

Programa de atención a personas jóvenes con psicosis GAZTE 2009*

Juan Carlos Irurzun*, Maite Bastida**, Carmen Campos*, Natalia Neira*, Amparo Oyarzabal***, Elena Palomo****, Karmele Zarraga*.

* Psiquiatra; ** Enfermera Psiquiátrica; *** Trabajadora Social; **** MIR de Psiquiatría. CSM Amara, Donostia-San Sebastian.

Introducción

En Mayo de 2004 nuestra Organización, Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa, presentó un proyecto de Programa de Intervención Temprana en Esquizofrenia y otras Psicosis en el que, tras hacer una revisión del curso de la Esquizofrenia y de la importancia de la Intervención Precoz, se pasaba revista a los problemas que desde los CSMs existen para abordar las actuaciones que el Plan de Salud 2002-2010 y el Plan Estratégico de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental 2004-2008 proponían en esta área. Dos de los problemas más objetivamente mensurables serían, por una parte, la carga asistencial que soporta cada psiquiatra, que en el año 2002 era una media de 557 pacientes diferentes, de los cuales 147 eran nuevos, y por otra el retraso en el inicio de tratamiento, ya que “observamos que 349 de los 570 casos nuevos (del grupo de *otras psicosis*), el 61,2%, acceden a nuestra Red con edades superiores a 35 años. Esta edad queda muy lejos de la edad de inicio de las psicosis (15-30 años) y, por tanto, aleja terriblemente nuestra capacidad de intervención sobre las fases iniciales de la enfermedad, con lo que supone de interferencias en el desarrollo psicológico y social y del consiguiente deterioro de los roles personales fundamentales.” Teniendo en cuenta lo anterior se proponían dos estrategias básicas: 1. reducir el periodo que transcurre en-

tre el inicio de la enfermedad y el inicio del tratamiento; 2. aplicar un tratamiento amplio y combinado, ajustado a las específicas características de las fases iniciales de la enfermedad.

En aquel entonces el proyecto se concretó en la propuesta de creación de un Programa diferenciado, que atendería a una población de 300.000 habitantes, en horario de 14 a 21 horas, aprovechando las instalaciones de un CSM, con un equipo compuesto por una psiquiatra, una enfermera especialista y una auxiliar administrativo, con una previsión de 80-90 “casos nuevos teóricos en el periodo inicial”.

Aquel proyecto no pudo ser puesto en práctica, pero el consenso entre los clínicos especialistas en el análisis de los problemas que nos plantea la atención a las Psicosis ha llevado a definir el Proceso de Esquizofrenia, a nivel de Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa, y el Proceso Singularizado de Esquizofrenia, a nivel de los tres Territorios de la Comunidad Autónoma Vasca y, de manera transversal, entre los diferentes niveles asistenciales.

El Proceso de Esquizofrenia de Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa contiene tres avances significativos con respecto a la atención a las Psicosis en nuestro Territorio: en primer lugar se establece un mecanismo de Gestión de caso, en

* Informe presentado para su inclusión en el Contrato Programa Salud Mental Extrahospitalaria Gipuzkoa.

segundo lugar se inicia una cultura de práctica sistemática o cuidado basado en la medida, con la introducción de una medida de resultado, la escala HoNOS, y en tercer lugar se establecen unos estándares de atención en función de las diferentes fases del episodio.

Por otra parte, tanto en el contexto internacional como en nuestro entorno inmediato han continuado surgiendo y desarrollándose iniciativas dentro del movimiento de la Atención Temprana a las Psicosis. Dichas iniciativas presentan una amplia variabilidad en función de una serie de características cuya combinación resulta en la obtención de una variedad de dispositivos y objetivos.

- La primera característica, la más obvia, es la **ubicación** del Programa, hospitalaria, ambulatoria o ambas. Esta característica resulta básica, en la medida que tiene incidencia sobre la población a atender, el estadio de la enfermedad en el momento del inicio del tratamiento, la aceptabilidad del mismo, etc. Normalmente los programas hospitalarios realizan también un tratamiento ambulatorio y están fuertemente centrados en la investigación.
- La segunda característica sería la **edad** de los clientes potenciales, y aquí existe el consenso de desarrollar servicios “orientados a la población joven”, entre 16 y 30 o 35 años, aunque, como veremos, hay programas sin límite de edad.
- La tercera característica es la **fase** de la enfermedad sobre la que se interviene. En este sentido resulta útil la descripción basada en el Modelo de Estadios recientemente propuesta por un grupo australiano (Tabla 1). Hay programas centrados sólo en “el primer episodio de psicosis” y programas que atienden también a las personas en “estado mental de alto riesgo” (EMAR).
- Una cuarta característica podría denominarse “la **carga** asistencial”, en el sentido de área de cobertura o población a la que sirve, desde las 70-80 mil personas de un sector de CSM, hasta los 4 millones de un área metropolitana atendida por un Servicio de Intervención Temprana específico. Por supuesto, existen importantes diferencias en cuanto a **número, composición y régimen**

contractual de los profesionales que componen los equipos.

- La quinta sería el **período de seguimiento**, que oscila entre 1 y 5 años, duración del denominado “periodo crítico” en el que se concentran amenazas y oportunidades para incidir sobre el curso de la enfermedad.
- Por último encontramos la **medida de implementación** en el entorno, desde experiencias aisladas hasta el desarrollo generalizado de políticas a nivel estatal en el Reino Unido, Australia, Canadá o, sin ir más lejos, Catalunya con su política de atención al Trastorno Mental Severo.

Con el objetivo de situar nuestro programa en el contexto de iniciativas cercanas resumimos algunos datos concernientes a las características citadas de programas en otros ámbitos cercanos.

Cantabria

1. *Programa Asistencial para las Fases Iniciales de la Psicosis (PAFIP) de Cantabria*, ubicado en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, fue el primer programa de este tipo en nuestro entorno y es por tanto un programa hospitalario con seguimiento ambulatorio. Es significativo que en la descripción de su Programa comiencen diciendo que sus antecedentes radican en un proyecto de investigación iniciado en 1989, un estudio prospectivo de todos los primeros episodios de esquizofrenia conocidos por los servicios públicos de salud mental durante el bienio 1989-1990. El programa de primeros episodios de psicosis se inicia en Septiembre de 2000 y atiende a unos 45-55 casos nuevos por año, durante un periodo de 3 años, lo cual nos da una carga asistencial de 150-165 casos. Definen Cantabria como su área de cobertura, con unos 540.000 habitantes, y sus criterios de inclusión son: edad entre 15 y 60 años, diagnóstico F2 en CIE10, no haber sido tratado con antipsicóticos más de 12 semanas y no presentar un síndrome cerebral orgánico, ni retraso mental ni dependencia de sustancias. Inician por tanto su intervención a nivel del **estadio 2**.
2. *Equipo de Atención Temprana a la Psicosis de Torrelavega (EATPT)*, En Octubre de 2000 se puso en marcha la iniciativa que ha dado lugar

a la consolidación de un equipo de base comunitaria que ha avanzado en la transversalidad, de manera que en la actualidad integra a profesionales de diversos dispositivos de atención a la Salud Mental:

- a. El CSM aporta una psicóloga, dos psiquiatras y una enfermera.
- b. El Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil aporta una psiquiatra.
- c. El Centro de Rehabilitación Psicosocial aporta una psicóloga y una educadora-monitora.
- d. El Hospital de Día aporta una psiquiatra.
- e. Atención Primaria aporta una trabajadora social.

Esta distribución proporciona un total de cuatro psiquiatras, dos psicólogas, una enfermera, una trabajadora social y una educadora-monitora, con niveles de dedicación variable, para atender a una población de unos 170 mil habitantes de las áreas III y IV de salud de Cantabria (Reinosa y Torrelavega). En el CSM, el programa convive con otros tres programas específicos, como son el de Alcoholismo, el de Maltrato y el de Trastorno de la Conducta Alimentaria.

El **EATPT** aplica un protocolo clínico-asistencial con dos ejes: una estrategia local de detección y evaluación temprana y una estrategia terapéutica combinada en la que las Intervenciones Psicosociales tienen un lugar destacado. Inician su intervención a nivel del **estadio 1b**, de estado mental de alto riesgo (EMAR), en el que se diferencian tres subtipos que tienen en común la disminución acusada del funcionamiento, un descenso de 30 puntos en la Escala de Funcionamiento Global.

Actualmente informan de una incidencia de 16-19 primeros episodios anuales, que está muy condicionada por la relación con el servicio hospitalario.

La situación en Cantabria nos permite avanzar algunas reflexiones. Al parecer, las áreas de cobertura se solapan y el funcionamiento de ambos programas dista mucho de estar coordinado. En ambos programas existe un fuerte liderazgo, lo cual ha permitido su desarrollo y ubicación en la vanguardia en este campo a nivel estatal.

Bizkaia

La anterior circunstancia se da también, hasta cierto punto, en Bizkaia:

1. *Servicio de Psiquiatría del Hospital de Cruces*, primer centro que inició una actividad de estas características, desarrollándose de esta manera un Programa de Primeros Episodios de base hospitalaria.
2. *Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia (SMEB)*, posteriormente y en torno al 2006, puso en marcha su Programa de Intervención en Primeros Episodios Psicóticos (programa *Lehenak*).

Se trata de un Programa que se plantea también objetivos de investigación y difusión del conocimiento, además de los asistenciales, que atendería a personas entre 15 y 45 años, aunque el límite de edad no sería un criterio rígido, que se encuentren en su “primer episodio” de una enfermedad del grupo F2 de la CIE10 o de un Trastorno afectivo con síntomas psicóticos.

La falta de consentimiento informado, el retraso mental y la “patología neurológica” serían criterios de exclusión, no así la comorbilidad con un trastorno por abuso o dependencia de sustancias.

Trabajan con la previsión de una incidencia estimada en 3-5 casos por 10 mil personas en riesgo, lo cual nos daría una incidencia de 120-200 casos/año (400 mil personas en riesgo en Bizkaia) y una prevalencia de 600-1000 pacientes a lo largo de 5 años de duración del periodo de atención en el Programa. Se plantean como objetivo tener una pérdida de seguimiento inferior al 15%, de manera que tendrían entre 510 y 850 pacientes “activos”.

El Programa consiste en la creación de un centro en cada una de las cuatro comarcas sanitarias en que se divide Bizkaia, atendido en jornada de tarde, en régimen de autoconcertación, por un equipo básico compuesto por una psiquiatra, una psicóloga, una enfermera, una trabajadora social y una terapeuta ocupacional. El Programa previamente existente en el Hospital de Cruces atendería a las personas de una de las cuatro comarcas.

No nos vamos a extender en estas descripciones porque lo dicho hasta ahora parece suficiente para

llamar la atención sobre la situación de los Programas con respecto a los ejes o características mencionadas arriba, los conflictos más o menos latentes o manifiestos que surgen en su implementación y, lo que a nuestro entender resulta más problemático, que es el concepto mismo de “primer episodio”. Parece asumirse que al hablar de “primer episodio” estamos hablando de una enfermedad en **estadio 2** basándonos en el criterio de que esa persona no ha recibido previamente un tratamiento antipsicótico, basta con recurrir al concepto de “duración de la psicosis sin tratar” para cerrar el tema sin mayor elaboración. La razón fundamental de realizar este ejercicio comparativo es reflexionar sobre las decisiones que es preciso tomar a la hora de dar forma a un programa de este tipo. Las decisiones que hemos ido tomando constituyen el núcleo de este trabajo.

CSM de Amara Programa de Atención a jóvenes con Psicosis. Gazteen gunea (GG)

El CSM de Amara nace a comienzos de 2009 como una escisión del CSM Donostia Este tras un proceso de reparto del sector de población a atender y de los profesionales encargados de hacerlo. En ese proceso de cambio vimos la oportunidad de reflexionar sobre la atención a las personas con psicosis, incorporando elementos de los dos grandes avances en este campo, como son los paradigmas de la Intervención Temprana y de Tratamiento Asertivo Comunitario

Misión del programa:

“El GG se propone prestar asistencia a los jóvenes entre 16 y 35 años en riesgo de presentar o que presenten un trastorno mental severo, es decir una psicosis tanto afectiva como no afectiva, según los principios de la intervención temprana y el tratamiento asertivo comunitario.

Nos comprometemos a trabajar hacia la aplicación de cuidados basados en la medida y con pruebas de eficacia, sobre la base de una evaluación de las necesidades del paciente y de su familia.

El Programa se constituye como una parte del CSM, utilizando sus recursos, con el objetivo de orientar proactivamente los servicios ofrecidos hacia un sector de la población que

muestra dificultades a la hora de obtener una asistencia adecuada a sus necesidades”.

Nos encontramos por tanto en un ámbito ambulatorio, en un sector con una población de 70-75 mil personas de las cuales unas 20 mil estarían entre los 16 y 35 años, aproximadamente el 28%. Nuestro sector es mayoritariamente urbano aunque también abarca a un núcleo rural.

Recursos de que disponemos:

- Unos locales renovados, amplios, en los que se atenderá a toda la población, sin estar previstos locales específicos para jóvenes.
- Un equipo de profesionales con una amplia experiencia (con una media de más de 25 años de antigüedad), compuesto por una administrativa, una trabajadora social, dos enfermeras especialistas, un psicólogo, tres psiquiatras a tiempo completo y dos a tiempo parcial. Una psiquiatra y el psicólogo conforman el subequipo que atiende al Programa de Trastornos de la Conducta Alimentaria de ámbito supra-sectorial. Para la atención a Gazte nos proponemos dedicar un mínimo de media jornada a la semana por parte de otro subequipo formado por las dos enfermeras, la trabajadora social y tres psiquiatras. Excepto las dos psiquiatras a tiempo parcial, el resto del equipo tiene una relación contractual fija con Osakidetza.

Tras haber descrito la ubicación, el sector y el número, composición y régimen contractual de los trabajadores, pasamos a describir tres características interrelacionadas, como son la **edad**, la o las **fases** de las enfermedades y el **periodo de seguimiento**:

Edad

Siendo coherentes con el propósito de intervenir desde las fases iniciales de los trastornos psicóticos decidimos concentrar nuestros recursos en la atención a las personas en el rango de edad **entre 16 y 35 años**. El colectivo joven tiene una subcultura y unas necesidades diferentes del resto de la población, se encuentra en una fase del ciclo vital en la que se juega su individuación, su desarrollo como persona amenazado por la psicosis, su capacidad de elaborar un proyecto de vida indepen-

diente. La comorbilidad con el abuso o dependencia de sustancias constituye una característica de este grupo de población y una razón más para prestarles una atención específica.

Período de seguimiento

Al tratarse de un programa “generalista”, de segundo nivel, el periodo de seguimiento no puede verse limitado más que por las necesidades de las personas con trastornos psicóticos y de sus familias, de manera que aunque las intervenciones se inicien con los casos incidentes dentro del rango de edad mencionado, somos conscientes de que un porcentaje precisará de atención continuada en función de la evolución de su enfermedad.

Fases

Nos proponemos inicialmente centrar nuestros recursos en la atención a personas a partir del **estadio 2**, primer episodio, aunque nuestra idea es extender el programa a las personas en estadio 1b, ultra alto riesgo, mediante diversas actividades de coordinación comunitaria, incluyendo el trabajo con Atención Primaria.

A lo largo de 2009 hemos realizado una serie de actividades tanto en el seno de nuestro equipo como de cara al exterior. En primer lugar, hemos necesitado concretar los **criterios de inclusión** que consisten en, además del criterio de edad y la firma del consentimiento informado, tener un diagnóstico dentro de las siguientes categorías de la CIE10:

- F1*.5 y F1*.7. Trastornos psicóticos inducidos por sustancias.
- F2*. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- F30, F31, F32.3 y F33.3. Trastorno bipolar y Trastornos del estado de ánimo con síntomas psicóticos.

También hemos concretado como **criterios de exclusión** el padecer de Retraso mental o Trastorno generalizado del desarrollo, que son patologías que reciben mejor asistencia en programas específicos, o cualquier enfermedad o disfunción física o neurológica que impida la participación en las intervenciones psicosociales.

Evaluación del caso

A la hora de elaborar el **protocolo de evaluación** nos hemos basado en los recientes consensos estatales sobre salud física de personas con psicosis*, en una visita realizada al Early Intervention Service de Birmingham (Reino Unido) y, en especial, en el Consenso sobre Atención Temprana a la Psicosis de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2009. La evaluación inicial, previa a la elaboración del Plan Individualizado de Tratamiento (PIT), deberá estar concluida en el plazo máximo de tres meses, e incluirá al menos una visita al lugar de alojamiento de la persona con psicosis. Los instrumentos elegidos para completar la evaluación son:

Evaluación de la sintomatología:

- Escala de los Síndromes Positivo y Negativo. PANSS.
- Screen for Cognitive Impairment in Psychosis. SCIP.
- Escala de depresión de Calgary. CDS.
- Impresión Clínica Global. CGI-S.

Evaluación del funcionamiento premórbido:

- Escala de evaluación del funcionamiento premórbido. PAS.

Evaluación de las necesidades:

- Cuestionario de Evaluación de Necesidades de Camberwell. CAN-EU.

Evaluación del funcionamiento:

- Escala de Funcionamiento Social. SFS, auto y heteroinformada.
- Escala de Evaluación de la Actividad Global. EEAG.

Evaluación de la calidad de vida:

- Instrumento de Evaluación de la Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud, versión abreviada. WHOQOL-BREF

Evaluación de repercusión e implicación familiar:

- Cuestionario de Evaluación de Repercusión Familiar. IEQ-EU.

Evaluación de efectos secundarios del tratamiento:

- Escala de Efectos Secundarios. UKU.

Evaluación de resultados:

- Health of the Nation Outcome Scale. HoNOS.
- Impresión Clínica Global. CGI-I-P, CGI-I-C.

Los datos sociodemográficos y de utilización de servicios se registrarán utilizando tablas basadas en el Inventario Sociodemográfico y de Servicios Utilizados por los Pacientes, CSSRI-EU.

La evaluación incluirá:

Anamnesis completa, incluyendo antecedentes personales y familiares, valoración de riesgos, signos y síntomas que indiquen enfermedad orgánica, medicación concomitante, estilo de vida (dieta y ejercicio), hábitos tóxicos y funcionamiento sexual (anticoncepción, planes reproductivos, comportamientos sexuales de riesgo).

Exploración física que incluirá una medida de peso, talla, perímetro abdominal, tensión arterial y frecuencia cardíaca.

Pruebas complementarias incluyendo ECG cuando sea necesaria la monitorización del intervalo QTc, una prueba de neuroimagen (si no hay una previa) y una analítica de sangre y orina, con hemograma, bioquímica (ionograma, glucemia basal, perfil lipídico completo, función renal, función hepática), perfil hormonal (TSH, prolactina), serología (VHC, VHB, VIH, VDRL, papiloma virus), sedimento y anormales en orina, prueba de embarazo si procede, determinación de tóxicos en orina.

Registraremos los datos en una base Access elaborada al efecto con mecanismos de validación.

El programa estará orientado hacia la recuperación sintomática y funcional. La detección temprana de la resistencia al tratamiento hace necesaria la monitorización estrecha de la sintomatología, impresión clínica global y efectos secundarios. También con frecuencia trimestral se repetirán las exploraciones físicas y se repasarán aspectos relacionados con el estilo de vida, hábitos tóxicos y funcionamiento sexual, realizándose determinaciones de tóxicos en orina con la frecuencia necesaria. La analítica sanguínea se realizará al menos con una frecuencia anual, aunque la frecuencia será mayor si los resultados iniciales son anormales, se produce un aumento de peso superior al 5% o existen múltiples factores de riesgo cardiovascular.

En todo caso, cada año efectuaremos una evaluación completa, incluyendo una medida de la satisfacción con los servicios mediante la Escala

de Verona para Valoración de la Satisfacción con el Servicio de Psiquiatría, VSSS-EU. Nos planteamos como objetivo mantener como mínimo un seguimiento de tres años, de los cuales dos al menos serían con contacto cara a cara.

De cara al exterior, nuestra actividad, además de la mencionada visita al EIS de Birmingham, se ha centrado en la presentación de las características y objetivos del programa ante nuestra Organización, Salud Mental Extrahospitalaria Gipuzkoa, tanto ante el Consejo Técnico como en la Jornada anual realizada en Junio de 2009. También se ha presentado en sesión clínica en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Donostia.

Un aspecto clave, a nuestro entender, del proceso de acompañamiento y apoyo a la recuperación de las personas jóvenes con psicosis y sus familias es la oferta de intervenciones psicosociales adaptadas a las fases y estadios de sus trastornos. Dichas intervenciones deben ser puestas en práctica de una manera sólida y coherente, lo cual requiere un considerable esfuerzo para los equipos y constituye el principal reto a la hora de maximizar la eficiencia de los recursos. Desde el mes de febrero de 2009 funciona en nuestra Organización el Grupo de Trabajo sobre Intervenciones Psicosociales en Psicosis y Trastorno Bipolar, abierto a todos los clínicos de nuestra Organización y a las personas en formación especializada.

En la definición de la declaración de intenciones o Misión de nuestro programa mencionábamos al enfoque asertivo como uno de los paradigmas que orientarían nuestras actuaciones. Existiendo diferentes definiciones y niveles de adherencia al modelo, inicialmente testado en los Estados Unidos, nosotros destacaríamos diez elementos:

1. Los servicios son dirigidos a un grupo específico de individuos con TMS. Criterios de admisión.
2. No existe límite temporal arbitrario en la recepción de servicios. Criterios de alta.
3. En lugar de “repartir juego” (brokering) para el suministro de servicios de tratamiento, apoyo y rehabilitación, estos son prestados directamente por el equipo de TAC.
4. El rango de tratamientos y servicios es global y flexible.

5. Las intervenciones son llevadas a cabo en los lugares en que ocurren los problemas y en los que se necesita apoyo, más que en el hospital o en entornos clínicos.
6. Los servicios están disponibles las 24 horas, 7 días por semana.
7. La ratio usuarios personal es pequeña.
8. Los miembros del equipo comparten la responsabilidad por los individuos atendidos en el equipo.
9. Los servicios de tratamiento y apoyo son individualizados.
10. El equipo es asertivo a la hora de enganchar a los individuos en el tratamiento y monitorizar su progreso.

Estos 10 elementos se recogen en nuestro programa de la siguiente manera:

1. Dirección a un grupo específico de usuarios, se encuentra contenido en la definición del Programa y en los criterios de inclusión y exclusión.
2. Inexistencia de límite temporal arbitrario, está relacionado con el primero, ya hemos mencionado que la duración del periodo de seguimiento sólo se verá condicionada por las necesidades de las personas con trastornos psicóticos y de sus familias.
3. Suministro directo de todos los servicios que necesite el usuario, sería una aspiración, aunque lo más realista es hacer un uso adecuado de los diferentes recursos sociales y comunitarios.
4. Rango de intervenciones global y flexible, debe ser un compromiso del Programa, con un énfasis especial en el desarrollo y puesta en práctica "robusta" de las Intervenciones Psicosociales.
5. Intervenciones fuera del entorno clínico, constituye un elemento clásico de la psiquiatría comunitaria que ha ido perdiendo fuerza a medida que la demanda constituida por "los malestares sociales" ha ido minando las energías y recursos de los servicios asistenciales.
6. Disponibilidad 24 x 7, sería un elemento inalcanzable en sentido estricto, aunque una adecuada coordinación entre niveles asistenciales y una revisión de los horarios del Programa ayudarían a paliar este déficit.

7º. Ratio usuarios/personal, es el elemento clave y depende de factores externos, es decir de la decisión de asignar recursos a este tipo de programas, aunque asumimos como tarea la de aportar datos y pruebas que ayuden a decidir a los responsables de adoptar tales decisiones.

8º. Elemento, responsabilidad compartida, es la esencia del trabajo en equipo, que parece estar perdiéndose en algunos CSMS de nuestra red.

9º. Individualización del tratamiento y asertividad en el enganche son principios asumidos ya en la definición del Proceso de Esquizofrenia de SMEG y del Proceso Singularizado de Esquizofrenia.

10º. Individualización del tratamiento y asertividad en el enganche son principios asumidos ya en la definición del Proceso de Esquizofrenia de SMEG y del Proceso Singularizado de Esquizofrenia.

Gazte, el futuro

Una vez definidas las bases de nuestro Programa merece la pena dedicar unas líneas a reflexionar sobre el futuro a corto y medio plazo. En el corto plazo nos planteamos consolidar nuestro funcionamiento como equipo, tanto en los procedimientos de evaluación, como en la elaboración de los planes de tratamiento individualizado y en la puesta en práctica de diversas intervenciones psicosociales tanto a nivel grupal como familiar. En este sentido, nos resultará de gran utilidad consensuar diversos indicadores con el Departamento de Sanidad, como por ejemplo:

Tiempo de espera para primer contacto igual o inferior a siete días.

- Evaluación completa, incluyendo visita domiciliaria, y PIT para el 100% de personas admitidas al Programa.
- Psicoterapia grupal para el 100% de personas cuyas actividades les permitan asistir.
- Intervención familiar, al menos cuatro sesiones en un año.
- Proporción de abandonos o pérdidas de seguimiento inferior al 10%.

A medio plazo, como ya hemos apuntado, nuestro propósito es extender nuestra oferta a las



personas en estadio 1b, lo cual no quiere decir que en la actualidad no se les preste asistencia, en la medida en que suelen ser personas que demandan atención. Es necesario realizar actividades de sensibilización y formación de las personas que puedan actuar como detectores y derivadores de personas en alto riesgo de presentar psicosis, tanto en el ámbito educativo o de los movimientos sociales, como a nivel de la Atención Primaria de salud.

Un segundo reto a medio plazo es el concerniente a la posible generalizabilidad de este tipo de programas. Nuestra experiencia tiene entre sus limitaciones el tratarse de un programa dentro de un CSM, atendiendo a un sector limitado de la población. Por otra parte no utilizamos recursos

o tecnología que no esté al alcance de cualquier profesional o equipo. Existen varias alternativas para facilitar la generalizabilidad de la Intervención Temprana a las Psicosis y corresponde al Consejo Técnico y a los órganos gestores liderar el debate y tomar las decisiones oportunas.

Georgiades y Phillimore, en un artículo sobre el cambio organizativo citado por Christine Barrowcough y Nicholas Tarrier (1997), alertaban sobre el mito del héroe innovador, que se resume en la siguiente frase: “*Las organizaciones, como hospitales... etc. son como dragones, se meriendan a los héroes innovadores*”. Ser conscientes de esta realidad puede ayudarnos a encontrar un equilibrio entre la inercia morfofostática y el impulso morfogenético al cambio.

Contacto: Juan Carlos Irurzun

CSM Amara. C/ José M^a Salaberria, 9 • 20010 Donostia
Tel.: 943 006 501 • juancarlos.irurzunpalacios@osakidetza.net

Referencias bibliográficas

- Barrowcough Ch., Tarrier N. Working Within Service Organizations. *Families of Schizophrenic Patients* (1997) Nelson Thornes Ltd. Ed.
- Edwards, J., McGorry, P.D. (2004) La Intervención Precoz en la Psicosis. Guía para la creación de servicios de intervención precoz en la psicosis. Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis.
- Gil P. ¿Es necesario intervenir específicamente tras un primer episodio psicótico? *Norte de Salud Mental* (marzo 2007), nº 27, pp. 73-86.
- Gil P. Intervención en primeros episodios psicóticos en Bizkaia: Programa Lehenak. Mimeo
- González-Blanch Bosch, C., Martínez González, I., Pelayo Terán, J.M., grupo PAFIP. Intervención en las fases iniciales de las psicosis. La experiencia del PAFIP-Cantabria. *Actualización en Esquizofrenia* (2006).
- International Early Psychosis Association Writing Group. International clinical practice guidelines for early psychosis. *British Journal of Psychiatry* (2005), 187 (suppl. 48) s120-s124.
- Lalucat L., San Emeterio M., Teixidó M., Casalé D., Villegas F., Ciutat A. La atención a la psicosis temprana y al trastorno mental severo en la comunidad. *Norte de Salud Mental* (2007) nº27, pp. 60-64.
- OMS (2005) Guía para la Política, Planes y Programas de Salud Mental (versión revisada).
- Plan Estratégico Salud Mental Extrahospitalaria Gipuzkoa 2007-2011.
- Sesma Morales M. Diseño y gestión de bases de datos sanitarios con MS-Access. Laboratori d'estadística aplicada. Universitat Autònoma de Barcelona. 21^a edición (abril 2009).
- Vallina Fernández, O., Alonso Sánchez, A., Gutiérrez Pérez, A., Ortega Fernández, J.A., García Saiz, P., Fernández Iglesias, P., Lemos Giraldez, S. Aplicación de un programa de intervención temprana en Psicosis. Un nuevo desarrollo para las unidades de salud mental. *Norte de Salud Mental* (octubre 2002) vol. IV, nº 15, pp. 35-41.
- Vallina Fernández, O. Los orígenes de la cronicidad: intervenciones iniciales en psicosis. *Boletín de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial* (2003), 15-16, pp. 15-27.
- Yung A.R., McGorry P., Prediction of psychosis: setting the stage. *British Journal of Psychiatry* (2007), 191 (suppl. 51) s1-s8.

Tabla 1. Modelo de estadios en las Psicosis (adaptado a partir de Yung y McGorry)

Estadio clínico 0.	Riesgo aumentado de trastorno psicótico. No síntomas actualmente. Población diana: familiares de primer grado, adolescentes, de personas con psicosis. Intervenciones potenciales: psicoeducación en salud mental, educación familiar, asesoramiento sobre el consumo de drogas, breve entrenamiento en habilidades cognitivas.
Estadio clínico 1a.	Síntomas leves o no específicos, incluidos déficits neurocognitivos. Cambio o deterioro leve del funcionamiento. Población diana: screening de poblaciones adolescentes. Derivación desde Atención Primaria. Derivación desde psicólogos escolares. Intervenciones potenciales: educación formal en salud mental, psicoeducación familiar, terapia cognitivo conductual formal, reducción activa del abuso de sustancias.
Estadio clínico 1b.	Ultra alto riesgo, síntomas moderados pero subumbrales, con cambios neurocognitivos moderados y declive funcional hasta cumplir la definición de caso. Población diana: derivación desde instancias educativas, Atención Primaria, servicios de urgencias y servicios sociales. Intervenciones potenciales: psicoeducación familiar, terapia cognitivo conductual formal, reducción activa del abuso de sustancias.
Estadio clínico 2.	Primer episodio de trastorno psicótico. Trastorno establecido, con síntomas moderado-severos, déficits neurocognitivos y deterioro funcional (GAF 30-50). Población diana: derivación desde Atención Primaria, servicios de urgencias, servicios sociales, ONGs, servicios de drogas. Intervenciones potenciales: psicoeducación familiar, terapia cognitivo conductual formal, reducción activa del consumo de drogas, antipsicóticos atípicos.
Estadio clínico 3a.	Remisión incompleta del primer episodio tratado. Podría pasar directamente al estadio 4. Población diana: derivaciones de primaria y especializada. Intervenciones potenciales: igual que en estadio 2, con un énfasis adicional en estrategias médicas y psicosociales encaminadas a lograr la remisión completa.
Estadio clínico 3b.	Recurrencia o recaída del trastorno psicótico que se estabiliza con tratamiento a un nivel de GAF, con síntomas residuales o un nivel de neurocognición menor del logrado tras la remisión del 1er episodio. Población diana: derivaciones de primaria y especializada. Intervenciones potenciales: como en estadio 3a, con énfasis adicional en la prevención de recaídas y estrategias de identificación de signos de alerta tempranos.
Estadio clínico 3c.	Múltiples recaídas, con empeoramiento objetivo en medidas clínicas y en el impacto de la enfermedad. Población diana: derivaciones de primaria y especializada. Intervenciones potenciales: como estadio 3b, con énfasis en estabilización a largo plazo.
Estadio clínico 4.	Enfermedad severa, persistente, sin remisión, según criterios sintomáticos, de neurocognición y de funcionamiento. Puede llegarse directamente a este estadio en una primera presentación a través de criterios clínicos y funcionales específicos (desde estadio 2), o por falta de respuesta al tratamiento (desde estadio 3a). Población diana: derivaciones de primaria y especializada. Intervenciones potenciales: como en estadio 3c, con énfasis en tratamiento con clozapina, otros tratamientos terciarios, participación social a pesar de disfunción mantenida.