litoral y pertenece a la comarca catalana del Barcelonès, entre los municipios de Barcelona, Esplugues, Cornellà y El Prat, en el margen izquierdo del río Llobregat. Administrativamente, L'Hospitalet se divide en 6 distritos y 13 barrios.

Es el segundo municipio de Cataluña en número de habitantes, con 269.903 ciudadanos (31 de diciembre de 2018). Fuente: Padrón municipal del Ayuntamiento de L'Hospitalet (datos provisionales pendientes del INE). Con una densidad de población de 21610 habitantes/km².

El talante de acogida que caracteriza la ciudad está determinado por el origen de su población: el 46,82% es nacida en Cataluña, el 21,60% procede de otras comunidades autónomas y el 31,56% ha nacido en el extranjero.

La Unidad Funcional se ha organizado con miembros de los equipos del territorio: CSMA de l'Hospitalet (Benito Menni CASM), que atiende el territorio de Hospitalet Centro y Sur, CSMA de l'Hospitalet (ICS), que atiende población de l'Hospitalet Norte, CSMIJ (Fundación Orienta) que atiende la población infanto-juvenil de todo el territorio de l'Hospitalet, CAS (Benito Menni CASM) y SRC (Benito Menni CASM), ambos dispositivos atienden población de todo el territorio de l'Hospitalet.

La Unidad Funcional de l'Hospitalet, se reúne mensualmente y se han tratado los temas siguientes:

- Detección y coordinación de los casos del territorio.
- Seguimiento del programa: registro de nuevos casos, y seguimiento de los pacientes que requieren un mayor soporte para su vinculación (Programa de Servicios Individualizado), o de aquellos que requieran una hospitalización (domiciliaria, o en hospital de día o de agudos).
- Realización de dípticos informativos para facilitar la difusión y detección (Atención Primaria, Servicios sociales, Institutos, etc.)
- Realización de actividades formativas para facilitar la detección e intervención precoz. Estas sesiones se han empezado a realizar en las ABS tanto con pediatras, médicos de atención primaria, equipo de enfermería y trabajadores sociales. Asimismo se irán realizando sesiones formativas a los Equipos de Atención Psicopedagógicas y Servicios sociales
- Organización de jornadas científicas

2. Unidad Funcional de Sant Boi de Llobregat

El Área de Gestión Asistencial 64 corresponde al Baix Llobregat Litoral y Sant Boi, e incluye los municipios de Sant Vicenç dels Horts, Santa Coloma de Cervelló, Torrelles de Llobregat y Sant Boi de Llobregat.

Cuenta con una población de 124.929 habitantes en 2018 según fuentes del IDES-CAT (Instituto de Estadística de Cataluña). En Sant Boi de Llobregat se encuentran los dispositivos de hospitalización psiquiátrica de Benito Menni CASM - Unidad de Agudos, Subagudos, Unidad de Agudos y Subagudos de Adolescentes-, así como los servicios am-

bulatorios de atención a adultos - CSMA de Sant Boi, Hospital de día, CAS, Hospitalización a domicilio, SRC - todos ellos dependientes de Benito Menni, CSMIJ de Sant Boi y Hospital de día Infanto-Juvenil de Gavà (pertenecientes a la Fundación Orienta).

La Unidad Funcional se ha organizado con miembros de los equipos del territorio: CSMA de Sant Boi (Benito Menni CASM), CAS Sant Boi (Benito Menni CASM), Servicio Rehabilitación Comunitario Sant Boi (Benito Menni CASM) y CSMI Sant Boi (Fundación Orienta).

La Unidad Funcional de Sant Boi ha iniciado las reuniones en el último trimestre de 2019 de cara a llevar a cabo los objetivos iniciales del programa:

- Detección y coordinación de los casos del territorio: registro de nuevos casos y especial atención a mantener continuidad asistencial entre los diferentes dispositivos implicados y favorecer seguimiento de los pacientes que requieren un mayor soporte para su vinculación (Programa de Servicios Individualizado), o de aquellos que requieran una hospitalización (domiciliaria, o en hospital de día o de agudos).
- Realización de actividades formativas en profesionales de los distintos dispositivos de la red de salud mental implicados para difundir el programa.
- Se han iniciado sesiones formativas en las ABS tanto con pediatras, médicos de atención primaria, equipo de enfermería y trabajadores sociales de cara a facilitar la detección e intervención precoz. Quedan pendiente de organizar sesiones formativas a los Equipos de Atención Psicopedagógicas y Servicios sociales

3. Unidad funcional del Vallès Oriental

El Vallès Oriental es una comarca de la provincia de Barcelona, su capital es Granollers. Tiene una superficie de 851.0 km² y está dividida en 39 municipios. Con el Vallès Occidental forma la gran comarca natural del Vallès.

El Vallès Oriental es una comarca con un importante componente rural (su densidad poblacional es de 516,5 hab/km²), en la cual hay dos puntos de máxima densidad de población: los municipios de Mollet y de Granollers.

Las características sociodemográficas de la población del Vallès Oriental según el Registro Central de Asegurados de 2015 son los siguientes:

- Total Vallès Or. Central 246.912
- Baix Vallès 138.911
- Baix Montseny 53.698
- Total Vallès Oriental 439.521

El sector sanitario del Vallès Oriental está formado por tres Áreas de Gestión Asistencial: la del Vallès Oriental Sector Central, la del Baix Vallès y la del Baix Montseny.

La Unidad Funcional se ha organizado con miembros de los equipos del territorio: CSMA, CAS y SRC de Granollers (Benito Menjí CASM) y CSMIJ de Granollers (Sant Joan de Déu), que atienden el territorio de Vallès Oriental Central y Baix Montseny, y CSMA, CAS y SRC de Mollet (Hospital de Mollet) y CSMIJ Mollet (Sant Joan de Déu), que atienden población del Baix Vallès.

En el territorio del Vallès Oriental el comité operativo de la Unidad Funcional se ha podido reunir en tres ocasiones (durante el año 2019). Estas reuniones han servido para establecer alianzas con otros proveedores y evitar duplicidades.

Las siguientes acciones son las que se han podido poner en marcha hasta la fecha:

- Se han puesto en marcha dos grupos de trabajo, uno para desarrollar la formación a la Atención Primaria y otro para la identificar los grupos específicos ya existentes y el diseño de nuevos grupos en función de las necesidades detectadas en el territorio.
- Se ha consensuado el tipo de formación que se tendría que impartir a los profesionales de la especializada.
- Se han consensuado los procesos de derivación, intervención y evaluación, estableciéndose los puntos en común y diferentes entre los diferentes proveedores del territorio. Asimismo se han definido los procesos de coordinación CSMA-CSMIJ.
- Para favorecer la coordinación entre los diferentes profesionales de la unidad funcional se ha acordado la creación de una plataforma de comunicación, el "Xatsalut".
- Se han establecido puntos en común y diferentes en el registro de pacientes
- Se ha iniciado la elaboración de un documento de la UF VO del PAETPI
- Se ha presentado el programa a los profesionales de la especializada en el Vallès Oriental Central y Baix Vallès y en CSMA Granollers por ahora se han identificado 45 pacientes para incluir en el PAETPI.

Conclusiones

Aunque se está en un estadio muy inicial de la implementación del PAETPI, la creación de las Unidades Funcionales ha permitido mejorar el conocimiento mutuo entre los profesionales del territorio, cosa que incide en favorecer la coordinación sobre los casos, y facilita la accesibilidad a los dispositivos. Las reuniones están permitiendo también desarrollar un lenguaje común y compartido. Está suponiendo un proceso creativo en el

que se aúnan conocimientos y experiencia, todo en beneficio de un trabajo colaborativo, que es uno de los valores fundamentales que subyacen al PAETPI. Ejemplos del trabajo colaborativo es el proyecto en el Baix Vallés de realizar un grupo psicoterapéutico conducido por profesionales tanto de CSMIJ como de CSMA, con pacientes de los dos dispositivos; así como la realización conjunta de sesiones de formación a la atención primaria por parte de profesionales de los dos dispositivos.

Existen también una serie de retos con los que nos hemos enfrentado. En primer lugar, el no tener una única plataforma de registro de casos dificultará la comunicación y el seguimiento de casos. La necesidad de protección de datos impide elaborar registros que podamos compartir.

En segundo lugar, existe poca homogeneidad de los recursos. Es decir, existen sectores que han tenido una financiación total del proyecto, mientras que otros sectores no la han recibido. Esto supone un aumento de la presión asistencial de los recursos comunitarios y dificulta la aplicación del programa. Además, si en la misma Unidad Funcional, dos sectores tienen recursos diferentes se establecen dos velocidades de aplicación del programa, dificultando la consecución de los objetivos de la misma.

En último lugar, la falta de formación de los equipos de salud mental también puede afectar la implementación del programa. En la actualidad, un número reducido de profesionales están acudiendo a sesiones de formación organizadas por la Comisión Pedagógica y de Seguimiento del PAETPI y éstos profesionales a su vez formarán al resto de los equipos de los diferentes dispositivos.

De cara a los próximos meses se realizará la formación de servicios sociales, servicios de jóvenes y servicios de asistencia psico-

pedagógica en las escuelas e institutos. Se ha iniciado un registro de los casos y en breve se prevé la implementación del programa que podrá comenzar a ser evaluado.

Como conclusión, el Programa PAE-TPI supone un reto para poder avanzar en la detección e intervención precoz de pacientes que, con el procedimiento habitual, podían pasar desapercibidos por la red de salud mental, y por tanto de la oportunidad de poder beneficiarse de aquellos tratamientos que han demostrado ser eficaces para mejorar su pronóstico y funcionalidad.

Un reto además que implica la mejor coordinación entre todos los dispositivos y proveedores implicados, así como un trabajo de consensuar las líneas directrices más importantes para la agilidad del mismo.

Con el desarrollo del programa, esperamos obtener unos resultados de eficacia a la hora de mejorar la calidad de vida y funcionalidad de los pacientes y sus familias.

Agradecimientos

A la Dra. Clara Bosque, quien ha realizado una lectura crítica con aportaciones valiosas al documento. A Jessica Sanchez, por su ayuda en la traducción al inglés del resumen. Y a todo el equipo de Benito Menni que ha participado en la realización de los protocolos que se describen en el documento.

Referencias

1. VALLINA O, LEMOS S. (2012) Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis. *Apuntes de psicología*, 30, 435-457.
2. Servicio Andaluz de Salud. (2010). Detección e intervención temprana en las psicosis. Consejería de Salud. ISBN 978-84-693-6802-2. Área de Dirección de Organizaciones Sanitarias. Escuela Andaluza de Salud Pública
3. OMS & IEPA (aut). (2005) An International Consensus Statement about Early Intervention and Recovery for Young People with Early Psychosis [Informe]: World Health Organization & International Early Psychosis Association.
4. MCDAID D, PARK A, IEMMI V, ADELAJA B, KNAPP M. Growth in the use of early intervention for psychosis services: An opportunity to promote recovery amid concerns on health care sustainability. Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science 2016
5. ARANGO C, CRESPO-FACORRO B, CUESTA M, GONZALEZ-PINTO A, GUTIERREZ JR, LALUCAT LL, SANJUAN J (todos ellos constituyen el Comité Asesor). (2018) Libro blanco de la Intervención Temprana en Psicosis en España.
6. Generalitat de Catalunya. PLA DIRECTOR DE SALUT MENTAL I ADDICCIONS 2017-2020, Departament de Salut.
7. GENERALITAT DE CATALUNYA (2018). Consens per la millora de l'atenció a les persones amb trastorn psicòtic incipient. Departament de Salut.
8. UGAS L, RIBAS J (coord.) (2016) La Klave de Re. Psicoeducación y terapia cognitiva. Versión adaptada a programa Activa't per la Salut Mental. Manual para el terapeuta y Cuaderno para el paciente. Diversos col·laboradors i revisors. Edició: Salut Mental Catalunya. Núm. Dipòsit Legal B 24396-2016
9. UGAS L (2017) Psicoeducación y terapia cognitiva para la recuperación de la esquizofrenia. *Informaciones psiquiátricas*, nº227, pp 43-54.
10. ROJO E y colaboradores. (2016) Guía didáctica programa PROENFA. Activa't per la Salut Mental.
11. <https://www.neuronup.com/es/>

EL PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LA ATENCIÓN A PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS: EXPERIENCIA EN EL PAE-TPI DE HOSPITAL SAGRAT COR

Fernando Boatas

CSMA Martorell.

Programas PAE-TPI. Hospital Sagrat Cor de Martorell.

fboatas.hsagratcor@hospitalarias.es

Águeda Solivellas

CSMA Sant Feliu de Llobregat.

Programas PAE-TPI. Hospital Sagrat Cor de Martorell.

Montse Guitart

CSMA de Berga.

Programas PAE-TPI. Hospital Sagrat Cor de Martorell.

Pilar Muley

CSMA de Vilafranca.

Programas PAE-TPI. Hospital Sagrat Cor de Martorell.

Rosa Almiñana

CSMIJ de Martorell y de Molins de Rei.

Programas PAE-TPI. Hospital Sagrat Cor de Martorell.

Resumen

Los Programas de Atención Específica a los Trastornos Psicóticos Iniciales (PAE-TPI) se han generalizado en los servicios de salud mental, siendo hoy en día algo imprescindible. El Programa de Atención de Trastornos Psicóticos Incipientes de Sagrat Cor se desarrolló a finales de 2017 en el marco estratégico definido en el Pla de Salut del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Ante un primer episodio psicótico un paciente es necesaria una intervención precoz que evite el deterioro psicosocial y prevenga las recaídas, y esta sólo puede sustentarse en un diagnóstico precoz.

En el medio actual, los servicios de Atención Primaria constituyen la puerta de entrada al entorno sanitario y la Atención Primaria debería ser capaz de detectar los trastornos psicóticos lo más precoz posible, pero la realidad es que aún resulta un nivel de detección insuficiente.

Desde el PAE-TPI de Sagrat Cor se han implementado estrategias a incrementar la capacidad de detección precoz de la psicosis desde Atención Primaria basadas en una doble intervención de informativa y formativa.

Palabras clave: primer episodio psicótico, atención primaria.

THE ROLE OF PRIMARY CARE IN THE ATTENTION TO FIRST PSYCHOTIC EPISODES: EXPERIENCE IN THE PAE-TPI OF HOSPITAL SAGRAT COR

Abstract

Programs of Specific Attention to Initial Psychotic Disorders (PAE-TPI) have become widespread in mental health services, being today something essential. The Program of Attention of Incipient Psychotic Disorders of Sagrat Cor was developed at the end of 2017 in the strategic framework defined in the Salut Department of the Department of Health of the Generalitat de Catalunya.

Before a first psychotic episode a patient is needed an early intervention that prevents psychosocial deterioration and prevents relapses, and this can only be based on an early diagnosis.

In the current environment, Primary Care services are the gateway to the healthcare environment and Primary Care should be able to detect psychotic disorders as early as possible, but the reality is that there is still an insufficient level of detection.

From the PAE-TPI of Sagrat Cor, strategies have been implemented to increase the capacity for early detection of psychosis from Primary Care based on a double informative and formative intervention.

Key Words: first psychotic episode, primary care.

La atención a la psicosis incipiente

Desde mediados de la década de los noventa, el estudio y la atención de las enfermedades mentales se fue dirigiendo hacia la detección e intervención en sus fases precoces convirtiéndose en uno de los principales objetos actuales de esfuerzos asistenciales, empleo de recursos y temas investigación en salud mental. (1)

En las psicosis, y en particular en la esquizofrenia, el interés por el conocimiento y tratamiento de sus fases de inicio responde a la evidencia de la enorme influencia de las medidas terapéuticas tempranas en el curso evolutivo de la enfermedad. (2)

Tras la recuperación de un primer episodio psicótico hay un «periodo crítico» que se extiende entre los 3-5 años siguientes que se considera una fase de alta vulnerabilidad. Está demostrado que mantener un tratamiento continuado durante este periodo de vulnerabilidad proporciona un mejor pronóstico y disminuye el riesgo de deterioro y complicaciones. La detección y tratamiento precoz de los trastornos psicóticos tiene, por tanto, una relación directa con la evolución, la prevención de recaídas y el pronóstico de la enfermedad.(2)

Es indiscutible que debe iniciarse un tratamiento efectivo con un paciente psicótico en su primer episodio que incluya una atención especial, un seguimiento cercano, un contacto con su familia y en definitiva crear una estructura asistencial a su alrededor que evite el deterioro psicosocial y prevenga las recaídas.

Los primeros episodios psicóticos tienen lugar en el final de la adolescencia o principios de la edad adulta, y afectan a la adaptación laboral y social de los pacientes. También en esta fase temprana es cuando

las familias deben adaptarse a la nueva situación. El reconocimiento y diagnóstico durante la fase más temprana posible del episodio psicótico manifiesto y de otros trastornos relacionados podrían contribuir en buena medida a retardar la recaída y a prevenir el deterioro psicosocial.

Desde hace varios años se han desarrollado planes de intervención ante trastornos psicóticos incipientes (TPI) que han cristalizado en un número considerable de programas de intervención tanto en los primeros episodios de psicosis como de cara a las fases prodrómicas y estados de alto riesgo (EMAR), basados en estrategias de prevención y de diagnóstico precoz. (3)

Los Programas de Atención Específica a los Trastornos Psicóticos Iniciales (PAE-TPI) se han generalizado en los servicios de salud mental, siendo hoy en día algo imprescindible.

Desde la OMS se recomendó que los programas de detección precoz de la psicosis se favorecieran como acciones prioritarias de salud y en esta línea, desde el Plan Director de Salud Mental y Adiciones del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya se recogieron sus directrices, convirtiendo en prioritaria la atención al TPI. (4)

Desde el citado Plan de Salud, se recogió el objetivo de crear en las carteras de servicios de los Centros de Salud Mental, unos equipos polivalentes con capacidad de dar una respuesta rápida de atención a las personas con psicosis incipiente y que ejercieran una labor proactiva en la detección precoz, identificando personas de riesgo y ofreciendo unas intervenciones preventivas.

En el año 2007 se iniciaron 12 pruebas piloto con sendos equipos PAE-TPI que demostraron buenos resultados en accesibilidad, eficacia, seguridad e idoneidad.

En 2017, desde el Departamento de Salud se establecieron las directrices para que en las carteras de servicio de todos los territorios de Catalunya se crearan estos equipos de atención específicos PAE-TPI y que toda la población pudiera acceder a ellos. (5)

El PAE-TPI en Hospital Sagrat Cor

En servicios asistenciales de Sagrat Cor, Serveis de Salut Mental, existía un programa de atención a la psicosis incipiente (Programa Asistencial para Primeros Episodios Psicóticos (PAPEP), creado en 2008 con recursos propios, con la intención de optimizar el tratamiento de la psicosis en sus fases precoces. (6) Con las medidas impulsadas desde el Departamento de Salud, entre las que se incluía dotación en recursos, el modelo original se transformó en un programa con las características comunes a otros PAE-TPI.

El Programa de Atención de Trastornos Psicóticos Incipientes de Sagrat Cor se desarrolló a finales de 2017 con objetivos clave (7):

- mejora de la detección precoz
- mejora de la accesibilidad al servicio
- mejora de la valoración clínica
- mejora de las intervenciones específicas
- organización de los equipos y servicios implicados en el proceso asistencial
- creación de sistemas de registro e indicadores para la evaluación del programa

Tal como se marcaba en la Guía de desarrollo de PAE-TPI de 2011, se establecieron 4 unidades funcionales, una por territorio asignado a Sagrat Cor y situados en los CS-MAs.(tabla 1)

Tabla 1. Programas PAE-TPI en Sagrat Cor

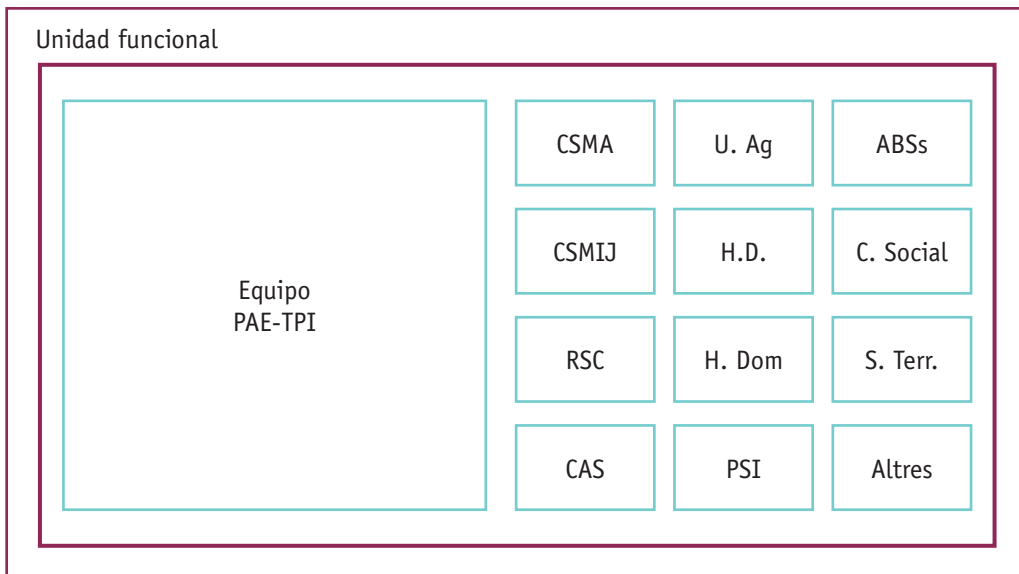
Territorio	Población	
Baix Llobregat Nord	159.367 hab.	PAE-TPI , Unidad Funcional Bx. LL Nord
Baix Llobregat Centre	114.217 hab.	PAE-TPI , Unidad Funcional Bx. LL. Centre
Alt Penedès	96.896 hab.	PAE-TPI , Unidad Funcional A. Penedès
Berga	38.426 hab.	PAE-TPI , Unidad Funcional Berga

Los equipos PÂE-TPI se formaron con un equipo multidisciplinar compuesto de profesionales de psiquiatría, psicología, enfermería y trabajo social. Este equipo básico constituiría con los otros servicios y agentes de salud del territorio, la Unidad Funcional, coordinada desde el equipo PAE-TPI. Esta distribución en

Unidad Funcional ya veía definida también por la Guía de PAE-TPI 2011. (7)

En la Unidad Funcional se incorporan referentes de CSMA, CSMIJ, SRC, CAS, PSI, Unidades de Hospitalización, Servicios de Urgencias, Hospitales de Día adultos e infantojuvenil, Club social y Atención Primaria. (tabla 2)

Tabla 2. Esquema de las Unidades Funcionales del PAE-TPI



Uno de los aspectos claves de la actividad de las Unidades Funcionales del PAE-TPI es la detección precoz de los trastornos psicóticos incipientes en los diferentes medios en los que aparecen y pueden ser reconocidos, para así facilitar el acceso al Programa.

Las estrategias facilitadoras en esa detección indefectiblemente deben pasar por incrementar el conocimiento sobre los trastornos mentales y en particular sobre las manifestaciones clínicas y características de los TPI entre la población general y, especialmente, entre los profesionales sanitarios de los lugares de consulta de población juvenil: atención primaria, servicios sociales, ámbito educativo y otros espacios de contacto de población juvenil.

Es por eso que desde el PAE-TPI de Sagrat Cor apostó desde el primer tiempo de desarrollo del programa la necesidad de dotar a los profesionales de los diferentes niveles del sistema sanitario de los conocimientos y habilidades suficientes para la detección precoz de la psicosis.

El papel de la atención primaria en la psicosis incipiente

Es evidente que, en la práctica, uno de los principales problemas en el tratamiento de la psicosis es el retraso en el diagnóstico y en el inicio de las medidas terapéuticas. El tiempo transcurrido desde las primeras manifestaciones y el inicio del tratamiento debe ser mínimo pues su dilatación implica peor pronóstico.

En el medio actual, los servicios de salud primaria constituyen la puerta de entrada al entorno sanitario y la Atención Primaria debería ser capaz de detectar los trastornos psicóticos lo más precoz posible.

Existe literatura médica suficiente que avala este argumento, pero la realidad es que aún resulta un nivel de detección insuficiente, en parte por la propia complejidad de la patología mental. (8)

Goldberg y Huxley (9), en su ya clásico "Mental Illness in the community", propusieron un modelo cinco niveles en el proceso asistencial en salud mental. El **primer nivel** engloba a la población general en el medio comunitario en el que existe un considerable número de personas con síntomas psiquiátricos y/o psicopatológicos. El **segundo nivel** es el subconjunto de personas con síntomas que buscan ayuda en atención primaria. El **tercer nivel** lo constituyen las personas en las que el médico de AP ha identificado patología psiquiátrica. De esas, algunas son diagnosticadas y derivadas a tratamiento a los servicios de Salud mental, y constituyen el **cuarto nivel**. Y el **quinto nivel** están aquellos que, ya en servicios de salud mental, son atendidos y tratados en servicios aún más específicos como unidades de hospitalización o programas especiales para pacientes.

Siguiendo a Goldberg y Huxley, el desplazamiento por estos niveles depende de cuatro aspectos (ellos lo llaman filtros): las características del paciente, las características clínicas, las habilidades del médico y las barreras sistémicas. La combinación de ellos determinará si un paciente pasa al siguiente nivel.

En el caso de jóvenes con primeras manifestaciones psicóticas, el proceso se hace más complejo con saltos de nivel y la aparición con frecuencia de servicios de urgencia, pero un alto porcentaje sigue respondiendo a ese sistema y pasan de un malestar en el primer nivel, el comunitario, percibido por ellos mismos o su entorno al segundo nivel, en atención primaria.

En el paso del primer nivel (población general) al segundo influyen sobre todo las estrategias sociopolíticas en salud que faciliten la disponibilidad de recursos y la accesibilidad, pero del segundo (dentro de Atención Primaria) al tercero (detección y diagnóstico de patología en AP) y de este al cuarto nivel (derivación a salud mental) el médico de familia y la estructura asistencial de Atención Primaria son factores clave.

La literatura médica al respecto es escasa, con una notable falta de investigación sobre el papel de los médicos de familia en la atención a la psicosis incipiente, la mayoría basados en encuestas a médicos de cabecera y datos administrativos. (10)

Un reciente trabajo canadiense cifra en aproximadamente un 30% los pacientes identificados en Primaria como primer episodio psicótico. Pero otro 30% adicional, diagnosticado en niveles terciarios (en salud mental) había tenido contactos previos

con un médico de atención primaria en los 6 meses anteriores al primer diagnóstico de psicosis. (11)

En nuestro medio, el reciente Libro Blanco de la Intervención Temprana en la Psicosis en España refleja las derivaciones desde AP a los programas y todo que el resultado es elevado (59% de pacientes procedentes de AP), los autores señalan que la mayoría parecen ser simples pasos puntuales y no derivaciones promovidas y coordinadas. Ajustando este dato, las tasas de derivación habitual bajan a un 43 % global en los Programas situados en los CSMA y a un alarmante 0% en los Programas con base hospitalaria. (12)

En los programas PAE-TPI de Sagrat Cor, y tras el primer año de funcionamiento, observamos un significativamente bajo en el porcentaje de derivaciones al programa procedentes de AP. (tabla 3)

Tabla 3. Derivaciones a los programas PAE-TPI de Sagrat Cor desde AP

Unidad Funcional PAE-TPI	Derivaciones 2018	Derivaciones desde AP	% derivaciones desde AP
Baix Llobregat Nord	20	1	5%
Baix Llobregat Centre	21	2	9,5%
Alt Penedès	8	4	50%
Berga	23	0	0%
TOTAL	72	7	9,7%

Algunos artículos informan que los jóvenes con psicosis pero que han buscado ayuda en médicos de Primaria pueden tener tiempos más largos en iniciar tratamiento especializado, circunstancia que se atribuye a los problemas genéricos con derivaciones y tiempos de espera pero también con las dificultades de los médicos de reconocer que se trata de síntomas incipientes de psicosis. Por otro lado, cuando el médico de cabecera participa activamente en el proceso de atención y derivación, se reducen las probabilidades de que la entrada al sistema de atención sea por caminos abruptos (ingresos urgentes, crisis en domicilios, intervenciones involuntarias..). (10)

Algunos programas de primeros episodios han detectado que existe también un considerable grupo de pacientes con psicosis inicial que permanecen largo tiempo en tratamiento en Primaria y que sugeriría que, al menos algunos de estos jóvenes, pueden contenerse bastante bien en el medio asistencial primario. (10, 13)

Todo esto obliga a considerar que la Atención Primaria ejerce un papel importante en la atención a primeros episodios psicóticos, que pueden atenderse jóvenes en etapas muy tempranas de la enfermedad y que con una mejora en el filtro de “habilidades del médico” podría permitirse el reclutamiento precoz de primeros episodios y el inicio temprano del tratamiento.

Los resultados desalentadores de derivaciones desde Atención Primaria en nuestros programas PAE-TPI (9%.) fueron objeto de análisis y evaluación en el Plan de Seguimiento. Los motivos de estos resultados fueron revisados en reuniones conjuntas AP/SM y se categorizaron en cuatro circunstancias:

- Falta de información sobre el Programa PAE-TPI
- Falta de conocimiento sobre síntomas tempranos de psicosis
- Fallos en el proceso de continuidad asistencial
- Rechazo del propio paciente a ser derivado a SM

Era apreciable que en gran medida, los factores influyentes eran atribuibles a el desarrollo propio del PAE-TPI y, por ende, modificables. Desde de Sagrat Cor se establecieron estrategias dirigidas por un lado a una mejor difusión de la actividad asistencial y por otro, a incrementar la capacidad de detección precoz de la psicosis desde Atención Primaria. El planteamiento pasaba por aumentar el grado de conocimiento de la psicosis y de su sintomatología en fases incipientes, proporcionar herramientas y habilidades óptimas de detección y, como medida fundamental, optimizar al máximo los procedimientos de derivación y acceso al programa. Se trataba, en definitiva, de dar contenido a las tres primeras áreas clave del PAE-TPI, adaptadas el entorno de AP (mejora de la detección por parte de AP, mejora de la valoración clínica de posibles casos detectados en AP y mejora de la accesibilidad al PAE-TPI desde AP) y que se solapaban con las necesidades expresadas por los propios profesionales de AP en reuniones de análisis.

En el año 2019 se establecieron unas líneas estratégicas en los programas PAE-TPI que reflejaran esas necesidades detectadas y que resolvieran las deficiencias evidenciadas. Se establecieron dos líneas que obviamente se complementaban: informativa y formativa. Se programaron y realizaron acciones estratégicas:

- difusión de información sobre el TPI y el Programa
- Formación sobre psicosis incipiente y herramientas de cribaje en la detección
- formación sobre abordaje asistencial de TPI en Atención Primaria

De forma resumida, entre las estrategias de difusión de la información se incluye la elaboración de un díptico específico para AP con datos claros sobre el TPI, el Programa y flujos de derivación, creación de un sistema de derivación inmediato a PAE-TPI con garantía de respuesta en 24-72 horas, incorporación de referentes de AP en la Unidad Funcional, estrategias de coordinación de seguimiento conjunto de pacientes incluidos en Programa, implicación de referentes de los programas de apoyo PSP en las detección precoz y la coordinación con AP.

Entre las estrategias de formación en TPI y cribaje en la detección se realizaron sesiones formativas sobre psicosis, formación sobre valoración de EMAR, difusión de he-

rramientas diagnósticas accesibles (Cuestionario EDIE).

En la formación sobre el abordaje asistencial de pacientes con psicosis en AP se programaron formaciones específicas sobre la atención, el seguimiento y la intervención de los profesionales de AP en pacientes con psicosis. Esta formación se incluye en el Programa Formativo anual que se imparte en el marco del PSP. Se exponen las líneas básicas en la siguiente tabla. (14, 15) (tabla 4)

En definitiva, la literatura médica y la práctica nos informan de la importancia estratégica de la Atención Primaria en la atención al TPI. Los médicos de familia pueden ser los que primero vean a estos jóvenes en etapas muy tempranas de la enfermedad y desde sus consultas ejercer una labor asistencial que vaya más allá de la derivación a SM y se conviertan en otros agentes más, dentro de la estructura asistencial a primeros episodios (16)

Tabla 4. Actuaciones propuestas con pacientes psicóticos en AP

Actuaciones desde AP con pacientes psicóticos
Identificación de síntomas prodrómicos y de crisis
Evaluación global de estado de salud general
Seguimiento de evolución de paciente y entorno familiar
Seguimiento de psicofarmacología: cumplimiento y secundarismos
Coordinación de casos AP/PAE-TPI

Conclusiones

Es evidente que la psicosis incipiente requiere un manejo asistencial oportuno desde el primer indicio y debe proporcionarse a las personas con sintomatología sospechosa un acceso rápido al tratamiento y/o seguimiento en atención especializada.

Los programas PAE-TPI dispuestos desde el Departamento de Salud por todo el territorio son la mejor garantía para prevenir las consecuencias clínicas, sociales, educativas y laborales de una psicosis no tratada.

Por otro lado, se ha subestimado la importancia de los médicos de familia en la detección e intervención precoz.

La participación de Atención Primaria en el tratamiento de los TPI requiere una actitud proactiva, tanto desde AP como desde SM, dada la complejidad de los pacientes y la necesidad de disponer de conocimientos y habilidades específicas en la detección y en el manejo de pacientes con TPI, la mayoría de las veces jóvenes con poca disposición a iniciar tratamientos en Salud Mental.

Es necesario que desde los PAE-TPI se realicen actividades específicas, informativas y formativas, que mejoren las habilidades desde AP en la detección precoz de casos y en la gestión y asistencia de los mismos, dado que su papel debe ser más ambicioso que simples niveles de detección y derivación a niveles asistenciales más especializados.

El anteriormente citado Libro Blanco de la Atención a la psicosis Temprana en España es categórico en una de sus conclusiones: entre las posibles barreras para el funcionamiento de los programas está la falta de recursos y/o formación en Atención Primaria para una detección precoz de la psicosis así como una falta de coordinación.

Así mismo, es necesario que se realicen estudios más específicos de los patrones de

uso de la atención primaria de los jóvenes con primeros episodios psicóticos que vayan más allá de encuestas o datos administrativos de atención y derivaciones y que permitan conocer los factores que dificultan la detección precoz en Primaria, la gestión efectiva de los casos, la derivación inmediata y su función como integrante de Unidades Funcionales de atención a los trastornos psicóticos incipientes.

Bibliografía

1. An International Consensus Statement about Early Intervention and Recovery for Young People with Early Psychosis. Ed. OMS & IEPA. World Health Organization & International Early Psychosis Association, 2005.
2. Larsen Tor K. Early Detection of First-Episode Psychosis: The Effect on 1-Year Outcome Schizophr. Butlletin. 2006; 32: 758-764.
3. Guia de desenvolupament del programa d'atenció específica al trastorn psicòtic incipient del PDSMIA. Dep. de Salut. Generalitat de Catalunya. 2011.
4. Pla de Salut de Catalunya 2011-2015. Dep. de Salut, Generalitat de Catalunya. Barcelona 2012.
5. Consens per a la millora de l'atenció a les persones amb Trastorn Psicòtic Incipient. . Dep. de Salut, Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Barcelona, 2017.
6. Boatas, Fernando; Solivellas, Águeda; Méndez, Íria; Burillo, Inma; Cubero,

- Lola; Rodríguez, M. Jesús; Garrido, Eva; Florensa, Magín; Larraz, José Antonio Programa Papep: Implantación de un programa de atención a primeros episodios psicóticos. *Inf. psiquiátr*; 2007; 187): 19-36.
7. Guia de desenvolupament del programa d'atenció específica a les persones amb trastorns psicòtics incipients del Pla director de salut mental i addiccions. Edició: Generalitat de Catalunya, 2011.
 8. Anderson KK, Norman R, MacDougall A, Edwards J, Palaniyappan L, Lau C, et al. Effectiveness of early psychosis intervention: comparison of service users and nonusers in population-based health administrative data. *Am J Psychiatry* 2018; 175: 443-52.
 9. Goldberg D, Huxley P. Models for mental illness In *Common Mental Disorders: A Bio-Social Model*: 1-52. Tavistock Routledge. 1992.
 10. Anderson, K., Archie, S., Booth, R., Cheng, C., Lizotte, D., MacDougall, A., Rodrigues, R. Understanding the role of the family physician in early psychosis intervention. *BJ Psych Open*, 2018. 4(6): 447-453.
 11. Anderson KK, Kurdyak P. Factors associated with timely physician follow-up after a first diagnosis of psychotic disorder. *Can J Psychiatry* 2017; 62: 268-77.
 12. Libro Blanco de la Intervención en psicosis temprana. <https://www.lundbeck.com/upload/es/files/pdf/NP>.
 13. El-Adl M, Burke J, Little K. First-episode psychosis: primary care experience and implications for service development. *Psychiatr Bull* 2009; 33: 165-8.
 14. Burns T, Kendrick T The primary care of patients with schizophrenia: a search for good practice. *Br J Gen Pract*; 1997; 47:515-520.
 15. Ciurana R. La psicosis desde la perspectiva de atención primaria. *Psicopat. Salud ment.* 2011; 18: 43-50.
 16. Crespo Facorro, B. et al. Guía para Médicos de Atención Primaria sobre Primeros Episodios de Psicosis. Edita: Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Gobierno de Cantabria. 2011.

EQUIPO DE INTERVENCIÓN PRECOZ EN LA PREVENCIÓN DE PSICOSIS DEL PARC TAULÍ (TEIP 3): UNA VISIÓN PERSONAL DE LAS DIFICULTADES, ESTADO ACTUAL Y RETOS FUTUROS SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DIRIGIDO A LA ATENCIÓN DE TRASTORNOS PSICÓTICOS INCIPIENTES

Javier Labad

Servicio de Salud Mental, Parc Taulí Hospital Universitari, I3PT, Universitat Autònoma de Barcelona. CIBERSAM. Sabadell.

Resumen

Los Programas de Primeros Episodios Psicóticos (PEP), también conocidos como Programas de Atención Específica al Trastorno Psicótico Incipiente (PAE-TPI), se han implementado en diferentes países con la intención de realizar una intervención precoz de pacientes con un primer episodio psicótico o en riesgo de desarrollar una psicosis. En este documento se realiza un visión personal de la implementación de un equipo multidisciplinar para implementar el PAE-TPI del Parc Taulí (Sabadell), que contó con una primera fase sin financiación específica (2015-2017) que consistió en una reorganización de recursos humanos, seguido de una segunda fase con

financiación (2018 en adelante) que permitió disponer de un equipo con una mayor dotación con profesionales a dedicación exclusiva. La implementación de una atención específica en el Parc Taulí permitió objetivar una mejoría en variables clínicas respecto a la atención estándar: reducción de la duración de la psicosis no tratada (DUP), menor necesidad de ingreso al inicio de la enfermedad, uso de menores dosis de antipsicótico y una mejoría de la recuperación funcional. Finalmente se realiza una reflexión personal sobre los retos y perspectivas de futuro de los Programas PAE-TPI.

Palabras clave: Primer episodio psicótico; intervención precoz; prevención.

Abstract

First episode psychosis (FEP) programmes have been implemented in different countries. They address the early intervention of patients with a FEP or at risk of developing psychosis. This document provides a personal view of the implementation of a multidisciplinary team that developed the FEP programme of Parc Taulí (Sabadell), which had a first stage without specific funding (2015-2017) that consisted of a reorganization of human resources, followed by a second stage with specific funding (2018 onwards) that allowed to have a team with a greater dedication of professionals involved in the programme. The implementation of a specific care at the Parc Taulí allowed to objectify an improvement in clinical variables when compared to standard care: reduction of the duration of untreated psychosis (DUP), less need for admission at the onset of the disease, use of lower doses of antipsychotic drugs and an improvement of functional recovery. Finally, a personal view is carried out on the challenges and future directions of FEP Programmes.

Key Words: first episode psychosis; early intervention; prevention.

Introducción

En los últimos años ha existido un cambio de paradigma en el abordaje de los trastornos psicóticos a nivel internacional, especialmente a raíz de la experiencia de los modelos de Australia y Reino Unido que han demostrado la utilidad de la intervención precoz en pacientes con un primer episodio psicótico (PEP) (1,2). Una de las motivaciones de la implementación de programas específicos de atención precoz reside en el hecho de que la duración de la psicosis no tratada (DUP) se asocia a un peor pronóstico y peor funcionalidad (3). Esta nueva aproximación al tratamiento de los trastornos psicóticos aboga por el tratamiento intensivo en los primeros 3-5 años de la enfermedad, considerado por la mayoría de autores como período crítico (2), como una estrategia de prevención secundaria que permita que un paciente con un PEP mantenga la funcionalidad y evite en la medida de lo posible una recaída precoz, lo que facilitaría la recuperación funcional dado que las recaídas se han asociado con una pérdida de pronóstico y funcionalidad (4,5). Con el paso de los años, los equipos de intervención en trastornos psicóticos incipiente se han dirigido no sólo al tratamiento de PEPs, sino también han planteado la inclusión de estados mentales de alto riesgo (EMAR), también conocidos internacionalmente como *clinical high risk* (CHR) o *ultra-high-risk* (UHR), que pretenden intervenir también en personas jóvenes con pródromos de psicosis (6). Esta aproximación no ha dejado de suscitar controversia y existe un debate sobre si los equipos de intervención precoz deberían sólo centrarse en PEPs (7-9). A favor de la intervención en población EMAR reside el hecho de que esta intervención reduciría la DUP y aminoraría

el impacto negativo del debut psicótico, y siendo más ambicioso se podría plantear el retraso del inicio de la psicosis en determinados sujetos vulnerables. Las voces más críticas plantean que sólo 20-30% de estos EMARs realizan una transición a psicosis en los primeros dos años de evolución, y que muchos de los pacientes con un PEP no han consultado previamente en los dispositivos de intervención precoz en aquellos países que han atendido a EMARs, por lo que sólo se beneficiarían de un tratamiento intensivo una proporción muy baja de pacientes de los que acabarán desarrollando una psicosis (10). Hay que recordar además, que el abordaje de los EMARs está centrado en pacientes jóvenes que consulta espontáneamente por un malestar (el concepto de *help-seeking*) y que habría muchos pacientes que no consultan que no se beneficiarían. En contraposición, los defensores del abordaje de los EMARs defienden que estos pacientes presentan un impacto en la funcionalidad, con una repercusión negativa en el ámbito académico y socio-laboral, por lo que sería recomendable intervenir precozmente, especialmente cuando las aproximaciones de los programas actuales defienden la psicoterapia y no el tratamiento antipsicótico (11).

En Catalunya en el año 2007 se realizaron varias recomendaciones del *Pla Director de Salut Mental i Addiccions* que culminaron en la implementación progresiva de 12 pruebas piloto conocidos como Programas de Atención Específica a los Trastornos Psicóticos Incipientes (PAE-TPI) en diferentes territorios de Catalunya (Barcelona, Cerdanyola, Segrià, Baix Camp, Terres de l'Ebre, Gironès i la Selva Marítima) (12). Paralelamente se constituyó la Comisión Pedagógica y de Seguimiento de los PAE-TPI integradas por miembros de diferentes programas piloto con la finalidad de

promover una implantación homogénea de nuevos programas en diferentes territorios, facilitar la formación continuada y especializada de los profesionales de los programas y llevar a cabo el seguimiento del desarrollo de los programas y su evaluación.

En mi caso, desde octubre del 2009 y hasta febrero del 2015 formé parte del equipo PAE-TPI del Baix Camp del Hospital Universitari Institut Pere Mata, ubicado en Reus, que coordinaría desde el 2014, y también participé en la Comisión Pedagógica y la Comisión de Investigación de PAE-TPI en Catalunya. El Programa piloto de Reus disponía de un equipo a dedicación exclusiva (psicólogo, enfermero, psiquiatra) con otro psiquiatra y una trabajadora social a dedicación parcial. La población atendida inicialmente tenía entre 16 y 35 años (actualmente la edad de inclusión en Programa es entre 14 y 35 años), e incluía tanto EMARs, PEPs y pacientes en período crítico (<5 años de enfermedad), la población receptiva de seguimiento por los equipos PAE-TPI implementados en Catalunya. En Marzo del 2015 asumí la jefatura del ámbito de Hospitalización de Adultos del Servicio de Salud Mental del Parc Taulí, y teniendo en cuenta mi experiencia previa en un Programa piloto PAE-TPI, Diego Palao, el Director Ejecutivo de Salud Mental Parc Taulí, me encomendó la tarea adicional de implementar un Programa PAE-TPI en dicha institución. A continuación explicaré, de forma personal, los retos y dificultades de la implementación del Programa al principio, cuando no existía financiación específica, y la segunda etapa posterior cuando existió financiación específica.

El período “low-cost”: 2015-2017

El primer reto de implementar un Programa PEP sin financiación específica consiste en la reordenación de recursos asistenciales para poder ofrecer una cartera de servicios mínima de calidad. En nuestro caso, en la implementación inicial se consideraron varios elementos que deberían considerarse imprescindibles en todo equipo PAE-TPI. Primero, la definición de un equipo de profesionales multidisciplinar específico que se dedique a la atención de pacientes con un trastorno psicótico incipiente. Respecto a la población susceptible a ser atendida, se planteó personas jóvenes entre 16 y 35 años con el diagnóstico de un PEP o un EMAR, evitando incluir pacientes en período crítico inicialmente por la limitación de la disponibilidad de tiempo por parte de los profesionales. El seguimiento se planteó de 2 años por el mismo motivo, para poder asegurar un tratamiento intensivo a todos los que entraran en el Programa, y evitar la saturación del sistema dado que por población de referencia era de esperar que tendríamos entre 40 y 50 casos incidentes por año. El equipo multidisciplinar debería estar formado como mínimo por psiquiatra, psicólogo, enfermera y trabajador social. En el modelo inicial se optó por incluir una enfermera y una trabajadora social que atendieran a todos los pacientes y la enfermera asumió el rol de gestor de casos. Se planteó la participación de psiquiatras y psicólogos de infantil y adultos en el equipo, con una reunión semanal de una hora de duración a la que debían acudir todos los profesionales del equipo, que inicialmente fueron 9 facultativos cuyo trabajo principal residía en diferentes dispositivos y que destinarían de forma parcial unas horas al Programa: 1 Psiquiatra coordinador

(Agudos [8h]), 3 psiquiatras (1 de Agudos [5h], 1 de CSMA [10h] y 1 de CSMIJ [5h]), 3 psicólogos (1 de Centro de Rehabilitación [10h], 1 de CASD [4h], 1 de CSMIJ [5h]), 1 enfermera (CSMA [10h]) 1 trabajadora social (CASD [5h]). Una condición necesaria para poder garantizar la participación de todos los profesionales en la reunión de equipo fue bloquear sus respectivas agendas para que pudieran asistir a la reunión semanal. Esta condición era especialmente importante porque el modelo implementado en el Programa del Parc Taulí incluía la participación conjunta de profesionales de infanto-juvenil y adultos que trabajaban en diferentes dispositivos de los ámbitos de hospitalización (UCA, Agudos, Hospital de Día) y ambulatorio (CSMIJ, CSMA). Los jefes de diferentes ámbitos de Salud Mental del Parc Taulí (Montse Pàmias en infanto-juvenil, José Antonio Monreal en ambulatorio de adultos, Javier Labad en hospitalización de adultos) nos pusimos de acuerdo en la necesidad de un modelo integrador evitando la dicotomía “adultos vs infanto-juvenil” que a veces existe en la implementación de Programas PAE-TPI en el territorio. Se planteó que los facultativos referentes de los pacientes incluidos en Programa fueran las personas que formaban parte del equipo y que participaban en las reuniones semanales, lo que permitía realizar planes terapéuticos individuales que se podían debatir conjuntamente. Una de las dificultades iniciales fue la de introducir la especialización con un único referente en el ámbito de infantil, pues existía cierta resistencia por parte de los profesionales del CSMIJ a dejar de atender a los pacientes con un PEP y que fuera un único psiquiatra referente el que atendiera a estos pacientes. En la etapa inicial, el psiquiatra infanto-juvenil era referente de pacientes de su zona y existía el acuerdo de que hiciera de coordinado-

ra de casos que llevaban otros profesionales del CSMIJ. Los dos primeros años se planteó este modelo, aunque finalmente se aceptó la figura de un único referente con la intención de facilitar la especialización de la atención de pacientes adolescentes con un EMAR o un PEP de la misma forma que se realizaba con pacientes adultos. Otro elemento básico del Programa era disponer de un registro consecutivo de todos los pacientes que se incluían en el Programa, de cara a poder comentar los casos en las reuniones semanales de equipo y poder detectar pacientes en riesgo de desvinculación.

Respecto a la definición de la cartera de Servicios, se tomaron varias decisiones. Dada las pocas horas de Psicología, se priorizaron intervenciones psicoterapéuticas en formato grupal respecto a las individuales, que quedaron limitadas a casos muy puntuales y de mayor gravedad. Se incluyeron grupos de jóvenes (8 sesiones semanales de psicoeducación y habilidades sociales; 8 sesiones de entrenamiento metacognitivo desarrollado por Steffen Moritz (13,14). Se ofrecieron dos tipos de intervenciones grupales para familiares: 1) grupos psicoeducativos (6 sesiones semanales) y 2) grupo de apoyo abierto (una periodicidad mensual). Todas las sesiones (chicos y familiares) se planificaron inicialmente de 1 hora aunque con el paso del tiempo hemos decidido incrementar la duración del grupo de apoyo de familias abierto a 1.5 horas.

Se decidió realizar evaluaciones cognitivas anuales con la batería neuropsicológica Matrics (15), además de evaluación psicopatológica (PANSS, Calgary-Depresión) y estrés (acontecimientos vitales estresantes, trauma infantil) y se implementaron grupos de rehabilitación cognitiva con el *Neuropersonal Trainer* (16) que se realizaban en el Centro de Rehabilitación Comunitaria Anta-

viana, aprovechando que una de las psicólogas del Programa PEP trabajaba en dicho centro además de dedicarse parcialmente al Programa PEP.

Otra de las dificultades de la etapa inicial del Programa fue la falta de un espacio específico, y los pacientes acudían a diferentes despachos dependiendo de donde estaban ubicados los pacientes. Por suerte, este fue un aspecto que pudo solventarse en la segunda etapa del Programa gracias a la realización de obras arquitectónicas que permitieron destinar cuatro despachos específicos a los profesionales del Programa PEP, que son quienes se desplazan en función de sus agendas, lo que facilita que el paciente se atienda en un sitio específico. El disponer de un espacio específico también permite romper la dicotomía “CSMA vs CSMIJ” en los espacios asistenciales, dado que la población de 16 y 17 años es visitada en los mismos despachos que el resto de población adulta joven del Programa.

Pese a que en este período no se pudo implementar la cartera de servicios al nivel del Programa completo (ver apartado 3), sí que se realizó un análisis de la efectividad del Programa en diferentes aspectos respecto a la atención estándar (previa a 2015). Para este motivo se realizó un estudio comparador de 92 pacientes con un PEP atendidos en el CSMA del Parc Taulí entre 2010 y 2014, con un grupo de 90 pacientes con un PEP atendidos en el Programa entre 2015 y 2017. Tal como se puede ver en la Tabla 1, la implementación de un Programa mediante la reorganización de profesionales permite conseguir mejorías en ciertos indicadores respecto a la atención estándar. Por ejemplo, en nuestro caso se consiguió reducir la DUP, uso de menores dosis de tratamiento antipsicótico y una menor proporción de pacientes requirieron ingreso al debut del cuadro psi-

cótico (Tabla 1). También se puede observar que la proporción de consumo de cannabis al inicio era también menor, y los diagnósticos al inicio del seguimiento eran también diferentes, siendo mayor la proporción de diagnósticos de esquizofrenia y menor la de trastorno psicótico breve en la época de

atención estándar respecto a la época en la que se reorganizaron recursos específicos para atender a pacientes con un PEP (Tabla 2). Estas diferencias pueden explicarse por el menor DUP, lo que implicaría una menor proporción de diagnósticos de esquizofrenia y trastorno esquizofreniforme.

Tabla 1. Características clínicas de la muestra atendida como atención estándar (AE) vs Programa PEP (etapa 2015-2017).

	Grupo AE (N=92)	Grupo PEP (N=90)	P
Edad	26,1 (5,3)	24,7 (6,1)	0,096
Gènero femenino	25 (27,2%)	35 (38,9%)	0,093
Etnia			0,662
Caucásica	73 (79,3%)	69 (76,7%)	
Otros	19 (20,7%)	21 (23,3%)	
Consumo THC	59 (64,1%)	44 (48,9%)	0,038
Ingreso unidad agudos inicial	77 (83,7%)	54 (60,0%)	<0,001
DUP continua	17,3 (30,0)	13,6 (27,4%)	0,384
DUP < 1 mes	48 (52,2%)	60 (66,7%)	0,047
Dosis tratamiento basal	634,4 (342,2)	480,9 (330,4)	0,002
Reingreso al año	15 (16,3%)	13 (14,4%)	0,728

Los datos son medias (DE) o N (%).

Tabla 2. Diagnósticos de la muestra atendida como atención estándar (AE) vs Programa PEP (etapa 2015-2017).

	Grupo AE (N=92)	Grupo PEP (N=90)	Total	P
Tr. psicótico no especificado	26 (28,3%)	36 (40,0%)	62 (34,1%)	0,038
Tr. esquizofreniforme	31 (33,7%)	19 (21,1%)	50 (27,5%)	
Esquizofrenia	11 (12,0%)	5 (5,6%)	16 (8,8%)	
Psicosis breve	5 (5,4%)	13 (14,4%)	18 (9,9%)	
Psicosis tóxica	1 (1,1%)	2 (2,2%)	3 (1,6%)	
Tr. bipolar	14 (15,2%)	9 (10,0%)	23 (12,6%)	
Tr. esquizoafectivo	0 (0,0%)	3 (3,3%)	3 (1,6%)	
Depresión psicótica	4 (4,3%)	3 (3,3%)	7 (3,8%)	

EL PAE-TPI oficial: 2018 en adelante

Gracias al aumento de presupuesto sanitario por parte de la Generalitat de Catalunya para Salud Mental en el segundo semestre del 2017, se pudo implementar un equipo específico con dedicación exclusiva a la atención de personas con un trastorno psicótico incipiente. La primera decisión que debía tomarse era si se disolvía por completo para dar entrada a un nuevo equipo o mantener a algunos profesionales que estaban a tiempo parcial. Se decidió esta última opción, por lo que la mayoría de profesionales que habían participado en la etapa inicial se mantuvieron a tiempo parcial en el Programa, y se pudieron tener tres profesionales a tiempo completo (psiquiatra, psicólogo, enfermera). El equipo actual puede verse reflejado en la Tabla 3. Además, con el aumento de presupuesto se implementó también una Unidad de Hospitalización Domiciliaria en Salud Mental, que permitió que un psiquiatra que había participado en la etapa inicial del Programa PEP pudiera seguir vinculado al Programa y que fuera el referente de los pacientes con un PEP que ingresan en domicilio.

También se decidió utilizar un nombre para definir el equipo de profesionales del Programa PEP que incluyera el término de intervención precoz y se decidió denominarlo como Equipo de Intervención Precoz en la Prevención de la Psicosis del Parc Taulí (TEIP3). El término preventivo pretende transmitir las diferentes estrategias preventivas (primaria, secundaria y terciaria) que deben ser objetivos del equipo. La prevención secundaria y terciarias son las más claras, que estarían encaminadas en tratar a pacientes con pró-dromos de psicosis para retrasar la transición (prevención secundaria) o en pacientes con

un PEP establecido para que tengan una recuperación funcional evitando complicaciones y recaídas (prevención terciaria). Otro aspecto deseable de los equipos vinculados a un PAE-TPI sería intentar realizar prevención primaria. Aunque en bastantes ocasiones he escuchado a psiquiatras defender que no se puede realizar prevención primaria en el campo de la Psiquiatría y en especial en de los trastornos psicóticos, en mi opinión esto no es cierto, y un objetivo importante sería implementar estrategias psicoeducativas dirigidas a la población adolescente para informar sobre factores de riesgo de psicosis que son modificables (p.ej: consumo de cannabis, *bullying*). Otro tema es la dificultad que pueda existir para implementar estrategias de prevención primaria a nivel de Salud Pública y la evaluación del impacto de dichas intervenciones, pero eso no impide que un objetivo deseable de los profesionales que trabajan en los Programas PEP sea realizar intervenciones preventivas que puedan jugar un papel protector en determinadas personas vulnerables.

Con la mayor dedicación de distintos profesionales del Programa, que pasaron de un ratio de 1.3 *full-time equivalents* (FTE) a 4.5 FTE en la etapa actual, se han implementado cambios en la cartera de servicios. El primer gran cambio ha sido poder disponer de una enfermera a tiempo completo, que ha permitido realizar mejor la gestión de casos, y hemos incluido también un móvil de acceso directo con *whatsapp* para ofrecer un contacto directo a los pacientes incluidos en el Programa. El hecho de que la enfermera conozca a todos los pacientes facilita que pueda realizar mejor esta función, así como detectar mejor los pacientes en riesgo de desvinculación.

Otro gran cambio ha sido la posibilidad de realizar intervenciones psicoterapéuti-

cas individuales a pacientes de Programa en un mayor grado respecto a la etapa inicial, cuando esta posibilidad era excepcional. Esto ha facilitado la intervención en pacientes PEP y EMARs, tal como aconsejan las guías clínicas. Se han mantenido las evaluaciones cognitivas y psicopatológicas y de estrés.

El disponer de mayor tiempo ha permitido también realizar intervenciones específicas en pacientes con antecedentes de maltrato infantil. Se ha mantenido la cartera de servicios en formato grupal con grupos de pacientes (las referentes son las psicólogas tanto en el grupo de entrenamiento metacognitivo

Tabla 3. Profesionales del Programa PEP del Parc Taulí (etapa 2018 en adelante).

Tipo de profesional	Profesional	Dedicación	Dispositivo principal	Participación en grupos psicoterapéuticos
Psiquiatra coordinador	Javier Labad	Parcial (8h)	Agudos Adultos	Ocasional (módulo tratamiento)
Psiquiatras	Meritxell Tost	Exclusiva (38h)	CSMA – PAETPI	Ocasional (módulo tratamiento)
	Itziar Montalvo	Parcial (6h)	Agudos Adultos	Ocasional (módulo tratamiento)
	Juan David Barbero	Parcial (6h)	Hospitalización a Domicilio	Ocasional (módulo tratamiento)
	Estefania Gago	Parcial (12h)	CSMIJ	Ocasional (módulo tratamiento)
Psicólogas	Sara Pérez Muñoz	Exclusiva (38h)	CSMA-PAETPI	Psicoeducación y entrenamiento metacognitivo
	Irina Olasz	Parcial (5h)	CASD	Grupos de familias
	Maria José Miñano	Parcial (7h)	Agudos Infantil	Psicoeducación y entrenamiento metacognitivo
	Wanda Zabala	Parcial (2h)	SRC	Rehabilitación cognitiva
Enfermería	Raquel Aguayo	Exclusiva (38h)	CSMA-PAETPI	Ocasional (módulo estilo de vida y salud física)
Trabajo Social	Nora Mesa	Parcial (14h)	CASD	Grupos de familias

como el psicoeducativo, aunque pueden participar psiquiatras o enfermería en algunas sesiones psicoeducativas dependiendo de la temática [p.ej: el psiquiatra en la sesión de tratamiento psicofarmacológico; la enfermera en la sesión de salud física y estilo de vida saludable] y familiares (como referentes actúan una psicóloga y una trabajadora social). La rehabilitación cognitiva se ha continuado realizando en el Servicio de Rehabilitación Comunitaria, y una psicóloga del Centro participa en las reuniones semanales del equipo, lo que facilita la coordinación.

El disponer de profesionales a dedicación exclusiva ha permitido incluir como cartera de servicios la visita domiciliaria, que las suelen realizar de forma habitual la psiquiatra y enfermera, y en función del caso puede añadirse la trabajadora social o incluso la psicóloga si el caso lo precisa. Se ha destinado un día a la semana para visitas domiciliarias, lo que permite hacer intervenciones intensivas de frecuencia semanal en lo que se conoce como Atención Domiciliaria Intensiva (ADI). Como visitas habituales de tipo ADI serían los pacientes en riesgo de desvinculación o con dudas de descompensación psicopatológica que son reticentes a acudir a las visitas programadas, o determinadas situaciones programables como el abordaje de pacientes embarazadas o en el postparto inmediato. De hecho, habitualmente tenemos entre 3 y 4 pacientes cada año que se han quedado embarazadas, y por protocolo decidimos hacer visitas domiciliarias en el tercer trimestre del embarazo y postparto para valorar las necesidades de cada caso en particular, tanto de la paciente como el recién nacido. Además de las visitas tipo ADI, se oferta también la posibilidad de Hospitalización a Domicilio para aquellos pacientes que precisan una mayor intensidad en domicilio (visitas diarias). Este modelo de atención

como una alternativa al ingreso en la Unidad de Agudos cuenta con la ventaja que uno de los psiquiatras del equipo de Hospitalización Domiciliaria en Salud Mental es también psiquiatra del Programa PAE-TPI.

El hecho de disponer de mayor tiempo de dedicación de profesionales a los pacientes del Programa ha permitido aumentar el período de seguimiento a 5 años, cuando en la fase "low-cost" anteriormente comentada eran de 2 años. Aumentar el tiempo de seguimiento a 5 años facilita trabajar mejor la conciencia de enfermedad y la prevención de recaídas, así como también permite hacer seguimiento de determinados casos, aunque sean una minoría, en los que se ha decidido discontinuar el tratamiento antipsicótico.

Otro aspecto que se ha trabajado es la difusión del Programa PEP en las escuelas. Durante el 2019 se han realizado talleres psicoeducativos sobre experiencias psicóticas en población adolescente en colegios e institutos de Sabadell, aprovechando el Programa MIND U (<http://mind-u.cat/ca/>), que forma parte de nuestro CSMIJ dentro del Programa *Salut i Escola*, dirigido a la prevención de problemas en Salud Mental en adolescentes. También se ha iniciado una línea de investigación en sesgos cognitivos y experiencias psicóticas en adolescentes, y miembros del Programa PEP han realizado también difusión a la Sociedad en el Festival Pint of Science (<https://twitter.com/TEIP3TAULI/status/1130568626283712513>).

A nivel de actividad, desde abril del 2015 hemos atendido 220 pacientes con un PEP o un EMAR en el Programa (Tabla 4), siendo el 90% de los casos atendidos población adulta joven (18-35 años). A noviembre del 2019 tenemos 132 pacientes activos, y en los dos últimos años hemos conseguido tasas de desvinculación anual inferiores al 5% (Tabla 5), lo que demuestra la efectividad clínica

del Programa PEP en cuanto a retención de pacientes. La accesibilidad es otro aspecto muy positivo, y todos los pacientes se han visitado en menos de dos semanas tras la derivación, siendo la norma habitual la primera semana.

Tabla 4. Casos atendidos en el Programa PEP del Parc Taulí desde su inicio.

	PEP (N)	EMAR (N)	Total (N)
Global (2015-2019)	183	37	220
2019 (actualmente activos)	113	19	132
- Adolescentes (16-17 años)	9	9	18
- Adultos (18-35 años)	104	10	114

Tabla 5. Altas, desvinculación y accesibilidad del Programa PEP del Parc Taulí.

	PEPs	EMARs	Total
CASOS ATENDIDOS	183 (83,18%)	37 (16,82%)	220
ALTAS	43	14	57
- Altas Clínicas	27	12	39
CSMA/CSMIJ	22 (19 TMS; 3 TMG)	2	24
ABS	5	10	15
- Alta voluntaria (<i>paciente estable</i>)	1	1	2
- Traslado zona	15	1	16
DESVINCULACIÓN			
2018	4%		
2019	2,2%		
ACCESIBILIDAD (primera visita <15d)			
2018	100%		
2019	100%		

Retos y perspectivas de futuro

Difusión del Programa

Aunque inicialmente se inició la difusión del Programa PEP en escuelas a través del *Programa Salut i Escola* y con talleres psicoeducativos de psicosis, y en Atención Primaria a través del Programa de Soporte a la Primaria, en el 2020 tenemos prevista la difusión del Programa PEP en los Equipos de Atención Primaria (EAPs) con sesiones informativas dirigidas a profesionales que trabajan en la atención primaria comunitaria. Creemos que esto facilitará aumentar la accesibilidad al Programa PEP, con el objetivo de reducir la DUP y mejorar la funcionalidad de jóvenes con un trastorno psicótico incipiente o en riesgo de desarrollar una psicosis.

Abordaje de EMARs

Aunque tal como se ha comentado anteriormente existe cierta controversia respecto al abordaje de la población EMAR, nuestro Programa plantea el screening y abordaje de EMARs como indica la Guía Clínica de los PAE-TPI de Catalunya. Actualmente realizamos el screening con la entrevista diagnóstica *Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States (CAARMS)* (17). En mi opinión, uno de los retos de los Programas PAE-TPI es definir bien los modelos de intervención en los EMARs sin que repercuta negativamente a la atención de los pacientes con un PEP. Dado que el aumento de seguimiento a 5 años inherentemente conlleva un incremento de número de pacientes activos en el Programa PEP, resulta fundamental tener clara las priorizaciones de determinados

aspectos de la cartera de servicios como la intervención psicoterapéutica individual. En nuestro Programa se realiza un seguimiento y monitorización de EMARs evitando el uso de antipsicóticos en la medida de lo posible, priorizando la intervención psicoterapéutica o incluso otros fármacos (p.ej: antidepresivos) si existe ansiedad o sintomatología depresiva con repercusión funcional. En nuestra experiencia el *screening* de EMARs resulta de especial interés en población adolescente, y aunque al principio se planteó el uso de escalas para evaluar experiencias psicóticas, al administrar posteriormente la CAARMS existía una proporción elevada de falsos positivos. En nuestro Programa, aunque los EMARs que entran en el Programa PAE-TPI tienen entre 16 y 35 años, se ha implementado un Programa específico de EMARs infanto-juvenil de menos de 16 años del que son responsables la psiquiatra y psicólogas referentes del Programa PAE-TPI del ámbito infanto-juvenil.

Otro aspecto importante de los EMARs es la oportunidad para investigar factores de riesgo de transición a psicosis y la posibilidad de que intervenciones preventivas puedan reducir (o retrasar) el inicio de un trastorno psicótico. Como reto de futuro, especialmente cuando los recursos asistenciales pueden ser escasos o cuando un Programa PAE-TPI llega a la saturación, son definir trayectorias asistenciales y carteras de servicios diferenciadas en población EMAR con diferentes riesgos de transición a psicosis. En Catalunya los Programas PAE-TPI utilizan criterios operativos de EMARs que se basan en síntomas psicopatológicos (experiencias psicóticas atenuadas o intermitentes) o de riesgo genético (familiares de pacientes con psicosis con pérdida de la funcionalidad), siguiendo el modelo anglosajón del Reino Unido y Australia. Aunque como se ha co-

mentado con anterioridad se puede criticar que esta aproximación sólo identifica un 30% de personas en riesgo de desarrollar una psicosis, recientemente se están planteando el uso de calculadoras que combinan una serie de variables clínicas (edad, síntomas psicóticos, habilidades cognitivas, situaciones estresantes y traumáticas, antecedentes familiares de psicosis) para intentar definir el riesgo de psicosis en población EMAR (18,19). Aunque estas calculadoras se han utilizado en Estados Unidos en el campo de investigación y su uso en la práctica clínica no se ha extendido, especialmente en nuestra región, resultan un aspecto de interés para poder cribar EMARs de diferentes riesgos y poder decidir en el futuro intervenciones más o menos intensivas y seguimientos más o menos largos. En reuniones del equipo TEIP3 hemos planteado la posibilidad de añadir otras variables para tomar decisiones con pacientes EMARs, y aunque no utilizamos directamente una calculadora, sí que tenemos en cuenta variables que se han añadido a estas calculadoras como el rendimiento cognitivo (dominios de velocidad de procesamiento y memoria verbal), la historia familiar de psicosis, o los antecedentes de eventos estresantes e historia de trauma infantil. En mi opinión los pacientes EMAR que presenten alteraciones en estos dominios, así como en la funcionalidad, serían tributarios de una atención más intensiva en Programas PAE-TPIs y no tanto los EMAR de menor riesgo (buen rendimiento cognitivo, ausencia de historia familiar de psicosis o de antecedentes estresantes traumáticos), en los que podría hacerse una valoración y seguimiento durante un tiempo menor en Programas específicos y derivarse a atención estándar.

Investigación y evaluación de intervenciones

El disponer de un equipo PAE-TPI ofrece la posibilidad de desarrollar líneas de investigación, así como plantear la evaluación de intervenciones estructuradas en población EMAR o PEP para decidir si resulta de interés mantenerlas en el tiempo o conviene adaptar nuevas terapias. Nuestro equipo ha estudiado el papel de los grupos psicoeducativos y de entrenamiento metacognitivo en pacientes con un PEP. En una publicación reciente de nuestro equipo junto con el equipo PAE-TPI de Reus, se demuestra que la participación en estos grupos mejoran los síntomas depresivos y los sesgos cognitivos de pacientes con un PEP (20). En dicho estudio nos planteamos si el orden de los grupos (comenzar por psicoeducación o entrenamiento metacognitivo) lograba cambios diferentes (o específicos) en determinados síntomas, y el resultado fue que no importaba. Por ejemplo, tanto la psicoeducación como el entrenamiento metacognitivo mejoraron los sesgos cognitivos en los pacientes que participaron en estos grupos, y se consiguió también una reducción de síntomas depresivos. Actualmente realizamos los grupos en dos tandas, siendo la primera tanda de 8 semanas para el grupo de psicoeducación (que incluye habilidades sociales), y en una segunda tanda de 8 semanas el grupo de entrenamiento metacognitivo.

También estamos realizando un ensayo clínico, actualmente en curso, sobre la efectividad de un programa de rehabilitación cognitiva con el Neuropersonal Trainer. Resulta importante realizar estas evaluaciones porque permite decidir si se mantienen determinadas intervenciones en la cartera de servicios o conviene modificarlas. En nues-

tra experiencia, uno de los retos futuros es el abordaje terapéutico de los síntomas negativos, que por desgracia continua siendo uno de los problemas no resueltos cuando consideramos los tamaños del efecto de intervenciones farmacológicas o psicoterapéuticas para mejorar este tipo de síntomas en pacientes con un trastorno psicótico.

Finalmente, también estamos realizando una investigación de corte epidemiológico y clínico sobre las experiencias psicóticas en adolescentes, y su posible relación con los sesgos cognitivos y situaciones estresantes como el *bullying*. Actualmente estamos reclutando participantes en la primera fase (epidemiológica) con la idea de poder valorar en una segunda fase (clínica) a un subgrupo de adolescentes con y sin experiencias psicóticas para identificar factores de riesgo clínicos y biológicos que puedan asociarse al diagnóstico de EMAR, y por lo tanto, a un riesgo aumentado de psicosis en el futuro.

Evaluación de la funcionalidad

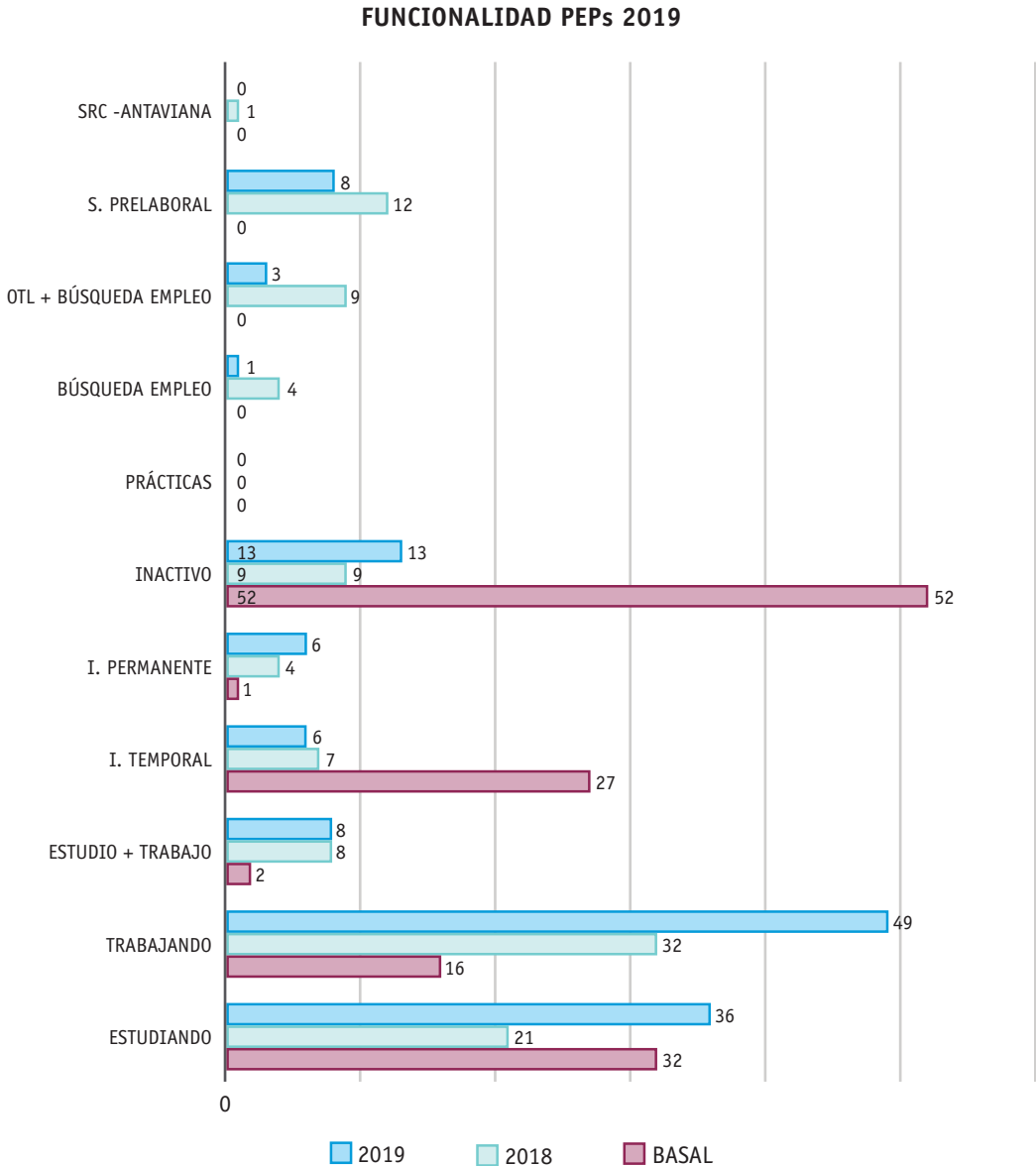
Uno de los retos futuros de los Programas PAE-TPI de Catalunya, especialmente ahora que se han generalizado, son utilizar indicadores similares que se acerquen más al interés de la población que se atiende. Dado que se trata de pacientes jóvenes, en nuestro equipo creemos que un indicador básico debería ser la recuperación funcional, definida como estar estudiando o trabajando (con contrato laboral). En la Figura 1 se puede observar los resultados a nivel de funcionalidad de pacientes PEP actualmente activos en nuestro Programa PEP (año 2019), en comparación con el 2018 y la visita basal (entrada en Programa). Como se puede observar, existe una clara mejoría de

la proporción de pacientes con un PEP que están trabajando o estudiando respecto a los inactivos o con una incapacidad laboral temporal.

Conclusiones

Los Programas PEP, también conocidos como PAE-TPI, se acompañan de una reducción de la DUP, una menor necesidad de ingreso al inicio de la enfermedad, el uso de menores dosis de antipsicótico y una mejoría de la recuperación funcional en pacientes jóvenes con un PEP. La especialización y formación continuada de los equipos PAE-TPI es de esperar que resultará en la progresiva mejoría de la funcionalidad de los pacientes atendidos en estos programas, tanto de los PEP como EMARs, y que facilitará la rehabilitación socio-laboral de población joven que padece un trastorno psicótico o que tenga un riesgo incrementado de padecer una psicosis.

Figura 1. Cambios en funcionalidad en pacientes PEP (activos en el Programa PEP del Parc Taulí durante el 2019).



Referencias

1. Fusar-Poli P, McGorry PD, Kane JM. Improving outcomes of first-episode psychosis: an overview. *World Psychiatry*. 2017;16(3):251–65.
2. Birchwood M, Todd P, Jackson C. Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *Br J Psychiatry Suppl* [Internet]. 1998;172(33):53–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9764127>.
3. Marshall M, Lewis S, Lockwood A, Drake R, Jones P, Croudace T. Association between duration of untreated psychosis and in cohorts of first-episode outcome patients: a systematic review. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(9):975–83.
4. Robinson D, Woerner MG, Alvir JM, Bilder R, Goldman R, Geisler S, et al. Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1999;56(3):241–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10078501>.
5. Kane JM. Treatment strategies to prevent relapse and encourage remission. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2007.
6. Fusar-Poli P, Cappucciati M, Borgwardt S, Woods SW, Addington J, Nelson B, et al. Heterogeneity of psychosis risk within individuals at clinical high risk: A meta-analytical stratification. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(2).
7. Carpenter WT. Attenuated psychosis syndrome: Need for debate on a new disorder. *Psychopathology*. 2014.
8. Pelosi AJ, Birchwood M. Is early intervention for psychosis a waste of valuable resources? *Br J Psychiatry* [Internet]. 2003 Mar 1 [cited 2016 Apr 10];182(3):196–8. Available from: <http://bjp.rcpsych.org/content/182/3/196>.
9. Castle DJ, Singh SP. Early intervention in psychosis: Still the “best buy”? *British Journal of Psychiatry*. 2015.
10. Ajnakina O, Morgan C, Gayer-Anderson C, Oduola S, Bourque F, Bramley S, et al. Only a small proportion of patients with first episode psychosis come via prodromal services: A retrospective survey of a large UK mental health programme. *BMC Psychiatry*. 2017.
11. Fusar-Poli P, Borgwardt S, Bechdolf A, Addington J, Riecher-Rössler A, Schultze-Lutter F, et al. The psychosis high-risk state: a comprehensive state-of-the-art review. *JAMA psychiatry* [Internet]. 2013;70:107–20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23165428>
12. Consens per a la millora de l’atenció a les persones amb Trastorn Psicòtic Incipient. 2018.
13. Moritz S, Andreou C, Schneider BC, Wittekind CE, Menon M, Balzan RP, et al. Sowing the seeds of doubt: A narrative review on metacognitive training in

- schizophrenia. Vol. 34, *Clinical Psychology Review*. 2014. p. 358–66.
14. Aghotor J, Pfueller U, Moritz S, Weisbrod M, Roesch-Ely D. Metacognitive training for patients with schizophrenia (MCT): Feasibility and preliminary evidence for its efficacy. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2010;41(3):207–11.
 15. Nuechterlein KH, Green MF, Kern RS, Baade LE, Barch DM, Cohen JD, et al. The MATRICS Consensus Cognitive Battery, part 1: test selection, reliability, and validity. *Am J Psychiatry*. 2008;165:203–13.
 16. Fernandez-Gonzalo S, Turon M, Jodar M, Pousa E, Hernandez Rambla C, García R, et al. A new computerized cognitive and social cognition training specifically designed for patients with schizophrenia/schizoaffective disorder in early stages of illness: A pilot study. *Psychiatry Res*. 2015;
 17. Yung AR, Yuen HP, McGorry PD, Phillips LJ, Kelly D, Dell’Olio M, et al. Mapping the onset of psychosis: the Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States. *Aust N Z J Psychiatry*. 2005;39(11–12):964–71.
 18. Carrión RE, Cornblatt BA, Burton CZ, Tso IF, Auther AM, Adelsheim S, et al. Personalized prediction of psychosis: External validation of the NAPLS-2 psychosis risk calculator with the EDIPPP project. Vol. 173, *American Journal of Psychiatry*. 2016. p. 989–96.
 19. Cannon TD, Yu C, Addington J, Bearden CE, Cadenhead KS, Cornblatt BA, et al. An individualized risk calculator for research in prodromal psychosis. *Am J Psychiatry*. 2016;173(10):980–8.
 20. Ahuér M, Cabezas Á, Miñano MJ, Algorta MJ, Estrada F, Solé M, et al. Improvement in cognitive biases after group psychoeducation and metacognitive training in recent-onset psychosis: A randomized crossover clinical trial. *Psychiatry Res*. 2018 Dec;270:720–3.

PSICOTERAPIA MULTIFAMILIAR EN LA PSICOSIS INCIPIENTE: UN ENFOQUE INTERDISCIPLINAR Y COMUNITARIO

Anna Sala Estrada

Psicóloga clínica.

Equipo de Intervención Precoz en Psicosis (EIPP Baix Empordà).

Institut d'Assistència Sanitària (IAS). Red de Salud Mental y Adicciones de la provincia de Girona.

anna.sala@ias.cat

Resumen

La psicoterapia multifamiliar es un modelo de terapia grupal compleja, rica e integradora, que permite incluir en un mismo lugar a *pacientes, familias y equipo terapéutico*. Las primeras experiencias en grupos multifamiliares se inician en Estados Unidos durante los años cincuenta, en entornos hospitalarios, para el tratamiento de los trastornos psicóticos como la esquizofrenia. Con el tiempo, el modelo multifamiliar se expande por el mundo y se ha venido implementando en distintos dispositivos asistenciales como hospitales de día o programas comunitarios, así como en una gran diversidad de poblaciones clínicas. En febrero de 2018, en el *Equipo de Intervención Precoz en Psicosis* (EIPP) del área del Baix Empordà, de la red de salud

mental pública de la provincia de Girona, se crea un *Grupo Multifamiliar* (GMF) para jóvenes que han sufrido un *Primer Episodio Psicótico* (PEP) o bien tienen riesgo de padecerlo, los llamados *Estados Mentales de Alto Riesgo* (EMAR). En el equipo se construye un escenario terapéutico grupal con el objetivo de vincular, contener y dar continuidad de tratamiento al paciente y a su familia. Nuestro enfoque multifamiliar se ha inspirado en las ideas de Jaakko Seikkula y su modelo psicoterapéutico de Diálogo Abierto (*Open Dialogue*), y en las aportaciones de Irvin Yalom sobre la eficacia de los *Factores Terapéuticos Grupales*. Hemos hecho especial hincapié en los elementos a tener en cuenta en la gestión del *clima emocional* del grupo, que como sabemos es una de las variables de cambio psíquico más importantes. Nues-

tro GMF tiene como característica particular, la *conducción terapéutica interdisciplinar*. El presente artículo muestra el proceso de implementación e integración del GMF en un programa *comunitario* de intervención precoz de los trastornos psicóticos incipientes.

Palabras clave: Psicoterapia multifamiliar, psicoterapia de grupo, psicosis incipiente, primer episodio psicótico, estado mental de alto riesgo.

Abstract

Multifamily psychotherapy is a complex, rich and inclusive group therapy model that allows *patients*, families and a *therapeutic team* to be included in the same place. The first experiences in multi-family groups began in the United States during the 1950s, in hospital settings, for the treatment of psychotic disorders such as schizophrenia. Over time, the multi-family model has been spread throughout the world and has been implemented in different healthcare services such as day hospitals or community programs as well as in a wide variety of clinical populations. In February 2018, in the *Early Intervention Team in Psychosis* (EIPP) of the Baix Empordà area, of the public mental health network of the province of Girona, a *Multifamily Group* (MFG) is created for young people who have suffered from a First Psychotic Episode (FPE) or they are at risk of suffering it, the so-called High Risk Mental States (HRMS). The team builds a group therapeutic scenario with the aim of linking, controlling and giving continuity of treatment to the patient and their family. Our multifamily approach has been inspired by Jaakko Seikkula's ideas and his *Open Dialogue* psychotherapeutic model, and by the

contributions of Irvin Yalom on the efficacy of *Group Therapeutic Factors*. We have placed special emphasis on the elements to be taken into account when managing the emotional climate of the group, which is known as one of the most important variables of psychic change. Our GMF has as its particular characteristic, *Interdisciplinary Therapeutic Management*. This article shows the process of implementation and integration of the GMF in an incipient psychotic disorders early intervention community program.

Key Words: multifamily psychotherapy, group psychotherapy, incipient psychosis, first psychotic episode, high-risk mental state.

Introducción

Origen de los grupos multifamiliares

La primera experiencia descrita en la literatura sobre grupos multifamiliares, fue llevada a cabo en Estados Unidos en el año 1953 por Abrahams y Varon en el St. Elizabeth's Hospital de Washington, como parte de un proyecto de investigación en psicoterapia de grupo (1). El estudio tenía como objetivo la observación de los vínculos materno-filiales, basándose en la hipótesis de Frieda Fromm Reichmann sobre el poder esquizofrenógeno de las madres de pacientes diagnosticados de psicosis (2).

Pero quién ha sido considerado pionero en la creación de la terapia multifamiliar fue el psiquiatra alemán Peter Laqueur (3). Director de un departamento para pacientes diagnosticados de esquizofrenia de un hospital psiquiátrico del estado de Nueva York. Laqueur observó que las familias se ayudaban

espontáneamente mientras hablaban en la sala de espera y trasladó ese hallazgo naturalístico a un contexto psicoterapéutico, iniciando encuentros grupales multifamiliares estructurados.

En Buenos Aires, en los años sesenta, Jorge García Badaracco desarrolla el concepto de *psicoanálisis multifamiliar*. El psiquiatra argentino elaboró una teoría sobre la etiología de las psicosis y señalaba la relevancia de las interdependencias familiares en la génesis de los trastornos mentales graves (4). Asimismo, a través de su abundante trabajo con grupos multifamiliares, describió en qué consistían algunos de los procesos de recuperación del trastorno mental grave. Para el psicoanalista, el grupo de terapia multifamiliar “es a la vez un dispositivo de trabajo terapéutico y un laboratorio social, en el que se puede desplegar una forma de trabajar los conflictos de la familia y los conflictos sociales, que respeta la complejidad de lo real” (5). En otra de sus obras García Badaracco escribe cómo inició la terapia multifamiliar (6):

«Mi primera actividad como psiquiatra y psicoanalista empezó con la psicoterapia bipersonal. Ya entonces empecé a observar las dificultades que presentaban los pacientes difíciles, a los que resultaban estériles nuestros intentos para conseguir cambios que abrieran un camino para seguir avanzando. Las mismas dificultades se me presentaban en el ámbito hospitalario, con pacientes crónicos, con los que incluso era difícil intentar el más mínimo diálogo. Para ser operante, algo había que cambiar. Al comprender que la sesión terapéutica era vivida como un sometimiento y una imposición, hice un giro de ciento ochenta grados y traté de crear una relación más libre y espontánea. Por invitación mía, se fueron incor-

porando al grupo: familias, terapeutas y personal auxiliar. Este fue el germen de la Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar».

En los años setenta, el psiquiatra británico Eia Asen lidera un modelo multifamiliar que implementa en el Malborough Family Service de Londres, un Hospital de Día para jóvenes procedentes de contextos familiares desestructurados con riesgo de exclusión social (7). Asen y sus colaboradores desarrollaron un medio terapéutico intensivo dónde participaban las familias durante ocho horas, cinco días a la semana, basado en la terapia familiar sistémica estructural de Salvador Minuchin y la Escuela de Milán.

En España, durante los años ochenta y noventa, Sempere y Fuenzalida crean la Terapia Interfamiliar (TIF) (8). Psiquiatra y psicólogo, articulan un modelo de terapia grupal de carácter clínico-social. Con la influencia de las aportaciones de García Badaracco, se nutren de los fundamentos de las escuelas de terapia familiar sistémica y las aportaciones centradas en el vínculo. Trabajan con una conducción terapéutica del GMF basada en el establecimiento de una relación horizontal con una actitud abierta y democrática, cuya principal ventaja es su accesibilidad a los grandes grupos, y en general, a la comunidad.

En los Estados Unidos, también en la década de los noventa, William R. McFarlane incorpora el modelo multifamiliar con un *enfoque psicoeducativo* en programas de detección e intervención temprana en primeros episodios psicóticos. El psiquiatra americano incorpora los GMF en el tratamiento de la psicosis incipiente. En su enfoque integra elementos de las teorías cognitivas-conductuales que combina con la teoría sobre la Emoción Expresada de Vaughn y Leff (9). En

1995, McFarlane y sus colaboradores, realizaron un ensayo clínico con el objetivo de comparar la *terapia psicoeducativa multifamiliar* con la *psicoeducación uni-familiar*. En el estudio, 173 pacientes con síntomas psicóticos agudos, en edades comprendidas entre 18 y 45 años con diagnóstico de esquizofrenia, se asignaron aleatoriamente a terapia psicoeducativa multifamiliar vs. uni-familiar. Los procesos terapéuticos se llevaron a cabo en seis hospitales del estado de Nueva York. Tras la evaluación de dos años de tratamiento, los resultados mostraron una tasa de recaídas significativamente más baja en Psicoeducación Multifamiliar (10).

Equipo de intervención precoz en psicosis (EIPP) y programa PAE-TPI

Contexto asistencial y población clínica

El Equipo de Intervención Precoz en Psicosis del Baix Empordà (EIPP BE) pertenece a la red de salud mental pública del *Institut d'Assistència Sanitària* (IAS), de la provincia de Girona. Nuestro equipo se integra dentro del Centro de Salud Mental del Baix Empordà (CSMA BE), que da cobertura a una población de 133.000 habitantes.

En enero de 2018 se puso en funcionamiento en esta área, el Programa de Atención Específica al Trastorno Psicótico Incipiente (PAE-TPI) siguiendo la Guía de Consenso del

Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya; cuya última revisión se realizó en el mes de abril de 2018 (11). El programa tiene una duración de 5 años y lo llevamos a cabo un equipo asistencial interdisciplinar, formado por una psiquiatra, una enfermera, un trabajador social y una psicóloga clínica y psicoterapeuta.

Se trata de un programa de *detección e intervención* en psicosis incipiente para jóvenes de 14 a 35 años que han sufrido un Primer Episodio Psicótico (PEP) o bien tienen un alto riesgo de padecerlo, los llamados Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR). Durante el periodo comprendido entre enero de 2018 y marzo de 2020, hemos atendido 80 pacientes y sus respectivas familias que a día de hoy siguen formando parte del programa. Un 70% eran primeros episodios psicóticos y el 30% restante, estados mentales de alto riesgo.

Antes de seguir, conviene hacer una aclaración conceptual: cuando hablamos de PEP incluimos distintos diagnósticos del campo de la psicosis en sus fases iniciales: esquizofrenias, trastornos esquizoafectivos, episodios maníacos con síntomas psicóticos, depresiones psicóticas, trastornos psicóticos breves y reacciones paranoides.

Respecto al concepto de EMAR, en 1998, los psiquiatras e investigadores Yung y McGorry, diferencian tres grupos de estados mentales de riesgo evaluados con la escala CAARMS¹ (12): a) grupo de vulnerabilidad, b) grupo de psicosis atenuada y c) grupo de síntomas psicóticos breves limitados intermitentes. El primer grupo, incluye pacientes

¹ CAARMS: Entrevista para la evaluación general de los Estados Mentales de Alto Riesgo. Escala creada por Alison Yung y sus colaboradores, en el ORYGEN Research Center del departamento de psiquiatría de la Universidad de Melbourne, Australia.

con historia familiar de psicosis en familiares de primer grado o personalidades *cluster A*, cuya funcionalidad ha disminuido en el último año. El segundo grupo, integra pacientes con síntomas psicóticos atenuados que bien por intensidad o por frecuencia no alcanzan el umbral de psicosis. Y el tercer grupo comprende pacientes con síntomas psicóticos que se auto limitan en menos de una semana. En nuestra experiencia clínica la diferenciación entre el segundo y el tercer grupo no está tan clara.

Profundizando en la terminología, a veces confusa sobre los EMAR, en nuestra experiencia clínica en la detección y el tratamiento de estos pacientes, definiríamos los Estados Mentales de Alto Riesgo como aquellos pacientes que han sufrido experiencias del rango psicótico como: sentimientos de desconfianza, percepción de sentirse observados, estados de aislamiento social, aplanamiento afectivo, ideas sobrevaloradas, conductas inadecuadas, distorsiones perceptivas leves, desorganización leve del pensamiento o cambio en el carácter. Este tipo de pacientes no han llegado a padecer síntomas más graves como: alucinaciones auditivas, ideas delirantes, pensamiento grandilocuente, ideas de invasión del pensamiento o ideas de referencia, que provoquen una ruptura tanto subjetiva como objetiva de la realidad, como sucede en las esquizofrenias (13).

Otro grupo de EMARS que hemos detectado, serían aquellos jóvenes que no presentan una sintomatología prodrómica como la anteriormente descrita, pero que han experimentado un quebramiento psicológico que les impide enfrentarse a las exigencias externas del mundo y, en general, una gran disminución de su funcionalidad. Habitualmente son jóvenes en transición hacia una vida adulta que no pueden hacer frente a los estudios, el trabajo, las relaciones sociales o

las relaciones de pareja. Algunos de estos pacientes pueden permanecer aislados durante meses en su domicilio. Si estas condiciones se mantienen pueden generar una progresiva desconexión con la realidad o aparecer síntomas psicóticos más agudos, especialmente si va de la mano con un consumo de THC y una vulnerabilidad familiar.

Metodología

Integración del GMF en el programa PAE-TPI

En febrero de 2018, se crea en nuestro equipo el *Grupo Multifamiliar* (GMF) como un recurso terapéutico fundamental dentro de la estructura del Programa PAE-TPI. El GMF es un grupo abierto que se plantea como un recurso de tratamiento continuado, donde se van incorporando los pacientes y las familias, durante el periodo de 5 años del programa. Las sesiones tienen una periodicidad quincenal y duran 90 minutos. Entre febrero de 2018 y febrero de 2020 se han hecho un total de 36 sesiones. El grupo se mantiene en funcionamiento a día de hoy (14).

La terapia grupal se desarrolla en un espacio comunitario, un local social cedido por el Área de Juventud del ayuntamiento de Palafrugell. Este emplazamiento comunitario nos permite rebajar el estigma asociado al Centro de Salud Mental (15,16).

La terapia multifamiliar se ofrece desde el primer momento a todos los pacientes y sus respectivas familias que atendemos en el EIPP. A pesar de la distinción conceptual entre PEP y EMAR, en cuanto a la participación en el grupo no hacemos ninguna diferenciación, y la terapia se ofrece indistintamente a los dos tipos de pacientes. Pues consideramos que la configuración de la clínica en

los dos casos es similar (trabajamos dentro del rango de la psicosis), y tanto unos como otros, comparten sobretodo la *experiencia subjetiva de extrañeza*, tan habitual en el proceso inicial de desarrollo del trastorno. Proponemos la participación al GMF también a los EMAR como una manera más de favorecer la prevención y el seguimiento de unos pacientes que pueden transitar hacia un brote psicótico (17).

En las sesiones grupales procuramos estar todos los miembros del EIPP y en su defecto, tres de los cuatro profesionales. El equipo terapéutico que conduce el GMF es un *equipo interdisciplinar*. Hemos observado que la presencia de todo el equipo promueve la integración, mejorando su intercomunicación y la que se establece con el paciente y su familia. Resulta ser un buen antídoto contra la disociación propia de la psicosis.

Objetivos del GMF

El tratamiento grupal multifamiliar permite conseguir objetivos progresivamente que, según la fase del proceso en la que esté el paciente y la familia, facilitaran la recuperación. En este apartado se describen cuatro de los objetivos terapéuticos que se obtienen del GMF, tales como: la capacidad del grupo de vincular a todo el núcleo familiar (*vinculación*), la contención emocional y el apoyo que aporta la terapia multifamiliar (*contención*), la gestión de las crisis que suceden durante el proceso psicótico (*atención en crisis*), los procesos de cambio para la recuperación del trastorno y la mejora en la calidad de los vínculos familiares e interpersonales (*activación de procesos de cambio*).

a) Vinculación

El GMF es un espacio de vinculación del paciente y de la familia. Si el paciente se encuentra en un momento del proceso psicótico en que se muestra reacio a recibir un seguimiento psiquiátrico o psicológico, o no quiere recibir ayuda por parte de otros miembros del equipo como la enfermera o el trabajador social, igualmente la terapia multifamiliar se ofrece a su familia. En estos casos, la participación de los familiares en las sesiones grupales facilita que tengamos más conocimiento del contexto relacional y de las circunstancias personales del paciente. De esta manera tenemos más herramientas para aproximarnos a la realidad del joven de una forma menos invasiva a la vez que intervenimos en el malestar y el sufrimiento de la familia.

Al mismo tiempo, sabemos que la implicación y el trabajo de los padres en la terapia grupal desde el inicio del proceso terapéutico suele generar cambios en la perspectiva de los progenitores acerca de su hijo, y viceversa. El paciente se da cuenta de que sus padres se preocupan por él y están dispuestos a involucrarse. En este sentido la responsabilidad no sólo recae en el joven que se siente menos señalado. De este modo es más fácil conseguir una vinculación con el equipo y una participación continuada en el GMF.

b) Contención

La contención psicológica es uno de los requisitos de fondo para elaborar un marco de intervención y apoyo emocional. La contención facilita que podamos intervenir en los procesos psíquicos más profundos del paciente y su familia. Los sentimientos de angustia, incertidumbre, desesperanza e im-

potencia de los miembros de la familia se contienen más fácilmente en un entorno terapéutico multifamiliar. El grupo funciona como un continente que regula en sí mismo la emocionalidad y alcanza una homeostasis que evita el desbordamiento experimentado por el impacto emocional de los inicios del trastorno psicótico.

c) *Atención en crisis*

Se ha descrito en los manuales diagnósticos internacionales, como los trastornos psicóticos tienen una evolución con crisis posteriores al primer episodio (18). En la práctica clínica observamos que, en la mayoría de los casos, los síntomas propios del primer brote psicótico no remiten por completo a pesar del tratamiento farmacológico y que el desarrollo social de la persona, así como su funcionamiento psicológico, quedan detenidos. Se ha sostenido la existencia de un período crítico que abarcaría estas primeras fases del trastorno donde las recaídas pueden darse con mayor facilidad (19).

El grupo multifamiliar da la posibilidad a la familia y al paciente de encontrar soluciones conjuntas y compartidas para afrontar las situaciones de crisis que aparecen regularmente en esos primeros momentos de eclosión de la psicosis. Ayuda, por ejemplo, al equipo terapéutico a pensar junto a la familia en cómo enfocar un ingreso hospitalario, orientándolos y acompañándoles en la complejidad y el malestar que aparece en estas circunstancias. Ayuda también a encontrar una comunicación que rebaje el estrés que puede desencadenar un nuevo brote y a tratar el sufrimiento psicológico del paciente y del resto de miembros de la familia en momentos de descompensación aguda.

d) *Activación de procesos de cambio*

En una fase de mayor estabilidad emocional y psíquica, el GMF es un gran entorno terapéutico. Facilita el desarrollo de la capacidad de pensar en uno mismo, y en las relaciones interpersonales. Permite trabajar los proyectos de futuro del paciente junto a la familia. Ayuda a recuperar expectativas de progreso individual y también a elaborar los duelos y las pérdidas asociadas al impacto de la irrupción de la psicosis. Facilita el trabajo de la *emoción expresada* (EE), consiguiendo cambios positivos en la comunicación intrafamiliar. El GMF fortalece el crecimiento personal, activando cambios en muchas áreas del individuo.

Marco teórico de nuestro enfoque multifamiliar en psicosis incipiente

Jakko Seikkula y el “Diálogo Abierto”

Nuestra terapia de grupo multifamiliar se inspira en las ideas que aporta el trabajo del psiquiatra finlandés Jaakko Seikkula y su enfoque en *Diálogo Abierto* (*Open Dialogue*). Seikkula inició su labor terapéutica e investigadora en 1984 a través de reuniones con el equipo profesional, los pacientes con psicosis agudas y sus familias, tanto en entornos hospitalarios como comunitarios, como parte del Finnish National Schizophrenia Project (20, 21, 22).

El *Open Dialogue* es un enfoque psicoterapéutico aplicado principalmente en trastornos psicóticos, y en gran parte en primeros episodios, que se nutre de contribuciones de la terapia familiar sistémica y de elementos de orientaciones psicodinámicas.

De la terapia familiar, comprende la psicosis en relación con las dinámicas familiares y sociales (23), y pone énfasis en las narrativas y la co-construcción de nuevos significados dando sentido a las experiencias psicóticas (24). De los enfoques psicoanalíticos, recoge la mirada del terapeuta puesta en las experiencias subjetivas del paciente y de la familia, atendiendo a la «voz» de cada uno de ellos, y a las relaciones transferenciales con el equipo profesional.

Una de las principales aportaciones de Seikkula, fue el *trabajo en red* para el abordaje de los trastornos psicóticos agudos. En la intervención dialógica se construyen escenarios incluyendo la red más cercana del paciente, y se desarrollaba un tipo de conversación en el que todas las personas que participaban del encuentro fueran escuchadas por igual (25).

Nuestro enfoque multifamiliar se sustenta en el escenario propuesto por Jaakko Seikkula y aporta la particularidad de trasladarlo al *setting* multifamiliar en el que la mínima unidad de intervención conversacional y dialógica será también el sistema paciente-familia-equipo terapéutico, que se verá ampliado por otros pacientes y familias estableciendo un formato psicoterapéutico grupal.

El *Dialogo Abierto*, sistematiza tres premisas de intervención como guía de los encuentros psicoterapéuticos (26,27,28) que hemos transferido a nuestro GMF. El primer principio es la *Polifonía*. Este concepto implica otorgar el mismo valor al discurso o a la «voz» de cada persona que participa en la reunión, independientemente de su estado mental o su diagnóstico clínico. En la terapia multifamiliar facilitamos que cada uno pueda expresar sus vivencias según su lenguaje, su perspectiva sobre el mundo y su propio estilo comunicativo sintiéndose escuchado por los demás.

La segunda premisa es la *Tolerancia a la incertidumbre*. La capacidad de tolerar la incertidumbre es un elemento importante cuando llevamos a cabo un GMF en psicosis incipiente, puesto que la imprevisibilidad y la desorganización de la alteración psicótica hace que no siempre podamos «controlar» la situación clínica grupal. Tanto el equipo terapéutico, como las propias familias, deben tolerar en cada sesión la incertidumbre de quienes acudirán al grupo, dado que la asistencia al tratamiento grupal en el caso de la psicosis incipiente es muy errática. Deben confiar que el espacio grupal se va a mantener estable, y va a tener un funcionamiento que no dependerá sólo de la participación individual de cada uno.

Para que el GMF resulte terapéutico, sus miembros tendrán que percibir que el tratamiento grupal sigue, independientemente de si ellos acuden con regularidad o no. En concordancia con lo que señalaba Jorge García Badaracco, y recogen los compiladores de su obra Jesús Salomón y Hernán Simond, lo importante en el modelo multifamiliar es «la disponibilidad del terapeuta», «el «estar» y asegurar la continuidad de ese «estar» que, aunque pudiera parecer obvio o quizás demasiado sencillo, será esencial para asegurar la continuidad del tratamiento grupal» (4,5,6).

También por parte del equipo terapéutico será necesario tolerar la incertidumbre *del contenido* que emerge en la sesión, evitando llevar al grupo a un «lugar predestinado», como suele hacerse en terapias de grupo más guiadas o en modelos multifamiliares de tipo psicoeducativo. En este caso, siguiendo el modelo de *Open Dialogue* los terapeutas dejan que las necesidades de los miembros del grupo se expresen en la conversación y entre todos se va elaborando un *diálogo grupal* que tenga sentido tanto para el paciente como para la familia.

Finalmente, la tercera premisa es la *Elaboración de nuevas narrativas*. Tener en cuenta el contexto de vida del paciente, abre posibilidades a dar una explicación más global y realista del sufrimiento psíquico. En el GMF, los miembros pueden identificarse e intercambiar experiencias entre ellos. Distintas narrativas pueden modificar o complementar las perspectivas de la familia o del paciente ya sea respecto al trastorno psicótico o a problemas de la vida diaria. El enriquecimiento con las nuevas miradas que emergen en el GMF facilita que estas sean incorporadas de una forma más natural, en el diálogo interno de uno mismo. Así mismo, se amplía el conocimiento y la comprensión del individuo y la psicosis.

Los Factores Terapéuticos de Yalom

Irvin Yalom, psicoterapeuta y escritor estadounidense con una larga trayectoria en el estudio de la psicoterapia grupal, fue uno de los terapeutas pioneros en identificar los *Factores Terapéuticos Grupales* que se hallaban en la base de la eficacia de la psicoterapia (29). Pese a que en su práctica clínica no trabajó con grupos multifamiliares, sí experimentó distintas modalidades de terapia de grupo y estuvo muy conectado con terapeutas familiares del Mental Research Institute (MRI) como Gregory Bateson, Paul Watzlawick y Jay Haley.

Nuestro enfoque de terapia multifamiliar en psicosis incipiente se apoya también en la metodología de Yalom, especialmente en su insistencia en la *necesidad de transparencia*. Establecer una comunicación transparente con los pacientes y sus respectivas familias es una herramienta fundamental de nuestro GMF. En este sentido, solemos usar un lenguaje común, evitamos tecnicismos y facili-

tamos el diálogo grupal en un nivel en el que todos los integrantes nos podamos entender. Siguiendo las propuestas de Yalom, el equipo terapéutico se sitúa de una forma horizontal y cercana a los pacientes y sus familiares y pone el foco en los vínculos interpersonales, dónde los pacientes con psicosis en fases iniciales presentan dificultades importantes.

Yalom describió once *Factores Terapéuticos Grupales*, dos de los cuáles han sido potenciados especialmente en nuestro trabajo multifamiliar y se han convertido en el eje de las sesiones y en el motor de la dinámica del grupo: *la Esperanza y el Aprendizaje interpersonal*.

Infundir y mantener la esperanza en la mejoría o en el cambio es crucial en todas las psicoterapias, pero en el escenario grupal desempeña un papel preponderante (30). En el grupo, cuando un miembro de un núcleo familiar (un padre) escucha a uno de los jóvenes (hijo de otro núcleo familiar distinto) explicar los síntomas y el malestar que padeció cuando sufrió un primer brote psicótico y como se recuperó de este episodio, puede sentirse más esperanzado y optimista acerca del curso y desarrollo del trastorno en su propio hijo.

En el *Aprendizaje interpersonal*, sabemos que en los grupos el proceso vicario es determinante. De este modo, si focalizamos la intervención del equipo terapéutico en facilitar el aprendizaje a través de la experiencia de otros, se movilizan procesos de cambio que habitualmente suelen ser muy rígidos tanto en los jóvenes con psicosis como en el resto de la familia.

Elementos a tener en cuenta en la gestión del clima emocional del GMF

La construcción de un espacio grupal multifamiliar es un proceso dinámico. En general los inicios de cualquier grupo terapéutico son complejos y costosos. Especialmente si se quiere crear una estructura sólida y de tratamiento continuado que facilite la acogida de las familias. Sabemos que la utilidad psicoterapéutica y la significación clínica, que tanto el paciente como los familiares atribuyan al grupo, determinará la continuidad de asistencia al espacio grupal. En este caso, hay que tener en cuenta tanto las dificultades de vinculación propias de los jóvenes con un trastorno psicótico inicial como la complejidad de las dinámicas del núcleo familiar (31).

En la construcción y el desarrollo del GMF hemos puesto mucho énfasis en la gestión de los elementos que regulan el *clima emocional*, que como sabemos, es uno de los factores que más contribuye a los cambios psíquicos y vinculares (32). Un clima emocional grupal adecuado, rebaja la angustia y permite la fluidez de la comunicación entre los miembros. Nuestro tratamiento grupal se adapta a las necesidades emocionales del joven y la familia, y tiene en cuenta la fase del proceso psicótico en el que se encuentran.

La primera cuestión que nos planteamos para crear un buen clima emocional, fue la idea de que el *setting* grupal significara un espacio acogedor y contenedor que generara seguridad *psíquica o afectiva* (33). Desde el inicio, pusimos nuestro empeño en que el paciente se sintiera cómodo y seguro, evitando así la sensación de extrañeza tan recurrente en las etapas iniciales de la psicosis. Al mismo tiempo, insistimos en desarrollar un clima grupal que permitiera tanto

al paciente como al resto de la familia por igual, mostrar su *individualidad*, es decir, su identidad con sus fragilidades y sus fortalezas (34,35).

Desde del principio, en las sesiones multifamiliares hemos introducido las normas de comunicación y funcionamiento básicas que se mencionan habitualmente en la mayoría de grupos de terapia, como son: *la confidencialidad, el respeto, la libertad, y el no juzgar al otro*. Pero en el modelo multifamiliar aplicado a la psicosis incipiente, trabajar a fondo estas reglas de relación subyacentes a todo encuentro relacional sano, tiene una especial relevancia. En las personas que padecen un trastorno psicótico, estas reglas de comunicación no son tan claras y pueden conducir a la confusión y al daño de los vínculos familiares. En los siguientes apartados profundizaremos en cada una de estas reglas de comunicación, y explicaremos cómo se han trabajado en nuestro GMF.

En cuanto a la *confidencialidad*, en el grupo se establece una confianza básica donde hay un compromiso por parte de cada miembro en escuchar al otro y en mantener la intimidad del contenido personal que trae a la sesión. Es primordial conseguir una relación de confianza entre los miembros y también con el propio equipo terapéutico. Como ya sabemos, en la psicosis incipiente el punto de partida de las relaciones interpersonales es habitualmente la desconfianza, tal y como se expresa a través de la clínica paranoide en el paciente, y en ocasiones, también en otros miembros de la familia (36,37). Por esta razón fomentar vínculos de confianza en el grupo será necesario y resultará en sí mismo terapéutico.

En relación al *respeto* en la comunicación interpersonal, insistimos en que la psicoterapia multifamiliar ha de ser una *experiencia positiva y reparadora*. Se ha observado

que en familias con un miembro que sufre un trastorno psicótico, la calidad de los vínculos y las experiencias emocionales dentro del núcleo familiar durante el curso del trastorno no han sido gratificantes (36). El psiquiatra británico Julien Leff (1976) propuso el término *Emoción Expresada (EE)* que describió como “una medida de la calidad de la relación entre el paciente y sus familiares próximos, en los trastornos psiquiátricos y especialmente, en la esquizofrenia” (38). En el constructo EE² los componentes como el Criticismo (CC) la Hostilidad (H) y la Sobreimplicación emocional (EOI) indican la presencia de una *alta emoción expresada* en el núcleo familiar. Por contra, los *Diálogos cálidos (W)* y los *Comentarios Positivos (PR)* serían elementos que señalan una *baja emoción expresada* en la familia. Se ha demostrado que en la mayoría de las familias con un miembro que padece un trastorno psicótico el nivel de EE en las relaciones familiares es elevado y ha sido definido como un factor de estrés que se correlaciona con el curso y la evolución del trastorno, concretamente con la probabilidad de sufrir más recaídas (39). En el tratamiento multifamiliar, trabajamos la disminución en el grado de la emoción expresada favoreciendo que en la dinámica grupal se den interacciones interpersonales más respetuosas con el otro, tratando que se desarrolle una comunicación menos hostil y más positiva.

Con respecto a la *libertad*, tanto en la decisión de acudir al grupo como en el grado de participación dialógica en este, nuestra experiencia en el tratamiento comunitario en

jóvenes con trastornos psicóticos, nos dice que es uno de los componentes fundamentales a tener en cuenta para obtener buenos resultados en la psicoterapia multifamiliar.

Hemos de recordar que una de las aportaciones más valiosas del modelo de *psicoanálisis multifamiliar* del Dr. García Badaracco, fue la idea de que las sesiones terapéuticas no fueran vividas como un sometimiento ni una imposición, y la necesidad de crear una relación más libre y espontánea (6). El psiquiatra argentino destacó más, la disponibilidad del terapeuta en el encuentro grupal, que no la obligación hacia el paciente y la familia de acudir a la terapia. Pensamos que no hay que perder de vista que, a lo largo de la historia los pacientes que han presentado un trastorno mental grave, como es la esquizofrenia, han sido en muchas ocasiones privados de su libertad tanto en la toma de decisiones como en su capacidad de expresión. Con demasiada frecuencia, la «voz» de los pacientes y de sus familias son tenidas poco en cuenta.

Nuestra experiencia clínica, nos dice que, si adoptamos una actitud más colaborativa con el joven y su familia, respetando sus decisiones y sus tiempos, si finalmente estos aceptan el tratamiento grupal, la vivencia terapéutica y los resultados clínicos son mejores. Pues la motivación al cambio y el compromiso es mayor. (Recordemos que es un espacio grupal abierto y continuado donde todos los miembros del núcleo familiar pueden participar en las sesiones en cualquier momento del proceso de recuperación, durante un periodo de 5 años que dura el

² El instrumento Camberwell Family Interview (CFI) desarrollado por Vaughn y Leff (1976). Es la escala de referencia estándar para cuantificar los subcomponentes de la Emoción Expresada (EE).

programa). A pesar de ello, somos conscientes que desde algunos enfoques más psicoeducativos y algunas orientaciones psicoterapéuticas más ortodoxas, la posibilidad de tener en cuenta la libertad en la capacidad de decisión del paciente psicótico y de sus familiares en la elección de participar en el GMF, pueda resultar controvertido.

Finalmente, otro de los elementos a tener en cuenta en la creación de un buen clima afectivo, es la indicación terapéutica de *no juzgar*. No hacer juicios de valor es una de las normas que habitualmente algunos terapeutas de grupo hacen explícitas, y otros integran como parte del trabajo psicológico durante el proceso grupal. Cuando hablamos de *no juzgar*, simultáneamente nos referimos a la capacidad de *validar* al otro. La *validación* ha sido una técnica psicológica muy usada como estrategia de aceptación. En nuestro grupo de terapia multifamiliar, tratamos de reconducir las interacciones que ponen en juicio de valor lo que expresa el otro y dirigirlas hacia afirmaciones más validantes, buscando una comunicación positiva y evitando un grado de tensión psíquica demasiado alta. En el *setting* grupal, que en definitiva es un espacio de relación social, emergen las diferencias interpersonales, por este motivo es importante fomentar la empatía y la capacidad de aprendizaje, que como se ha resaltado en otros apartados de este artículo, es uno de los factores terapéuticos más relevantes de la terapia.

Conducción terapéutica interdisciplinar del GMF

En el GMF, la conducción psicoterapéutica se caracteriza por la *interdisciplinariedad*. La conducción del grupo se basa en un modelo interdisciplinar en el que todo el *equipo te-*

rapéutico; el trabajador social, la psiquiatra, la enfermera y la psicóloga clínica, aportan distintas miradas. Sus conocimientos profesionales y sus recursos, tanto terapéuticos como personales, interaccionan y se mezclan en el desarrollo de las sesiones del tratamiento grupal.

En la construcción inicial del grupo (sobretodo durante las 5 primeras sesiones), quién ejerce de *conductor principal* dentro del equipo terapéutico (en nuestro caso este rol es llevado a cabo por Psicología) es sobre quién recae la tarea de dinamizar y sostener a sus miembros, con el objetivo de consolidar progresivamente la estructura grupal. Al principio, esto conlleva contener la angustia del grupo, la propia, y la del resto del equipo terapéutico.

Actualmente, hemos observado en nuestro país, que en los *equipos de intervención temprana* es habitual que algunos profesionales no tengan una formación específica en Psicoterapia. Pensamos que esto no debe ser un inconveniente si se quiere iniciar grupos multifamiliares en psicosis incipiente con un modelo interdisciplinar. En este sentido, siempre que haya uno de los profesionales que «sí» tenga una formación y experiencia adecuada en el abordaje de la clínica psicótica y en Psicoterapia (sobre todo en el manejo de grupos) será posible llevar a cabo un GMF de tales características.

Asimismo, el abordaje interdisciplinar precisará que el conductor principal utilice un lenguaje poco técnico y poco anclado sólo a sus orientaciones psicoterapéuticas habituales. Este modelo complejo de conducción grupal, le impulsará a salir de su disciplina para entrar y aprender de las demás. Junto al resto de profesionales del equipo, se irá elaborando un modo de trabajar en el grupo más rico e integrador que permitirá entender, y tratar desde distintas perspectivas, la com-

plejidad de la psicosis en sus etapas iniciales y los vínculos que se dan alrededor de ella.

Uno de los ingredientes esenciales de la conducción de nuestro GMF es la capacidad del equipo de crear *sentimiento de pertenencia* al que definimos como: el sentimiento o la consciencia de formar parte de un grupo en el que se acogen modelos de referencia que influyen en las características y el desarrollo propio. Sabemos que favorecer la aparición del sentimiento de pertenencia en el grupo significa que, con el tiempo, el GMF adquirirá una mayor autonomía, irá madurando y en consecuencia se activarán procesos de cambio y crecimiento psicológico en los miembros que lo conforman (pacientes, familias y en los propios miembros del equipo terapéutico).

Otros elementos claves para la conducción son la habilidad de facilitar que los pacientes y sus familias acudan al grupo regularmente, conseguir que el entorno grupal resulte útil para ellos valorando el grupo como un espacio de soporte y cambio, y promover que cada uno se implique con los demás miembros del grupo.

El Registro Comunicacional

En la intervención y la dinámica del GMF utilizamos un lenguaje *afectuoso, sensible y claro*, que nos acerque tanto al paciente como a su familia. Trabajamos más con *hipótesis y metáforas*, y menos con interpretaciones debido a la tipología de la población clínica que tratamos, que como sabemos, son altamente sensibles a la interpretación y ésta, a veces puede crear más confusión y no resultar terapéutica.

El equipo terapéutico, establecemos una conexión emocional con los miembros del GMF a través de la *subjetividad* y promovemos que los pacientes y las familias hagan

lo mismo. Nos referimos a que, los integrantes del grupo puedan conectarse emocionalmente unos con otros y comprendan el sufrimiento del otro de una forma empática. Pensamos que solo a partir de este punto, se puede empezar a buscar y pensar de forma compartida y en conjunto, *soluciones* para afrontar las situaciones clínicas y vitales tan complejas que conlleva la psicosis (40).

Los Niveles de Intervención

La terapia multifamiliar es un espacio dinámico dónde se pueden manejar distintas técnicas. El GMF da la posibilidad de integrar una gran diversidad de estrategias psicoterapéuticas (41,42) que pueden ser utilizadas para trabajar en los diferentes *Niveles de Intervención* que proporciona el grupo (8). El *nivel intrapsíquico*, retrata la unicidad del individuo destacando variables de su funcionamiento interno y de su identidad que se correlaciona con su historia biográfica personal. Es el lugar donde subyace la sintomatología, la clínica o la psicopatología del sujeto. En el *nivel intrafamiliar*, se muestra la estructura de la familia, se muestran sus límites y cómo funcionan los sub-sistemas parentales, conyugales, filiales o fraternales (43). También se observa la narrativa dominante. Las creencias, los roles y la posición de poder entre los miembros se dejan entrever en este nivel y se manifiestan las circunstancias vitales del conjunto de la familia. El *nivel interfamiliar*, es uno de los fenómenos más potentes del grupo. Se refiere a la comunicación y vinculación entre familias, dónde el soporte y el reconocimiento mutuo tienen una función primordial. Es el área de intercambio de experiencias y de creación de espacios para desarrollar nuevas narrativas y es la pieza más sustancial de contención emocional. Finalmente, el *nivel*

social, se relaciona con el conjunto de familias y profesionales en la imagen del grupo como un todo. En el nivel social surgen factores existenciales y de pertenencia que se entrelazan con otros como la cultura y la transculturalidad, las «etiquetas» sociales y el estigma. Es el contexto que permite construir un diálogo grupal inclusivo y respetuoso con la individualidad y la diferencia.

Trabajo de casos clínicos en el GMF

(los nombres son ficticios)

Caso 1: Contención y gestión de una crisis psicótica aguda

Breve descripción del caso

Arnau, un joven de 18 años presentaba alucinaciones cenestésicas y corporales, alteraciones de todas las percepciones sensoriales, dificultad en la comunicación y el lenguaje, perplejidad y manierismos. Los desórdenes de la psicomotricidad eran graves. Perdió el apetito, no comía nada que no fuera de origen ecológico, y se mostraba muy interesado en temas medioambientales que tomaban un sentido delirante en su vida. Arnau convivía con su madre, Rosa. Los padres del joven, estaban divorciados desde que Arnau tenía 8 años. La madre no conservaba una relación fluida con su ex-pareja, pero preocupados por el estado mental de su hijo, que había empeorado en los últimos meses, acudieron al grupo multifamiliar juntos. Habitualmente Arnau asistía a las sesiones de grupo con uno de sus progenitores y hacía seguimiento con el equipo con regularidad, pero nunca había aceptado el tratamiento farmacológico que le indicaba la psiquiatra del equipo.

Abordaje terapéutico en el GMF

En el encuentro grupal, la madre explicó con una mezcla de emociones de vergüenza, culpa y desesperación, que dos días antes, al ver que su hijo estaba mal, había empezado a darle el tratamiento a escondidas. La confianza de la madre tuvo una reacción inmediata en el resto de los participantes del GMF, que después de empatizar con su sufrimiento, también cuestionaron su actuación. Posteriormente en el grupo se fueron buscando soluciones para conseguir que el joven aceptara el tratamiento, evitando juzgar mal a la madre por haber engañado a su hijo. En el grupo se propuso que el Equipo Terapéutico hiciéramos una reunión con los dos progenitores (que, a pesar de nuestra insistencia, nunca habían querido acudir a las visitas juntos debido a sus desacuerdos y su mala relación), contando también con la presencia del joven. Se planteó que el objetivo de la reunión fuera hablar abiertamente de la crisis psicótica por la que estaba atravesando Arnau e insistir en la necesidad de tomar una medicación en este momento de crisis, para evitar un ingreso en el hospital, que se esbozó como opción en caso de no poder contener los síntomas psicóticos.

Intervención posterior a la sesión grupal

Parte del equipo terapéutico (la psiquiatra, la enfermera y la psicóloga) se reunieron con el joven y su familia la mañana siguiente a la sesión de GMF, que había tenido lugar la tarde anterior. En el encuentro usamos un enfoque dialógico con el joven y su familia, en el cual se pusieron de manifiesto las preocupaciones y el malestar de Arnau. El equipo facilitó que Arnau explicara sus síntomas psicóticos (de los que tenía cierta concien-

cia) a su familia, que lo pudieron escuchar con más tranquilidad. Los padres podían por primera vez escuchar y acompañar el sufrimiento de su hijo, más allá de sus propios conflictos y desacuerdos de pareja. Cuando el joven verbalizó sus síntomas en la reunión y se dio cuenta de cómo le estaban afectando en su vida, constató la necesidad de aceptar el tratamiento farmacológico y el sentido del mismo. Junto a la toma de tratamiento que aceptó, se propuso un soporte continuado por parte de la enfermera del EIPP en el domicilio que le visitaría durante unos días. Arnau también hizo una demanda de intensificar el tratamiento psicológico individual que se llevó a cabo a través de visitas más frecuentes en un entorno comunitario. La recuperación clínica y funcional fue progresiva y se hizo patente en la compensación de la sintomatología psicótica aguda, en el cambio de los vínculos familiares y en la generación de mayor cordialidad y confianza en el núcleo familiar y con el Equipo Terapéutico.

Aprendizajes en la familia y los demás integrantes del GMF

En este caso, los integrantes del GMF aprendieron cómo la implicación de los padres separados para ayudar a su hijo en un momento de crisis, fue crucial para detener la progresión de la descompensación psicótica. Se observó que la conversación que se generó en la sesión del GMF, dio confianza a las demás familias para encontrar soluciones lógicas, no sólo en los terapeutas, sino en ellas mismas y potenció la competencia del GMF para afrontar situaciones difíciles. Se puso de manifiesto, cómo no se juzgó una acción desesperada (la actuación de la madre en el manejo de la medicación), en un momento de crisis.

Caso 2: Vinculación y procesos de cambio en un primer episodio psicótico

Breve descripción del caso

Mario, un joven de 24 años, fue hospitalizado por primera vez ante la presencia de clínica psicótica positiva y desorganizada grave. Mario no guardaba un buen recuerdo sobre su experiencia con algunos psicólogos y psiquiatras que había consultado años atrás, y no estaba de acuerdo en iniciar un tratamiento farmacológico ni psicoterapéutico. Hijo único, vivía con su padre, Ramón, un arquitecto de 70 años entregado a su trabajo, con pocas relaciones sociales y sintomatología ansiosa depresiva de años de evolución. La madre de Mario, una mujer diagnosticada de un trastorno bipolar y alcoholismo, abandonó a la familia siendo el paciente un niño de 6 años. En los inicios de su mayoría de edad, el joven empezó a flirtear con las drogas y abandonó su domicilio familiar durante unos años. Tomó distancia de su padre, al que sólo visitaba cuando necesitaba dinero para consumir cocaína o cannabis.

Abordaje terapéutico en el grupo

Se ofreció a Ramón y a Mario, incorporarse al GMF. Durante el primer año, sólo acudió el padre. La regularidad en la asistencia, el compromiso y el proceso psicológico de Ramón, generaron cambios en su estado de ánimo, que mejoró sustancialmente. Pasado un año, Mario se interesó por el GMF y él y su padre empezaron a acudir juntos. En las primeras sesiones, el joven habló de su diagnóstico de Psicosis, con el que no estaba de acuerdo “No soy un esquizofrénico”, dijo. Pero al expresarlo, se dio cuenta de que

el sentido del grupo no era discutir acerca de su diagnóstico sino conocer que le había pasado en su vida y de que forma le había afectado. Con esta mirada más centrada en la persona y sus necesidades, y menos en la etiqueta diagnóstica, se pudo abordar el daño emocional que había sufrido Mario desde que su madre le abandonó, la fría relación que había nacido entre él y su padre y la necesidad de afecto entre los dos. En una de las sesiones a las que acudieron, Mario expresó el deseo de reanudar la relación con su madre. En este momento, a través de una intervención estructural del Equipo Terapéutico, se facilitó que otra madre del grupo se sentara al lado de Mario y Ramón y expresara su opinión al respecto. Habló desde su propia experiencia y dio soporte a Mario en la decisión de recuperar el vínculo con su madre.

Cambios

Este hecho, que sucedió en el espacio psicoterapéutico, facilitó que el padre pudiera entender mejor las necesidades afectivas y la decisión de su hijo. En este caso, se estructuraron tanto a un nivel simbólico como real los vínculos familiares de Mario, pudiendo ser incluido el rol maternal que, aunque disfuncional por la patología de la madre, fue recuperado parcialmente retomando la relación con el hijo. La mejora de los vínculos familiares tuvo un impacto muy positivo en la estabilización de la clínica psicótica, sobretudo en la organización del pensamiento de Mario. Ahora presentaba un discurso mucho más centrado en la realidad, más organizado, con un ánimo más adecuado y menos expansivo. Mejoró el vínculo con su padre, pudo encontrar trabajo y empezar una relación de pareja que a día de hoy mantiene. Dejó de consumir THC y otros tóxicos.

Aprendizajes en la familia y los demás integrantes del GMF

En la intervención en el GMF se observa: en primer lugar, cómo la vinculación del padre al grupo favorece la vinculación posterior del hijo al tratamiento multifamiliar. En segundo lugar, podemos ver cómo la libertad de expresión del hijo respecto a su identidad posterior a un primer brote psicótico “no soy un esquizofrénico” y el desacuerdo con la etiqueta diagnóstica, se puede expresar en el grupo de una forma abierta y libre. Debido a que no se trata de un enfoque grupal psicoeducativo, sino que nuestro GMF tiene una mirada hacia la persona y sus necesidades afectivas, psíquicas y de relación. Finalmente, cuando el hijo expresa la demanda de reiniciar el contacto con su madre, se evidencia el conflicto de lealtades y la triangulación a la que se ve sometido. En el grupo vemos que esta dinámica se desbloquea cuando otro integrante se identifica en el mismo rol familiar de la persona que en este caso está ausente (la madre), y actúa desde el mismo rol, aportando una perspectiva distinta. En cuanto al impacto de los hechos grupales en el resto de miembros del grupo, en esta sesión, se revisaron de manera indirecta los roles familiares y la calidad de los vínculos paterno-filiales en este caso centrados en aspectos de duelo y pérdida y también de recuperación y reparación.

Conclusión

Nuestro grupo multifamiliar en psicosis incipiente, fue creado en febrero de 2018 por el Equipo de Intervención Precoz en Psicosis (EIPP) que lleva a cabo el Programa de Atención Específica al Trastorno Psicótico Incipiente (PAE-TPI) en el área del Baix Empordà.

El GMF fue integrado como un recurso de tratamiento continuado, complementario a otros recursos terapéuticos del EIPP con el objetivo de dar respuesta a las necesidades psicológicas, emocionales y de afrontamiento en los pacientes y las familias que se encuentran en las fases iniciales del desarrollo de un trastorno psicótico.

El tratamiento grupal multifamiliar permite gestionar la incertidumbre, la desesperanza, la confusión y los altos niveles de angustia que se observan en el paciente y en la familia, tanto con la brusca irrupción de los síntomas psicóticos en los primeros episodios, como en el progresivo desarrollo de lo que pueda configurarse con el tiempo en un trastorno de la esfera psicótica, en los EMARS.

En su origen, los principales desarrollos del modelo Multifamiliar descritos por autores como Peter Laqueur (1976) o Jorge García Badaracco (1960) demuestran la utilidad de crear grupos multifamiliares para apoyar «los frágiles vínculos interpersonales en los que se insertan los trastornos psicóticos, y tratar las interdependencias patógenas de las que en ocasiones emergen». Por otro lado, Mc. Farlane (1995) ha demostrado como se obtiene una reducción de las recaídas en el trastorno psicótico incipiente con el tratamiento multifamiliar vs. la terapia uni-familiar, en equipos de atención temprana. Autores como Xavier Sempere (2017) han señalado algunos beneficios diferenciales de los encuentros grupales multifamiliares en comparación con otros formatos psicoterapéuticos (individual o uni-familiar) y han acercado la terapia a la comunidad.

El marco teórico de nuestro enfoque multifamiliar se ha inspirado en las ideas que aporta el trabajo de Jaakko Seikkula y su orientación psicoterapéutica en Diálogo Abierto (*Open Dialogue*). Los buenos resultados clínicos y funcionales obtenidos a través de sus numerosos estudios publicados en el tratamiento de la psicosis y concretamente, en el abordaje psicoterapéutico de primeros episodios psicóticos, demuestran la importancia del trabajo comunitario y en red. Otro de nuestros referentes, pionero en el estudio de la eficacia de la terapia grupal ha sido Irvin Yalom. Yalom, ha estudiado en profundidad los procesos grupales destacando la necesidad de transparencia como herramienta fundamental del grupo, así como la esperanza y el aprendizaje interpersonal como factores terapéuticos esenciales, a los que, en nuestro caso hemos puesto especial atención.

Una de las características diferenciales de nuestro enfoque en la conducción terapéutica del GMF ha sido la *interdisciplinariedad*. Desde este tipo de intervención que mezcla distintas miradas y perspectivas al servicio de las necesidades psíquicas y relacionales del paciente y la familia, hemos observado que:

- El GMF facilita la consecución de metas terapéuticas complejas, normalmente difíciles de conseguir con otros escenarios terapéuticos.
- El GMF ayuda a obtener una vinculación más estable y menos fragmentada con el equipo terapéutico y a aceptar mejor otros recursos de tratamiento necesarios (por ejemplo, el tratamiento farmacológico o la intervención social).
- El GMF facilita la contención emocional de todo el núcleo familiar.

- El GMF permite la atención y gestión en momentos de crisis.
- El GMF promueve la activación y movilización de procesos de cambio más profundo para la recuperación del trastorno y el cambio en los vínculos interpersonales.
- El contenido emocional personal y la información de la historia y dinámica familiar que emerge en el espacio grupal entorno al desarrollo del trastorno psicótico se acerca más a la complejidad de la realidad del paciente y de la familia.
- La información significativa para el paciente y la familia aparece con más rapidez que en otros contextos terapéuticos. Esta información es integrada y gestionada de forma ágil, y más lógica, tanto por parte del propio equipo como de los miembros del grupo, pues en él se cuenta con un abanico más amplio de perspectivas y narrativas individuales que parten de experiencias similares y amplían la mirada particular de cada uno.

Para concluir, podemos afirmar que, los casos tratados en el GMF han permitido generar cambios positivos tanto en ellos como en el resto de miembros del grupo. Las mejoras en la clínica y en los vínculos familiares han sido relevantes, y la satisfacción de los pacientes y familiares, así como la del equipo terapéutico, considerable. Es necesario seguir trabajando con el objetivo de buscar, en el futuro, resultados de nuestra intervención. Pero desde nuestra experiencia clínica cotidiana estamos convencidos que integrar la psicoterapia multifamiliar en los programas de intervención precoz en psicosis incipiente, mejora la calidad asistencial tanto del paciente como de la familia.

Agradecimientos

Mi agradecimiento al EIPP Baix Empordà; Dr. René Morgan (Coordinador), Aroa Cano (Enfermera), Andrés Guindos (Trabajador Social) y especialmente a la Dra. Sara Castellón (Psiquiatra) por su soporte e implicación en la iniciativa de llevar a cabo el Grupo Multifamiliar.

Al Institut d'Assistència Sanitària (IAS) y su dirección médico-asistencial; Dr. Claudi Camps (Director Médico) y al Dr. Jordi Cid (Coordinador de programas) por la confianza en nuestra práctica clínica y psicoterapéutica diaria.

A los compañeros de profesión que con su revisión crítica han enriquecido este manuscrito y a la colaboración del Servicio de Biblioteca del Hospital Sta. Caterina (IAS).

Referencias

1. Abrahms J, Varon E. Maternal Dependancy and Schizophrenia: Mothers and patients in a Therapeutic Group. A group analytic study. New York: International University Press;1953.
2. Fromm-Reichmann F. Psicoterapia Intensiva en la esquizofrenia y en los maníacos depresivos. Buenos Aires: Lumen-Hormé;1994.
3. Laqueur H. P. Multiple family therapy. En P. J. Guerin (Ed.). Family therapy, theory, and practice. Nueva York: Gardner;1976.
4. García Badaracco J. Psicoanálisis Multifamiliar: Los otros en nosotros y el descubrimiento del sí- mismo. Buenos Aires: Paidós; 2000.
5. Salomón Martínez J., Simond D. H. Grupos de terapia multifamiliar ¿qué son, ¿cómo funcionan, qué ventajas ofrecen? Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2013.
6. García Badaracco J. Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar. Madrid:Tecnipublicaciones;1989.
7. Asen E. Multiple family therapy: an overview. Journal of Family Therapy. 2002; 24:3-16.
8. Sempere X., Fuenzalida C. Terapias multifamiliares: El modelo interfamiliar, la terapia hecha entre todos. Madrid:Psimática;2017.
9. Leff J., Kuipers L., Berkowitz R. Intervention in families of schizophrenics and its effects on relapse rate. En: Family therapy in schizophrenia. McFarlane WR (Ed.). Nueva York: Guilford Press; 1983: 173-189.
10. McFarlane WR., Lukens E., Link B. Multiple-Family Groups and Psychoeducation in the Treatment of Schizophrenia. Arch Gen Psychiatry, 1995;52(8):679-687.
11. Servei Català de la Salut. Pla director de Salut Mental i adiccions. Estratègies 2017-2020. Consens per a la millora de l'atenció a les persones amb Trastorn Psicòtic Incipient. Generalitat de Catalunya, departament de salut. Abril 2018.
12. Yung A., Philips L., McGorry P. et al. Mapping the onset of psychosis: The Comprehensive Assessment of At Risk Mental States (CAARMS). Aust. N. Z. J. P Psychiatry. 2005: (39) 964-971.
13. Bleuler E. Demencia Precoz o el grupo de las Esquizofrenias. Buenos Aires, Hormé; 1993.
14. Sala A. Psicoterapia multifamiliar en los primeros episodios psicóticos y estados mentales de alto riesgo. Comunicación presentada en: "La clínica grupal en los Servicios de Salud Mental". II Jornadas sección de psicoterapia de grupo. Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2019 Oct 24-25.
15. Sala A., Bellido M., Thelen A., Jimenez B., Companys J. Fundamentos en

- la creación de un grupo de apoyo comunitario para pacientes con trastorno psicótico. Póster presentado en: "Fragilidad, adversidad y nuevas terapias en las psicosis". XXI Curso anual de esquizofrenia; 2016 Dic 1-3; Madrid, España.
16. Sala A., Bellido M., Thelen A., Jimenez B., Companys J. Resultados obtenidos en sintomatología clínica y nivel de funcionalidad en participantes de un grupo de apoyo comunitario para pacientes con trastorno psicótico. Póster presentado en: "Fragilidad, adversidad y nuevas terapias en las psicosis". XXI Curso anual de esquizofrenia; 2016 Dic 1-3; Madrid, España.
 17. Yung AR., Phillips LJ., McGorry PD, McFarlane CA et al. Prediction of psychosis. A step towards indicated prevention of schizophrenia. Br. J. Psychiatry Suppl. 1998; 172:14-20.
 18. American Psychiatric Association (APA). DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
 19. Birchwood M., Todd P., Jackson C. Early intervention in Psychosis: The critical-period hypothesis. Int. Clin. Psychopharmacol. 1998; 13, Suppl.1, 31-40.
 20. Aaltonen J., Seikkula J., Alakare B., Haarakangas K., Keränen J., Sutela M. Western Lapland project: A comprehensive family - and network- centred community psychiatric project. ISPS. Abstracts and Lectures.1997;12-16,124.
 21. Seikkula,J., Alakare,B., Aaltonen,J. et al. Open Dialogue Approach: Treatment Principles and Preliminary Results of a Two-Year Follow-Up on First Episode Schizophrenia. Ethical Human Sciences and Services. 2003; 5 (3): 163-182.
 22. Seikkula J. Open dialogues with good and poor outcomes for psychotic crises: Examples form families with violence. J. of Marital Fam. Ther. 2002; 28:3, 263-274.
 23. Selvini-Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G., Prata, G. Paradoja y contraparadoja: un nuevo modelo en la terapia de la familia con transacción esquizofrénica. Buenos Aires: Paidós; 1978.
 24. Gergen J., McNamee S. La terapia como construcción social. Buenos Aires: Paidós;1996.
 25. Seikkula J., Erik Arnkil T. Diálogos terapéuticos en la red social. Barcelona: Herder; 2015.
 26. Seikkula J., Aaltonen J., Alakare B., Haarakangas K. et al. Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. Psychoyher. Res. 2006; 16 (2): 214-228.
 27. Bergström T., Alakare B., Aaltonen J., Jaakko Seikkula et al. The long use of psychiatric services within the Dialogue treatment system after first-episode psychosis. Psychosis. 2017; 9:310-321.

28. Bergström T., Seikkula J., Alakare B. et al. The family-oriented dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: Nineteen-year outcomes. *Psychiatry Res.* 2018; 270,168-175.
29. Yalom ID., Leszcz M. The theory and practice of group psychotherapy. 5th ed. Nueva York: Basic Books; 2005.
30. Vinogradov S., Yalom ID. Guía breve de psicoterapia de grupo. Barcelona: Paidós; 1996.
31. Bateson G., Jackson J.D., Weakland J. Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science.* 1956; 1: 251-264.
32. Atienza J.L., Blajakis, M^aI. El clima emocional en los grupos multifamiliares: su construcción y contribución al cambio. *Teoría y práctica grupoanalítica: Grupos multifamiliares. Grupoanálisis.* 2012; 2 (1):81-93.
33. Marías J. *Persona.* Madrid: Alianza; 1996.
34. Wyrsh J. *La persona del esquizofrénico. Estudios sobre la clínica, psicología y modalidad existencial.* Madrid: Triacastela; 1949.
35. Colina F. *Melancolía y paranoia.* Madrid: Síntesis; 2011.
36. Colina F. *Sobre la locura.* Madrid: Cuatro ediciones; 2013.
37. Vaughn C.E, Leff J. The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. *Br. J. Psychiatry.* 1976; 129: 125-137.
38. Vaughn, C.E, Leff, J. The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *Br. J. Soc. Psychol.* 1976; 15:157-165.
39. Leff J., Lam D. *Esquizofrenia: Guía práctica de trabajo con las familias.* Barcelona: Paidós; 2004.
40. De Shazer E. *Claves para la solución en terapia breve.* Barcelona: Paidós; 1991.
41. Hirsch H., Rosarios H. *Estrategias Psicoterapéuticas Institucionales. La organización del cambio.* Buenos Aires: Nadir; 1987.
42. Fernandez A., Rodriguez B. *La práctica de la psicoterapia.* Bilbao: Desclée de Brouwer; 2001.
43. Minuchin S., Fishman C. H. *Técnicas de terapia familiar.* Buenos Aires: Paidós; 1984.

IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN ESPECÍFICA AL TRASTORNO PSICÓTICO INCIPIENTE (PAE-TPI) EN EL CSMIA DE GRACIA, BARCELONA

Carmen Corte

Psicóloga y responsable del programa PAETPI CSMiA Gracia.
ccortes.merced@hospitalarias.es

Esther Chacón

Psiquiatra programa PAETPI CSMiA Gracia.

Tania Aguilar

Enfermera programa PAETPI CSMiA Gracia.

Salvador Montalban

Trabajador Social PAETPI CSMiA Gracia.

Daniel Riesgo

CPI PAETPI CSMiA Gracia.

Resumen

La intervención precoz en psicosis se inicia en los años 80 en Australia con la creación del primer programa de recuperación, desde entonces han sido muchos los países que han seguido a Australia. A pesar de la evidencia científica que avala la efectividad de la intervención en el primer episodio psicótico, los programas siguen siendo escasos y muy heterogéneos en un mismo territorio.

En 2017 se pone en marcha la implantación de los programas de atención específica para el trastorno psicótico incipiente en Cataluña, el objetivo principal de este artículo es contextualizar la situación actual del programa PAE-TPI y realizar un análisis descriptivo de la población atendida en los dos años iniciales del programa en el distrito de Gracia en Barcelona.

Palabras clave: psicosis Incipiente, atención temprana, PAETPI, prevención, primer episodio psicótico.

Abstract

Early intervention in psychosis begins in the 80s in Australia, they created the first recovery program in psychosis, from that moment on several countries had also established new programs of intervention. Despite the scientific evidence about the effectiveness of first episode psychosis intervention, this kind of programs is limited and very heterogeneous in the same territory.

In 2017 specific programs for the early intervention in psychosis are created in Catalonia. The main objective of this article is to resume the actual situation of PAETPI program and to perform a descriptive analysis of the two first years of implementation in Gracia neighborhood, Barcelona.

Key Words: incipient Psychosis, early intervention, PAETPI, prevention, first episode psychosis.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la esquizofrenia y trastornos del espectro psicótico un importante problema de salud en la población joven. Estos suponen un 3% de la población, constituyen una de las tres causas de discapacidad a nivel mundial, y suponen un elevado gasto a nivel sanitario en la actualidad (1,2)

Diferentes estudios sobre trastornos psicóticos y esquizofrenia avalan las intervenciones precoces en este tipo de trastorno como factor clave en el curso y pronóstico de la enfermedad (4,5,6). Pese a los resultados obtenidos no todos los pacientes tienen acceso a programas de este tipo ya sea debido a las características del sistema sanitario, la falta de equipos específicos...etc

Australia ha sido la pionera en la investigación y creación de equipos para la inter-

vencción en psicosis, en los años 80 se creó el primer programa de recuperación en un hospital de Melbourne; este programa basaba su intervención en los servicios comunitarios y en la intervención en los dos primeros años desde el diagnóstico de psicosis. En 1992 se crea el *Early Psychosis Prevention and Intervention Center (EPPIC)* (7), centró su intervención principalmente en una población diana de 15 a 30 años de Melbourne. En los 90 se crea también la Asociación Internacional de Psicosis Temprana (IEPA), con el objetivo de analizar y dar a conocer los resultados de los programas de intervención temprana en psicosis en todo el mundo (8).

En 2002 la OMS junto con la IEPA, realizan un consenso sobre los programas de intervención en este tipo de pacientes en los que se realizan 10 recomendaciones/acciones que deberían incluir los programas de intervención en psicosis (9).

Tabla 1. Recomendaciones/Acciones Consenso intervención temprana (12).

1	Ofrecer herramientas a Atención Primaria para la detección temprana de psicosis
2	Ofrecer terapia farmacológica y psicosocial
3	Realizar tratamiento en la propia comunidad
4	Comunicar los beneficios de la detección temprana a la población
5	Involucrar a la comunidad y familiares
6	Establecer políticas y programas a nivel nacional
7	Formar a especialistas y personas en contacto con esos pacientes
8	Mejorar la coordinación con otros servicios, programas integrales que faciliten la rehabilitación social
9	Generar indicadores de seguimiento
10	Apoyar la investigación en psicosis, desde nuevos tratamientos hasta nuevas estrategias de prevención

A pesar de la evidencia científica que avanza la efectividad de la intervención específica los 5 primeros años desde el primer episodio psicótico, estos programas siguen sin ser una intervención habitual en los servicios de salud mental. En Europa, sólo Inglaterra y Dinamarca dan cobertura completa a la población.

A nivel estatal, únicamente 10 comunidades autónomas incluyen aspectos de intervención específica en primeros episodios en los planes de salud mental. Únicamente Cataluña, la Comunidad Valenciana y Andalucía disponen de guías generales de implementación del programa.

En el caso de Cataluña en 2007 se inicia la implementación progresiva de 12 programas piloto centrados en la atención específica al trastorno psicótico incipiente (PAE-TPI) en Cataluña siguiendo las recomendaciones del *Pla Director de Salut Mental i Addiccions* (10). El objetivo principal se centraba en la detección y diagnóstico del trastorno psicótico en su fase inicial y la intervención precoz, reduciendo la duración de la psicosis sin tratar (DUP), así como dar un tratamiento continuado en el período de recuperación y estabilización posterior y garantizar la continuidad asistencial y la recuperación social de los pacientes.

En el primer semestre de 2018 se publica el *Consens per a la millora de l'atenció a les persones amb Trastorn Psicòtic Incipient* con el objetivo de promover la implantación homogénea del programa en diferentes territorios, así como realizar un seguimiento del desarrollo de estos programas y su evaluación (11).

Durante los últimos años se ponen en marcha diferentes programas en todo el territorio catalán, en el caso del distrito de Gracia en Barcelona, se inicia el proyecto a finales de 2017, con la creación de un equipo multidisciplinar para el programa de atención específica al trastorno psicótico incipiente, a continuación se detalla la puesta en marcha

del programa así como un análisis descriptivo de los pacientes incluidos en el programa de atención específica al trastorno psicótico incipiente en el CSMiA de Gracia, durante los años 2017-2019.

Programa de Atención Específica al Trastorno Psicótico Incipiente (PAE-TPI) Distrito de Gracia, Barcelona

Se trata de un equipo multidisciplinar constituido por una psiquiatra y psicoterapeuta, una psicóloga y coordinadora del equipo, una enfermera, un trabajador social y un CPI.

Se estableció como guía las recomendaciones del PDSMiA 2016 así como las recomendaciones realizadas por la OMS y la IEPA(12).

En una primera fase se realizó la constitución del equipo, elaboración de protocolos de inclusión, evaluación e intervención del programa. Se llevó a cabo la difusión y formación a los diferentes agentes que tienen contacto con la población diana.

Paralelamente a la difusión se inició la inclusión de pacientes que cumplían criterios y se podían beneficiar del programa desde el propio CSMiA.

Previa a la inclusión (tabla 2) se realiza una valoración a partir de la historia clínica del paciente para valorar los criterios de inclusión, una vez realizada esta valoración se incluye en el programa y se realiza una valoración integral del paciente en los 3 primeros meses de permanencia. Esta valoración consta de una valoración a nivel clínico, fisiológico, cognitivo y social (tabla 3), el objetivo es poder determinar el perfil del paciente y realizar un plan terapéutico individualizado adecuado al paciente y enfocado a su recuperación.

Tabla 2. Criterios de inclusión PAE-TPI.

Criterios Inclusión	Criterios Exclusión
Edades comprendidas entre 14 y 35 años	Patología orgánica
Sintomatología psicótica franca compatible con diferentes diagnósticos de psicosis afectiva y no afectiva	CI inferior a 70
Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR)	Consumo de sustancias como patología principal
Evolución de la enfermedad inferior a 5 años.	

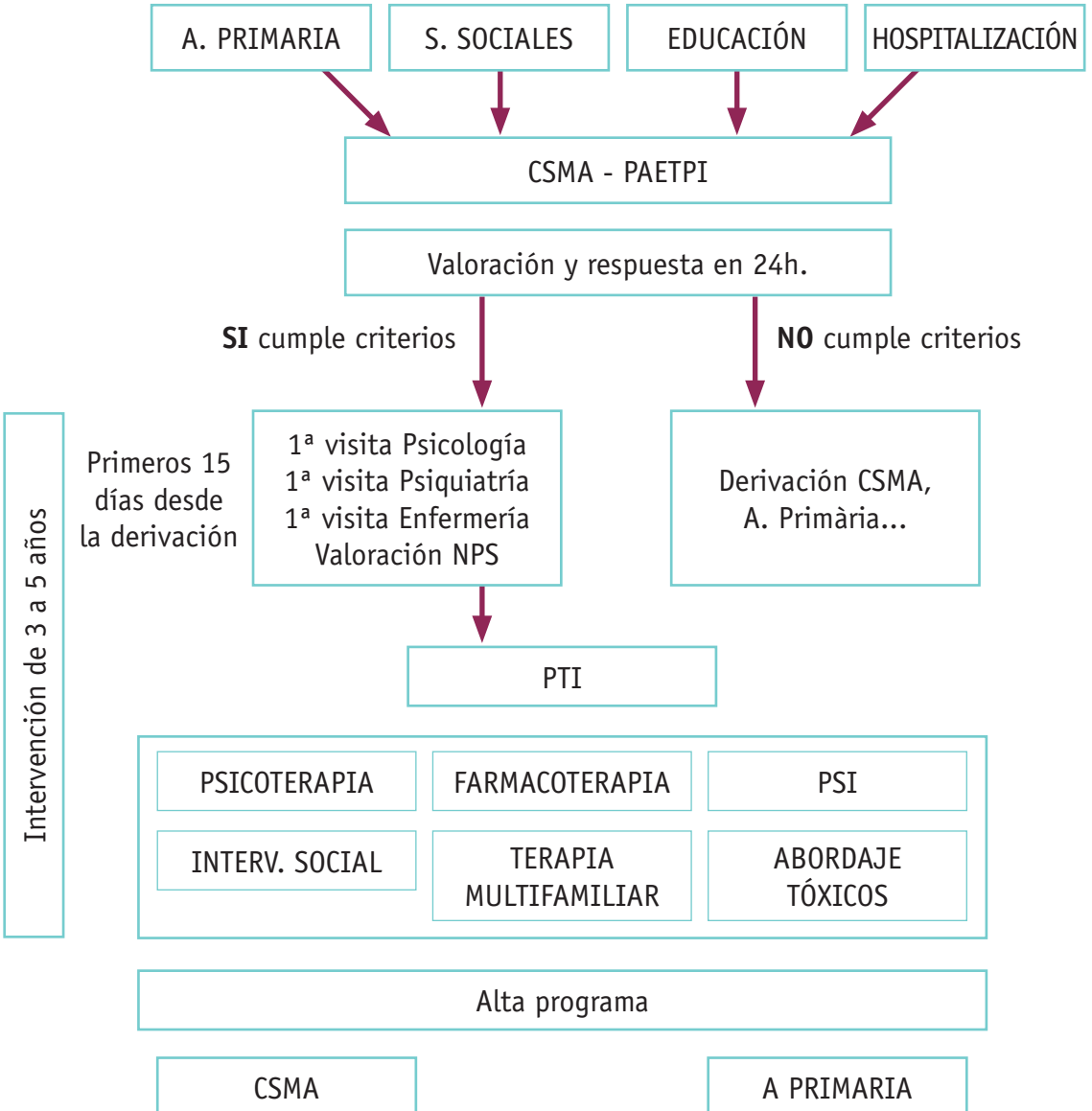
Tabla 3. Valoración integral.

Dimensión		Instrumento
RIESGOS	Alergias y alertas Consumo de tóxicos Efectos Secundarios	ADIS (<18 a.)/ AUDIT (>18a.) UKU
SINTOMATOLOGIA	Síntomas positivos y negativos Síntomas afectivos Cribaje cognitivo	PEP: PANSS EMAR: CAARMS/ SIP/SOPS HDRS i YOUNG BACS/WAIS
SALUD FÍSICA GENERAL	Hemograma Bioquímica NA+, K+ Glucemia Función renal Función Hepática Función Tiroidea Perfil lipídico Serología Prolactinemia	Analítica completa
	Función cardíaca	ECG

La intervención tiene una duración de entre 3 y 5 años desde la inclusión en el programa, al alta se derivará al servicio más acorde a su evolución. Esta intervención se realiza

de manera simultánea con un enfoque bio-psico-social (Figura 1). Las intervenciones dependerán del plan terapéutico individualizado.

Figura 1. Circuito intervención PAE-TPI.



Método

Los pacientes incluidos forman parte del programa PAETPI según los criterios de inclusión y exclusión del propio programa.

Se incluyen aquellos pacientes de edades comprendidas entre 14 y 35 años, con sospecha de diagnóstico referenciado en el programa, pacientes EMAR (estado mental de alto riesgo), y pacientes que cumplieron los criterios del DSM V para cualquier trastorno psicótico o trastorno afectivo con síntomas psicóticos; con un período de evolución menor a cinco años desde el primer episodio, residir en el distrito de Gracia (Barcelona). Se excluyeron aquellos pacientes que presentaban patología orgánica diagnosticada y relacionada con el inicio del cuadro y discapacidad intelectual moderada/severa.

Se realiza un estudio descriptivo de los dos primeros años de puesta en marcha del programa PAE-TPI CSMiA Gracia, Barcelona.

La recogida de datos se realiza a través de la información obtenida en las diferentes entrevistas clínicas de inclusión al programa. Todos los datos se recogen en una base de datos conforme a la LOPD y respetando el anonimato de los pacientes.

Para realizar el análisis se tuvieron en cuenta diferentes variables sociodemográficas de los pacientes. Se tomaron también como referencia los diferentes indicadores propuestos por el PDSMiA para la valoración del funcionamiento del programa. A continuación, se describen los diferentes indicadores para la evaluación del programa PAE-TPI:

- Accesibilidad: Incidencia de casos en el programa.
- Disponibilidad: Atención del paciente dentro de los 15 primeros días desde la derivación.

- Adecuación: Porcentaje de pacientes que reciben o han recibido tratamiento psicoterapéutico.
- Continuidad: Porcentaje de pacientes que mantienen visitas de seguimiento a los 12 meses desde la primera visita.
- Efectividad: Porcentaje de pacientes que presenta reingresos desde su vinculación al programa.
- Seguridad del paciente: porcentaje de pacientes con tratamiento farmacológico y UKU administrada

Resultados

Desde el inicio del programa y durante los dos primeros años se recibieron 46 solicitudes de derivación, 6 de ellas en el último período de 2017, para realizar este el análisis se han recogido datos desde enero de 2018 a diciembre de 2019. En ese periodo de tiempo se realizaron 40 derivaciones de las cuales se realizaron 38 primeras visitas, de ellas 34 cumplían criterios y fueron vinculadas al programa.

El diagnóstico más presente es el de esquizofrenia, seguido de trastorno psicótico no específico, psicosis tóxica y trastorno bipolar. Se atendieron 3 pacientes que cumplían criterios EMAR (Estado Mental de Alto Riesgo).

Tabla 4. Diagnósticos pacientes incluidos en el periodo 2018-2019.

Diagnóstico	%
Esquizofrenia	38%
Tr Esquizoafectivo	8,3%
Psicosis n.e	13%
Psicosis tóxica	13%
Trastorno Bipolar	13%
Depresión psicótica	2,7%
EMAR	8,3%

El 82,5% de los casos atendidos eran hombres, en cuanto a la edad media de la población atendida es de 22,17 años, siendo 14 el paciente más joven atendido y 33 años el mayor.

En cuanto al consumo un 26,8% de los pacientes realizaban consumo de cannabis al ingresar en el programa.

En la siguiente tabla se describe la funcionalidad de los pacientes en el momento de inclusión del programa, se han agrupado según su situación laboral/formativa.

Tabla 5. Funcionalidad de los pacientes en el ingreso al programa.

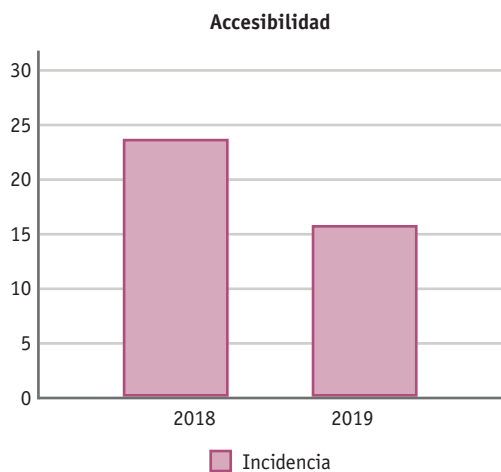
Funcionalidad	%
Inactivo	43,59
Estudiante	30,77
Trabajando	7,69
Trabajando y Estudiando	7,69
CET	2,56
SRC	5,13
SPL	2,57

Análisis indicadores de evaluación del programa:

Accesibilidad. Datos demográficos de la población que atiende el CSMiA de Gracia según el *Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona* (13):

Población general de referencia: 121.566 habitantes, población diana de referencia (14-35 años): 28.536 habitantes, este grupo representa el 23,47% de la población total de referencia. En la figura 2 se muestran los resultados de incidencia de nuevos casos de los años 2018 y 2019.

Figura 2. Accesibilidad PAETPI 2018-2019



Disponibilidad: Pacientes visitados dentro de los primeros 15 días desde la fecha de derivación. En 2018 el tiempo de espera media hasta la primera visita en PAE-TPI en los pacientes valorados fue de 6,5 días, siendo de dos días la espera mínima y 12 la máxima. El 54,17% de los casos fueron atendidos en un

período inferior a 7 días desde la derivación. En 2019 el tiempo de espera media fue de 4 días, siendo un día la espera mínima y 12 la máxima, el 90% de los casos se atendieron dentro de los 7 primeros días y el 100% dentro de los 15 primeros días tal como recomienda el PDSMiA.

Figura 3. Procedencia derivaciones 2018

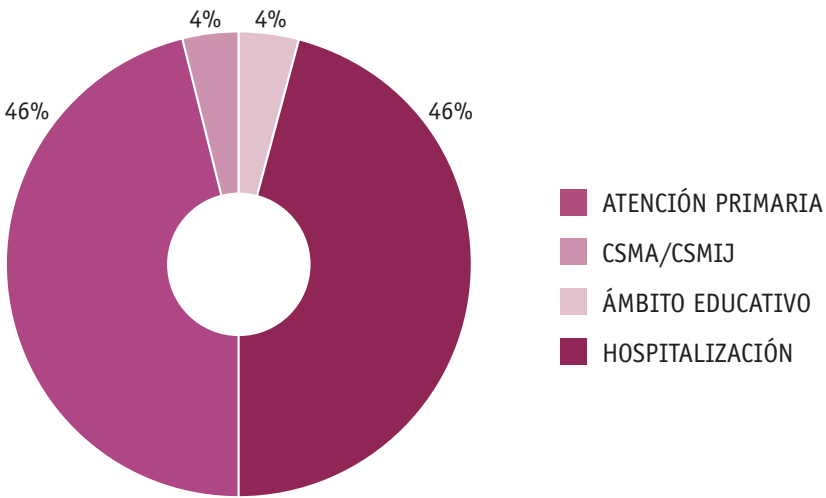
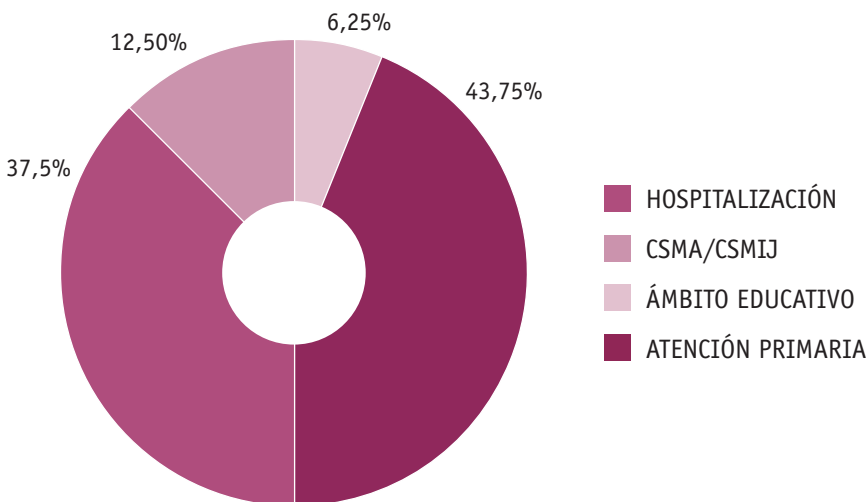


Figura 4. Procedencia derivaciones 2019



Adecuación: Pacientes que han realizado o realizan seguimiento psicológico. El 100% de los pacientes derivados al programa realizan una primera visita con psicología, en función de las valoraciones iniciales y el PTI del paciente se decide el tipo de intervención. En el momento actual el 63,3% de los pacientes realizan seguimiento psicoterapéutico individual, a un 8,3 % de los pacientes se les recomendó psicoterapia individual pero rechazaron el recurso.

Continuidad: La organización del propio programa facilita la vinculación del paciente al programa, pese a ello en estos dos años el 5,7% de pacientes se desvincula, para evitar desvinculaciones se realizan revisiones mensuales de los pacientes vinculados al programa para poder monitorizar y evitar la desvinculación de los pacientes. A los 12 meses de seguimiento los pacientes mantienen en un 94,3% la vinculación.

Efectividad: La tasa de reingreso en unidades de agudos/subagudos de los pacientes vinculados al programa a lo largo de estos dos años ha sido del 11,42%, los ingresos en todos los casos fueron por abandono del tratamiento y descompensación psicótica.

Seguridad: Al 100% de los pacientes con tratamiento farmacológico se les administra la escala para la valoración de efectos secundarios UKU.

Conclusiones

La evaluación de estos dos años del programa permite tener una imagen de los cambios experimentados a medida que el programa se ha ido poniendo en marcha. Se observa a nivel de accesibilidad una disminución en la

incidencia de pacientes entre el primer año y el segundo año de funcionamiento, esto coincide con la creación del grupo de trabajo PAE-TPI del COSMiA Dreta (Centro Operativo de Salud Mental y Adicciones). Este grupo realizó un consenso para todos los programas PAE-TPI de Barcelona Dreta, que establece de manera clara los criterios de inclusión y exclusión por lo que actualmente aquellas derivaciones que se realizan, muchas veces mediante la comunicación con otros profesionales, se pueden descartar sin necesidad de una primera visita y por lo tanto evitar listas de espera y que los pacientes se vean con diferentes psiquiatras evitando así una pérdida de vínculo del paciente, en estos casos acostumbra a ser derivados directamente al Centro de Salud Mental y Adicciones (CSMiA).

En cuanto a la procedencia, los pacientes que se incluyeron en el primer año de funcionamiento del programa provenían mayoritariamente del CSMiA. Una de las primeras acciones realizadas al iniciar el programa fue una revisión de la población atendida en el CSMiA que cumpliera criterios de inclusión del programa e incluirlos en la atención específica. El aumento de las derivaciones desde atención primaria se asocia a las sesiones de información del servicio realizadas a lo largo de 2018 en el marco del Programa de Soporte a la Primaria.

La disponibilidad del programa se mantiene en gran parte de las visitas por debajo de los 7 días lo que facilita una intervención inmediata y evita posibles pérdidas o desvinculaciones del servicio.

En cuanto a la continuidad, en los dos primeros años de funcionamiento el índice de desvinculación es muy bajo. Esto es debido a las características del propio programa, la dedicación horaria de los diferentes profesionales así como la importancia del plan terapéutico individual basado en las necesidades del paciente que permite un mejor vínculo

de los pacientes y como consecuencia una menor desvinculación del programa.

La funcionalidad es uno de los puntos clave en la intervención específica. Uno de los objetivos es promover y evitar la pérdida de funcionalidad que se pueden dar durante un primer episodio. En un primer análisis se ve como un gran número de pacientes se encontraba en una situación de inactividad al incluirse en el programa. Trabajar de manera individual con cada paciente, adecuando un plan de terapéutico individual permite potenciar la funcionalidad de los pacientes trazando un itinerario personalizado y adaptado a sus necesidades.

El programa se encuentra dentro del marco del CSMiA, lo que facilita la intervención en tóxicos dado el consumo que encontramos, principalmente de cannabis, en los pacientes incluidos en el programa. Desde el inicio se ha intervenido también en pacientes con psicosis inducidas por tóxicos debido a que un alto porcentaje presenta diagnósticos de esquizofrenia a largo plazo.

El programa permite una intervención específica, inmediata e inclusiva en la comunidad. Acortando la duración de la enfermedad no tratada (DUP) y mejorando el pronóstico de los pacientes. También se pretende reducir el número de ingresos por recaída del paciente dentro de los 5 primeros años y mejorar la funcionalidad a largo plazo.

Los objetivos planteados en los dos primeros años del programa se han cubierto de manera satisfactoria, si bien hay diferencias en la implementación a nivel territorial, se espera que con la creación de la unidad funcional del territorio a finales de 2019 se definan los circuitos entre los diferentes dispositivos para así generar una continuidad en el tratamiento de los pacientes, así como una heterogeneidad en la manera de abordar la psicosis en el territorio de Gracia.

Bibliografía

1. Van Os J, Kapur S. Schizophrenia. *Lancet* 2009; 374: 635-45.
2. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013; 382: 1575-86.
3. McGlashan T, Johannessen J. Early detection and intervention with schizophrenia: rationale. *Schizophr Bull* 1996; 22: 201-22
4. Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *Bird V, Premkumar P, Kendall T, Whittington C, Mitchell J, Kuipers EBr J Psychiatry*. 2010 Nov; 197(5):350-6.
5. McGorry, P., Johannessen, J. O., Lewis, S., Birchwood, M., Malla, A., Nordentoft, M., ... & Yung, A. (2010). Early intervention in psychosis: keeping faith with evidence-based health care: A commentary on: 'Early intervention in psychotic disorders: faith before facts?' by Bosanac et al. (2009). *Psychological medicine*, 40(3), 399-404.
6. Petersen, L., Jeppesen, P., Thorup, A., Abel, M. B., Øhlenschläger, J., Christensen, T. Ø., ... & Nordentoft, M. (2005). A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. *Bmj*, 331(7517), 602.

7. Patrick D. McGorry, Jane Edwards, Cathrine Mihalopoulos, Susan M. Harrigan, Henry J. Jackson, EPPIC: An Evolving System of Early Detection and Optimal Management, *Schizophrenia Bulletin*, Volume 22, Issue 2, 1996, Pages 305–326,
8. McGorry, Patrick D. "Early intervention in psychosis: obvious, effective, overdue." *The Journal of nervous and mental disease* 203.5 (2015): 310.
9. Bertolote J, McGorry P: Early intervention and recovery for young people with early psychosis: consensus statement. *Br J Psychiatry Suppl* 2005; 48:s116–s119
10. Generalitat de Catalunya. Pla Director de Salut Mental i Addiccions [Internet]. Catalunya: Departament de salut; 2006 [citado 23 Ene 2020]; Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/PlandirectorsaludmentalCatalunyacatalan.pdf>
11. Generalitat de Catalunya. Pla Director de Salut Mental i Addiccions [Internet]. Catalunya, Departament de salut; 2017[citado 23 Ene 2020]; Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Salut-mental-addiccions/Linies-estrategiques/estrategies2017_2020.pdf
12. World Health Organization and International Early Psychosis Association. An International Consensus Statement about Early Intervention and Recovery for Young People with Early Psychosis. Early Psychosis Declaration. 2002.
13. Font: Lectura del Padró Municipal d'Habitants. Departament d'estadística. Ajuntament de Barcelona. <http://www.bcn.cat/estadistica/catala/dades/guiadt06/pob06/t8.htm>

FIDMAG informa

CORRELATOS CEREBRALES DEL TRASTORNO FORMAL DEL PENSAMIENTO EN LA ESQUIZOFRENIA: EXAMINANDO LA HIPÓTESIS FRONTAL/DISEJECUTIVA

Brain functional correlates of formal thought disorder in schizophrenia: examining the frontal/dysexecutive hypothesis

Fuentes-Claramonte P, López-Araquistain L, Sarró S, Sans-Sansa B, Ortiz-Gil J, Maristany T, Salvador R, McKenna PJ, Pomarol-Clotet E

*Psychological Medicine (IF: 5.813, Q1, D1). 2020. 1–8.
<https://doi.org/10.1017/S0033291720001063>.*

El trastorno formal del pensamiento (TFP) consiste en diferentes alteraciones en el discurso que dificultan su comprensión, en ocasiones hasta el punto de resultar ininteligible, y puede estar presente en mayor o menor grado entre el 25% y el 75% de los pacientes con esquizofrenia (Roche et al., 2015). Se considera que detrás de este fenómeno existen múltiples anomalías clínicas: en su escala Thought, Language and Communication (TLC, Pensamiento, Lenguaje y Comunicación), Andreasen (1979) distinguió 18 elementos diferentes. Esta autora también propuso la existencia de dos formas diferentes de TFP, una ‘positiva’ (caracterizada por la presencia de anomalías en el discurso) y otra ‘negativa’ (caracterizada por una disminución de la función normal). Los estudios de análisis factorial en general apoyan esta distinción, encontrando dos factores que explican una gran proporción de la varianza en las puntuaciones en la escala TLC entre los pacientes con esquizofrenia (Roche et al., 2015). Uno de ellos, al que se ha llamado ‘desorganización’ (Peralta et al. 1992) o ‘desorganización fluida’ (Andreasen & Grove, 1986) incluye ítems como la tangencialidad, descarrilamiento, incoherencia, ilogía, circunstancialidad, y pérdida de objetivos. El otro, llamado ‘alogía’ (Andreasen, 1982) o ‘habla vacía’ (Andreasen & Grove, 1986) engloba los ítems de pobreza del habla y pobreza en el contenido del discurso, y de manera algo menos consistente también la perseveración.

Entre las diferentes propuestas teóricas sobre qué tipo de alteraciones subyacen al TFP, se ha considerado que al menos parte de este fenómeno refleja una disfunción ejecutiva o del lóbulo frontal (Chaika, 1990; Liddle, 1987; McGrath, 1991). De acuerdo con esta propuesta, los déficits en las funciones de planificación y monitorización llevan a los pacientes con TFP a presentar un discurso pobremente formulado y proclive a los errores durante su ejecución, que no son detectados ni corregidos debido a la monitorización deficiente de la conducta y el discurso. En favor de esta perspectiva, se han encontrado correlaciones significativas entre la sintomatología desorganizada en la esquizofrenia (de la cual el TFP es el síntoma principal) y una pobre ejecución en diferentes pruebas ejecutivas (Dibben et al., 2009). En un metaanálisis reciente, Bora et al. (2019) examinaron los correlatos neuropsicológicos del TFP (tanto su variante de desorganización como de la alogia) en 50 estudios en esquizofrenia, y encontraron una asociación significativa con una peor ejecución en una serie de pruebas ejecutivas. Sin embargo, el TFP también se asoció con otras pruebas cognitivas no ejecutivas y con medidas globales de la capacidad cognitiva.

Otra forma potencial de comprobar la hipótesis frontal/ejecutiva del TFP es mediante las técnicas de imagen funcional. Wensing et al. (2017) llevaron a cabo un metaanálisis de 17 estudios de neuroimagen funcional (con resonancia magnética o tomografía por emisión de positrones (PET)) con pacientes con esquizofrenia (además de un estudio con individuos sanos a los que se había administrado ketamina) y encontraron que el TFP se asociaba a cambios en la actividad de varias regiones del lóbulo temporal, pero no hubo resultados a nivel del lóbulo frontal. Sin embargo, el tipo de tareas experimentales que se utilizaron en los estudios incluidos en el metaanálisis de Wensing et al. (2017) englobaban un amplio rango de funciones cognitivas, y solo en tres casos se trataba de tareas que se considerarían normalmente como pruebas de la función ejecutiva (generación de palabras, la versión 1-back de la tarea n-back y la tarea go/no-go).

En el presente estudio se examina en mayor profundidad los correlatos cerebrales del TFP utilizando una tarea bien conocida y relativamente exigente a nivel ejecutivo: la versión 2-back de la tarea n-back. Además, se ha utilizado una muestra más grande que en los estudios previos, con un amplio rango de puntuaciones en cuanto a TFP. Además de estudiar los correlatos cerebrales del TFP en términos globales, también hemos examinado la relación entre la actividad cerebral y los dos principales subsíndromes derivados del análisis factorial: la desorganización fluida y la alogia.

Métodos

La muestra de pacientes estaba compuesta por 70 individuos con diagnóstico de esquizofrenia según criterios del DSM-IV-TR procedentes de diferentes dispositivos asistenciales vinculados a los centros Benito Menni CASM, Hospital Mare de Déu de la Mercè, y Hospital Sagrat Cor de Martorell. Se excluyeron aquellos pacientes con historia de trauma cerebral o enfermedad neurológica o con historia de abuso de sustancias en el último año. Todos los pacientes participantes estaban bajo tratamiento antipsicótico. Los pacientes fueron emparejados con un grupo de 70 controles sanos que cumplían los mismos criterios de exclusión y que era similares a los pacientes en edad, sexo y CI premórbido.

La sintomatología psicótica fue evaluada con la Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (PANSS). Para evaluar el TFP, se administró a los pacientes una entrevista semiestructurada de entre 15 y 25 minutos con tres partes: en la primera, se pedía a los pacientes hablar libremente de su infancia; en la segunda, se les pedía que interpretaran cinco manchas de tinta de la prueba de Rorschach; y en la tercera, tenían que contar uno o varios cuentos tradicionales. La entrevista se grababa en vídeo para que posteriormente una pareja de clínicos entrenados en la evaluación del TFP puntuaran al paciente en la escala TLC (Andreasen, 1986). De ésta, se obtuvieron tres puntuaciones de interés para cada paciente:

una valoración de la gravedad general del TFP ('global score'), una puntuación de desorganización fluida (suma de las puntuaciones en los ítems de descarrilamiento, pérdida de objetivos, tangencialidad, ilogia, circunstancialidad e incoherencia) y una puntuación de alogia (suma de las puntuaciones de pobreza del habla, pobreza del contenido del discurso y perseveración).

A cada paciente se le realizó una exploración de resonancia magnética, durante la cual llevaron a cabo la tarea de memoria de trabajo n-back. En esta tarea, el participante ve una secuencia de letras en una pantalla en dos condiciones diferentes: en la condición 1-back, se debe responder pulsando un botón cuando la letra que se presenta es la misma que se ha presentado inmediatamente antes. En la condición 2-back, se debe responder cuando la letra que aparece es la misma que ha aparecido dos letras antes. Las condiciones se alternan por bloques, y entre bloque y bloque hay periodos de descanso en los que se muestra un asterisco en la pantalla. La condición 2-back, que requiere mantener en la memoria de trabajo las últimas dos letras presentadas e ir actualizando esta información a medida que avanza la tarea, supone una demanda a nivel ejecutivo que debería reflejarse en la actividad de regiones cerebrales frontales y parietales, así como mostrar alteraciones cuando la función ejecutiva está afectada. Por este motivo, se escogió la condición 2-back para examinar su patrón de actividad cerebral en pacientes y controles y su relación con la gravedad del TFP, a nivel global y en sus dos variantes de desorganización fluida y alogia.

Resultados

La Tabla 1 muestra las características sociodemográficas y clínicas de la muestra. En cuanto a la gravedad del TFP, las puntuaciones en el ítem de puntuación global de la TLC revelaron que 42 de los 70 pacientes puntuaron 0 (ausente/mínimo), 9 puntuaron 1 (leve), 11 puntuaron 2 (moderado), 6 puntuaron 3 (grave) y 2 puntuaron 4 (extremo). A nivel conductual, se observó que la puntuación de TFP

global mostraba una tendencia a asociarse con una peor ejecución de la tarea ($r_s = -0.22$, $p = 0.06$). La puntuación de alogia mostró una correlación significativa ($r_s = -0.33$, $p = 0.005$), mientras que la de desorganización fluida no se asoció a la ejecución de la tarea ($r_s = -0.02$, $p = 0.87$).

En los análisis de neuroimagen, la realización de la tarea 2-back se asoció con la activación de las regiones fronto-parietales típicamente ligadas a la función ejecutiva, incluyendo la corteza frontal dorsal, frontal inferior e ínsula anterior, la corteza cingulada anterior y áreas parietales dorsales, así como algunas regiones subcorticales, la corteza visual y el cerebelo. Este patrón fue similar en pacientes y en controles, aunque en los pacientes era de menor intensidad y extensión. También se observaron áreas de deactivación, especialmente en los controles, correspondientes a la red de activación por defecto (DMN). Al comparar directamente pacientes y controles se observó tanto una hipoactivación en las regiones de control ejecutivo como un fallo en la deactivación de la DMN, replicando resultados previos (Pomarol-Clotet et al., 2008). Los resultados de neuroimagen se resumen en la Figura 1.

De forma destacada, la gravedad global del TFP se asoció a una activación reducida en la corteza frontal inferior y la corteza frontal dorsolateral, a nivel bilateral, además de en la corteza cingulada anterior, regiones motoras y ganglios basales, todas ellas regiones implicadas en la realización de la tarea 2-back y parte de las redes normalmente ligadas al control ejecutivo. Estas mismas regiones, en gran medida, se asociaron también a las puntuaciones en alogia, con reducciones de actividad en aquellos pacientes con sintomatología más grave. Por el contrario, las puntuaciones en desorganización fluida se asociaron a una mayor actividad de la corteza occipital superior, una región con funciones visuales y no tan estrechamente ligada a la función ejecutiva.

Conclusiones

En este estudio, la presencia de TFP en la esquizofrenia se asoció con una reducción de la actividad de regiones cerebrales ligadas al control ejecutivo, incluyendo la corteza frontal dorsolateral, la corteza frontal inferior y la corteza cingulada anterior. Un análisis más detallado en relación con las dos variantes del TFP indicó que esta reducción de actividad reflejaba principalmente un efecto de la alogia, pero no de la desorganización fluida. Los resultados de neuroimagen reflejan lo observado a nivel de ejecución de la tarea, que fue peor en aquellos pacientes con mayor gravedad en alogia, pero no mostró relación con las puntuaciones en desorganización fluida. Estos hallazgos proporcionan por tanto evidencia de neuroimagen funcional en favor de la hipótesis de la disfunción frontal/ejecutiva en el TFP, pero al mismo tiempo sugieren que esta teoría sólo puede explicar una parte del fenómeno. En particular, nuestros resultados indican que el TFP se asocia a una alteración ejecutiva a nivel conductual y a una reducción en la actividad de las redes cerebrales de control ejecutivo, pero estas alteraciones son específicas de la variante de alogia o 'TFP negativo', mientras que las alteraciones ejecutivas no podrían explicar el síndrome de desorganización fluida, que podría estar ligado a alteraciones en otros procesos cognitivos como el lenguaje.

www.fidmag.org

Tabla 1. Datos clínicos y sociodemográficos.

	Controles	Pacientes	Diferencias
Sexo (M/F)	52/18	52/18	-
Edad (años)	40.21 (11.11) Rango: 19 - 64	42.61 (9.94) Rango: 23 - 65	$p = 0.18$
CI premórbido estimado (TAP)	100.41 (8.89) Rango: 75 - 112	99.56 (10.01) Rango: 73 - 114	$p = 0.60$
CI actual (WAIS-III)	-	92.50 (15.61) Rango: 70 - 134	
PANSS-Positiva	-	17.94 (5.74) Rango: 7 - 34	
PANSS-Negativa	-	21.84 (6.86) Rango: 8 - 38	
PANSS-General Psicopatología general	-	36.34 (9.14) Rango: 16 - 63	
TFP			
Puntuación global		0 (2) [0.814 (1.16)] Rango: 0 - 4	
Desorganización fluida		1 (1.75) [1.414 (2.43)] Rango: 0 - 13	
Alogia		2 (3.00) [2.157 (2.12)] Rango: 0 - 8	

Los valores dados en la tabla son medias (desviaciones típicas), excepto por las puntuaciones en la escala TLC, que no se distribuyen normalmente. Los valores para esta variable se dan como medianas y rango intercuartil, con las medias y desviaciones típicas entre corchetes. En la escala TLC, cada ítem se puntúa entre 0 (ausencia o forma muy leve del síntoma) a 4 (forma extrema del síntoma). Las puntuaciones de alogia y desorganización fluida (fluent disorganization) son el resultado de sumar las puntuaciones de todos los ítems que las forman (ver Métodos).

CI: Coeficiente intelectual; **PANNS:** Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia; **TAP:** Test de acentuación de palabras; **TFP:** trastorno formal del pensamiento.

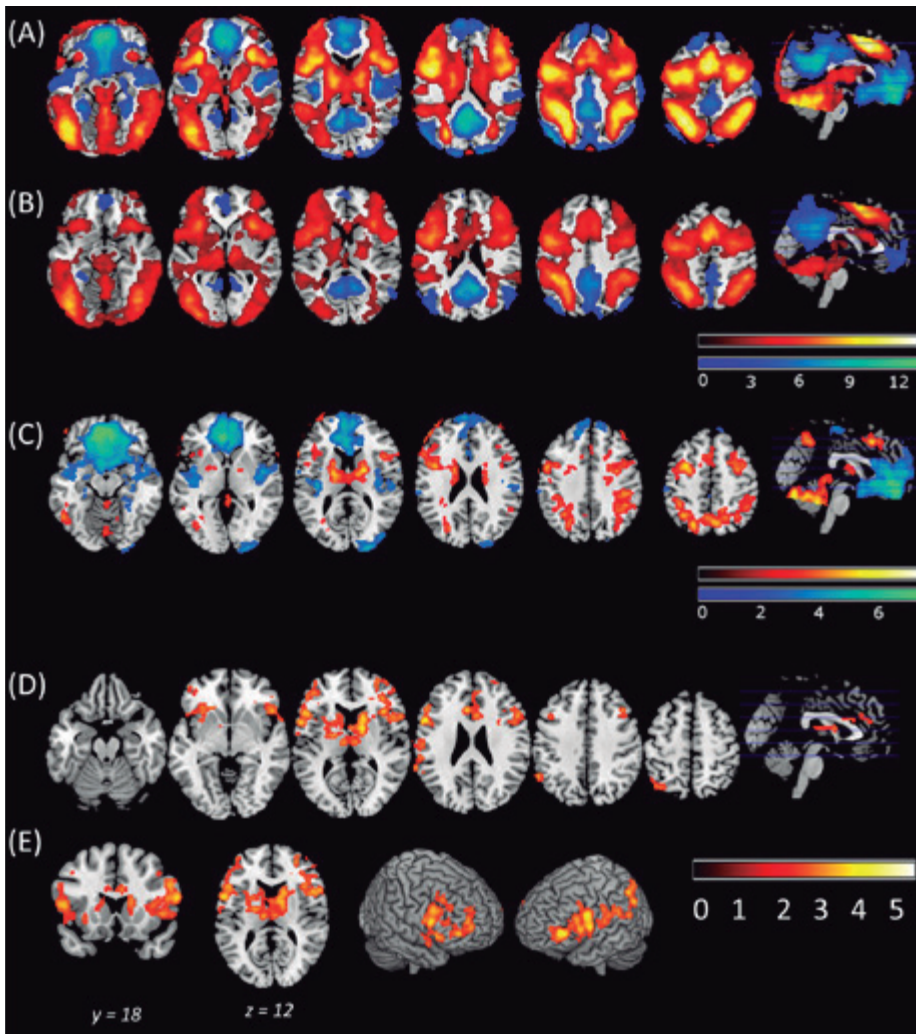


Figura 1:

Resumen de los resultados de neuroimagen. (A) y (B) muestran las regiones de activación (rojo-amarillo) y deactivación (azul-verde) durante la tarea 2-back para los controles sanos y los pacientes con esquizofrenia, respectivamente. (C) muestra las regiones de diferencias entre pacientes y controles, con hipoactivación en áreas fronto-parietales y ganglios basales, y fallo en deactivación en la DMN. (D) muestra las regiones que correlacionan negativamente con la puntuación de TFP global, que en general coinciden con regiones que se activan durante la tarea. (E) muestra las áreas que correlacionan negativamente con las puntuaciones en la escala de alogia, que se solapan con las del TFP global. Las barras de color corresponden al valor del estadístico Z. El lado derecho de la imagen es el lado derecho del cerebro..

Referencias

Andreasen, N. C. (1979). Thought, language, and communication disorders. I. Clinical assessment, definition of terms, and evaluation of their reliability. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1315–1321.

Andreasen, N. C. (1982). Negative symptoms in schizophrenia. Definition and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 39, 784–788.

Andreasen, N. C. (1986). Scale for the assessment of thought, language, and communication (TLC). *Schizophrenia Bulletin*, 12, 473–482.

Andreasen, N. C., & Grove, W. M. (1986). Thought, language, and communication in schizophrenia: Diagnosis and prognosis. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 348–359.

Bora, E., Yalincetin, B., Akdede, B. B., & Alptekin, K. (2019). Neurocognitive and linguistic correlates of positive and negative formal thought disorder: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 209, 2–11.

Chaika, E. (1990). *Understanding psychotic speech: Beyond Freud and Chomsky*. Springfield: Charles C. Thomas.

Dibben, C. R., Rice, C., Laws, K., & McKenna, P. J. (2009). Is executive impairment associated with schizophrenic syndromes? A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 39, 381–392.

Liddle, P. F. (1987). Schizophrenic syndromes, cognitive performance and neurological dysfunction. *Psychological Medicine*, 17, 49–57.

McGrath, J. (1991). Ordering thoughts on thought disorder. *British Journal of Psychiatry*, 158, 307–316.

Peralta, V., Cuesta, M. J., & de Leon, J. (1992). Formal thought disorder in schizophrenia: A factor analytic study. *Comprehensive Psychiatry*, 33, 105–110.

Pomarol-Clotet, E., Salvador, R., Sarro, S., Gomar, J., Vila, F., Martínez, A., Guerrero, A., Ortiz-Gil J., Sans-Sansa, B., Capdevila, A., Cebamano, J.M., & McKenna, P.J. (2008). Failure to deactivate in the prefrontal cortex in schizophrenia: dysfunction of the default mode network? *Psychological Medicine*, 38: 1185-93

Roche, E., Creed, L., MacMahon, D., Brennan, D., & Clarke, M. (2015). The epidemiology and associated phenomenology of formal thought disorder: A systematic review. *Schizophrenia Bulletin*, 41, 951–962.

Wensing, T., Cieslik, E. C., Müller, V. I., Hoffstaedter, F., Eickhoff, S. B., & Nickl-Jockschat, T. (2017). Neural correlates of formal thought disorder: An activation likelihood estimation meta-analysis. *Human Brain Mapping*, 38, 4946–4965.



“Revisión Clínica a propósito de un caso”

La práctica clínica diaria, a pie de consulta, la valoración del paciente y su entorno, el diagnóstico clínico, el tratamiento y el seguimiento de las diferentes situaciones que el profesional atiende, concierne a múltiples áreas del individuo y en ocasiones confluyen cuadros concomitantes y evoluciones inesperadas

que hacen de un caso, un constructo clínico que pone a prueba nuestra capacidad diagnóstica y terapéutica.

Igualmente interesante resulta **la revisión de un tema concreto mediante la exposición de un caso clínico tipo**, que permita al lector repasar conceptos clave aplicados en la práctica clínica habitual.

**Os animamos
a dar vida a esta sección con
vuestra experiencia cotidiana.**



Recordad que podeis remitir vuestros trabajos a través del correo electrónico informacionespsiquiatricas@hospitalarias.es o mediante el acceso directo en www.informacionespsiquiatricas.com.

Consultad la [Normas para la presentación y publicación de trabajos](#).



Hermanas
Hospitalarias

www.informacionespsiquiatricas.com
www.hospitalarias.es

