LOS ORIGENES DE LA CRONICIDAD: INTERVENCIONES INICIALES EN PSICOSIS

Oscar Vallína Fernandez
USM. Torrelavega

Boletín de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial (2003) , 15-16, 15-27.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, se ha abierto un debate en torno a las consecuencias de las políticas sanitarias que han llevado a cabo las reformas en los actuales servicios comunitarios de salud mental (Thornicroft & Goldberg, 2000 ; Leff, 2001) Tras décadas de implantación, se plantea si estos modelos deben mantenerse o conviene su revisión a la luz de sus resultados y de las críticas recibidas en torno a su efectividad (especialmente por los problemas asociados de violencia y de mendicidad). Entre los errores de estos sistemas se destacan la fragmentación de los servicios, con intereses y prioridades contradictorios; las dificultades en su financiación y dotación estructural y las complejas relaciones entre administraciones sociales y sanitarias que genera indefinición de responsabilidades, duplicidad de esfuerzos y una ruptura en la continuidad de cuidados (Hadley, Muijen, Goldman & Shepherd, 1996).

Dentro de este marco general, las intervenciones en psicosis se han centrado en dos tipos de dispositivos: unidades de intervención aguda y en crisis y estructuras de rehabilitación. En ambos casos, estas modalidades de tratamiento parecen haber tenido poco en cuenta la fase inicial de la enfermedad y sus aspectos relacionados con las transiciones vitales, y más específicamente, con la juventud. Esto supone un abandono de aquella fase en la que se podría determinar cual va a ser el desarrollo de la futura enfermedad y cuales serian los cuidados a largo plazo para una adecuada cobertura sanitaria de la misma (Birchwood, Todd & Jackson, 1998). Para algunos autores, este abandono y la limitación que presentan las actuales modalidades de rehabilitación, e incluso la misma cronicidad, podrían ser el resultado de un fallo en el desarrollo de intervenciones adecuadas durante este momento inicial de la enfermedad (Johannessen et al. 2000). Mientras que desde otra perspectiva complementaria, Shepherd (1998), atribuye estas disfunciones, a la falaz distinción que tradicionalmente se viene manteniendo entre tratamiento y rehabilitación y que en la práctica asistencial dificulta la posibilidad de desarrollar una adecuada infraestructura integral de servicios comunitarios y una imprescindible continuidad de cuidados, tanto entre modalidades de tratamiento como entre dispositivos asistenciales.

Como alternativa, desde la perspectiva de quienes defienden la necesidad de una intervención temprana en psicosis (ITP) y como reacción a este estado de cosas, se promueve la idea de que una adecuada atención en las fases iniciales de la enfermedad puede mejorar los resultados de la misma, disminuyendo su discapacidad y reduciendo los costes de su atención. Para ello se proponen dos estrategias básicas: reducir el periodo que suele pasar la enfermedad sin recibir tratamiento y un combinado y amplio tratamiento ajustado a las especificas características de las fases iniciales de la enfermedad.

1. CARACTERISTICAS DE LAS FASES INICIALES DE LA PSICOSIS

1.1. *Inicio, fase prodrómica y primer episodio.*

Häfner & An der Heiden (1999) indican que los estudios realizados retrospectivamente sobre el curso del inicio de la esquizofrenia: ABC Y WHO, (inicio, pródromos y primer episodio) y la evaluación del resultado a largo plazo de los mismos catorce a dieciséis años después de haberse producido el primer episodio de la enfermedad, muestran que la mayoría de los primeros episodios; 73% de los casos, se inician con síntomas prodrómicos inespecíficos o con síntomas negativos, el 20% lo

hacen con síntomas positivos, negativos e inespecíficos, y solamente un 7% se iniciaba únicamente con síntomas positivos. Además, se observó que la mayoría presentaba una forma de inicio crónica, con una fase prodrómica de cinco años de duración, con un tramo ya claramente psicótico de más de una año de evolución antes de la primera admisión, y con una primera admisión tras unos dos meses de presentar el primer episodio completo. Solamente un 18% de los casos presentaba una forma de inicio brusca o aguda, con un mes de evolución de la sintomatología. Añaden además que en el 57% de los casos la incapacidad social surgía en un periodo de dos a cuatro años antes de la primera admisión, que las consecuencias sociales dependían del nivel de desarrollo social adquirido antes del inicio de la enfermedad y que la falta de confianza y los sentimientos de culpa al inicio de la enfermedad actuaban como indicadores de suicidio. Con estos datos, estos autores reclaman modalidades de intervención temprana que se dirijan hacia la sintomatología negativa, a la depresión temprana y hacia ciertas formas de deterioro cognitivo y social (Häfner et al. 1999). En la figura siguiente se sugiere una representación de estas distintas etapas iniciales de la esquizofrenia, el desarrollo sintomático en cada una de ellas y los momentos de intervención.

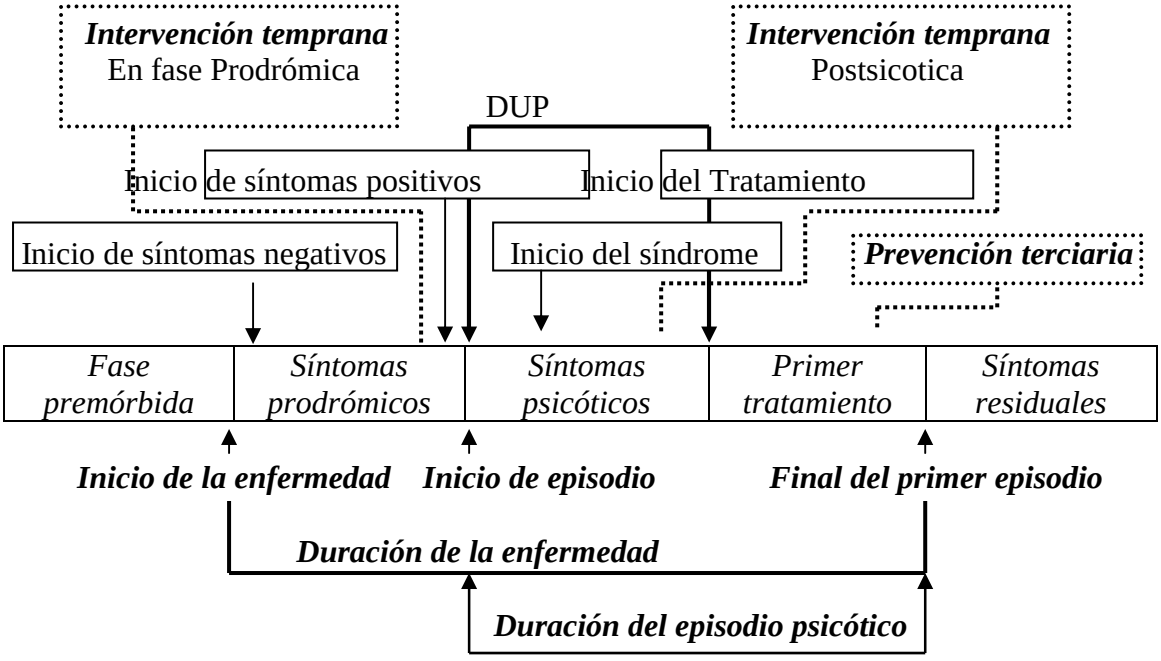


Fig.1. *Desarrollo del curso inicial de la esquizofrenia. Larsen et al.(2001).*

1.2. La hipótesis del periodo crítico

Los estudios prospectivos parecen indicar la existencia de un periodo de progresión de la psicosis anterior e inmediatamente posterior a la presentación de un primer episodio. Este momento parece ir seguido de un periodo de unos dos a cinco años en los cuales los pacientes se mantienen relativamente estables. Esto parece sugerir que los tres primeros años de la enfermedad (tratada o no tratada) suponen una ocasión extraordinaria para poder impedir o limitar el potencial decline habitual de las psicosis interviniendo tempranamente y conseguir así una mejor recuperación de la enfermedad.

Birchwood, Todd & Jackson (1998) sostienen la existencia de un "periodo crítico" que abarcaría estos primeros momentos de la enfermedad y que mantiene tres premisas fundamentales: (1) *El deterioro mental y social, si se produce, no es lineal*. (2) *En el periodo crítico se presencia la ontogenia de importantes variables predictivas*. Este parece ser el momento en el que se forman aspectos fundamentales para el posterior curso de la enfermedad, de entre estos se destacan, el modelo de respuesta individual a la psicosis que facilita o dificulta su posterior ajuste y adaptación, procesos evolutivos que pueden tener implicaciones para la prevención de morbilidad secundaria como la depresión o el suicidio y los orígenes y metamorfosis de los componentes de la emoción expresada de los familiares (especialmente sobreimplicación y criticismo). (3) *El desfase entre el funcionamiento clínico y el social se produce en estos momentos tempranos de la psicosis*. La intervención temprana debe abarcar las tres grandes áreas que interactúan a lo largo de toda la psicosis: síntomas, funcionamiento psicosocial y funcionamiento psicológico. Se sabe ya que mejorías en una de ellas no se transfieren mecánicamente a las otras y por ello toda intervención debe ser multidimensional.

1.3. *Identificación temprana de la psicosis. Los pródromos.*

Hasta el momento, no disponemos de marcadores claros y específicos que puedan servirnos con certeza como indicadores de la presencia o no de una psicosis incipiente, y aunque la gran mayoría de pacientes que desarrollan la enfermedad presentan una fase presicótica caracterizada por la presencia de síntomas prodrómicos, como se demuestra en todos los estudios realizados al respecto, estos síntomas no son específicos de este trastorno. Considerando las limitaciones que el tradicional concepto de pródromo producía como elemento de predicción, Yung & McGorry (1996) proponen un cambio conceptual, sustituyendo la noción de pródromo por la de "estado mental de alto riesgo". Desde esta perspectiva, el pródromo inicial en psicosis pasa de ser visto como la forma presicótica mas temprana de un trastorno psicótico, es decir, una forma atenuada de psicosis, a otra según la cual, conforman un factor de riesgo para su desarrollo, especialmente si se combina con otros factores de riesgo propios del trastorno (Ej. antecedentes familiares) pero donde las manifestaciones prodrómicas no conducen necesariamente a la psicosis y además sugieren un modelo híbrido interactivo que trata de explicar los habituales cambios que se producen en la sintomatología durante la fase prodrómica y que están en la base de la inestabilidad diagnóstica característica de esta fase.

Los pródromos consistirían así en una mezcla de los siguientes componentes: (1) *Síntomas psicóticos atenuados*. Tales como suspicacia o cambios perceptivos; (2) *Síntomas inespecíficos afectivos y neuróticos*, como ansiedad, humor deprimido y alteraciones del sueño, alguno de los cuales son reactivos a los anteriores: (3) *Cambios conductuales*, habitualmente son respuestas a otros fenómenos. Frecuentemente incluyen aislamiento y abandono de actividades habituales.

Los pacientes oscilarían entre periodos de ausencia de síntomas y de síntomas inespecíficos y/o psicóticos atenuados, ambos tipos de síntomas podrían preceder a la psicosis y darse como manifestaciones primarias. Los síntomas reactivos podrían ocurrir como respuesta a los síntomas psicóticos atenuados y psicóticos y los cambios conductuales como respuesta a cualquiera de los demás síntomas.

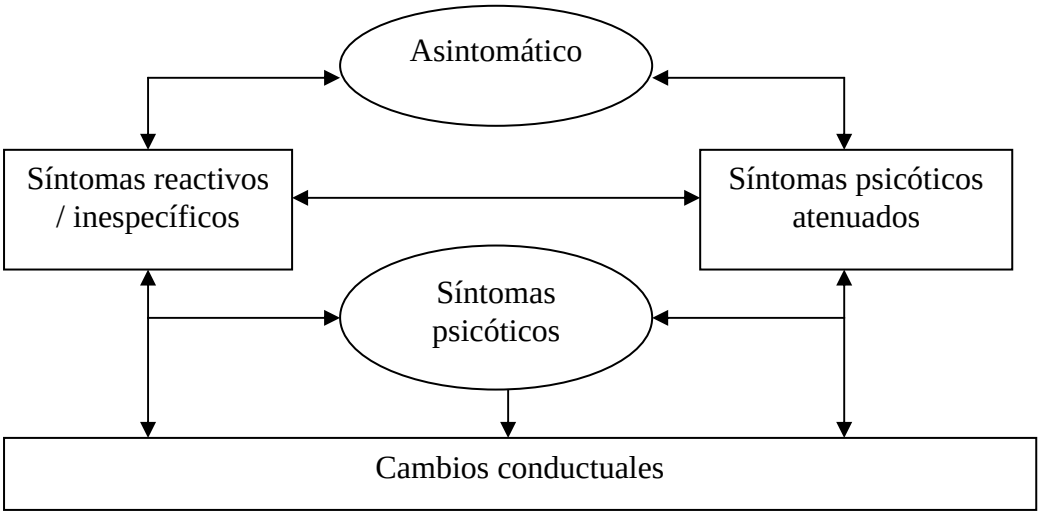


Fig.2. *Modelo Hibrido/interactivo de cambios prodrómicos. Yung & McGorry. (1996)*

En una serie de trabajos posteriores, se sugiere la necesidad de incorporar los síntomas básicos (la percepción fenomenológica de los déficits neuropsicológicos que produciría la psicosis) como un elemento diagnostico fundamental en esta fase prodrómica (Klosterkötter, Schultze- Lutter, Gros, Huber & Steinmeyer. 1997). De estos síntomas, en los trastornos de pensamiento, destacan la interferencia, la presión y el bloqueo de pensamientos, así como alteraciones en la recepción y expresión. De los trastornos de percepción destacan la visión parcial, la hipervigilancia , la absorción por los detalles de la percepción y la desrealización. Entre los trastornos de acción la perdida de habilidades automáticas y de su significado son los aspectos fundamentales.(Gross, Huber & Klosterkötter, 1998). Los trabajos de predicción de desarrollo de psicosis basándose en estos síntomas, indican que su ausencia durante la fase prodrómica excluye el desarrollo posterior de esquizofrenia en un 96 por ciento de los casos, mientras que su presencia predecía su desarrollo en un 70%. De una manera mas especifica, los trastornos por interferencias en el pensamiento, trastornos del lenguaje receptivo, o distorsiones visuales, evaluadas con la escala de síntomas básicos de Bonn, predecía el desarrollo de la esquizofrenia con una probabilidad del 91 % (Klosterkötter, Hellmich, Steinmeyer & Schultze- Lutter. 2001). En nuestra opinión, este tipo de síntomas deben incorporarse como un importante predictor de riesgo de transición a la psicosis dentro de cualquier protocolo de intervención temprana junto a los síntomas inespecíficos y a los síntomas psicóticos atenuados.

1.4. Duración de la enfermedad sin tratar

Como hemos visto, existe un periodo de inicio de enfermedad; una fase prodrómica presicótica de larga duración, y existe un periodo de inicio de la psicosis; una fase de enfermedad ya marcada y manifiestamente psicótica que sin embargo se mantiene durante prolongados periodos de tiempo que oscilan entre uno o varios años según estudios, con una media de seis meses y que sin embargo no recibe tratamiento alguno durante todo ese tiempo. Este momento se conoce como el de duración de la psicosis sin tratar (DUP), periodo que va desde el momento en que se inicia ya la psicosis hasta el momento en que se inicia el tratamiento adecuado (McGlashan. 1999). En este periodo se hipotetiza la existencia de dos fenómenos determinantes para el posterior curso de la psicosis: La toxicidad biológica y la toxicidad psicosocial. La

toxicidad biológica se refiere al efecto neuropsicologico nocivo que supondría sobre el cerebro la presencia prolongada de la psicosis sin recibir ningún tipo de tratamiento. Esta hipótesis no parece haberse podido confirmar hasta el momento (Lieberman & Fenton, 2000). La "toxicidad psicosocial", por su parte, supone que la dificultad en revertir la discapacidad asociada a la esquizofrenia, está probablemente ligada a la sensibilidad de los procesos psicosociales: relaciones entre iguales, oportunidades laborales y maduración familiar durante el periodo evolutivo crítico de la adolescencia tardía y del inicio de la etapa adulta. La actuación de la enfermedad, y la demora del tratamiento en este periodo, permitiría la ocurrencia de una serie de circunstancias vitales como: fracasos escolares y laborales, autoagresiones, angustias familiares, agresiones, consumo de drogas, conductas delictivas, etc que limitarían el posterior nivel de recuperación de la enfermedad. Y esto, aunque se dispusiese de un tratamiento eficaz y aplicado a tiempo tras la aparición de un primer episodio (McGorry, Yung & Phillips, 2001)

Con todo, los efectos de este concepto son aún motivo de controversia. En una reciente e intensa revisión de los estudios llevados a cabo sobre sus efectos, se sugiere que la duración de la enfermedad sin tratar no parece estar relacionada con las probabilidades de recaída, pero si lo está con la facilidad en reducir la sintomatología psicótica una vez se inicia el tratamiento en un primer episodio psicótico, y no se dispone aun de evidencia suficiente para valorar su relación con la sintomatología negativa y con el funcionamiento cognitivo (Norman & Malla , 2001). Por otra parte, queda aún por aclarar si la DUP es un factor de riesgo para la esquizofrenia, o por el contrario es la consecuencia lógica de una forma de enfermedad caracterizada por un inicio insidioso con síntomas negativos, ideación paranoide, menor conciencia de cambio y menor deseo de buscar y aceptar tratamiento (McGorry, Yung & Phillips, 2001).

McGorry & Edwards (1997) sugieren que esta demora en el acceso al tratamiento tras la instalación en la persona de la psicosis se puede deber a múltiples causas, destacando entre ellas las siguientes: (1). *Dificultades en el reconocimiento de la psicosis*; la falta de conocimiento por parte de familiares, amistades o médicos de la psicopatología de las psicosis, junto con las características propias de la sintomatología: inicio lento e insidioso, sintomatología negativa, aislamiento y delirios de persecución; (2) *Rechazo a la búsqueda de ayuda*; como consecuencia del estigma asociado a la imagen social de la enfermedad, el miedo a padecer una grave enfermedad mental, y la negación de la enfermedad por el paciente y/o su familia; (3) *Servicios inaccesibles o que no dan respuesta*; Las habituales características de nuestros sistemas públicos de atención como las largas listas de espera, la sobrecarga que padecen todos los equipos y la falta de preparación de unos servicios no previstos para estrategias preventivas y de intervención precoz; (4) *Grupos de riesgo para la demora*; Los indigentes, las personas con trastornos de personalidad añadidos, y los consumidores de drogas conforman grupos específicos que dificultan el abordaje temprano de la enfermedad.

2. LA EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA PSICOSIS TEMPRANA.

Las características del curso inicial de la psicosis parecen seleccionar este momento de la enfermedad, como el más especialmente indicado para la aplicación de intervenciones terapéuticas que eviten o reduzcan sus características alteraciones

psicosociales y que parece ser que tienen su carácter formativo en este periodo provocando una interferencia en el desarrollo psicológico y social con el consiguiente deterioro de los roles personales fundamentales (académico, laboral, pareja, familiar), malestar y aumento de las tensiones familiares, desestabilización de las funciones psicológicas que producen un incremento del riesgo de depresión, abuso de sustancias, desarrollo de actividades asociales y suicidio, y un aumento de intervenciones hospitalarias que se podían evitar optimizando así los costes y la calidad asistencial.

En la última década han ido surgiendo una serie de servicios clínicos y de grupos de investigación que están generando una importante cantidad de investigaciones y de materiales clínicos para la intervención. De entre estos, los que en nuestra opinión presentan aportaciones más sólidas y aplicables a nuestro medio y de los cuales hemos tomado y adaptado nuestro protocolo de intervención son los siguientes: El Centro de Prevención e Intervención en Psicosis Temprana (EPPIC) en Australia (McGorry & Edwards.1997), el Proyecto para la Identificación y Tratamiento Temprano de la Psicosis (TIPS) en Noruega y Dinamarca (Johannessen, Larsen, McGlashan & Vaglum. 2000) y el Servicio de Intervención Temprana de Birminghan y la Iniciativa para la Reducción del Impacto de la Esquizofrenia (IRIS) en Gran Bretaña (Macmillan & Shiers. 2000).

2.1. *Directrices clínicas para la intervención temprana en psicosis*

Para llevar a cabo estas intervenciones de una manera armónica y sistemática, la IRIS/NSF (1999) ha editado una serie de directrices clínicas que nos permiten estructurar nuestra labor y organizar nuestros servicios:

1. *Desarrollar una estrategia local de detección y evaluación de la psicosis*: Auditar las vías de acceso a los cuidados, y una vez detectadas las más habituales y utilizadas diseñar estrategias que fortalezcan sus habilidades de detección, evaluación y derivación.
2. *Asignación de un sistema de tutorías asertivo de al menos tres años*. Establecimiento de la relación terapéutica, facilitar el acoplamiento y cooperación entre servicios, usuario y familiares y acompañamiento a lo largo de los distintos dispositivos asistenciales o recursos comunitarios que se precisen, al menos durante el tiempo estimado de duración del "periodo critico".
3**.** *Una evaluación global y colaboradora dirigida a las necesidades familiares y personales*: Evaluación general del estado mental y factores psicológicos y psicosociales implicando al paciente y a su familia. Consideración especial al periodo de recuperación como de alto riesgo para recaídas y suicidio y a la inestabilidad diagnóstica en esta etapa, con lo que se sugieren evaluaciones temporales periódicas.
4. *Utilización de bajas dosis de neurolépticos atípicos y de terapia cognitiva*. Cuidar especialmente los efectos adversos del fármaco e iniciar lo mas pronto posible las intervenciones psicológicas y rehabilitadoras para la mejor remisión sintomática y más rápida adaptación psicológica a la psicosis
5. *Implicación activa de la familia y amistades en todo el proceso de enganche, evaluación, tratamiento y recuperación.*Especial atención a las necesidades individuales de la familia, a la perdida y desesperación familiar, y fortalecimiento de sus capacidades de afrontamiento.
6. *Una estrategia de minimización/prevención de recaídas y hacia la resistencia al tratamiento*: deberá contemplar la vulnerabilidad-estrés, los factores de riesgo y la detección precoz, con el desarrollo de planes individuales de recaída**.**

7. *Facilitación del acceso al empleo y trabajos protegidos.*Evaluación de los intereses y del funcionamiento académico y laboral, desarrollo de intervenciones que cubran estas lagunas y desarrollen estos aspectos durante el periodo crítico.
8. *Asegurar la cobertura de las necesidades básicas para la vida diaria*: vivienda, dinero y apoyo práctico.
9. *Evaluación prevención y tratamiento de la comorbilidad conjuntamente con el tratamiento de la psicosis*: los problemas más habituales incluyen consumo de drogas, depresión, suicidio, evitación social y fenómenos de tipo postraumática. Promover un pronto ajuste a la psicosis.
10. *Estrategias locales de promoción de una imagen positiva de la psicosis:* Desarrollar medidas encaminadas a los medios locales de comunicación y programas educativos comunitarios**.**

2.2. *Estrategias para la asistencia temprana*

Dentro del marco general que hemos presentado, destacan dos objetivos clínicos fundamentales para promover unos cuidados adecuados en intervención temprana: (1) *Conseguir una reducción de la duración del periodo de enfermedad sin tratamiento*. Esta demora se pretende eliminar por medio de la aplicación de tres medidas: Promoviendo un mejor reconocimiento dela psicosis entre los profesionales de la salud principalmente, y por extensión entre otros profesionales relevantes y entre los jóvenes, aumentando las derivaciones desde los centros de atención primaria y promoviendo el desarrollo de conductas de búsqueda de ayuda en pacientes y familias y por último, a través de una reducción en el abandono temprano del tratamiento. (2) *Conseguir una reducción de la morbilidad secundaria.* La depresión, el consumo de drogas, el suicidio, los trastornos de ansiedad, el estigma asociado con el padecimiento de una psicosis, el habitualmente traumático contacto inicial con los servicios de salud mental y el trastorno y la angustia familiar reactiva a la presentación de la enfermedad son dianas clínicas de atención prioritaria y de intervención inmediata.
Llevar a cabo estos propósitos desde un servicio de salud mental comunitario exige la configuración del mismo para proporcionar una respuesta adecuada a las especificas necesidades a las que nos venimos refiriendo, ello supone la integración en su estructura de tres estrategias en torno a las cuales se desarrolla la asistencia: (1) *Estructuración funcional del servicio clínico*. Organizar un servicio público de salud mental para el tratamiento temprano de la psicosis pasará por dotarle de un sistema de manejo de casos con supervisión permanente de los mismos, que disponga de amplios e integrados formatos de tratamiento psicosocial y que contemple la utilización de medicación neuroléptica ante la presencia de síntomas psicóticos subumbral, ante un rápido empeoramiento del funcionamiento o un rápido empeoramiento de los síntomas y ante la posibilidad de riesgo de suicidio. (2) *Identificación de personas con alto riesgo y minimización de los casos de falsos positivos.* Mejorar las habilidades de reconocimiento e identificación de los profesionales implicados (médicos de atención primaria y personal de salud mental) en todo el proceso sanitario se hace fundamental. En este sentido se busca disponer de un perfil de alto riesgo que permita este reconocimiento temprano y reduzca el margen de falsos positivos. Para ello seguimos la clasificación propuesta por Yung et al. (1998) de grupos de riesgo para conseguir una prevención indicada de la psicosis y que combina factores de riesgo por estados específicos (estados mentales de alto riesgo) con factores de riesgo mas rasgos (Historia familiar de primer grado con algún tipo de trastorno psicótico). Esto dará lugar a tres

tipos de grupos de pacientes que tienen como otro factor de riesgo pertenecer a un grupo de edad de 16 a 30 años:
Grupo de síntomas psicóticos atenuados. Caracterizado por la presencia de al menos unos de los síntomas siguientes: ideas de referencia, creencias extrañas o pensamiento mágico, trastornos perceptivos, pensamiento y habla extraña, ideación paranoide, conducta o apariencia extraña. Los síntomas deberán tener una desviación de 2-3 puntos en las escalas de contenido inusual del pensamiento o de suspicacia de la BPRS o de 1-2 puntos en el caso de la escala de alucinaciones y deberán tener una ocurrencia de varias veces por semana, siendo el cambio en el estado mental de una semana por lo mínimo. El caso siguiente ilustra uno de estos perfiles.

Juan es un chico de 18 años que trabaja de soldador en una pequeña empresa. No tiene antecedentes familiares de enfermedad mental severa y sus antecedentes personales se reducen a un problema de enuresis primaria tratado a los 14 años. Su madre lo describe como un chico sociable, extrovertido, alegre, cariñoso, trabajador y tozudo. Pero desde hace unos meses lo observaba muy inquieto, irritable, agresivo, con problemas para conciliar el sueño y apático. Las discusiones domesticas se habían incrementado notablemente y se aislaba de la familia dentro del hogar. En varias ocasiones había intentado que se pasase por el médico, pero él siempre se había negado. Su comportamiento en el trabajo se iba deteriorando, hasta que un día un compañero de trabajo lo acompaña a su centro de salud tras un incidente laboral. Desde ahí es derivado a nuestro servicio. Entre los motivos de derivación se especifican: referencialidad, alucinaciones auditivas imperativas y miedo a la perdida de control.

Grupo de síntomas psicóticos breves e intermitentes. Estos síntomas se resolverán espontáneamente dentro de una semana e incluyen al menos uno de estos síntomas; delirios, con una puntuación 4 o más en la escala de contenido inusual de pensamiento o de suspicacia de la BPRS, y alucinaciones, con puntuaciones superiores a tres en la escala de la BPRS.
Grupo mixto de factores de riesgo estado-rasgo. Incluye la combinación de estados mentales de alto riesgo caracterizados por síntomas neuróticos inespecíficos (ansiedad, depresión), pero de suficiente severidad y duración para indicar un marcado deterioro con algún familiar de primer grado con historia de alteraciones psicóticas o de personalidad esquizotípica. Este grupo debería presentar cambios estables en el estado mental o en su funcionamiento con una reducción de 30 puntos o más en la escala de funcionamiento global durante al menos un mes. El siguiente caso ilustra este grupo.

Luis es un chico de 16 años que estudia 3º de la ESO. Su madre es paciente de nuestro servicio, donde recibe tratamiento para la psicosis esquizofrénica que padece. Hace tres años había pasado un acceso depresivo que remitió a la semana sin haber recibido tratamiento. No es un buen estudiante y ha repetido curso en dos ocasiones. Su madre lo define como un chico retraído, tímido, poco cariñoso y poco hablador. Hace dos meses que empezó a manifestar una gran tristeza, a llorar con facilidad, a dormir mal y a estar muy intranquilo. Desde entonces se aparte de su familia, se encierra todo el día en su habitación, no quiere recibir a ninguno de sus amigos y hace una semana que no va al instituto. Por todos estos motivos su madre acude al médico de cabecera y es enviado urgentemente a nuestro programa.
La utilización de este tipo de criterios para la identificación de personas con riesgo de desarrollo de una psicosis han obtenido unas tasas de transición a la enfermedad del

48% (Yung, Phillips, McGorry, Hallgren, McFarlane, Jackson, Francey & Patton, 1998).
(3) *Estrategias de desarrollo comunitario.* Este tipo de medidas incluyen el desarrollo de contactos y acuerdos de colaboración para la minimización de los obstáculos en las vías a los cuidados y facilitar el acceso al servicio junto con la promoción de medidas de educación comunitaria sobre estados mentales de alto riesgo.

3. PROTOCOLO CLINICO-ASISTENCIAL PARA LA INTERVENCION TEMPRANA EN PSICOSIS

A continuación describimos el protocolo diseñado para el área sanitaria de Torrelavega-Reinosa en Cantabria. Comprende una población de unos 160.000 habitantes y se aplica desde la unidad de salud mental a través de un programa que se viene desarrollando desde Octubre del 2000. La unidad de salud mental ha adaptado y desarrollado un protocolo (ver figura 3) clínico-asistencial destinado a la ITP con dos ejes básicos, desarrollar una estrategia local de detección y evaluación temprana desde los centros de atención primaria y servicios locales de salud mental y la aplicación de una estrategia terapéutica combinada que incluya la prestación de tratamiento neuroléptico con atípicos a dosis bajas y terapia cognitivo conductual. El protocolo que presentamos en este trabajo está pensado para su desarrollo desde un servicio publico de salud y supone la aplicación integrada de diversos subprogramas a lo largo de un periodo de tres años: (1) Programa de ITP para centros de atención primaria. (2) Programa para el tratamiento farmacológico temprano. (3) Programa psicoeducativo para pacientes y familiares e intervención familiar en primeros episodios. (4) Programa de terapia cognitiva dirigida al ajuste y superación de la psicosis. (5) Programa de terapia cognitiva para síntomas psicóticos positivos. Actualmente nuestro servicio está llevando a cabo un estudio piloto para evaluar la eficacia de protocolo que proponemos en este trabajo.

El programa empieza con la derivación al servicio por los centros de atención primaria, consulta joven (dispositivo especifico del INSALUD dirigido a atender población juvenil que no suele frecuentar las consultas convencionales de atención primaria) y cualquier otro dispositivo de la comunidad, a continuación se realiza el proceso evaluativo y en función de los resultados de la evaluación se organizan los pacientes en tres grupos: Aquellos que presentan un estado mental de alto riesgo caracterizado por síntomas inespecíficos y con antecedentes familiares; A estos se les realiza un análisis funcional de sus alteraciones y si procede se llevan a cabo intervenciones psicológicas encaminadas al tratamiento específico de sus problemas (ansiedad, alteraciones del sueño, depresión, etc.) a la vez que entran en seguimiento durante tres años. Otro grupo lo constituyen quienes presentan un estado mental de alto riesgo caracterizado por presentar síntomas psicóticos atenuados o con carácter breve e intermitente. Estos pacientes son tratados farmacologicamente con neurolépticos atípicos a dosis bajas en combinación con terapia cognitivo- conductual y con psicoeducación sobre el funcionamiento de los procesos psicológicos. Por último, el grupo de pacientes que ya manifiestan un claro diagnóstico de psicosis, y que están en su primer episodio, se abordan con un tratamiento combinado de psicofármacos, terapias psicológicas encaminadas al ajuste a la psicosis (COPE) y al tratamiento de los síntomas positivos (STOPP), psicoeducación y terapia familiar. En los tres casos se prioriza el tratamiento ambulatorio desde la unidad de salud mental, incluyendo atención domiciliaria si se precisa, con el fin de mantener los cuidados en la comunidad y evitar cualquier corte traumático en el desempeño psicosocial del paciente.

3.1. *Protocolo de evaluación para ITP*

La evaluación se lleva a cabo en dos formatos diferenciados: evaluación de estados mentales de alto riesgo y evaluación de primeros episodios psicóticos. Para los pacientes del grupo de riesgo se aplican las siguientes pruebas:

Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (PANSS) de Kay, Opler & Fiszbein. (1986) en su versión española de Cuesta y Peralta. Esta escala, en formato de entrevista estructurada, permite una evaluación global de la sintomatología positiva y negativa, así como de 16 escalas de psicopatología general.

Inventario Psicopatológico de Frankfurt (FBF-3) (Süllwold & Huber, 1986), en versión española de Jimeno, Jimeno y Vargas (1996). Se trata de un cuestionario autoaplicado para la evaluación de los síntomas básicos, en el que el paciente valora la presencia de quejas subjetivas en 10 escalas clínicas (pérdida de control, percepción simple, percepción compleja, lenguaje, cognición y pensamiento, memoria, motricidad, pérdida de automatismos, anhedonia, y angustia e irritabilidad por sobreestimulación)
Escala de Señales Tempranas (ESS). (Birchwood. M. et al. 1989), escala autoaplicada para la detección de señales tempranas de psicosis a través de cuatro escalas generales (ansiedad, negativismo, desinhibición y psicosis incipiente).

Cuestionario Familiar (FQ) de Barrowclough y Tarrier (1992): Se trata una lista de 59 problemas centrados en el paciente, con una categoría abierta de "otros" para poder incluir dificultades idiosincrásicas. El familiar indica en tres escalas tipo Likert, con un intervalo de cinco puntos, la frecuencia con la que ocurren las conductas, la cantidad de malestar que causan tales comportamientos y en qué medida se sienten de capaces para enfrentarse con tales dificultades.

Escala de Funcionamiento Social (S.F.S.) Birchwood & Cochrane, (1990). Evalúa aquellas áreas de funcionamiento que son cruciales para el mantenimiento en la comunidad de personas con esquizofrenia. Las siete áreas que explora son: Aislamiento/ implicación social, conducta interpersonal, actividades pro sociales, ocio, independencia / competencia, Independencia / desempeño y empleo / ocupación.

Para los pacientes que presentan su primer episodio además de las anteriores se aplican:

Entrevista para la Evaluación Retrospectiva del Inicio de la Esquizofrenia (IRAOS) de Hafner et al. (1992). Permite la evaluación de la sintomatología, los deterioros psicológicos, las características sociales y demográficas y el desarrollo evolutivo de aquellos puntos de referencia centrales en el curso temprano de la psicosis.

Cuestionario sobre Creencias Personales (PBIQ). (Birchwood, Mason, MacMillan & Healy. 1993). Permite obtener las creencias personales del paciente sobre su enfermedad a través de cinco escalas: Control sobre la enfermedad, yo como enfermedad, expectativas, estigma y contención social

3.2. Programa de ITP para centros de atención primaria.

El propósito de este programa es mejorar las habilidades de detección de los médicos de atención primaria por medio de tres medidas: un taller educativo, entrega de material informativo y mejora del itinerario asistencial

1. Taller educativo. Se realiza con los médicos del centro de salud e incluye cuatro componentes centrales:

- Información básica sobre la psicosis
- Descripción de las distintas formas de presentación inicial de la enfermedad (pródromos)
- Descripción del programa de tratamiento que se aplica desde salud mental
- Estudio de casos clínicos del área.

2. Materiales informativos. Se entregan tres documentos:

- Una guía informativa sobre psicosis para médicos de primaria
- Una hoja con el perfil de derivación de los pacientes diana
- Una escala para la detección de pródromos.

3. Itinerario asistencial. Se auditan las vías de acceso a salud mental y se trabaja en torno a tres medidas para optimizar las vías de acceso al programa:

- Acceso directo e inmediato al centro (24-48 horas),
- Profesionales de referencia para la derivación directa (sin lista de espera)
- Reuniones individuales o grupales para el seguimiento de casos.

3.3. *Programa de intervención familiar*

Esta fase inicial de la enfermedad parece incluir una serie de rasgos que la distinguen de etapas posteriores y que requeriría un tratamiento especifico. Se sugiere que, en esta fase, la EE aún no es un constructo claramente establecido y que, por tanto, las intervenciones clave deberían dirigirse particularmente hacia la construcción de habilidades de solución de problemas relacionadas con el pobre funcionamiento social del paciente y la soledad y pérdida emocional que los cuidadores padecen ante el impactante y estigmatizarte efecto que supone la entrada de la psicosis dentro de una familia

Gleeson, Jackson, Stavely & Burnett (1999) proponen una serie de principios generales para trabajar con aquellas familias que se enfrentan con su primer episodio psicótico y que se resumen en los siguientes:

- Considerar la naturaleza de la fase de la enfermedad del paciente y que el trabajo con la familia necesita ser flexible y adaptable.
- Tener en cuenta que las familias tendrán un rango de sentimientos, preocupaciones y preguntas diferentes
- Tener en cuenta que las familias necesitan tiempo y oportunidades para tratar con las crisis y con los consiguientes estresores.
- Reconocer la necesidad que tienen las familias de que sus explicaciones sobre lo que les ha ocurrido sean escuchadas y comprendidas.

- Tener en cuenta que las familias necesitan un marco para comprender lo que ocurre.
- Reconocer que las familias también necesitan un tiempo de recuperación y atraviesan diferentes etapas.
- Observar que la familia puede modificar con el tiempo sus formas de enfrentarse con los problemas, oscilando desde actitudes de mantenimiento de situaciones hasta el abordaje de problemas permanentes.
- Tener en cuenta que el trabajo con las familias es una intervención preventiva. Dirigida hacia los niveles de estrés, carga, afrontamiento, funcionamiento social y nivel general de salud de todos los miembros de la familia.

Estos principios se llevan a cabo a través de cuatro fases

Fase 1. Antes de la detección. Durante la fase prodrómica se aborda la percepción y explicaciones que da la familia de los cambios observados en su familiar y que van desde la negación hasta la atribución a rasgos de personalidad. Se busca una rápida resolución de conflictos familiares que se generan en esta etapa como consecuencia de estas reacciones o de la confusión y ansiedad que se suelen provocar estos cambios.

Fase 2. Después de la detección. Se centra en el impacto de las crisis psicótica en la familia y en sus reacciones al inicio del tratamiento. Esto supone abordar la revisión de sus esquemas explicativos y las habituales reacciones de estrés agudo caracterizadas por ansiedad, depresión, y por el dolor y la pena que producen la repetición de incidentes en la convivencia domestica. Se pone especial atención al estigma, a la ventilación de emociones y al modelo familiar de enfermedad.

Fase 3. Durante el inicio de la recuperación. El trabajo se centra en el estilo de afrontamiento, la competencia y el funcionamiento adaptativo de la familia.

Fase 4. Estabilización y primera recaída. Se trabaja para conseguir la estabilización familiar y reducir el impacto de la psicosis en la vida de los miembros de la familia y en la prevención de estilos de afrontamiento que generen dependencia excesiva. Por otro lado se trata de reconstruir las atribuciones de los familiares sobre la conducta del paciente pasándolas de inestables a estables y de externas a internas.

En todas las fases se aplica el formato de intervención propuesto por Barrowclough & Tarrier (1992) y que incluye tres componentes: psicoeducación, entrenamiento en manejo de estrés y respuestas de afrontamiento y un programa de establecimiento de metas.

3.4. *Programa de ajuste y superación para la psicosis temprana*

La mayoría de personas que experimentan por primera vez una psicosis, reciben un impacto profundamente negativo sobre su sentido del yo y sobre la capacidad de dirección sobre su propia vida. La alteración global de sus funciones cognitivas, la interrupción de su trayectoria vital y el inicio de un tratamiento para una grave enfermedad psiquiatrica se suele acompañar de una serie de secuelas como la experiencia del estigma, una reducción en las capacidades de competencia personal, en los distintos roles personales y en las oportunidades vitales. Estas secuelas suelen conducir frecuentemente a la perdida de autoestima, de autoeficacia y a la

desmoralización. Las defensas del paciente se reducen, sus respuestas de afrontamiento pueden ser mínimas o desadaptativas y empieza a la persecución de una búsqueda desordenada de sentido para sus vivencias. Para Drury (2000) la intervención en este momento inicial de la psicosis se presenta como un acto de ayuda al paciente en su intento por dar sentido a todos los cambios que le están ocurriendo. Jackson, Hulbert & Henry (2000) resaltan la necesidad de conocer el proceso personal de construcción de la psicosis, incluyendo en ello las experiencias subjetivas de la psicosis, el modelo explicativo personal de la enfermedad y las percepciones del impacto de la enfermedad sobre su vida y sobre su sentido del yo. La figura 4. presenta el modelo de adaptación y ajuste que nosotros aplicamos. Se trata de la combinación de los dos principales procesos psicológicos implicados en la adaptación a la psicosis: la valoración cognitiva y el estilo de recuperación. Este modelo afirma que el ajuste a la enfermedad combina la evaluación personal del yo, de los síntomas y de la enfermedad con el estilo de afrontamiento que el individuo elige como mejor manera de abordar sus dificultades. Un buen ajuste psicológico pasará por la integración de unas valoraciones cognitivas y de un estilo de recuperación adaptativo.

Dentro de las valoraciones de la enfermedad nos centramos en aquellas valoraciones cognitivas que Birchwood (2000) ha probado claves por su influencia en una serie de acciones de gran trascendencia durante la psicosis temprana y que están relacionadas con reacciones de depresión, desesperanza y suicidio. Se trata de las valoraciones de atrapamiento, humillación y perdida. *Valoraciones de atrapamiento*; el paciente se siente atrapado en su enfermedad y sin posibilidades de escapatoria, suele basarse en creencias sobre la psicosis como una maligna e incontrolable enfermedad. *Valoraciones de pérdida*. El paciente percibe que ha perdido sus objetivos o metas vitales, a la vez que sus capacidades psicológicas esenciales y su identidad personal. *Valoraciones de Humillación*. Relacionadas con el estigma y la vergüenza secundarias a una percepción personal de incapacidad y minusvalía.

En cuanto al afrontamiento resultante se consideran tres estilos de recuperación: *Negación;* suele ser el mas frecuente, el paciente rechaza como suyos o relacionados con él, cualquiera de los síntomas o características de la enfermedad y genera una huida de cualquier intento de asumir o de regular tales disfunciones. *Encasillamiento*; el paciente se encierra en su rol de enfermo crónico y desesperanzado y abandona la búsqueda de cualquier acción encaminada a una mejoría o superación de los efectos de su enfermedad. *Integración*; El paciente asume su dolencia y se implica activa y positivamente en sus cuidados. Consiste en la integración de la psicosis dentro de la identidad psicológica como un componente más, con aspectos negativos y limitadores y con otros aspectos más positivos relacionados con el conocimiento de otras realidades fenomenológicas personales. El ajuste que se presenta como óptimo es aquel que supone una aceptación libre de culpa de la enfermedad junto con el fomento de un sentido de dominio sobre la enfermedad obtenidos a través de la educación y del aprendizaje y aplicación de estrategias de control encaminadas hacia la integración de la psicosis.

El formato terapéutico seleccionado para obtener esa adecuada adaptación a la psicosis, es el propuesto por Jackson et al. (1998, 1999, 2000): la terapia de orientación cognitiva para la psicosis temprana (COPE). Se trata de una terapia que utiliza la psicoeducación y técnicas cognitivas como procedimientos para desafiar los auto-estereotipos y la auto-estigmatización y obtener una buena alianza terapéutica, promover un estilo de recuperación adaptativo, reducir o impedir la morbilidad secundaria y reducir las recaídas. La terapia consta de cuatro componentes: evaluación

inicial, enganche y construcción de la alianza terapéutica, adaptación del yo a la psicosis y tratamiento de la morbilidad secundaria.

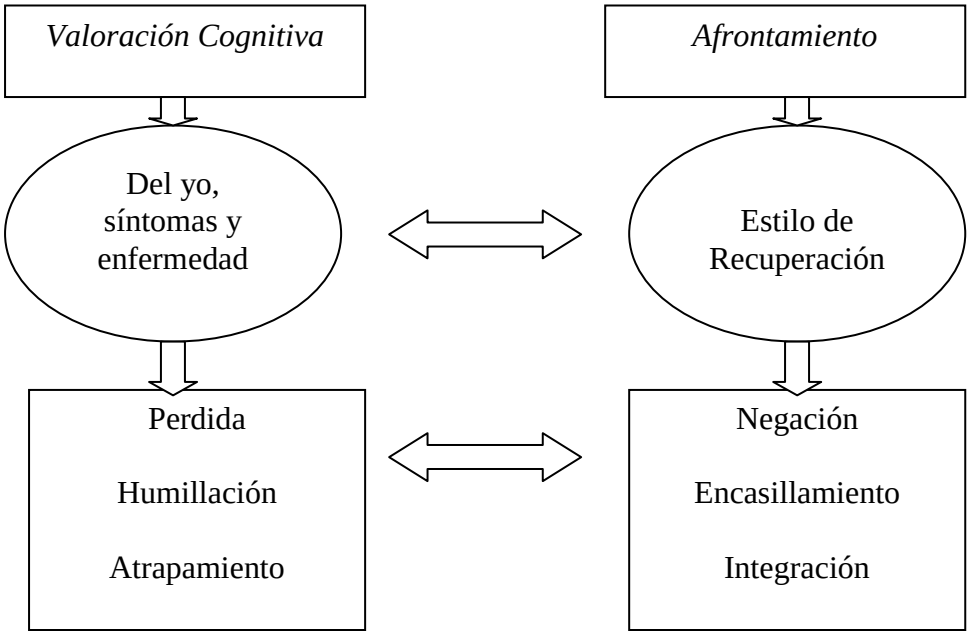


Figura 4. *Modelo psicológico de adaptación a la psicosis*

1. *Evaluación;* Debe cubrir la sintomatología y el inicio del trastorno, el nivel de insight y el modelo explicativo personal, su funcionamiento en distintas áreas antes, durante y tras la psicosis, descripciones de sus posibles yo, su estructura cognitiva (pensamientos automáticos, estilo atributivo, esquemas, guiones y distorsiones cognitivas) y sus métodos de afrontamiento.

2. *Alianza terapéutica;* Conocer la trayectoria anterior de contactos con servicios sanitarios para detectar y neutralizar experiencias traumáticas, mostrar intereses en su sintomatología y en su persona (aspiraciones, ideales, metas, miedos), ofrecer ayuda para sus problemas prácticos, aceptación de su psicosis y aliviar sus sentimientos estigmatizantes, fomentar esperanza y control sobre la enfermedad.

3. *Adaptación a la psicosis;* pretende dotar al paciente de significado para sus experiencias psicóticas y de control sobre ellas, proteger su autoestima y sus diversos yo. Las intervenciones se desarrollan a lo largo de cuatro etapas:

Etapa 1. Se trata de instalar la esperanza en el mantenimiento o recuperación de algunas metas en el paciente, intentando mejorar su auto eficacia o creencias de influencia y control sobre el curso y resultado de la enfermedad.
Etapa 2. Supone el inicio del trabajo cognitivo intenso, psicoeducación, abordaje de las distorsiones cognitivas y reestructuración cognitiva de aquellos esquemas o creencias sobre la psicosis, el yo o la sintomatología que bloquea el acceso a las metas personales y menoscaba la capacidad de tratar con su enfermedad.
Etapa 3. Supone el paso a la acción de las estrategias cognitivas trabajadas en la etapa anterior a través de tareas graduadas programadas encaminadas a encauzar nuevamente

el desarrollo personal: recuperación o mantenimiento de amistades, normalización de la convivencia familiar, recuperación de las metas académicas o laborales, etc.
Etapa 4. Revisión de los progresos, balance de los desarrollos alcanzados destacando los logros obtenidos como evidencias de avance y recuperación personal, resaltando la auto eficacia y la capacidad de auto dirección personal.

4. *Morbilidad secundaria*; Supone la aplicación de los procedimientos cognitivos estándar a las alteraciones secundarias a la psicosis mas frecuentes: depresión, ataques de pánico, ansiedad, abuso de alcohol y drogas.

3.5. *Programa de terapia cognitiva para síntomas psicóticos positivos persistentes.*

Los desarrollos recientes en terapia cognitiva de sintomatología positiva residual comparten una serie de principios que han guiado su desarrollo y que Jackson, Edwards, Hulbert & McGorry (1999) sintetizan en las siguientes:

(a) Las experiencias psicóticas son multidimensionales, se desarrollan a lo largo de un continuo y se describen mejor aplicando varios parámetros como por ejemplo: grado de preocupación, frecuencia, intensidad.
(b) La tenacidad con la que los pacientes sostienen un delirio o una experiencia alucinatoria puede fluctuar con el tiempo
(c) Se asume la capacidad de las personas de auto influencia en su conducta independientemente del grado de trastorno de esta y se busca el acceso a sus habilidades para controlarla.
(d) El contenido cognitivo (creencias específicas) y los procesos cognitivos (distorsiones cognitivas) que subyacen a los delirios y a las alucinaciones deben ser el foco de las intervenciones.

El contenido de las terapias incluye identificar los pensamientos y creencias, revisar las evidencias que fundamentan esas creencias, fomentar la auto-monitorización de las cogniciones, relacionar los pensamientos con el afecto y la conducta, e identificar los sesgos de pensamiento. Las intervenciones tienen como objetivos principales reducir la angustia y la interferencia con el funcionamiento normal producidos por la sintomatología psicótica residual, reducir el trastorno emocional y promover en el individuo una comprensión de la psicosis que permita su participación activa en la regulación del riesgo de recaída y de la incapacidad social que habitualmente genera la esquizofrenia. Basándose en estos principios y en las evidencias clínicas que indican que en torno a un 17% de pacientes continúan experimentando síntomas psicóticos en su primer episodio después de un año de tratamiento Jackson et al. (1999) desarrollan un formato de terapia cognitivo-conductual para su aplicación a los síntomas positivos residuales en primeros episodios: El tratamiento sistemático para síntomas positivos persistentes (STOPP). Esta terapia se desarrolla a lo largo de cuatro fases: Evaluación, psicoeducación y estrategias de afrontamiento, modificación de creencias y exploración del significado delos síntomas y finalización, revisión y prevención de recaídas.

Fase 1. *Evaluación*; considera las siguientes áreas:

- Evaluación del modelo explicativo
- Análisis conductual

- Inicio de los síntomas sicóticos
- Fenomenología de los síntomas positivos
- Consumo de drogas y alcohol
- Niveles de ansiedad y depresión
- Rasgos de personalidad
- Aspectos evolutivos

Además, en esta etapa se procede al desarrollo de una formulación psicológica del problema por parte del terapeuta, formulando una hipótesis etiológica y de mantenimiento del problema y argumentando los fundamentos para la intervención.

Fase 2. *Psicoeduación y afrontamiento;* en esta etapa se procede al desarrollo de las siguientes intervenciones:

- Inicio de la enseñanza de estrategias de afrontamiento para el manejo de síntomas positivos
- Intervenciones específicas para la ansiedad y depresión comórbida
- Psicoeducación y minimización de daño por consumo concurrente de drogas y alcohol
- Psicoeducación e intervenciones en torno a la implicación en el tratamiento
- Introducción de modelos normalizadores de psicosis
- Exploración de creencias sobre la enfermedad mental

Fase 3. *Modificación de creencias y exploración del significado de los síntomas*; incluye los siguientes componentes;

(a) Reestructuración cognitiva y modificación de creencias sobre los síntomas positivos: este procedimiento se desarrolla a través de los siguientes pasos:

- Creencias del paciente sobre las voces (identidad, significado, control, obediencia)
- Evidencias que soportan las creencias
- Desafío verbal de las creencias
- Pruebas de realidad
-

(b) Evaluación e intervención sobre las creencias centrales con especial atención sobre la autoestima y los problemas de identidad

(c) Exploración de los posibles significados de los síntomas

Fase 4. *Finalización, revisión y prevención de recaídas*.

Incluye el conocimiento de las características personales de vulnerabilidad que pueden desencadenar un futuro episodio psicótico y, como consecuencia, el entrenamiento en identificación de signos y síntomas que advierten de una posible recaída y su tratamiento precoz.

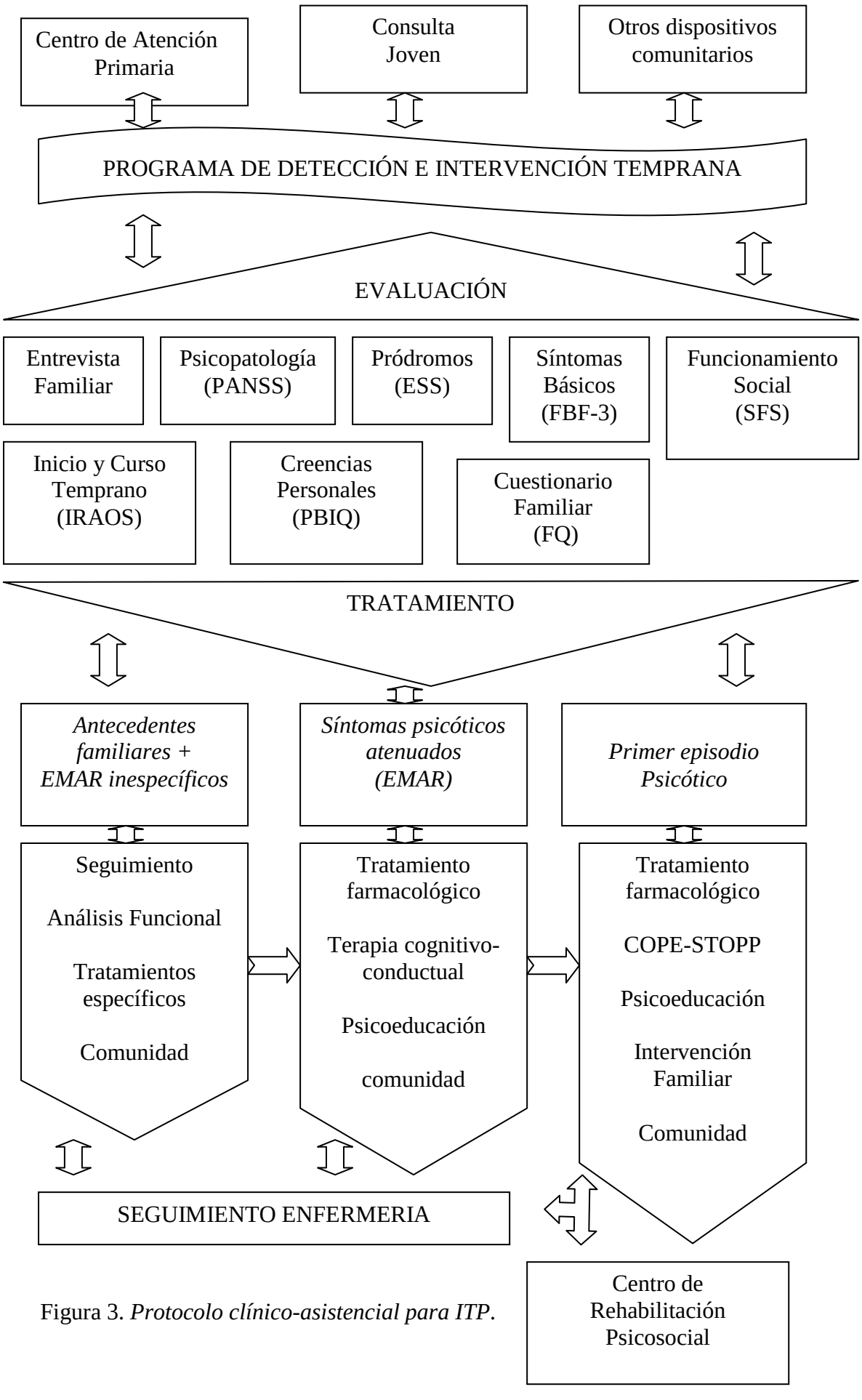


Figura 3. *Protocolo clínico-asistencial para ITP*.

RESULTADOS INICIALES DEL ESTUDIO DE TORRELAVEGA

En el primer año de nuestro trabajo hemos recogido unos primeros datos, que si bien son meramente descriptivos, nos pueden orientar de los efectos de esta modalidad de intervención temprana en psicosis en nuestro entorno sanitario real. Como hemos dicho en el estudio comparábamos dos centros de atención primaria. El experimental recibía el programa de ITP para centros de atención primaria, y el control ningún tipo de intervención. Los pacientes de ambos centros una vez acceden al programa reciben el mismo tipo de tratamiento. El objetivo del estudio es doble; por un lado se trata de observar si este tipo de actuaciones mejora la captación y la derivación desde los centros de atención primaria, reduciendo de este modo el tiempo que pasa la enfermedad sin recibir tratamiento. Por otro lado, comprobar si la intervención en esas fases iniciales de la enfermedad con el programa de tratamiento expuesto aquí tiene algún tipo de incidencia en el transito a la psicosis y en el curso posterior de esta.

Características generales de la muestra

A lo largo del primer año, accedieron al programa un total de 30 pacientes procedentes de todo el área de salud (también se contabilizaron los pacientes procedentes de otras zonas básicas del área). 11 procedían del grupo experimental (36%) y 2 del grupo control (6,6%), el resto se distribuía entre los restantes 7 centros de salud (37,3%) y presentaba una gran dispersión en las derivaciones. Dados los resultados se formaron dos grupos para el análisis; el experimental y el resto de los centros se reunió en otro grupo control).
La edad media era de 21,7 años para el grupo experimental y de 20,4 para el control. El grupo experimental tenia un 80% de mujeres y un 20% de hombres, mientras que el control tenia un 56,6 % de mujeres y un 43,4 de hombres. La duración de la enfermedad sin tratar (aquí se refiere al inicio de los primeros síntomas de malestar clínico antes de entrar en el programa como pacientes de estado mental de alto riesgo o como primer episodio) fue de 27 meses para el grupo experimental y de 31 para el control. La duración de la psicosis sin tratar fue de 2 semanas para el grupo experimental y de 3 meses para el grupo control. Y por último el grupo experimental tenia un 30 % de antecentes de consumo de drogas frente a un 16% del grupo control.

Clasificación diagnostica de las derivaciones

En cuanto al tipo de pacientes enviados al programa, el grupo experimental derivó un 54,5 % de pacientes de estado mental de alto riesgo, un 9% de trastornos de personalidad, un 18% de trastornos paranoides, un 9% de trastornos esquizofrénicos y un 9% de trastornos depresivos. Por su parte, el grupo control derivó un 40% de pacientes calificados de estados mentales de alto riesgo, un 25 % de esquizofrenias, un 8% de trastornos esquizofreniformes, un 8 % de trastornos delirantes, un 12 % de trastornos depresivos y un 4% de trastornos de personalidad.

Discusión

A la vista de estos primeros datos, se pueden aventurar unas primeras reflexiones:

1.La aplicación de estos procedimientos obtiene unos mínimos periodos de enfermedad sin tratamiento y posibilita el inicio del tratamiento en los primeros momentos de la psicosis o incluso en sus fases presicóticas.
2. La aplicación de esta modalidad de intervención temprana en los centros de atención primaria obtiene un muy buen filtrado de pacientes y una optima calidad de las derivaciones, sin colapsar los servicios con derivaciones indebidas. Las capacidades diagnosticas de los médicos se optimizan.
3. Si el filtrado es adecuado, ahora solo queda observar en el tiempo cual es el devenir de estos pacientes y en cuantos casos se producirá una transición a la psicosis. Esto a su vez nos permitirá observar cual es el efecto de la modalidad de tratamiento aquí expuesta, tanto en su capacidad de impedir o de demorar tal transito, como en la de paliar las discapacidades iniciales surgidas en estos estadios iniciales de la enfermedad y facilitar así la labor de rehabilitación y de reversión de la discapacidad que la psicosis suele generar.

CONCLUSION

Hemos visto como los primeros momentos de la psicosis se presentan como la mejor etapa para una optima intervención biopsicosocial, sugerimos además que los centros de salud mental, por su composición interdisciplinar, su agilidad funcional, su conexión con los centros de atención primaria de salud y por ser la puerta de entrada al servicio asistencial especializado pueden ser el lugar idóneo para el desarrollo de estas nuevas modalidades de intervención. Modalidades, que como indica Birchwood (1999) pueden conseguir mejorar el curso de la psicosis y conducir hacia otro tipo de “meseta” en la que el decline mental y social sea menor y se pueda compensar y mantener bajo control la vulnerabilidad individual. Además de esto, se podría facilitar la continuidad de cuidados a lo largo de todos los dispositivos asistenciales o comunitarios que fuese utilizando el paciente, puesto que se proporciona un transito guiado y no traumático entre estos, y se aplica una lógica asistencial y terapeútica armónica en toda esa ruta.

Los primeros datos obtenidos en nuestro servicio parecen sugerir la viabilidad de estos procedimientos en entornos asistenciales públicos de nuestra red sanitaria. Si los datos posteriores confirmasen los efectos beneficiosos que estos parecen apuntar, quizás estuviésemos ante la oportunidad de variar de manera notable el curso de este incapacitante trastorno. Esto conllevaría además una nueva visión de la rehabilitación, donde ya no se trata de esperar estados residuales de la enfermedad para intervenir, sino de implantar tales procedimientos desde los momentos iniciales de la patología y romper de este modo la falsa dicotomía denunciada por Shepherd entre tratamiento y rehabilitación. En el fondo, se trata de promover una óptica rehabilitadora a lo largo de todo el curso de la enfermedad, situando en sus primeras fases el momento del inicio de una rehabilitación que deberá acompañar a la persona a lo largo de su trayectoria vital intensificando o atenuando su intensidad en función del propio devenir individual y de los distintos avances científicos que aún nos esperan.

Bibliografía

Barrowclough, C., & Tarrier, N. (1992). Families of schizophrenic patients: Cognitive behavioural intervention. London: Chapman & Hall.

Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R., Wetton, S. & Copestake, S. (1990). The social functionig scale: the development and validation of a scale of social adjustment for use in family intervention programs with schizophrenic patients. British Journal of Psychiatry, 157, 853-859.

Birchwood, M., Mason, R., MacMillan, F. & Healy, J. (1993). Depression, demoralization and control over psychotic illness: a comparison of depressed and non-depressed patients with a chronic psychosis. Psychological Medicine, 23, 387-395.

Birchwood, M., Todd, P. & Jackson, C. (1998). Early intervention in Psychosis: The critical-period hypothesis. International Clinical Psychopharmacology, 13, supp.1, 31-40.

Birchwood, M. (1999). Early intervention and sustaining the management of vulnerability. Australian and new Zealand Journal of Psychiatry, 34,(suppl) 181-185.

Bichwood, M. (2000). The critical period for early psychosis. in Bichwood, M., Fowler, D. & Jackson, C. (Eds.).(pp.28-63) Early intervention in psychosis: A guide to concepts, evidence and interventions. Chichester, UK: Wiley.

Drury, V. (2000). Cognitive behaviour therapy in early psychosis. In M. Bichwood, D. Fowler, & C. Jackson (Eds.) Early intervention in psychosis: A guide to concepts, evidence and interventions (pp. 185-212). Chichester, UK: Wiley.

Gleeson, J., Jackson, H., Stavely, H., & Burnett, P. (1999). Family interventions in early psychosis. In P. McGorry & H. Jackson (Eds.), The recognition and management of early psychosis: A preventive approach (pp. 376-406). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Gross, G., Huber, G. & Klosterkötter, J. (1998). The early phase of schizophrenia and prediction of outcome. International Clinical Psychopharmacology, 13, suppl.1, 13-21.

Hadley, T.R., Muijen, M., Goldman, H. & Shepherd, G. (1996). Mental health policy reform and its problems in the UK. Dejá vu. Current Opinión in Psychiatry, 9, 105-108.

Häfner, H. & An der Heiden, W. (1999). The course of schizophrenia in the light of modern follow-up studies: the ABC and WHO studies. Eur. Arch. Psychiatry Clin Neurosci., 2490, suppl 4, 14-26.

Häfner, H., Löffler, W., Maurer, K., Hambrecht, M. & An der Heiden, W. (1999). Depresión, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavica, 100, 105-118.

IRIS / NSF. Initiative to Reduce the Impact of Schizophrenia / National Schizophrenia Fellowship. (1999). Early intervention in pshychosis: Clinical guidelines and service frameworks. West Midlands Partnership in Mental Health. UK.

Jackson, H.J., McGorry, P.D., Edwards, J., Hulbert, C., Henry, L., Francey, S., Maude, D., Cocks, J., Power, P., Harrigan, S. & Dudgeon, P. (1998). Cognitively-oriented psychotherapy for early psychosis (COPE). British Journal of Psychiatry, 172, suppl 33, 93-100.

Jackson, H.J., Edwards, J., Hulbert, C. & McGorry, P.D. (1999) Recovery fron psychosis: psychological interventions. In McGorry, P.D & Jackson, H. (Eds.)

(1999). The recognition and management of early psychosis: A preventive approach. (pp. 265-307). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Jackson, H.J., Hulbert, C.A. & Henry, L.P. (2000). The treatment of secondary morbidity in first-episode psychosis. . In M. Bichwood, D. Fowler, & C. Jackson (Eds.), Early intervention in psychosis: A guide to concepts, evidence and interventions (pp. 213-235). Chichester, UK: Wiley.

Jimeno, N.; Jimeno, A. & Vargas, M L. (1996). El sindrome psicótico y el inventario de Frankfurt. Conceptos y resultados. Springer-Verlag Iberica. Barcelona.

Johannenssen, J., Larsen, T., McGlashan, T. & Vaglum, P. (2000). Early intervention in psychosis: the TIPS- proyect, a multi-centre study in scandinavia. In Martindale, B., Bateman, A., Crowe, M. & Margison, F. (Eds) Psychosis: Psychological approaches and their effectiveness. (pp.210-234). Gaskell. London.

Kay, S., Opler, L., & Fiszbein, A. (1986). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). Rating Manual. Social and Behavioral Sciences Documents, 17, 28-29 (whole No 2807).

Kay, S., Opler, L., & Fiszbein, A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 13, 261-276.

Klosterkötter, J., Schultze-Lutter, F., Gross, G., Huber, G. & Steinmeyer, E.M. (1997). Early self-experiencied neuropsychological deficits and subsequent schizophrenic diseases: an 8 years average follow-up prospective study. Acta psychiatrica Scandinavica, 95, 396-404.

Klosterkötter, J., Hellmich, M., Steinmeyer, E.M. & Schultze-Lutter, F. (2001). Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. Archives of General Psychiatry, 58, 158-164.

Larsen, T.K., Friis, S., Haahr, U., Joa, I., Johannessen, J.O., Melle, I., Opjordsmoen, S., Simonsen, E. & Vaglum, P. (2001). Early detection and intervention in first-episode schizophrenia: a critical review. Acta Psychiatrica Scandinavica, 103, 323-334.

Leff, J. (2001). Why is care in the community perceived as a failure?. British Journal of Psychiatry, 179, 381-383.

Lieberman, J. A. & Fenton, W.S. (2000). Delayed detection of psychosis: causes, consequences, and effect on public health. American Journal of Psychiatry, 157, 1727-1730.

Macmillan, F. & Shiers, D. (2000). The IRIS programme. . In M. Bichwood, D. Fowler, & C. Jackson (Eds.), Early intervention in psychosis: A guide to concepts, evidence and interventions (pp. 315-326). Chichester, UK: Wiley.

McGlashan, T.H. (1999). Duration of untreated psychosis in first episode schizophrenia: marker o determinant of course?. Biological Psychiatry, 46, 899-907.

McGorry, P.D. & Edwards, J. (1997) Early psychosis training pack.Gardiner-Caldwell.

McGorry, P.D., Yung, A. & Phillips, L. (2001). Ethics and early intervention in psychosis: keeping up the pace and staying in step. Schizophrenia Research, 51, 17-29.

Norman, R.M. & Malla, A.K. (2001). Duration of untreated psychosis: a critical examination of the concept and its importance. Psychological Medicine, 31, 381-400.

Shepherd, G. (1998). Developments in psychosocial rehabilitation for early psychosis. International Clinical Psychopharmacology, 13,suppl 1, 53-57.

Süllwold, L. & Huber, G. (1986). Schizophrene Basisstörungen. Springer. Berlin.

Tornicroft, G. & Goldberg, D. (2000). Has community care failed?. Maudsley discussión paper nº 5. Institute of Psychiatry, Kings College.London.

Yung, A.R. & McGorry, P.D. (1996). The prodromal phase of first-episode psychosis. Schizophrenia Bulletin, 22, 2, 353-370.

Yung, A.R., Philips, L, J., McGorry, P.D., McFarlane,C.A., Francey, S., Harrigan, S., Patton, G.C. & Jackson, H.J., (1998). Prediction of psychosis. A step towards indicated prevention of schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 172, suppl 33, 14-20.

Yung, A.R., Philips, L, J., McGorry, P.D., Hallgren, M.A., McFarlane,C.A., Jackson, H.J., Francey, S. & Patton, G.C. (1998). Can we predict the onset of first episode psychosis in a high risk group?. International Clinical Psychopharmacology, 13,suppl 1, 23-30.