

# Programas de intervención temprana en psicosis. Estado actual y posibilidades de implantación

Teo Sobrino Calzado\* y Cristina Rodríguez Cahill\*

## 1. Repercusiones de la demora en el tratamiento de la psicosis.

Una de las principales quejas de los familiares de las personas afectadas de una enfermedad mental grave es que ha pasado demasiado tiempo entre su primera consulta en el Centro de Salud Mental y la derivación a un recurso de rehabilitación.

Esta queja es común a la mayoría de los profesionales de los Programas de Continuidad de Cuidados que consideran que los clínicos responsables de estos casos derivan al Programa personas con años de evolución de la enfermedad y nunca a jóvenes con un primer brote psicótico.

En la mayoría de los pacientes con un primer episodio psicótico, el tratamiento antipsicótico continuo permite la remisión de los síntomas, pero esto no se traduce en una recuperación funcional. Se ha denominado "período crítico" a los tres primeros años de la enfermedad, dado que durante este intervalo de tiempo se produce un mayor deterioro en el funcionamiento, recaídas sucesivas, síntomas resistentes al tratamiento y serias limitaciones de tipo personal, social y ocupacional. La evidencia reciente sugiere que con la intervención precoz especializada, los pacientes tienen una mejor evolución en lo relativo a su calidad de vida y funcionamiento social global, se reduce la duración promedio de su estancia en el hospital y las dosis de la medicación son menores<sup>1</sup>.

La aparición de un primer episodio psicótico puede ser brusca o insidiosa, pero la mayor par-

te de individuos presentan algún tipo de fase prodrómica que se manifiesta por un desarrollo lento y gradual de diversos signos y síntomas (retraimiento social, pérdida del interés en la escuela o el trabajo, deterioro de la higiene y el cuidado personal, conducta poco habitual, episodios bruscos de enfado, etc.) tras los cuales puede aparecer un síntoma característico de la fase activa, que define el trastorno como esquizofrenia. El tiempo que media entre la aparición de los síntomas que definen a un episodio psicótico y el inicio del tratamiento define lo que se denomina *DUP* (*Duration of Untreated Psychosis*: Duración de la psicosis sin tratar) y el que transcurre entre la aparición de los síntomas prodrómicos y el inicio del episodio psicótico define lo que se denomina *DUI* (*Duration of Untreated Illness*: Duración de la enfermedad sin tratar). Estos intervalos de tiempo que en total vienen a durar aproximadamente seis años son decisivos en el pronóstico y en la evolución de la enfermedad<sup>22, 26, 27, 31</sup>.

La demora en el tratamiento de la psicosis tiene los siguientes efectos:

- La recuperación es más lenta e incompleta y el pronóstico es peor. Diferentes estudios han demostrado que, aunque la psicosis es una enfermedad grave e incapacitante, no progresa uniformemente a lo largo del tiempo, sino que se produce una meseta alrededor de los cinco años, a partir de los cuales se da una mejoría que depende de los tratamientos recibidos<sup>2, 26-28</sup>.
- La enfermedad interfiere en el desarrollo psicológico y social y está asociada a tras-

\*Psicólogas del Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain. Comunidad de Madrid.

torno por estrés postraumático en un 43% de los casos. Este trastorno puede ser el precipitante de síntomas positivos en el siguiente mes al acontecimiento negativo o puede ser una consecuencia del inicio de la psicosis<sup>15</sup>.

- Se retrasan o abandonan los estudios. Se pierde o abandona el empleo. Se produce una pérdida de autoestima y confianza que repercutirá en la capacidad de definir metas, en la capacidad de abordar un futuro laboral y consecuentemente en la posibilidad de vivir autónomamente<sup>2,27</sup>.
- Hay riesgo de abuso de sustancias. Casi la mitad de los pacientes mentales jóvenes presentan patología dual y en un tercio de ellos el consumo ha precedido al diagnóstico de enfermedad mental, principalmente al de esquizofrenia en cinco o seis años.

La Organización Mundial de la Salud respecto al consumo persistente de cannabis en relación con la esquizofrenia admite que<sup>21</sup>:

- a. Precipita su inicio, sobre todo en los que empezaron el consumo antes de los 18 años.
  - b. Aumenta el número y la gravedad de las recaídas en los siguientes 15 años.
  - c. Siendo más probable cuando el consumo se hace sobre una predisposición o vulnerabilidad.
  - d. Y por falta de tratamiento adecuado de ambas patologías.
- Aumenta el riesgo de depresión y de suicidio. Más de dos tercios de las personas con esquizofrenia sufren depresión en un período de dos años y son más proclives durante los episodios prodrómicos y en la fase de recuperación. Esto puede producirse como reacción al diagnóstico y a la ocurrencia del episodio<sup>15</sup>.
  - Aumenta el malestar y los problemas psicológicos dentro de la familia. Hay tensión en las relaciones y, como consecuencia de ello,

una pérdida de apoyos familiares y sociales. Las conductas extrañas del paciente provocan miedo, temor, tristeza, culpa, enfado. Los problemas psicosociales y el deterioro en el funcionamiento añaden carga de perplejidad, miedo y sufrimiento al paciente y su familia. Las familias experimentan también ansiedad, desesperanza, desesperación y sobrecarga. Los sentimientos de malestar y sobrecarga no sólo son perjudiciales para la salud mental de los miembros de la familia sino que también tiene efectos negativos en el paciente. Funcionan como estresor ambiental que puede precipitar la esquizofrenia y las recaídas. Se ha demostrado que la intervención familiar en parientes de personas con esquizofrenia produce una reducción de tasas de recaídas de aproximadamente un 20%, siempre que la intervención dure más de 3 meses<sup>15</sup>.

- Se producen hospitalizaciones innecesarias.
- Aumentan los costes de la atención.

Por todo ello, en los jóvenes con alto riesgo de padecer una psicosis y en los que presentan una primera crisis es necesario introducir un tratamiento integral que incluya abordaje psicofarmacológico y psicosocial.

## 2. Principales programas de intervención.

Actualmente existen diferentes programas que siguen las directrices de la IEPA (*International Early Psychosis Association*)<sup>3, 12, 14</sup>.

Destacamos los siguientes:

- EPPIC (*Early Psychosis Prevention and Intervention Centre*), McGorry y Edwards. Melbourne. Cuenta con los siguientes servicios:<sup>6,7</sup>
  - a. YAT (*The Youth Access Team*). Es un equipo móvil para la evaluación y el tratamiento comunitario, disponible las 24 horas del día, todos los días del año y con

Intervenciones individualizadas desarrolladas en un entorno no estigmatizante, alejado de la tradicional imagen del centro de atención psiquiátrica, ayudando a los pacientes en aspectos económicos, búsqueda de vivienda, trabajo, educación y socialización.

- posibilidad de realizar tratamiento intensivo en el domicilio.
- b. PACE (*The Personal Assessment and Crisis Evaluation Clinic*). Es una clínica para atender a personas con riesgo inminente de sufrir psicosis. Realizan terapia individual que puede ser aplicada en formato grupal, basada en el modelo de vulnerabilidad.
  - c. Dos equipos OCM (*Outpatients Case Management*) que asumen la adaptación a la psicosis y la prevención de la morbilidad secundaria.
  - d. Una unidad de 16 camas en las que se realizan ingresos con una duración media de 18 días.
  - e. Desarrollan programas individuales y grupales tanto en la fase aguda como en la fase de recuperación.
  - f. Es de destacar el grupo de educación y apoyo para jóvenes en el proceso de recuperación tras el primer episodio. Es una intervención grupal de 8 sesiones con periodicidad semanal, dirigida a personas entre 16 y 25 años, con posibilidad de adaptación a las necesidades de personas mayores.
- TIPS (*Early Treatment and Identification of Psychosis*), Larsen y colaboradores. Noruega y Dinamarca. Incluye<sup>8</sup>:
    - a. Un amplio programa de educación pública en torno a los signos iniciales de la psicosis mediante campañas divulgativas en radio, televisión y prensa para que la población general identifique los síntomas de la psicosis y busque ayuda.
    - b. Educación de profesores y médicos generales con material audiovisual y en el caso de los profesionales sanitarios un manual de evaluación de síntomas y discusión de casos clínicos.
    - c. Equipos clínicos multidisciplinares para detección temprana que trabajan en

coordinación con las unidades de salud mental, facilitando el acceso a los servicios y realizando la evaluación diagnóstica.

- d. Intervención por un período de al menos dos años, con sesiones semanales psicoeducativas combinadas con dosis bajas de neurolépticos (tienen un protocolo de inicio con Clozapina) e intervención con la familia.

- EIS (*Early Intervention Service*) e IRIS (*Initiative to Reduce the Impact of Schizophrenia*), Birchwood y colaboradores. Birmingham<sup>9, 18, 23</sup>.

El Centro de Intervención Precoz en Psicosis de Birmingham tiene las siguientes características:

- a. Trabaja en prevención secundaria (período crítico).
- b. Intervenciones individualizadas desarrolladas en un entorno no estigmatizante, alejado de la tradicional imagen del centro de atención psiquiátrica, ayudando a los pacientes en aspectos económicos, búsqueda de vivienda, trabajo, educación y socialización.
- c. Intervención intensiva y móvil siguiendo los principios del seguimiento asertivo con un servicio accesible las 24 horas del día único para cada usuario y con énfasis en el entorno comunitario.
- d. La vía de acceso es a través de interconsulta con atención primaria, urgencias psiquiátricas u otros agentes (familia, policía, servicios sociales, etc.).
- e. Las entrevistas iniciales son realizadas por un psicólogo clínico, un psiquiatra consultor y una enfermera manager.
- f. Asignación de un *key worker*.
- g. Seguimiento de dos o tres años o más en casos excepcionales y al alta derivación a atención primaria, al equipo de seguimiento asertivo o al de continuidad de cuidados.

- h. Cuenta con un programa de rehabilitación psicosocial desarrollado por dos terapeutas ocupaciones y organizado en tres niveles de exigencia, dependiendo de las necesidades de los pacientes: Actividades de bajo nivel de exigencia para pacientes con problemas graves de relación y aislamiento social; Entrenamiento en actividades de la vida diaria y Estructuración del rol y la red social, a través de la incorporación a cursos o a empleo.
- i. Dispone de una unidad de descanso y recuperación, de puertas abiertas, con 10 camas y 15 profesionales a la que se deriva desde el Servicio de Intervención precoz. En esta unidad se realizan los programas de rehabilitación y también funciona como club social.
- EPP (*Early Psychosis Program*), Addington y colaboradores. Calgary. Ofrecen un tratamiento estructurado en cinco áreas, de tres años de duración, con los siguientes servicios<sup>15</sup>:
    - a. Detección y tratamiento de la psicosis en la fase prodrómica. Es una de las sedes para el proyecto nacional del sistema de salud canadiense de intervención precoz, juventud y enfermedad mental.
    - b. Un programa de *case management* con un psiquiatra y un responsable de caso que realizan la coordinación con diferentes recursos de la red y tareas de apoyo y educación.
    - c. Tratamiento farmacológico con neurolépticos atípicos a dosis bajas.
    - d. Terapia cognitivo-conductual individual de dos tipos, una para reducir la comorbilidad y de adaptación a la psicosis y otra para reducir la sintomatología positiva.
    - e. Terapia de grupo en distintos formatos y con distintos objetivos.
    - f. Intervenciones familiares individuales, de seis a ocho sesiones, durante los seis primeros meses.
    - g. Grupos multifamiliares breves en los siguientes seis meses centrados en resolución de problemas y en la planificación del alta en el segundo año.
  - PEPP (*Prevention and Early Intervention Program for Psychosis*), Malla y colaboradores. London, Ontario. Es un programa integral para la prevención y tratamiento de la psicosis. Tiene las siguientes características<sup>19</sup>:
    - a. Es un servicio de consultas externas con 16 camas reservadas en un hospital general.
    - b. Funcionan según el modelo *case management*, con asignación de un *key worker* a cada paciente.
    - c. La duración del tratamiento principal es de dos años, después de los cuales el paciente pasa a un programa de gestión de casos intensivo, si no ha progresado adecuadamente durante un año y de ahí al tratamiento psiquiátrico habitual.
    - d. Realizan intervenciones terapéuticas individuales y grupales.
    - e. Las intervenciones grupales son de tres tipos: Grupo de ayuda a la reinserción, de dos horas por semana durante tres meses para la adquisición de aptitudes funcionales y sociales; Grupo de educación sobre la enfermedad de ocho sesiones; Programa cognitivo de diez semanas para ayudar a la vuelta a los estudios o al trabajo.
    - f. Realizan intervenciones familiares individuales y grupales basadas en el modelo de intervención familiar de Hogarty y Anderson<sup>\*\*</sup>.
    - g. Tiene un programa de detección y sensibilización que se desarrolla en las escuelas y en la comunidad que se complementa con las acciones de sensibilización y defensa de los derechos de los pacientes realizadas por los familiares integrantes de un grupo de apoyo.

---

<sup>\*\*</sup> Se basa en las investigaciones sobre Emoción Expresada y en el modelo de vulnerabilidad. El programa consiste en disminuir la vulnerabilidad del paciente a la estimulación por medio de la medicación y en proporcionar protectores ambientales, disminuyendo el estrés familiar a través de un programa altamente estructurado cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de todos los miembros de la familia creando ambientes hogareños de baja intensidad estimular y, con el tiempo, ambientes laborales similares que reduzcan la probabilidad de recaídas a la vez que no incrementan la carga de los familiares.

Los programas suelen incluir:  
Tratamiento psicofarmacológico con antipsicóticos atípicos a dosis bajas.  
Psicoterapia individual.  
Intervención familiar.  
Terapia Grupal.  
Rehabilitación psicosocial y laboral.  
Rehabilitación cognitiva.  
Intervenciones sobre el abuso de sustancias.  
Intervención en prevención de la depresión y el suicidio.

• P3 (*Programa de Detección e Intervención Temprana en Psicosis*), Vallina y Lemos, Torrelavega, Cantabria. Es uno de los más interesantes, porque ha tenido en cuenta la contribución de los diferentes programas desarrollados internacionalmente y lo ha adaptado al contexto nacional y regional. Tiene las siguientes características<sup>20, 26</sup>:

- a. Se desarrolla en el centro de salud mental con la colaboración de la facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo, por un equipo multiprofesional formado por un psicólogo, un psiquiatra y una enfermera que compatibilizan este programa realizado tres días a la semana con el resto de la demanda del centro.
- b. Realizan un programa educativo adaptado del TIPS, para médicos de Atención Primaria, con el objetivo de mejorar la capacidad de reconocimiento de los síntomas prodrómicos y de conseguir una derivación rápida al programa.
- c. Tienen un protocolo de evaluación de estados prodrómicos y de riesgo de transición a la psicosis a partir del cual se detectan los tres perfiles de alto riesgo: grupo de síntomas psicóticos atenuados, grupo de síntomas psicóticos breves e intermitentes y grupo familiar.
- d. Desarrollan un programa de terapia cognitiva individual de ajuste y superación de la psicosis y otro para síntomas psicóticos persistentes.
- e. Realizan intervenciones familiares con tres componentes, un programa educativo, un módulo de manejo de estrés y respuestas de afrontamiento y un programa de establecimiento de metas en cada una de las cuatro fases: fase prodrómica, después del primer episodio, durante el inicio de la recuperación y en la fase de estabilización y primera recaída.
- f. Combinan el tratamiento psicológico con

neurolépticos atípicos a dosis bajas en pacientes con síntomas psicóticos atenuados que obtienen una puntuación de 5 en la escala de síntomas positivos de la SOPS (Escala para la evaluación de síndromes prodrómicos en la evaluación de estados mentales de riesgo).

g. Desarrollan un programa para Atención Primaria consistente en un taller educativo de tres sesiones realizadas en tres meses, con seguimiento cada dos meses durante seis, la entrega de una guía informativa, una hoja de derivación y una hoja de evaluación de pródromos y la oferta de acceso directo e inmediato al centro (24-48 horas) con los profesionales de referencia y reuniones para seguimiento de casos.

Todos estos programas, y otros que no se han mencionado por no ser reiterativos, tienen una serie de características comunes:

- Son programas específicos de Tratamiento Asertivo Comunitario dirigidos a esta población. Muchas veces están diferenciados de los equipos habituales, bien con como equipos o como centros.
- Tienen un componente dirigido a incrementar la detección y a desmitificar la enfermedad mental.
- Tienden a realizarse en contextos no estigmatizantes.
- La intervención directa se centra tanto en los pródromos como en primeros episodios.
- Las intervenciones en primeros episodios se desarrollan al menos durante el período crítico.
- Los programas suelen incluir:
  - Tratamiento psicofarmacológico con antipsicóticos atípicos a dosis bajas.
  - Psicoterapia individual.
  - Intervención familiar.
  - Terapia Grupal.
  - Rehabilitación psicosocial y laboral.

- Rehabilitación cognitiva.
- Intervenciones sobre el abuso de sustancias.
- Intervención en prevención de la depresión y el suicidio.

La posibilidad de intervenir precozmente en una enfermedad tan grave como la psicosis despierta cada vez más interés entre los investigadores y los profesionales, aunque los datos no muestran la eficacia deseada por los más conservadores. Las investigaciones son de muchos tipos, casi todas realizadas por los defensores de este tipo de intervenciones, unas con estudios de seguimiento y otras sin ellos, con muestras pequeñas y grandes, centradas en una fase de la enfermedad o en todas.

Destacamos a continuación los resultados más concluyentes y esperanzadores para los profesionales de la salud mental:

#### **En cuanto a la detección y el diagnóstico temprano.**

El diagnóstico temprano plantea un dilema: la predicción de un episodio psicótico y su discriminación diagnóstica respecto a otras enfermedades será más fiable cuantos más criterios del DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) o de la CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud) se cumplan. La precisión diagnóstica y predictiva sólo puede obtenerse a costa del retraso en la intervención terapéutica. La evaluación imprecisa del riesgo en las fases tempranas de la enfermedad daría lugar a una proporción elevada de falsos positivos, y tiene implicaciones éticas dado que un tratamiento prematuro del riesgo de padecer esquizofrenia acarrea una angustia innecesaria y un estigmatización de los pacientes y sus familias, mientras que la reducción de la tasa de diagnósticos falsamente positivos podría excluir del tratamiento a una gran proporción de personas en riesgo.

Este dilema tiene dos soluciones, aumentar el riesgo de padecer la enfermedad, evaluando los síntomas predecesores característicos en una fase más avanzada de los pródromos o considerar los factores de riesgo premórbidos.

La intervención limitada a la enfermedad psicótica y centrada en los signos tempranos de la psicosis pasa por alto la fase prodrómica presicótica, habitualmente muy prolongada, que se suele acompañar de alteraciones cognitivas y funcionales, con deterioro de la relación social.

Se ha subrayado la importancia de introducir el tratamiento en la mayor cantidad de pacientes que ya estén sufriendo síntomas prodrómicos, conduzcan éstos a una psicosis o a otro trastorno mental grave.

También se ha señalado que los programas de concienciación social pueden mejorar el comportamiento de búsqueda de apoyo y allanar el camino para el inicio del tratamiento.

La detección de personas con riesgo elevado se puede llevar a cabo a través de filtros consecutivos establecidos en el sistema asistencial –Identificación de riesgo moderado en Atención Primaria en personas que consultan por problemas mentales, evaluación a través de un inventario de mayor capacidad discriminativa e identificación del riesgo en los servicios de salud mental–.

En un estudio prospectivo realizado en Alemania sobre 3.021 personas de la población general, de 14 a 24 años de edad, con un seguimiento de un periodo de 3-5 años, se demostró que el riesgo de inicio de la psicosis aumenta a medida que lo hace la incidencia de depresión y disminuye cuando también lo hace ésta<sup>12</sup>.

Se han comparado grupos de pacientes hospitalizados por primera vez por esquizofrenia con otros ingresados por depresión moderada, viéndose que ambas enfermedades comparten ocho de los diez síntomas iniciales más frecuentes, limitándose las diferencias significativas a los dominios de nerviosismo/inquietud y de embotamiento.

*El riesgo de inicio de la psicosis aumenta a medida que lo hace la incidencia de depresión y disminuye cuando también lo hace ésta.*

*La terapia cognitivo-conductual aplicada en la fase prodrómica prepsicótica parece influir de manera favorable en el curso de la enfermedad a corto plazo.*

miento afectivo, más frecuentes en la esquizofrenia, así como al estado de ánimo depresivo, más frecuente en la depresión.

Los síntomas básicos de la esquizofrenia y la depresión en la fase prodrómica constituyen un síndrome prodrómico básico común que persiste con frecuencia durante las etapas posteriores de la enfermedad.

Más del 50% de los pacientes de ambos grupos de enfermedad presentaban diferencias significativas respecto a los controles en la escala DAS (Escala Breve de Evaluación de la Discapacidad) en el rendimiento laboral, las actividades en el hogar, comunicación y actividades de ocio.

En ambos trastornos, el inicio tuvo lugar a menudo con síntomas depresivos, seguidos de un elevado número de síntomas negativos que se superpusieron parcialmente a los primeros. Sólo hubo diferencias tras el comienzo de los síntomas psicóticos<sup>12</sup>.

Por tanto, la intervención terapéutica temprana tiene una gran relevancia desde el punto de vista de la salud pública ya que se dirige a los síntomas manifiestos y no hacia el proceso patológico subyacente de la enfermedad, aún desconocido.

No se debe centrar la intervención sólo en la fase prepsicótica y en el riesgo de psicosis esquizofrénica, sino también en el diagnóstico y la intervención terapéutica tempranos de los trastornos del estado de ánimo ya que la distinción entre una psicosis y un trastorno del estado de ánimo no es posible hasta que aparecen los síntomas positivos.

#### **En cuanto a la intervención en la fase prodrómica.**

En el estudio *ABC Schizophrenia Study*, realizado con 232 pacientes, los resultados relativos a la DUI (Duración de la Enfermedad sin tratar) demuestran que en las tres cuartas partes de los casos el inicio de la esquizofrenia tuvo lugar con

síntomas depresivos y negativos de desarrollo lento, con alteraciones funcionales y disfunción cognitiva progresiva<sup>12</sup>.

También se comprobó que la DUP es menor cuando hay comportamientos de búsqueda de ayuda y existen servicios de salud mental apropiados. Se demostró que la DUP prolongada es un factor predictivo de la evolución desfavorable de la enfermedad y se asoció a una evolución más grave del primer episodio, pero no se ha determinado si la DUP (Duración de la psicosis sin tratar) prolongada también se asocia a una incidencia mayor de recidivas psicóticas, debido a que no son frecuentes los seguimientos a largo plazo<sup>12, 16</sup>.

En el trastorno del espectro de la esquizofrenia, la mayor parte del deterioro social tiene lugar durante las fases iniciales de la enfermedad, con la aparición de alteraciones funcionales y sociales. Después de la remisión del primer episodio, las puntuaciones medias de los indicadores sociales no muestran una tendencia manifiesta hacia el deterioro o la mejoría.

La terapia cognitivo-conductual aplicada en la fase prodrómica prepsicótica parece influir de manera favorable en el curso de la enfermedad a corto plazo. Durante la prefase psicótica la combinación de ésta con la administración de dosis bajas de medicamentos antipsicóticos parece tener una cierta eficacia. No se han demostrado efectos a largo plazo<sup>11</sup>.

Morrison, Bentall y otros diseñaron la primera prueba aleatorizada para evaluar la eficacia de la terapia cognitiva en la prevención de la transición a la psicosis. El estudio se realizó con 60 pacientes, de los cuales 37 recibieron terapia cognitiva y 26 supervisión mensual, en ambos casos con elementos de manejo de casos. Al cabo de un año en el grupo de supervisión mensual transitó a la psicosis el 22%, en el de terapia el 6%. Los autores concluyeron que una intervención cognitiva de seis meses reduce la transición a la psicosis en personas que buscan tratamiento y es

efectiva también para reducir la gravedad de los síntomas<sup>29</sup>.

Un estudio realizado en el Centro Prime pretendió demostrar la eficacia de la Olanzapina en prevenir o demorar el inicio de la psicosis. Los resultados del primer año de tratamiento presentaron una transición a la psicosis del 37,9% en el grupo placebo, frente al 16,1% del grupo de tratamiento, ambos combinados con tratamiento psicossocial individual y familiar<sup>29</sup>.

El Programa de Reconocimiento y Prevención de Hillside (RAP) realizó un estudio combinando tratamiento psicossocial y farmacológico, antidepresivos en el subgrupo clínico negativo y neurolépticos atípicos (Olanzapina y Risperidona) en los subgrupos clínicos positivo de psicosis esquizofrénica. Los resultados preliminares mostraron una mejoría considerable en el grupo positivo, con una buena adherencia al tratamiento farmacológico y una estabilización en el grupo negativo. De los 54 pacientes que se incluían transitaron a la esquizofrenia el 17%. El subgrupo de riesgo clínico negativo transitó el 7%, de riesgo clínico positivo el 8% y del de psicosis tipo esquizofrenia el 40%. Los autores concluyen que la terapia farmacológica es útil para el control de los síntomas prodrómicos, pero que los antipsicóticos no tienen por qué ser el tratamiento de primera línea<sup>30</sup>.

#### **En cuanto a la intervención en la fase aguda del primer episodio.**

Se ha resaltado la importancia de realizar el tratamiento en dispositivos comunitarios ambulatorios o a domicilio siempre que sea posible.

Drury, Birchwood y otros llevaron a cabo el primer estudio controlado con 40 pacientes en el que se pretendía observar los efectos de una terapia cognitiva sobre la rapidez en la eliminación de los síntomas positivos y sobre la residualidad de los mismos<sup>25, 29</sup>.

Se demostró una eliminación más rápida de los síntomas positivos, menor nivel de sintomato-

logía positiva, menor grado de convicción delirante a las 12 primeras semanas y que esos resultados se mantenían a los 9 meses de seguimiento. No hubo diferencias en los síntomas de desorganización ni en los negativos. A los 5 años de seguimiento, las diferencias en las tasas de recaída, síntomas positivos o *insight* habían desaparecido, permaneciendo en el grupo de terapia un mayor grado de control percibido sobre la enfermedad y una tasa menor de creencias delirantes para los que sólo habían tenido una recaída en este período<sup>29</sup>.

En el estudio Sócrates, realizado por Lewis, Tarrier y colaboradores se asignaron 315 pacientes ingresados en una unidad de hospitalización aleatoriamente a tres grupos, uno que recibía los cuidados habituales, otro que además recibía terapia de apoyo y otro que recibía terapia cognitiva (8 horas de media a lo largo de 5 semanas). Se demostró una reducción más rápida de la sintomatología total y de la positiva evaluada en la PANSS (Escala del síndrome positivo y negativo) en este último grupo hacia la 3ª o 4ª semana, pero este efecto se perdía a la 6ª semana comparado con el grupo de cuidados habituales. No se observaron diferencias en los días de estancia hospitalaria. En el seguimiento a 18 meses, el grupo de terapia cognitiva seguía presentando menor sintomatología total y positiva, pero no se observaron diferencias entre los tres grupos en recaídas o rehospitalización. A los dos años el grupo de terapia seguía manteniendo ventaja en la sintomatología negativa y el funcionamiento social, pero no en la sintomatología positiva y también tenía menos reingresos y había pasado menos días en el hospital, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa<sup>29</sup>.

#### **En cuanto a la intervención en la fase de recuperación o postpsicótica:**

Esta fase abarca un período entre 3 y 18 meses tras la estabilización de la crisis y se divide en

*Se ha resaltado la importancia de realizar el tratamiento en dispositivos comunitarios ambulatorios o a domicilio siempre que sea posible.*



*En los estudios de primeros episodios, los parámetros de Emoción Expresada (EE) no aportan datos con capacidad de predicción o éstos son falsos. La EE puede ser una característica de un proceso de adaptación a la psicosis.*

dos etapas, la recuperación temprana, que va de los 3 a los 9 meses y la recuperación prolongada, de los 9 a los 18.

La mayoría de los autores concluyen que no existen tratamientos psicológicos validados para este periodo.

Un estudio prospectivo y longitudinal realizado en Dinamarca (*Danish National Schizophrenia Project*), iniciado en 1.997 con 562 pacientes de 16 a 35 años de edad que habían sufrido un episodio psicótico del espectro de la esquizofrenia, con un período de intervención terapéutica de dos años, pretendió probar la eficacia de diferentes abordajes terapéuticos<sup>24</sup>.

Los pacientes fueron tratados mediante psicoterapia psicodinámica de apoyo como complemento al tratamiento habitual, mediante un programa terapéutico psicosocial y educativo, integrado y asertivo o mediante el tratamiento habitual. El primero (119 pacientes) consistía en sesiones individuales de 45 minutos con una frecuencia semanal durante un periodo de 1-3 años, sesiones de psicoterapia de grupo semanales de una hora durante el mismo periodo o ambas además del tratamiento habitual. El segundo (tratamiento integrado, 139 pacientes) fue tratado durante dos años con tratamiento comunitario asertivo, tratamiento multifamiliar psicoeducativo, formación en habilidades sociales y medicamentos antipsicóticos. El tercero (304 pacientes) recibió abordajes terapéuticos distintos (psicológicos, medicación, orientación médica, tratamiento para pacientes hospitalizados y ambulatorios, según los recursos disponibles en el momento del tratamiento), sin utilizar ningún tratamiento preestablecido.

Al final del primer año se observó una mejoría significativa en las puntuaciones de la Escala de evaluación de la actividad global (GAF) en GAF sintomática, GAF funcional, GAF total, PANSS de síntomas positivos y PANSS de síntomas negativos en los tres grupos, pero con una tendencia clara a favor de los dos primeros grupos.

Al final del segundo año, el tratamiento integrado fue el que dio lugar a una mayor mejoría. Los posibles factores curativos en este tratamiento fueron la terapia multifamiliar y la implicación rápida, constante, integrada y a largo plazo del equipo terapéutico, con una carga de trabajo baja (10 pacientes por cada terapeuta), dedicando más horas por semana al paciente, en comparación con la hora semanal de psicoterapia individual como complemento del tratamiento habitual, el establecimiento del retorno al mercado laboral, a las actividades formativas o a programas educativos, el revertir la situación del paciente desde la hospitalización hasta la asistencia ambulatoria y el abordaje cognitivo y la formación en habilidades sociales.

#### **En cuanto a la intervención con las familias:**

Son escasas las intervenciones en los primeros episodios, quizás porque esta fase requiere un tratamiento específico con distintos objetivos y con una readaptación de las terapias existentes.

En los estudios de primeros episodios, los parámetros de Emoción Expresada (EE) no aportan datos con capacidad de predicción o éstos son falsos. La EE puede ser una característica de un proceso de adaptación a la psicosis. El reconocimiento del proceso de duelo y el apoyo a las familias para superarlo debe preceder a cualquier intento de psicoeducación.

Las intervenciones realizadas con esta población han mostrado resultados contradictorios: aumento del estrés familiar y de las recaídas en familias con baja EE, reducción de la tasa de recaída tras la intervención o reducción en los niveles de EE familiar.

Se ha sugerido que en esta fase el constructo de EE aún no está claramente establecido y las intervenciones clave deberían dirigirse hacia la adquisición de habilidades de resolución de problemas relacionados con el deficiente funcionamiento social del paciente y con la soledad, im-

pacto y estigma que supone la aparición de la psicosis en una familia.

Se ha investigado la eficacia de una intervención familiar conductual según el modelo de Fallon<sup>10</sup> (incluye educación sobre la esquizofrenia, entrenamiento en habilidades de comunicación, entrenamiento en resolución de problemas y técnicas conductuales especiales para problemas como son las fobias, la agresividad, el retraimiento social excesivo, etc.) combinada con terapia individual estándar, comparada con la aplicación de terapia estándar, sobre los niveles de emoción expresada y la tasa de recaídas, no mostrando superioridad la modalidad combinada. Ambos grupos presentaron bajas tasas de recaídas. Sin embargo, las familias con baja EE que fueron tratadas con intervención familiar incrementaron su nivel de estrés y la tasa de recaídas, respecto a los que sólo recibieron intervención individual. A los 5 años de seguimiento no se obtuvieron diferencias en recaídas, en los niveles de EE ni en el funcionamiento psicosocial, pero el grupo de terapia familiar había pasado significativamente menos tiempo en el hospital<sup>29</sup>.

Se ha comparado también la satisfacción de los familiares con los servicios de salud respecto a intervención psicoeducativa breve a domicilio y la aplicación de cuidados habituales tras un primer episodio. A los 9 meses de seguimiento no se apreciaron diferencias en la satisfacción ni en el número de días rehospitalizados. Se ha concluido que tras un primer episodio breve y con buena recuperación se puede valorar el contacto con los servicios como un recordatorio traumático e innecesario de la enfermedad y desarrollar estilos de afrontamiento evitativos ante los equívocos<sup>29</sup>.

El programa más innovador y el que más se adapta al inicio de la psicosis es el desarrollado por Addington y colaboradores en el EPP. Consiste de 4 fases que se desarrollan a lo largo de los tres primeros años de la enfermedad: Manejo de crisis, Estabilización inicial y facilitación de la re-

cuperación, Consolidación de la mejoría y Recuperación prolongada<sup>17,29</sup>.

Después de la aplicación del programa han observado reducciones significativas en el grado de malestar de las familias, encontrando que el predictor más potente del pobre bienestar psicológico en los familiares era la valoración de la familia del impacto de la enfermedad en ellos mismos y no la gravedad de los síntomas o el deterioro en el funcionamiento del familiar enfermo<sup>29</sup>.

Se puede concluir, por tanto, que el apoyo temprano a las familias y las técnicas educativas pueden tener efecto en la prevención de recaídas y deberían ser de aplicación en la mayoría de los casos de pacientes jóvenes, ya que perder la oportunidad de contactar con la familia en estos momentos es perder la oportunidad de crear una red de protección. Ahora bien, el acercamiento debe centrarse en conseguir que sean aliados en la lucha contra una enfermedad potencialmente grave, pero tratable, siendo conscientes de que cualquier actividad educativa puede percibirse como un estigma y huyendo de aproximaciones etiológicas enfocadas a las familias que han demostrado efectos secundarios en las familias y en los pacientes. En el estudio de Amsterdam, las familias con una emoción expresada baja evaluaron negativamente la terapia conductual, especialmente la centrada en entrenamiento en habilidades de comunicación.

Realizadas todas estas consideraciones, cabría preguntarse por qué no existen iniciativas de este tipo en la Comunidad de Madrid. Una primera razón es que el Plan de Salud Mental 2003-2008 no lo contempla<sup>4</sup>.

Existen otras razones comunes a la mayoría de los servicios de salud mental españoles.

Más de un 30% de los pacientes atendidos en los servicios de salud mental tienen un diagnóstico de trastorno mental grave y se les dedica a ellos aproximadamente un 40% de los actos asistenciales. Son servicios sobre todo centrados a la asistencia de la enfermedad ya instalada, con una actividad preventiva baja.

*El predictor más potente del pobre bienestar psicológico en los familiares era la valoración de la familia del impacto de la enfermedad en ellos mismos y no la gravedad de los síntomas o el deterioro en el funcionamiento del familiar enfermo.*

La organización de los recursos con listas de espera, saturación por lo urgente, largos espacios de tiempo entre las visitas, obstaculiza las evaluaciones acertadas de trastornos incipientes a personas que tienen impedimentos para expresar sus dificultades.

Las modalidades de tratamiento tienen poca en cuenta las características de las fases iniciales de la enfermedad y el contexto en el que se dan: son personas jóvenes con gran reticencia a consultar, y más aún en un servicio de salud mental, con un ritmo diferente al de los servicios, con gran prevalencia del consumo de tóxicos ante los que no se ofrece flexibilidad de respuestas, tratamientos integrados ni continuidad asistencial.

Aun así existe un creciente interés por el desarrollo de este tipo de programas como lo demuestran las actividades de formación continuada realizadas y el diseño de programas específicos en algunos servicios de salud mental.

### **Bibliografía.**

1. Anderson, C.; Reiss, D.; Hogarty, G. (1988). *Esquizofrenia y Familia. Guía práctica de psicoeducación*. Buenos Aires: Amorrortu.
2. Birchwood, M., Todd P. y Jackson C. (1998). "Early intervention in psychosis: The critical period hypothesis", *British Journal of Psychiatry*, n° 172 (suppl. 33), p. 53-59.
3. Bertolote, J. y McGorry, P. (2005). "Early intervention and recovery for young people with early psychosis: Consensus statement". *British Journal of Psychiatry*, 187 (Suplemento 48), 116-119.
4. Consejería de Sanidad y Consumo (2003): *Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2003-2008*. Comunidad de Madrid.
5. Consejería de Familia y Asuntos Sociales (2003): *Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica 2003-2007*. Dirección General de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.
6. Early Psychosis Intervention (EPI) - <http://www.hopevancouver.com/>
7. Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC): - <http://www.eppic.org.au/>
8. Early Intervention in Psychosis (TIPS) - <http://www.tips-info.com/eng/index.cfm>
9. Early Intervention in Psychosis - <http://www.iris-initiative.org.uk/>
10. Falloon, I.R.; Boyd, J.L. and Mc Gill, C.W. (1984): *Family Care of Schizophrenia*. N.Y.: The Guilford Press.
11. Gleeson, J y McGorry, P (Coords.) (2.005). *Intervenciones psicológicas en la psicosis temprana. Un manual de tratamiento*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
12. Häfner, H. Y Maurer, K. (2006). "Detección temprana en esquizofrenia: datos actuales y perspectivas futuras ". *World Psychiatry (Ed Esp)* 4:3 p. 130-138.
13. INSALUD (1999). *Guía de Gestión del hospital de día psiquiátrico*.
14. International Early Psychosis Association - <http://www.iepa.org.au>
15. Kavanagh David J. Mueser Kim T. (2.003) "El futuro de las terapias cognitivas y conductuales en la prevención y tratamiento precoz de la psicosis oportunidades y riesgos" *RET, Revista de Toxicomanías*. N°. 34 - 2003 p.23 39
16. Klosterkötter, J., Ruhrmann, S., Schultze-Lutter, F. y otros (2005) "European Prediction of Psychosis study (EPOS): integración del diagnóstico y la intervención precoces en Europa", *World Psychiatry (Ed Esp)* 3:3 p. 161-166.
17. L'Association Canadienne pour la Santé Mentale (2001) "*Iniciatives canadiennes d'intervention durant les premiers stades de la psychose*". <http://www.acsm.ca/intervent/>
18. National Institute for Mental Health in England (2003) "*Early intervention for people with psychosis*". <http://www.nimhe.org.uk>
19. Prevention and Early Intervention Program for Psychoses (PEPP) - <http://www.pepp.ca/>
20. Programas de prevención de psicosis.- <http://www.p3-info.es/>

21. Quiroga Gallego, M. (2002) "Cannabis y psicopatología comórbida" *Adicciones*, Vol 14 n° 2 p 191-200.
22. Riecher-Rössler, A., Gschwandtner, U. y otros (2006). "Early detection and treatment of schizophrenia: how early?" *Acta psychiatrica Scandinavica*, 113 (Suppl. 429): 73-80.
23. Rivas, E. "Un servicio británico de intervención precoz en psicosis" (2001). *AEN*, vol. XXI, n° 77 p. 135-143.
24. Rosenbaum, B., Valbak, K., Harder, S. y otros (2006). "Tratamiento de los pacientes con un primer episodio de psicosis: resultados del Danish Nacional Schizophrenia Project a los 2 años". *World Psychiatry (Ed Esp)* 4:2 p. 100-103.
25. Spencer, E, Birchwood M y McGovern D. (2001), "Management of first-episode psychosis" *Advances in Psychiatric Treatment* vol. 7, pp. 133-142.
26. Vallina, O. (2002). "El inicio de la rehabilitación psicosocial: la intervención temprana en psicosis". En M.A. Verdugo, D. López, A. Gómez y M. Rodríguez (Eds.), *Rehabilitación en salud mental. Situaciones y perspectivas* (págs. 243-266). Salamanca: Amarú.
27. Vallina, O. (2003). "Los orígenes de la cronicidad: intervenciones iniciales en psicosis". *Boletín de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial*, 15-16, 15-27.
28. Vallina, O., Alonso, M., Gutierrez, A., Ortega, J. A., Garcia, A., Fernández, P. Lemos, S. (2003) "Aplicación de un programa de intervención temprana en psicosis. Un nuevo desarrollo para las unidades de salud mental". *Avances en Salud mental relacional* Vol. 2, núm. 2.
29. Vallina, O., Lemos, S. y Fernández, P. (2006). "Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis". *Apuntes de psicología*, Vol. 24, n° 1. p 185-221.
30. Vázquez-Barquero, J.L., Crespo, B. y Herrán A (editores) (2004). *Las fases iniciales de las enfermedades mentales. Psicosis*. Barcelona: Masson.
31. Yung, A., Phillips, L., McGorry, P., McFarlane, C., Francey, S., Harrigan, S., Patton, G. Y Henry, J. (1998). "Prediction of psychosis: A step towards indicated prevention of schizophrenia". *British Journal of Psychiatry*, 172 (supl. 33), 14-20.