



LIBRO BLANCO DE LA INTERVENCIÓN TEMPRANA EN PSICOSIS EN ESPAÑA

Con el aval de:

- Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (AEPNYA)
- Asociación Española de Psiquiatría Privada (ASEPP)
- Consejo Andaluz de Colegios Oficiales Farmacéuticos (CACOF)
- Sociedad Española para el avance de la Psicología Clínica y de la Salud. Siglo XXI (SEPCyS)
- Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)
- Sociedad Española de Psiquiatría (SEP)
- Sociedad de Psiquiatría de la Comunidad Valenciana (SPCV)
- Sociedad de Psiquiatría de Madrid (SPM)

Declarado de interés científico por:

- Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (SEPBB)

El informe ha sido realizado con el soporte técnico de Ascendo Consulting Sanidad & Farma

En colaboración con la Alianza Otsuka-Lundbeck

Movimiento Rethinking



Índice

PRESENTACIÓN	6
RESUMEN EJECUTIVO	8
METODOLOGÍA DE TRABAJO	13
AUTORES.....	15
RELEVANCIA DE LA PSICOSIS	21
EPIDEMIOLOGÍA Y MORBILIDAD	21
IMPACTO, CARGA DE ENFERMEDAD Y COSTE DE LA PSICOSIS	26
BENEFICIOS DE LA INTERVENCIÓN TEMPRANA EN PSICOSIS	29
BENEFICIOS CLÍNICOS	29
APORTACIÓN DE LOS PROGRAMAS ITP A LA SOSTENIBILIDAD DE LOS SISTEMAS SANITARIOS	30
SITUACIÓN INTERNACIONAL: PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA EN PSICOSIS.....	38
PRINCIPALES PROGRAMAS INTERNACIONALES DE INTERVENCIÓN TEMPRANA EN PSICOSIS.....	41
SITUACIÓN ESTATAL DE LA INTERVENCIÓN TEMPRANA EN PSICOSIS 2017/2018.....	49
ESTRATEGIA DE SALUD MENTAL DEL MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. 2013.....	50
CONSENSO SOBRE ATENCIÓN TEMPRANA A LA PSICOSIS DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA. 2009....	52
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE ESQUIZOFRENIA Y EL TRASTORNO PSICÓTICO INCIPIENTE (MSSSI)	54
GUÍA CLÍNICA Y TERAPÉUTICA PARA PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA. CIBERSAM. 2015	56
INFORME DEL ESTADO ACTUAL DE LA PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL DEL MSSSI Y EL REAL PATRONATO SOBRE DISCAPACIDAD. 2013.....	57
MOVIMIENTO <i>RETHINKING</i>: RECOMENDACIONES	59
ITP EN LAS ESTRATEGIAS AUTONÓMICAS DE SALUD MENTAL	61
PRINCIPALES INICIATIVAS Y PROGRAMAS DE ITP EN ESPAÑA	67
POBLACIÓN CUBIERTA POR PROGRAMAS DE ITP EN ESPAÑA	69
FINANCIACIÓN	72
PRINCIPALES BARRERAS, DESDE LA ADMINISTRACIÓN, PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ESTOS PROGRAMAS	74
EDAD DE INCLUSIÓN Y DURACIÓN DE LAS INTERVENCIONES.....	77

RANGO DE EDAD CUBIERTO POR LOS PROGRAMAS ITP	77
ESTADOS MENTALES DE ALTO RIESGO (EMAR)	78
DURACIÓN DE LAS INTERVENCIONES.....	79
RECURSOS DISPONIBLES	81
LOCALIZACIÓN DE LOS PROGRAMAS	81
RECURSOS HUMANOS CON DEDICACIÓN A PROGRAMAS ITP.....	83
<i>Psiquiatría</i>	84
<i>Psicólogos clínicos</i>	85
<i>Otros perfiles representados en los equipos multidisciplinares ITP</i>	86
<i>Ratio de profesionales equipos ITP por población cubierta</i>	88
VÍAS DE DERIVACIÓN A LOS PROGRAMAS ITP.....	92
DERIVACIÓN.....	92
TIEMPO MÁXIMO ESTABLECIDO PARA LA DERIVACIÓN A LOS PROGRAMAS	93
INVESTIGACIÓN	95
CIBERSAM – CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED SALUD MENTAL	96
PERCEPCIÓN DE LOS PROGRAMAS ITP	99
VISIÓN DE LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS RELACIONADAS CON SALUD MENTAL SOBRE PROGRAMAS ITP	100
LA VISIÓN DE ASOCIACIONES DE PACIENTES Y FAMILIARES SOBRE LOS PROGRAMAS DE ITP	105
ANÁLISIS DE INDICADORES	111
SITUACIÓN DE LA ITP EN LAS CCAA 2017/2018	116
ANDALUCÍA.....	117
<i>ITP en el Planes y Políticas de Salud en Andalucía</i>	117
<i>Situación de la implantación de programas ITP en Andalucía</i>	121
<i>Programas de ITP en Andalucía</i>	123
ARAGÓN	149
<i>ITP en el Plan de Salud Mental</i>	149
<i>Situación de la implantación de programas ITP en Aragón</i>	152
CANARIAS.....	155
<i>ITP en el Plan de Salud Mental</i>	155
<i>Situación de la implantación de programas ITP en Canarias</i>	157
<i>Programas de ITP en Canarias</i>	158
CANTABRIA.....	165
<i>ITP en el Plan de Salud Mental de Cantabria</i>	165
<i>Situación de la implantación de programas ITP en Cantabria</i>	168

<i>Programas de ITP en Cantabria</i>	169
CASTILLA-LA MANCHA.....	182
<i>ITP en el Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha</i>	182
<i>Situación de la implantación de programas ITP en Castilla-La Mancha</i>	184
<i>Programas de ITP en Castilla-La Mancha</i>	185
CASTILLA Y LEÓN.....	190
<i>ITP en el Plan de Salud Mental de Castilla y León</i>	190
<i>Situación de la implantación de programas ITP en Castilla y León</i>	192
CATALUÑA.....	194
<i>ITP en el Plan de Salud Mental de Cataluña</i>	194
<i>Situación de la implantación de programas ITP en Cataluña</i>	196
<i>Programas de ITP en Cataluña</i>	199
CIUDADES AUTÓNOMAS DE CEUTA Y MELILLA	211
<i>ITP en el Plan de Salud Mental de Ceuta y Melilla</i>	211
<i>Situación de la implantación de programas ITP en Ceuta y Melilla</i>	211
COMUNIDAD DE MADRID	212
<i>ITP en Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid</i>	212
<i>Situación de la implantación de programas ITP en la Comunidad de Madrid</i>	215
<i>Programas de ITP en la Comunidad de Madrid</i>	217
COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA	246
<i>ITP en Plan de Salud Mental de Navarra</i>	246
<i>Situación de la implantación de programas ITP en Navarra</i>	247
<i>Programas de ITP en Navarra</i>	248
COMUNIDAD VALENCIANA.....	255
<i>ITP en Plan de Salud Mental de la Comunidad de Valencia</i>	255
<i>Situación de la implantación de programas ITP en la Comunidad Valenciana</i>	257
<i>Programas de ITP en la Comunidad Valenciana</i>	260
EXTREMADURA.....	288
<i>ITP en Plan de Salud Mental de Extremadura</i>	288
<i>Situación de la implantación de programas ITP en Extremadura</i>	292
GALICIA.....	294
<i>ITP en Plan de Salud Mental de Galicia</i>	294
<i>Situación de la implantación de programas ITP en Galicia</i>	294
ISLAS BALEARES	296
<i>ITP en Plan de Salud Mental de las Islas Baleares</i>	296
<i>Situación de la implantación de programas ITP en las Islas Baleares</i>	298
<i>Programas de ITP en las Islas Baleares</i>	299
LA RIOJA	305

<i>ITP en Plan de Salud Mental de La Rioja</i>	305
<i>Situación de la implantación de programas ITP en La Rioja</i>	307
PAÍS VASCO	309
<i>ITP en Plan de Salud Mental del País Vasco</i>	309
<i>Situación de la implantación de programas ITP en el País Vasco</i>	309
<i>Programas de ITP en el País Vasco</i>	311
PRINCIPADO DE ASTURIAS.....	326
<i>ITP en Plan de Salud Mental de Asturias</i>	326
<i>Situación de la implantación de programas ITP en Asturias</i>	328
<i>Programas de ITP en Asturias</i>	329
REGIÓN DE MURCIA	335
<i>ITP en Plan de Salud Mental de Murcia</i>	335
<i>Situación de la implantación de programas ITP en Murcia</i>	338
<i>Programas de ITP en Murcia</i>	339
CONCLUSIONES	343
RECOMENDACIONES PARA LA IMPLANTACIÓN DE SERVICIOS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA EN PSICOSIS	346
BIBLIOGRAFÍA	354
ANEXO 1. RECURSOS HUMANOS DISPONIBLES EN LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA EN PSICOSIS	359
ANEXO 2. INDICADORES EVALUADOS POR LA COMISIÓN PEDAGÓGICA Y DE SEGUIMIENTO DEL PAE-TPI	362
ANEXO 3. PROYECTOS RELEVANTES EN PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS CON FINANCIACIÓN DEL FONDO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD	366
ANEXO 4. GUION PARA LA RECOGIDA DE INFORMACIÓN. MODELO PARA COORDINADORES POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS	368
ANEXO 5. GUION PARA LA RECOGIDA DE INFORMACIÓN. MODELO PARA RESPONSABLES DE SALUD MENTAL COMUNIDADES AUTÓNOMAS	374
ANEXO 6. GUION PARA LA RECOGIDA DE INFORMACIÓN. MODELO PARA REPRESENTANTES DE SOCIEDADES CIENTÍFICAS DE SALUD MENTAL	377
ANEXO 7. GUION PARA LA RECOGIDA DE INFORMACIÓN. MODELO PARA REPRESENTANTES DE ASOCIACIONES DE PACIENTES Y FAMILIARES	379

Presentación

La psiquiatría y áreas afines llevan demasiados años parapetadas en la prevención terciaria, esperando a que las cosas vayan mal para actuar. La evidencia nos ha enseñado que ese no es el camino y que, al igual que sucede con otras disciplinas médicas, la prevención secundaria y primaria no es sólo eficaz sino también coste eficiente. El paradigma de intervención en medicina en general está cambiando en los últimos años: debemos actuar de manera preventiva o de manera precoz para evitar o minimizar las consecuencias negativas de los procesos mórbidos y ofertar tratamientos que deben ser individualizados. En salud mental, y más concretamente en el tratamiento de la esquizofrenia, este axioma también es válido y muy pertinente.

Las oportunidades de tratamiento y de atención a las personas con psicosis han cambiado drásticamente en los últimos años. El primer episodio psicótico suele aparecer en jóvenes, entre los 15-30 años, una etapa de la vida clave para el desarrollo personal, formativo y educativo y por lo tanto se asocia a un alto coste humano, clínico y económico. Empezar a actuar en las fases iniciales después de un primer episodio psicótico es crucial para evitar que aparezcan, o que tengan un efecto menos acusado, algunas de las situaciones desfavorecedoras asociadas con estos trastornos psiquiátricos. Debemos ser más ambiciosos y establecer nuevas estrategias de intervención que permitan a las personas con un primer episodio psicótico mejorar su calidad de vida, funcionamiento y pronóstico a corto y medio plazo.

En las últimas décadas se ha confirmado la eficacia, efectividad y eficiencia de programas de intervención precoz de psicosis en varios países del mundo, siendo una de las áreas en las cuales más se está avanzando en nuestra especialidad. Estos programas han demostrado que reducen las hospitalizaciones y los suicidios, mejoran la calidad de vida y las posibilidades de conseguir trabajo, y también reducir los costes globales asociados. Por eso, la implementación extendida de programas de intervención temprana de calidad, nos brinda la oportunidad de mejorar el bienestar, la calidad de vida y el futuro de estas personas que sufren la enfermedad. Dichos programas asistenciales deben estar fundamentados en una perspectiva integral y multidisciplinar, que se centren en cubrir las necesidades de las personas con psicosis y de su entorno, y que consideren las modificaciones en el tiempo de las mismas.

El Movimiento Rethinking, que trabaja desde 2013 para identificar y diseñar nuevas oportunidades de mejora en el abordaje actual de la esquizofrenia en España, ha desarrollado

este documento con el objetivo de divulgar la evidencia existente sobre la intervención temprana en psicosis entre autoridades, responsables de las políticas sanitarias, profesionales de la salud mental, usuarios, y en definitiva todas las partes implicadas en el objetivo común de procurar la mejor atención y cuidado de las personas con estos trastornos psiquiátricos.

Antes de afrontar un problema, de diseñar de su posible solución y de tomar decisiones es imprescindible tener una imagen global de la situación real de dicho problema. Este libro blanco pretende recopilar de manera fehaciente y detallada el estado de la intervención temprana en psicosis en un documento que sirva para informar a los órganos de decisión, a los profesionales y a la opinión pública.

Para seguir avanzando en esta dirección es necesario que todos los actores implicados trabajen intensa y conjuntamente para así poder ofrecer de manera eficiente y sostenible para nuestro sistema nacional de salud, los mejores tratamientos que procuren el mejor futuro posible a las personas con psicosis, a sus familias y entorno y a la sociedad en general.

Celso Arango

Benedicto Crespo-Facorro

Coordinadores del Libro Blanco de la Intervención Temprana en Psicosis

Resumen Ejecutivo

Este Libro Blanco pretende poner de manifiesto la situación actual en lo relativo al desarrollo de Programas de intervención temprana en nuestro país, a nivel autonómico y la opinión sobre los principales agentes implicados en su implantación. Con este objetivo se designó un Comité Asesor, conformado por referentes en la materia que en todo momento guio la estructura del análisis y la identificación de referentes en las Comunidades Autónomas. A través de las aportaciones del grupo de expertos, integrado mayoritariamente por responsables de los programas, se han analizado las principales características de los Programas de Intervención Temprana en nuestro país

Datos clave

- **21 millones de personas** en todo el mundo y en torno a 400.000 personas en España (1-5% de la población) afectadas de esquizofrenia.
- La enfermedad tiene un **gran impacto en las personas afectadas y en sus familias**: Representa el 0,94% de todos los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), 1,78% de todos los años vividos con discapacidad (AVPD), 1,1% del gasto nacional en salud.
- Las **estrategias de intervención temprana apoyan a los pacientes y sus familias**: reduciendo el impacto de la enfermedad, reduciendo su impacto sobre la salud física de los pacientes, reduciendo el riesgo de futuros episodios y mejorando los resultados sociales y funcionales, conservando o accediendo antes al empleo, terminando los estudios.
- Pese al creciente cuerpo de evidencia continúa existiendo una **importante variabilidad en el acceso a servicios de atención temprana tanto a nivel internacional como español.**

Conclusiones del análisis:

1. La alta incidencia de los trastornos psicóticos en la población, especialmente entre los jóvenes, subraya la importancia de desarrollar estrategias terapéuticas que impulsen una reducción del tiempo que transcurre entre los primeros síntomas y el primer contacto terapéutico, con el objetivo de mejorar el pronóstico, reducir el deterioro funcional y cognitivo, y consigan una más rápida recuperación, un mejor desarrollo psicológico y social, y una menor interrupción de los estudios y la vida laboral de los pacientes
2. En nuestro país **no se ha desarrollado ningún programa de ámbito nacional**, que guíe las actuaciones que las Comunidades Autónomas puedan desarrollar en virtud de sus competencias en este ámbito.
3. Existe una **elevada heterogeneidad en el grado de implementación**, donde únicamente tres Comunidades Autónomas han priorizado y dedicado presupuesto desde la administración en estas iniciativas (**Cataluña, País Vasco y la Comunidad Foral de Navarra**)
4. La mayor parte de los programas identificados **carecen de un presupuesto específico** para su implementación, utilizando los recursos habituales disponibles en la red de Salud Mental y han sido promovidos por iniciativa de los propios clínicos.
5. El **nivel de seguimiento de su actividad y resultados es muy limitado**. Tan sólo algunos programas en la Comunidad de Madrid, Cataluña, País Vasco, Comunidad Valenciana, Comunidad Foral de Navarra y Cantabria (PAFIP) realizan un seguimiento habitual de indicadores de resultados, en muchos casos vinculado a proyectos de investigación.
6. En el marco de este proyecto y para el año 2017/2018 se han identificado únicamente **22 programas de intervención temprana en psicosis en España que cumplen los requisitos mínimos establecidos**, ofreciendo cobertura cercana al **32% de la población**.

Recomendaciones para la implantación de Programas de ITP en España

Incorporación de elementos recomendables, según la evidencia y resultados alcanzados en Programas de mayor trayectoria:

- 1 Formación** a profesionales sanitarios no especialistas e **información/educación** a la población general, educadores, profesores, etc., **sobre la trascendencia de la detección precoz de la psicosis.**
- 2 Equipos clínicos dedicados principalmente a la atención precoz de personas con PEP no tratados.** Los equipos de tratamiento son interdisciplinarios, formados por psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales.
- 3 Tratamiento integrado, con la participación de todo el equipo terapéutico,** con reuniones periódicas para la discusión del plan terapéutico.
- 4 Ratio de profesionales/paciente de 10-15 casos/profesional.**
- 5 Intervención familiar,** con talleres psicoeducativos, terapia familiar individual y grupos de apoyo a familiares.
- 6 Atención domiciliaria,** considerando la estructura y el funcionamiento del entorno familiar, y el nivel de gravedad sintomática y psicosocial del paciente.
- 7 Visión no restrictiva del concepto de PEP,** no limitado a sinónimo de esquizofrenia, sino de aplicación a los trastornos y enfermedades que se inician con un episodio psicótico
- 8 Actitud y capacitación de los profesionales para relacionarse con los pacientes en situaciones de psicosis incipiente.** Se centran en la sintomatología y sus repercusiones funcionales y presentan capacidad para flexibilizar la atención a las necesidades.

Implantación de las 17 medidas incluidas en el Posicionamiento por la implementación de Programas de Intervención Temprana en Psicosis

“Para la prevención y detección de la psicosis en sus fases iniciales”

1. Implementación de **Programas Formativos de Prevención y Detección Temprana de la Psicosis:** campañas de sensibilización en medios de comunicación y redes sociales adaptados al lenguaje de la infancia y la juventud (participación de líderes deportivos, cinematográficos y musicales, software para teléfonos móviles, videojuegos, etc.) y destinados tanto a ellos como a familiares y profesionales de la educación, atención primaria y los servicios sociales.
2. **Incremento del conocimiento** de los trastornos mentales a nivel de diagnóstico, detección precoz y derivación **entre los profesionales de Atención Primaria,** incluyendo la actualización y distribución de guías terapéuticas en estos centros.

3. Asegurar una **vinculación directa y una coordinación permanente** entre los profesionales de Atención Primaria y los servicios de Salud Mental.
4. Promoción de actividades de salud mental en los **Servicios Educativos**.
5. Incluir en la **Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE)**, del Instituto Nacional de Estadística (INE), una evaluación más comprensiva y periódica de diferentes parámetros del estado de salud mental de niños, niñas, adolescentes y personas jóvenes, así como la percepción social de la salud mental y la evaluación del estigma.

“Para mejorar la atención sanitaria de la psicosis en sus fases iniciales”

6. Creación y puesta en marcha de **Programas específicos para personas con un primer episodio** y sus familiares cercanos o personas cuidadoras, a cargo de equipos multidisciplinares de psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermería especializada en salud mental, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales y otros profesionales implicados en salud mental, en coordinación con centros de educación de primaria, institutos y centros de Formación Profesional y Asociaciones de Personas Afectadas.
7. **Formación continua a los profesionales de la salud mental para ofrecer atención personalizada, flexible y adaptada** a las necesidades de las personas con un primer episodio psicótico. Asegurar una visión no restrictiva del concepto de primer episodio, que en ocasiones es considerado erróneamente sinónimo de esquizofrenia, cuando puede en realidad debe ser aplicado a todos los trastornos psicóticos.
8. Asegurar un **tratamiento integrado, intensivo e individualizado** con la participación de todo el equipo terapéutico, incluida la persona afectada y la familia, con reuniones periódicas para la toma de decisiones compartidas sobre el plan terapéutico.
9. Asegurar un tratamiento psicosocial y médico **compatible con el proyecto de vida** de las personas con psicosis.
10. **Coordinación de los Servicios Sociales, con los de Salud, Educación y otros** vinculados con la atención a niños, niñas y adolescentes con primeros síntomas o episodios psicóticos.
11. **Atención a las necesidades de las familias**, generalizando los talleres de psico-educación, terapia individual, familiar y grupos de apoyo mutuo en centros de Salud Mental y otros ámbitos.

12. Desarrollar estos programas en **entornos físicos con recursos tecnológicos** de atención adaptados a las características de las personas jóvenes, alejados del modelo médico tradicional.
13. Asegurar un **rápido acceso a los programas de salud mental** tanto en el primer contacto, como en el seguimiento siempre garantizando la continuidad de los cuidados.
14. Garantizar especialmente la **atención durante la transición a la vida adulta** en aquellas personas que desarrollan algún síntoma en la infancia/adolescencia.
15. **Instaurar y fomentar la atención domiciliaria**, considerando la estructura y el funcionamiento del entorno familiar, y el nivel de gravedad sintomática y psicosocial del paciente.
16. Creación de itinerarios laborales personalizados que favorezcan la **no discriminación laboral**.
17. Creación de una **Mesa de evaluación (a nivel nacional y autonómico)**, con la presencia de las distintas administraciones, las asociaciones de personas y familiares, así como profesionales de referencia en salud mental, **para realizar un seguimiento periódico** de la aplicación de las medidas de prevención, detección en fases iniciales y atención.

Metodología de trabajo

La elaboración de este libro blanco se enmarca en el **Movimiento Rethinking®**, un proyecto multidisciplinar que tiene como objetivo **replantear y mejorar el abordaje de la esquizofrenia**. Entre otros objetivos se identificó la **atención a la psicosis precoz** como uno de los temas más importantes a abordar. Como punto de partida, se consideró necesario abordar un estudio que permitiera conocer, caracterizar y difundir los programas existentes que se están llevando a cabo en nuestro país. Con este objetivo se ha desarrollado este **“Libro Blanco de la Intervención Temprana en Psicosis”**.

Para el desarrollo de este documento, se constituyó un **Comité Asesor**, formado por los siete profesionales de reconocido prestigio y experiencia en la implantación de programas de Intervención Temprana en nuestro país. El Dr. Celso Arango y el Dr. Benedicto Crespo-Facorro han actuado como coordinadores de este proyecto.

El Comité Asesor ha realizado el seguimiento y proporcionado continua supervisión durante el desarrollo del proyecto. Además, ha contribuido en la recogida de información específica de sus respectivas Comunidades Autónomas, así como de los programas específicos de Intervención Temprana que coordinan.

Con el objetivo de obtener una visión más completa y detallada de las diferentes iniciativas y programas de Intervención Temprana en Psicosis (ITP), que se están desarrollando en España se contactó con al menos un profesional en cada Comunidad Autónoma, responsables o miembros de equipos de intervención temprana en psicosis o con especial conocimiento de los mismos en su Comunidad Autónoma. En su caso, se mantuvieron reuniones individuales, con el objetivo de identificar y caracterizar los principales programas de intervención temprana en psicosis existentes en España. La información recopilada incluyó tanto aspectos cualitativos como cuantitativos, así como opinión sobre las principales barreras y beneficios de la implantación de este tipo de programas. Durante de las reuniones se analizaron de manera semiestructurada diferentes elementos del/los programa/s objeto de estudio, siguiendo un cuestionario común que puede consultarse en el *Anexo 4. Guion para la recogida de información. Modelo para coordinadores por Comunidades Autónoma*.

Con el objetivo de validar la información obtenida, completarla, en su caso desde una perspectiva general y recoger opinión general sobre los programas, barreras y oportunidades de mejora existentes, se contactó con los **responsables de salud mental de las diferentes Comunidades Autónomas**¹.

Han participado igualmente en la elaboración de este informe, representantes de diferentes Sociedades Científicas, así como de Asociaciones de Pacientes y Familiares. Todos ellos han aportado su opinión y visión sobre la implementación de programas de Intervención en España, sus principales ventajas y barreras identificadas para su implantación y desarrollo.

Agradecemos a todos ellos su participación y aportaciones.

La información presentada en este Libro Blanco, se ha completado con una revisión bibliográfica de artículos y publicaciones sobre intervención temprana en psicosis, tanto a nivel internacional, como nacional y autonómico, una revisión de los Planes estratégicos de Salud Mental, así como artículos y publicaciones directamente relacionados con programas e iniciativas en las CCAA. Esta revisión ha permitido profundizar en el estado de situación de las principales iniciativas desarrolladas en España.

¹ A excepción del Principado de Asturias

Autores

Comité Asesor del Libro Blanco de la Intervención Temprana en Psicosis

- **Celso Arango.** Jefe del Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Catedrático de Psiquiatría de la Universidad Complutense de Madrid. Vicepresidente de la Sociedad Española de Psiquiatría. **Coordinador del Libro Blanco Intervención Temprana en Psicosis.**
- **Benedicto Crespo-Facorro.** Jefe de Sección, responsable del Programa Asistencial para las Fases Iniciales de Psicosis (PAFIP) del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Cantabria. **Coordinador del Libro Blanco Intervención Temprana en Psicosis.**
- **Manuel Cuesta.** Jefe del Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario de Navarra. Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNa).
- **Ana González-Pinto.** Jefe de Servicio de Investigación y Jefe Clínico de Psiquiatría. Hospital Universitario Araba, OSI Araba. Presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica.
- **José Ramón Gutiérrez.** Hospital Perpetuo Socorro. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Coordinador de Salud Mental del Área de Salud de Badajoz.
- **Lluís Lalucat.** Director del Centre D’Higiene Mental “Les Corts” de Barcelona.
- **Julio Sanjuan.** Profesor Titular de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Valencia. Responsable de la Unidad de Primeros Episodios Psicóticos del Hospital Clínico de Valencia.

Por Comunidades Autónomas

Andalucía:

- **Fermín Mayoral Cleries.** Hospital Regional de Málaga, Instituto de Investigación Médica de Málaga (IBIMA).
- **Miguel Ruiz Veguilla.** Hospital Universitario Virgen del Rocío, Grupo Neurodesarrollo y Psicosis Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBIS).

Aragón:

- **Francisco Caro Rebollo.** Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" de Zaragoza.

Canarias:

- **Sabrina González Santana.** Servicio de Psiquiatría Infanto Juvenil del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil.

Cantabria:

- **Ana María Gutiérrez Pérez.** Hospital Sierrallana. Unidad de salud Mental de Torrelavega

Castilla-La Mancha:

- **José Luis Santos Gómez.** Hospital Virgen de la Luz, Cuenca.

Castilla y León:

- **Manuel Ángel Franco Martín.** Complejo Asistencial de Zamora.
- **José María Pelayo Terán.** Servicio de psiquiatría, Hospital el Bierzo. Gerencia de Asistencia Sanitaria de El Bierzo (GASBI).

Cataluña:

- **Eduard Vieta Pascual.** Jefe de servicio de Psiquiatría y Psicología, Hospital Clínic. Profesor titular de la Universidad de Barcelona. Jefe de grupo de investigación de IDIBAPS y director científico de CIBERSAM.
- **Inmaculada Baeza Pertegaz.** Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto Juvenil Hospital Clínic de Barcelona. Coordinadora del programa PAE-TPI Esquerra de l'Eixample. CIBERSAM.

Ceuta:

- **Manuel Vallejo Auñón.** Hospital Universitario de Ceuta.

Comunidad de Madrid:

- **Marina Díaz Marsá.** Hospital Clínico San Carlos. Presidente de la Sociedad de Psiquiatría de Madrid (SPM).
- **María Fe Bravo Ortiz.** Área de Psiquiatría, Psicología Clínica y Salud Mental, Hospital Universitario La Paz, IdiPaz, Universidad Autónoma de Madrid.
- **Carmen Moreno Ruiz.** Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- **María Mayoral Aragón.** Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- **Silvia Parrabera.** Directora de la Unidad de Atención Temprana Integrada y Comunitaria (UAT IC). Fundación Manantial y Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

Comunidad Valenciana:

- **María Lacruz Silvestre.** Hospital Francisc de Borja, Gandía.
- **José Enrique Romeu Climent.** Coordinador del Área de Salud Mental del Departamento de La Ribera.
- **José Martínez Raga.** Unidad Docente de Psiquiatría y Psicología. Hospital Universitario Dr. Peset.

Galicia:

- **José Manuel Olivares Díez.** Jefe del Servicio de Psiquiatría. Estructura Organizativa de Gestión Integrada de Vigo. Director Área de Neurociencias Traslacionales, Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur.

Islas Baleares:

- **Cristina Merino del Villar.** Coordinadora de Salud Mental del Área de Salud de Eivissa y Formentera.
- **Oriol Lafau Marchena.** Coordinador Autonómico de Salud Mental de Baleares.

La Rioja:

- **María Soledad Campos Burgui.** Unidad de Salud Mental Espartero. Departamento de Salud Mental, Servicio Riojano de Salud Logroño.

País Vasco:

- **Patxi Gil López.** Coordinador Programa Lehenak de Primeros Episodios. Red de Salud Mental de Bizkaia.
- **Rafael Segarra Echevarría.** Responsable de la Unidad de Primeros Episodios Psicóticos del Hospital Universitario de Cruces.

Principado de Asturias:

- **Julio Bobes García.** Presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP). Jefe de Servicio de Psiquiatría del Área Sanitaria de Oviedo.
- **Juan José Martínez Jambrina.** AGC Salud Mental, Área Sanitaria 3, Avilés.

Región de Murcia:

- **Francisco Toledo Romero.** Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Universidad de Murcia.
- **Francisco Rosagro Escámez.** Centro de Salud Mental Adultos San Andrés.
- **María Martínez Mirete.** Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Universidad de Murcia.

Representantes de las áreas de Salud Mental en las Comunidades Autónomas

Andalucía:

- **Evelyn Huizing.** Asesora técnica del Programa de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud por indicación de **Gonzalo Fernández Regidor**, Jefe de Servicio del Programa de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud, en el momento de solicitud de participación.

Aragón:

- **José Manuel Granada López.** Coordinador autonómico de Salud Mental de Aragón.

Canarias:

- **Adelaida Gutiérrez.** Responsable de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales.

Cantabria:

- **María Antonia Mora.** Directora General de Ordenación y Atención Sanitaria.

Castilla-La Mancha:

- **Teresa Rodríguez Cano.** Responsable del Área de Salud Mental del SESCAM.

Castilla y León:

- **Siro Lleras Muñoz.** Jefe del Servicio de Coordinación Asistencial, Sociosanitaria y Salud Mental de la Dirección General de Asistencia Sanitaria de la Gerencia Regional de Salud.

Cataluña:

- **Cristina Molina Parrilla.** Directora del Plan Director de Salud Mental y Adicciones. Departamento de Salud. Generalitat de Cataluña.

Comunidad de Madrid:

- **Mercedes Navío.** Coordinadora de la Oficina Regional de Salud Mental.

Comunidad Foral de Navarra:

- **Víctor Peralta Martín.** Jefe de Servicio de Hospitalización. Gerencia de Salud Mental. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, por indicación de **Begoña Flamarique Chocarro,** Gerente de Salud Mental del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Comunidad Valenciana:

- **Begoña Frades.** Coordinadora de la Oficina Autonómica de Salud Mental.

Extremadura:

- **Beatriz Martín Morgado.** Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales. Responsable de Salud Mental. **Ignacio Torres Solís.** Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales. Responsable de Salud Mental.

Galicia:

- **María Tajés Alonso.** Jefa de Servicio de Saúde Mental e Asistencia a Drogodependencias.

Islas Baleares:

- **Oriol Lafau Marchena.** Coordinador autonómico de Salud Mental.

La Rioja:

- **Miguel Ángel Ortega Esteban.** Jefe del Departamento Salud Mental. Servicio Riojano de Salud.

País Vasco:

- **José Antonio de la Rica Giménez.** Coordinador Sociosanitario de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV). Departamento de Salud.

Región de Murcia:

- **María Asunción de Concepción Salesa.** Gerente Regional de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud.

Representantes de Sociedades Científicas:

- **Sociedad Española de Psiquiatría (SEP).** **Julio Bobes García.** Presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría).
- **Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (SEPB).** **Ana González-Pinto.** Presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica.
- **Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (AEPNA).** **María Dolores Moreno.** Presidente de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente.
- **Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEPYNA).** **Fernando González Serrano.** Presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente.
- **Asociación Española de Psiquiatría Privada (ASEPP).** **Laura Ferrando Bundío.** Presidente de la Asociación Española de Psiquiatría Privada.
- **Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME).** **Francisco Javier Castro Molina.** Delegado autonómico de la Asociación Española de Enfermería de Salud Mental.
- **Sociedad Española de Psicología Clínica y de la Salud (SEPCyS).** **José Manuel García Montes.** Vicepresidente de la Sociedad Española de Psicología Clínica y de la Salud.
- **Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP).** **José López Santiago.** Vocal de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología.
- **Sociedad Española de Patología Dual (SEPD).** **Néstor Szerman Bolotner.** Presidente fundador de la Sociedad Española de Patología Dual.
- **Sociedad Aragonesa y Riojana de Psiquiatría (SARP).** **Miguel Martínez Roig.** Presidente de la Sociedad Aragonesa y Riojana de Psiquiatría.

- **Sociedad Asturiana de Psiquiatría (SAP).** Celso Iglesias. Presidente de la Sociedad Asturiana de Psiquiatría.
- **Asociación Castellano-Leonesa de Psiquiatría (ACYLP).** Ángel Luis Montejo González. Presidente de la Asociación Castellano-Leonesa de Psiquiatría.
- **Sociedad de Psiquiatría de Madrid (SPM).** Marina Díaz Marsá. Presidente de la Sociedad de Psiquiatría de Madrid.
- **Sociedad de Psiquiatría de la Comunidad Valenciana (SPCV).** Llanos Conesa Burguet. Presidente de la Sociedad de Psiquiatría de la Comunidad Valenciana.
- **Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG).** Fernando Gonçalves Estella. Responsable del Grupo de Trabajo de Salud Mental de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.
- **Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CACOF).** Antonio Mingorance. Presidente del Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

Representantes de Asociaciones de Pacientes y Familiares

- **Confederación Salud Mental España. Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental**
- **Federación Salud Mental Castilla-La Mancha**
- **Asociación Cántabra pro-salud mental**
- **Asociación de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Huelva y su Provincia**
- **Asociación de Allegados y Personas con Enfermedad Mental de Córdoba**
- **Fundación Manantial. Madrid**
- **Asociación de familiares de enfermos mentales Área 5 (AFAEM-5). Madrid**
- **Asociación Madrileña de Amigos y Familiares de Personas con Esquizofrenia. Madrid**
- **Asociación Salud y Ayuda Mutua (ASAM). Madrid**
- **Asociación Salud Mental Madrid Este. Madrid**
- **Asociación de La Safor de ayuda a enfermos mentales. ASAEM. Gandía, Valencia.**
- **Asociación DOA. Saúde Mental. Galicia**
- **Federación de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental de Galicia**

Relevancia de la psicosis

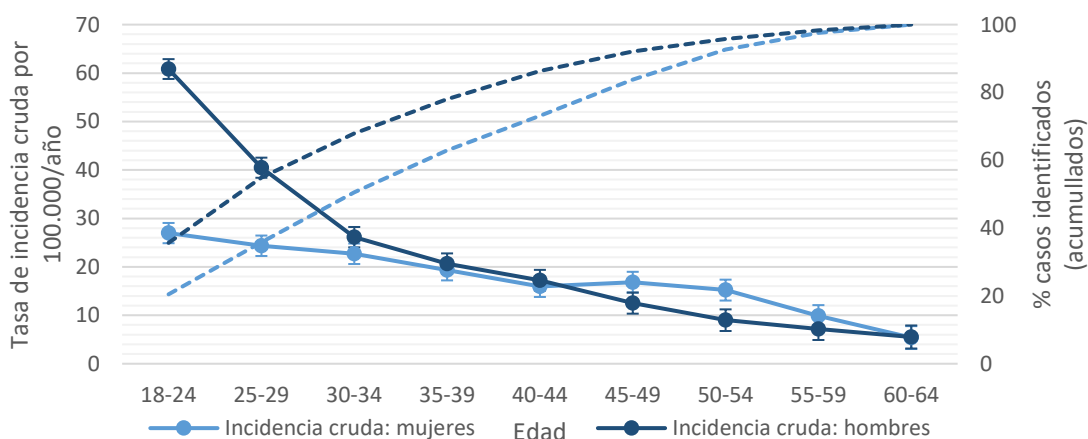
Epidemiología y morbilidad

Se considera que la prevalencia de los trastornos psicóticos en la población general es de aproximadamente el 3% (1).

La incidencia de los trastornos psicóticos varía en función de la edad, sexo, raza y área urbana, así como en virtud de otras variables ambientales y socioculturales. En un reciente estudio realizado en 6 países diferentes, entre ellos España, se confirmó que los grupos étnicos/raciales minoritarios, así como las personas jóvenes, particularmente hombres, presentan un **mayor riesgo de desarrollar un primer episodio psicótico** (2).

La incidencia de la psicosis es mayor en las personas más jóvenes (ver *Gráfico 1*). De hecho, según Jongsma, et al. (2018), en cerca del 68% de los hombres y el 51% de las mujeres, la enfermedad debuta antes de los 35 años (2).

Gráfico 1. Tasa de Incidencia cruda y porcentaje de casos acumulados de trastornos psicóticos

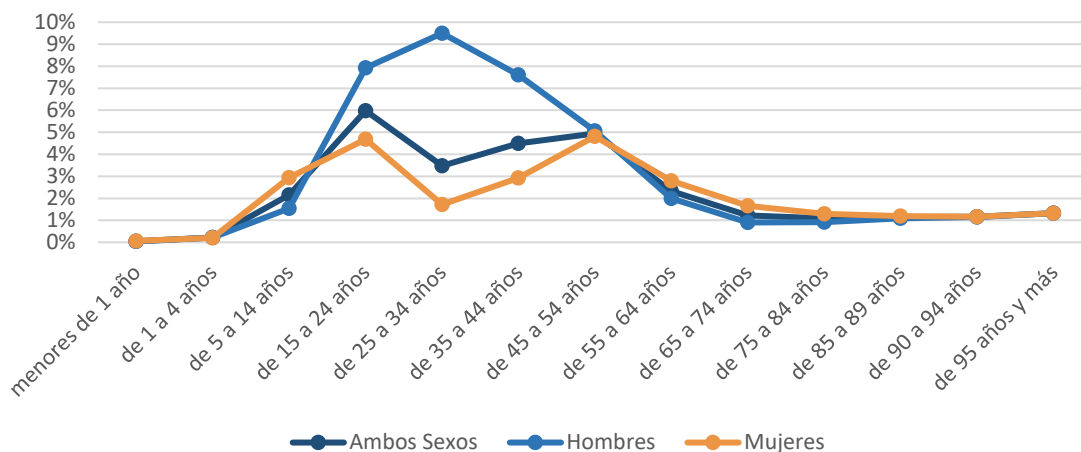


Fuente: Jongsma, H. E., et al. (2018). Treated incidence of psychotic disorders in the multinational EU-GEI study. *JAMA psychiatry*, 75(1), 36-46.

En España, en 2015, la tasa de morbilidad hospitalaria por trastornos mentales fue de 252 altas por 100.000 habitantes (un **2,5% de las altas por todas las causas**). Pese a no constituir una de las principales causas de morbilidad hospitalaria en términos generales, en la franja de edad entre los 15 y los 34 años, los trastornos mentales representan la **octava causa más frecuente**. Entre los 15 y 24 años, son responsables del **6% de las altas** (según encuesta de morbilidad

2015). Entre los **hombres**, los trastornos mentales llegan a representar la **cuarta causa de morbilidad hospitalaria (altas) en la franja de edad entre los 25 y 34 años**, representando el **9,5% del total** de altas por todas las causas (ver *Gráfico 2*).

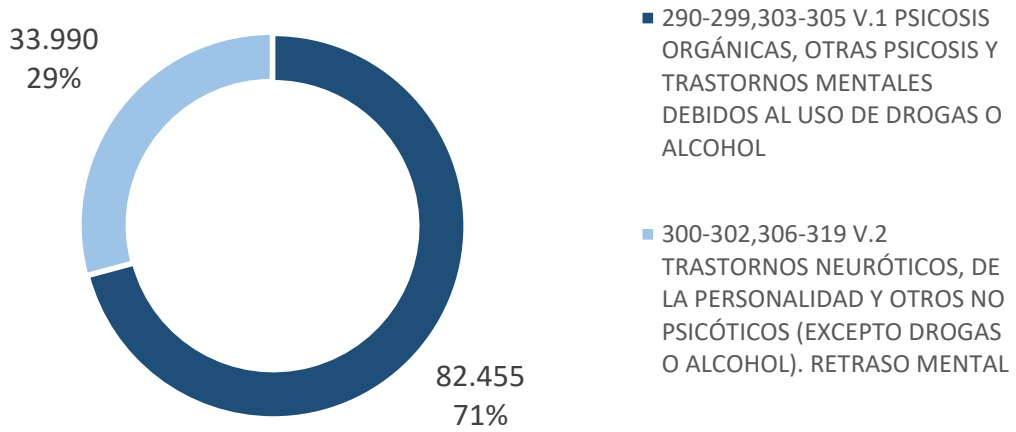
Gráfico 2. **Porcentaje de altas causadas por el grupo diagnóstico 290-319 V TRASTORNOS MENTALES sobre el total, según sexo y grupo de edad en España (2015)**



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (2015)

En este grupo diagnóstico, las psicosis orgánicas, otras psicosis y trastornos mentales debidos al uso de drogas o alcohol representan el 71% de las altas.

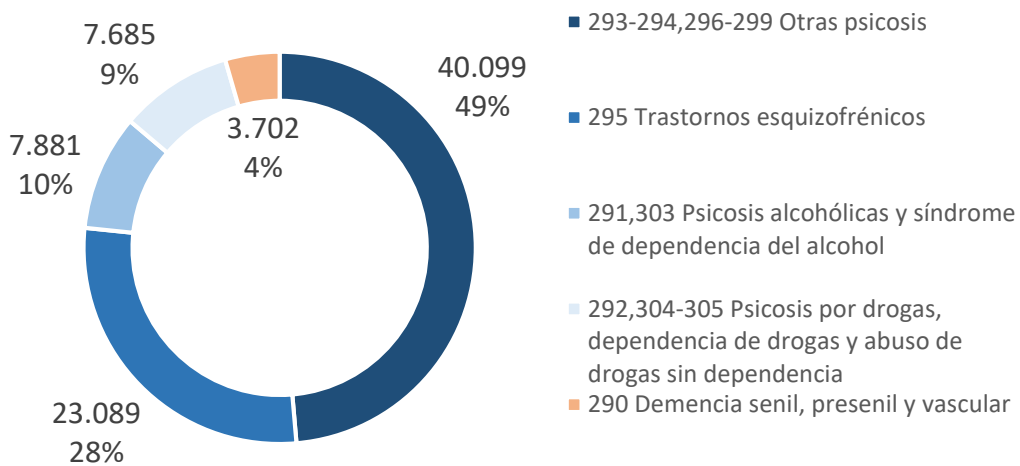
Gráfico 3. **Porcentaje de altas causadas por los grupos diagnósticos 290-299,303-305 V.1 PSICOSIS ORGÁNICAS, OTRAS PSICOSIS Y TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS AL USO DE DROGAS O ALCOHOL y 300-302,306-319 V.2 TRASTORNOS NEURÓTICOS, DE LA PERSONALIDAD Y OTROS NO PSICÓTICOS (EXCEPTO DROGAS O ALCOHOL). RETRASO MENTAL, sobre el total de TRASTORNOS MENTALES**



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (2015)

En la categoría diagnóstica psicosis orgánicas, otras psicosis y trastornos mentales debidos al uso de drogas o alcohol, los trastornos esquizofrénicos representan el 28% de las altas en la categoría.

Gráfico 4. **Porcentaje de altas causadas por los grupos diagnósticos incluidos en la categoría diagnóstica 290-299,303-305 V.1 PSICOSIS ORGÁNICAS, OTRAS PSICOSIS Y TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS AL USO DE DROGAS O ALCOHOL**

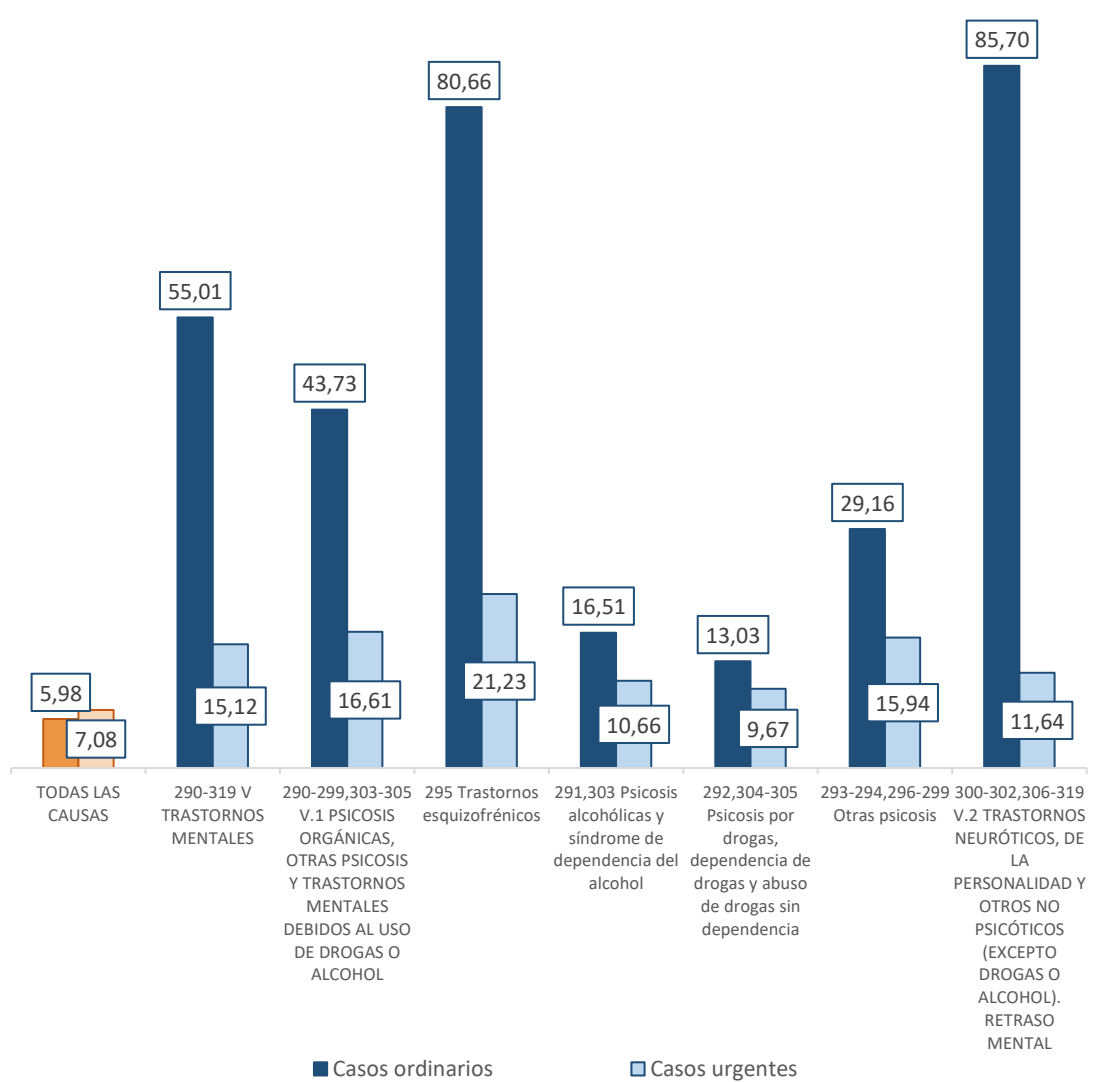


Fuente: Instituto Nacional de Estadística (2015)

Los datos de morbilidad hospitalaria son indicativos del elevado coste que estas enfermedades y en especial las psicosis, suponen para los sistemas sanitarios en términos de hospitalizaciones (3). Los **trastornos mentales presentan la mayor estancia media hospitalaria** entre todas las enfermedades, con **26,28 días de estancia media frente a los 6,66 de todas las causas**. Las psicosis orgánicas, otras psicosis y trastornos mentales debido al uso de drogas o alcohol representan el grupo diagnóstico con segunda mayor estancia media por todas las causas², y la primera posición en estancias hospitalarias medias si se analizan únicamente los casos urgentes. Dentro de las psicosis destacan **los trastornos esquizofrénicos, que presentan una estancia media hospitalaria de 37,36 días, 80,66 días en los casos ordinarios y de 21,23 días en los casos urgentes.**

² Grupo 290-299,303-305 V.1 PSICOSIS ORGÁNICAS, OTRAS PSICOSIS Y TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS AL USO DE DROGAS O ALCOHOL según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-9-MC (se incluye la demencia senil, presenil y vascular)

Gráfico 5. Estancia media según la urgencia del ingreso y el diagnóstico principal en España (2015)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (2015)

Todas las causas: todos los diagnósticos registrados en 2015 que han producido estancias hospitalarias

Impacto, carga de enfermedad y coste de la psicosis

La esquizofrenia tiene un gran impacto tanto en las personas afectadas como en sus familias y en la sociedad. En España, es responsable del **0.94% de todos los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD)**, **1.78% de todos los años vividos con discapacidad (AVDP)** y del **1.1% del gasto nacional de salud** (4; 5)

Existen diferentes estudios que demuestran cómo factores muy variables afectan a la carga de enfermedad que genera la esquizofrenia de aparición temprana. Estas variables incluyen mayores tasas de mortalidad, comorbilidades, deterioro de la función social, afectación de la calidad de vida y estigma. El papel que desempeñan, su relevancia en la evolución de la enfermedad y la carga que supone para familiares y cuidadores es también muy relevante en base a la experiencia, aunque con menores evidencias científicas que recojan estos aspectos.

Carga de enfermedad

La esquizofrenia es una enfermedad muy **heterogénea, tanto en su curso como en sus formas clínicas**, por lo que la carga de enfermedad que genera es muy variable, entre poblaciones y en función de la duración de la enfermedad.

Varios estudios identifican como principales **comorbilidades** de la esquizofrenia de inicio temprano, a **nivel psiquiátrico**, el **consumo de sustancias, síndrome de Capgras y depresión mayor**, aunque con diferencias significativas en las tasas de aparición de cada una de ellas en diferentes poblaciones.

Varios estudios han abordado también la relación entre tasas de suicidio y esquizofrenia. El riesgo de suicidio en pacientes esquizofrénicos parece estar relacionado fundamentalmente con episodios de depresión. La falta de esperanza, haber tenido una tentativa de suicidio anterior, la falta de adherencia al tratamiento y la vivencia de un acontecimiento vital doloroso, pueden ser factores predictivos importantes en el caso de pacientes con esquizofrenia.

Impacto en la vida laboral y/escolar

Las personas con enfermedad mental sufren en general tasas de desempleo más altas. Encontrar trabajo es una de las mayores dificultades a las que se enfrentan los pacientes, en parte por las dificultades asociadas al estigma sobre las personas con trastornos mentales. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (2015), la tasa de desempleo en los pacientes se sitúa en torno al 85%. Según datos de FEAFES Empleo, además, tardan más en incorporarse al mercado de trabajo y a la búsqueda activa de empleo. Desde que comienza la enfermedad hasta que se incorpora a itinerarios de empleo transcurren una media de 8 años. Además, la calidad del empleo que encuentran es, casi siempre, inferior a sus conocimientos y competencias.

Calidad de vida

La esquizofrenia afecta desde múltiples perspectivas a la calidad de vida de los pacientes. Entre otros factores, afecta al denominado **funcionamiento social**, que consiste en la capacidad de la persona de adaptarse a su ambiente social y a sus demandas

Costes de la enfermedad

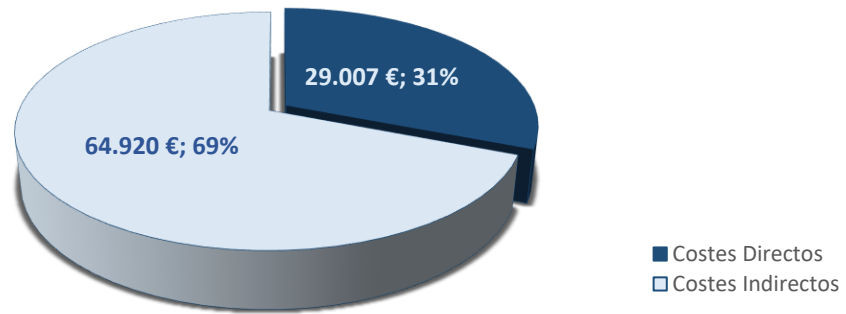
En Europa, se estima que los costes totales asociados a la psicosis superaron, en 2010, los **94 mil millones de euros**, afectando a **5 millones de personas**, y unos costes por paciente cercanos a **19.000 euros anuales** (6).

Un metaanálisis realizado en Inglaterra en 2008 identificó unos costes directos de 10.605 GBP (libra esterlina) por paciente, y situó los costes totales de 19.078 GBP por paciente con esquizofrenia y 4.568 GBP por paciente con trastorno bipolar. Los costes totales de la psicosis en general, ascendía a **9.200 millones de GBP (precios 2008/09) en Inglaterra** (7).

La psicosis se consolida como la **tercera enfermedad cerebral con mayor coste**, únicamente por detrás de los trastornos de personalidad y demencia. Los costes totales asociados a la psicosis son mayores que algunas enfermedades con alta prevalencia como la ansiedad o la epilepsia. Cabe destacar que los **gastos indirectos asociados a la psicosis doblan los directos** (ver Gráfico 6) (6), entendiendo como costes indirectos aquellos que no tienen un impacto directo en el gasto sanitario tales como el desempleo, la mortalidad prematura o el tiempo dedicado al cuidado de un enfermo por familiares y amigos, el cual no está remunerado (8). **De hecho, los costes**

indirectos asociados esquizofrenia los trastornos psicóticos fueron similares a los atribuibles a la diabetes mellitus en Estados Unidos en 2002 (9). Lo que nos da una imagen del orden de magnitud del impacto actual de la esquizofrenia en nuestra sociedad.

Gráfico 6. Costes asociados a psicosis en Europa en 2010 (millones de euros)



Fuente: Olesen, J., et al. "The economic cost of brain disorders in Europe." *European journal of neurology* 19.1 (2012): 155-162.

Beneficios de la intervención temprana en psicosis

Beneficios clínicos

Diferentes programas de intervención temprana en psicosis están contribuyendo a la generación de evidencias sobre los beneficios clínicos que supone la implantación de estrategias efectivas en la reducción de la carga de enfermedad, al actuar sobre los diferentes componentes que contribuyen a la misma y la prevención de recaídas.

Se han reportado evidencias sobre el beneficio derivado de la implantación de programas ITP mostrado **mejores resultados clínicos y sociales** en los pacientes atendidos en este tipo de programas, frente a los que reciben una asistencia estándar y, contribuyendo a un menor riesgo de recaída. Entre otros resultados contribuyen a:

- Reducir la duración de la psicosis sin tratar y la transición a psicosis
- Reducir el tiempo de la fase activa tras el inicio del tratamiento
- Reducir el tiempo de estancia en el hospital y la probabilidad de reingresos.
- Reducir el número de recaídas
- Reducir el riesgo de suicidio
- Mejores resultados en escalas de evaluación de calidad de vida
- Mejor integración laboral y seguimiento de la vida escolar
- Mejor funcionamiento social
- Mejor adherencia al tratamiento y a la consulta médica

Pese a que los beneficios de la instauración temprana del tratamiento con antipsicóticos para el control de la carga de enfermedad y la recuperación cara son evidentes, se discuten aspectos sobre la contribución a la misma, a través de posibles efectos secundarios, manteniendo la necesidad de incorporar tratamientos antipsicóticos con menores efectos secundarios.

La **duración de la psicosis sin tratar** se vincula directamente con una peor evolución de la psicosis. Las tasas de remisión se relacionaron con el tiempo de psicosis sin tratamiento, asociando un período de TPST prolongado con un mayor tiempo para la remisión. El tratamiento temprano del primer episodio psicótico ha demostrado una mejor respuesta terapéutica con una remisión de los síntomas más rápida que cuando el tratamiento se instaura de manera más tardía.

Sin embargo, otro factor de especial impacto en la evolución de la enfermedad y los resultados a largo plazo, es la **duración de la fase activa**, tras la instauración del tratamiento. La reducción del tiempo en fase activa, DAT (*Duration of Active psychotic symptoms after commencing Treatment*) debe ser incluido como uno de los objetivos de las estrategias de intervención temprana para mejorar los resultados a largo plazo.

Aportación de los Programas ITP a la sostenibilidad de los Sistemas Sanitarios

El bajo desarrollo de servicios de intervención temprana en psicosis se explica en ocasiones en la inversión inicial que deben asumir los sistemas sanitarios para su puesta en marcha. Esta inversión está relacionada con la constitución de equipos profesionales, con menor número de casos asignados por profesional, lo que puede representar mayores costes directos iniciales respecto a los servicios actualmente establecidos para la atención a este tipo de pacientes (10). A pesar de este hecho, se ha comprobado una reducción a corto y medio plazo de los costes totales asociados a la patología (11). **Teniendo en cuenta la disminución de recaídas y la mejor calidad de vida de los pacientes atendidos en servicios de ITP (12), junto con el ahorro potencial de costes totales, la implantación de este tipo de estrategias parece potencialmente coste-efectiva para los sistemas de salud (10).**

En España no se han realizado hasta la fecha estudios de coste-efectividad para este tipo de intervenciones, aunque si se dispone de datos positivos en otros países.

En países como Australia o Inglaterra, datos publicados relacionan estos programas con un ahorro en los costes sanitarios lo que ha servido de apoyo a su expansión geográfica en los últimos años (11).

Diferentes estudios han puesto de manifiesto el potencial ahorro económico asociado a los programas de intervención temprana. Al conseguir reducir la **duración de la psicosis sin tratar (DUP) y la transición a psicosis** (13), se consigue: disminuir el número de hospitalizaciones y visitas a urgencias (ver *Gráfico 7*) (14), el tiempo de estancia en el hospital (10; 15) y por tanto el coste total (16), hay un menor número de recaídas³ (14; 17; 15), se reduce el número de suicidios, mejoran las tasas de empleo y la asistencia escolar (18) y mejora la adherencia al tratamiento (12) y la asistencia a la consulta médica⁴ (17; 19).

En Inglaterra, tras la implementación de servicios de ITP, se estimó un ahorro neto aproximado de 7.972 GBP por paciente (precios 2012/13) durante los cuatro primeros años desde el diagnóstico del Primer Episodio Psicótico (PEP), y de 6.780 GBP por paciente (precios 2012/13), en los seis años siguientes (20).

Este ahorro se debe principalmente a la disminución de los ingresos hospitalarios (10), a la mejora de la tasa de empleo de las personas con psicosis y a la disminución del número de recaídas (21). De hecho, en un estudio publicado por la London School of Economics en 2012 se demostró una disminución significativa de los ingresos hospitalarios de los pacientes inscritos en programas de intervención temprana en psicosis, no solo en los primeros dos meses sino también en meses posteriores (ver *Gráfico 7*).

Por otro lado, se estima que el coste por paciente dentro de programas de ITP es de 10.927 GBP (precios 2008/09), menor en comparación con una intervención convencional que se sitúa en torno a los 16.706 GBP (precios 2008/09) (7). Además, los pacientes adscritos a estos programas tienen una mejor percepción de calidad de vida y de satisfacción con el servicio⁵ ofrecido (12).

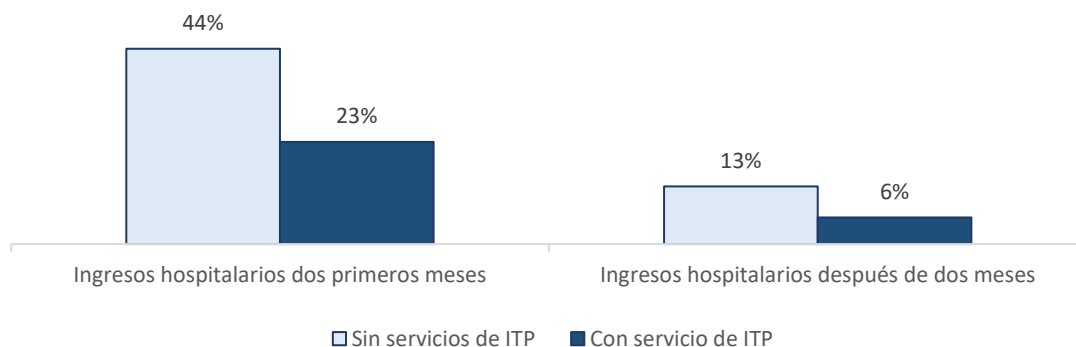
³ En un metaanálisis publicado en 2011 se demostró un NNT (número de pacientes con PEP en programas de intervención temprana para evitar una recaída) de 8, reduciéndose significativamente el riesgo de una segunda recaída (15)

⁴ En el estudio del equipo comunitario LEO (Lambeth Early Onset, en Londres) hubo un mejor seguimiento de aquellos pacientes que formaban parte del grupo de estudio (atención especializada en psicosis temprana) en comparación con el grupo control

⁵ Satisfacción con la atención del personal, su formación, su capacidad de escucha, y con el tipo de servicio ofrecido

Esto provoca un mejor seguimiento de los pacientes con un primer episodio psicótico y así un mayor control de la adherencia al tratamiento (22; 23).

Gráfico 7. **Probabilidad de ingreso involuntario en Inglaterra en pacientes con psicosis. Comparativa entre el tratamiento convencional y la atención en servicios de ITP**



Fuente: Effective Interventions in Schizophrenia: The Economic Case. London School of Economics 2012

En cuanto a las **intervenciones de detección precoz, dirigidas a identificar síntomas prodrómicos de la psicosis con el objetivo de reducir el riesgo de evolución a psicosis, y disminuir la duración de la psicosis sin tratar**, también se han demostrado la generación de ahorros para el sistema sanitario (Tabla 1). Se estimó que el primer año de aplicación de este tipo de intervenciones de este tipo supondría un mayor coste para el sistema público: 2.948 GBP por paciente (precios 2008/2009) frente a 743 GBP por paciente en una intervención estándar (precios 2008/2009). Sin embargo, se estima que la reducción del número de pacientes que evolucionan a una psicosis en toda Inglaterra provocaría un ahorro estimado, en los años 6 a 10 desde su implementación, de entre 14 y 68 millones de GBP (precios 2008/2009). A pesar de estas primeras estimaciones, en el caso de los programas de detección precoz, serían deseables datos adicionales que permitan realizar un análisis en mayor profundidad (7).

En la Tabla 2 se muestran el potencial ahorro obtenidos al implantar los **servicios de ITP en Inglaterra**. A pesar de que desde el primer año hay un ahorro considerable en el Sistema de Salud, éste disminuye con los años, ya que no hay evidencia de que una vez el paciente ya no asiste a estos programas, se mantenga la reducción en el número de ingresos hospitalarios (7). Por otro lado, los mejores resultados se obtienen los tres primeros años, principalmente el segundo y el tercero, aunque su beneficio depende del tiempo en el que se atiende al paciente en estos servicios, indicando que una vez se discontinúa el tratamiento, el beneficio podría dejar de existir (3).

Por otro lado, también se ha comprobado una **reducción del riesgo de suicidio** en los pacientes sobre los que se realiza un intervención precoz en el marco de programas de ITP, estimándose un posible ahorro de 481 GBP (precios 2008/09) por paciente en el primer año tras el diagnóstico – sumando los costes asociados al Sistema de Salud y la pérdida de productividad del fallecido (8). También se ha publicado una mejora en los índices de empleo de los pacientes que son atendidos en este tipo de servicios, de en torno a 20 puntos porcentuales, impactando positivamente en la economía, principalmente a través de los impuestos indirectos asociados al consumo (8).

Tabla 1. **Impacto económico de servicios de detección precoz en psicosis en costes anuales, basados en una cohorte de un año de pacientes (precios 2008/09) en Inglaterra**

	Año 1	Años 2-5	Años 6-10
Por persona	GBP	GBP	GBP
Servicios de intervención temprana	2.228	-1.149	-1.053
Pérdidas de productividad		-1.835	-1.476
Intangibles (impacto negativo en la calidad de vida)		-39	-75
Total	2.228	-3.022	-2.604
Por sector	GBP millón	GBP millón	GBP millón
NHS (Sistema de Salud)	35,1	-15,2	-13,2
Otros sectores públicos	0	-2,9	-3,6
Pérdida de productividad	0	-28,9	-23,3
Intangible	0	-0,6	-1,2
Total	35,1	-47,6	-41,0

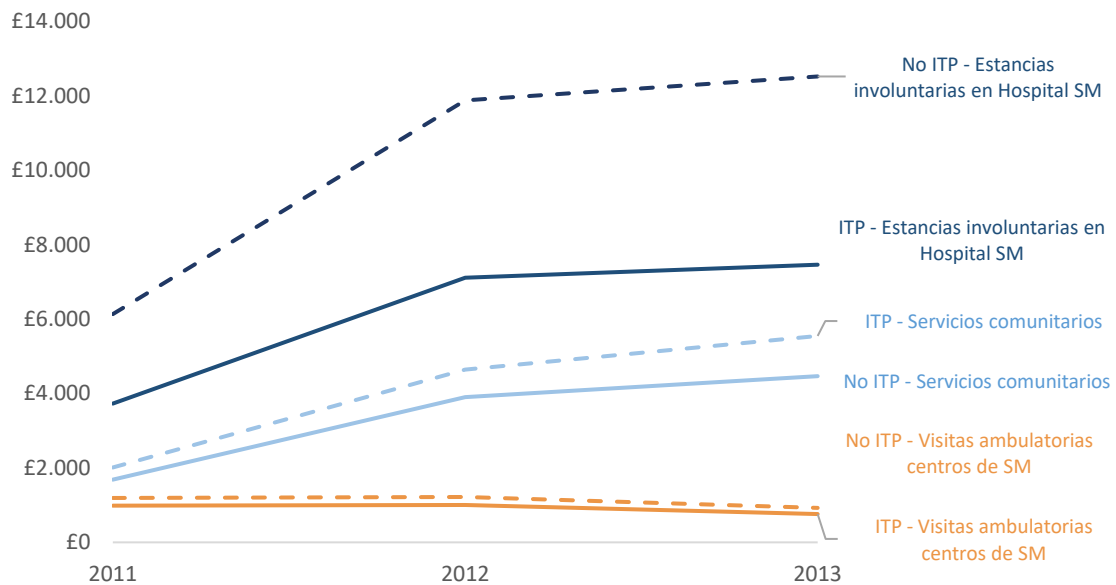
Fuente: Mental Health Promotion and Prevention: The Economic Case. London School of Economics 2011

Tabla 2. **Impacto económico de servicios de intervención temprana en psicosis en costes anuales, basados en una cohorte de un año de pacientes (precios 2008/09) en Inglaterra**

	Año 1	Años 2-5	Años 6-10
Por persona	GBP	GBP	GBP
Servicios de intervención temprana	-5.777	-2.408	-60
Pérdidas de productividad		-2.052	-1912
Intangibles (impacto negativo en la calidad de vida)		-314	-628
Total	-5.777	-4.774	-2.600
Por sector	GBP millón	GBP millón	GBP millón
NHS (Sistema de Salud)	-39,1	-16,0	0
Otros sectores públicos	-0,8	-0,6	-0,4
Pérdida de productividad	0	-14,2	-13,2
Intangible	0	-2,2	-4,3
Total	-39,9	-32,9	-17,9

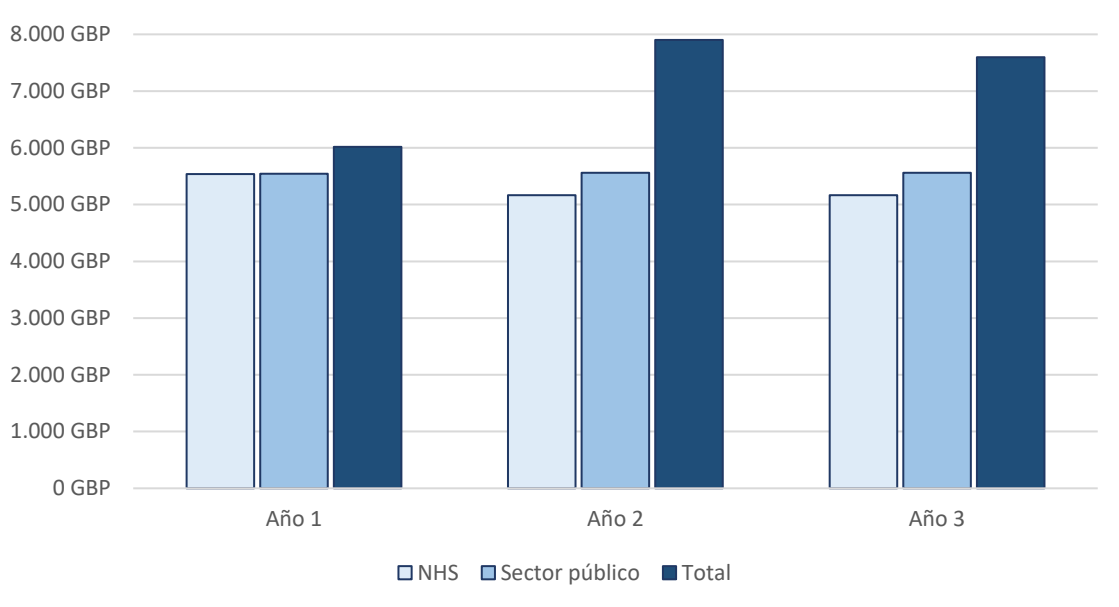
Fuente: Mental Health Promotion and Prevention: The Economic Case. London School of Economics 2011

Gráfico 8. **Costes de salud mental por paciente y servicio (ITP vs. No ITP) en el NHS de Inglaterra**



Fuente: Tsiachristas A, Thomas T, Leal J, et al. Economic impact of early intervention in psychosis services: results from a longitudinal retrospective controlled study in England. BMJ Open 2016

Gráfico 9. Ahorro estimado por paciente en Londres tras su inclusión en los servicios de ITP (ajustado a precios de 2010/2011 con una tasa de descuento del 3,5%)**

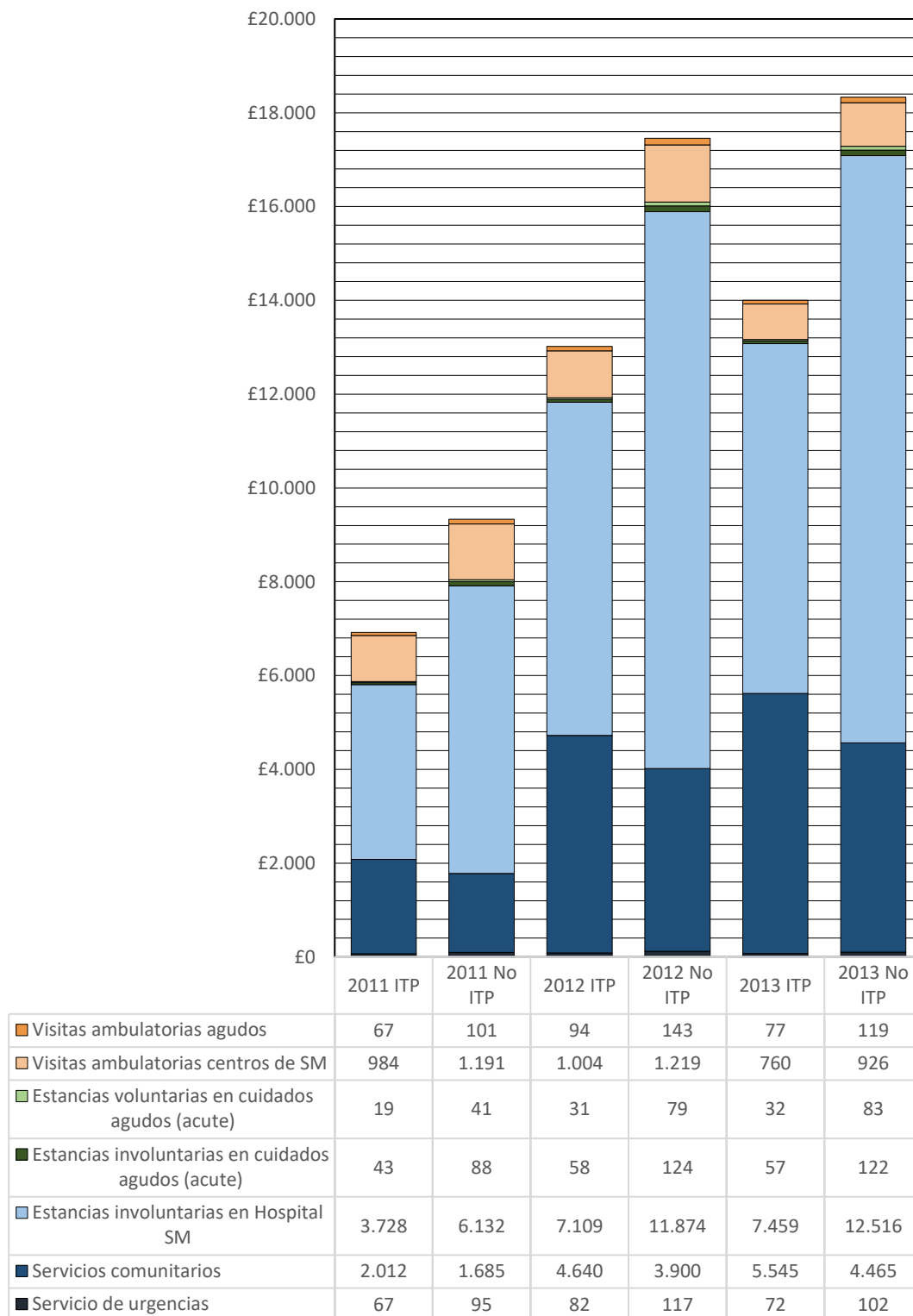


Fuente: Effective Interventions in Schizophrenia: The Economic Case. London School of Economics (2012)

Nota: NHS (ahorro directo del Sistema de Salud), Sector público (ahorro del Sistema de Salud, reducción de las tasas de crimen y potenciales ingresos por impuestos sobre la renta); Total (todo el ahorro directo e indirecto asociado a los programas de ITP). En el modelo solo se tuvieron en cuenta el potencial ahorro directo en el Sistema de Salud Mental, la reducción de suicidios y homicidios, y el aumento en la tasa de empleo de aquellos pacientes inscritos en estos programas.

**La tasa de descuento es un factor financiero que se utiliza, para determinar el valor del dinero en el tiempo y, en particular, para calcular el valor actual de un capital futuro. En este caso, se tuvo en cuenta que el valor del dinero en el año 2 y el año 3 aumentó un 3.5% (por ejemplo, por la inflación). De esa forma se ajustó el coste de cada año a los precios de 2010, para poder hacer una comparativa real.

Gráfico 10. Comparación de los costes anuales de servicios ITP y atención estándar por paciente (GBP 2013/2014) desglosado en categorías de los servicios del NHS de Inglaterra



Fuente: Tsiachristas A, Thomas T, Leal J, et al. Economic impact of early intervention in psychosis services: results from a longitudinal retrospective controlled study in England. BMJ Open 2016

Como se ha mencionado, a pesar de que la implementación de estos programas conlleva una inversión pública del Sistema de Salud, no todo el ahorro económico repercute en el propio sistema sanitario, sino que impacta en otros sectores públicos. Por lo tanto, es necesario analizar el impacto de estos programas de una manera más global y transversal, y no únicamente centrado en el ahorro directo que supone para el Sistema de Salud (8). Además, es necesario garantizar los presupuestos destinados a estos programas, garantizando su continuidad. Se ha visto que la falta de presupuesto específico ha propiciado que las partidas previstas se hayan destinado a otras actividades, por ejemplo en Inglaterra, donde en los últimos años se ha ido destinando menos financiación a pesar de los buenos resultados obtenidos (11). La necesidad de demostrar resultados a corto plazo, dificulta, en entornos de contención económica como los vividos en los últimos años, la inversión necesaria para la implantación y mantenimiento de este tipo de intervenciones (8).

Situación internacional: Programas de Intervención Temprana en Psicosis

Los modelos y programas de Intervención Temprana en Psicosis, tienen como objetivo la detección temprana y el inicio de las intervenciones más efectivas desde las fases iniciales de sintomatología psicótica, con el objetivo final de reducir la duración de la psicosis sin tratar (*Duration of Untreated Psychosis – DUP*), mejorar el pronóstico y conseguir la recuperación social de los pacientes.

Este tipo de modelos y programas son desarrollados por **equipos multidisciplinares** que realizan un **tratamiento integral del paciente**, generalmente tras una detección precoz de un primer episodio psicótico (PEP), durante los años siguientes, y hasta presentar una recuperación estable (1).

La coordinación entre diferentes servicios e instituciones, las campañas de sensibilización y reducción del estigma, y la elaboración de un plan individualizado de tratamiento que incluya terapias farmacológicas y psicosociales, son los principales pilares de estos programas.

En los años 90, se crea la **International Early Psychosis Association (IEPA)** con el objetivo de **analizar y dar difusión a los resultados alcanzados por los programas de intervención temprana en psicosis (ITP) en todo el mundo**. En 2002 la IEPA, junto a la Organización Mundial de la Salud (OMS), redactó un documento de consenso sobre la intervención temprana en psicosis incluyendo **10 acciones estratégicas fundamentales a desarrollar** (ver *Tabla 3*). Además, se detallan diferentes acciones para desarrollar dichas estrategias teniendo en cuenta el nivel de recursos reales disponibles. Para ello se describen acciones para tres escenarios diferentes: nivel bajo, medio y alto de recursos (24).

Tabla 3. Acciones estratégicas recogidas en el Consenso de Intervención Temprana desarrollado por la OMS y la IEPA (2002)

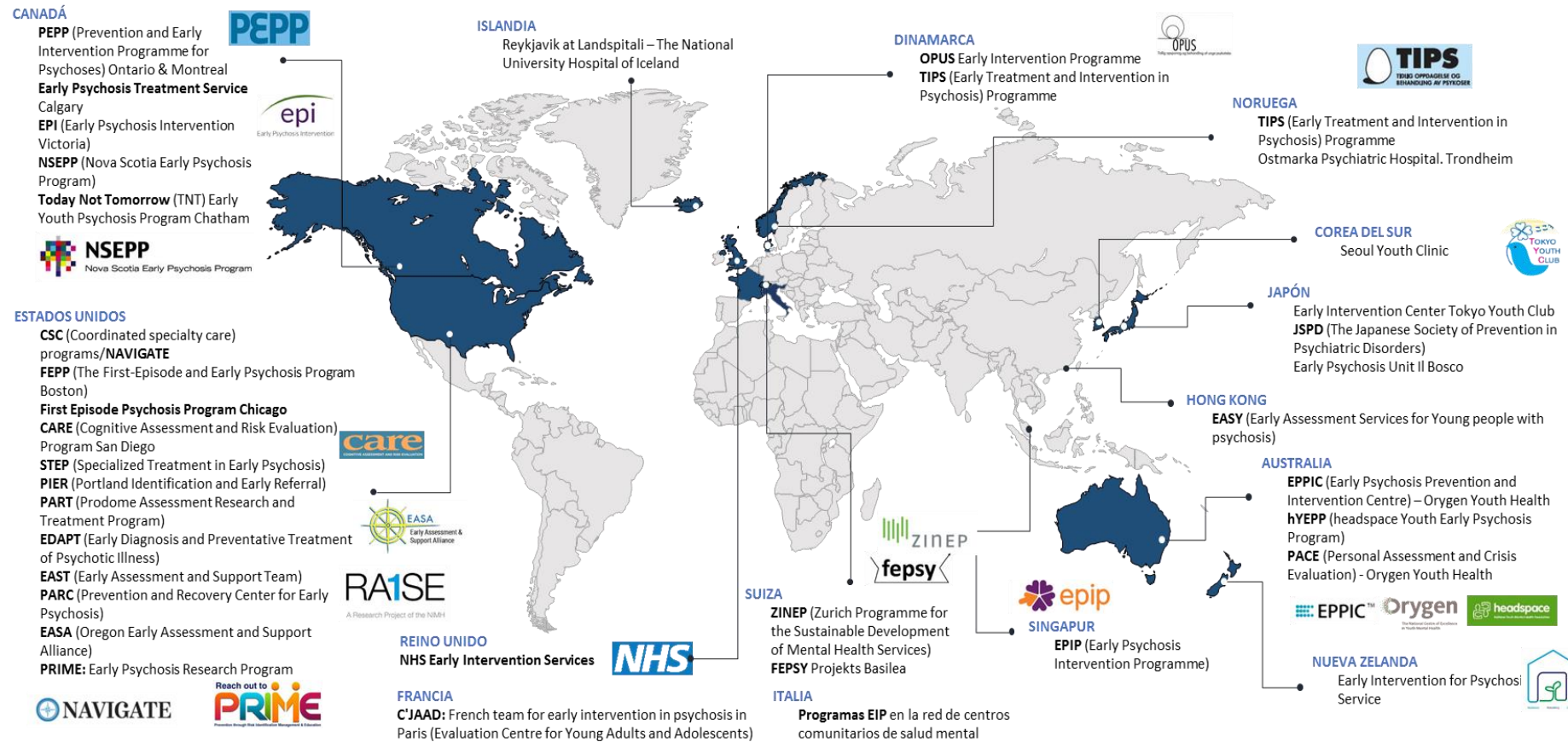
1	Ofrecer herramientas a Atención Primaria para la detección temprana de psicosis
2	Ofrecer terapia farmacológica y psicosocial
3	Realizar el tratamiento en la propia comunidad , ofreciendo espacios adaptados a poblaciones jóvenes para combatir el estigma y el trauma
4	Comunicar los beneficios de la detección temprana a la población, incorporando a profesores, trabajadores sociales, y otros agentes relevantes
5	Involucrar a la comunidad y a los familiares , ofreciéndoles ayuda cuando fuera necesario
6	Establecer políticas y programas a nivel nacional
7	Formar a especialistas , en especial médicos generalistas, y personales en contacto con estos pacientes
8	Mejorar la coordinación con otros servicios , llevando a cabo programas integrales que faciliten la rehabilitación social de estos pacientes
9	Generar indicadores de seguimiento para estos programas
10	Apoyar la investigación en psicosis , desde nuevos tratamientos farmacológicos y psicosociales hasta nuevas estrategias de prevención

Fuente: OMS/IEPA

Las principales guías existentes dirigidas a pacientes, familias y facultativos están recogidas en la propia web de la **IEPA** (<https://iepa.org.au/>), así como un listado de los principales programas existentes a nivel mundial⁶.

⁶ Disponible en: <http://iepa.org.au/by-country/>

Gráfico 11. Principales programas de intervención temprana en psicosis a nivel internacional en 2017



Fuente: Growth in the use of early intervention for psychosis services: An opportunity to promote recovery amid concerns on health care sustainability. London School of Economics (2016); Nolin, M., Abdel Baki, A., Tibbo, P., & Malla, A. (2014, November). Early intervention for psychosis in Canada: what is the state of affairs. In 9th International Early Psychosis Association (IEPA) conference, Tokyo, Japan; Elaboración propia para Italia y Francia.

Principales programas internacionales de Intervención Temprana en Psicosis

A nivel internacional, los países con sistemas de intervención temprana en psicosis más desarrollados fuera de Europa son **Australia, Canadá, Nueva Zelanda, Estados Unidos, Singapur, Hong Kong y Japón.**

Tabla 4. **Principales programas internacionales (no europeos) de intervención temprana en psicosis**

Programas ITP internacionales (no europeos)	
Australia	<ul style="list-style-type: none"> • EPPIC (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre) - Orygen Youth Health • PACE (Personal Assessment and Crisis Evaluation) - Orygen Youth Health headspace Youth Early Psychosis Program (hYEPP) – Expansión del modelo EPPIC al resto de Australia (desde 2010)
Canadá	<ul style="list-style-type: none"> • Prevention and Early Intervention Programme for Psychoses (PEPP). Se desarrolla en el área de Ontario • Se han desarrollado además 11 programas académicos de intervención temprana en Canadá
Nueva Zelanda	<ul style="list-style-type: none"> • Early Intervention for Psychosis Service
Hong Kong	<ul style="list-style-type: none"> • Early Assessment Services for Young people with psychosis (EASY)
Japón	<ul style="list-style-type: none"> • Early Intervention Center Tokyo Youth Club • The Japanese Society of Prevention in Psychiatric Disorders (JSPD)
Corea del Sur	<ul style="list-style-type: none"> • Seoul Youth Clinic
Estados Unidos	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinated specialty care (CSC) programs • The First-Episode and Early Psychosis Program (FEPP): Boston • First Episode Psychosis Program: Chicago • Cognitive Assessment and Risk Evaluation (CARE) Program: San Diego

Fuente: <http://iepa.org.au/by-country/>

Tabla 5. Principales programas europeos de intervención temprana en psicosis

Principales programas ITP en Europa	
Reino Unido	<ul style="list-style-type: none"> NHS Early Intervention Services - 150 programas repartidos por el territorio nacional (NHS) LEO (The Lambeth Early Onset)
Dinamarca	<ul style="list-style-type: none"> OPUS Early Intervention Programme TIPS (Early Treatment and Intervention in Psychosis) programme⁹
Noruega	<ul style="list-style-type: none"> TIPS (Early Treatment and Intervention in Psychosis) programme⁷ Ostmarka psychiatric hospital in Trondheim
Finlandia	<ul style="list-style-type: none"> Detection of Early Psychosis (DEEP Project) en Turku
Italia	<ul style="list-style-type: none"> 1 de 4 áreas de salud tienen un servicio de ITP (44 centros), pero con diferentes características Programma2000 en Milán Centro de detección e intervención temprana Desio TempoZero (Alpes) GETUP-PIANO. Genetics Endophenotypes and Treatment (GETUP TRIAL) incluye el ensayo Understanding early Psychosis Psychosis early Intervention and Assessment of Needs and Outcome (PIANO). GETUP cuenta con financiación del Ministerio de Sanidad italiano y cubre una población de 10 millones de habitantes. Rome D Early Intervention Network
Suiza	<ul style="list-style-type: none"> Zurich Programme for the Sustainable Development of Mental Health Early detection of psychoses (FePsy) project. Basilea
Irlanda	<ul style="list-style-type: none"> DETECT en el área de Dublín COPE en Cavan y Monaghan
Alemania	<ul style="list-style-type: none"> Cologne Early Recognition and Intervention Center for Mental Crises (FETZ) ZeBB – Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Eggers-Foundation
Holanda	<ul style="list-style-type: none"> Dutch Network for Early Psychosis
Francia	<ul style="list-style-type: none"> Prepsy Fondation Fondamental (ONG)
Croacia	<ul style="list-style-type: none"> Sveti Ivan hospital in Zagreb
Polonia	<ul style="list-style-type: none"> Lodz
Islandia	<ul style="list-style-type: none"> Reykjavik at Landspítali – The National University Hospital of Iceland

Fuente: <http://iepa.org.au/by-country/>

En Europa, la mayoría de los países carecen de una buena implementación de estos programas en sus sistemas de salud. Únicamente Reino Unido y Dinamarca son los países que presentan una amplia cobertura, formando parte de las estrategias y políticas de salud mental de sus sistemas de salud nacionales. También cabe destacar que Suiza presenta servicios de ITP en la mayoría de los cantones, aunque carecen de financiación pública en la mayoría de los casos.

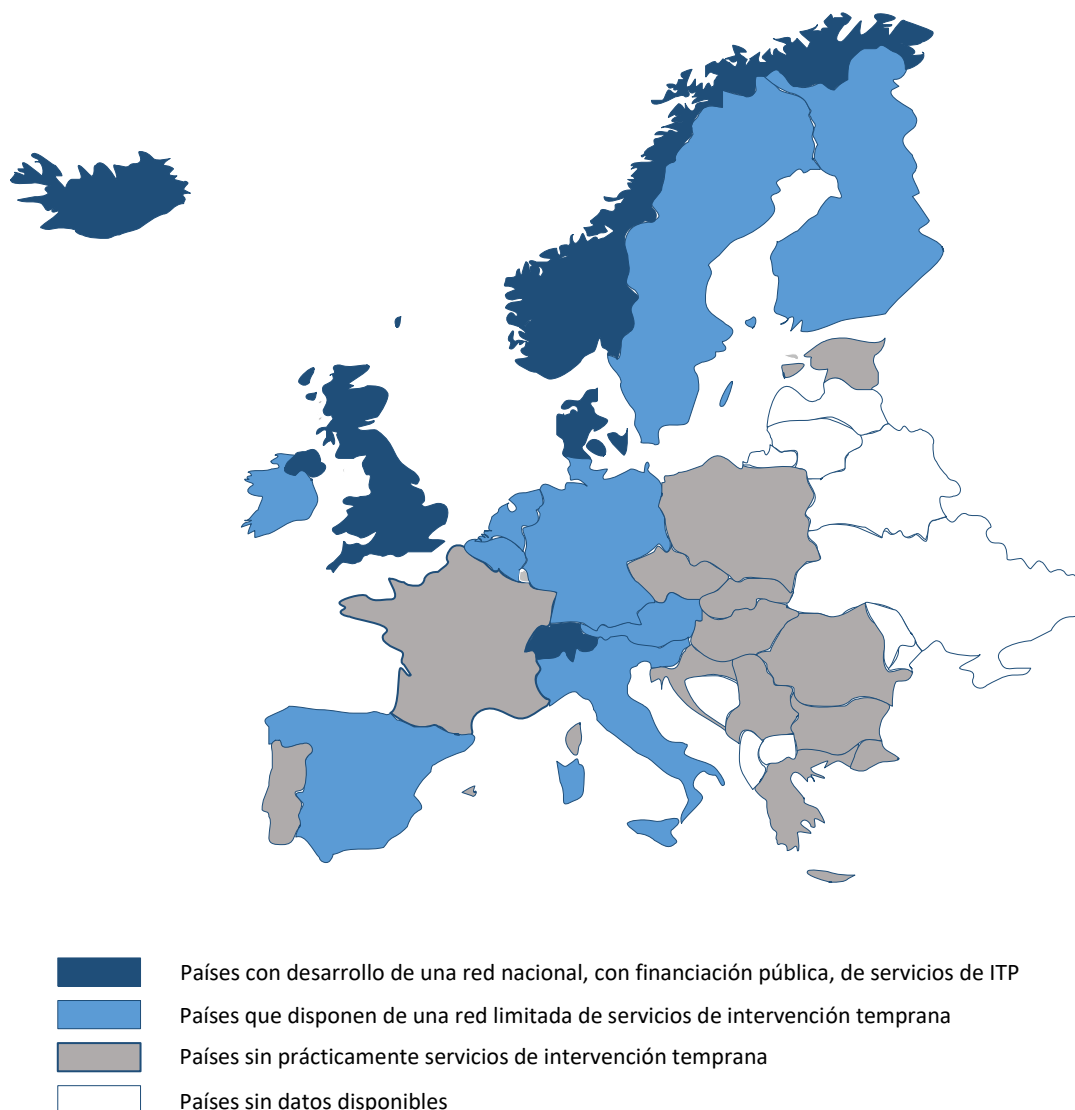
⁷ Programa desarrollado principalmente en Noruega y que contó con la participación de un servicio de intervención temprana en Roskilde, Dinamarca (11)

Parece que en los países donde se desarrollan más estos programas son aquellos donde la Atención Primaria (AP) juega un papel fundamental en la derivación de los pacientes a servicios de Salud Mental (SM), aunque existen claras excepciones como en el caso de España, donde la falta de coordinación entre servicios dificulta la detección y tratamiento precoz (11).

Un estudio realizado por la **London School of Economics** en 2016 (11) muestra el grado de implementación de los servicios de ITP en Europa. Se establecieron cuatro categorías en función del grado de implantación (ver Gráfico 12):

- 1) **Países con desarrollo de una red nacional, con financiación pública, de servicios de ITP.**
En esta categoría destaca Reino Unido, país con la mejor cobertura de toda Europa, con una red compuesta por más de 150 equipos de intervención precoz distribuidos por todo el país, Dinamarca, Noruega y Suiza. En esta categoría se sitúa también Islandia, a pesar de tener implementado un único servicio de ITP en el Hospital Nacional Universitario de Reikiavik, se puede considerar que la cobertura es nacional debido a la pequeña población del país y su concentración en la capital.
- 2) **Países que disponen de una red limitada de servicios de intervención temprana, con pocos programas a nivel local o regional, y no una estructura con cobertura nacional.**
En esta categoría se incluye a España. A pesar de subrayar en la Estrategia Nacional de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 y en la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente de 2009 la necesidad de crear un modelo asistencial basado en la detección e intervención temprana, apenas hay estrategias y guías de implementación a nivel autonómico y no existe una estandarización a nivel nacional. Se destaca que la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) redactó, en 2009, un Consenso sobre Atención Temprana a la Psicosis, pero no existe un plan nacional específico dentro del Sistema de Salud. De hecho, el sistema español se centra más en la “asistencia de la enfermedad cronicada y trastornos mentales de larga evolución”, destacando la existencia de deficiencias en la coordinación entre diferentes servicios e instituciones y carencias de muchos de los elementos necesarios en programas de ITP (1).
- 3) **Países sin prácticamente servicios de intervención temprana, ni desarrollo explícito de los mismos en sus estrategias y políticas en Salud Mental (11).**
- 4) **Países sin datos disponibles.**

Gráfico 12. Grado de implementación de los servicios de Intervención Temprana en Psicosis



Fuente: Growth in the use of early intervention for psychosis services: An opportunity to promote recovery amid concerns on health care sustainability. London School of Economics (2016)

Programas ITP en Australia

Las primeras investigaciones sobre los beneficios de la ITP se realizaron en Australia. En el 2014 se explicitó en el informe de la *National Mental Health Commission* la importancia de implementar programas de intervención temprana en psicosis en el país (25).

El *Orygen Youth Health* es un programa de atención a pacientes con psicosis, referente a nivel mundial. Se desarrolla en Melbourne, dentro del sistema público de salud mental (*The National Centre of Excellence in Youth Mental Health*). Se compone de dos programas principales: uno

dirigido a la atención a la salud mental de pacientes jóvenes, de 15 a 24 años, y otro a la formación y difusión sobre estas patologías. Actualmente alrededor de 450 pacientes son intervenidos anualmente a través de equipos multidisciplinares y en coordinación con otros servicios sanitarios, colegios, centros de drogodependencia y servicios sociales (26). Dentro de esta estrategia asistencial se pueden destacar dos servicios principales, ambos pioneros en la atención temprana en psicosis, una vez diagnosticados los PEP o pacientes con Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR) o Ultra Alto Riesgo (UHR).

A partir de Orygen Youth Health, los servicios de intervención temprana en psicosis se han ido expandiendo durante los últimos años en todo el país. Actualmente hay aproximadamente unos 100 centros operativos que ofrecen este servicio en Australia (27). A pesar de la creciente oferta, estos servicios no están completamente integrados en el sistema de salud mental australiano, existiendo aún regiones con escaso acceso a los mismos.

Tabla 6. Descripción de los programas EPPIC y PACE del Orygen Youth Health, Melbourne, Australia

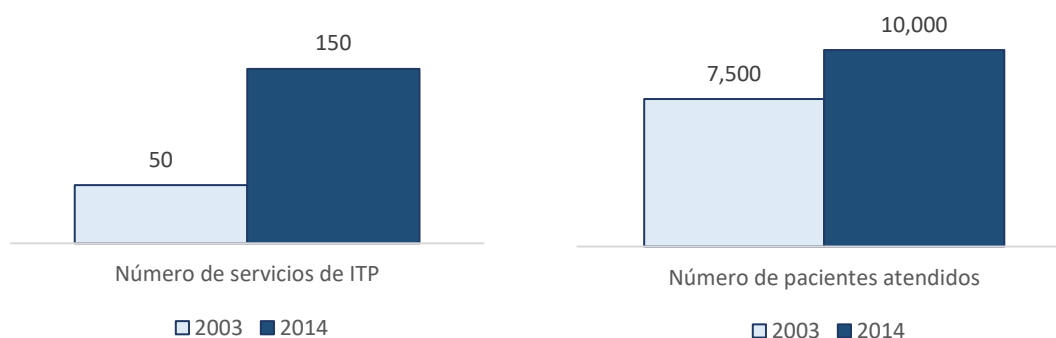
Programa	Descripción	Objetivos
PACE (Personal Assessment and Crisis Evaluation)	Atención precoz a personas clasificadas como de "alto riesgo"	<ul style="list-style-type: none"> Identificar precozmente EMAR Reducir el tiempo de demora en la medicación Reducir el riesgo asociado a comorbilidades y promover un estilo de vida sano Reducir los problemas sociales y educativos asociados a estas enfermedades Desarrollar planes de mantenimiento de la salud mental
EPPIC (Early Psychosis Prevention & Intervention Centre)	Detección temprana de PEP e inicio rápido del tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> Detección temprana y tratamiento de los PEP Mejorar el acceso y reducir las demoras en el tratamiento inicial Psico-educación Reducir los problemas sociales y educativos asociados a estas enfermedades Reducir el riesgo asociado a comorbilidades y promover un estilo de vida sano Desarrollar planes de mantenimiento de la salud mental

Fuente: <http://oyh.org.au/>

Programas ITP en Reino Unido

En Europa, Reino Unido posee la mayor oferta de servicios de intervención temprana psicosis, con el objetivo de identificar y gestionar aquellos pacientes en la fase temprana de psicosis tras el Primer Episodio Psicótico (PEP) (28). En Inglaterra, como parte representativa de todo el territorio, la constitución de estos servicios se detalló en el plan de inversión y reforma del *National Health Service* (NHS) en el año 2000, con el objetivo primario de reducir el periodo de psicosis sin tratar (DUP) en gente joven. Se planeó crear para 2004 cincuenta equipos especializados en intervención temprana y se marcó como objetivo la atención a 7.500 jóvenes anualmente (29). En 2014 ya había alrededor de 150 servicios de intervención temprana en Inglaterra⁸, con equipos multidisciplinares y con servicios de ayuda al empleo, educación vivienda e intervención familiar (11), ofreciendo el servicio a más de 10.000 jóvenes cada año (ver Gráfico 13). **Se ha establecido como objetivo nacional que, en 2021 el 60% de los pacientes con un PEP sean tratados en menos de dos semanas desde la derivación al programa (21).**

Gráfico 13. **Número de servicios de Intervención Temprana en Psicosis existentes en el marco del NHS-Inglaterra y pacientes atendidos en los mismos (2003-2014)**



Fuente: Growth in the use of early intervention for psychosis services: An opportunity to promote recovery amid concerns on health care sustainability (2016)

A pesar de la fuerte inversión inicial, estos programas están sufriendo serios recortes en su presupuesto debido a las políticas de austeridad realizadas por el gobierno. De hecho, la mitad de los servicios de ITP reconocen haber reducido su presupuesto, en algunos casos más de un 20%, según un informe realizado por *Rethink Mental Illness* en 2014 (3; 30).

⁸ Se alcanzaron los 178 en el año 2010, pero debido a la crisis financiera de 2008, se redujo la inversión en estos servicios (27)

Tabla 7. **Composición y principales funciones de los servicios de Intervención Temprana en Psicosis en Inglaterra**

<p>Composición del equipo de ITP, principalmente con formación en Intervención Familiar y terapias cognitivas-conductuales (31). Se recomiendan 15 pacientes por equipo (22)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Coordinador (personal de enfermería, terapeuta ocupacional o trabajador social) • Psiquiatra • Psicólogo clínico • Farmacéuticos especialistas en Salud Mental • Terapeutas ocupacionales • Personal administrativo • Especialistas en educación y empleo
<p>Funciones de los servicios de intervención temprana</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Inicio del tratamiento farmacológico en las primeras dos semanas desde la derivación del paciente al programa • Terapia psicológica • Apoyo a familias y cuidadores • Promoción de hábitos saludables • Control de los posibles efectos adversos de la medicación • Tratamiento domiciliario cuando sea posible • Ayuda en la identificación de episodios de psicosis (otros servicios, instituciones, población en general, etc.) • Manejo de comorbilidades (identificación y seguimiento) • Ayudas sociales (ayudas en vivienda, financieras, empleo, educación, etc.)

Fuente: NHS England, the National Collaborating Centre for Mental Health and the National Institute for Health and Care Excellence (2016) (21)

Programas ITP en Dinamarca

Actualmente los servicios de intervención temprana están implementados en las cinco regiones de Dinamarca. Su aplicación a nivel nacional ha sido posible principalmente a los buenos resultados alcanzados por los **Estudios OPUS (programa de Intervención Temprana en Psicosis de Dinamarca)** y **TIPS (Early Treatment and Identification of Psychosis en Dinamarca y Noruega⁹)**. Entre los beneficios publicados en el estudio OPUS, comparando los pacientes con acceso a servicios de ITP frente a la terapia convencional, destacan el incremento de calidad de vida (en base al GAF – *Global Assessment of Functioning*), la reducción significativa de los síntomas positivos y negativos de la enfermedad, un mayor número de derivaciones desde Atención Primaria y la disminución de las estancias hospitalarias (11; 19; 23). Todo ello acompañado de un estudio económico que concluía que la implementación de esta estrategia tenía un 93% de posibilidades de suponer un menor coste y un mejor resultado que el tratamiento convencional (11).

Tabla 8. **Composición de los equipos del programa OPUS**

OPUS se basa en un tratamiento asertivo comunitario (TAC)¹⁰, donde cada especialista tiene alrededor de 10 pacientes (23)

- Psiquiatra
- Enfermero/a especializado/a
- Psicólogo/a
- Trabajador social
- Terapeuta ocupacional
- Persona de apoyo para educación y empleo

⁹ En Noruega, en base a los buenos resultados obtenidos, la intervención temprana en psicosis es un elemento clave dentro de las guías noruegas, para la evaluación, tratamiento y seguimiento de pacientes con psicosis no afectivas. En 2016 se ha financiado con 3.3 millones de euros un proyecto estatal para la implementación de estos programas (27)

¹⁰ Stein y Test desarrollaron el concepto de TAC, basado en el trabajo multidisciplinar de diferentes profesionales con el objetivo de ofrecer cuidados individualizados, realizar un seguimiento activo y revisar los planes de tratamientos. Las intervenciones domiciliarias son fundamentales.

Situación estatal de la intervención temprana en psicosis 2017/2018

El informe desarrollado en 2016 por la *London School of Economics*¹¹ sobre la situación de los programas de intervención temprana en psicosis en Europa, incluye a España entre los países que disponen únicamente de programas a nivel local o regional, y no una estructura con cobertura nacional. Por este motivo, el Movimiento Rethinking, un proyecto multidisciplinar cuyo objetivo es replantear y mejorar el abordaje actual de la esquizofrenia, identificó la atención a la psicosis precoz como uno de los retos más importantes a abordar. En este contexto se enmarca el desarrollo del presente Libro Blanco.

El informe de la LSE destaca que en España los programas de ITP se limitan a **acciones locales**, desarrolladas por equipos con **alto interés** en su desarrollo, en muchos casos **vinculados a proyectos de investigación**, con importantes **carencias en cuanto a recursos físicos y económicos** (11).

Nuestro país carece de un programa a nivel nacional que desarrolle una estrategia común para la implantación de este tipo de intervenciones y son muy limitadas las experiencias de gobiernos autonómicos que hayan apoyado el desarrollo de un programa específico para ITP a nivel de comunidad autónoma.

A pesar de esta situación, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a través de diferentes documentos publicados, ha recogido la importancia de intervenciones tempranas en los primeros episodios psicóticos (PEP), y algunos planes de Salud Mental autonómicos también recogen de manera expresa líneas de trabajo en esta dirección.

¹¹ Growth in the use of early intervention for psychosis services: An opportunity to promote recovery amid concerns on health care sustainability. London School of Economics (2016)

Estrategia de Salud Mental del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2013 (32)

La **Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud**, incluye como Objetivo General 4 “Mejorar la calidad, la equidad y la continuidad de la atención a problemas de salud mental” y en concreto como objetivo específico 4.18 que “**las Comunidades Autónomas pondrán en marcha acciones para identificar e intervenir precozmente en las personas con psicosis**”.

De manera más inespecífica, el objetivo 4.2 incluye que “las Comunidades Autónomas establecerá procedimientos de apoyo desde la atención especializada en salud mental a la atención primaria para la detección y tratamiento precoz de los trastornos mentales”.

Además, se subraya la necesidad de acceso precoz a programas de rehabilitación para este tipo de pacientes, que les ayude a recuperar su vida personal y profesional. En concreto se establece como **Objetivo 4.5 “aumentar el porcentaje de pacientes con trastornos mentales graves que son incluidos en un programa de rehabilitación”** y como recomendación que “**todos los y las pacientes diagnosticados de trastorno mental grave deben tener la posibilidad de ser incluidos precozmente en un programa de rehabilitación**”.

En relación a la **erradicación del estigma y la discriminación** asociados a personas con trastornos mentales, la **Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013** recoge como recomendación que “**las intervenciones dirigidas a fomentar la integración y reducir el estigma de las personas con enfermedades mentales se dirigirán preferentemente a profesionales de la salud, profesionales de la comunicación, profesionales de la educación y escolares, empresarios y agentes sociales, asociaciones de personas con trastornos mentales y sus familiares**”.

Como recomendación, se establece que las intervenciones deben ser personalizadas, desarrollando un **plan individualizado de atención**, proponiendo dos tipos:

- El Plan Integrado de Atención para los pacientes con Trastorno Mental Grave (ver Glosario) y el Acuerdo Terapéutico para los pacientes con Trastorno Mental Común (ver Glosario).

- Se recomiendan formas organizativas orientadas a mejorar la continuidad de la asistencia de las personas con trastorno mental grave, reducir el número de hospitalizaciones y mejorar su funcionamiento social y calidad de vida.
- En este sentido, se proponen dos modelos de referencia: el **“Tratamiento Asertivo Comunitario”** y los **“Programas de Continuidad de Cuidados”**.
- Se incluye además como recomendación que cada Comunidad Autónoma implemente **guías de práctica clínica de los trastornos mentales más graves y prevalentes basadas en la evidencia**.

Para poder atender adecuadamente a personas con enfermedad mental, el **equipo multidisciplinar** se define como el instrumento básico para la coordinación tanto transversal como longitudinal. Por ello, se recomienda que las Unidades o Centros de Salud Mental deben estar compuestos por equipos multidisciplinarios dotados con un número suficiente de psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeros, trabajadores sociales, auxiliares, auxiliares de apoyo domiciliario y cuantos otros (terapeuta ocupacional, educador social o similares) recomienden las mejores prácticas disponibles. Estos equipos ofertarán una atención integral teniendo en cuenta la naturaleza bio-psicosocial de la salud, la diversidad de las personas y los requerimientos específicos del paciente y de su entorno de convivencia para garantizar los tratamientos menos restrictivos posibles con implicación de la persona con enfermedad mental en las decisiones y facilitando la colaboración de sus cuidadores informales cuando los hubiere. Junto a ello, a nivel autonómico se debería diseñar, implantar y evaluar un modelo de coordinación con Servicios Sociales, Educación, Justicia que garantice la continuidad de los cuidados de los niños y niñas y adolescentes en tratamiento, así como con Atención Primaria para la detección y tratamiento precoz de trastornos mentales.

Tabla 9. **Objetivos en relación a la intervención temprana en psicosis en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013**

Línea estratégica 2. Atención a los trastornos mentales
Objetivo general 4. “Mejorar la calidad, la equidad y la continuidad de la atención a los problemas de salud mental”
OBJETIVOS ESPECIFICOS
4.18. Las comunidades autónomas pondrán en marcha acciones para identificar e intervenir precozmente en las personas con psicosis .

Fuente: Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013

En 2015 se presentó una nueva Estrategia en Salud Mental, con una vigencia de 4 años. Sin embargo, en Consejo Interterritorial no se aprobó dicha actualización, y a día de publicación del presente Libro Blanco no se ha publicado todavía. Si bien es cierto que el Consejo Interterritorial, del 21 de junio de 2017, se comprometió a impulsar una actualización la Estrategia Nacional de Salud Mental que previsiblemente hará un especial énfasis en la **lucha contra el estigma y el abordaje de la prevención del suicidio**¹².

Consenso sobre Atención Temprana a la Psicosis de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2009 ⁽³³⁾

El documento se elaboró a raíz del proyecto que la **Asociación Española de Neuropsiquiatría** (AEN) presentó al Ministerio de Sanidad para la elaboración de un **consenso español sobre la Atención Temprana a la Psicosis**, con objeto de contribuir al desarrollo e implantación en este punto de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, aprobada en 2006.

El documento extrae una serie de recomendaciones para el abordaje de estos pacientes, tras el análisis de los resultados de diferentes programas a nivel internacional (EPPIC, PACE, PEPP, OPUS, TIPS, EPP, OASIS, LEO, entre otros).

La población diana de estos programas de atención temprana son personas con edades comprendidas entre los 14 y 35 años que presentan características de alto riesgo de desarrollo de psicosis (conocidos en la literatura como “*ultra high-risk*” – UHR – o estados mentales de alto riesgo – EMAR) o que están en el periodo crítico de hasta un máximo de 5 años tras el inicio de la psicosis.

La Asociación Española de Neuropsiquiatría recomienda en este documento desarrollar acciones en las siguientes **líneas estratégicas**:

1. **Promover la detección temprana y el acceso rápido** a servicios de salud mental comunitarios especializados.
2. **Facilitar la atención y la recuperación** de aquellas personas que han desarrollado por primera vez una psicosis o están en riesgo de desarrollarla.

¹² Nota de prensa del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 21 de junio de 2017. <https://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=4179> [consultado el 10 de octubre de 2017]

3. **Desarrollar planes de formación** que garanticen un adecuado desarrollo de estos programas.
4. **Promover la realización de investigaciones** en todas aquellas áreas implicadas en la atención temprana.
5. **Desarrollar planes y programas nacionales y/o autonómicos** de atención temprana a la psicosis.

Los programas deben organizarse en base a actividades que permitan la detección en población general por profesionales en contacto con jóvenes en edad de riesgo (atención primaria, servicios sociales, ámbito de educación, etc.). Es importante así poder coordinar la derivación al programa rápidamente y, si ésta no es factible, se debe trabajar en el ámbito más cercano posible al paciente.

Las intervenciones necesarias para la evaluación y tratamiento deben ser coordinadas por el equipo de Atención Temprana a la Psicosis, a lo largo de las diferentes fases por las que pasan el paciente y la familia, en colaboración con los profesionales sanitarios, sociales y educativos en contacto con la población joven.

El programa debe ser desarrollado por un **equipo multidisciplinario y transversal**, que se **adapte a las características de la red de Salud Mental local**, que puedan desarrollar funciones de “*case management*”, y con un **coordinador/a del programa**.

Para **combatir la posible estigmatización**, las entrevistas han de desarrollarse en los lugares más aceptables para el paciente y la familia: domicilio, consulta de atención primaria, escuela, calle, bar, etc.

El equipo debe enfocarse en la **vinculación al tratamiento**, buscando la capacitación y recuperación de la persona. Por lo que su modelo de atención ha de basarse en los principios del modelo de atención asertiva comunitaria

El programa debe asegurar la **continuidad asistencial**. Sería deseable que cada sector sanitario establezca un programa donde queden especificados los sistemas de coordinación y derivación y los objetivos e intervenciones desde cada dispositivo:

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

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

El **dimensionamiento de los equipos** debe realizarse teniendo en cuenta las tasas de incidencia y prevalencia esperable, y que la ratio recomendada es de **10-15 casos/profesional**.

Guía de Práctica Clínica sobre Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente (MSSSI) ⁽³⁴⁾

En esta guía de práctica clínica en el SNS, publicada en 2009, por el Ministerio de Sanidad, Servicio Sociales e Igualdad, recogía la relevancia de la esquizofrenia y otras formas de psicosis como importante problema de salud pública, debido a su grave impacto en el desarrollo psicológico y social de las personas afectadas y de su entorno familiar y social.

Supone una actualización de la guía publicada en el año 2003 y una ampliación de contenidos que **contempla los trastornos psicóticos incipientes**, facilitando a los profesionales y usuarios de los servicios sanitarios una **información rigurosa de la evidencia científica disponible para el tratamiento de dichos trastornos, y facilitar de esta manera el desarrollo de intervenciones preventivas, terapéuticas y rehabilitadoras que permitan mejorar el curso clínico, el pronóstico y la calidad de vida de quienes los padecen y de su entorno familiar y social**.

La guía no ha sido objeto de posteriores actualizaciones.

En las tablas siguientes se resumen los objetivos, dispositivos e intervenciones de salud mental, indicados para cada una de las fases del trastorno psicótico incipiente-

Tabla 10. Prestaciones de salud mental según fases precoces de las psicosis: objetivos terapéuticos, dispositivos e intervenciones.

Fase	Objetivos	Dispositivos	Intervenciones
EMAR	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar, demorar o minimizar el riesgo de transición a psicosis - Tratar síntomas y disfunciones presentes 	<ul style="list-style-type: none"> - Centros de salud mental: programa de atención específica al trastorno psicótico incipiente 	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico, evaluación y plan terapéutico - Tratamiento farmacológico sintomático (no antipsicótico) - Intervenciones psicosociales individual, familiar y apoyo a la recuperación
Primer Episodio Psicótico (PEP)	<ul style="list-style-type: none"> - Reducir la sintomatología psicótica y asociada - Impedir el daño - Conseguir la recuperación funcional - Introducir la idea de trastorno - Transmitir esperanza - Proporcionar relación terapéutica 	<ul style="list-style-type: none"> - Centros de salud mental: programa de atención específica al trastorno psicótico incipiente - Hospital de día - Hospitalización de agudos - Servicios de urgencias - Servicio de rehabilitación 	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico, evaluación y plan terapéutico - Tratamiento farmacológico - Intervenciones psicosociales individual, familiar y apoyo a la recuperación - Educación sanitaria y psicoeducación
Recuperación del primer episodio	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyar la adherencia al tratamiento - Conseguir la recuperación funcional y la inserción - Tratar problemas asociados 	<ul style="list-style-type: none"> - Centros de salud mental: programa de atención específica al trastorno psicótico incipiente - Hospital de día - Servicio de rehabilitación 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación continuada y adaptación del plan terapéutico - Tratamiento farmacológico - Intervenciones psicosociales individual, familiar y apoyo a la recuperación - Educación sanitaria y psicoeducación - Rehabilitación e inserción: habilidades sociales, rehabilitación cognitiva y laboral, apoyo a la inserción comunitaria

Fuente: Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. MSSSI (2009). EMAR: Estados Mentales de Alto Riesgo.

Guía clínica y terapéutica para primeros episodios psicóticos en la infancia y la adolescencia.

CIBERSAM. 2015 ⁽³⁵⁾

El objetivo de esta guía elaborada por el CIBERSAM¹³ es: “**Conseguir optimizar y homogeneizar los criterios de toma de decisión sobre la mejor opción en el diagnóstico y el tratamiento, en función de las condiciones clínicas específicas en circunstancias concretas, relacionadas con los primeros episodios psicóticos (PEP) en la infancia y adolescencia**”. Para ello se describen una serie de recomendaciones, detallando el nivel de evidencia y el grado de recomendación empleando el **sistema SIGN** (*Scottish Intercollegiate Guideline Network*) fundamentalmente.

En la guía se recoge cómo el modelo asistencial de intervención temprana en el trastorno psicótico persigue reducir la experiencia angustiosa lo antes posible y cómo, por el contrario, un periodo prolongado de trastorno psicótico sin tratamiento, constituye un factor de riesgo de mala evolución del PEP, en términos de peor evolución sintomática, funcional y cognitiva. Cualquier modelo asistencial tiene que garantizar la accesibilidad de consulta especializada ante los primeros síntomas de alarma. En este sentido, se recogen recomendaciones establecidas por el modelo australiano de atención a las fases iniciales de la psicosis.

- Los servicios de salud mental deben ser **accesibles y proporcionar una evaluación oportuna** de las personas que experimentan su primer episodio de psicosis.
 - El servicio de salud mental debe ser accesible 24 horas al día y 7 días a la semana.
- Los servicios de salud mental deben **proporcionar educación acerca de la intervención temprana** a los cuidadores primarios y la comunidad en general.
- La **comunidad necesita estar bien informada** acerca de los trastornos psicóticos y de cómo obtener ayuda eficaz.
- Se debe favorecer la **identificación profesional de los síntomas psicóticos**:
 - A partir de los profesionales de atención primaria que deben ser competentes en la obtención y el reconocimiento de los primeros signos clínicos de psicosis.
 - Los profesionales de atención primaria deben ser entrenados en la identificación de la psicosis y en cómo transferir la información de referencia del caso al especialista.

¹³ CIBERSAM: Centro de Investigación Biomédica en Red. Área de Salud Mental

- La formación de pregrado y la educación médica de postgrado deben ser desarrollados para permitir una mejor formación en la evaluación y tratamiento de la enfermedad mental emergente.
- Se deben desarrollar vínculos estrechos entre los servicios primarios y especializados de salud mental para facilitar la evaluación y tratamiento de la enfermedad mental emergente.
- Se debe mejorar el **control sobre el paciente**:
 - Implicación de un equipo asistencial en la atención precoz.
 - Dotación de medios para acceder a los servicios e información sobre el paciente.

Informe del estado actual de la prevención en salud mental del MSSSI y el Real Patronato sobre Discapacidad. 2013 ⁽³⁶⁾

Informe elaborado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con el Real Patronato sobre Discapacidad, describe la situación sobre programas de Intervención Precoz en Psicosis tanto a nivel nacional como internacional, destacando en España los programas de Cantabria (programas P3 y PAFIP), Cataluña (programa PAE-TPI), Andalucía, y País Vasco (programas Lehenak y Gazte). A la vista del análisis realizado se propusieron las siguientes recomendaciones para cada una de las fases de enfermedad.

Tabla 11. **Recomendaciones sobre la fase de estado mental de alto riesgo, de primer episodio y de recuperación**

Estado Mental de Alto Riesgo	Primer Episodio Psicótico (PEP)	Fase de recuperación
<ul style="list-style-type: none"> • Realización de campañas informativas para ayudar al reconocimiento de síntomas prodrómicos en la población general, médicos de cabecera y profesionales en contacto con la población de riesgo y para reducir el tiempo sin recibir tratamiento. • Programas específicos de atención temprana porque pueden disminuir y/o retrasar la transición a la psicosis. • Programas que incluyan intervenciones integrales farmacológicas y psicosociales que comprendan tratamiento psicológico, intervenciones familiares y apoyo a la recuperación. 	<ul style="list-style-type: none"> • En PEP de psicosis no afectivas, abordar el tratamiento desde equipos de intervención temprana o desde programas transversales multielementos. • Realización de campañas informativas para ayudar al reconocimiento de síntomas psicóticos en la población general, médicos de cabecera y profesionales en contacto con la población en riesgo con psicosis, para reducir el tiempo sin tratar. • Todas las intervenciones realizadas desde los ámbitos menos restrictivos y coercitivos posibles, a la vez que seguros para el paciente y su familia. • Administración de antipsicóticos de segunda generación 	<ul style="list-style-type: none"> • Programas de atención precoz a la psicosis frente a los abordajes tradicionales. • Proporcionar una atención biopsicosocial durante el periodo crítico posterior al inicio de la psicosis, mejor desde equipos especializados de intervención temprana que incluyan farmacoterapia, psicoeducación, manejo de estrés, prevención de recaídas, solución de problemas, terapia cognitiva, intervención familiar, reducción de daños por consumo de sustancias, consejo de apoyo y rehabilitación social y laboral.

Fuente: Informe del estado actual de la prevención en salud mental del MSSSI y el Real Patronato sobre Discapacidad (2013)

Movimiento *Rethinking*: Recomendaciones

A partir de las conclusiones del estudio sobre la eficacia, eficiencia y efectividad del tratamiento multidimensional de la esquizofrenia, publicado en 2016 en la Revista de Psiquiatría y Salud Mental, el Movimiento *Rethinking* ha recomendado las siguientes estrategias y acciones en base a las **necesidades no cubiertas** actualmente en España (37).

Tabla 12. **Recomendaciones para el tratamiento multidimensional de la esquizofrenia. Movimiento *Rethinking* (2016)**

	Recomendaciones
Síntomas	<ul style="list-style-type: none"> A pesar de contar con instrumentos de valoración – escalas – de los síntomas positivos, cabe destacar que su uso rutinario es mínimo, restringiéndose a entornos de investigación. Además, se detectan áreas de oportunidad en estrategias farmacológicas para el tratamiento de síntomas negativos, afectivos, motores, suicidio, y conductas agresivas (necesidad de tratamientos más eficaces y búsqueda de nuevas dianas terapéuticas). También destaca la evaluación de resultados en condiciones de la vida real y que incluyan medidas de coste-efectividad.
Comorbilidades	<ul style="list-style-type: none"> Es necesario desarrollar programas de educación y concienciación para que pacientes, médicos de atención primaria y psiquiatras comprendan la relevancia de mejorar la salud física, sobre todo disminuir los factores de riesgo cardiovascular, mejorar los hábitos de vida y contrarrestar los efectos secundarios del tratamiento.
Adherencia al tratamiento y recaídas	<ul style="list-style-type: none"> Principalmente, por falta de conciencia de enfermedad, los antecedentes de falta de adherencia, la presencia de un trastorno de abuso de sustancias, la mala tolerabilidad del tratamiento y estigmatización de la enfermedad. Se propone como estrategia la psicoeducación y la toma de decisión compartidas con el paciente.
Conciencia de la enfermedad (<i>insight</i>) y experiencia subjetiva	<ul style="list-style-type: none"> Estudios que demuestren que la mejora del <i>insight</i> se asocia a unos mejores resultados de salud para la persona.
Cognición	<ul style="list-style-type: none"> Técnicas de Rehabilitación Cognitiva (CRT) son las que muestran un mayor interés al no haber un tratamiento farmacológico idóneo.

	Recomendaciones
<p>Calidad de vida, autonomía y capacidad funcional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es necesario el empoderamiento de las personas afectadas, la introducción de la familia como un elemento fundamental y una mejor organización asistencial en la atención a las personas con esquizofrenia. <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados que cubran las necesidades de atención en salud física y mental. - Apoyo para que las personas con psicosis vivan en su entorno habitual. - Desarrollar mecanismos que les ayuden a desenvolverse en los sistemas complejos de empleo y beneficios sociales. - Apoyo específico, información y programas educativos a familiares y cuidadores para que proporcionen cuidados a los individuos de manera que suponga la menor disrupción posible en sus vidas. - Mejorar procedimientos de atención a las personas con esquizofrenia (incluyendo asociaciones de pacientes). - Apoyar la investigación y búsqueda de nuevos tratamientos. • Establecer campañas de sensibilización
<p>Inclusión</p>	<p>La lucha contra el estigma debe constituir un elemento clave en los planes de salud mental.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paciente: <ul style="list-style-type: none"> - Estrategias psicoeducativas para mejorar el conocimiento de la enfermedad. El manejo de estrés, prevenir recaídas y el consumo de sustancias. - Mejorar las habilidades personales y promover la autonomía. - Implicar al paciente en la identificación de prácticas discriminatorias. - Fomentar el acceso y uso de nuevas tecnologías. • Familia: <ul style="list-style-type: none"> - Mejorar el conocimiento y manejo de la enfermedad. - Implicar a la familia en el proceso terapéutico. • Profesionales de la salud: <ul style="list-style-type: none"> - Formación para una actuación social como modelo de tolerancia y aceptación de las personas con trastornos mentales. • Autoridades sanitarias: <ul style="list-style-type: none"> - Iniciativas legislativas y políticas que favorezcan la inclusión de los pacientes. - Planes de gestión de acuerdo con las expectativas y necesidades de los usuarios. • Medios de comunicación: <ul style="list-style-type: none"> - Actividades que fomenten la difusión e implantación de las guías ya existentes para el tratamiento de la información sobre salud mental para evitar el transmitir una representación negativa de la enfermedad mental.

Fuente: Crespo-Facorro B, et al. Eficacia, eficiencia y efectividad en el tratamiento multidimensional de la esquizofrenia: proyecto Rethinking. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.). 2016

ITP en las Estrategias autonómicas de Salud Mental

En 2017, únicamente 10 CCAA incluían aspectos específicos sobre primeros episodios psicóticos en sus planes de salud mental, que en la mayoría de los casos están enfocados a la creación de programas y procesos asistenciales específicos para la atención a las fases tempranas de psicosis

En 2017, el 53% de las CCAA (9 de las 17) contaban con Estrategia autonómica de Salud Mental vigente.

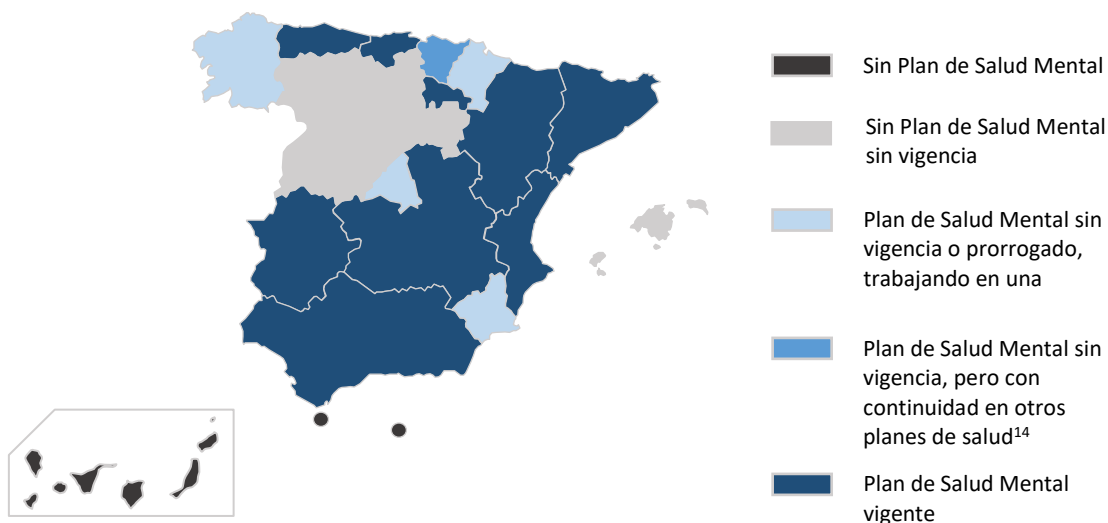
La Comunidad de Madrid y Navarra, en el momento de realización de este informe, habían prorrogado el periodo de vigencia de su Plan anterior, y estaban trabajando en una actualización del mismo¹⁴.

El País Vasco ha desarrollado nuevos planes de salud mental en cada uno de sus territorios, a través de las redes de salud mental territoriales¹⁵ (ver Tabla 13). Por otro lado, las Islas Canarias carecen de una estrategia autonómica en salud mental, aunque cuentan con un programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil y actualmente, se está trabajando en un nuevo plan de salud mental, que tiene prevista su publicación en verano de 2018. El Plan tendrá un periodo de vigencia de cinco años, e incluirá como una de las líneas estratégicas el tratamiento temprano de las psicosis.

¹⁴ La Comunidad de Madrid presentó su nuevo Plan de Salud Mental 2018-2020, el 8 de mayo de 2018

¹⁵ Por ejemplo, el Plan Estratégico de Salud Mental de Vizcaya 2014-2017

Gráfico 14. Vigencia de las estrategias y planes de salud mental autonómicos (2017)



Fuente: Elaboración propia a partir de información pública disponible y entrevistas.

Como se ha mencionado anteriormente, la Estrategia en Salud Mental del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad recoge como objetivo específico que las **Comunidades Autónomas pongan en marcha acciones para identificar e intervenir precozmente en las personas con psicosis**.

Pese a este objetivo, no todos los planes de salud mental autonómicos incluyen específicamente acciones dirigidas a la intervención precoz de las psicosis, y en la mayor parte de ellos, no se emiten recomendaciones sobre la implementación de programas de estas características,

Actualmente **15 Comunidades Autónomas (el 79%) mencionan expresamente la necesidad de la detección e intervención precoz en los trastornos mentales graves**, incluyendo algún objetivo o línea de acción enfocado en esta temática. Sin embargo, **únicamente 10 incluyen aspectos específicos sobre primeros episodios psicóticos en sus planes de salud mental (53%), enfocados en la creación de programas y procesos asistenciales específicos para fases tempranas de psicosis** (ver Tabla 13).

Gráfico 15. Planes y estrategias autonómicas en salud mental que incluyen objetivos o acciones específicas relacionadas con la intervención temprana en psicosis



Fuente: Elaboración propia

A pesar de este dato, existen ejemplos limitados de documentos de planificación autonómicos que sirvan de guía o emitan recomendaciones sobre la implementación de programas de intervención temprana en psicosis. Tan sólo Cataluña, la Comunidad Valenciana y Andalucía han elaborado guías generales o modelos para la implantación de programas:

- **Andalucía. Detección e intervención temprana de las psicosis (2010).** El documento pretende servir como modelo orientativo, y no como guía, para la implementación de programas de ITP en las Unidades de Gestión Clínica (UGC)
- **Cataluña. Guía de desarrollo del programa de atención específica a las personas con trastornos psicóticos incipientes del Plan Director de Salud Mental (2011).** El programa autonómico desarrollado en Cataluña sigue las indicaciones recogidas en esta guía.
- **Comunidad Valenciana. Programa de Atención a Primeros Episodios Psicóticos (2016).** Incluye una descripción de las características básicas de los programas desarrollados en los diferentes departamentos de salud de la Comunidad Autónoma.

Por otro lado, cabe destacar que, en 2012, Castilla-La Mancha elaboró el **Proceso Asistencial Integrado de Intervención Precoz en Primeros Episodios Psicóticos (PAISM IPEP)**, con el objetivo de consensuar las características de los programas en toda la Comunidad Autónoma. Este proceso asistencial no ha llegado a aplicarse hoy en día.

Gráfico 16. Documentos autonómicos con emisión de recomendaciones para la implantación de programas de intervención temprana en primeros episodios psicóticos



Fuente: Elaboración propia

Tabla 13. Estrategias y planes autonómicos en salud mental. Objetivos específicos en intervención temprana en psicosis

Comunidad Autónoma	Última estrategia SM vigente	Vigente (Si/No)	Periodo vigencia	Mención expresa ITP (Si/No)	Objetivo específico de ITP
Andalucía	III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía	Si	2016-2020	Si	Objetivo específico 4.2.2 (línea estratégica 4). Implementación en todas las Unidades de Gestión Clínica (UGC) de Salud Mental (SM) de programas de atención a los primeros episodios de psicosis
Aragón	Plan de Salud Mental	Si	2017-2021	Si	Objetivo específico 10 (línea estratégica 2). Disponer en las unidades de salud mental de un programa específico para primeros episodios psicóticos que permita su identificación, intervención temprana, abordaje intensivo y que garantice su continuidad asistencial y las intervenciones con el núcleo de convivencia que sean necesarias
Canarias	En elaboración	No	-	No	-
Cantabria	Plan de Salud Mental de Cantabria	Si	2015-2019	Si	Objetivo específico 1.1 (línea estratégica 1). Desarrollar en todas las áreas sanitarias de Cantabria un programa integral de detección y atención temprana a la psicosis orientado a la recuperación, basado en la evidencia disponible y con continuidad de una atención intensiva durante los 5 primeros años tanto de psicosis afectivas como no afectivas
Castilla y León	Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica	No	2003-2007	No	-
Castilla-La Mancha	Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha	Si	2018-2025	Si	Objetivo específico 7.7.1 (línea estratégica 7). Reforzar la atención en los primeros episodios psicóticos, mediante la identificación/creación de equipos interdisciplinarios. Crear un equipo de atención específica a los primeros episodios psicóticos por Área. El periodo para su implementación cubre de 2018 a 2025
Cataluña	Estratègies 2017-2020. Plan Director de Salud Mental y Adicciones	Si	2017-2020	Si	Objetivo estratégico 3.1 (línea estratégica 3). Acción propuesta 1.1. Implementar, en todo el territorio catalán, el programa de Atención Específica a las personas con Trastornos Psicóticos Incipientes , especialmente en el grupo de edad comprendido entre los 14 y 24 años
Ceuta y Melilla	Estrategia integrada en INGESA	-	-	No	-
Comunidad de Madrid	Plan Estratégico de Salud Mental Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020 (mayo 2018)	No	2010-2014	Si	Objetivo 2 (línea estratégica 2.4). Consolidar y desarrollar Programas de intervención precoz en las psicosis y Programas psicoterapéuticos para pacientes psicóticos en periodo de riesgo

Comunidad Autónoma	Última estrategia SM vigente	Vigente (Si/No)	Periodo vigencia	Mención expresa ITP (Si/No)	Objetivo específico de ITP
Comunidad Foral de Navarra	Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra Trabajando en nuevo plan	No	2012-2016	No	-
Comunidad Valenciana	Estrategia Autonómica de Salud Mental	Si	2016-2020	Si	Objetivo específico 3.9 (línea estratégica 2). Detectar precozmente problemas de salud mental en la población adulta. Acción propuesta 3.9.2. Implantar el programa de primeros episodios psicóticos (PEP)
Extremadura	III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura	Si	2016-2020	Si	Objetivo específico 7.1. Elaboración, aprobación e implementación de un nuevo Procesos Asistencial Integrado del TMG de la RSMEx, que incluya la atención precoz a primeros episodios
Galicia	Plan Estratégico de Salud Mental de Galicia	No	2006-2011	No	-
Islas Baleares	Estrategia de Salud Mental de las Illes Balears	No	Elaborado 2006	Si	Objetivo 6.1.1 (línea estratégica 6). Acción propuesta 8. Las Unidades de Salud Mental (USM) deben de poner en marcha, dentro de diferentes programas y funciones, programas de intervención precoz en primeros brotes psicóticos
La Rioja	III Plan Estratégico de Salud Mental La Rioja	Si	2016-2020	No	-
País Vasco	Estrategia en Salud Mental de la C. A. País Vasco	No ¹⁶	Elaborado 2010	No	-
Principado de Asturias	Plan de Salud Mental del Principado de Asturias	Si	2015-2020	Si	Objetivo específico 9 (línea estratégica 2). Actualizar y homogeneizar la implantación en las áreas de otros programas, revisando y actualizando la documentación existente y potenciando la utilización de guías de práctica clínica de reconocido prestigio: Detección e intervención precoz de la psicosis
Región de Murcia	Plan de Salud Mental de la Región de Murcia Trabajando en nuevo plan	No	2010-2013	No	-

Fuente: Elaboración propia (Datos actualizados enero 2018). No se incluyen objetivos relacionados con los trastornos mentales graves, sino aquellos específicos de psicosis

¹⁶ Plan estratégico sin vigencia, pero con continuidad en las estrategias de cada Red de Salud Mental del País Vasco (Bizkaia, Gipuzkoa y Álava)

Principales iniciativas y programas de ITP en España

Se han identificado un total de 49 programas de intervención temprana en psicosis en España, con mayor o menor grado de implementación, estructura y trayectoria.

El sistema de descentralización de las decisiones sanitarias y las diferentes prioridades autonómicas, ha hecho que en España exista una gran heterogeneidad en cuanto a la implantación de programas de ITP¹⁷. Las iniciativas actualmente activas en nuestro país se caracterizan por una gran heterogeneidad. Al no existir una estrategia o plan de acción estatal, con unos objetivos mínimos, las características de los diferentes programas que se han ido implantando presentan características muy dispares.

Únicamente Cataluña y la Comunidad Foral de Navarra cuentan con programas impulsados desde la administración pública, y financiación específica para el desarrollo de estos programas. Destacan también el territorio de Álava, con un programa integrado para toda la población alavesa, ubicado en el Hospital Universitario de Álava, y Bizkaia, donde entre **los programas de los hospitales generales de Cruces y Basurto, y de la Red de Salud Mental de Bizkaia, se da cobertura a toda la población vizcaína.** En otras ocho Comunidades Autónomas se ha identificado al menos una iniciativa de ITP con diferente grado de implantación y recursos.

Tanto en Andalucía como en la Comunidad Valenciana se han facilitado, indicaciones generales para el desarrollo de programas ITP en las diferentes áreas o departamentos, con el objetivo de facilitar la homogeneidad de las intervenciones. En ambos casos, se realiza además un seguimiento, desde la administración sanitaria, de los programas desarrollados en diferentes áreas y departamentos.¹⁸

Sin embargo, tan **sólo 22 de los 49 programas identificados en toda España, cumplen con una serie de requisitos mínimos** que garanticen su desarrollo con ciertas garantías de éxito y continuidad, más allá de buenas voluntades individuales*. Estos criterios fueron consensuados

¹⁷ Casi la totalidad de las Sociedades Científicas que han participado en este documento, han señalado que en España existe una gran heterogeneidad en cuanto a la implementación de estos programas, principalmente debido a la diferencia de recursos disponibles y prioridades en las políticas sanitarias

¹⁸ Detección e intervención temprana de las psicosis (2010) en Andalucía y Guía de Atención a Primeros Episodios Psicóticos (2016) en la Comunidad Valenciana

por el Comité Asesor del proyecto e incluyen: 1) el programa cuenta con una descripción formal del mismo, 2) se han desplegado como acciones concretas en la práctica con diferente alcance, no quedando únicamente en un ejercicio teórico descriptivo, 3) se ha designado un responsable de la coordinación del programa o 4) se están dedicando recursos físicos y/o humanos específicos para su desarrollo.

***Nota:** La Comunidad Valenciana presentó información adicional sobre 5 programas PTPEP desarrollados en los Departamentos de Elda, San Juan, Hospital General de Valencia y Provincial de Castellón y Elx (Elche) en una fase avanzada del informe. Esta información no pudo ser analizada por el Comité Asesor y, por lo tanto, no se han incluido como parte de los 22 Programas ITP analizados en este Libro Blanco. Se recoge información detallada sobre dichos Programas en el Informe específico de la Comunidad Valenciana.

Población cubierta por programas de ITP en España

Los 49 programas ITP identificados suponen una cobertura del 48.7% de la población total del país (22.682.576).

Sin embargo, tenido en cuenta los 22 programas, que cumplen los requisitos mínimos que se establecidos en el marco del proyecto permitirían dar cobertura únicamente al **31.78% de la población (14.769.000 habitantes)**.

Tabla 14. Listado de programa de intervención temprana en psicosis que cumplen los requisitos mínimos establecidos en este documento

Comunidad Autónoma	Nombre del programa	Año implementación	Población cubierta	Total
Andalucía	Programa de Primeros Episodios y de Atención Temprana del Hospital Regional de Málaga	2009	300.000	2.431.000 (29%)
Andalucía	Programa de Atención a Primeros Episodios de la UGC Virgen del Rocío	2016	800.000	
Andalucía	Detección e intervención temprana en la psicosis. AGS Sur de Granada (Motril)	2007	140.000	
Andalucía	Programa de Intervención en Primeros Episodios (PIPE) de la UGC Salud Mental del Hospital Puerto Real (Cádiz)	N/D	285.000	
Andalucía	Programa de Intervención Temprana en Psicosis (PITP). UGC Salud Mental Hospital Virgen de la Victoria (Málaga)	N/D	906.000	
Cantabria	Programa Asistencial para las Fases Iniciales de las Psicosis (PAFIP) del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla	2001	421.000	582.000 (100%)
Cantabria	Programa de Prevención de Psicosis (P3) (Torrelavega)	2000	161.000	
Castilla-La Mancha	Programa de Intervención en las Fases Iniciales de las Psicosis (PIFIP) del Hospital Virgen de la Luz de Cuenca	2016	143.000	143.000 (7%)
Cataluña	Programa de Atención Específica a las personas con Trastornos Psicóticos Incipientes (PAE-TPI)	2007	7.522.000	7.522.000 (100%) ¹⁹
Comunidad de Madrid	Programa de Intervención en Psicosis Adolescente (PIENSA) del Hospital Universitario Gregorio Marañón	2007	313.000	796.000 (12%)
Comunidad de Madrid	Unidad de intervención precoz en la psicosis de inicio reciente (IPPIR) del Hospital Clínico San Carlos	2011	240.000	

¹⁹ Se ha considerado que la cobertura del PAE-TPI de Cataluña en 2007 era del 28%, gracias a los 12 programas pilotos implementados en una primera fase. A finales del 2017, con la extensión del programa a todo el territorio catalán, se ha considerado una cobertura del 100%. Si bien es cierto, que aún no se ha implementado de manera funcional el PAE-TPI en todo el territorio.

Comunidad Autónoma	Nombre del programa	Año implementación	Población cubierta	Total
Comunidad de Madrid	Unidad de Atención Temprana Integrada y Comunitaria (UAT IC)	2014	243.000	
Comunidad Foral de Navarra	Programa de Intervención Precoz para Primeros Episodios Psicóticos de Navarra	2017	640.000	640.000 (100%)
Comunidad Valenciana	Programa Tratamiento de Primeros Episodios Psicóticos (PTPEP) –Gandía	2008	180.000	782.000 (16%)
Comunidad Valenciana	Programa Tratamiento de Primeros Episodios Psicóticos (PTPEP) – La Ribera	2014	259.000	
Comunidad Valenciana	Programa Tratamiento de Primeros Episodios Psicóticos (PTPEP) – Valencia Clínico Malvarrosa	2010	343.000	
Comunidad Valenciana	Programa Tratamiento de Primeros Episodios Psicóticos (PTPEP) – Valencia Dr. Peset	2017	130.000	130.000 (3%)
Islas Baleares	Programa en Primeros Episodios Psicóticos de Ibiza y Formentera	2011	140.000	140.000 (13%)
País Vasco	Programa Hipatya	1997	300.000	1.448.000 (66%)
País Vasco	Programa Lehenak de la red de Salud Mental de Bizkaia (RSMB)	2007	763.000	
País Vasco	Programa de Primeros Episodios Psicóticos del Hospital de Cruces (CRUPEP)	2004	385.000	
Principado de Asturias	Programa de detección e intervención precoz en psicosis del Área III	2008	155.000	155.000 (15%)

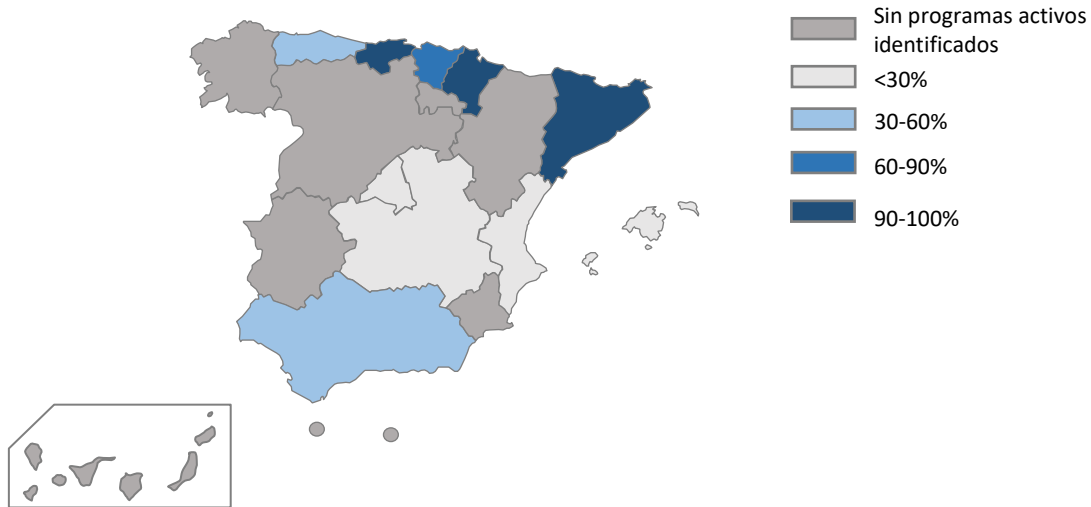
Fuente: Elaboración propia (2017)

	Programas recién implementados que han desarrollado un listado de indicadores a analizar pero que aún no han sido evaluados
	Programas que cuentan con indicadores de seguimiento

Por lo tanto, tan sólo aquellas Comunidades Autónomas que han desarrollado un programa a nivel autonómico, permiten ofrecer una cobertura total real a toda la población, mientras que en el resto de Comunidades Autónomas, existe una mayor heterogeneidad. La implementación del programa PAE-TPI en Cataluña, primero con los programas piloto en 2007 y posteriormente con la extensión a todo el territorio catalán, permite actualmente una cobertura total²⁰. Destaca además la situación en Cantabria que, pese a no contar con un programa coordinado desde la administración, sí ofrece programas estructurados con cobertura de toda la población. El País Vasco, cuarta Comunidad Autónoma con mayor cobertura, presenta una cobertura total en los territorios de Bizkaia y Álava, con programas bien implementados y con largo recorrido, mientras que Gipuzkoa carece de iniciativas con el mismo nivel de desarrollo.

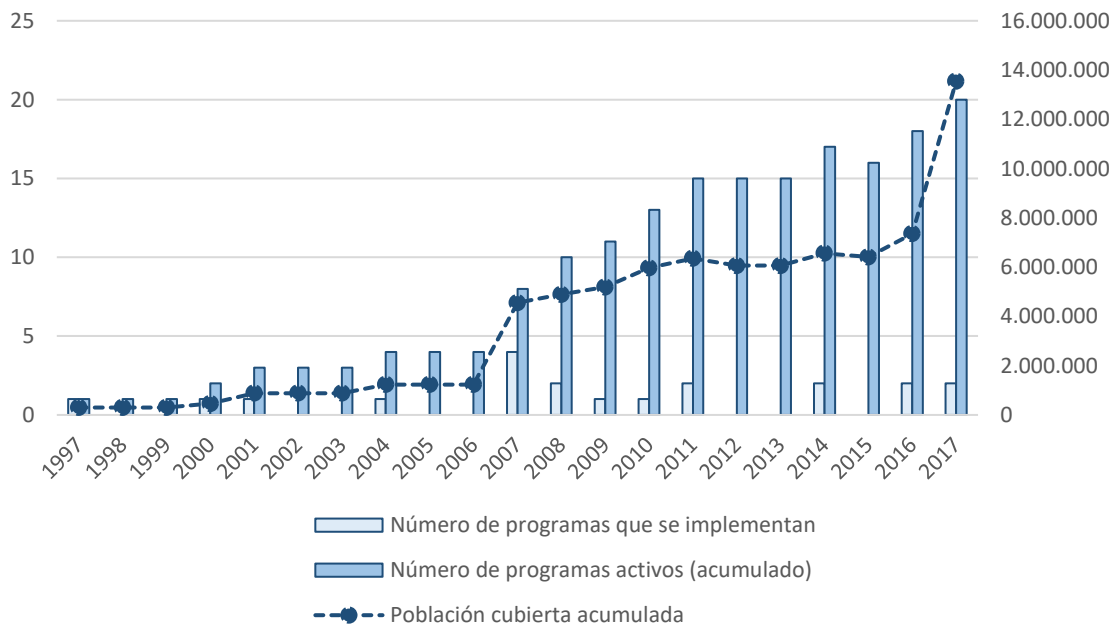
²⁰ Este cálculo habría que ajustarse en base al rango de edad de inclusión de cada uno de los programas. Por ejemplo, en Cataluña el programa teóricamente cubre toda la población, pero realmente está dirigido a pacientes de entre 14 y 35 años.

Gráfico 17. Población cubierta de los programas de intervención temprana en psicosis identificados en el libro blanco que cumplen con los requisitos mínimos



Fuente: Elaboración propia (2017)

Gráfico 18. Evolución del número de programas de intervención temprana en psicosis en España y población cubierta²¹



Fuente: Elaboración propia (2017)

* Se han incluido programas actualmente inactivos: PIPEMAR (Programa de Intervención Precoz en Estados Mentales de Alto Riesgo) en la Región de Murcia activo de 2010 a 2012. PAPIB (Programa Asistencial de Psicosis Inicial en El Bierzo) en Castilla y León activo de 2012 a 2015

Nota: Para el cálculo de la cobertura del PAE-TPI de Cataluña, se ha considerado que en 2007 la población cubierta era el 28% (12 programas piloto), y a partir del 2017 el 100%. A pesar de ello, en 2017 aún no estaba implementado totalmente en todo el territorio.

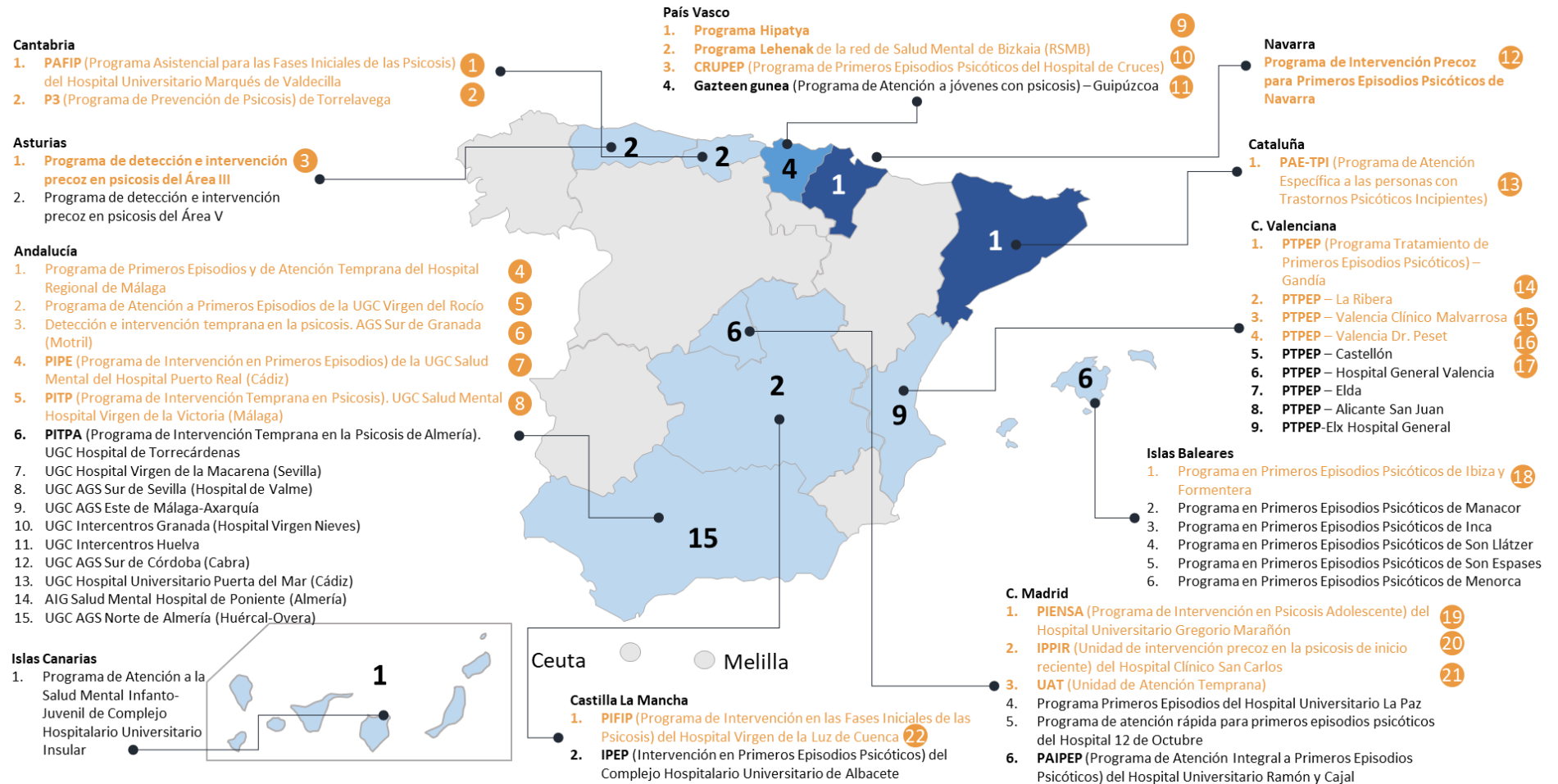
²¹ Se tienen en cuenta únicamente los programas que cumplen los requisitos mínimos establecidos en el documento

Financiación

Únicamente Cataluña y la Comunidad Foral de Navarra cuentan con programas impulsados desde la administración autonómica, con financiación específica. La mayor parte de los programas identificados carecen de un presupuesto exclusivo para su implementación, por lo que cuentan con los recursos habituales de la red de Salud Mental a iniciativa de los propios clínicos. Por otro lado, en el País Vasco, la Red de Salud Mental de Bizkaia (RSMB) financia específicamente el programa Lehenak, ubicado en instalaciones comunitarias exclusivas para su desarrollo.

Por último, cabe destacar que la Comunidad de Madrid y la Comunidad Valenciana financian recursos con carácter puntual, que en la mayoría de los casos se trata de profesionales que trabajan en exclusiva para estos programas. En el Programa Tratamiento de Primeros Episodios Psicóticos (PTPEP) – Valencia Clínico Malvarrosa, el coordinador es un psiquiatra cuya plaza está vinculada exclusivamente a ese programa. En la Comunidad de Madrid, por otro lado, la Fundación Manantial, en junio de 2014, firmó un convenio con el Servicio Madrileño de Salud, para la financiación de la experiencia piloto denominada “Unidad de Atención Temprana Joven” para jóvenes con primeros episodios psicóticos, e incluida en la Red de Servicios de Salud Mental del Hospital Universitario Príncipe de Asturias (HUPA). Hoy en día, el programa cuenta con profesionales dependientes de la red de Salud Mental con dedicación exclusiva al programa: un psiquiatra y una enfermera.

Gráfico 19. Programas de intervención temprana en psicosis identificados en España (2017)



Fuente: Elaboración propia (2017)

Nota: Se destacan en color naranja y numeran, los 22 programas que cumplen los requisitos mínimos establecidos en este documento

Gráfico 20. **Comunidades Autónomas que dedican financiación específica para programas de intervención temprana en psicosis**



Fuente: Elaboración propia (2017)

El resto de los programas identificados nacieron en la mayoría de los casos por iniciativa de equipos de Salud Mental, contando con los recursos habituales, tanto humanos como físicos. Algunos de los programas con mayor recorrido en España han nacido de proyectos de investigación en primeros episodios psicóticos, como es el caso de Cantabria (PAFIP, P3), País Vasco (Hipatya, CRUPEP), Comunidad de Madrid (PIENSA, IPPIR), y Comunidad Valenciana (PTPEP – Valencia Clínico Malvarrosa).

Principales barreras, desde la administración, para la implementación de estos programas

Los responsables de Salud Mental que han participado en este documento se han mostrado favorables a la implementación de estos programas, aunque el papel que debe jugar la Administración varía. En algunos casos se entiende que es fundamental la participación, a través de financiación específica para estos programas, de la Administración, mientras que en otros casos se traslada a la iniciativa propia de los clínicos su desarrollo.

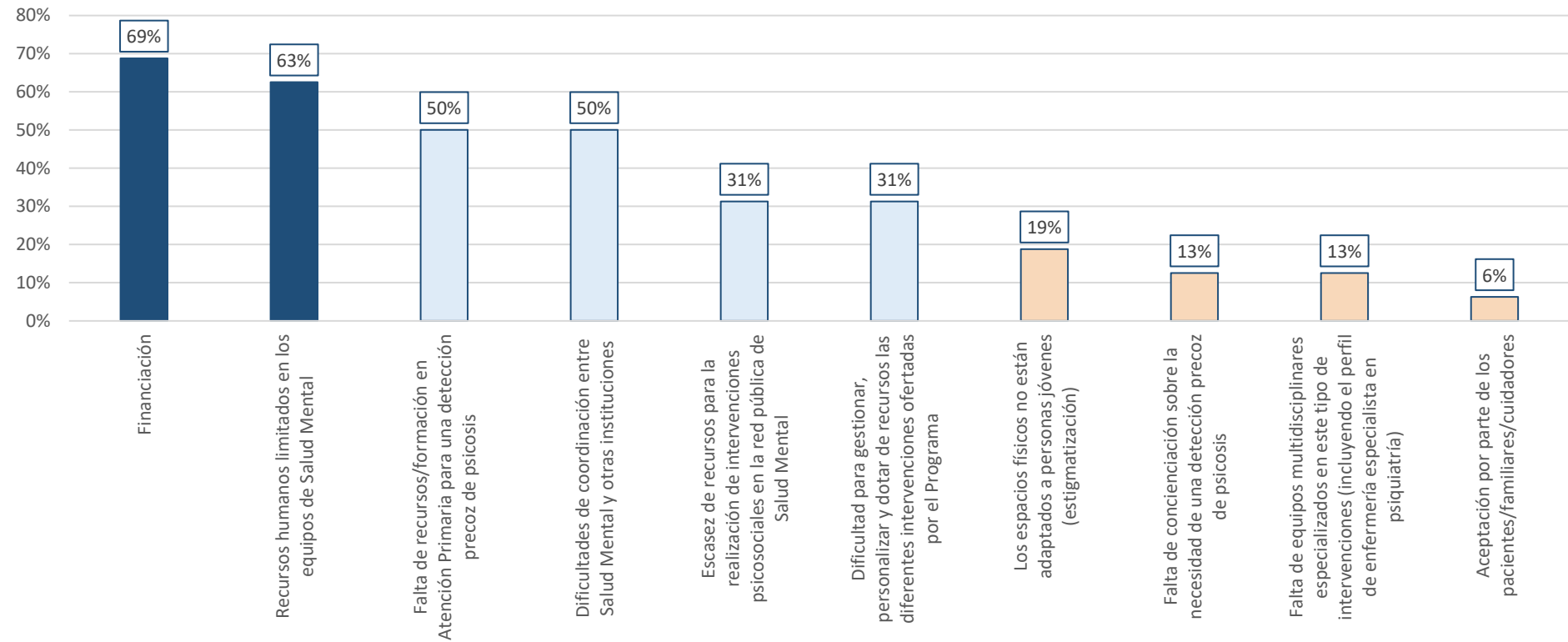
En un análisis de posibles barreras para desarrollar e implementar programas autonómicos, coordinados desde la Administración, y con parámetros similares entre ellos, se considera que la financiación es el principal obstáculo. Además, se considera que los recursos humanos

actuales en los equipos de Salud Mental, la falta de recursos y/o formación en Atención Primaria para una detección precoz de psicosis, así como la falta de coordinación con otras instituciones también se mencionan como importantes barreras. Y aquí es destacable como, en la mayoría de los casos, se considera que el papel de Atención Primaria es una pieza clave para el éxito de estas iniciativas.

Por otro lado, se considera que las instalaciones actuales, los equipos multidisciplinares presentes en la red de Salud Mental²², la concienciación sobre la necesidad de una detección precoz de psicosis entre los profesionales, y la aceptación por parte de los pacientes y sus familiares son, actualmente, suficientes para la implementación de programas de intervención temprana en psicosis.

²² No el número de profesionales, sino la multidisciplinariedad de los equipos actuales.

Gráfico 21. Respuesta a la pregunta: ¿cuáles considera son los principales obstáculos para la implementación de programas de ITP en España?



Fuente: Elaboración propia (2017), en base a la respuesta de los responsables de Salud Mental de 16 Comunidades Autónomas.

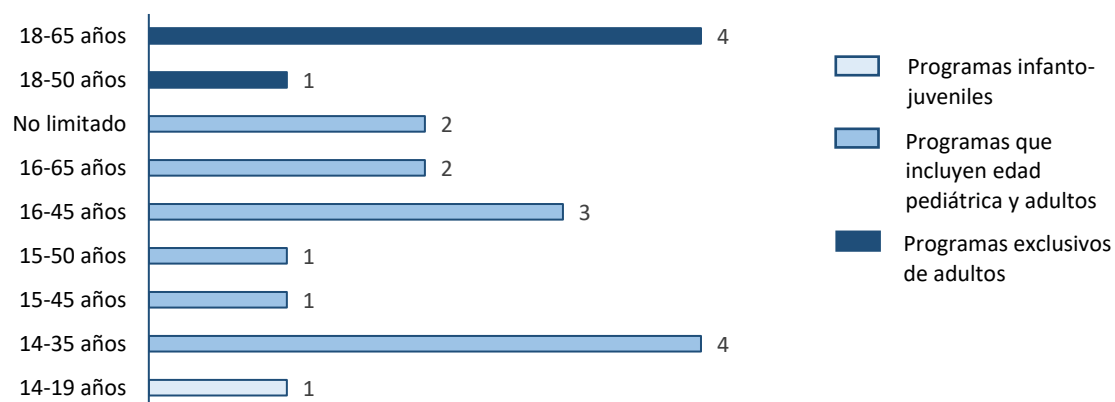
Edad de inclusión y duración de las intervenciones

Rango de edad cubierto por los programas ITP

El rango de edad cubierto por los programas identificados es heterogéneo, existiendo unos dirigidos exclusivamente a población infanto-juvenil, y otros a adultos. Estas diferencias se mantienen incluso en una misma Comunidad Autónoma, no existiendo homogeneidad de criterio.

La mayoría de los programas tienen un amplio rango de cobertura, incluyendo pacientes menores y mayores de 18 años (13 programas). Hay otros cinco que se dirigen exclusivamente a pacientes mayores de edad. Y, por último, el programa PIENSA (Programa de Intervención en Psicosis Adolescente) del Hospital Universitario Gregorio Marañón es el único de España dirigido exclusivamente a población adolescente.

Gráfico 22. Programas activos de intervención temprana en psicosis por rango de edad



Fuente: Elaboración propia (2017)

Nota: Sin información del programa de detección e intervención temprana en la psicosis, AGS Sur de Granada (Motril); Programa de Intervención en Primeros Episodios (PIPE) de la UGC Salud Mental del Hospital Puerto Real (Cádiz); Programa de Intervención Temprana en Psicosis (PITP). UGC Salud Mental Hospital Virgen de la Victoria (Málaga)

Los programas, por norma general, abarcan un rango de edad mayor que los recomendados internacionalmente. De hecho, tal como recoge la AEN en su Consenso sobre Atención Temprana a la Psicosis, a población diana de estos programas son personas con edades

comprendidas entre los 14 y 35 años (33). Analizando los datos de incidencia, cerca del 68% de los hombres y el 51% de las mujeres han debutado con la enfermedad antes de los 35 años de edad (2) (ver *Gráfico 1*). Únicamente 5 programas incluyen pacientes a partir de 14 años, y de éstos, cuatro incluyen también adultos hasta los 35 años:

- Programa de Atención a Primeros Episodios de la UGC Virgen del Rocío (Andalucía)
- Programa de Atención Específica a las personas con Trastornos Psicóticos Incipientes (Cataluña)
- Programa en Primeros Episodios Psicóticos de Ibiza y Formentera (Islas Baleares)
- Programa Hipatya (País Vasco)

Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR)

Las personas con Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR)²³, y aquellas que presentan pródromos de la enfermedad – periodo de trastornos no psicóticos en la experiencia o en la conducta (38) – pero que aún no han debutado con un primer episodio psicótico, no suelen ser objeto de los programas implementados en España, por una parte por la percepción de aún limitada evidencia científica que demuestren la eficiencia de estos tratamientos (7) y a la dificultad para identificar a las personas que experimentan un síndrome prodrómico, por sus características variables e inespecíficas (38).

A día de hoy, únicamente hay activos dos programas que contemplen estos casos: el Programa de Prevención de Psicosis (P3) de Cantabria y el Programa de Atención Específica a las personas con Trastornos Psicóticos Incipientes (PAE-TPI) de Cataluña. En algunos programas, aunque no se establecen estrategias específicas para este tipo de pacientes, no se excluyen estos casos si son detectados y derivados al programa.

²³ Aquellas personas que presentan (33):

- a) Síntomas positivos subumbral que no son lo suficientemente graves o persistentes para cumplir los criterios de primer episodio, o trastorno psicótico breve según el DSM o CIE.
- b) Historia familiar de trastorno psicótico en familiar de primer grado o trastorno esquizotípico del sujeto, más un declive funcional persistente o significativo dentro del último año (disminución de 30 puntos en la escala GAF).
- c) Síntomas psicóticos breves intermitentes y limitados (BLIPS) que no tengan más de una semana de duración y remitan espontáneamente.

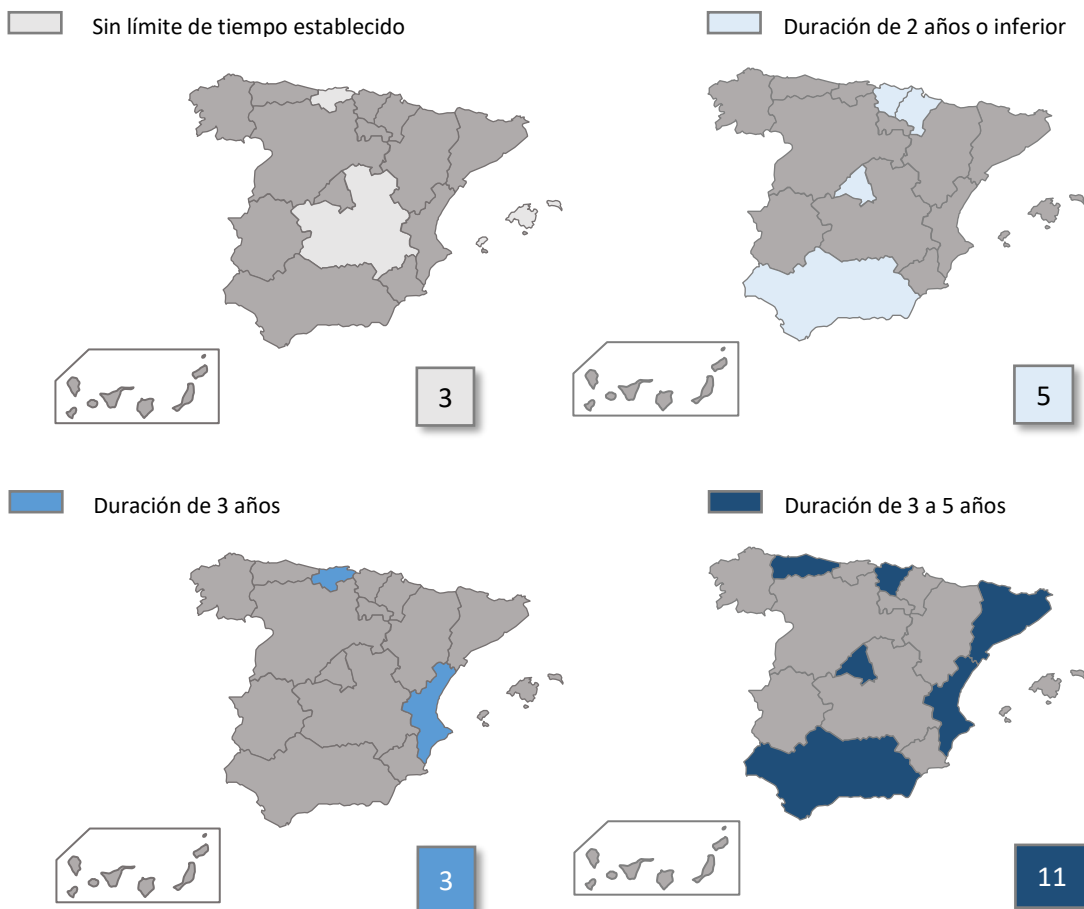
Aunque actualmente no está activo, en la Región de Murcia se desarrolló un programa exclusivo para EMAR: Programa de Intervención Precoz en Estados Mentales de Alto Riesgo (PIPEMAR). Se caracterizaba por realizar exclusivamente una intervención psicológica en aquellos pacientes identificados como es riesgo de desarrollar una psicosis (ver *Programa de Intervención Precoz en Estados Mentales de Alto Riesgo (PIPEMAR) – Programa no activo*). El programa se suspendió en 2012.

Duración de las intervenciones

Destaca la gran heterogeneidad existente en cuanto a la duración de los programas activos a nivel estatal.

Las intervenciones de 3 años o más son las mayoritarias, aunque también las hay con una duración inferior a 2 años (ver *Tabla 15*).

Gráfico 23. Duración de los programas de intervención temprana en psicosis







Fuente: Elaboración propia (2017)

Tabla 15. Rango de edad, inclusión/no de Estados Mentales de Alto Riesgo y duración de los programas de intervención temprana en psicosis en España

Comunidad Autónoma	Nombre del programa	Rango de edad	EMAR (s/n)	Duración
Andalucía	Programa de Primeros Episodios y de Atención Temprana del Hospital Regional de Málaga	18-65 años	No	3-5 años
Andalucía	Programa de Atención a Primeros Episodios de la UGC Virgen del Rocío	14-35 años	No	5 años
Andalucía	Detección e intervención temprana en la psicosis. AGS Sur de Granada (Motril)	N/D	N/D	2 años
Andalucía	Programa de Intervención en Primeros Episodios (PIPE) de la UGC Salud Mental del Hospital Puerto Real (Cádiz)	N/D	N/D	1 año
Andalucía	Programa de Intervención Temprana en Psicosis (PITP). UGC Salud Mental Hospital Virgen de la Victoria (Málaga)	N/D	N/D	5 años
Cantabria	Programa Asistencial para las Fases Iniciales de las Psicosis (PAFIP) del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla	18-65 años	No	3 años
Cantabria	Programa de Prevención de Psicosis (P3) (Torrelavega)	No limitado	Si	No limitado
Castilla-La Mancha	Programa de Intervención en las Fases Iniciales de las Psicosis (PIFIP) del Hospital Virgen de la Luz de Cuenca	16-65 años	No	No limitado
Cataluña	Programa de Atención Específica a las personas con Trastornos Psicóticos Incipientes (PAE-TPI)	14-35 años	Si	5 años
C de Madrid	Programa de Intervención en Psicosis Adolescente (PIENSA) del Hospital Universitario Gregorio Marañón	14-19 años	No	9 meses
C de Madrid	Unidad de intervención precoz en la psicosis de inicio reciente (IPPIR) del Hospital Clínico San Carlos	No limitado	No	5 años
C de Madrid	Unidad de Atención Temprana Integrada y Comunitaria (UAT IC)	16-65 años	No	5 años
CF de Navarra	Programa de Intervención Precoz para Primeros Episodios Psicóticos de Navarra	15-50 años	No	2 años
C. Valenciana	Programa Tratamiento de Primeros Episodios Psicóticos (PTPEP) –Gandía	15-45 años	Si	3 años
C. Valenciana	Programa Tratamiento de Primeros Episodios Psicóticos (PTPEP) – La Ribera	16-45 años	No	5 años
C. Valenciana	Programa Tratamiento de Primeros Episodios Psicóticos (PTPEP) – Valencia Clínico Malvarrosa	18-45* años	No	3-5 años**
C. Valenciana	Programa Tratamiento de Primeros Episodios Psicóticos (PTPEP) – Valencia Dr. Peset	16-46 años	No	5 años
Islas Baleares	Programa en Primeros Episodios Psicóticos de Ibiza y Formentera	14-35 años	No	No limitado
País Vasco	Programa Hipatya	14-35 años	No	2 años
País Vasco	Programa Lehenak de la red de Salud Mental de Bizkaia (RSMB)	15-45 años	No	5 años
País Vasco	Programa de Primeros Episodios Psicóticos del Hospital de Cruces (CRUPEP)	18-65 años	No	5 años
Principado de Asturias	Programa de detección e intervención precoz en psicosis del Área III	18-50 años	No	5 años

Fuente: Elaboración propia (2017). N/D: No Disponible. * Se han incluido casos hasta los 65 años. **Su duración puede variar desde los 3 hasta los 5 años, según diagnóstico.

	Sin límite de tiempo establecido
	Duración de 2 años o inferior
	Duración de 3 años
	Duración de 3 a 5 años

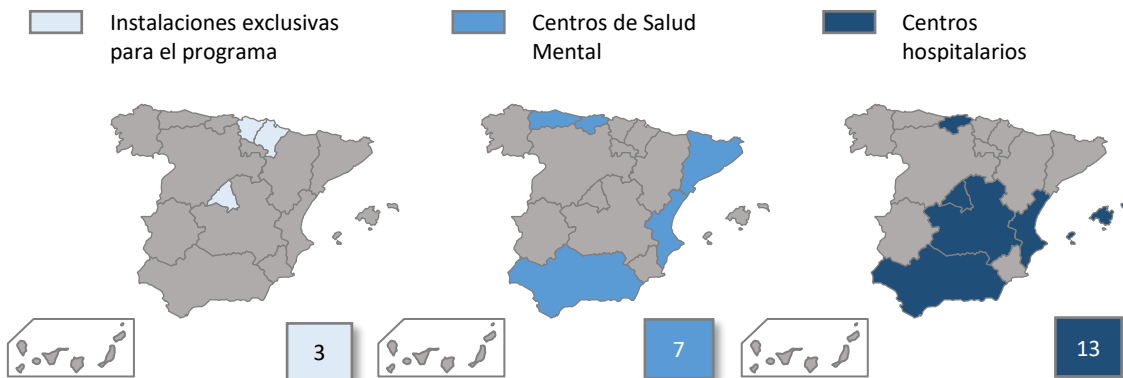
Recursos disponibles

En España, la mayoría de los programas carecen de instalaciones específicas propias, por lo que utilizan los recursos disponibles en la red de salud mental. Los pacientes con un primer episodio psicótico comparten instalaciones con el resto de pacientes, no habiendo en la mayoría de casos lugares de uso exclusivo para las intervenciones. Aunque muchos de los dispositivos tienen acceso a equipos de atención domiciliaria, en la mayoría de los casos se ofrece a pacientes con situaciones especiales que condicionan una menor adherencia a la asistencia a intervenciones del programa o adherencia al tratamiento.

Localización de los programas

El 55% (13) de los programas que cumplen los requisitos mínimos establecidos en el marco del proyecto y por tanto han sido analizados, se encuentran localizados en centros hospitalarios. El 32% (7) en centros de salud mental, y un 14% en centros exclusivos para el programa.

Gráfico 24. Localización de los programas de intervención temprana en psicosis






Fuente: Elaboración propia (2017)

Nota: El programa de Intervención Precoz para Primeros Episodios Psicóticos de la Comunidad Foral de Navarra se localiza en un espacio específico habilitado dentro del Centro de Salud Mental de Buztintxuri, con instalaciones totalmente separadas del circuito habitual de atención a pacientes. En 2018 se va a inaugurar un nuevo centro exclusivo para el desarrollo del programa.

Tabla 16. Localización de los programas de intervención temprana en psicosis en España

Comunidad Autónoma	Nombre del programa	Localización
Andalucía	Programa de Primeros Episodios y de Atención Temprana del Hospital Regional de Málaga	Hospitalario
Andalucía	Programa de Atención a Primeros Episodios de la UGC Virgen del Rocío	Centro de Salud Mental ²⁴
Andalucía	Detección e intervención temprana en la psicosis. AGS Sur de Granada (Motril)	Centro de Salud Mental
Andalucía	Programa de Intervención en Primeros Episodios (PIPE) de la UGC Salud Mental del Hospital Puerto Real (Cádiz)	Unidad de Rehabilitación de Salud Mental
Andalucía	Programa de Intervención Temprana en Psicosis (PITP). UGC Salud Mental Hospital Virgen de la Victoria (Málaga)	Hospitalario
Cantabria	Programa Asistencial para las Fases Iniciales de las Psicosis (PAFIP) del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla	Hospitalario
Cantabria	Programa de Prevención de Psicosis (P3) (Torrelavega)	Centro de Salud Mental
Castilla-La Mancha	Programa de Intervención en las Fases Iniciales de las Psicosis (PIFIP) del Hospital Virgen de la Luz de Cuenca	Hospitalario
Cataluña	Programa de Atención Específica a las personas con Trastornos Psicóticos Incipientes (PAE-TPI)	Centro de Salud Mental
C de Madrid	Programa de Intervención en Psicosis Adolescente (PIENSA) del Hospital Universitario Gregorio Marañón	Hospitalario
C de Madrid	Unidad de intervención precoz en la psicosis de inicio reciente (IPPIR) del Hospital Clínico San Carlos	Hospitalario
C de Madrid	Unidad de Atención Temprana Integrada y Comunitaria (UAT IC)	Centro específico ITP
CF de Navarra	Programa de Intervención Precoz para Primeros Episodios Psicóticos de Navarra	Centro específico ITP
C Valenciana	Programa Tratamiento de Primeros Episodios Psicóticos (PTPEP) –Gandía	Hospitalario
C Valenciana	Programa Tratamiento de Primeros Episodios Psicóticos (PTPEP) – La Ribera	Centro de Salud Mental ²⁵
C Valenciana	Programa Tratamiento de Primeros Episodios Psicóticos (PTPEP) – Valencia Clínico Malvarrosa	Hospitalario
C Valenciana	Programa Tratamiento de Primeros Episodios Psicóticos (PTPEP) – Valencia Dr. Peset	Hospitalario
Islas Baleares	Programa en Primeros Episodios Psicóticos de Ibiza y Formentera	Hospitalario
País Vasco	Programa Hipatya	Hospitalario
País Vasco	Programa Lehenak de la red de Salud Mental de Bizkaia (RSMB)	Centro específico ITP
País Vasco	Programa de Primeros Episodios Psicóticos del Hospital de Cruces (CRUPEP)	Hospitalario
Principado de Asturias	Programa de detección e intervención precoz en psicosis del Área III	Centro de Salud Mental

Fuente: Elaboración propia (2017)

-  Instalaciones exclusivas para el programa
-  Centros de Salud Mental
-  Centros hospitalarios

²⁴ La unidad funcional consta de 6 Unidades de Salud Mental Comunitaria, 1 Hospital de día, 1 Unidad de Salud Mental Innato-Juvenil y 1 Unidad de Hospitalización

²⁵ La unidad funcional consta de 1 Unidad de Hospitalización, 3 Centros de Salud Mental, 1 Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil y 1 UCA (Unidad de Conductas Abusivas)

Recursos humanos con dedicación a programas ITP

El perfil mayoritario de profesional con participación en los programas de ITP, es el de psiquiatría, y en la mayoría de los casos, complementado con personal de psicología clínica y enfermería. Cataluña es la Comunidad Autónoma que cuenta con mayor número de psiquiatras y psicólogos clínicos, habiendo cerca de 1 por 100.000 habitantes. La Comunidad Foral de Navarra, Cantabria, País Vasco y la Comunidad de Madrid también sobresalen, aunque se sitúan lejos de los niveles de Cataluña. Los perfiles de trabajo social, terapia ocupacional, u otros identificados en este documento, son escasos en España. De hecho, no se llega a alcanzar la cifra de 0,09 profesionales por 100.000 habitantes.

Se han analizado, para los 22 programas seleccionados, tanto el número de profesionales que trabajan en estos equipos – número total y ratio por 100.000 habitantes –, así como el tiempo de dedicación – calculado como Equivalente a Tiempo Completo (ETC)²⁶.

Se han analizado cinco perfiles: psiquiatría, psicología clínica, enfermería, trabajo social y terapia ocupacional. Además, se han identificado otros perfiles, categorizados como “otros”, tales como educador social, neuropsicólogo, experta en primera persona, genetista y técnico de imagen (ver Tabla 20).

En el *Anexo 1. Recursos humanos disponibles en los programas de intervención temprana en psicosis* se puede ver el número de profesionales que participan en los programas de intervención temprana en psicosis

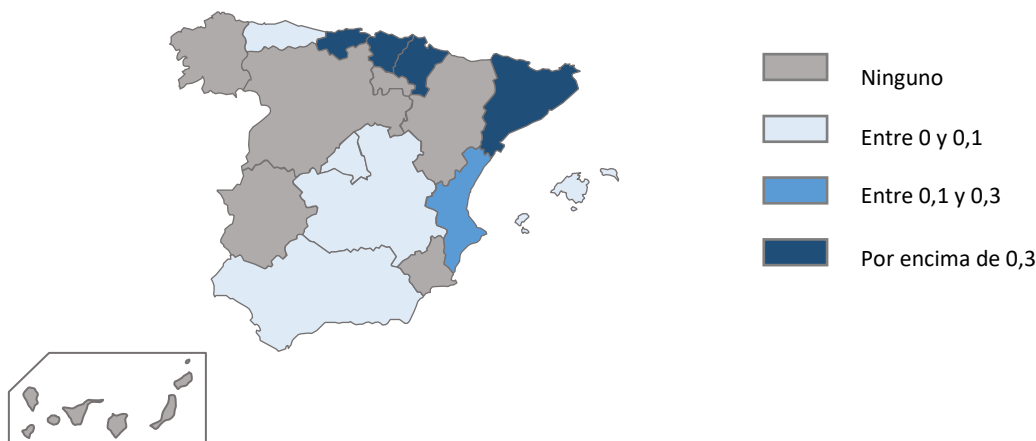
De los 22 programas analizados, no se dispone de datos de profesionales con dedicación al programa de 3 de Andalucía: Detección e intervención temprana en la psicosis del AGS Sur de Granada (Motril), Programa de Intervención en Primeros Episodios (PIPE) de la UGC Salud Mental del Hospital Puerto Real (Cádiz) y Programa de Intervención Temprana en Psicosis (PITP). UGC Salud Mental Hospital Virgen de la Victoria (Málaga).

²⁶ Se calcula como el total de horas dedicadas al programa dividido por las horas trabajadas a tiempo completo de los profesionales.

Psiquiatría

Se han identificado **125 psiquiatras**, con dedicación a programas de intervención temprana en psicosis en España. Cataluña y Comunidad Valenciana son las comunidades autónomas con un mayor número, destacando Cataluña con 75 aproximadamente²⁷. Analizando los ETC, como indicador más real de la dedicación de los profesionales a los programas, Cataluña está muy por encima del resto de Comunidades Autónomas, con más de 37 psiquiatras en ETC (74% de toda España). País Vasco, Comunidad Valenciana y la Comunidad Foral de Navarra presentan entre 2 y 4 (ver Tabla 17). Sin embargo, si realizamos la ratio de psiquiatras por cada 100.000 habitantes, Cantabria y Cataluña son las únicas Comunidades Autónomas que cuentan con al menos un psiquiatra. La media nacional es de 0,25 psiquiatras por 100.000 habitantes.

Gráfico 25. **Ratio de psiquiatras por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma con dedicación a programas de intervención temprana en psicosis**



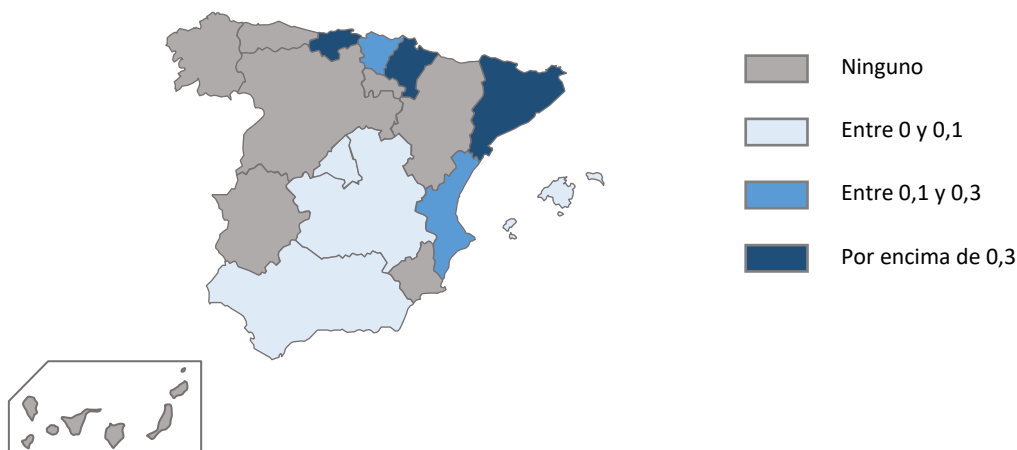
Fuente: Elaboración propia (2017). Programas que cumplen requisitos mínimos

²⁷ Únicamente se han tenido en cuenta aquellos profesionales con financiación específica para el PAE-TPI de Cataluña. El marco de los convenios colectivos vigentes permite una contratación de profesionales equivalente a dos titulados superiores a media jornada y de dos titulados medios también a media jornada por cada territorio o población equivalente a 100.000 habitantes de población general, aunque pueden participar otros profesionales de red de Salud Mental comunitaria (Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil, Centro de Salud Mental de Adultos, Centro de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias y Servicio de Rehabilitación Comunitaria). Se ha estimado al menos un psiquiatra y un psicólogo clínico por cada equipo del PAE-TPI de Cataluña. En total, 75 profesionales de cada especialización. Dentro de los titulados medios, pueden formar parte del programa un profesional de enfermería, uno de trabajo social o uno educación social. Al financiarse a dos titulados medios por programa dentro PAE-TPI de Cataluña, se ha estimado que en toda la Comunidad Autónoma hay 50 profesionales de cada perfil (33% de los 150 titulados medios financiados)

Psicólogos clínicos

El escenario es similar en cuanto a psicólogos clínicos implicados en los programas ITP. Si tenemos en cuenta todos los programas desarrollados, actualmente se han identificado 113 psicólogos clínicos, mientras que analizando exclusivamente aquellos programas que cumplen con los requisitos mínimos establecidos en este documento, hay 104 a nivel estatal. Cataluña, Comunidad Valencia y País Vasco son las Comunidades Autónomas con mayor volumen de psicólogos clínicos, aunque de nuevo, Cantabria y Cataluña son las que despuntan en la ratio por 100.000 habitantes. De hecho, únicamente Cataluña se sitúa cercano a un psicólogo clínico por cada 100.000 habitantes. A nivel estatal, hay cerca de 48 psicólogos clínicos en ETC con dedicación a estos programas. Cataluña sigue sobresaliendo también en este aspecto. La Comunidad Foral de Navarra, el País Vasco y la Comunidad de Madrid, son las otras tres regiones con más de un psicólogo clínico en ETC (ver Tabla 17).

Gráfico 26. Ratio de psicólogos clínicos por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma con dedicación a programas de intervención temprana en psicosis



Fuente: Elaboración propia (2017). Programas que cumplen requisitos mínimos

Tabla 17. **Número total, equivalentes a tiempo completo (ETC) y ratio de psiquiatras y psicólogos clínicos por 100.000 habitantes**

Comunidad Autónoma	Psiquiatras			Psicólogos clínicos		
	Número	Ratio 100.000 hab.	ETC	Número	Ratio 100.000 hab.	ETC
Andalucía	8	0,10	0,2	6	0,07	0,2
Aragón	0	0,00	0,0	0	0,00	0,0
Canarias	0	0,00	0,0	0	0,00	0,0
Cantabria	6	1,03	1,5	2	0,34	0,8
Castilla y León	0	0,00	0,0	0	0,00	0,0
Castilla-La Mancha	2	0,10	0,4	2	0,10	0,4
Cataluña	75	1,00	37,6	75	1,00	37,6
Ceuta	0	0,00	0,0	0	0,00	0,0
Comunidad de Madrid	5	0,08	1,8	4	0,06	2,6
Comunidad Foral de Navarra	2	0,31	2,0	3	0,47	3,0
Comunidad Valenciana	11	0,22	2,1	6	0,12	0,6
Extremadura	0	0,00	0,0	0	0,00	0,0
Galicia	0	0,00	0,0	0	0,00	0,0
Islas Baleares	1	0,09	0,4	1	0,09	0,2
La Rioja	0	0,00	0,0	0	0,00	0,0
País Vasco	7	0,32	4,0	5	0,23	2,1
Principado de Asturias	1	0,10	1,0	0	0,00	0,0
Región de Murcia	0	0,00	0,0	0	0,00	0,0
Total	118	0,25	51	104	0,22	48

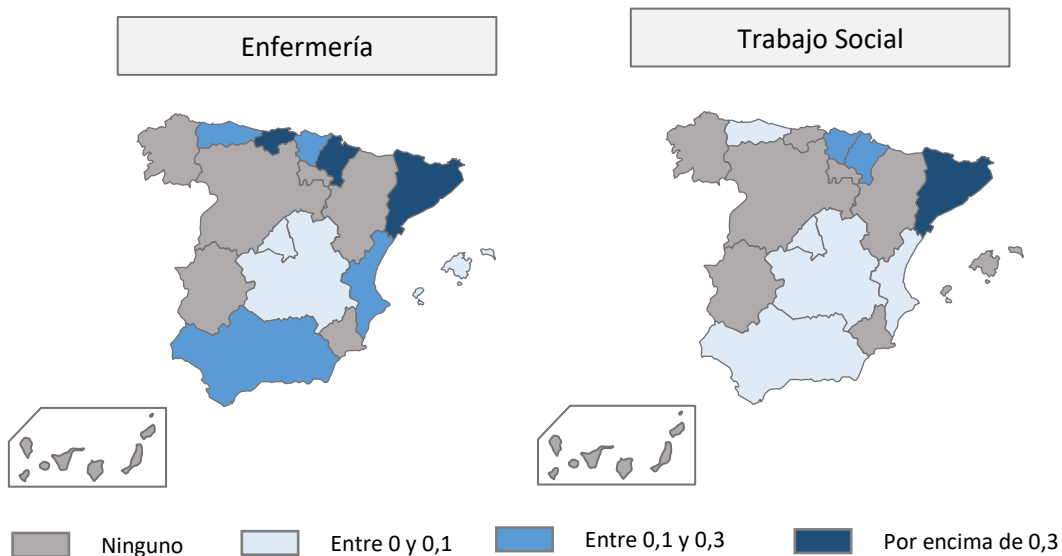
Fuente: Elaboración propia (2017)

Nota: Datos de los programas que cumplen los requisitos mínimos establecidos en el documento

Otros perfiles representados en los equipos multidisciplinares ITP

Otros perfiles participan también en estos programas, destacando los profesionales de enfermería (84 en total) y de trabajo social (64 profesionales con dedicación a programas ITP). Tan sólo se han identificado 3 terapeutas ocupacionales implicados en programas de ITP en toda España. El Programa de Atención Específica a las personas con Trastornos Psicóticos Incipientes (PAE-TPI) cuenta con el perfil de educador social en la mayor parte de los equipos multidisciplinares (ver Tabla 18).

Gráfico 27. Ratio de profesionales de enfermería y trabajo social por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma con dedicación a programas de intervención temprana en psicosis



Fuente: Elaboración propia (2017). Programas que cumplen requisitos mínimos

Tabla 18. Número total, equivalentes a tiempo completo (ETC) y ratio de profesionales de enfermería, trabajo social y otros perfiles por 100.000 habitantes

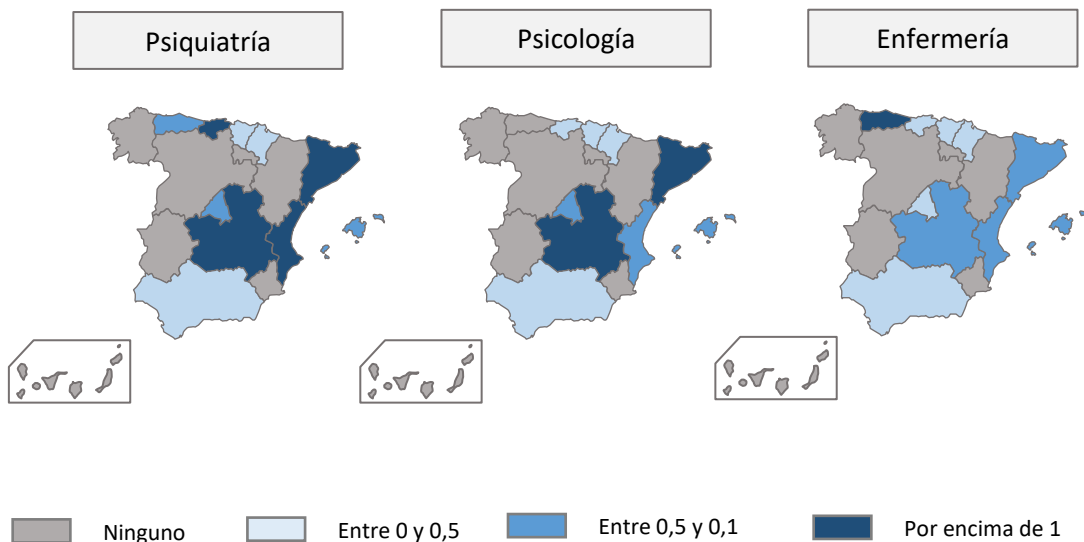
Comunidad Autónoma	Enfermería			Trabajo social			Otros		
	Nº	Ratio 100.000 hab.	ETC	Nº	Ratio 100.000 hab.	ETC	Nº	Ratio 100.000 hab.	ETC
Andalucía	10	0,12	0,2	1	0,01	0,2	1	0,01	0,2
Aragón	0	0,00	0,0	0	0,00	0,0	0	0,00	0,0
Canarias	0	0,00	0,0	0	0,00	0,0	0	0,00	0,0
Cantabria	2	0,34	0,9	1	0,17	nd	1	0,17	0,4
Castilla y León	0	0,00	0,0	0	0,00	0,0	0	0,00	0,0
Castilla-La Mancha	1	0,05	0,2	1	0,05	0,2	0	0,00	0,0
Cataluña	50	0,66	25	50	0,66	25,1	50	0,66	25,1
Ceuta	0	0,00	0,0	0	0,00	0,0	0	0,00	0,0
Comunidad de Madrid	3	0,05	1,7	1	0,02	0,5	2	0,04	1,5
Comunidad Foral de Navarra	2	0,31	2,0	1	0,16	1,0	1	0,16	1,0
Comunidad Valenciana	8	0,16	1,0	3	0,06	0,5	6	0,12	0,2
Extremadura	0	0,00	0,0	0	0,00	0,0	0	0,00	0,0
Galicia	0	0,00	0,0	0	0,00	0,0	0	0,00	0,0
Islas Baleares	1	0,09	1,0	0	0,00	0,0	0	0,00	0,0
La Rioja	0	0,00	0,0	0	0,00	0,0	0	0,00	0,0
País Vasco	5	0,23	2,3	5	0,23	1,6	2	0,09	0,3
Principado de Asturias	2	0,19	1,2	1	0,10	0,0	0	0,00	0,0
Región de Murcia	0	0,00	0,0	0	0,00	0,0	0	0,00	0,0
Total	84	0,18	36	64	0,14	29	63	0,14	28

Fuente: Elaboración propia (2017). Nota: Datos de los programas que cumplen los requisitos mínimos establecidos en el documento.

Ratio de profesionales equipos ITP por población cubierta

Al no tener toda la población española acceso a programas de intervención temprana en psicosis, es necesario realizar un análisis comparativo de las ratios entre los programas para entender qué profesionales se dedican por población cubierta, así como para obtener datos contrastables con otros programas internacionales. Se ha calculado el número de profesionales, por perfiles, por cada 100.000 habitantes teniendo en cuenta únicamente la población cubierta de los programas existentes²⁸.

Gráfico 28. Ratio de profesionales de psiquiatría, psicología y enfermería por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma con dedicación a programas de intervención temprana en psicosis (población cubierta: 14.734.000 habitantes)



Fuente: Elaboración propia (2017). Datos de población cubierta por los programas que cumplen los requisitos mínimos establecidos en este documento

²⁸ Se han considerado los programas que cumplen los requisitos mínimos establecidos en este documento


Tabla 19. Ratio de psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeros, trabajadores sociales y otros perfiles por 100.000 habitantes (población cubierta: 14.734.000 habitantes)

Comunidad Autónoma	PQ	PC	EN	TS	Otros
Andalucía	0,33	0,25	0,41	0,04	0,04
Aragón	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Canarias	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Cantabria	1,03	0,34	0,34	0,17	0,17
Castilla y León	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Castilla-La Mancha	1,40	1,40	0,70	0,70	0,00
Cataluña ²⁹	1,00	1,00	0,66	0,67	0,67
Ceuta	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Comunidad de Madrid	0,63	0,50	0,38	0,13	0,26
Comunidad Foral de Navarra	0,31	0,47	0,31	0,16	0,16
Comunidad Valenciana	1,21	0,66	0,88	0,33	0,66
Extremadura	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Galicia	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Islas Baleares	0,71	0,71	0,71	0,00	0,00
La Rioja	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
País Vasco	0,50	0,35	0,35	0,35	0,14
Principado de Asturias	0,65	0,00	1,29	0,65	0,00
Región de Murcia	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total*	0,78	0,57	0,60	0,30	0,18

Fuente: Elaboración propia (2017). Datos de población cubierta por los programas que cumplen los requisitos mínimos establecidos en este documento

*No se han tenido en cuenta las Comunidades Autónomas sin programas activos de ITP

Nota: PQ (Psiquiatra); PC (Psicólogo Clínico); EN (Enfermería); TS (Trabajador Social); Otros (Se incluyen en otros perfiles: terapeuta ocupacional, neuropsicólogo, neuropsiquiatra, educador social, experta en primera persona, genetista, coordinador y técnico de imagen)

 Dato por encima de la media nacional

²⁹ La distribución de ratios en Cataluña que permite la financiación del programa a través de los Centros de Salud Mental de Adultos (CSMA) es de dos titulados (psiquiatría y psicología clínica) a media jornada, y de dos titulados (enfermería y trabajo social), también a media jornada. Los CSMA se acostumbran a tener profesionales de estos cuatro perfiles. La financiación incluye también algunas horas de profesionales de los Centros de Salud Mental Infante-Juvenil (CSMIJ) para su dedicación a este programa. Por otra parte, está prevista la incorporación a los equipos comunitarios del programa de otros profesionales de los Centros de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias, que no han recibido una financiación específica al respecto, y de profesionales de los Servicios de Rehabilitación Comunitaria (SRC). Estos servicios han incrementado en general su financiación a través de su conversión de Centros de Día en SRC, ampliando su cartera de servicios a la población juvenil, pero no se ha financiado de forma específica la participación en el PAE-TPI

Tabla 20. Profesionales con dedicación, parcial o total, a programas de intervención temprana en psicosis en España

Comunidad Autónoma	Nº Programas activos (destacados)	Nombre del programa	PQ	PQ (s/n)	PC	PC (s/n)	EN	EN (s/n)	TS	TS (s/n)	TO	TO (s/n)	Otro	Otro (s/n)	
Andalucía	15 (5)	Programa de Primeros Episodios y de Atención Temprana del Hospital Regional de Málaga	1	Si	1	Si	1	Si	1	Si	1	Si	0	No	
		Programa de Atención a Primeros Episodios de la UGC Virgen del Rocío	7	Si	5	Si	9	Si	0	No	0	No	0	No	
		Detección e intervención temprana en la psicosis. AGS Sur de Granada (Motril)	N/D	No	N/D	No	N/D	No	N/D	No	N/D	No	N/D	No	No
		Programa de Intervención en Primeros Episodios (PIPE) de la UGC Salud Mental del Hospital Puerto Real (Cádiz)	N/D	No	N/D	No	N/D	No	N/D	No	N/D	No	N/D	No	No
		Programa de Intervención Temprana en Psicosis (PITP). UGC Salud Mental Hospital Virgen de la Victoria (Málaga)	N/D	No	N/D	No	N/D	No	N/D	No	N/D	No	N/D	No	
Cantabria	2 (2)	Programa Asistencial para las Fases Iniciales de las Psicosis (PAFIP) del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla	3	Si	1	Si	1	Si	0	No	0	No	1	Si	
		Programa de Prevención de Psicosis (P3) (Torrelavega)	3	Si	1	Si	1	Si	0	No	0	No	0	No	
Castilla-La Mancha	2 (1)	Programa de Intervención en las Fases Iniciales de las Psicosis (PIFIP) del Hospital Virgen de la Luz de Cuenca	2	Si	2	Si	1	Si	1	Si	0	No	0	No	
Cataluña	1 (1)	Programa de Atención Específica a las personas con Trastornos Psicóticos Incipientes (PAE-TPI)	75	Si	75	Si	50	Si	50	Si	0	No	50	Si	
Comunidad de Madrid	6 (3)	Programa de Intervención en Psicosis Adolescente (PIENSA) del Hospital Universitario Gregorio Marañón	2	Si	1	Si	1	Si	1	Si	0	No	0	No	

Comunidad Autónoma	Nº Programas activos (destacados)	Nombre del programa	PQ	PQ (s/n)	PC	PC (s/n)	EN	EN (s/n)	TS	TS (s/n)	TO	TO (s/n)	Otro	Otro (s/n)
		Unidad de intervención precoz en la psicosis de inicio reciente (IPPIR) del Hospital Clínico San Carlos	2	Si	1	Si	1	Si	0	No	0	No	0	No
		Unidad de Atención Temprana (UAT IC)	1	Si	2	Si	1	Si	0	No	1	Si	1	Si
Comunidad Foral de Navarra	1 (1)	Programa de Intervención Precoz para Primeros Episodios Psicóticos de Navarra	2	Si	3	Si	2	Si	1	Si	1	Si	0	No
Comunidad Valenciana	9 (4)	Programa Tratamiento de Primeros Episodios Psicóticos (PTPEP) –Gandía	2	Si	0	No	2	Si	1	Si	1	Si	1	No
		Programa Tratamiento de Primeros Episodios Psicóticos (PTPEP) – La Ribera	6	Si	4	Si	4	Si	1	Si	0	No	1	No
		Programa Tratamiento de Primeros Episodios Psicóticos (PTPEP) – Valencia Clínico Malvarrosa	1	Si	1	Si	1	Si	0	No	0	No	4	Si
		Programa Tratamiento de Primeros Episodios Psicóticos (PTPEP) – Valencia Dr. Peset	2	Si	1	Si	1	Si	1	Si	0	No	0	No
Islas Baleares	6 (1)	Programa en Primeros Episodios Psicóticos de Ibiza y Formentera	1	Si	1	Si	1	Si	0	No	0	No	0	No
País Vasco	4 (3)	Programa Hipatya	1	Si	1	Si	1	Si	1	Si	0	No	0	No
		Programa Lehenak de la red de Salud Mental de Bizkaia (RSMB)	3	Si	3	Si	3	Si	3	Si	0	No	0	No
		Programa de Primeros Episodios Psicóticos del Hospital de Cruces (CRUPEP)	3	Si	1	Si	1	Si	1	Si	0	No	2	Si
Principado de Asturias	2 (1)	Programa de detección e intervención precoz en psicosis del Área III	1	Si	0	No	2	Si	1	Si	0	No	0	No

Fuente: Elaboración propia (2017). PQ: Psiquiatría. PC: Psicología Clínica. EN: Enfermería. TS: Trabajo Social. TO: Terapia Ocupacional.

Vías de derivación a los programas ITP

Derivación

Durante el análisis de los programas, se han identificado principalmente cuatro vías de derivación de pacientes a los programas de intervención temprana en psicosis: Urgencias, Unidad de Hospitalización, Centros de Salud Mental, y Atención Primaria.

De los programas destacados en este documento, el 82% reciben pacientes que han asistido a las urgencias del hospital con un primer episodio psicótico. El 77% reciben pacientes desde las unidades de hospitalización, el 73% desde los Centros de Salud Mental, y el 59% desde Atención Primaria, aunque en la mayor parte de los casos es de forma puntual y sin estar bien establecido. Como se ha comentado anteriormente, la mayor parte de estos programas se localizan en centros hospitalarios. Es por ello, que la mayoría de los pacientes incluidos en los mismos provienen de dispositivos hospitalarios.

Si hacemos este análisis tomando como variable la localización del programa, vemos como es en los programas extrahospitalarios donde se producen la mayor parte de las derivaciones desde Atención Primaria y los Centros de Salud Mental.

Tabla 21. Principales canales de derivación de pacientes a programas de intervención temprana en psicosis en función de la localización del programa

	Atención Primaria	Centros de Salud Mental	Urgencias	Unidades de Hospitalización
Hospitalario	50%	67%	92%	92%
Centro específico para programas de ITP	67%	100%	67%	67%
Extrahospitalario	71%	71%	71%	57%
Total	59%	73%	82%	77%

Fuente: Elaboración propia (2017)

Es importante detallar el papel que juega Atención Primaria en la detección y derivación de pacientes candidatos a estos programas. Aunque en la mayoría de los programas (59%) se puntualiza que llegan pacientes a través de este canal, es importante diferenciar aquellos que promueven y coordinan esta derivación, de aquellos otros que reciben puntualmente pacientes

a través de estos profesionales. Y es aquí donde se ve claramente cómo los programas localizados en centros hospitalarios apenas reciben pacientes desde Atención Primaria.

En la siguiente tabla (ver Tabla 22), se puede ver cómo ninguno de los programas hospitalarios analizados en este documento recibe habitualmente pacientes a través de Atención Primaria. Por otro lado, los programas extrahospitalarios localizados en los Centros de Salud Mental reciben en la mayoría de los casos pacientes habitualmente desde este canal. Y, por último, muy destacable, los tres programas analizados que cuentan con instalaciones específicas trabajan con Atención Primaria para la derivación de los pacientes, siendo este uno de los principales canales de acceso a los programas. Estos programas han situado a los profesionales de Atención Primaria como una herramienta fundamental para la detección de casos de riesgo.

Tabla 22. **Derivación de pacientes desde Atención Primaria en función de la localización de los programas de intervención temprana en psicosis**

Derivación desde Atención Primaria	Puntual	Habitual
Hospitalario	50%	0%
Centro específico para programas de ITP	0%	67%
Extrahospitalario	29%	43%

Fuente: Elaboración propia (2017)

Tiempo máximo establecido para la derivación a los programas

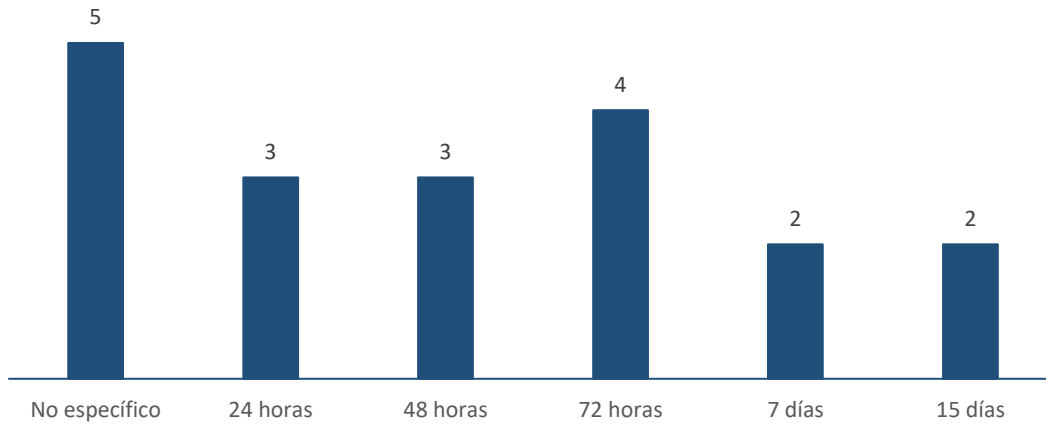
En algunos de los programas se ha establecido un tiempo máximo de derivación, con el objetivo de garantizar un rápido acceso al programa. En el Gráfico 29 muestra, que 5 de los 19 programas detectados³⁰, no han establecido ningún periodo máximo de derivación. Entre los programas que si establecen tiempos máximos, 2 de ellos establecen como tiempo límite 1 semana y otros 2 programas, 15 días.

Es destacable, en cualquier caso, la heterogeneidad detectada en cuanto a los tiempos de derivación máximos establecidos y, especialmente preocupante en el caso tiempos largos (1

³⁰ Faltan datos del Detección e intervención temprana en la psicosis. AGS Sur de Granada (Motril), el Programa de Intervención en Primeros Episodios (PIPE) de la UGC Salud Mental del Hospital Puerto Real (Cádiz) y el Programa de Intervención Temprana en Psicosis (PITP). UGC Salud Mental Hospital Virgen de la Victoria (Málaga)

semana o más), o no establecido por protocolo, dada la relevancia de intervenir lo antes posible en estos casos.

Gráfico 29. Tiempo máximo de derivación establecido en los programas de intervención temprana en psicosis

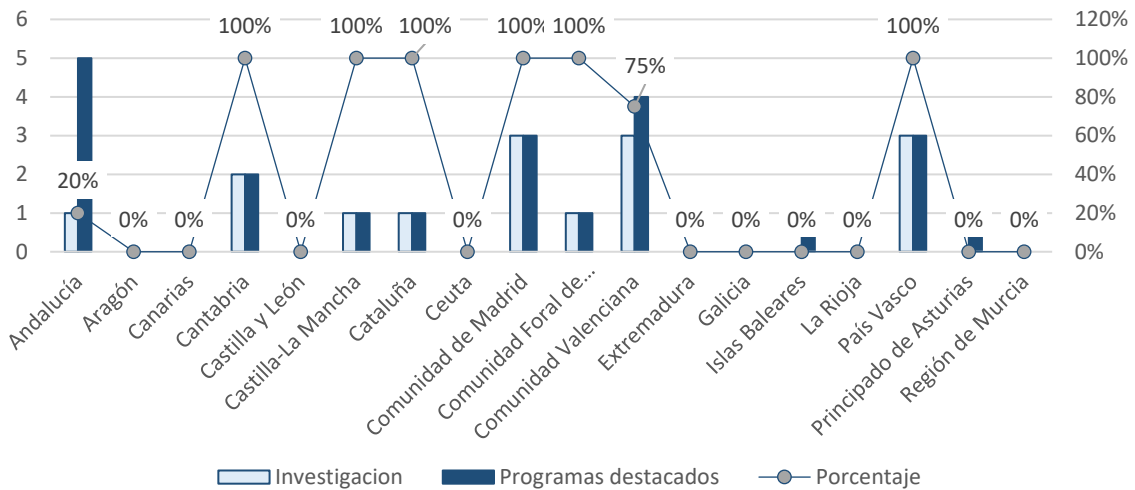


Fuente: Elaboración propia (2017)

Investigación

De los 22 programas destacados en este documento, un total de 15 (el 68%) desarrollan proyectos de investigación en primeros episodios psicóticos. Destacan especialmente por su actividad investigadora, Cantabria (PAFIP), Comunidad Foral de Navarra, Cataluña, Comunidad de Madrid, Comunidad Valenciana y País Vasco, ya que el 100% de los programas detectados tienen líneas de investigación. En el gráfico se observa cómo la mayoría de las Comunidades Autónomas en las que hay programas de estas características sí que desempeñan labores de investigación, destacando la relación existente entre la investigación y la asistencia clínica en estos pacientes en España.

Tabla 23. Programas que realizan líneas de investigación por Comunidades Autónomas



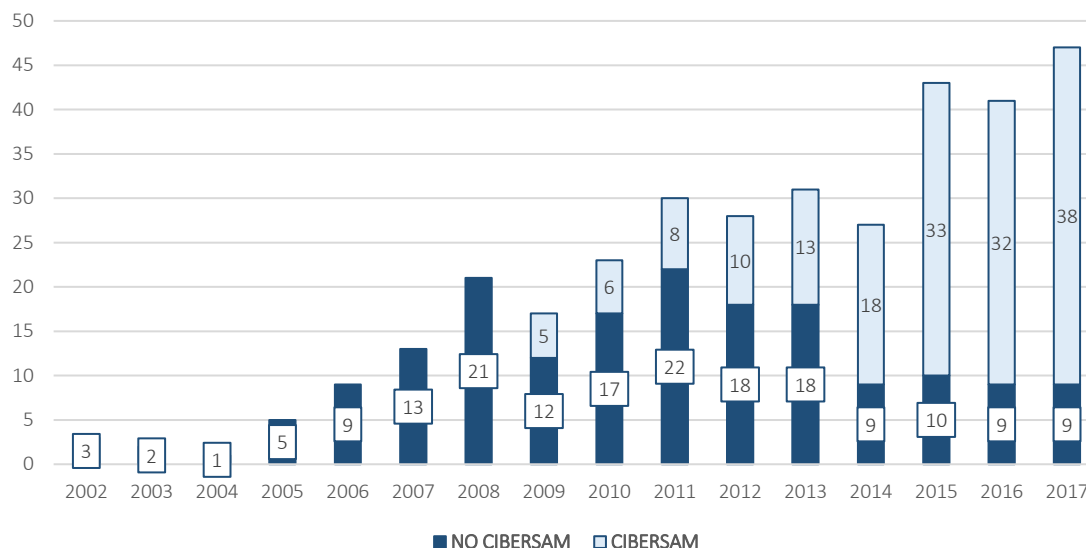
Fuente: Elaboración propia (2017)

* No se dispone de datos de los siguientes programas de Andalucía: Detección e intervención temprana en la psicosis. AGS Sur de Granada (Motril), Programa de Intervención en Primeros Episodios (PIPE) de la UGC Salud Mental del Hospital Puerto Real (Cádiz) y Programa de Intervención Temprana en Psicosis (PITP). UGC Salud Mental Hospital Virgen de la Victoria (Málaga)

CIBERSAM – Centro de Investigación Biomédica en Red Salud Mental

Desde su creación, se ha producido un importante incremento en el número de publicaciones indexadas en PubMed, firmada por grupos CIBERSAM en la temática de primeros episodios psicóticos (PEP). En los últimos 3 años el número de publicaciones anuales se ha mantenido por encima de 30.

Gráfico 30. Publicaciones sobre Primeros Episodios Psicóticos en España (2007-2017)

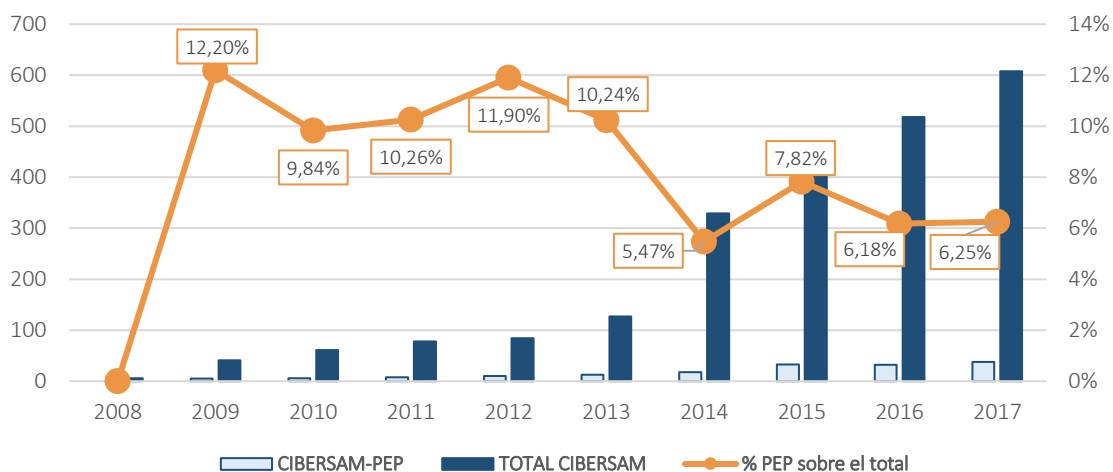


Fuente: PubMed. Búsqueda por palabras clave: [First episode psychosis + CIBERSAM] y [First episode psychosis + Spain]. Fecha de la búsqueda: 14 de noviembre de 2017

El CIBERSAM tiene más de 2.000 publicaciones, de las cuales un 7,17% abordan los Primeros Episodios Psicóticos³¹.

³¹ Datos obtenidos en Pubmed. Búsqueda por palabras clave: CIBERSAM. Fecha de la búsqueda: 14 de noviembre de 2017

Gráfico 31. Publicaciones del CIBERSAM (2008-2017)



Fuente: Pubmed. Búsqueda por palabras clave: [First episode psychosis + CIBERSAM] y [CIBERSAM]. Fecha de la búsqueda: 14 de noviembre de 2017

Se observa así un aumento en el número de publicaciones relacionadas con esta temática en los últimos 10 años, y por tanto un creciente interés en los primeros episodios psicóticos.

Además, hay que destacar 19 proyectos relevantes en Primeros Episodios Psicóticos con financiación del Fondo de Investigación en Salud, los cuales recibieron una financiación total de 1.370.265€. Todos ellos son proyectos activos que empezaron entre los años 2014 y 2017 (ver Anexo 3. *Proyectos relevantes en Primeros Episodios Psicóticos con financiación del Fondo de Investigación en Salud*).

Tabla 24. Financiación FIS proyectos de Primeros Episodios Psicóticos activos en 2017

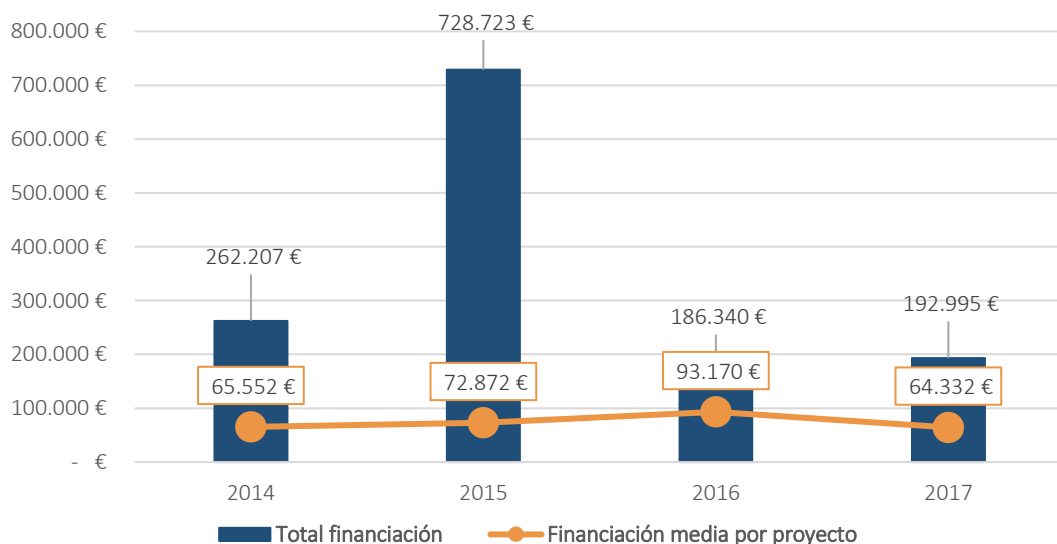
Año del proyecto	Número de proyectos	Financiación total	Financiación media por proyecto
2014	4	262.207€	65.552€
2015	10	728.723€	72.872€
2016	2	186.340€	93.170€
2017	3	192.995€	64.332€

2014-2017	19	1.370.265€	72.119€
------------------	-----------	-------------------	----------------

Periodo de duración	Número de proyectos	Financiación total	Financiación media por proyecto
01/01/2014 - 30/09/2017	1	69.575€	69.575€
01/01/2014 - 30/09/2018	2	143.506€	71.753€
01/01/2014 - 31/03/2018	1	49.126€	49.126€
01/01/2015 - 31/12/2017	9	630.108€	70.012€
01/01/2015 - 31/03/2019	1	98.615€	98.615€
01/01/2016 - 31/12/2018	2	186.340€	93.170€
01/01/2017 - 31/12/2019	3	192.995€	64.332€

Fuente: portalFIS. Búsqueda por palabras clave: [primeros episodios psicóticos], [intervención temprana], [primer episodio psicótico]. Fecha de búsqueda: 14 de noviembre de 2017

Gráfico 32. Proyectos en Primeros Episodios Psicóticos financiados por el FIS activos en 2017 iniciados entre los años 2014 y 2017



Fuente: portalFIS. Búsqueda por palabras clave: [primeros episodios psicóticos], [intervención temprana], [primer episodio psicótico]. Fecha de búsqueda: 14 de noviembre de 2017

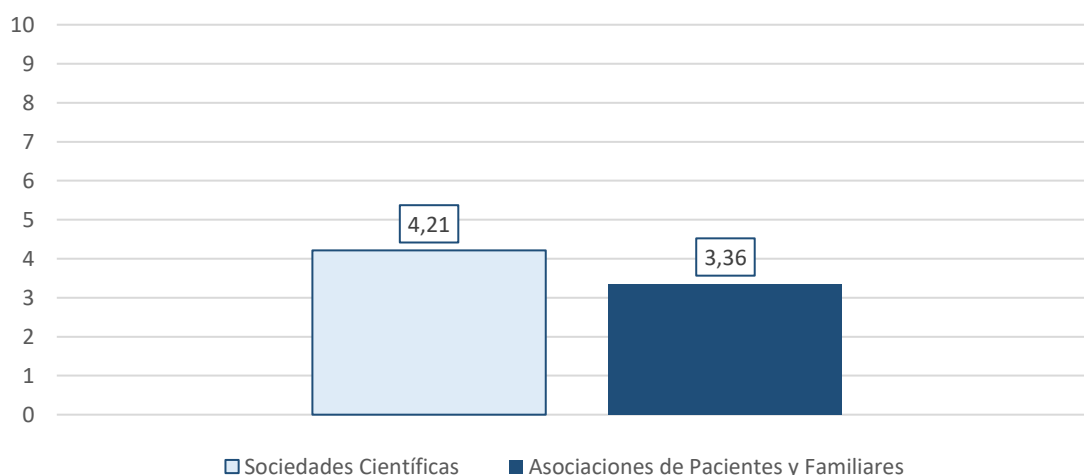
Percepción de los programas ITP

Un total de 16 Sociedades Científicas y 13 Asociaciones de Pacientes y Familiares, han participado en este Libro Blanco aportando su opinión sobre la implantación de programas de ITP, barreras y oportunidades de implantación. En general, el grado de implantación se percibe como bajo, con una elevada heterogeneidad en función de las CCAA.

Se solicitó opinión sobre diferentes aspectos relativos a la implantación de programas de Intervención Temprana en Psicosis, a través de un cuestionario semiestructurado (ver *Anexo 6. Guion para la recogida de información. Modelo para representantes de Sociedades Científicas de Salud Mental* y *Anexo 7. Guion para la recogida de información. Modelo para representantes de Asociaciones de Pacientes y Familiares*)

Tanto las Sociedades Científicas en el ámbito de la Salud Mental, como las Asociaciones de Pacientes y Familiares participantes en el estudio, consideran que el grado de implementación de estos programas a nivel estatal es muy bajo, pese a la existencia de evidencias crecientes sobre los beneficios que suponen para la recuperación del paciente tras un primer episodio psicótico. La valoración media es inferior a 5 (en una escala de 1 a 10) en relación al grado de implantación de los programas (Gráfico 33).

Gráfico 33. Valoración del grado de implementación de programas de intervención temprana en España (siendo 1 muy baja implantación y 10 muy alto nivel de implantación)



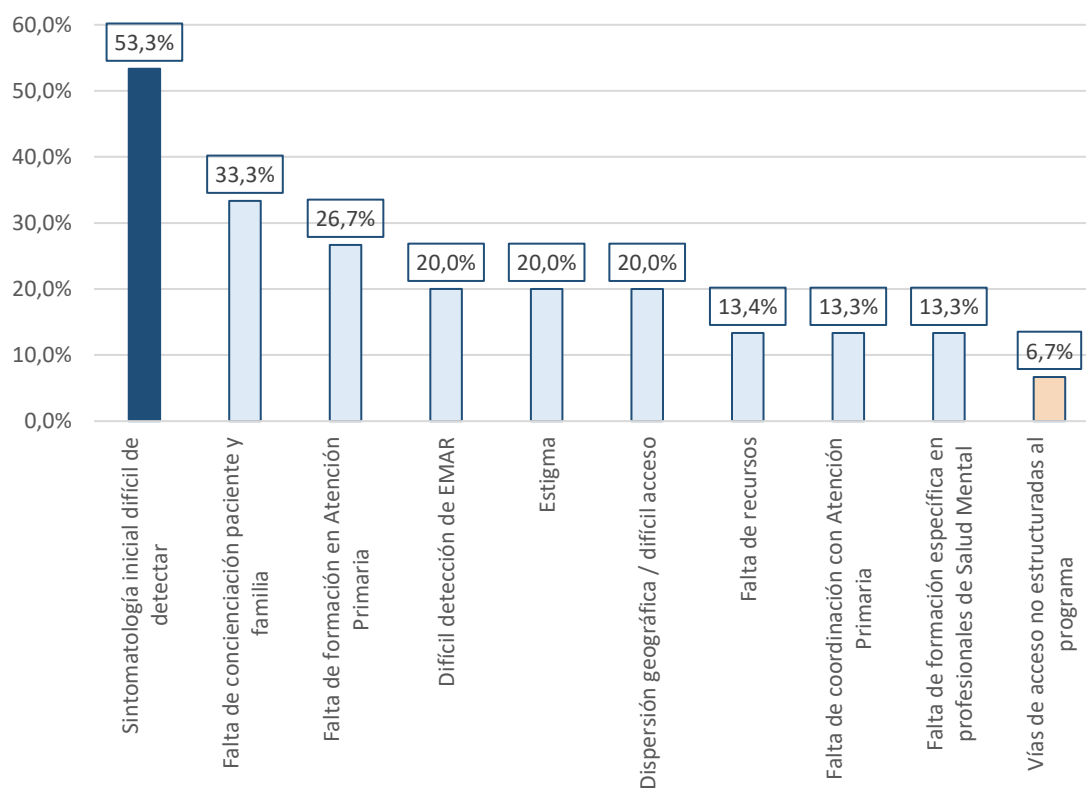
Fuente: Elaboración propia (2017) a partir de las respuestas obtenidas de 14 representantes de Sociedades Científicas estatales y autonómicas, y 15 Asociaciones de Pacientes y Familiares (Salud Mental)

Visión de las Sociedades Científicas relacionadas con Salud Mental sobre programas ITP

Respecto al grado de implantación de los programas: En general, las Sociedades Científicas considera bajo el grado de implementación de programas de primeros episodios psicóticos en España. De hecho, la media de valoración que han otorgado es de 4,2 sobre 10. Como principales argumentos de esta valoración, se considera que la implementación de estos programas es muy heterogénea en nuestro país, y son muy limitados los ejemplos de Comunidades Autónomas que estén priorizando este tipo de programas a través de acciones específicas. Hasta el momento, la mayor parte de los programas implantados se han desarrollado por el impulso e iniciativa de los propios clínicos.

Dificultades para detección y derivación precoz: En líneas generales, se aprecia una demora en la detección y derivación de pacientes con primeros episodios psicóticos. La principal razón, mencionada por el 50% las Sociedades, es que la dificultad para identificar la sintomatología inicial, bien porque el paciente no acude a consulta o porque los síntomas prodrómicos e iniciales son inespecíficos y difícilmente identificables especialmente en pacientes adolescentes, por las características de la edad. Otros motivos destacados son la falta de concienciación de la enfermedad por parte de la familia y el paciente (29%), la falta de formación específica a profesionales de Atención Primaria (29%) y el estigma asociado a la enfermedad (21%).

Gráfico 34. Respuestas obtenidas en la pregunta: ¿Cuáles considera que son los principales motivos por los que la detección y derivación al especialista se demora en este tipo de pacientes?



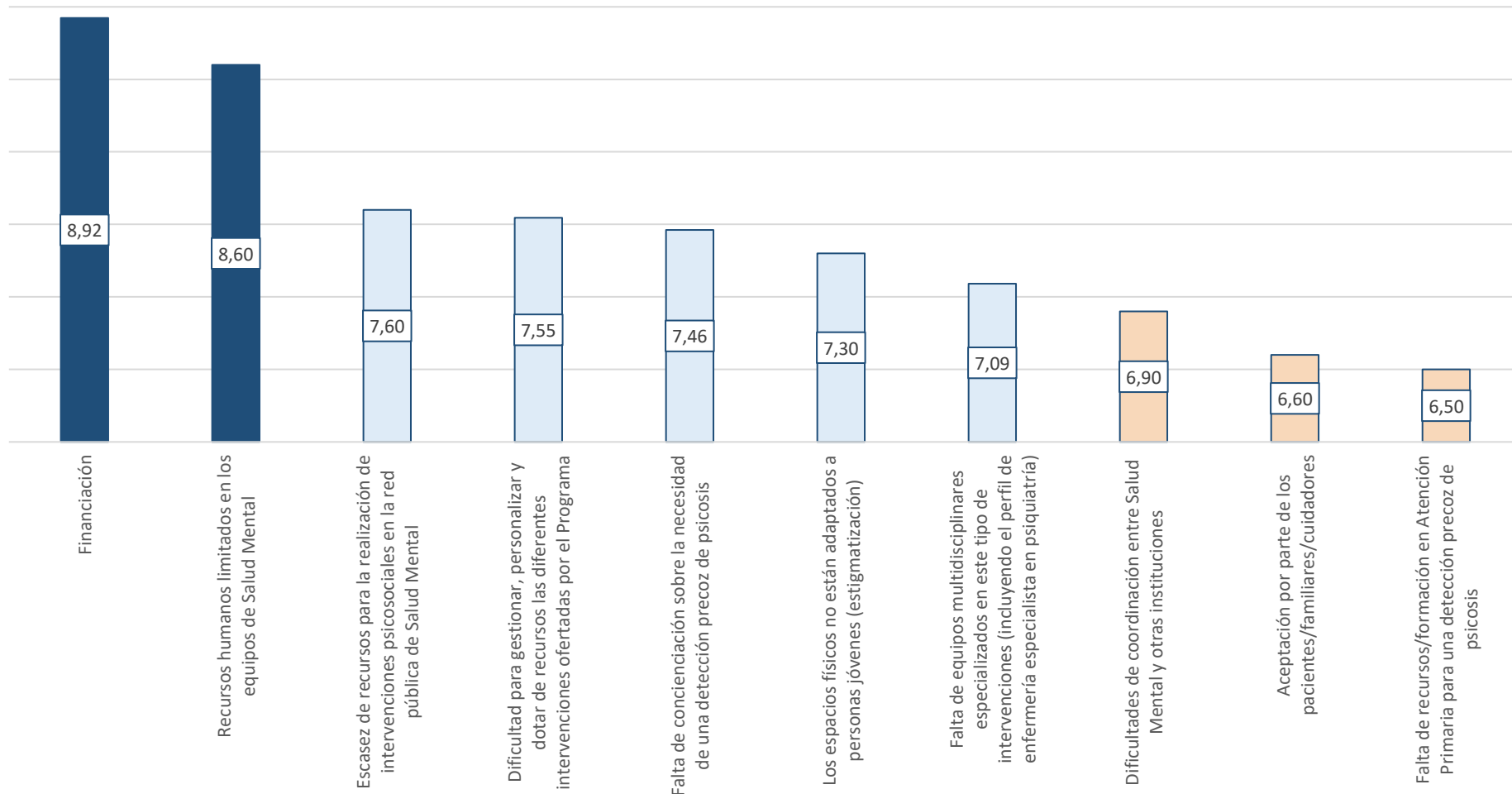
Fuente: Elaboración propia (2017)

Barreras a la implementación de programas ITP: Como el primer obstáculo a la implantación se identifica la falta de dotación de financiación específica. Junto a la falta de financiación, como segundo obstáculo la limitación de recursos humanos en los equipos de Salud Mental dificulta la posibilidad de estructuración y dedicación de profesionales a los programas. (ver Gráfico 35).

Elementos clave para la implementación de programas ITP: La posibilidad de ofertar intervenciones multidisciplinares, con participación de un equipo de diferentes profesionales, se considera fundamental para la atención a pacientes con primeros episodios psicóticos. El establecimiento de acciones que faciliten la identificación precoz de los casos y la derivación inmediata al especialista, la inclusión del paciente y su familia en la toma de decisiones, así como las intervenciones familiares, se valoran como elementos clave para este tipo de programas (ver Gráfico 36). En el caso de incluir personas en estados prodrómicos de la enfermedad (EMAR), se ha detectado opiniones dispares. En contra de su inclusión se argumenta la posible estigmatización ocasionada al incluir en el programa a pacientes que aún no han desarrollado un primer episodio psicótico.

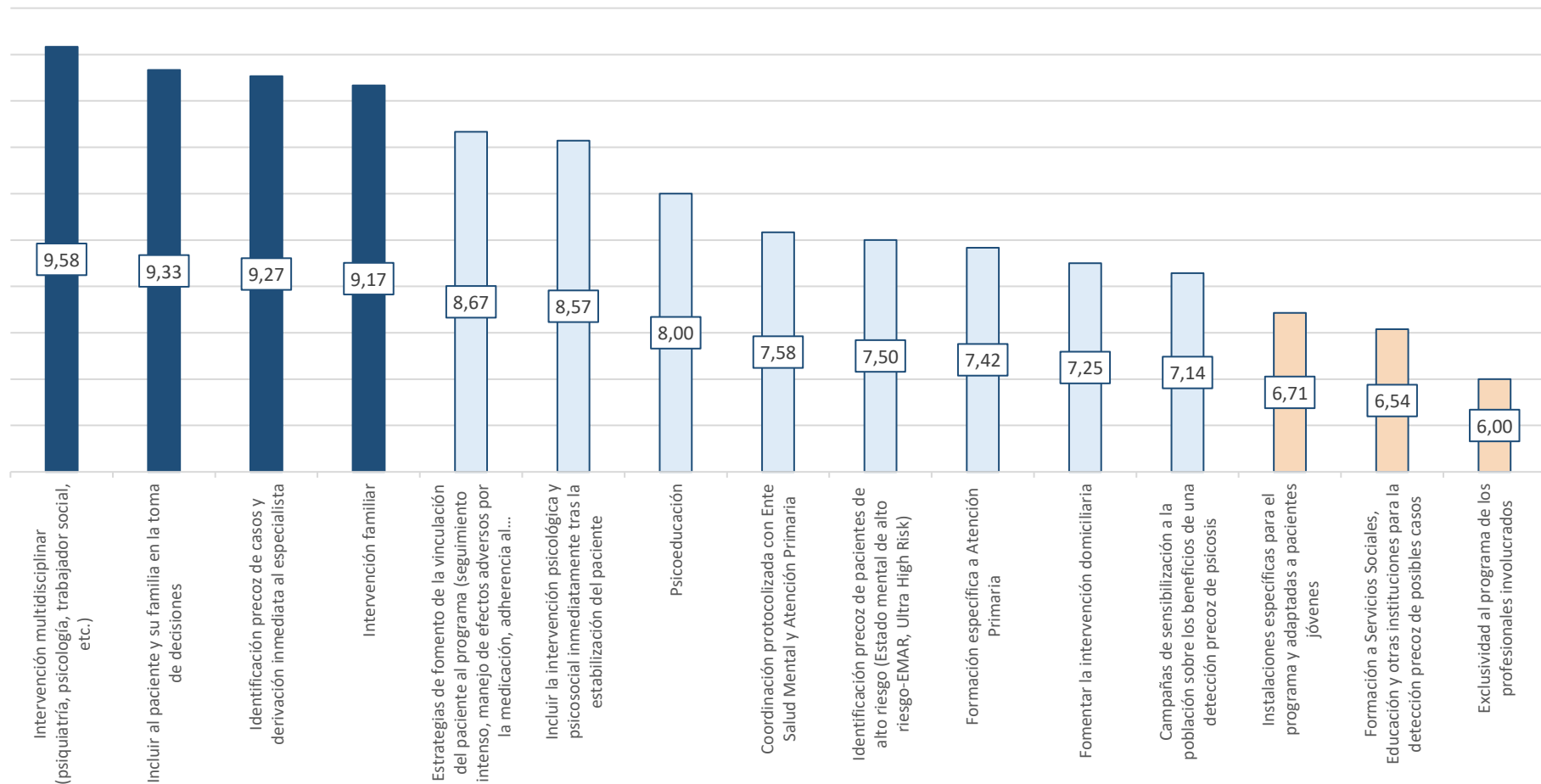
Como opinión particular, destacamos que desde el Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos se ha subrayado el potencial de la oficina de farmacia en cuanto a la lucha contra el estigma y la difusión de información, en general y en particular en el caso de primeros episodios psicóticos. Además, pueden desarrollar un papel muy relevante en la mejora de la adherencia al tratamiento.

Gráfico 35. Respuesta a la pregunta: ¿Cuáles considera son los principales obstáculos para la implementación de programas de ITP en España? Puntuación media en una escala de valoración del 1 al 10, siendo 1 la valoración más baja y 10 la más alta.



Fuente: Elaboración propia (2017)

Gráfico 36. Respuesta a la pregunta: En su opinión, ¿qué elementos considera clave a la hora de desarrollar un programa de Intervención Temprana en Psicosis? Puntuación media en una escala de valoración del 1 al 10, siendo 1 la valoración más baja y 10 la más alta.



Fuente: Elaboración propia (2017)

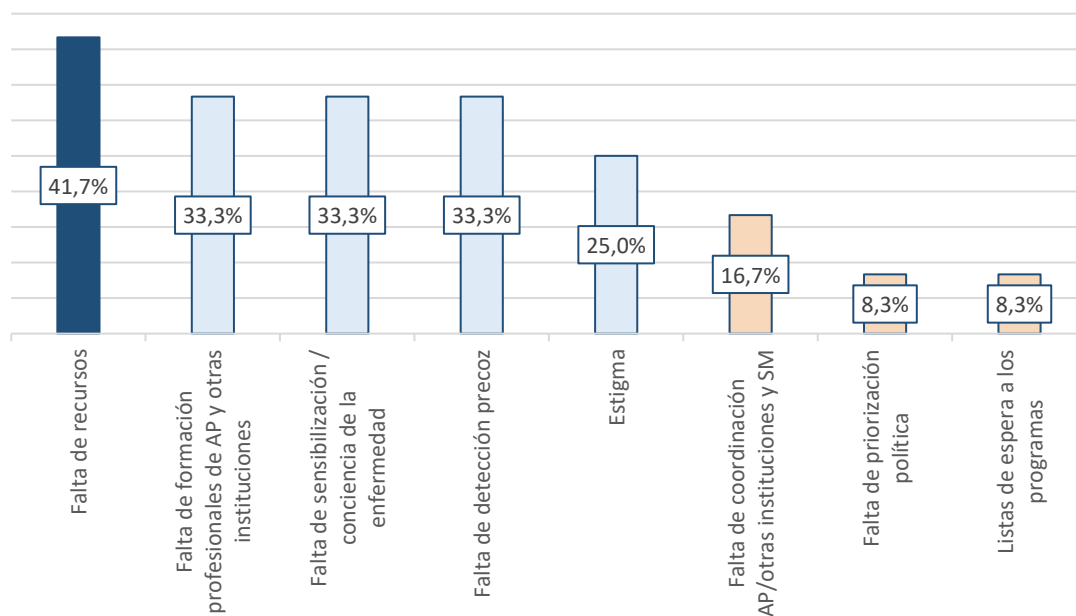
La visión de Asociaciones de Pacientes y Familiares sobre los programas de ITP

El 60% de las Asociaciones participantes, afirman conocer programas de estas características en su Comunidad Autónoma/región, pero en general desconocen cómo se trabajan en otras zonas de España. En líneas generales, estos programas son muy bien valorados, y en algunos casos cuentan con la colaboración directa de la asociación.

Respecto al grado de implantación de los programas: En líneas generales, califican el grado de implementación de estos programas a nivel estatal por como significativamente baja, con una puntuación media de 3,4 sobre 10.

Principales motivos que provocan un retraso en el inicio del tratamiento: Principalmente la falta de recursos, la formación a profesionales sanitarios y de otras instituciones, así como la falta de sensibilización y conciencia de la enfermedad pueden ser las principales causas que provocan un retraso en el inicio del tratamiento de los pacientes con primeros episodios psicóticos.

Gráfico 37. Respuesta a la pregunta: Desde su experiencia y en representación de la Asociación/Fundación, ¿qué motivos provocan un retraso en el inicio del tratamiento en pacientes jóvenes con psicosis? (% de respuestas)

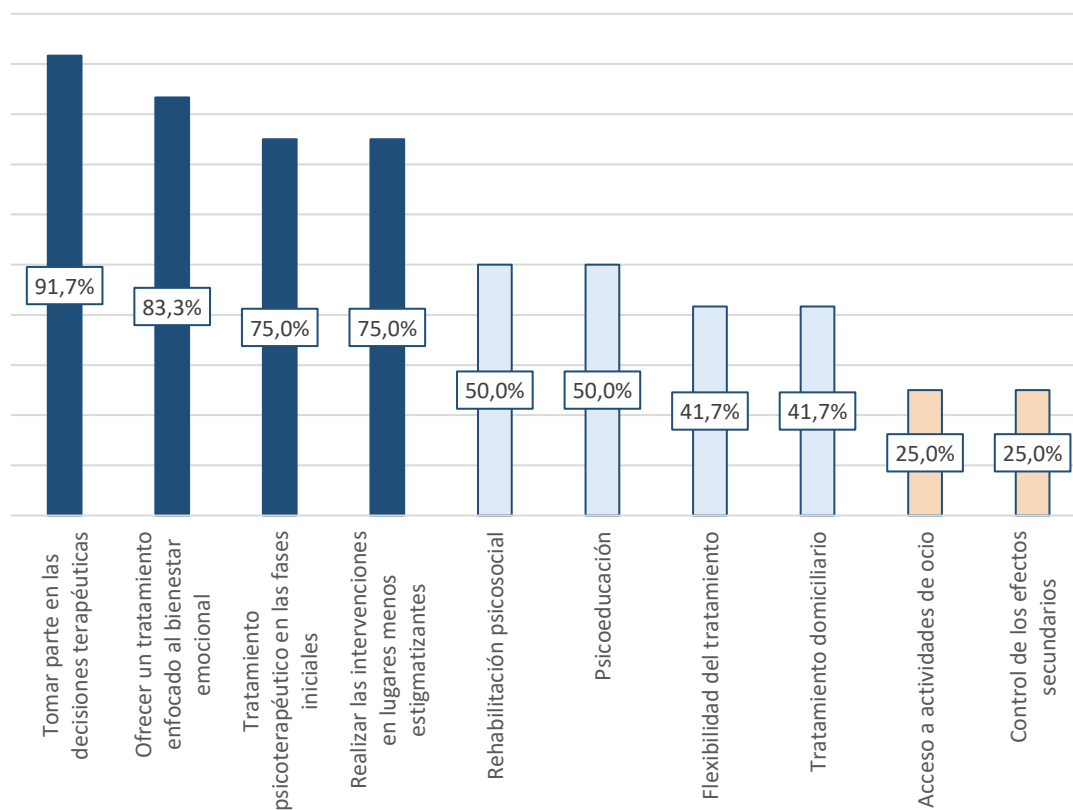


Fuente: Elaboración propia (2017)

Barreras a la implementación de programas ITP: Al igual que las Sociedades Científicas, la financiación se sitúa como la principal barrera para homogeneizar y desarrollar estos programas en todo el país (ver Gráfico 39).

Elementos clave para la implementación de programas ITP: Entre las principales características de estos programas, también se destaca la necesidad de realizar una intervención multidisciplinar, con diferentes profesionales y perspectivas, donde se incluya al paciente y a su entorno familiar en la toma de decisiones. Además, se considera muy importante realizar un tratamiento psicosocial desde el primer momento, cuando el paciente se encuentra estabilizado. En líneas generales, todas las características planteadas se consideran muy importantes, siendo calificadas la mayoría de ellas por encima del 8,5 sobre 10 (ver Gráfico 40).

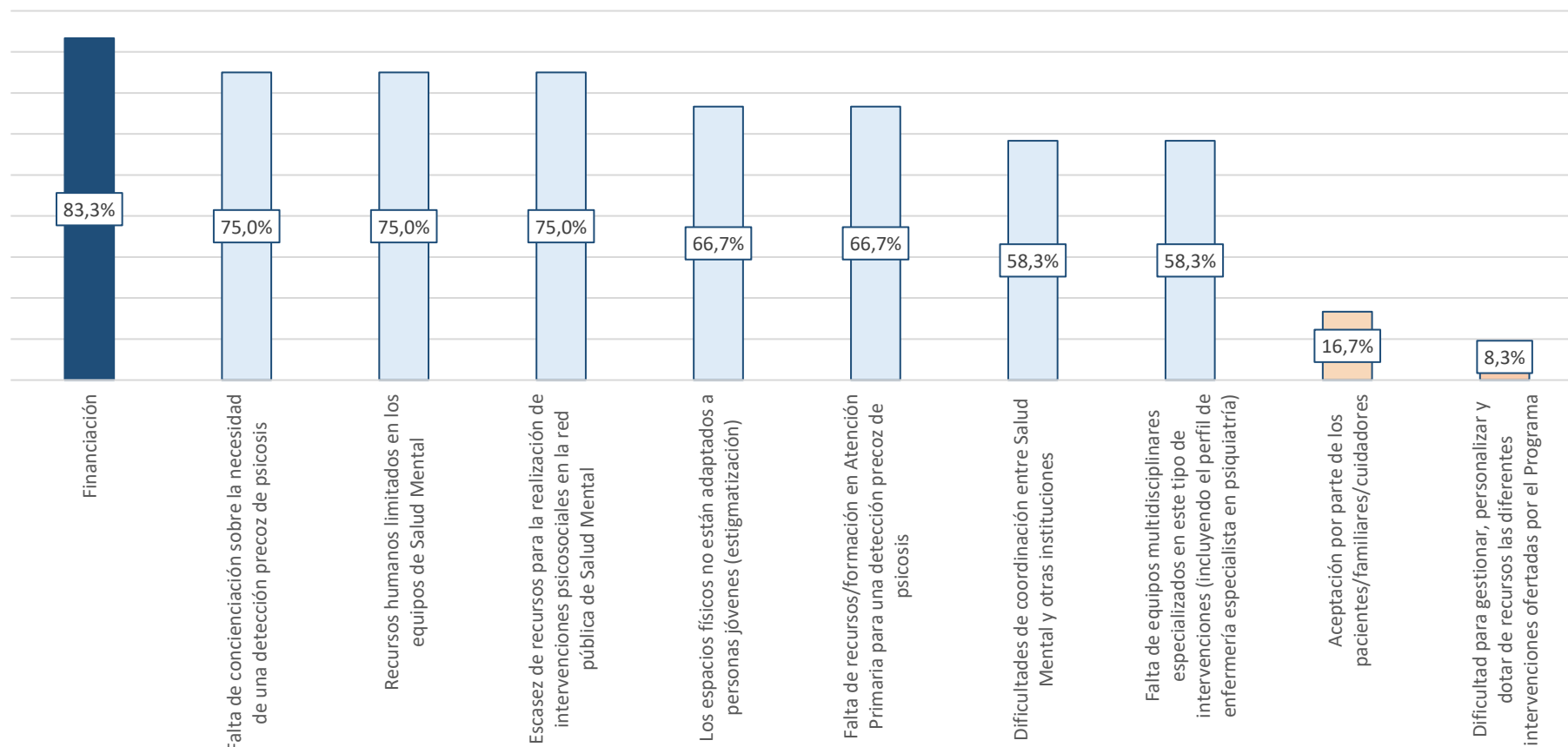
Gráfico 38. Respuesta a la pregunta: Desde su experiencia, ¿cuáles considera son las principales demandas de los pacientes/familiares/cuidadores en relación a la atención a las fases tempranas? (% de respuestas)



Fuente: Elaboración propia (2017)

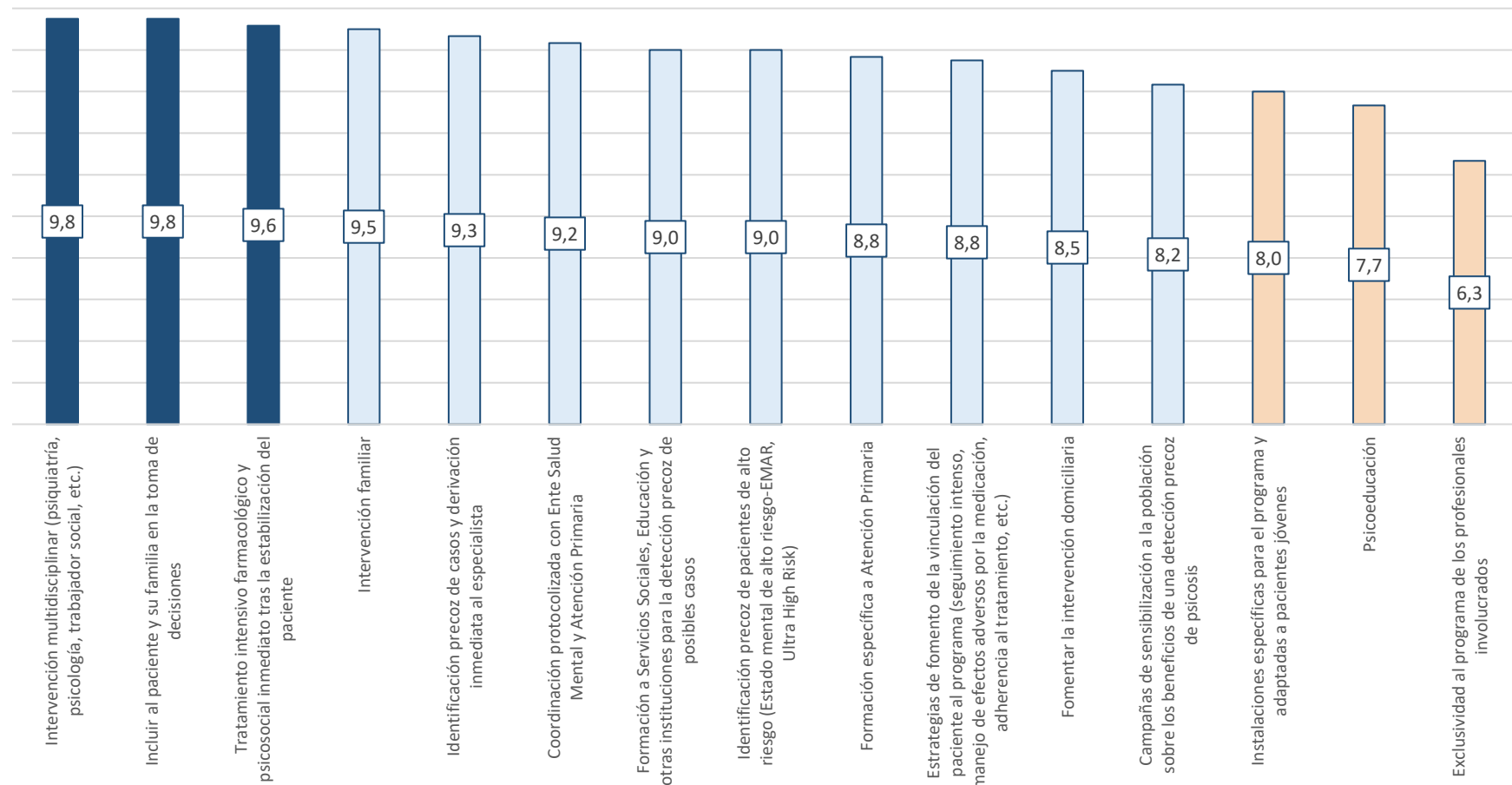
Demandas de los pacientes y familiares respecto a los programas ITP: Para el desarrollo óptimo de los programas se considera fundamental tener en cuenta las demandas reales de los pacientes. Los programas deberían estar centrados verdaderamente en el paciente, incluirle en la toma de decisiones terapéuticas y ofrecer un tratamiento enfocado a su bienestar emocional. Además, el tratamiento psicoterapéutico en las fases iniciales es fundamental para acelerar la recuperación de los pacientes, y siempre deberían realizarse en los espacios lo menos estigmatizantes posibles (ver Gráfico 38).

Gráfico 39. Respuesta a la pregunta: Desde su experiencia y punto de vista, ¿cuáles cree que son las principales barreras para la implementación de programas de Intervención Temprana en Psicosis en su Comunidad Autónoma? (% de respuestas)



Fuente: Elaboración propia (2017)

Gráfico 40. Respuesta a la pregunta: Desde su experiencia, ¿qué elementos considera clave a la hora de desarrollar un programa de Intervención Temprana en Psicosis? Puntuación media en una escala de valoración del 1 al 10, siendo 1 la valoración más baja y 10 la más alta.

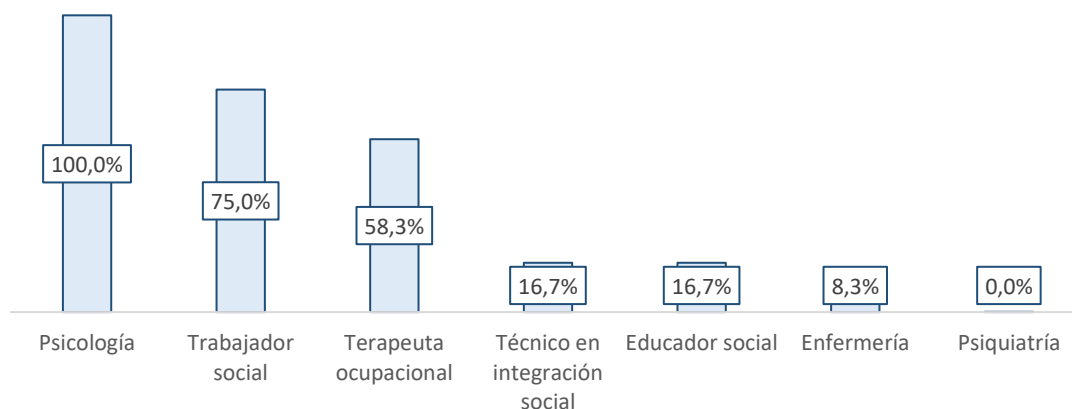


Fuente: Elaboración propia (2017)

Recursos y colaboración: Por último, cabe destacar como como estas asociaciones colaboran en ocasiones con diferentes programas para complementar intervenciones, ofreciendo tanto recursos humanos como instalaciones. Un claro ejemplo sería la Fundación Manantial, en la Comunidad de Madrid, que en junio de 2014 firmó un convenio con el Servicio Madrileño de Salud, para el desarrollo de la experiencia piloto denominada “Unidad de Atención Temprana Joven” para jóvenes con primeros episodios psicótico.

Todas las Asociaciones de Pacientes y Familiares que participaron en este Libro Blanco cuentan con al menos un psicólogo, y en un porcentaje elevado con trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales.

Gráfico 41. **Recursos humanos disponibles en las Asociaciones de Pacientes y Familiares**



Fuente: Elaboración propia (2017)

Análisis de indicadores

El seguimiento de indicadores de actividad y resultado es heterogéneo. Entre los indicadores más habitualmente seguidos por estos programas se encuentran los relacionados con número de pacientes atendidos, actividad desarrolladas en distintos tipos de intervenciones y vías de acceso al programa. El seguimiento de indicadores de resultado es menos habitual.

Con el objetivo de evaluar el grado de monitorización y seguimiento de resultados alcanzados por los programas ITP, Se han obtenido indicadores de seguimiento de 12 programas diferentes. Es destacable que algunos de ellos no han podido facilitar datos de todos los solicitados, debido a que el seguimiento que se realiza no es tan exhaustivo como otros.

Se han solicitado un total de **31 indicadores**. Únicamente tres programas han dado respuesta al 100% de los mismos: el Programa de Prevención de Psicosis (P3) de Cantabria, el programa Hipatia de Álava, y el PTPEP de Gandía (Valencia). El programa CRUPEP del Hospital de Cruces de Bizkaia ha facilitado datos del 97% de los indicadores solicitados.

Tabla 25. Listado de indicadores facilitados por los programas analizados en el libro blanco de intervención temprana en psicosis en España

	PAFIP	P3	IPPIR	PIENSA	UAT	HIPATYA	CRUPEP	PTPEP-LA RIBERA	PTPEP- CLINICOV	PTPEP- GANDIA	IBIZA	PAE-TPI
INDICADORES GENERALES												
Nº de nuevos casos/año, atendidos en el programa (últimos 3 años 2014-2016)	103 /35	20	40/3 años	15	17	100	141	19	112	18		360
Nº de casos totales/año (últimos 3 años 2014-2016)	197	59	120/3 años	44	52	130	271	90	98	62		409
Nº de pacientes con EMAR o UHR en el programa/año (media últimos 3 años 2014-2016)	0	2	0	0	0	30	19	0	0	4	0	90
Nº de pacientes con PEP en el programa/año (media últimos 3 años 2014-2016)	38	18	30/ 3años	15	39	34	90	24	42	21	51	170 ³²
Nº de casos desestimados/año (media últimos 3 años 2014-2016)		0	0		12	0	15			2	0	65
Lista de espera para el programa de ITP (semanas)	0	0	0	2	12	0	0		2	0	0	-
COORDINACION (AÑO 2016)												
Nº casos derivados desde Atención Primaria	1	10	0			1	3	11	6	2		102
Nº casos derivados por Urgencias	27	2	20			4	12	9	15	2		29
Nº de casos derivados de Unidad de Hospitalización	0	3	20			29	25			7		143
Nº casos derivados desde Unidades/Centros de Salud Mental (USMIJ)	7	3	0		8	0	7	4		4		106
Nº casos derivados por otros servicios médicos (Hospital de Día)	0	3	0			0	2	0	0	3	1	

³² El resto de los pacientes incluidos en el programa están en fase de crisis, y suponen un 9.6% del total

	PAFIP	P3	IPPIR	PIENSA	UAT	HIPATYA	CRUPEP	PTPEP-LA RIBERA	PTPEP- CLINICOV	PTPEP- GANDIA	IBIZA	PAE-TPI
Nº casos derivados por otras instituciones (servicios sociales, colegios, institutos, centros de formación profesional, fundaciones, ONG)	0	1	0			0	0	0	0	0	0	29
Nº de contactos/reuniones de coordinación intersectorial	0	4	0	5		12	4	2	0	0		-
Nº de contactos/reuniones de coordinación diferentes niveles	48 ³³	0	0	48		4	12	12	0	0		-
CONSULTAS (AÑO 2016)												
Nº total de consultas	1.577	838		2.182	2.516	1.800	2.909	138		814	854	
Nº consultas con facultativo/paciente	8	12-16 ³⁴	14	100%		21	20	15		20	9	
Nº consultas con enfermería/paciente	10	7	12	³⁵		21	8	15	8	12	8	
Nº de sesiones de psicoeducación/paciente	8	16		15		16	5	8	8	5		
Nº de sesiones psicosociales/paciente	0	0		15		4	3	2	12	6		
Nº de sesiones para intervenciones familiares	8	13	6	15	203	205	417	6	-	20		
Nº de visitas domiciliarias/paciente	0	0	0	0		0	0	0	1 de cada 15	87		
OTROS INDICADORES (AÑO 2016)												
Nº de profesionales que han tenido acceso a formación en ITP	15	2	4	300		15	24	18	12	6	20	
Nº seminarios de formación dirigidos a personal sanitario	2	0		20		16	19	1	4	3	2	

³³ Se realiza 1 reunión de coordinación interna semanal, en la que se abordan temas de coordinación entre niveles cuando se requiere.

³⁴ 12 con psiquiatría, 16 con psicología

³⁵ Según se precise para revisiones de salud y de medicación

	PAFIP	P3	IPPIR	PIENSA	UAT	HIPATYA	CRUPEP	PTPEP-LA RIBERA	PTPEP-CLINICOV	PTPEP-GANDIA	IBIZA	PAE-TPI
Tiempo medio (días) de espera entre la fecha de derivación del caso y el primer contacto con el psiquiatra	2	1	2	21 ³⁶	1	3	3	1	8	6	1	
Tiempo medio (días) entre el primer contacto con el psiquiatra y el inicio del tratamiento	0	0	2	21		0	1	0-7	15	0	0	15 ³⁷
Nº de pacientes que abandonan el tratamiento en un año	19	2		2	6	1	4	2	10	4		62
Nº de reingresos tras el comienzo del programa	26	0	4		7	2	5	6		5		
Nº de ingresos voluntarios vs involuntarios		0				2 vs 0	4 vs 21	3 vs 3	40% vs 60%	3 vs 2		
Nº de visitas a urgencias	1.7±2.2	3		4	2	2				4		
Tiempo medio de la duración de la psicosis sin tratar (DUP) (meses)	12,3	7,3		0 ³⁸	12 ³⁹	2	6,7	44% menos de 1 mes 22% más de 6 meses		3		11,5
Nº de suicidios	7	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	

³⁶ Depende del momento de desarrollo del curso, que sigue el calendario escolar. Si el grupo está en marcha se incorpora en unas 3 semanas. El máximo de espera son 4 meses, teniendo en cuenta que hay periodos de vacaciones

³⁷ 92% de los pacientes

³⁸ Dentro del programa no se ha recogido este dato. Si está en relación a los estudios con psicosis de inicio temprano

³⁹ 79% de los pacientes

Situación de la ITP en las CCAA 2017/2018

Andalucía

ITP en el Planes y Políticas de Salud en Andalucía

III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020

Actualmente en Andalucía está vigente el **III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020**.

La implementación de programas de intervención temprana en psicosis ya se contemplaba en el **II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía: 2008 – 2012**, incluyendo como actuación estratégica, la **detección e intervención precoz de los trastornos psicóticos**. Con este objetivo se elaboró una **guía de implementación** desarrollada por el Servicio Andaluz de Salud que describe los aspectos requeridos y recomendados para la implementación de programas de detección e intervención temprana en psicosis en Andalucía (dicha guía se denomina **“Detección e Intervención Temprana de las Psicosis” y fue publicada en 2010**).

En el nuevo Plan Integral de Salud Mental 2016-2020 se presenta en un resumen de las acciones más citadas por las distintas personas que participaron en un estudio de necesidades y expectativas realizado para la elaboración del Plan. Una de estas acciones es sobre la detección precoz de trastornos mentales e intervención temprana. Se plantea como necesidad **mejorar la coordinación intersectorial**, formando agentes comunitarios que puedan detectar y realizar derivaciones; y el desarrollo de protocolos específicos de coordinación y de sistemas de información compartidos. También se propone la **cooperación con Atención Primaria (AP)** de salud, para que pueda identificar poblaciones de **riesgo**, hacer **seguimiento** o derivar correctamente; dotar de tiempo las consultas de AP y especializada para un **correcto diagnóstico; crear unidades funcionales de primeros episodios**; y aumentar la accesibilidad, incrementando el número de consultas especializadas a corto plazo. Otro aspecto que se destaca es la necesidad de informar sobre la enfermedad mental y sus síntomas; de reducir el estigma (que retrasa la petición de ayuda y el diagnóstico); y de desmitificar la cronicidad y gravedad frente a la posibilidad de recuperación con una actuación temprana.

Dentro de las líneas estratégicas, en el **cuarto objetivo general (Favorecer la detección precoz de problemas de salud mental** (comunes y/o graves) en la población adulta y prestar una atención de calidad, que facilite la recuperación de su proyecto vital), se destaca **dentro de los trastornos mentales graves (4.2) la Intervención Temprana en Psicosis**. Además, se menciona la importancia de contar con recursos suficientes para la **implantación de programas** de atención a los primeros episodios de psicosis. La detección e intervención temprana en la psicosis es clave para el pronóstico y la evolución de la enfermedad. El **periodo de psicosis no tratada debe ser lo más corto posible** para garantizar una buena respuesta a los tratamientos, un mejor funcionamiento global, social y vocacional y una mayor calidad de vida. El tratamiento debe ser de calidad y continuado durante el periodo crítico de los primeros años de enfermedad, basado en el modelo de atención temprana. En este sentido, el **objetivo específico 2** dentro de este bloque establece **avanzar en la atención a primeros episodios de psicosis**. Las líneas de acción propuestas para alcanzar dicho objetivo son:

- **Implementación de programas de atención a los primeros episodios de psicosis, en todas las Unidades de Gestión Clínica (UGC) de Salud Mental (SM). Dichos programas deberán estar** basados en la evidencia disponible y en la experiencia adquirida, incluyendo programas específicos de **apoyo social** dirigidos a jóvenes con trastorno mental grave, que serán gestionados por la **Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM)**. Estos programas han de incorporar la perspectiva de género y adaptarse a las diferentes realidades geográficas, teniendo en cuenta las siguientes dimensiones: **organización, coordinación, competencias profesionales, dotación de profesionales, formación y sistemas de información.**

Además, se puntualizan las siguientes acciones dentro del tratamiento de los TGM (no específico para pacientes con psicosis):

- **Orientación de la atención a las personas con TMG en el SSPA y en FAISEM hacia la recuperación**, con objetivos que contemplen un lugar para vivir donde sentirse seguras, tener posibilidades de ocio, educación y trabajo significativo, tener personas de apoyo, y participación plena en las decisiones que afectan a sus vidas.
- Implementación, en todas las UGC de SM, de programas basados en el **modelo de tratamiento asertivo comunitario** para la población TMG que presenta una **mayor gravedad** en su proceso de enfermedad, con un alto uso de servicios hospitalarios, y con

una historia de pobre adherencia a los servicios y tratamientos que lleva a recaídas frecuentes y/o exclusión social. Estos programas deben estar basados en la evidencia y en la experiencia adquirida en las UGC de SM, adaptados a las diferentes realidades geográficas, y tener en cuenta las siguientes dimensiones: organización, coordinación, competencias profesionales, dotación de profesionales, formación y sistemas de información.

- Desarrollo de intervenciones para **fomentar hábitos de vida saludables** en las personas con TMG, mediante actividades de sensibilización, formación, coordinación y cooperación, así como a una adecuada **identificación y monitorización** de la patología orgánica (especialmente el síndrome metabólico), desde los servicios sanitarios.
- Implementación, en todas las UGC de SM, de **actividades de apoyo** mutuo en estrecha colaboración con los **movimientos asociativos** de personas usuarias con TMG y familiares.
- Implementación, en todas las UGC de SM, de programas de **participación** de personas con TMG y familiares en aspectos de **gestión y formación**.
- Implementación, en todas las UGC de SM, de un programa específico de intervención conjunta entre SM y adicciones en la **comorbilidad** TMG y consumo perjudicial de tóxicos.
- Inclusión en los AGC (Acuerdos de Gestión Clínica) de SM del aumento de las **intervenciones psicológicas y la atención comunitaria y domiciliaria**.
- Incorporación del proceso de planificación anticipada de decisiones en los **Planes Individualizados de Tratamiento (PIT)**.
- **Desarrollo de los programas de apoyo social de FAISEM**, mejorando su cobertura y calidad, y priorizando en cada caso los que más favorecen la recuperación y la autonomía personal y social de las personas con TMG, incluyendo la perspectiva de género.
- Desarrollo de actividades relacionadas con el **deporte, el arte y la cultura**, como herramientas de apoyo a la recuperación de las personas con TMG.

En cuanto a los recursos, se recoge la necesidad de aumentar los recursos humanos para mejorar la atención a estos pacientes y poder **integrar estos modelos de atención, en especial a los primeros episodios de psicosis dentro del Proceso Asistencial Integrado (PAI) TMG**. Se recoge también la creación de la categoría profesional de **Enfermería Especialista en Salud Mental** y un aumento de la cobertura de los **programas de apoyo social (FAISEM)** acorde con los objetivos fijados en el Plan. Por último, se insiste en la necesidad de **adecuar la distribución territorial de**

FAISEM a la de los servicios de salud mental, favoreciendo la equidad en el acceso y la cooperación con los servicios públicos de salud mental y del **Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)**.

El **abordaje de las personas con TMG debe ser integral e integrado** para responder a necesidades complejas. Se recomienda una utilización racional de psicofármacos, un mayor desarrollo de las intervenciones psicosociales basadas en la evidencia y una visión y orientación de los procesos de atención desde la perspectiva de la recuperación, más allá del control de la enfermedad y los síntomas. El pronóstico es mejor si los objetivos de los tratamientos se centran en los **“objetivos de la vida”**, como tener un lugar para vivir donde sentir seguridad y protección y tener mejores oportunidades de ocio, educación y trabajo. Asimismo, es fundamental que la persona mantenga amistades y personas de confianza y de apoyo, y que participe plenamente en las decisiones que afectan a su vida.

Esto significa que los equipos deben trabajar desde un **enfoque multidisciplinar**, integrando las aportaciones de profesionales de la salud, de proveedores de servicios sociales, y otros agentes relevantes **incluyendo a las mismas personas con TMG y a sus familias**. La coordinación y cooperación entre los servicios sanitarios de salud mental y los programas de apoyo social de la FAISEM es clave, al tratarse de la red pública especializada de servicios sociales, complementaria a la de salud mental, dirigida a este grupo de personas. Igualmente, esta coordinación ha de establecerse con la red de atención a las personas con adicciones y con los servicios sociales, incluyendo al **Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)**.

En el caso de **población infanto-juvenil se recoge que** cada UGC de SM contará con una comisión intersectorial, con la **participación** de representantes de **SM, pediatría (AP y Hospitalaria), unidades de atención ciudadana (UAC), atención temprana, educación, servicios sociales y justicia**, para mejorar la detección y la atención precoz a los problemas de salud mental de la población infantil y adolescente.

Tabla 26. **Objetivos e indicadores en relación a la Intervención Temprana en Psicosis en el III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020**

Línea estratégica 2. Detección, atención y recuperación	
Objetivo general 4. Favorecer la detección precoz de problemas de salud mental (comunes y/o graves) en la población adulta y prestar una atención de calidad, que facilite la recuperación de su proyecto vital.	
OBJETIVOS ESPECIFICOS (OG 4.2. Personas con Trastornos Mentales Graves)	INDICADORES DE EJECUCION
4.2.2. Avanzar en la atención a primeros episodios de psicosis <ul style="list-style-type: none"> - Implementación en todas las Unidades de Gestión Clínica (UGC) de Salud Mental (SM) de programas de atención a los primeros episodios de psicosis 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se habrán desarrollado en todas las UGC de SM programas de atención a situaciones que requieren una especial atención en cada una de sus USMC: primeros episodios de psicosis

Fuente: III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020

Situación de la implantación de programas ITP en Andalucía

En línea con los objetivos del Plan Integral de Salud de Salud Mental 2016-2020 de Andalucía, se ha trabajado el desarrollo de programas de intervención temprana en psicosis en cada Unidad de Gestión Clínica. Aunque la mayoría de UGC cuenta con un programa diseñado, no significa que en la práctica se haya implementado. Además, la guía desarrollada desde la Consejería de Salud se considera únicamente orientativa, por lo que los programas implementados presentan algunas características comunes, aunque no son totalmente homogéneos.

A día de hoy, los programas existentes no cubren toda la población. Los programas existentes no son coordinados a nivel autonómico y la heterogeneidad se produce especialmente en la asistencia recibida una vez desarrollado un primer cuadro psicótico. En cambio, la fase de detección precoz se desarrolla en base a criterios comunes, con una mayor homogeneidad en toda la comunidad. La intervención, por lo tanto, depende de cada centro y sus propios recursos. No existe un protocolo común.

Se han identificado los siguientes programas **con un mayor nivel de implantación y actividad**:

- **Detección e intervención temprana en la psicosis.** UGC de Salud Mental. Área Sanitaria Sur de Granada
- **Programa de Intervención en Primeros Episodios (PIPE)** de la Unidad de Rehabilitación de la UGC Salud Mental del H. Puerto Real de Cádiz
- **Programa de Primeros Episodios y de Atención Temprana** de la UGC de Salud Mental del Hospital Regional Universitario de Málaga

- **Programa de Intervención Temprana en Psicosis (PITP).** Hospital de Día de Salud Mental “El Cónsul”. UGC Salud Mental Hospital Virgen de la Victoria. Málaga
- **Programa de Intervención Temprana en la Psicosis de Almería (PITPA)**
- **Programa de Atención a Primeros Episodios** de la UGC de Salud Mental del Virgen del Rocío

En el primer trimestre de 2018 se realizó una encuesta de seguimiento a todas las Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental (UGC-SM) sobre los programas de intervención temprana en psicosis en el primer semestre del 2018. En dicho cuestionario se preguntó por diferentes aspectos de los programas como los criterios de inclusión, tipo de intervenciones, organización del programa, existencia de actividades para mejorar la detección precoz, existencia de formación sobre intervención temprana en psicosis, recursos humanos dedicados al programa, tipo de datos registrados, barreras y facilitadores para el desarrollo del programa.

Se identificaron 16 UGC-SM, de los 16, con iniciativas puestas en marcha:

- Almería: H. Torrecárdenas y H de Poniente
- Cádiz: H. Puerto Real y Área de Gestión Sanitaria (AGS) Campo de Gibraltar.
- Córdoba: AGS Córdoba Sur.
- Granada: H. Virgen de las Nieves, H. San Cecilio, AGS Nordeste de Granada, AGS Sur de Granada
- Huelva: Intercentros de Huelva
- Málaga: H. Regional de Málaga, AGS Este de Málaga, H V. Victoria
- Sevilla: H V. del Rocío, AGS Osuna, AGS Sur de Sevilla

Debido a la dispersión demográfica en Andalucía, desde la Consejería se optó por descentralizar el desarrollo y la implementación de estos programas a las Unidades de Gestión Clínica. Estos programas transversales cuentan con dedicación parcial de los profesionales, utilizando los recursos existentes en cada UGC. En cuanto a los dispositivos que coordinan los programas de intervención temprana en psicosis se observa la siguiente distribución en los 16 programas en marcha en la actualidad: Hospital de Día de Salud Mental (SM) 10; Unidad de Salud Mental Comunitarias 8; Unidad de Rehabilitación de SM 4; Unidad de Hospitalización de SM 3; Unidad de SM Infanto-Juvenil 1.

No se tiene previsto destinar financiación específica para la implementación de estos programas, aunque en la priorización en cuanto al aumento de recursos humanos a lo largo de la vigencia del Plan Integral de Salud Mental se han identificado dos ámbitos: la atención a la población infanto-juvenil y la población con trastorno mental grave.

Sería igualmente deseable un mayor desarrollo de registros e indicadores de los programas ITP para contribuir a estudios a nivel epidemiológico y de resultados a nivel estatal.

Por otro lado, cabe destacar la estrategia andaluza contra el estigma en salud mental (1 de cada 4), y a la función pública que desarrollan. Especialmente destaca el proyecto “Lo Hablamos. Sensibilización sobre la salud mental en las aulas⁴⁰”, para la sensibilización de estudiantes de secundario que consta de sesiones educativas en los centros educativos. Los principales objetivos son sensibilizar sobre la importancia de la salud mental y un trato menos discriminatorio y más igualitario hacia las personas que padecen una enfermedad mental.

Programas de ITP en Andalucía

Hay 16 programas en marcha, pero se destacan 5 al disponer de información más detallada. Por un lado, gracias a la información aportada por los autores de Andalucía de este Libro blanco, y por otro por la información del documento "Detección e intervención temprana en las psicosis" del Servicio Andaluz de Salud (2010) que incluye en sus anexos varias experiencias en Andalucía con la descripción detallada de los programas.

Programa de Primeros Episodios y de Atención Temprana de la UGC del SM del Hospital Regional Universitario de Málaga

En junio de 2009 se puso en marcha este programa, planteado con carácter indefinido el cual se revisa, evalúa y actualiza anualmente. Incluye como objetivos:

- Desarrollar una estrategia de detección y vinculación de aquellas personas que acaban de debutar o llevan poco tiempo de evolución (primer ingreso en la Unidad de

⁴⁰ Manual de actividades disponible en:
http://www.1decada4.es/pluginfile.php/400/mod_page/content/18/Manual_entero.pdf

Hospitalización de Salud Mental o primer contacto con la Unidad de Salud Mental Comunitaria).

- Evaluar y aplicar un programa de tratamiento adaptado a un sistema público de salud, que incluya terapia cognitivo-conductual y farmacológica a bajas dosis.
- Hacer un seguimiento continuado y a largo plazo de primeros episodios.

Criterios de admisión

En el programa se incluyen los pacientes que ya han debutado, pero no aquellos que puedan estar en una etapa temprana con signos precoces, en seguimiento de las recomendaciones de la guía autonómica, ya que el modelo asistencial propuesto no incluye a pacientes de alto riesgo.

Únicamente se incluyen pacientes mayores de 18 años y no se establece un límite máximo de edad. Los menores de edad son atendidos en las Unidades **de Salud Mental Infanto-Juvenil**. La fase de transición de atención infanto-juvenil a adulto debería reforzarse, ya que actualmente no se está desarrollando ningún programa específico de atención temprana a la psicosis en pacientes menores de edad.

Los pacientes con síntomas psicóticos no se incluyen en el programa en los siguientes casos

- Los síntomas se presentan exclusivamente en momentos de intoxicación por drogas. En estos casos hay una comisión conjunta con drogodependencias, independiente del SAS, donde se discute dónde se lleva a cabo la intervención.
- Los síntomas se presentan exclusivamente en un episodio de disminución de conciencia.
- Los síntomas se presentan como consecuencia de una enfermedad médica.

Equipo

No se ha definido un equipo específico dedicado al programa, siendo los profesionales del propio servicio quienes contribuyen a su desarrollo. Por este motivo todos tienen una dedicación parcial al programa, con agenda compartida con el resto de pacientes. Participan en el programa especialmente, un psiquiatra, un trabajador social, un enfermero, y dos psicólogos. El programa no cuenta con un terapeuta ocupacional específico.

El enfermero actúa como coordinador asistencial de cada caso, y hace seguimiento de los pacientes. Además, en cada dispositivo (UHSM⁴¹ y USMC⁴²) hay un profesional perteneciente al área, psicólogo o psiquiatra, que se dedica al programa de forma parcial. El profesional de la unidad de hospitalización sería en encargado de identificar el caso, y derivarlo al centro comunitario una vez se produzca el alta.

La situación más habitual es la dedicación de un día a la semana al programa, aunque se establece en función de la demanda, no existiendo una definición reglada.

Instalaciones

El programa se desarrolla en las consultas habituales de la **Unidad de Rehabilitación de Salud Mental (URSM)**, de régimen ambulatorio para pacientes con Trastorno Mental Grave. Existe un proyecto, presentado a gerencia, para destinar una zona que antiguamente formaba parte de un taller terapéutico en el propio hospital, para convertirlo en un espacio específico donde realizar las intervenciones con pacientes del programa.

Hasta la fecha no se han realizado intervenciones domiciliarias.

Detección y derivación

Los pacientes suelen acceder al programa a través de las **Unidades de Salud Mental Comunitarias, Unidades de Hospitalización, y en ocasiones en la transición de infanto-juvenil a adultos**. En ocasiones se producen derivaciones desde Atención Primaria, pero no en el marco de un proceso programado para primeros episodios, sino en el de coordinación general para cualquier patología.

No se ha establecido un tiempo máximo para la derivación al programa. Se estima que en el caso de que el paciente sea detectado en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental, la evaluación se realiza antes de que se dé de alta, en menos de cinco días.

⁴¹ Unidad de Hospitalización de Salud Mental

⁴² Unidad de Salud Mental Comunitaria

Los casos ambulatorios pueden demorarse más, ya que se establece en función de la gravedad de los síntomas psicóticos.

Intervenciones

Se realiza una intervención farmacológica, facilitando información y teniendo en consideración las preferencias del paciente sobre las opciones de sobre el tratamiento, considerando las ventajas, efectos deseados y posibles efectos secundarios. Se valora una intervención social – información y gestión sobre recursos económicos, residenciales, educativos, laborales, y de ocio y tiempo libre – y un tratamiento psicosocial: psicoeducación, intervención familiar y psicológica. En muchos casos no hay acceso a estos recursos más allá de un tratamiento farmacológico convencional. Hubo una estrategia de intervención familiar específica para primeros episodios psicóticos, financiada través de un proyecto del FIS.

Se realiza un plan individualizado de tratamiento, elaborado y consensuado por los distintos profesionales que han realizado las evaluaciones, unificando criterios y pautas de actuación. Se trabaja junto con el paciente y la familia.

Los pacientes se van integrando en algunos de los programas disponibles sobre actividad física, deporte o hábitos saludables, pero no existe un grupo o estrategia específica para estos pacientes. Son programas comunes con otras patologías. El hecho de ser actividades no adaptadas a gente joven, provoca que algunos pacientes rechacen participar en estas actividades y programas. Por ello, muchos de ellos optan por trabajar directamente con asociaciones, con actividades menos estigmatizantes.

Destacan las siguientes asociaciones en el área de Málaga:

- Asociación de Familiares con Enfermos de Esquizofrenia de Málaga (AFENES)
- Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM). Con esta asociación se trabaja con pacientes más crónicos

Existe un Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario, principalmente constituido por enfermeros y trabajadores sociales, pero que solo está disponible para aquellos pacientes más graves, refractarios y con un alto nivel de reingresos. No es específico para primeros episodios psicóticos.

Se estima que la duración de la intervención dure entre **3 y 5 años**.

Adherencia

Se hace un seguimiento individualizado de los casos, siendo la adherencia al programa uno de los objetivos. El psicólogo tiene mayor disponibilidad para estos pacientes, pero no existe en sí un protocolo específico para favorecer la vinculación del paciente. La psicoeducación no se realiza en todos los casos.

Coordinación

Existe una alta coordinación entre los diferentes dispositivos de Salud Mental. Por otro lado, un psiquiatra se desplaza semanalmente a Atención Primaria para discutir casos, pero no específicamente de psicosis ni Primeros Episodios Psicóticos. De hecho, no existe ningún programa de sensibilización y coordinación de intervención temprana en psicosis a médicos de Atención Primaria.

No hay ningún protocolo específico de coordinación con otras instituciones como Educación o Servicios Sociales referente a intervención temprana en psicosis.

Por ser común el número de casos con patología dual, la coordinación con la red de tóxicos es bastante alta. Con el resto de servicios, no existe ningún protocolo específico, se hace la gestión y la derivación de casos como en cualquier otra patología.

Las posibles comorbilidades se conocen y gestionan a través de la historia clínica electrónica.

Formación

Se realizan actividades docentes en la Unidad de Gestión Clínica, pero no son específicas de primeros episodios psicóticos. Ha habido algunos cursos y seminarios de formación continuada para PEP, pero no se ha realizado ninguna actividad formativa enfocada en cómo implementar un programa de ITP basado en la guía elaborada por la Consejería de Salud.

El servicio cuenta con residentes que participan en el programa. En concreto, MIR de psiquiatría, PIR y EIR rotan por el programa.

No se han realizado actividades formativas con Atención Primaria ni con otras instituciones en relación a primeros episodios psicóticos ni sobre la necesidad de una intervención precoz.

Investigación

Se ha solicitado financiación para el estudio “Marcadores de neuroinflamación en la evolución de la sintomatología psicótica de pacientes con primeros episodios de Esquizofrenia”, actualmente en fase de reclutamiento, que de momento no cuenta con financiación de ninguna convocatoria pública. Actualmente, cuenta con financiación por parte de la Red de Trastornos Adictivos (RTA).

No se han realizado estudios específicos vinculados a la actividad y evaluación de resultados del programa.

Evaluación del programa

Desde la implementación del programa, se ha ido recopilando principalmente información sobre incidencia de primeros episodios psicóticos en el área, pero no se han desarrollado indicadores de resultados del propio programa, como reingresos y abandonos.

Programa de Atención a Primeros Episodios de la UGC de SM Virgen del Rocío

Aunque existían experiencias previas de programas dirigidos al abordaje de los PEP en algunos de los dispositivos de la UGC en el contexto de investigaciones o de desarrollos parciales, así como algunos espacios de coordinación de los dispositivos en relación a este grupo de población, hasta el año 2015 no se pone en marcha un grupo de trabajo para la elaboración e implantación en toda la UGC de un Programa de Primeros Episodios de Psicosis.

A partir de ese momento se nombra a un **coordinador del programa de PEP de la UGC**, encargado de promover su implantación y se establece un grupo de referentes de PEP en cada una de las unidades asistenciales.

El objetivo general que se plantea en este programa de PEP es la **detección, derivación rápida, evaluación y tratamiento integral e integrado en el conjunto de la red y de los dispositivos implicados en cada caso**, especificándose como objetivos específicos los siguientes:

- Promover la detección temprana de psicosis, reduciendo el tiempo de psicosis sin tratar.
- Facilitar un abordaje integral desde el inicio del tratamiento.
- Promover la recuperación desde el primer momento de la detección, con especial atención a intervenciones integradas en los entornos comunitarios (familias, asociaciones, entornos escolares, etc.)
- Generar espacios de coordinación que contribuyan al desarrollo de programas específicos de abordaje.
- Generar espacios intersectoriales que contribuyan a un mejor desarrollo del programa.
- Facilitar instrumentos que permitan la disponibilidad de datos útiles para la planificación y gestión de la asistencia a personas con primeros episodios psicóticos (PEP).
- Facilitar entornos/espacios de apoyo a los profesionales con dedicación plena o parcial al ámbito de los PEP.
- Promover espacios de formación específica para el abordaje de PEP.
- Establecer las bases para el desarrollo de investigaciones que contribuyan a una mejor práctica clínica en este ámbito.

El programa se establece desde una perspectiva integradora, con intervenciones multidisciplinares y con un modelo escalonado, en el que se integran las actuaciones de cada uno de los niveles asistenciales, con una progresiva intensidad de las intervenciones programadas en función de las necesidades detectadas en los pacientes y familiares incluidos en el programa.

En cada nivel se establecen las funciones, los tipos de actuación y los criterios de derivación, así como los mecanismos de coordinación para el adecuado funcionamiento del programa.

El programa se planteó como un primer embrión de un programa más amplio, partiendo de una ordenación de los recursos existente y estableciendo las bases para un desarrollo más específico y ajustado a las necesidades de esta población. El programa se empezó a implantar a lo largo del año 2016, estableciéndose en principio dos periodos para esta implantación.

Los objetivos planteados en estos dos primeros años se han venido cubriendo mayoritariamente, si bien se ha podido constatar que la plena implantación del programa se encuentra en distintas fases de desarrollo en las distintas unidades asistenciales. **El programa está definido con alto detalle, pero la realidad es que esta estructuración no se cumple en su totalidad hoy en día, no existiendo un programa estructurado real.**

Las principales dificultades observadas tienen relación con la incorporación sistemática de los instrumentos de evaluación, así como de la puesta en marcha de los programas grupales de tratamiento psicológico tanto para pacientes como para familiares, aspectos que se están implantando de modo desigual en los distintos dispositivos. En 2017 se están elaborando los datos disponibles para un primer informe de caracterización de la población atendida y de las respuestas asistenciales ofertadas

Criterios de admisión

EL programa está enfocado en pacientes **entre los 14 y los 35 años**, diagnosticados de psicosis, con menos de 5 años de evolución desde el inicio del cuadro psicótico. No se plantean criterios de exclusión adicionales.

Equipo

A nivel teórico, se tendría que asignar un referente del programa en cada uno de los dispositivos de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental Virgen del Rocío, contando en las Unidades de Salud Mental Comunitarias con un psicólogo clínico, un psiquiatra, y personal de enfermería. La realidad es que hay un único referente por Equipo de Salud Mental (ESM).

Una vez incluido en el programa las personas con primeros episodios, los propios referentes de programa garantizarán la realización de los diversos procedimientos incluidos en el programa de la unidad. El programa cuenta con un coordinador global del programa. En la práctica no hay un programa real más allá de lo escrito. Aunque sí que se detallan las funciones dentro del proceso asistencial, no se está llevando a cabo un programa estructurado real.

Aunque en los primeros episodios psicóticos el planteamiento es que todos los profesionales participen en distinto grado, el grupo que está más directamente implicado, que es el que forma el grupo de referentes, está formado por 5 psicólogos clínicos, 7 psiquiatras, 9 enfermeros, y un

auxiliar de enfermería. Están pendientes de incorporar un trabajador social. No hay un tiempo asignado real, aunque teóricamente sí que debería haber un tiempo de dedicación en función del número de casos.

Se recoge en el protocolo el sistema de gestión de casos e intervención de cuidados de enfermería con especial énfasis en la promoción de la salud y la adherencia a las intervenciones.

Instalaciones

El programa se establece desde una perspectiva integradora, con intervenciones multidisciplinares y con un modelo escalonado, en el que se integran las actuaciones de cada uno de los niveles asistenciales, con una progresiva intensidad de las intervenciones programadas en función de las necesidades detectadas en los pacientes y familiares incluidos en el programa.

El programa debe garantizar la continuidad y coordinación de la atención, a proporcionar desde el siguiente circuito de la propia Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental Virgen del Rocío:

- Unidades de Salud Mental Comunitaria (Este, Guadalquivir, Mairena, Oriente, Sanlúcar, Sur)
- Hospital de día
- Unidad de Salud Mental Innato-Juvenil
- Unidad de Hospitalización
- Equipo de tratamiento intensivo comunitario

Por lo tanto, no es un programa localizado en una ubicación específica, en un centro sanitario concreto, sino que diferentes referentes del programa hacen seguimiento de los pacientes candidatos al mismo, y utilizando aquellos dispositivos de Salud Mental que requiera. El programa no cuenta con financiación específica.

La Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) se considera el lugar de tratamiento de primera elección, priorizándose el tratamiento ambulatorio para cualquier paciente, excepto en el caso de que requiera derivación por las circunstancias referidas más adelante, incluyendo visita domiciliaria si se precisa, con el fin de mantener los cuidados en la comunidad y evitar cualquier

corte traumático en el desempeño psicosocial de la persona afectada y reducir el riesgo de estigmatización.

DetECCIÓN Y DERIVACIÓN

El papel fundamental de Atención Primaria es el relativo a la detección de las señales de riesgo de psicosis, por lo que se hace especialmente importante la formación básica y generalizada a todos los profesionales de Atención Primaria, particularmente en relación a los siguientes aspectos:

- El reconocimiento de la relevancia de la detección temprana de las psicosis, sus consecuencias
- Conocimiento de los distintos tipos de inicio de las psicosis
- El conocimiento de las señales de riesgo
- Formar en el manejo de la exploración de posibles psicosis de inicio
- La diferenciación de estas manifestaciones de aquellas propias de cambios evolutivos
- Procedimiento para el seguimiento de la evolución
- El conocimiento de los criterios de derivación, así como de los canales y procedimientos de estas derivaciones

Los profesionales de Atención Primaria, ante la observación de conductas o señales de riesgo, mostradas por el propio paciente o referidas por familiares del entorno, deberán:

1. Tratar de establecer un vínculo con el paciente
2. Explorar las señales de riesgo
3. En caso de confirmarse o considerarse de alta probabilidad la existencia de una posible psicosis, derivar a la USMC según el protocolo específico que estará disponible a tal efecto.
4. En caso de no confirmarse, o de observarse señales leves, mantener citas de seguimiento al menos 1 vez/mes durante 6 meses para valorar la evolución, decidiendo en posteriores citas la posible derivación o alta

Los pacientes pueden derivarse, por lo tanto, desde cualquier dispositivo de Salud Mental de la Unidad de Gestión Clínica y desde Atención Primaria. Una vez el caso llega a la Unidad de Salud Mental Comunitaria, se confirma el diagnóstico y se decide la inclusión en el programa,

asegurándose el acceso a la unidad en un plazo máximo de una semana desde la derivación e incorporando al paciente en el registro de primeros episodios y en el procedimiento de intervención recogido en el propio programa.

No se estable un tiempo máximo para la derivación de los pacientes al programa.

Intervención

El programa comprende un total de **5 años de duración**. Se intenta capacitar a las personas para la obtención de sus principales logros y para la definición y trabajo en áreas de desarrollo psicosocial (educación, empleo, ocio y tiempo libre), priorizando la utilización de recursos normalizados.

Se realiza una evaluación integral de las personas que llegan al programa, con el objetivo de formular un **Plan Individualizado de Tratamiento (PIT)**. Se ofrecen intervenciones por lo tanto específicas e individualizadas (psicológicas, farmacológicas y psicosociales), orientadas a la recuperación del individuo. Por otro lado, se intenta reducir el impacto de la psicosis en el paciente y su familia, facilitando y estimulando la participación e implicación activa de la familia a lo largo de todo el proceso de atención.

El recorrido del programa de forma específica debe garantizar:

- Evaluación sistemática incluyendo los instrumentos consensuados
- Elaboración del PIT y revisión al menos con carácter anual
- Intervención psicoterapéutica individual reglada, con una frecuencia de citas de, al menos, 1 sesión cada 2 semanas el primer año.
- Posibilidad de un tratamiento antipsicótico a dosis bajas con supervisión regular de cumplimiento y efectos secundarios, siguiendo las recomendaciones específicas para esta población
- Intervención familiar reglada al menos con 6 sesiones el primer año.
- Ofrecer intervenciones de trabajo social y terapia ocupacional cuando se requiera

En aquellos casos en que se requiera se garantizarán visitas a domicilio, e intervenciones en los ámbitos en los que se encuentre la persona usuaria y su familia.

Adherencia

En aquellos casos en lo que haya riesgo de desvinculación, el paciente se derivará al equipo de tratamiento intensivo comunitario (ETIC-PEP), que trabajará en coordinación con el psiquiatra y personal de enfermería referentes del paciente. Su trabajo esencial es de ofertar un contacto continuado, abierto, flexible y orientado hacia la consecución de la vinculación terapéutica, enfatizando el acompañamiento de la persona frente a la realización de tareas.

Por ello es importante realizar las entrevistas en el lugar más aceptable para el paciente y familia: domicilio, consulta de atención primaria, escuela, calle, bar, etc. Así mismo son importantes las respuestas rápidas no sólo en el momento de la derivación, sino también en momentos especiales, como las crisis, dónde es particularmente necesario poder hacer visitas muy frecuentes, incluso más de una visita diaria.

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

La duración de la intervención de este equipo tenderá a ser breve, un **máximo de 6 meses**, procurando en este periodo la vinculación (paralela y/o sucesiva) al equipo que será responsable de su atención.

Coordinación

Para el seguimiento de los pacientes incluidos en el programa se debería establecer un calendario mensual de reuniones entre los diversos profesionales implicados en el programa, así como con los profesionales referentes en los casos en que se viese conveniente. Estas reuniones no son mensuales en la práctica.

Para la coordinación de las intervenciones en cada caso se acordarán reuniones al menos semestrales para la revisión de incidencias y la puesta en común del programa de intervención.

Establecimiento de espacios de coordinación del programa PEP, al menos con reuniones trimestrales para la identificación de dificultades, el consenso en los temas que lo precisen y la identificación de áreas de mejora:

- Todos los dispositivos de Salud Mental implicados en el PEP (USMC, HDSM, USMI-J, UHSM, ETIC-PEP), con AP, y con los Servicios de Urgencias.
- Asegurar los dispositivos que tendrán una participación importante en la recepción de las personas una vez cumplidos los 5 años de duración del programa (incorporar la URSM, como destino probable de aquellas personas con necesidades de programas de rehabilitación comunitaria), asegurar la transición hacia la atención general de las USMC en programas de menor contención, para evitar fragmentaciones en la atención y pérdidas de pacientes.
- De los dispositivos de Salud Mental con los Centros de Atención a Drogodependencias, la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM), específicamente con el Servicio de orientación al empleo (SOAE) de esta Fundación, Educación, Servicios Sociales, Justicia, y con el movimiento asociativo.

Formación

Se realizará formación específica a profesionales de Atención Primaria para garantizar la detección y rápida derivación de casos al programa. Esta formación tendría como objetivo:

- Detectar lo antes posible a las personas que están en el periodo crítico de hasta un máximo de 5 años tras el inicio de la psicosis.
- Facilitar el acceso inmediato a los servicios especializados a las personas detectadas.
- Dotar a los profesionales de AP de los conocimientos y habilidades suficientes para la detección de la psicosis en sus fases iniciales.

Se plantearán al menos, 1-2 sesiones clínicas en cada Centro de Salud en la que se aborden estos temas, se comenten estrategias a seguir y a ser posible se incluya el comentario de las tipologías más frecuentes, así como contar con materiales técnicos para profesionales de Atención Primaria y de material divulgativo para familias, personas afectadas y población general orientado al conocimiento de los síntomas, a la necesidad de la búsqueda temprana de ayuda y a la reducción del estigma.

Investigación

El ámbito de la investigación aplicada a la mejora de la atención será uno de los ejes de apoyo al desarrollo y mejora del programa, para lo que se establecerán las bases que permitan promover investigaciones en este ámbito de la asistencia.

Evaluación del programa

Se ha desarrollado un plan de implantación y de evaluación que permite cuantificar y evaluar el proceso de implantación del programa, así como los resultados obtenidos en esta primera fase. Aún no se están evaluado los resultados del mismo.

Detección e intervención temprana en la psicosis. AGS Sur de Granada (Motril)⁴³

Población diana

Pacientes con síntomas prodrómicos. Pacientes con primeros episodios psicóticos. Hijos y/o hijas de personas con grupo diagnóstico de trastorno mental grave (TMG).

Metodología

En cada dispositivo de la UGCSM, debe existir un referente del Programa. Derivación desde Atención Primaria, Servicios de Urgencias o Centro Comarcal de Drogodependencias y, excepcionalmente, desde otros sectores (educativo, judicial, servicios sociales). Acceso directo e inmediato a la Unidad Salud Mental Comunitaria (24-48h). Inclusión en el registro del Programa de Intervención Temprana. Acogida de paciente y/o familia por el personal facultativo y por el personal de enfermería y trabajo social para el primer contacto y la recogida de datos con el objeto de reducir el tiempo de espera. Asignación de responsable facultativo/a y referente de enfermería. Cuando se den las condiciones definidas más adelante, el o la paciente será derivado al HDSM (Hospital de Día de Salud Mental) y atendido de forma prioritaria (en relación

⁴³ Información obtenida del documento: “Detección e intervención temprana en las psicosis. Grupo de trabajo sobre intervención temprana en psicosis del II PISMA. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud (2010)”

a otros casos pendientes de derivación) en un plazo máximo de dos semanas. En el HDSM, la acogida la realizará el referente de enfermería, que junto a el/la responsable facultativo/a llevarán a cabo la primera entrevista.

Los hijos y/o hijas de personas con diagnóstico de TMG, se incluirán en el Programa de «Atención a los hijos de pacientes con TMG».

Evaluación

Se debe garantizar la evaluación en un plazo máximo de 15 días. La evaluación debe incorporar los siguientes elementos:

1. Valoración clínica (responsable facultativo/a): Entrevistas de evaluación (mínimo dos) para confirmar diagnóstico e inicio de tratamiento. Se pueden utilizar escala SIPS/SOPS como herramienta que facilita la exploración.
2. Valoración funcional (Referente de enfermería): Valoración por patrones de funcionalidad y detección de necesidades no cubiertas o deterioro en su autonomía personal. Valoración de la situación del cuidador/a principal, familiares, con especial atención a los/as menores que conviven en el domicilio.
3. Valoración social (Trabajador/a Social): Valoración global de los recursos de cada paciente: ingresos económicos, vivienda, formación y empleo, conocimiento y utilización de los recursos sociales. Establecer historia de intereses y habilidades previas a la enfermedad, determinar el contexto sociocultural de la persona atendida y las relaciones dentro y fuera de la familia. Explorar y detectar factores de riesgo social que dificulten la normalización o reinserción de la persona afectada.
4. Valoración familiar (T. Social y/o Enfermería): Genograma de la, familia propia y extensa, dinámica familiar, sistemas de apoyo.
5. Visita domiciliaria (T. Social y/o Enfermería): Donde se puede valorar el contexto sociofamiliar más cercano a la realidad que vive el paciente. Permite esclarecer situaciones que pudieran permanecer más ocultas en la consulta.

Elaboración del plan individual de tratamiento

Este plan debe ser elaborado y consensuado por los distintos profesionales que han realizado las evaluaciones. Debe unificar criterios y pautas de actuación con otros niveles asistenciales.

Intervenciones

1. Tratamiento farmacológico: Información y negociación sobre el tratamiento, ventajas, efectos deseados y posibles efectos secundarios.
2. Atención a los cuidados de paciente y familia.
 - a. Información simple y relevante sobre la enfermedad y su tratamiento.
 - b. Enseñanza y acuerdo con el o la paciente sobre cuidados básicos y necesidades.
 - c. Administración y supervisión del cumplimiento del tratamiento.
 - d. Recomendaciones sobre hábitos de vida saludable: alimentación, aseo, vestimenta, ejercicio físico y sueño/vigilia.
 - e. Abstención de tóxicos (alcohol, cannabis, cafeína, etc.)
 - f. Contención emocional y desarrollo de relación terapéutica.
 - g. Visitas y seguimientos domiciliarios.
 - h. Detección de problemas reales o potenciales.
 - i. Apoyo al/ a la cuidador/a principal.
 - j. Facilitar accesibilidad al equipo que proporciona la atención.
 - k. Proporcionar nº teléfono de apoyo clínico.
3. Intervención social:
 - a. Información y gestión sobre recursos sociales:
 - i. Económicos (definitivos o coyunturales).
 - ii. Residenciales (permanentes o respiros familiares).
 - iii. Educativos/ laborales.
 - iv. Ocio y tiempo libre.
 - b. Apoyo y seguimiento domiciliario (servicio de ayuda domiciliaria, teleasistencia).
 - c. Identificación, contacto e implicación de sectores sociales relevantes.
4. Tratamientos psicosociales:
 - a. Programa de psicoeducación en psicosis. Lo realiza el personal de psicología y enfermería.
 - i. Individual: con la persona atendida y/o su familia. Con un mínimo de cuatro sesiones. Los contenidos serán los más relevantes (la enfermedad, medicación, reconocimiento de pródromos/recaídas y el impacto de la enfermedad).
 - ii. Grupal: grupos multifamiliares y/o grupos de pacientes, por separado¹¹.

- b. Rehabilitación psicosocial. A todas las personas que presenten discapacidad en actividades de vida diaria, habilidades sociales, utilización del tiempo libre o funcionamiento educacional o laboral.
- c. Intervenciones familiares (psicólogo/a): Habitualmente, las familias con una persona afectada de psicosis sufren un grado importante de trastorno en sus dinámicas de relación. que puede influir negativamente en la evolución de la enfermedad. Se pueden realizar en el equipo o en el domicilio. A continuación, se recogen las intervenciones fundamentales:
 - i. Enseñar a la familia habilidades de afrontamiento para reducir la carga que supone cuidar de una persona con enfermedad mental.
 - ii. Tratar de reducir los niveles de «emoción expresada» en la familia, centrándose en los comentarios críticos, las descalificaciones y la sobre implicación.
 - iii. Apoyar y contener emocionalmente a la familia.
- d. Intervenciones terapéuticas (Facultativo/a referente): Las intervenciones individuales y grupales, basadas en el modelo cognitivo-conductual permiten el refuerzo de habilidades sociales, el manejo de situaciones ambientales que generan estrés y el entrenamiento en resolución de problemas.

Ubicación y espacios

- Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC): En primera instancia, se debe plantear el tratamiento ambulatorio para cualquier paciente, excepto en el caso de que requiera algún cuidado especial.
- Se prioriza el tratamiento ambulatorio, incluyendo visita domiciliaria si se precisa, con el fin de mantener los cuidados en la comunidad y evitar cualquier corte traumático en el desempeño psicosocial de la persona afectada.
- Hospital de Día de Salud Mental (HDSM): Se derivará, directamente, a pacientes que presenten trastornos conductuales significativos y/o baja adherencia al tratamiento y/o disfunción familiar grave. Deben contar con una red de apoyo. Se derivará también a pacientes que, tras 6-9 meses de tratamiento en el equipo, evolucionen de forma negativa, se estanquen o muestren signos de limitación funcional progresiva.
- Unidad de Hospitalización de Salud Mental: Hospitalización completa de corta estancia, si existe riesgo vital, riesgo a terceros, rechazo del tratamiento, sin red de apoyo.

Intervención en el HDSM

1. En el HDSM un/a psiquiatra, un/a psicólogo/a y un/a enfermero/a se encargan preferentemente de este programa. El o la terapeuta ocupacional interviene en aquellos casos que precisen su actuación.
2. La evaluación, la elaboración del PIT y las intervenciones en el HDSM se enmarcan dentro del protocolo descrito para la USMC con las siguientes salvedades:
 - a. Se parte de los motivos de la derivación y de los objetivos señalados por la USMC.
 - b. Se profundiza y amplía la evaluación, sin repetir, en la medida de lo posible, procedimientos ya realizados en la USMC.
 - c. Se intensifica la intervención individual y familiar.
 - d. Se acentúa el enfoque rehabilitador, atendiendo especialmente aspectos relacionados con las limitaciones funcionales (formación, ámbito laboral, relaciones y habilidades de la vida diaria).
 - e. La intervención será preferentemente individualizada. Se procurará que la asistencia al dispositivo no supere las tres horas/semana, con la intención de evitar la estigmatización y que el usuario mantenga el mayor grado de normalización en su vida.
3. Se reserva un mínimo de cinco plazas en la unidad para este programa.
4. La duración de la intervención en este dispositivo estará entre los 12 y los 24 meses.

Seguimiento y evaluación del Programa

Los referentes de cada dispositivo de la UGC deben reunirse tres veces a lo largo del año, para realizar un seguimiento, análisis y resolución de dificultades e incidencias del Programa. Cuando un nuevo paciente se incluye en el Programa se debe cumplimentar una ficha básica (recogida al final del Programa). La evaluación del programa será anual y en la misma se aportarán las fichas de las pacientes cumplimentadas.

Programa de Intervención en Primeros Episodios (PIPE) de la UGC Salud Mental del Hospital Puerto Real (Cádiz)⁴⁴

Objetivos

El presente programa de intervención nace con 3 objetivos generales:

- Promover la puesta en marcha precoz de actuaciones intensivas encaminadas a la mitigación de los síntomas y disfuncionalidades asociadas al proceso que pueda presentar la persona usuaria.
- Potenciar el conocimiento y la implicación eficaz de las redes de apoyo natural.
- Favorecer la aparición de actitudes positivas que reduzcan el autoestigma y que estén orientadas hacia la recuperación y el empoderamiento (*empowerment*) personal.

Población diana

Pacientes del espectro psicótico que han sido detectados/as y/o están siendo atendidos/as por las diferentes UUSM del Área de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital Universitario de Puerto Real. Las personas usuarias deberán no tener una evolución mayor a 2 años, siendo un criterio de calidad deseable el que la derivación se realice dentro del primero.

Derivación de pacientes

La persona usuaria podrá ser derivada al programa por el personal facultativo del Área de Gestión. Cada derivación deberá ir acompañada de informe clínico, social y de enfermería. Una vez realizada la derivación la persona afectada será citada para la primera entrevista en un plazo no superior a 10 días. Al tratarse de un programa experimental el número máximo de pacientes no deberá superar en ningún caso los 20.

⁴⁴ Información obtenida del documento: “Detección e intervención temprana en las psicosis. Grupo de trabajo sobre intervención temprana en psicosis del II PISMA. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud (2010)”

Evaluación

El proceso de evaluación individualizado incluye las siguientes áreas e instrumentos:

- Psicopatología y perfil sintomático: BPRS-24 / PSIRATS.
- Perfil funcional: LSP (Life Skills Profile).
- Perfil cognitivo: SCIPS con instrumento de screening básico, si las puntuaciones sugieren deterioro cognitivo profundizar en la evaluación por funciones: memoria verbal (TAVEC) atención (CPT) funcionamiento ejecutivo (WCST) memoria de trabajo (TRAIL MAKING TEST).
- Calidad de Vida: Escala de Calidad de Vida de Sevilla.
- Autoestima: Escala de Autoestima de Rosemberg.

Procedimientos de actuación

Cada persona afectada habrá que contar con un programa de abordaje que incluya actuaciones concretas en cada una de las siguientes áreas:

- a. Individual
- b. Grupal
- c. Familiar
- d. Orientación ocupacional/laboral

Las técnicas de intervención que se integran dentro de la cartera de servicios que se oferta son las siguientes:

1. Psicoterapia individual de orientación cognitivo-conductual: Desarrollada en sesiones semanales con alguno de los terapeutas incluidos en el programa.
2. Psicoterapia de grupo: Encaminada a la recuperación: se perfilan 2 tipos diferentes de grupo en función del perfil y disfuncionalidades presentadas por las personas usuarias:
 - a. Psicoterapia de orientación cognitiva para la psicosis temprana (COPE). Dirigida a personas con menor nivel de deterioro cognitivo
 - b. Terapia de mejora cognitiva (Cognitive Enhancement Therapy). Contemplada para pacientes con mayor carga de alteraciones cognitivas y que necesitan actuación previa sobre las mismas.

3. Grupo de psicoeducación multifamiliar: Planteada para familiares directos/as de la persona atendida (padres, hermanos/as, etc.). La psicoeducación seguirá un modelo de trabajo orientado hacia el fortalecimiento de la comprensión y la dotación de recursos y competencias en el familiar. Tendrá como base el modelo de I. Falloon en cuanto a contenidos (fase informativa, entrenamiento en habilidades de comunicación, entrenamiento en habilidades de manejo y solución de problemas), adaptados en este caso, al formato multifamiliar.
4. Orientación ocupacional/laboral: Encaminada a la integración de la persona usuaria en aquellas actividades que están vinculadas a sus intereses y/o que forman parte de su perfil de competencias.

Duración del Programa

El programa está diseñado con una duración inicial de 1 año revisable en función de la consecución de los objetivos individuales propuestos. Se estructuran 2 cortes evaluativos, uno a los 6 meses y otro a los 12.

Profesionales

El programa se llevará a cabo con los recursos profesionales con los que cuenta la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental (URSM) con el añadido de personal en formación (psiquiatría y psicología) vinculados de forma estable al desarrollo del mismo. El personal integrado es:

- 2 Psiquiatras (uno de ellos MIR de 3er año)
- 3 Psicólogos/as (uno de ellos PIR de 2º año)
- 2 Enfermeros/as
- 2 Terapeutas Ocupacionales
- 2 Monitores/as Ocupacionales
- 2 Auxiliares de Clínica

Desarrollo de las actuaciones

Las actuaciones diseñadas en el presente programa se llevarán a cabo en las instalaciones de la URSM actuales. Dada la necesidad de articular espacios diferenciales para el abordaje de este perfil específico de usuarios/as, la URSM incluiría las intervenciones en horario diferente, en este caso de tarde, al de atención a los usuarios usuales. El programa se desarrollará los martes y miércoles en horario de 17.00 a 20.00.

El equipo terapéutico se dividirá entre ambos días garantizando que cada día exista al menos; 1 Psicólogo/a, 1 Psiquiatra, 1 Enfermero/a, 1 Terapeuta Ocupacional, 1 Monitor/a y 1 Auxiliar de Clínica.

Para revisar y coordinar las actuaciones entre ambos grupos se delimitarán espacios de coordinación interna semanales (miércoles de 13:30 a 15:00 h)

Programa de Intervención Temprana en Psicosis (PITP). UGC Salud Mental Hospital Virgen de la Victoria (Málaga)⁴⁵

Concepto

El HDSM de El Cónsul es un dispositivo de tercer nivel, integrado en la UGC de SM del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga, con las siguientes características:

- Orientación comunitaria.
- Centrado en la persona usuaria, su familia y su entorno.
- Trabajo en equipo.
- Orientado a la recuperación.
- Intervenciones basadas en la evidencia y la experiencia.
- Intervenciones intensivas, estructuradas, limitadas en el tiempo e individualizadas.

⁴⁵ Información obtenida del documento: "Detección e intervención temprana en las psicosis. Grupo de trabajo sobre intervención temprana en psicosis del II PISMA. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud (2010)"

- En régimen ambulatorio.

Oferta un Programa de Intervención Temprana en Psicosis para la UGCSM, bajo el modelo de equipo «especializado», que se coordina con el resto de la red.

Ubicación y lugar en la red

Se trata del HDSM de referencia de la UGCSM. Siendo el centro de la red la USMC, la relación del HDSM y su PITP con otros dispositivos se coordina a través de ésta.

Recursos

- Humanos: 2 psiquiatras, 1 psicóloga clínica, 2 enfermeras, 1 terapeuta ocupacional, 2 monitores ocupacionales y 1 administrativa.
- Materiales: 2 salas de grupos, 1 sala de reuniones, 1 enfermería, 5 consultas, vestuarios, administración y almacén.

Indicaciones

1. Clínicas: Trastornos psicóticos afectivos o no, en los primeros 5 años de evolución.
2. Criterios de exclusión:
 - a. Trastornos mentales orgánicos.
 - b. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas.
 - c. Retrasos mentales.
 - d. Consumo activo de tóxicos.
 - e. Conductas disruptivas o heteroagresivas.

Circuito que sigue la persona usuaria

1. Derivación al PITP:
 - a. Desde USMC o UHSM.
 - b. Documentación necesaria: Plan individualizado de tratamiento (PIT).
2. Inclusión en el PITP:
 - a. Contacto telefónico o presencial entre facultativo/a responsable y el HDSM.

- b. Cita en no más de 72 horas.
3. Plan de tratamiento:
 - a. Diseño del plan en no más de 1 mes.
 - b. Inclusión en los programas asistenciales que se indiquen.
 - c. Informe al dispositivo que deriva.
 - d. Presentación a la persona atendida y su familia.
 - e. Desarrollo del plan.
 - f. Reuniones de seguimiento clínico.
4. Coordinación:
 - a. El HDSM y su PITP se integran en la UGC de cuya red es centro la USMC.
 - b. La coordinación con la USMC será presencial y telefónica con el/la facultativo/a responsable y con el referente personal. Los contactos han de tener una frecuencia mínima trimestral y siempre debe haber uno previo al alta.
 - c. Del mismo modo, si es necesario, se organizará la coordinación con la UHSM.
 - d. El paso a cualquier otro dispositivo se realizará de forma coordinada con el/la facultativo/a responsable y el referente en el marco del PIT.
5. Alta:
 - a. Responsabilidad del facultativo o facultativa responsable en el HDSM.
 - b. Razones para el alta: Consecución de los objetivos previstos en el plan, fracaso de la expectativa de consecución de dichos objetivos, indicación de otro dispositivo, reiteradas vulneraciones de las normas del HDSM, abandono o alta voluntaria, defunción.
 - c. La derivación al alta se hará a la USMC o a AP, sin perjuicio de la utilización de otros recursos.
 - d. Se remitirá informe clínico de alta, informe de continuidad de cuidados e informe de terapia ocupacional.

Programa asistencial

1. Justificación: La existencia de un periodo crítico de 2-5 años en el comienzo de la enfermedad psicótica, que condiciona el pronóstico a largo plazo, avala la intervención optimizada en esta fase.
2. Población diana:
 - a. Trastornos psicóticos afectivos o no, en los primeros 5 años de evolución.

- b. Programa de 5 años. Intervenciones intensivas tras el establecimiento del vínculo terapéutico durante el primer año, que a continuación se espacian y se enlazan con las realizadas en las USMC llegando hasta los 5 años si es necesario.
3. Objetivos:
- a. Ofertar tratamiento específico de fase en primeros episodios psicóticos para:
 - i. Para conseguir recuperación sintomática y funcional máxima.
 - ii. Disminuir incidencia recaídas.
 - iii. Disminuir incidencia hospitalizaciones.
 - iv. Prevención del suicidio.
 - b. Evitar la estigmatización y fomentar la normalización temprana.
 - c. Disminuir la angustia de la familia relacionada con la incertidumbre por el retraso en la primera atención o el diagnóstico.
 - d. Crear espacios terapéuticos específicos para este grupo de pacientes.
 - e. Priorizar las intervenciones individuales y familiares respecto a las grupales y ocupacionales.
 - f. Potenciar la oferta de recursos normalizados y públicos.
 - g. Enfatizar el manejo de los síntomas más que el diagnóstico.
4. Evaluación:
- a. Evaluación inicial por facultativo/a y enfermero/a.
 - b. Incluye la historia psiquiátrica y la evaluación psicológica, la historia orgánica (protocolo evaluación física), la valoración estructurada de enfermería, la evaluación social, la evaluación ocupacional y familiar.
 - c. Instrumentos de evaluación según necesidades, para el paciente: BPRS, PANSS, GAF, LSP, HoNOS, SFS, MCMII-III, PBI, IRQ, WHOQOL, EEFP; y la familia y/o cuidador: FQ, ZARIT, MOS, BDI y STAI (ver anexo 10 Protocolo e instrumentos de evaluación).
 - d. Protocolo evaluación física: exploración, analítica básica, somatometría y constantes.
 - e. Evaluación semestral a paciente y familia de las evaluaciones psicológicas realizadas al comienzo del programa y en cada una de las intervenciones realizadas.
5. Actividades:
- a. Asignación en la Reunión de Equipo Diaria de un/a facultativo/a responsable y un/a referente personal.

- b. Realización del Plan de tratamiento e inclusión individualizada en las intervenciones.
- c. Información escrita específica para paciente y familiares sobre el PITP y la enfermedad.
- d. Intervenciones psicoterapéuticas individuales intensivas.
- e. Protocolo farmacológico de primer episodio.
- f. Revisión farmacológica.
- g. Programa de tratamiento de trastornos relacionados con el uso de sustancias.
- h. Seguimiento Plan de cuidados.
- i. Programa cognitivo-conductual grupal para síntomas psicóticos.
- j. Programa grupal de habilidades sociales.
- k. Programa de Psicoeducación grupal para pacientes.
- l. Arteterapia.
- m. Programa de Psicoeducación grupal para familiares.
- n. Programa de apoyo grupal para familiares.
- o. Intervenciones familiares.
- p. Programa de promoción de la salud (alimentación; vida saludable; tóxicos y tabaquismo y sexualidad).
- q. Programa grupal de ganancia de peso.
- r. Taller corporal: psicomotricidad y deporte.
- s. Taller habilidades comunitarias: coordinación recursos comunitarios y enlace al Servicio de Orientación al empleo (SOAE).
- t. Taller Ocio y Tiempo Libre.
- u. Taller Expresión artística.
- v. Taller Polivalente.
- w. Programa de atención telefónica.

Aragón

ITP en el Plan de Salud Mental

Plan de Salud Mental 2017-2021 de Aragón

A finales de 2017 se ha publicado el nuevo Plan de Salud mental para el periodo 2017 – 2021, que sustituye al Plan Estratégico 2002-2010 de Atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón. En el anterior documento no se definía ninguna línea estratégica u objetivo enfocado en la intervención temprana de la psicosis. Sin embargo, se abordaban los programas de las carteras de servicios en diferentes ámbitos asistenciales dentro de la red de salud mental en los anexos del documento, estando alguna de ellas relacionada con la detección e intervención precoz. Se recogía la siguiente información:

Anexo 2. Síntesis del Programa de Centros de Salud Mental y Apoyo a los Equipos de Atención Primaria. El punto 5 relativo a los de **programas preventivos**, especifica, dentro del punto **5.3., la prevención secundaria:**

- Fomentar el **reconocimiento precoz** de los síntomas psiquiátricos. Por parte del paciente, mediante campañas de información, y por parte del médico, mediante la utilización de cuestionarios y otros instrumentos y técnicas educativas.

Anexo 3. Síntesis del Programa de Psiquiatría de Enlace. Dentro del punto 4, en programas preventivos, se propone mantener una línea de trabajo con **Atención Primaria** en los programas de **cribado y detección precoz** de morbilidad psíquica en grupos de riesgo.

Anexo 4. Síntesis del Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil, dentro de las **intervenciones terapéuticas priorizadas** destaca los **perfiles más susceptibles de ser atendidos en un nivel especializado en salud mental infanto-juvenil.** El desarrollo de estos proyectos puede ser útil, dada la evidencia que hay de su incidencia y de las consecuencias que tienen al llegar a la edad adulta. Serán establecidos de forma flexible en función del análisis de la demanda. Se pueden diseñar las siguientes intervenciones específicas:

- **Psicosis y primeros episodios de esquizofrenia.** Insistir en la detección precoz y el seguimiento a largo plazo. Además, hay que tener en cuenta el trabajo psicoeducativo con la familia.

Por lo tanto, no había en sí ninguna línea estratégica u objetivo para implementar programas de intervención temprana en psicosis en Aragón. Tras la caducidad del plan, en 2011 se realizó una evaluación del mismo. Algunos de los resultados obtenidos en relación a aspectos relevantes para intervención temprana en psicosis fueron:

- **Formación:** En general en todos los sectores sanitarios se realizan acciones de formación más o menos definidas. Algunos de los coordinadores mencionan la formación a médicos residentes como una de las acciones básicas orientadas a este objetivo. Sin embargo, la necesidad de establecer una formación específica para detectar precozmente los trastornos mentales no se muestra como una prioridad. Lo relativo a la formación ha sido interpretado por casi todos los profesionales como acciones generales de formación, pero a excepción del sector 3, **no aparece una línea específica de formación reglada orientada a la detección precoz** del trastorno mental de la que se beneficiarían especialmente los pediatras de atención primaria.
- **Infanto-juvenil:** Uno de los puntos críticos más importantes del proceso asistencial se encuentra en la **falta de protocolización de la detección precoz del trastorno mental** infanto-juvenil. Numerosos profesionales de la Psiquiatría han puesto de manifiesto las ventajas que se obtendrían de una derivación precoz desde pediatría a los Servicios de Psiquiatría cuando se tienen sospechas de algún tipo de trastorno que pueda condicionar el futuro del niño si no se realiza un tratamiento inmediato.

En el **nuevo plan de Salud Mental 2017-2021**, dentro de la **línea estratégica 2** (Garantizar la autonomía y desarrollo de las personas con trastornos de salud mental mediante una atención de calidad, integral, con continuidad y comunitaria), se marca como uno de los objetivos la **detección temprana y el abordaje de los problemas de salud mental en Atención Primaria**. Destacan los siguientes objetivos:

- Objetivo 1: Capacitar a los profesionales (médicos de familia, pediatras, enfermeros, trabajadores sociales) para la detección temprana de los problemas de salud mental.
- Objetivo 10: **Disponer en las unidades de salud mental de un programa específico para primeros episodios psicóticos** que permita su identificación, intervención temprana,

abordaje intensivo y que garantice su continuidad asistencial y las intervenciones con el núcleo de convivencia que sean necesarias. Debe apoyarse en los profesionales de la unidad con dedicación al programa de seguimiento de casos de Trastorno Mental Grave.

Se describen los siguientes proyectos, a realizar en los próximos dos años:

- **Abordaje del trastorno mental en Atención Primaria**

El proyecto pretende la prevención de la enfermedad mental mediante intervenciones educativas orientadas al aprendizaje del afrontamiento de situaciones vitales estresantes (evitando la medicalización de la vida cotidiana) en cualquiera de las etapas vitales, especialmente en la infancia y adolescencia y en la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. **Es importante también la detección temprana del trastorno mental e intervención temprana** tan cerca del domicilio y del entorno del paciente como sea posible, y la atención integral y coordinada, asegurando la continuidad de los cuidados y la integración de los servicios, y orientándolos a la promoción de la autonomía personal y a la reinserción social y laboral.

- **Gestión de casos de trastorno mental grave en adultos**

Las personas con trastorno mental grave deben ser atendidas dentro de un programa transversal que integre los servicios prestados por diferentes recursos existentes en la comunidad, de forma coordinada y sinérgica. La metodología más utilizada para coordinar los objetivos sanitarios y sociales de un paciente se basa en la elaboración de un plan terapéutico individualizado, consensuado y unificado, en el que se especifican los objetivos, el plan de acción concreto, los indicadores de evaluación (a ser posible cuantitativos) y el profesional responsable directo de su consecución. En los casos más complejos habrá que potenciar un sistema de gestión y seguimiento con mayor énfasis en la corresponsabilización de todos los recursos, sanitarios y sociales, disponibles en el territorio. Dentro de este proyecto se encuentra el objetivo 10, que especifica la **creación de un programa específico para primeros episodios psicóticos**.

Tabla 27. **Objetivos e indicadores en relación a la Intervención Temprana en Psicosis en el Plan de Salud Mental de Aragón 2017-2021**

Línea Estratégica 2: Garantizar la autonomía y desarrollo de las personas con trastornos de salud mental mediante una ATENCIÓN DE CALIDAD, INTEGRAL, CON CONTINUIDAD Y COMUNITARIA
Detección temprana y abordaje de los problemas de salud mental en Atención Primaria
1. Capacitar a los profesionales (médicos de familia, pediatras, enfermeros, trabajadores sociales) para la detección temprana de los problemas de salud mental.
2. Incorporar a los programas para el seguimiento del desarrollo y crecimiento de niños y adolescentes los instrumentos necesarios para la detección temprana de patología mental o de situaciones vitales que puedan favorecer su aparición y desarrollo.
Seguimiento, tratamiento y rehabilitación de pacientes con trastorno mental grave
10. Disponer en las unidades de salud mental de un programa específico para primeros episodios psicóticos que permita su identificación, intervención temprana, abordaje intensivo y que garantice su continuidad asistencial y las intervenciones con el núcleo de convivencia que sean necesarias. Debe apoyarse en los profesionales de la unidad con dedicación al programa de seguimiento de casos de Trastorno Mental Grave.

Fuente: Plan de Salud Mental 2017-2021 de Aragón

Situación de la implantación de programas ITP en Aragón

No hay programas desarrollados ni estructuralmente implantados de intervención temprana en psicosis en la Comunidad Autónoma, ni a nivel autonómico ni por área de salud. La intervención puede variar entre centros, pero depende exclusivamente de los clínicos que la llevan a cabo.

En la cartera de servicios sanitarios de atención a la Salud Mental del Gobierno de Aragón⁴⁶ se incluye la intervención precoz de la psicosis. Se describe que dado que los dispositivos comunitarios no responden de forma adecuada a las necesidades de detección, diagnóstico, valoración y atención de la psicosis temprana, lo que obstaculiza la detección y valoración acertada de trastornos incipientes en personas con impedimentos para expresar sus dificultades y necesidades, **de forma progresiva se implantarán Equipos de Intervención Precoz y Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario, como dispositivos de intervención y seguimiento de pacientes con trastorno mental grave.** Con estos equipos se pretende cubrir las necesidades asistenciales de las personas afectadas por un trastorno mental grave, desde la detección precoz y gestión óptima del primer episodio de la enfermedad y el periodo crítico subsiguiente. Todas estas prestaciones dirigidas a las personas, a las familias y a la comunidad, bajo un enfoque

⁴⁶ Disponible en:

http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/Departamentos/Sanidad/AreasTematicas/SanidadCiudadano/AtencionUsuario/ci.04_Oferta_de_Servicios.detalleDepartamento?channelSelected=6ac514d66d9cb210VgnVCM100000450a15acRCD

biopsicosocial, serán prestadas por equipos interdisciplinarios, garantizando la calidad y accesibilidad a las mismas, así como la continuidad entre los diferentes ámbitos de prestación de servicios sanitarios y la coordinación entre todos los sectores implicados. Se incluye:

- Dentro de la cartera de servicios de los Equipos de Salud Mental (de adultos e infanto-juvenil), la coordinación con los Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario para pacientes con trastorno mental grave.
- La descripción de servicios de los Equipos de Intervención Precoz y Tratamiento Asertivo Comunitario para pacientes con trastorno mental grave:
 - Equipos de Intervención Precoz:
 - Identificación y evaluación de necesidades.
 - Facilitación del acceso a los servicios.
 - Sistema móvil de apoyo. Evaluación y tratamiento en domicilio inmediatamente a las primeras presentaciones, e intervención en crisis y tratamiento comunitario breve cuando se requiere.
 - Apoyo en el propio domicilio del paciente favoreciendo su permanencia en el mismo en las mejores condiciones posibles de calidad de vida e integración en su entorno. Incluye apoyo a las familias.
 - Psicoterapia flexible de apoyo.
 - Protocolo estándar de tratamiento a dosis bajas de neurolépticos.
 - Tratamiento grupal, contextualizado y adaptado a las necesidades individuales.
 - Tratamiento del abuso de sustancias.
 - Intervenciones familiares: trabajo con familias centrado en la solución de problemas y en la psicoeducación a través de grupos multifamiliares, talleres familiares y sesiones familiares individuales.

A pesar de esta mención, aún no se han desarrollado formalmente estrategias ni equipos de intervención temprana en psicosis.

Con el nuevo Plan de Salud Mental 2017-2021, las carteras de servicios quedan superadas. Se tiene previsto fomentar la creación de programas de primeros episodios que cuenten con la dedicación parcial de equipos multidisciplinares. La coordinación entre los diferentes especialistas se realizará a través de la interconsulta virtual, que ayudará a gestionar la priorización de los casos que requieran una atención más rápida y frecuente.

No se elaborará en principio ningún documento autonómico que recoja estas especificaciones, aunque se pondrán en marcha grupos de trabajo que harán el seguimiento de la implementación de estos programas, realizando formación específica con el objetivo de consensuar las bases mínimas. El eje será el tratamiento comunitario y no hospitalario.

Canarias

ITP en el Plan de Salud Mental

El **Plan de Salud de Canarias 2004 – 2008** señalaba que los niños y adolescentes eran uno de los grupos de riesgo prioritarios para diseñar programas de prevención e intervención. Dentro del objetivo 18 (Atención específica a la población infantil y juvenil), la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de Salud desarrollaría y aplicaría instrumentos de efectividad demostrada para la detección precoz de problemas de salud mental en población infantil y juvenil, contando con la colaboración del personal de Salud Mental disponible. Además, se establecía que durante su período de vigencia se pondría en marcha el **Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil en todas las Áreas de la Comunidad Autónoma**. Para ello se establecería que en cada **Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC)** existiese **al menos un responsable del programa** con dedicación exclusiva a la atención de niños y adolescentes (0-17 años), que garantizase el desarrollo del mismo y que cumpliese un papel de coordinación con sus homónimos del resto de la Comunidad Autónoma, así como con el **Equipo de Coordinación del Programa**, ubicado en el **Hospital de Día** de referencia. La ejecución de este objetivo se llevaría a cabo de manera progresiva desde 2004 al 2008.

En este contexto, en 2006 se publicó el **Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil de la Comunidad de Canarias**. En este programa constituyen temas claves la detección de los grupos de riesgo, la detección de trastornos mentales, y su detección precoz. Específicamente la detección del Trastorno Mental Grave (TMG) constituye una prioridad. Por su parte, el programa concede una gran importancia al papel de Atención Primaria y a las acciones de coordinación entre Salud Mental y esta. Establece que se debe realizar una **detección precoz** de los problemas de salud mental en población **infantil y juvenil** por parte de **Atención Primaria**, con la colaboración de los profesionales de la red de **Salud Mental**. Asimismo, se describía el papel que debía desarrollar cada uno de los sectores implicados:

- **Atención Primaria:** Los pediatras, los médicos de familia y las enfermeras dedicadas a la atención de la población infantil, **deben disponer de herramientas** de detección sencilla y efectiva para la derivación inmediata de los pacientes con sospecha diagnóstica de TMG. Además, es importante realizar un meticuloso seguimiento de la población de

riesgo, para prevenir precozmente la aparición de un posible TMG, y hacerlo siempre en contacto con la USMC de referencia. Igualmente es necesaria la **coordinación entre ambos dispositivos** cuando el médico de familia o el pediatra atiende a pacientes que la USMC haya incluido en el programa de atención específica a los TMG.

- **Centros educativos:** Los profesores del niño/a deben solicitar a **los equipos de orientación psicopedagógica (EOEP)** de educación una valoración cuando lo estimen necesario. Este equipo es el que **derivará** al pediatra de referencia todos aquellos casos en los que estimen la necesidad de realizar un diagnóstico y tratamiento clínico.
- **Servicios sociales:** Es importante la **coordinación** entre las **USMC** y el área de Servicios Sociales, que incluya la planificación, intercambio de información de las necesidades del sector, y **coordinación de actuaciones**, para evitar reconocimientos o solapamientos reiterativos en el niño y duplicidad en las exploraciones.

El documento describe un protocolo de derivación entre Atención Primaria y los equipos de Salud Mental. La importancia de esta coordinación recae en que la **detección precoz** de los trastornos psicopatológicos de los niños y adolescentes está por definición en la **Atención Primaria de Salud**, fundamentalmente en los pediatras y enfermeras de pediatría, que tienen la ventaja de encontrarse en contacto frecuente con los niños y sus familias desde que nacen. Dentro de la población general existen una serie de factores que se encuentran relacionados con la aparición o con la ausencia de patología: **factores positivos**, factores de protección y **factores de riesgo**, así como **señales de alerta** a las que tenemos que prestar atención. Atendiendo a los factores de riesgo y/o señales de alerta detectadas habrá que hacer un **seguimiento y/o una interconsulta o bien una derivación a las Unidades de Salud Mental Comunitaria** de referencia, que se sintetizan en la siguiente tabla.

Tabla 1. **Procedimientos de actuación en función de la alteración detectada**

Alteración detectada	Procedimiento
Un factor de riesgo	Seguimiento por AP
Más de tres factores de riesgo	Seguimiento meticuloso por AP
Varias señales de alerta	Interconsulta / derivación a USM *
Factores de riesgo + señales de alerta	Interconsulta / derivación a USM *

* La derivación y la interconsulta se realizarán siempre a través de la consulta de pediatría

El **Plan de Salud de Canarias 2016-2017** recoge aspectos relativos a la atención a la Salud Mental. En ella, establece como áreas prioritarias la Atención a las personas con Trastornos Mentales Graves y la Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil. Además, establecía la necesidad de desarrollar un Plan de Salud Mental. Por su parte, siguiendo lo marcado en el Programa de Atención a la Salud Mental infanto-Juvenil de Canarias, establece continuar con el desarrollo de una red específica y especializada, de calidad, para la **atención al grupo de edad de 0 a 17 años con trastorno mental grave**. Se recoge igualmente la necesidad de aplicar medidas de diagnóstico e intervención precoz en coordinación entre los departamentos de Salud, Servicios Sociales, Educación y Justicia.

Actualmente se está desarrollando el **Plan de Salud Mental de Canarias 2018-2023**. Se prevé su publicación en el último trimestre del 2018. En cuanto a las Líneas Estratégicas relacionadas directamente con la Intervención Temprana en las Psicosis, el Plan incluye las siguientes: Promoción y Prevención; Atención a la salud mental infanto-juvenil; Trastorno Mental Grave; Coordinación. La línea del TMG incluye la detección precoz como uno de los objetivos específicos, para lo cual se establece la necesidad de disponer de un **subprograma de detección precoz de TMG**. Una vez esté publicado el Plan se trabajará en el diseño, desarrollo e implementación de los diferentes programas, subprogramas y acciones implicadas.

Situación de la implantación de programas ITP en Canarias

En lo concerniente a la atención de adultos no existe aún un programa de intervención temprana en psicosis. Hasta la fecha, los esfuerzos comunitarios se han dirigido a la **población infanto-juvenil**.

Dado que en el Programa de Salud Mental Infanto-Juvenil se establecía que el equipo de Atención Primaria era un pilar básico para la detección, se ha intentado potenciar la coordinación con estos profesionales y Educación. El conjunto de actuaciones ha conseguido reducir el tiempo de demora en la intervención de estos pacientes, especialmente en menores de 14 años.

La implementación de estos programas depende en gran parte de los profesionales que los promueven, no existiendo un programa coordinado a nivel autonómico. Además, los centros que implementan estos programas lo hacen de forma no protocolizada, no habiéndose detectado, documentos descriptivos de los programas.

Programas de ITP en Canarias

Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil para Primeros Episodios Psicóticos en Las Palmas de Gran Canaria (Hospital General Universitario Insular)

Siguiendo lo establecido en el Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil de la Comunidad de Canarias, se comenzó a desarrollar este programa en los Hospitales de Día Infanto-Juveniles. En Canarias disponemos de dos Hospitales de Día para la población infanto-juvenil; uno en cada provincia. El Hospital de Día Infanto-juvenil de la provincia de Santa Cruz de Tenerife está ubicado en Tenerife; y el de la provincia de Las Palmas, en Gran Canaria. Ambos asumen los pacientes de la población de su provincia. El Hospital de Día Infanto-Juvenil de Tenerife, “Diego Matías Guigou y Costa”, inició su actividad en diciembre de 2003. El Hospital cuenta con 45 plazas, distribuidas en 3 grupos de edad: de 0-6 años, de 7-12 y de 13-17. El Hospital de Día Infanto-Juvenil de Gran Canaria se inauguró en diciembre de 2005. Cuenta con 45 plazas distribuidas en tres grupos de edad: de 0-6 años, de 7-12 y de 13-17. El programa del Hospital de Día Infanto-Juvenil no está dirigido únicamente a pacientes con primeros episodios psicóticos, sino que dentro de la intervención convencional se intenta enfatizar la necesidad de hacer una intervención temprana y rápida en estos pacientes. Se trata de un modelo asistencial desarrollado por los clínicos que forman parte de los Hospitales de Día, que sigue lo establecido el Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil de la Comunidad de Canarias, si bien en la mayoría de los casos no se sigue un protocolo específico. En la red de infanto-juvenil se están llevando a cabo acciones dirigidas a la detección y derivación rápida de menores de edad con sintomatología psicótica. Los modelos de intervención se basan en acciones desarrolladas en otras Comunidades Autónomas, como Andalucía, Madrid y Cantabria, pero ajustándose a la realidad canaria.

Criterios de admisión

Los pacientes que se incorporan en este programa son aquellos que ya han debutado, tanto pacientes subagudos al alta del ingreso hospitalario, como pacientes que no han requerido hospitalización. No hay por tanto unos criterios de exclusión, a excepción de la edad.

Equipo

El equipo que participa en el programa es multidisciplinar. Las intervenciones se realizan tanto en el Hospital de Día como en las USMC. Los Hospitales de Día están compuestos por profesionales de psiquiatría, psicología, enfermería, auxiliar de enfermería, terapeuta ocupacional, psicomotricista, trabajador social, profesor de Educación Especial (concedido por la Consejería de Educación), celador y auxiliar administrativo.

En el hospital de día, el equipo cuenta con 2 psiquiatras, 1 psicólogo, 2 enfermeras, un trabajador social, un especialista de Educación para necesidades educativas especiales y un especialista en psicomotricidad

Uno de los psiquiatras del Hospital de Día desarrolla la función de coordinación del propio servicio, incluyendo las intervenciones dirigidas a los pacientes con primeros episodios psicóticos. Gestiona la coordinación con otros departamentos, en función de las necesidades detectadas. Además, aunque no se cuenta con un gestor de casos como tal según el modelo anglosajón, sí se establece un profesional de referencia para cada caso, que decide y coordina las intervenciones que necesitará el paciente.

Por su parte, Canarias cuenta con 7 USMC específicas de atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil (USMC-IJ): 4 en Tenerife, 1 en Lanzarote, 1 en Fuerteventura y 1 en La Palma. Además, en el resto de USMC se han creado equipos funcionales de atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil, de tal forma que la asistencia comunitaria a toda la población infanto-juvenil de Canarias está garantizada. Las USMC cuentan con profesionales de psiquiatría, psicología, enfermería, auxiliar de enfermería, trabajador social y auxiliar administrativo. En cuanto a las USMC-IJ funcionales, en líneas generales tanto el profesional de psicología como el de psiquiatría tienen una dedicación exclusiva a la atención infanto-juvenil en la USMC, si bien el psicólogo está a tiempo completo en una USMC, mientras que el psiquiatra comparte su agenda entre dos USMC.

La dedicación no es exclusiva al programa, y la agenda es compartida con otros pacientes.

Instalaciones

Las intervenciones se realizan en los Hospitales de Día Infanto-Juveniles y en las Unidades de Salud Mental Comunitarias de Infanto-Juvenil, tanto en las específicas como en las funcionales

No hay espacios diferenciados para la atención a estos pacientes, utilizándose las mismas consultas que para el resto de los pacientes. No se ha considerado hasta el momento el tratamiento a domicilio.

Detección y derivación

La detección se realiza en Atención Primaria, en los Servicios de Urgencias hospitalarios y en las Unidades de Hospitalización. En otros casos, cuando se produce una sospecha inicial en los sectores de Educación o Servicios Sociales, se derivan a Atención Primaria. Estos menores son derivados a Atención Primaria a través de informes escolares que sirven como justificante para el acceso a los profesionales de Salud Mental (convenio entre el Servicio Canario de la Salud y Educación). Los profesionales de Atención Primaria cuentan con herramientas para la detección de posibles casos de Trastorno Mental Grave. Sin embargo, la limitación del tiempo disponible para las consultas y la formación no especializada en Salud Mental influye negativamente en la correcta detección de los síntomas psicóticos y su diferenciación con otro tipo de síntomas y patologías. La impresión de los clínicos de Salud Mental es que habitualmente los casos derivados son los más evidentes, con una sintomatología más aguda y clara. En el caso de sospecha diagnóstica, deben derivar a estos pacientes de forma urgente. Otras vías de derivación a Salud Mental son Urgencias y las Unidades de Hospitalización. Las derivaciones desde estos dispositivos se atienden en menos de 15 días.

Se realizan reuniones teóricas ocasionales, enmarcadas en los “jueves pediátricos” de Atención Primaria, donde se abordan diferentes temas relacionados con psiquiatría, aunque no específicamente orientadas a primeros episodios psicóticos. Se intenta mejorar de esa manera la derivación de posibles casos de Trastorno Mental Grave. En las Consultorías mensuales (reuniones de facultativos del Programa IJ con los Centros de Salud de Primaria de referencia para cada USMc concreta) se revisan casos principalmente, y se comparte conocimiento con los pediatras. Los profesionales de Atención Primaria cuentan con herramientas para la detección de posibles casos de Trastorno Mental Grave, pero no ha habido una formación específica sobre primeros episodios psicóticos o estados mentales de alto riesgo.

Se intentó desarrollar una estrategia conjunta con Educación para facilitar el acceso directo de pacientes desde colegios e institutos. El principal objetivo era formar a estos profesionales en la detección de los casos menos aparentes. El proyecto piloto no se llegó a desarrollar. Actualmente, aquellos pacientes que tienen una sintomatología más clara son derivados a

Atención Primaria a través de informes escolares que sirven como justificante para el acceso a los profesionales de Salud Mental (convenio entre el Servicio de Salud y Educación).

Intervención

La intervención con estos pacientes es intensiva y multidisciplinar. Los pacientes tienen un seguimiento muy estrecho tanto en el Hospital de Día Infanto-Juvenil como en las USM-IJ, sean específicas o funcionales. Se intenta que todos los pacientes con diagnóstico de psicosis que llegan a los equipos de Salud Mental Infanto-Juvenil sean atendidos principalmente en el hospital de día, donde se puede realizar una intervención más multidisciplinar, a menos que la familia prefiera otras opciones.

La intervención es individualizada, a través de un **Plan de Trabajo Individualizado**, incluyendo la opinión y preferencias del paciente y su familia en la toma de decisiones. La duración y la frecuencia de la intervención dependen de cada caso. En cuanto a la frecuencia, generalmente el paciente acude semanalmente al hospital de día (1 ó 2 veces por semana). La revisión de los objetivos individuales, tanto clínicos como psicosociales, depende de la evolución del paciente.

Las principales intervenciones a las que tienen acceso estos pacientes son: terapia cognitiva conductual, psicoeducación individual, rehabilitación cognitiva y funcional, ayuda escolar y de empleo (coordinación con centros escolares a través de la trabajadora social), terapias familiares, encuentros con antiguos pacientes, orientación para el uso de recursos comunitarios, opciones residenciales (hay un proyecto de piso tutelado con 6 camas dirigido a menores con TMG) y actividades recreativas. Se realiza además una Intervención Familiar, que se considera fundamental en el tratamiento y donde se considera la inclusión de los pacientes. Cuando se considera que el paciente está estabilizado, se atiende en las USMC-IJ.

Los casos asociados a consumo de tóxicos se atienden en coordinación con las Unidades de Atención a las Drogodependencias. Para la atención Infanto-Juvenil no hay un equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario, ya que los existentes únicamente están disponible para pacientes adultos.

Hasta la fecha no se ha establecido una estrategia dirigida específicamente al fomento de hábitos de vida saludable en estos pacientes. Se utilizan materiales ya editados, como la guía psicoeducativa PIENSA del Centro de Investigación Biomédica en Red Salud Mental (CIBERSAM).

También se realizan talleres para concienciar en el tema de la salud física, y están disponible para cualquier paciente más allá de un primer episodio psicótico.

Un aspecto mejorable es la transición de pacientes con TMG que pasan a la etapa adulta, entre los dispositivos de salud mental infanto-juvenil y los de adultos. Esta transición debe realizarse de forma progresiva, en un contexto de coordinación entre ambos equipos. El Plan de Salud Mental de Canarias 2018-2023 incluye, como una de sus actividades, el desarrollo de un Programa de transición para pacientes con TMG que pasan a la etapa adulta.

Adherencia

Se considera que la alta frecuencia de las intervenciones junto con la mejoría de los pacientes hace que la vinculación al programa sea más fácil. La psicoeducación en este aspecto es clave, tanto para la familia como para los pacientes. Sin embargo, no existen programas o subprogramas específicos sobre adherencia en esta población.

Coordinación

En las Consultorías (reuniones de facultativos del Programa Infanto-Juvenil con los Centros de Salud de Primaria de referencia para cada USMC concreta) se revisan casos principalmente, y se comparte conocimiento con los pediatras.

La coordinación con Atención Primaria es directa. Cualquier paciente con sospecha de TMG puede ser derivado en menos de 15 días al equipo de Salud Mental. Sin embargo, no hay un protocolo de coordinación específico para estos pacientes. Cabe destacar que la historia clínica electrónica no es común para en todas las áreas. Por ejemplo, la zona sur y norte de Gran Canaria dependen de diferentes gerencias y no están conectadas por un mismo sistema, por lo que no es posible acceder a la información de la otra zona. Actualmente se está desarrollando el proceso de unificación de la Historia Clínica Electrónica.

Con otras instituciones, como Servicios Sociales, Educación y Justicia, no existe un protocolo específico de coordinación, si bien se trabaja con ellos en cada caso concreto. En cuanto al manejo de comorbilidades, aquellos casos que requieren la asistencia de otro especialista se derivan siguiendo los cauces generales para cualquier paciente.

En Canarias se han constituido los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (CIRPAC) representados por las administraciones públicas de la Comunidad Autónoma (Gobierno de Canarias, Cabildos Insulares y Ayuntamientos) y las asociaciones de pacientes y familiares. Entre los objetivos de estos órganos colegiados se encuentran el diseño de Programas Insulares de Rehabilitación Psicosocial (PIRP) y el asesoramiento a los profesionales sanitarios y sociales sobre la correcta utilización de todos los recursos y prestaciones, así como de los diferentes procedimientos para acceder a ellos.

Formación

En Atención Primaria se realizan reuniones teóricas ocasionales, donde se abordan diferentes temas relacionados con psiquiatría, aunque no específicamente orientadas a primeros episodios psicóticos. Se intenta mejorar de esa manera la detección y derivación de posibles casos de Trastorno Mental Grave.

En Canarias se dispone del Programa de Formación en Salud Mental, que establece y organiza las acciones formativas que se realizan en el área de Salud Mental en la Comunidad Autónoma. Las acciones formativas cubren un amplio abanico de áreas y tipos de profesionales implicados. En este sentido, diversos cursos atañen a profesionales de Atención Primaria, Educación y Servicios Sociales. En los últimos años se han realizado actividades formativas concernientes al TMG, a la Salud Mental Infanto-Juvenil y a la psicosis en edad infanto-juvenil.

Por su parte, existe formación en Salud Mental Infanto-Juvenil a los residentes de psiquiatría, psicología y enfermería de Salud Mental, en diferentes dispositivos de la Red de Salud Mental y de forma acorde a lo establecido en sus respectivos programas formativos oficiales

En Atención Primaria se ha establecido un programa formativo denominado los “jueves pediátricos”, donde se comparte ocasionalmente información relacionada con casos psiquiátricos, aunque no específico.

El programa en el hospital de día recibe rotaciones de residentes, MIR de psiquiatría, EIR y PIR.

Investigación

Se han desarrollado estudios de investigación en el área infanto-juvenil, que han culminado en publicaciones nacionales e internacionales. Sin embargo, no existe conformado ningún grupo estable de investigación en Salud Mental Infanto-Juvenil, y por tanto, tampoco se ha conformado ninguna línea de investigación.

En Canarias se dispone del Programa de Investigación en salud mental desde el año 2009. Al igual que el Programa de Formación en Salud Mental, es dependiente de la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud. El Programa tiene como objetivos la promoción de la investigación en Salud Mental en Canarias, la mejora de la formación en investigación y la coordinación interinstitucional. En este contexto, se realiza asesoramiento en proyectos de investigación y se han desarrollado diversas actividades formativas en investigación, tanto dirigidas a residentes como al conjunto de profesionales de Salud Mental y otros ámbitos.

Evaluación del programa

No se han definido indicadores para la evaluación y seguimiento del programa. Sin embargo, el Plan de Salud Mental de Canarias 2018-2023 cuenta con Líneas Estratégicas, Objetivos y Acciones relacionadas con la intervención temprana en psicosis, y cada uno de ellos incluye indicadores que permitirán su evaluación.

Cantabria

ITP en el Plan de Salud Mental de Cantabria

Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019

El **Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019** está vigente y comprende el periodo 2015-2019.

Dentro de las líneas de desarrollo del Plan de Salud Mental, el primer punto aborda las **psicosis afectivas y no afectivas**. En el análisis de situación en este apartado, se destaca que la asistencia a estos pacientes constituye una de las áreas de excelencia de la comunidad, ya que existen **programas consolidados de asistencia a primeros episodios** (PAFIP – Programa de Atención a Fases Iniciales de Psicosis) y **programas de detección precoz** (P3 – Programa de Prevención de Psicosis), así como **programas específicos de rehabilitación y de formación e inserción laboral (INICIA)** para personas con TMG.

En la descripción de los programas asistenciales dentro del Plan de Salud Mental de Cantabria, se describen los siguientes en relación a la detección e intervención precoz de las psicosis:

- **Programa Asistencial para las Fases Iniciales de las Psicosis (PAFIP)**. Un equipo multidisciplinar se dedica al **tratamiento precoz** de las personas que sufren un **primer episodio de psicosis** y presta atención y apoyo a sus familiares durante **5 años** desde la detección de la enfermedad. El PAFIP se ajusta a los criterios y recomendaciones internacionales más avanzadas disponibles en la actualidad en este campo de la Psiquiatría y desarrolla una potente línea de investigación.
- **Programa de Prevención de Psicosis (P3)**. Consiste en una estrategia local de **detección y evaluación temprana de las personas en riesgo** de padecer psicosis, desde los centros de atención primaria y servicios locales de salud. Aplica un programa de **tratamiento** fundamentalmente **psicoterapéutico** y hace un seguimiento de las personas tratadas.

Se menciona también que en las décadas pasadas ha existido un desarrollo de programas y unidades asistenciales centradas en el tratamiento de las secuelas o déficits ya establecidos en las personas con estas enfermedades. En la actualidad, los esfuerzos asistenciales se deben

centrar principalmente en evitar la aparición de dichos déficits, disminuir el riesgo de muerte temprana y desarrollar programas específicos que se adecuen a la realidad de la existencia simultánea de trastornos adictivos y psicóticos, que empeoran claramente el pronóstico de estas patologías.

La atención a la salud física de estos pacientes es fundamental debido a que tienen mayor probabilidad de permanecer inactivos comparados con aquellos que no sufren psicosis, y de desarrollar otras enfermedades que limitan la esperanza de vida. Por lo tanto, se recalca que será clave el diseño de programas de atención a la salud física de estos pacientes, que debido a efectos del tratamiento o al cambio en sus hábitos de vida se hallan en riesgo de ver reducida su expectativa de vida y de padecer otras enfermedades. Por ejemplo, los pacientes psicóticos presentan muy frecuentemente factores de riesgo cardiovascular, como tabaquismo, sedentarismo y dieta rica en grasas; y padecen con mayor asiduidad trastornos metabólicos como la obesidad (dos y tres veces superior a la población general), diabetes mellitus tipo 2, dislipemias, hipertensión arterial y síndrome metabólico. Los estudios han demostrado que estos pacientes son tan sensibles como la población general a las medidas orientadas a mejorar la salud física.

Dentro de las propuestas de actuación en el apartado de **psicosis**, se especifican los **siguientes objetivos e indicadores de ejecución**.

Tabla 28. **Objetivos e indicadores en relación a la Intervención Temprana en Psicosis en el Plan de Salud Mental de Cantabria**

1. PSICOSIS AFECTIVAS Y NO AFECTIVAS	
Objetivo general 1. Consolidar y potenciar los programas de intervención temprana en psicosis afectivas y no afectivas	
OBJETIVOS ESPECIFICOS	INDICADORES DE EJECUCION
1.1. Desarrollar en todas las áreas sanitarias de Cantabria un programa integral de detección y atención temprana a la psicosis orientado a la recuperación, basado en la evidencia disponible y con continuidad de una atención intensiva durante los 5 primeros años tanto de psicosis afectivas como no afectivas.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Documento que recoge el programa ▪ Nº de áreas en las que se desarrolla el programa ▪ Valoración del programa
1.2. Desarrollar planes de formación para el personal relacionado con la implementación y participación en un programa de intervención temprana.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nº de planes de formación elaborados ▪ Nº de profesionales formados en esa temática
1.3. Promover y facilitar la formación continuada y la investigación clínica en todas las áreas implicadas en la atención a la psicosis como elementos de mejora continua.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nº de cursos de formación impartidos ▪ Nº de artículos publicados

<p>1.4. Adoptar medidas en la organización de los actuales servicios de salud mental que prioricen el acceso rápido a la atención que se presta a aquellas personas que presentan estados mentales de alto riesgo de padecer un primer episodio de psicosis y a sus familias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tiempo de espera para recibir atención en el dispositivo de salud mental correspondiente
<p>1. 5. Incrementar los recursos humanos y materiales de los dispositivos asistenciales para la creación de equipos transversales específicos de atención temprana a la psicosis, de modo que se garantice su continuidad y la extensión a todos los usuarios del Servicio Cántabro de Salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nº de profesionales dedicados a esta actividad en un equipo multidisciplinar

Fuente: Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019

El Plan incluye una línea de desarrollo específica dedicada al abordaje de problemas de salud mental en la población infanto-juvenil, con el objetivo de mejorar la coordinación e intervención rápida en esta población, aunque no se menciona específicamente la psicosis. En concreto, destaca el **objetivo general 2**: establece potenciar la asistencia a los trastornos graves en salud mental infanto-juvenil garantizando, mediante la **coordinación** con otros programas sanitarios y sociales, la **intervención rápida** y la continuidad de cuidados. Se incluyen los siguientes objetivos específicos e indicadores.

Tabla 29. **Objetivos e indicadores en relación a la intervención rápida en pacientes infanto-juveniles en el Plan de Salud Mental de Cantabria**

8. PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN LA EDAD INFANTOJUENIL	
<p>Objetivo general 2. Potenciar la asistencia a los trastornos graves en salud mental infanto-juvenil garantizando, mediante la coordinación con otros programas sanitarios y sociales, la intervención rápida y la continuidad de cuidados.</p>	
OBJETIVOS ESPECIFICOS	INDICADORES DE EJECUCION
<p>2. 1. Desarrollar un programa de asistencia a patología grave infantojuvenil con un equipo específico. Un diagnóstico precoz y un tratamiento temprano intenso, especializado, continuado, coordinado e integrado, inciden de forma muy significativa en una evolución más favorable y menos invalidante. Para ello es fundamental que los pediatras, médicos de atención primaria, psiquiatras y psicólogos hagan una detección precoz de estos trastornos mentales graves en niños y adolescentes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Documento que recoge el programa ▪ Memoria de la actividad
<p>2. 4. Elaborar instrumentos y procedimientos para la detección precoz y derivación de posibles casos de menores en situaciones de riesgo, de forma coordinada con otras redes de atención al menor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definición de los instrumentos y procedimientos ▪ Nº de menores derivados ▪ Nº de casos en coordinación ▪ Evaluación de los resultados

Fuente: Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019

El Plan de Salud Mental de Cantabria no ha sido evaluado hasta la fecha. Los programas de intervención temprana recogidos en el mismo, son evaluados de manera independiente por sus

responsables sin que hasta la fecha exista un sistema de evaluación y seguimiento homogéneo en la Comunidad.

Situación de la implantación de programas ITP en Cantabria

Pese al planteamiento de objetivos y la mención a los programas existentes en el Plan de Salud Mental de Cantabria, no se ha desarrollado a nivel autonómico una estrategia general común para la implantación de este tipo de intervenciones.

Como iniciativa más destacada en este sentido, en el año 2000, desde el gobierno autonómico se planteó la posibilidad de crear un único programa de ITP que cubriera toda la Comunidad Autónoma. Con este objetivo surgió en 2001 el programa PAFIP, en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, con la intención de dar cobertura a toda la Comunidad Autónoma. En 2009, el programa del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla dejó de dar cobertura a toda la población cántabra.

En el año 2000, se empezó a desarrollar el programa P3 en el Centro de Salud Mental de Torrelavega. Se trataba de un proyecto de atención clínica y de investigación, desarrollado en colaboración con la Universidad de Oviedo. El programa se ha financiado principalmente a través de proyectos de I+D+i, permitiendo llevar a cabo este tipo de intervención y la recogida de datos incluidos en publicaciones del equipo.

Ambos programas se incluyen en la cartera de servicios del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla y como del Hospital de Sierrallana y Tres Mares, del que depende el Centro de Salud Mental de Torrelavega.

Actualmente, desde la Consejería de Sanidad se está empezando a trabajar con los representantes de las cuatro áreas de salud (Laredo, Santander, Reinosa y Torrelavega) en la elaboración de un plan de mínimos para la atención de los pacientes con primeros episodios de psicosis (PEP). Aunque no está prevista una inversión específica ni destinar recursos a corto plazo, sí podría ser un primer paso en la línea otras comunidades autónomas, que cuentan con programas autonómicos dotados de recursos.

Programas de ITP en Cantabria

PAFIP (*Programa Asistencial para las Fases Iniciales de las Psicosis*)

El programa se puso en marcha en el 2001, a partir de la experiencia adquirida con el Estudio de Primeros Episodios de Esquizofrenia de Cantabria. Este estudio se inició en enero de 1989, promovido por el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, un estudio prospectivo de todos los primeros episodios de esquizofrenia que establecieron contacto con el servicio de Salud Mental. Los principales objetivos del estudio eran:

- Evaluar la incidencia y las características epidemiológicas de los primeros episodios de esquizofrenia.
- Estudiar los factores condicionantes del origen y evolución de la enfermedad, controlando los efectos de confusión derivados del tratamiento y la cronicidad.
- Estudiar de manera prospectiva el curso evolutivo y el ajuste psicosocial a largo plazo de los pacientes, identificando factores predictores del curso de la enfermedad.
- Evaluar el consumo de recursos sociosanitarios y los costes asociados generados por la enfermedad.

Algunos de las publicaciones más relevantes, y que darían lugar al desarrollo del programa PAFIP, fueron:

- VÁZQUEZ-BARQUERO, J. L., et al. *The Cantabria first episode schizophrenia study: a summary of general findings. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1995, vol. 91, no 3, p. 156-162.*
- VAZQUEZ-BARQUERO, Jose L., et al. *Cantabria first-episode schizophrenia study. The British Journal of Psychiatry, 1999, vol. 174, no 2, p. 141-149.*
- CUESTA, M. J., et al. *Cantabria first-episode schizophrenia study: three-year follow-up. The British Journal of Psychiatry, 1999, vol. 174, no 2, p. 141-149.*
- LASTRA, I., et al. *Patterns of positive and negative symptoms in first episode schizophrenia. The British Journal of Psychiatry, 1996, vol. 168, no 6, p. 693-701.*
- VAZQUEZ-BARQUERO, J. L., et al. *Structural abnormalities of the brain in schizophrenia: sex differences in the Cantabria First Episode of Schizophrenia Study. Psychological medicine, 1995, vol. 25, no 6, p. 1247-1257.*

- VÁZQUEZ-BARQUERO, J. L., et al. *Sociodemographic and clinical variables as predictors of the diagnostic characteristics of first episodes of schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1996, vol. 94, no 3, p. 149-155.*
- LASTRA, I., et al. *The classification of first episode schizophrenia: a cluster-analytical approach. Acta Psychiatrica Scandinavica, 2000, vol. 102, no 1, p. 26-31.*

Actualmente el programa PAFIP se desarrolla en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, en Santander, cubriendo las áreas sanitarias 1 (Santander) y 2 (Laredo), y atendiendo una población de 424.000 personas.

El programa se estructura, en su vertiente asistencial en 3 momentos diferenciados: la fase inicial desde el establecimiento del contacto hasta la estabilización del cuadro agudo (aproximadamente, las primeras 12 semanas); la fase de seguimiento a corto plazo, hasta el primer año desde el inicio del tratamiento; y la fase de seguimiento a medio plazo, desde el primer año hasta el tercero. Los objetivos del programa cubren aspectos asistenciales, clínicos, investigadores y docentes.

Criterios de admisión

El PAFIP atiende únicamente pacientes que hayan debutado y presenten un Primer Episodio Psicótico. Una de las razones es que, al realizar las intervenciones en el ámbito hospitalario, la posible estigmatización en pacientes de alto riesgo que aún no han desarrollado la enfermedad se considera contraproducente. Los pacientes que ingresan en este programa en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla son mayores de 18 años en la mayoría de los casos, pudiendo considerarse alguna excepción puntualmente (16-18 años).

Aunque existen ciertos criterios de exclusión, la mayoría de los pacientes que llegan al servicio son incluidos en el PAFIP: no se consideran para su inclusión en el programa los pacientes con daño cerebral, discapacidad mental o dependencia a drogas ilícitas. Por otro lado, no se incorporan al programa aquellos pacientes que hayan recibido tratamiento antipsicótico durante más de doce semanas.

Equipo

Aunque inicialmente el PAFIP contaba con un psiquiatra y una enfermera a tiempo parcial, el equipo se ha ido completando con diferentes perfiles gracias a fondos de investigación. Actualmente en el programa participan además residentes y doctorandos.

Durante los últimos cinco años, la estructura del equipo se ha mantenido constante: 3 psiquiatras a tiempo parcial involucrados en temas asistenciales, una enferma con un papel similar al de “gestor de casos”, un psicólogo a tiempo completo y un neuropsicólogo a tiempo parcial. Estos dos últimos a través de un contrato de investigación, asumen intervenciones clínicas también.

El PAFIP incorpora aproximadamente 35-45 nuevos casos al año al programa, lo que supone un ratio aproximado de 8-12 pacientes por cada 100.000 habitantes cubiertos por el programa.

Instalaciones

Las intervenciones y contacto con los profesionales se realizan en espacios exclusivos al programa y diferenciados del resto de pacientes. Las intervenciones se realizan y se coordinan tanto en las consultas expertas del servicio como en la planta de hospitalización y hospital de día del Servicio.

Detección y derivación

La principal vía de derivación al Programa es a través de Urgencias. A pesar de haber desarrollado algunas sesiones formativas en Atención Primaria, la mayoría de pacientes son derivados al programa por vía hospitalaria.

Se ha desarrollado un protocolo de recepción de los pacientes que llegan referidos como PEP, marcando un tiempo de espera hasta la visita con el psiquiatra del programa de 24-48 horas.

Intervención

La duración del programa es de 3 años. En el programa se realiza una evaluación integral del paciente que abarca múltiples áreas de exploración a nivel biológico, psicológico y social. A partir de la misma, se estructuran las distintas intervenciones.

La intervención se realiza tomando como referencia los consensos internacionales alcanzados sobre el tratamiento óptimo de los primeros episodios y los recientes modelos de intervención temprana. Su objetivo último es optimizar las posibilidades de alcanzar una recuperación plena de los pacientes, minimizando el porcentaje de recaídas y el desarrollo de comorbilidades. La intervención tiene cuatro componentes esenciales:

- Tratamiento farmacológico
- Orientación psicoeducativa. Una vez estabilizado el cuadro agudo, se propone a todos los pacientes y sus familiares la participación en grupos psicoeducativos semiestructurados de ocho sesiones, con una frecuencia semanal para los pacientes y quincenal para las familias y allegados. Los grupos psicoeducativos tienen también como finalidad favorecer la adherencia a las demás intervenciones
- Intervención psicológica específica para primeros episodios (adaptación psicológica a la enfermedad, afrontamiento cognitivo de sintomatología psicótica persistente, promoción del *insight*, manejo del estrés, sintomatología depresiva, etc.). Con ellas se persigue reducir la comorbilidad psicológica secundaria y fortalecer recursos personales dedicados a afrontar la recuperación. Otro de los pilares de la intervención psicológica es la prevención de recaídas por medio del reconocimiento de señales tempranas y el establecimiento de una ruta de afrontamiento, la promoción de la adherencia al tratamiento farmacológico, y el control del consumo de sustancias
- Acceso y gestión de recursos sociosanitarios de la red de Cantabria
- Intervención individual con familias en las distintas fases de la recuperación, más allá de los grupos psicoeducativos de familiares
- Recuperación social temprana
- No cuenta con equipo de Terapia Asertiva Comunitaria específico para estos pacientes.

Adherencia

No se ha definido de manera formal un protocolo o estrategia específica de abordaje de la posible desvinculación al programa. Se hace un seguimiento telefónico en aquellos pacientes que no asisten al tratamiento. Como parte de la intervención psicológica se aborda la psicoeducación como elemento fundamental de la atención al paciente y su familia y elemento de mantenimiento de la adherencia.

Coordinación

La coordinación es buena con el resto de dispositivos de Salud Mental, especialmente en Santander. El programa está coordinado con los Centros de Salud Mental de Santander y Laredo, Unidades de Rehabilitación y continuidad de cuidados (Centros de Rehabilitación Psicosocial), y con el hospital de media estancia de Liencres.

Cabe destacar la coordinación con el servicio cántabro de empleo para un programa específico de recuperación funcional que va encaminado a ayudar a los pacientes en su reinserción laboral, contando con la colaboración, no exclusiva, de una orientadora laboral.

También destaca la coordinación con hospitalización y con el Hospital de Día.

En cuanto a Atención Primaria, no existe una colaboración estrecha para la detección de estos pacientes en los Centros de Salud.

Asociaciones de pacientes

Se colabora especialmente con la asociación de pacientes ASCASAM (Asociación Cántabra Pro Salud Mental), manteniendo reuniones periódicas sobre avances en investigación, comunicación de ensayos clínicos y los estudios que están desarrollando – junto con datos sobre avances y el desarrollo del programa.

También se organizan jornadas monográficas sobre el PAFIP para toda la Comunidad Autónoma con el gobierno, actores sociales, y asociaciones de pacientes.

Formación

El PAFIP realiza anualmente una jornada centrada en Primeros Episodios Psicóticos muy enfocada a residentes y profesionales sanitarios interesados en este programa de cualquier parte de España.

También se han desarrollado guías de intervención para Atención Primaria y psicoeducativas para pacientes y familiares. Derivado de la experiencia clínica adquirida, se han desarrollado diferentes guías clínicas dirigidas tanto a profesionales de Atención Primaria (Guía para médicos de Atención Primaria sobre), como a pacientes (Guía de psicoeducación para las familiar de personas diagnosticadas de psicosis).

En este programa rotan obligatoriamente MIR de psiquiatría, y también atienden peticiones de otras Comunidades Autónomas. Además, rotan periódicamente PIR y estudiantes de enfermería, aunque no hay EIR en el programa.

Investigación

Las principales líneas de investigación clínicas desarrolladas en el programa incluyen

- Tratamientos farmacológicos
- Efectos secundarios motores, endocrinos y metabólicos
- Esquizofrenia resistente
- Discontinuación de tratamiento
- Duración de tiempo con síntomas activos
- Cognitivo
- Suicidio
- Evolución funcional
- Drogas: impacto en evolución
- Ejercicio físico y cambios cognitivos y funcionales en esquizofrenia

Las principales líneas de investigación básicas incluyen

- Neuroimagen transversal y longitudinal 1-3- y 10 años
- Genética:

- Respuesta
- Efectos metabólicos
- Cognición
- Transcriptoma y respuesta clínica
- Metabolómica
- Proteómica
- Modelos animales en esquizofrenia
- Modelos celulares de efecto de antipsicóticos
- Modelos celulares de enfermedad

Evaluación del programa

Se considera importante efectuar, al finalizar el primer año del programa, una evaluación del programa en la que se incluya información relacionada con: el nivel de recuperación psicopatológica y de ajuste psicosocial alcanzado por los pacientes; grado en que los objetivos del programa se han satisfecho; estudio de la incidencia del programa en los costes derivados de la enfermedad y su tratamiento; evaluación del nivel de satisfacción con el programa por parte de los pacientes y familias.

Se recogen diferentes indicadores de seguimiento.

P3 (Programa de Prevención de Psicosis)

El programa P3 de Torrelavega dio a luz en el año 2000, en el Centro de Salud Mental de Torrelavega. El programa es el resultado de la colaboración entre el Servicio Cántabro de Salud, a través del Hospital Sierrallana de Torrelavega, y la Facultad de Psicología de la universidad de Oviedo. A través de financiación para proyectos de investigación, se ha permitido implementar dicho programa, con el objetivo principal de desarrollar una labor clínico-asistencial. A día de hoy, y debido a la limitada financiación de los proyectos de I+D+i, los profesionales que lo integraban siguen trabajando en este programa con los recursos disponibles dentro del servicio de Salud Mental, y los proyectos de investigación se han ralentizado.

El programa se desarrolla principalmente en el Centro de Salud Mental de Torrelavega, donde se atiende a los pacientes adultos. Los adolescentes son intervenidos en el Centro de Salud de Tanos. Aquellos pacientes que requieran de dispositivos hospitalarios son derivados al Hospital de Sierrallana. Dicho programa cubre las áreas 3 (Reinosa) y 4 (Torrelavega). Atiende a una población de 170.000 personas.

El programa está también centrado en los Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR), y tiene un enfoque más preventivo a través del trabajo coordinado con Atención Primaria y los servicios locales de Salud Mental.

Criterios de admisión

Los pacientes que se incluyen en este programa pueden haber ya presentado un PEP, o pueden estar en la fase prodrómica de la enfermedad. De hecho, el programa está especialmente dirigido a fases tempranas y pacientes de alto riesgo, presentando un enfoque más ambulatorio y de detección precoz.

El equipo de Torrelavega no establece límite de edad. El programa es coordinado por un psicólogo clínico que atiende tanto a pacientes menores como mayores de edad.

Los pacientes infanto-juveniles son atendidos por la psiquiatra pediátrica en el Centro de Salud de Tanos, trabajando en coordinación con el equipo de adultos. Las intervenciones son las mismas, únicamente diferenciándose en el psiquiatra que atiende el caso.

El programa P3 no presenta criterios de exclusión en principio. Los pacientes que desarrollan síntomas psicóticos asociados a consumo de tóxicos son evaluados y seguidos por propio equipo, estableciéndose acciones coordinadas con el centro de drogodependencias.

Equipo

El equipo del P3 cuenta con tres psiquiatras, una de ellas infanto-juvenil, un psicólogo y una enfermera. Todos ellos trabajan a tiempo parcial. La agenda del programa es compartida con la atención a pacientes con otras enfermedades mentales.

El psicólogo clínico, como coordinador del programa, prioriza la intervención de estos pacientes, pero no trabaja de forma exclusiva. Pueden contar con un trabajador social que pertenece al área de salud de Torrelavega, pero que forma parte del equipo de Atención Primaria.

La colaboración con el trabajador social es escasa por falta de tiempo y recursos. Esta misma situación ocurre en el del Hospital Sierrallana, donde existe un trabajador social que da servicio a todo el centro y carece de tiempo para participar activamente en el programa.

Instalaciones

No cuenta con instalaciones específicas para estos pacientes, empleándose consultas y salas comunes con otras patologías. En el programa P3 las intervenciones se llevan a cabo en el Centro de Salud Mental de Torrelavega, donde se hace el seguimiento por parte del psiquiatra de adultos, así como la intervención psicológica, ya que el psicólogo clínico responsable del P3 se encuentra en esas instalaciones. Los pacientes menores de edad son seguidos por la psiquiatra del Centro de Salud de Tanos.

Detección y derivación

El papel de los profesionales de Atención Primaria en los programas existentes de ITP en Cantabria varía, teniendo más peso en el programa P3. En la zona de Torrelavega y Reinosa se han desarrollado materiales específicos dirigidos a la detección precoz de psicosis y detallando las características del programa y las vías de acceso. Se han facilitado diferentes escalas, dirigidos a médicos de Atención Primaria, con el objetivo de describir el manejo y la detección de casos de riesgo y primeros episodios psicóticos. A pesar de los esfuerzos para mejorar esta

coordinación, se destaca como uno un punto de mejora, aunque en general se considera que los profesionales conocen bien los beneficios de una intervención temprana en estos pacientes. En el caso del programa P3 se realizó tanto formación como materiales dirigidos a Atención Primaria, principalmente al inicio del proyecto.

Los principales canales de derivación al P3 son las urgencias del Hospital Sierrallana, la Atención Primaria, y la unidad de hospitalización del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

El tiempo máximo de derivación es de 72 horas, aunque depende de la vía de acceso al programa, ya que aquellos que acceden por urgencias o están hospitalizados pueden ser vistos en el mismo día.

Intervención

El plan de tratamiento se individualiza para cada uno de los pacientes y se tiene en cuenta a la familia en todo el proceso. La atención a las familias se realiza de manera simultánea a la consulta con el paciente. Aunque inicialmente una psicóloga realizaba sesiones grupales con familias, a través de fondos de investigación, este tipo de atención dejó de realizarse por falta de recursos.

Se involucra al paciente en la toma de decisiones, tanto psicológicas como farmacológicas.

La frecuencia de las intervenciones no está protocolizada, aunque se intenta que al principio el seguimiento sea semanal, hasta que el paciente se estabiliza y se realizan visitas más espaciadas. Mensualmente el equipo se reúne para revisar algunos casos, principalmente los que presentan una peor evolución.

Las principales intervenciones realizadas incluyen terapia cognitiva-conductual y la terapia familiar conductual. El equipo también dispone de un hospital de día gestionado directamente por ellos. Aunque pueden disponer de otros recursos, la realidad es que prácticamente no se accede a ellos debido a la falta de tiempo y gente para atender adecuadamente a estos pacientes, que requieren una terapia más intensiva.

Anteriormente se habían desarrollado grupos de hábitos saludables, donde enfermeras especialistas se encargaban del desarrollo de sesiones formativas en higiene, tabaco, sexualidad,

alimentación y sueño, entre otros temas. Por falta de recursos estos grupos dejaron de realizarse, pero en otoño de este año 2017 se tienen planificado retomar este tipo de actividades.

En cuanto a las posibles comorbilidades del paciente, no existe un plan específico para ellos, siguiendo las vías habituales a Atención Primaria u otros especialistas en caso de que desarrollen una patología durante el programa.

En cuanto al posible abuso de drogas, es el mismo equipo quien hace seguimiento del paciente, con alguna acción coordinada con drogodependencias si fuera necesario.

No hay un equipo de Terapia Asertiva Comunitaria dirigido a estos pacientes.

Adherencia

El abordaje de la posible desvinculación no tiene un protocolo o una estrategia específica. Se recurre así a llamadas telefónicas, tanto con el paciente como sus familiares, con el objetivo de impedir una desvinculación. Además, dentro de las intervenciones se lleva a cabo psicoeducación, tanto con el paciente como con la familia para fomentar la adherencia

Coordinación

La coordinación con otros dispositivos de la red de salud mental es buena en general. En el programa P3 se desarrolló una estrategia de coordinación basada en la formación de los médicos de Atención Primaria, facilitándoles las herramientas para la detección de casos de riesgo y las vías de derivación al programa. Así, hay una ruta preferente de derivación en este canal: en menos de tres días se ve al paciente.

En cuanto al resto de servicios sanitarios no existe ningún protocolo de colaboración específico para pacientes de alto riesgo o que han desarrollado un PEP, utilizándose en la mayoría de casos la historia clínica electrónica, principalmente para la revisión de posibles comorbilidades. No hay coordinación específica con otras instituciones como Educación o Justicia.

Formación

A nivel de formación, el P3 está más enfocado en el ámbito ambulatorio, centrándose principalmente en formar a médicos de Atención Primaria en la detección de posibles casos de riesgo. Por ello se han realizado sesiones formativas y materiales específicos para el programa para profesionales de Atención Primaria (Guía de intervención temprana en psicosis para AP), aunque también para Salud Mental. Debido a la escasez de recursos, estas acciones han ido disminuyendo su frecuencia. Los residentes que hacen rotación, de forma voluntaria, son los de familia, ya que no disponen de otras plazas.

También han desarrollado guías específicas para pacientes y familiares ((¡En marcha de nuevo! – adaptación del Birmingham *Early Intervention Service*), a la vez que cuentan con traducciones de guías empleadas por otras instituciones extranjeras, como el programa de EIS ⁴⁷de Birmingham o el EPPIC ⁴⁸de Australia.

La página web del programa, la primera de este tipo a nivel estatal, cuenta con multitud de guías tanto para profesionales como para población general, sobre la detección y el manejo de fases tempranas en las psicosis.

Investigación

En años previos se consiguió financiación a través de diferentes convocatorias que dieron lugar a varias publicaciones.

Actualmente se está participando en el proyecto de investigación “Salud mental en la adolescencia: procedimiento integral de prevención temprana” en colaboración con la Universidad de Oviedo en la búsqueda de un sistema de detección precoz de trastornos psicológicos en adolescentes que incluya un procedimiento rápido y fiable de *screening* y la rápida derivación de posibles casos de riesgo detectados a los servicios especializados de salud mental. Es aquí donde se confirmará o no, con la aplicación de un protocolo de entrevistas clínicas específicas, el caso clínico y se aplicará un programa de intervención psicológico integrado en primera instancia, e incorporando el tratamiento farmacológico cuando sea

⁴⁷ Early Intervention Services

⁴⁸ Early Psychosis Prevention and Intervention Centre

necesario. Este proyecto se viene realizando en centros de enseñanzas medias de Cantabria y del Principado de Asturias desde 2017.

Evaluación del programa

Se recogen diferentes indicadores de seguimiento.

Castilla-La Mancha

ITP en el Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha

Plan de Salud Mental de Castilla-La-Mancha 2018-2025

Actualmente está disponible la **Estrategia de Salud Mental de Castilla-La-Mancha, vigente de 2015 a 2017**. Durante el año 2017, se ha estado trabajando en el borrador del nuevo plan de Salud Mental. A través de este trabajo, se ha desarrollado en nuevo **Plan de Salud Mental de Castilla-La-Mancha 2018-2025**, el cual se publicará en el primer trimestre de 2018. La Consejería de Sanidad tiene la intención de hacer un grupo de trabajo para abordar la detección e intervención de los primeros episodios psicóticos y los estados mentales de alto riesgo

En la **Estrategia de Salud Mental de Castilla-La Mancha, vigente de 2015 a 2017**, como parte del **análisis de situación**, y en concreto en el punto 5 sobre **desarrollo de la actividad asistencial en Castilla-La Mancha**, se recoge que la **Red de Salud Mental cuenta con profesionales especializados**, existiendo **trabajo previo en la definición de procesos**, tanto en Patología Mental Grave como en Patología Mental Común, **que ha permitido la elaboración de los Procesos Asistenciales Integrados de Salud Mental (PAISM)** en Trastorno Mental Grave y de **Intervención Precoz en Primeros Episodios Psicóticos**. Estos procesos están orientados a garantizar la continuidad asistencial y la coordinación necesaria entre niveles asistenciales, dispositivos y profesionales. Una de las figuras clave en estos procesos es el **Gestor de Casos**, con el objetivo de agilizar y garantizar la continuidad asistencial.

- **Detección y atención en las primeras fases de la enfermedad:** La perspectiva asistencial en la Región actualmente está **centrada en los primeros episodios psicóticos**, es decir, cuando la enfermedad se ha manifestado de manera aguda y ha requerido un ingreso hospitalario del paciente. No obstante, este tipo de enfermedades empieza a desarrollarse con muchos años de antelación al primer episodio agudo, siendo necesarias actuaciones basadas en la detección e intervención temprana que mejoran su evolución, disminuyen la discapacidad del paciente y posibilitan una calidad de vida normalizada y menor gasto de recursos asistenciales. Asimismo, y en el caso de las psicosis y trastornos afectivos graves, se va a reducir el impacto que suponen para sus

cuidadores informales (generalmente, sus familiares). En este sentido, **profesionales de la Región han participado en la elaboración y pilotaje del PAISM “Intervención en Primeros Episodios Psicóticos”, procediendo a su implantación en el periodo de vigencia de esta Estrategia.**

- Resulta necesario incidir en la detección e intervención precoz de los trastornos afectivos graves, que provocan una notable repercusión funcional en el paciente y en su entorno.
- Por otro lado, **se debe aumentar la capacidad de detección temprana** de patología mental grave en las etapas **pre-adolescente y adolescente**, mediante el desarrollo de actuaciones conjuntas entre **Educación y Salud Mental**.

Por ello, en la descripción de los objetivos y estrategias se define, en la **línea estratégica 2 (Atención a las personas con trastornos mentales)** el **objetivo 2.1: Desarrollar modelos de trabajo comunitarios en salud mental innovadores y eficientes, para mejorar la accesibilidad y continuidad de cuidados**. En él se incluye la siguiente línea de actuación:

- **Desarrollar los Procesos Asistenciales Integrados “Trastorno Mental Grave” (PAISM TMG), e Intervención Precoz en Primeros Episodios Psicóticos (PAISM IPEP);** que incorporan estrategias comunitarias de abordaje intensivo, una mejor coordinación de la Red, la organización individualizada de toda la actividad asistencial que se realiza con el paciente, así como la gestión de casos.

A pesar de recogerse en la Estrategia de Salud Mental, en la práctica no se ha producido una implementación a nivel autonómico ni homogénea de este proceso. Por ello, en el **nuevo Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2018-2025**⁴⁹ se mantiene la necesidad de implementar una estrategia de intervención temprana en psicosis en Castilla-La Mancha. Dentro de las estrategias, objetivos y líneas de acción se menciona la detección temprana de las psicosis, específicamente dentro de la **línea estratégica 7: Intervenir de forma temprana en la detección de los primeros episodios psicóticos y otras condiciones en riesgo de patología mental grave**.

- **Objetivo 7.1.: Desarrollar programas específicos de intervención** en niños y adolescentes en riesgo de patología mental grave (PMG)
 - **Objetivo específico 7.1.1.:** Detección del riesgo de PMG en la infancia y adolescencia. **Intervención en primeros episodios psicóticos.**

⁴⁹ Pendiente de aprobación (noviembre 2017)

- Mejorar la **identificación y diagnóstico precoz** de personas que puedan estar en riesgo de presentar patología mental grave, mediante la **intervención en fases iniciales de la psicosis** y la elaboración consensuada de un Plan Individualizado de tratamiento y recuperación (PITR). Tiene como meta la elaboración de un **Programa de intervención precoz en personas en riesgo de sufrir PMG**.
- Reforzar la atención en los primeros episodios psicóticos, mediante la identificación/creación de **equipos interdisciplinarios**. Crear un **equipo de atención específica a los primeros episodios psicóticos por Área**. El periodo para su implementación cubre el periodo 2018-2025.

Tabla 30. **Objetivos e indicadores en relación a la Intervención Temprana en Psicosis en el Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2018-2025**

Línea estratégica 7. Intervenir de forma temprana en la detección de los primeros episodios psicóticos y otras condiciones en riesgo de patología mental grave
Objetivo 7.1.: Desarrollar programas específicos de intervención en niños y adolescentes en riesgo de patología mental grave (PMG)
OBJETIVOS ESPECIFICOS
<p>7.1.1.: Detección del riesgo de PMG en la infancia y adolescencia. Intervención en primeros episodios psicóticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mejorar la identificación y diagnóstico precoz de personas que puedan estar en riesgo de presentar patología mental grave, mediante la intervención en fases iniciales de la psicosis y la elaboración consensuada de un Plan Individualizado de tratamiento y recuperación (PITR). Tiene como meta la elaboración de un Programa de intervención precoz en personas en riesgo de sufrir PMG. - Reforzar la atención en los primeros episodios psicóticos, mediante la identificación/creación de equipos interdisciplinarios. Crear un equipo de atención específica a los primeros episodios psicóticos por Área. El periodo para su implementación cubre de 2018 a 2025.

Fuente: Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2018-2025

Situación de la implantación de programas ITP en Castilla-La Mancha

Como consecuencia de lo descrito en la Estrategia de Salud Mental, hace cinco años, en 2012, se inició la redacción de un documento que recogía el **Proceso Asistencial Integrado de Intervención Precoz en Primeros Episodios Psicóticos (PAISM IPEP)**. Este proceso **no llegó a aplicarse**, debido en parte al alto nivel de exigencia que suponía para Atención Primaria, en base a los recursos con los que cuenta. Actualmente hay escasos ejemplos de iniciativas dirigidas a mejorar la atención a los primeros episodios en la Comunidad Autónoma, habiendo algunos casos aislados que carecen de protocolos y sin soporte de recursos desde la Consejería de Salud. Son actividades locales desarrolladas a título personal por lo que no hay un programa como tal.

No se incluyen en la cartera de servicios. Como ejemplos de iniciativas en este sentido, se señala el programa implantado en el Hospital Virgen de la Luz de Cuenca y en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Ninguno de ellos cuenta con recursos específicos para este tipo de intervenciones. En algunas de las áreas se ha trabajado aspectos específicos de coordinación con profesionales de Atención Primaria.

Con el nuevo Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2018-2025, se trabajará en la creación de un registro autonómico de casos, apareciendo dicha información en la historia clínica electrónica del paciente. En 2018 se incluirá la intervención en primeros episodios psicóticos como indicador dentro de los contratos de gestión. Este modelo de intervención hará especial énfasis en la transición a la etapa adulta de los pacientes, así como la coordinación entre los diferentes dispositivos, replanteando incluso el papel asistencial del Hospital de día y los Centros de Rehabilitación Psicosocial. El principal objetivo es favorecer la continuidad de cuidados y vinculación al tratamiento de estos pacientes. De la misma forma, se plantea la creación de equipos multidisciplinares a partir de 2019, aunque siempre dentro de los recursos propios de cada área y buscando la optimización de los mismos.

Programas de ITP en Castilla-La Mancha

Programa de Intervención en las Fases Iniciales de las Psicosis (PIFIP)

Este programa es el resultado de la acción local de un equipo de especialistas en el Hospital Virgen de La Luz de Cuenca. No está protocolizado ni cuenta con recursos específicos para su desarrollo. Se ha desarrollado un documento descriptivo del modelo asistencial, pero únicamente de funcionamiento interno.

Los clínicos puntualizan la necesidad de dedicar realmente personal con dedicación exclusiva a estos programas, e incluir la atención domiciliaria principalmente en aquellas zonas con muchos municipios rurales. Es difícilmente centralizable una intervención de este tipo en Castilla-La Mancha, debido a que la población se organiza en núcleos dispersos y de baja densidad. Por ello, se considera que sería más apropiado un programa no centrado en el Hospital de Cuenca sino integrado en la red de centros de especialidades, tanto de Cuenca como de Motilla para facilitar el acceso a los pacientes.

Actualmente el programa se desarrolla exclusivamente en el Hospital Virgen de la Luz de Cuenca, que cubre el área de salud de Cuenca y presta cobertura a 143.000 habitantes.

Criterios de admisión

Aunque principalmente se incluyen en el programa aquellos pacientes mayores de 16 años que ya han presentado un primer episodio psicótico, se aceptan también pacientes con estados mentales de alto riesgo (EMAR). Aunque el programa da cobertura a al área de salud de Cuenca, también se aceptan pacientes del área de Alcázar de San Juan y Albacete contando con autorización por parte de la gerencia del hospital.

No se ha establecido ningún otro criterio de exclusión.

Equipo

El equipo está integrado por dos psiquiatras, dos psicólogos, una enfermera y un trabajador social con dedicación parcial al programa. Los psiquiatras dedican habitualmente 1 día a la semana a estos pacientes, aunque depende de la demanda, en principio los miércoles. Los miembros del equipo forman parte del servicio de psiquiatría del hospital. Además, se trabaja con los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRP), que cuentan con un psicólogo y un terapeuta ocupacional.

Aunque se intentó fijar un día exclusivo a la semana, realmente no se realiza distinción, y los pacientes incluidos en este programa comparten agenda con el resto de la asistencia.

La enfermera del servicio actúa como gestora de casos, coordinando o las diferentes intervenciones.

No se ha definido un coordinador del programa como tal, desde el punto de vista de que no hay coordinación específica con otros recursos, ni a nivel provincial ni autonómico.

Instalaciones

Se emplean las instalaciones propias del hospital, sin diferenciación de pacientes. No se realizan visitas domiciliarias.

DetECCIÓN Y DERIVACIÓN

La práctica totalidad de los pacientes que se incluyen en el programa ya han debutado en el momento de la derivación. Casi todos los casos vienen de Urgencias, la Unidad de Hospitalización y las Unidades de Salud Mental, que derivan en el momento que detectan un posible caso psicótico.

Se ha producido alguna derivación directa desde Atención Primaria, pero la detección de casos es bastante escasa. Esta deficiencia se debe principalmente a que no hay ninguna estrategia de formación dirigida a Atención Primaria, que carece de las herramientas necesarias para detectar casos de riesgo o primeros episodios.

No hay un protocolo de detección ni de derivación/recepción de casos. No hay establecido un tiempo máximo para la derivación. Cuando el paciente proviene de otro servicio de Salud Mental, las derivaciones suelen realizarse con mayor agilidad.

INTERVENCIÓN

Se realiza una evaluación de los pacientes que acceden al programa para determinar si cumplen con los criterios de inclusión. Este cribado se realiza por un psiquiatra a través de una entrevista clínica que constituye el eje de la evaluación de los pacientes. Para todos los pacientes incluidos en el programa de primeros episodios se elabora un plan de tratamiento que:

- Debe ser considerado como el “guion operativo” del conjunto de intervenciones necesarias para garantizar la atención continuada del paciente y la eficacia del tratamiento.
- Será elaborado entre todos profesionales que tengan que intervenir en el tratamiento.
- Tiene un carácter dinámico, de forma que debe ser actualizado periódicamente en función de la evolución del paciente.
- Todos los planes de tratamiento deberán ser aprobados por el equipo multidisciplinar de los primeros episodios.

Se considera que, una vez el paciente se haya estabilizado, requiere de un tratamiento tanto farmacológico como psicosocial. Se tiene en cuenta la opinión tanto de familiares como

pacientes para la toma de decisiones. El trabajo con las familias se desarrolla en el centro de rehabilitación psicosocial.

No hay ninguna pauta establecida en cuanto a la frecuencia de las intervenciones; intenta adaptarse lo máximo a las necesidades del paciente y a sus características. Por ejemplo, al realizar las intervenciones siempre en los centros sanitarios, aquellos pacientes de áreas rurales tienen más dificultades para seguir un tratamiento intensivo (casi dos terceras partes de los pacientes).

Se intenta flexibilizar lo máximo posible, con el objetivo de evitar posibles desvinculaciones. Principalmente, se oferta terapia cognitivo-conductual, psicoeducación (aunque no bien estructurada), terapia familiar y actividades recreativas con grupos de pacientes. Se realiza intervención familiar, principalmente dirigida al entrenamiento en estrategias de resolución de problemas.

Además, se derivan pacientes a asociaciones de pacientes y familiares con el objetivo de complementar las intervenciones.

Por otro lado, el personal de enfermería se dedica a la prevención de síndrome metabólico en estos pacientes, pero no es una actividad exclusiva para los pacientes del programa.

No se ha definido ningún protocolo específico para la gestión de comorbilidades.

Adherencia

No se ha desarrollado ninguna estrategia dirigida a evitar la desvinculación del paciente. Principalmente la flexibilidad en las intervenciones, la psicoeducación y el seguimiento individualizado se emplean con este fin. En el caso de pacientes que deja de asistir a las citas, se puede plantear la conveniencia de una visita al domicilio, de manera excepcional.

Coordinación

Aunque se contemplaba la futura coordinación con profesionales de Atención Primaria, a día de hoy no se ha establecido formalmente. La coordinación con los equipos de atención infanto-juvenil sí que se considera buena, con el objetivo de facilitar la transición al equipo de adultos. Se realizan reuniones con este objetivo.

Con Educación se han realizado también sesiones, pero más enfocadas al Trastorno de Déficit de Atención (TDH) y otras patologías psiquiátricas. Ninguna específica para primeros episodios psicóticos. Se está intentando regularizar la frecuencia de estas reuniones, pero aún no se está llevando a cabo ninguna acción específica para ello.

Con el resto de especialidades, la comunicación se realiza a través de la historia clínica electrónica, y no se ha establecido ningún protocolo de coordinación específico para estos pacientes.

Formación

No se ha organizado ninguna formación específica en intervención temprana en psicosis. Se han realizado charlas informativas con asociaciones, pero muy puntuales, sobre intervenciones precoces.

Investigación

Únicamente en relación a primeros episodios psicóticos se está desarrollando un proyecto financiado por el FIS, en colaboración con el Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid:

- 2017 – 2019. Factores que influyen en la funcionalidad en la comunidad de pacientes con primeros episodios psicóticos: Estudio longitudinal de neurocognición, cognición social y síntomas clínicos. IP: Roberto Rodríguez Jiménez.

Evaluación del programa

No se han establecido indicadores para la evaluación y seguimiento del programa.

Castilla y León

ITP en el Plan de Salud Mental de Castilla y León

Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Castilla y León 2003-2007

La **Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Castilla y León** comprende el periodo 2003-2007, no estando vigente en la actualidad.

No hay prevista la elaboración de ninguna estrategia específica de salud mental ya que los objetivos y actividades se enmarcarían en el Plan de Salud Regional; en el momento actual se ubican en el IV Plan de Salud. El servicio de Asistencia psiquiátrica ha pasado a denominarse Servicio de Asistencia Psiquiátrica y Coordinación Sociosanitaria y Salud Mental de la gerencia regional de SACYL, siendo la red de salud mental solo parte de la actividad del servicio.

La Estrategia Regional 2003-2007 no incluía ninguna línea de actuación específicamente relacionada con la intervención temprana en psicosis. Sí se menciona con carácter general, la importancia de una detección e intervención temprana para la evolución de ciertas enfermedades psiquiátricas.

En concreto se destaca la necesidad de poner en marcha intervenciones **que faciliten la identificación de la enfermedad mental por parte de la población general, combinada con la posibilidad de un acceso rápido a servicios sanitarios eficaces en la identificación precoz de los trastornos, para la instauración temprana de un adecuado tratamiento**. En este sentido, el **Programa de Acción Comunitaria en el Ámbito de la Salud Pública**, establece que las acciones dirigidas a abordar los factores determinantes de salud deberán centrarse **especialmente en los jóvenes**, ya que durante la adolescencia y juventud se toman decisiones básicas sobre el modo de vida y las conductas relacionadas con la salud.

En el **5º objetivo** (Incrementar la accesibilidad a los recursos de Salud Mental y Asistencia psiquiátrica) se resalta la necesidad de **impulsar el papel de los Equipos de Atención Primaria** en la promoción de la Salud Mental y en la **detección precoz**, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los problemas de Salud Mental. También se recoge la importancia de desarrollar

un programa de **formación continuada** en Atención Primaria que incida, entre otros aspectos, en la **detección** y el manejo de la enfermedad mental grave.

Tabla 31. **Objetivos e indicadores en relación a la Intervención Temprana en Psicosis en la Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Castilla y León 2003-2007**

Línea Estratégica 3: Asistencia psiquiátrica. Mejorar la accesibilidad y desarrollar programas específicos
Objetivo 5. Incrementar la accesibilidad a los recursos de Salud Mental y Asistencia psiquiátrica
1. Impulsar el papel de los Equipos de Atención Primaria en la promoción de la salud mental y en la detección precoz, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los problemas de salud mental.

Fuente: Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Castilla y León 2003-2007

Desde la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León se está potenciando la gestión por procesos. En concreto, se han desarrollado tres procesos específicos en Salud Mental en coordinación con Atención Primaria:

- Proceso de atención en los Equipos de Salud Mental de la Comunidad de Castilla y León
- Proceso de prevención y atención de la conducta suicida
- Proceso de atención al paciente crónico complejo de Salud Mental

El **IV Plan de Salud de Castilla y León** está vigente, abarcando hasta el año 2020. Recoge únicamente objetivos generales, no recogiendo ninguna mención específica a la detección e intervención temprana de las psicosis. En concreto, en relación con las enfermedades mentales se recoge como objetivo general el siguiente:

Objetivo general 22: Mejorar la atención a personas con otros problemas de salud: enfermedades neurodegenerativas y enfermedad mental.

- **Objetivo específico 70.** Mejorar la atención a las personas con enfermedad mental, eliminar el estigma y promover acciones para su recuperación.

Por lo tanto, no se descarta el desarrollo específico de iniciativas relacionadas con la intervención temprana en psicosis, aunque no se detalla explícitamente.

También hay que destacar la **Estrategia de Atención al Paciente Crónico** de Castilla y León, que contempla la atención a la salud mental pudiendo tomarse como referente en la implementación

de procesos específicos para primeros episodios psicóticos. Hasta ahora las líneas prioritarias en Salud Mental han sido la atención a la depresión, el desarrollo de equipos de Salud Mental y la coordinación con Atención Primaria. Estos dos últimos elementos de especial importancia para la atención a los primeros episodios psicóticos. Por tanto, en el marco del Plan de Salud Mental, el Plan de Salud de Castilla y León y aprovechando la experiencia de iniciativas locales no se descarta a futuro potenciar un programa de intervención precoz en psicosis a nivel autonómico.

Situación de la implantación de programas ITP en Castilla y León

En Castilla y León no hay ninguna Unidad Asistencial Específica de Primeros Episodios Psicóticos, aunque existen varios Programas específicos para la atención de los Primeros Episodios, como el Programa PEPSI, en Burgos. Las iniciativas existentes a nivel local, han sido impulsadas por los propios profesionales. Se trata de iniciativas heterogéneas, con diferentes metodologías de trabajo. A modo de ejemplo, el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Burgos, ha implantado desde el mes de enero de 2018, el Proceso PEPSI (Proceso de gestión clínica de primeros episodios psicóticos). Se trata de un modelo un modelo asistencial integral, transversal y pluridisciplinar, para la detección, intervención y seguimiento de primeros episodios de psicosis, que abarca toda el área asistencial de Burgos, con el objetivo de evitar la aparición de la enfermedad o retrasarla al máximo para minimizar el inevitable impacto que tiene en quien la padece y mejorar su calidad de vida. Para ello se ha desarrollado un procesador informático específico, integrado en la Historia Clínica electrónica del Hospital, que facilita la gestión inmediata de la información y garantiza la continuidad asistencial mediante la generación de actividades específicas de cada Unidad y profesional implicado en la asistencia del paciente con un primer episodio psicótico.

Por otro lado, en Zamora destaca la Unidad funcional asertivo-comunitaria, que en su funcionamiento y organización asistencial cumple con las 17 medidas incluidas en el Posicionamiento por la implementación de Programas de Intervención Temprana en Psicosis, si bien está abierto a todos los pacientes con diagnóstico en el espectro de la psicosis. En este sentido, hay un programa integral con Atención Primaria y la Red de Servicios Sociales que permite cumplir con esas medidas para todos los pacientes, con especial atención a los primeros episodios y a la detección precoz de problemas psicóticos. También en Valladolid hay un Centro de Intervención Comunitaria dirigido a la integración y participación de personas con trastornos psicóticos, que cumple con muchas de las medidas de implementación de los programas de

intervención temprana de la psicosis, si bien su trabajo trasciende tanto la intervención temprana como la propia enfermedad.

Desde 2012 y hasta 2015 se desarrolló el Programa Asistencial de Psicosis Inicial en el Bierzo (PAPIB) que fue presentado que fue presentado al Servicio de asistencia psiquiátrica y coordinación sociosanitaria de la gerencia regional de SACYL y aprobado en 2012. Para la implantación del PAPIB, en el área del Bierzo se elaboró un protocolo por escrito y se designaron profesionales responsables de psiquiatría, psicología clínica, enfermería y trabajo social. Se realizó un pilotaje inicial del proyecto, y se incluyeron pacientes hasta el año 2015. El programa fue incluido y continúa siendo parte de la cartera de servicios del servicio de psiquiatría de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de El Bierzo (GASBI). En el momento actual, aunque no se continúan incluyendo pacientes en programa PABIP como tal, el protocolo diseñado se continúa llevando a cabo por los profesionales de la GASBI.

Iniciativas similares se han desarrollado en otras áreas de salud, pero en ninguna de ellas se ha constituido una unidad estructural específica para el desarrollo de este tipo de programas. Programas de detección e intervención más intensiva y específica para primeros episodios se llevan a cabo en la mayoría de las áreas de salud, aunque de forma discontinua en algunos casos

Cataluña

ITP en el Plan de Salud Mental de Cataluña

Plan Director de Salud Mental y Adicciones. Estratègies 2017-2020

El Plan Director de Salud Mental y Adicciones, aprobado por el Gobierno de Cataluña en junio de 2006, es el instrumento que define la política sanitaria en materia de salud mental y el modelo de atención, a la vez que formula las líneas de actuación y las acciones prioritizadas que se desarrollarán por parte de los servicios sanitarios públicos. Ya en 2006, se primó la atención temprana a la psicosis incipiente, constituyendo el punto de partida para la definición del **programa autonómico de intervención temprana en psicosis**, denominado **Programa de Atención Específica a las personas con Trastornos Psicóticos Incipientes (PAE-TPI)**. Actualmente se está realizando la actualización de las políticas en salud mental mediante la aprobación de las Estrategias 2017-2020 del Plan Director de Salud Mental y Adicciones⁵⁰.

En el Plan Director de 2006 se establecía como prioridad **la constitución de un equipo multidisciplinar, específico y con capacidad de respuesta rápida para la detección y atención de personas con psicosis incipiente**, a través de la puesta en marcha de **programas de atención específica** en la cartera de servicios de los centros de salud mental. En este sentido, el **objetivo 3** especificaba “Orientar la cartera de servicios a las necesidades de los usuarios de la red de salud mental y adicciones. En concreto priorizar la atención a la **psicosis incipiente** y a la población con trastornos mentales graves”. Como parte de las acciones para cumplir dicho objetivo se incluía **diseñar un Programa de Atención Específica a las personas con Trastornos Psicóticos Incipientes (PAE-TPI)**.

Con tal fin, se impulsó la puesta en marcha de varias experiencias piloto y se constituyó la Comisión pedagógica y de seguimiento del PAE-TPI, con el objetivo de asesorar a la Administración, velar por una implantación homogénea de los distintos equipos, definir los indicadores y realizar la evaluación, así como emitir las recomendaciones adecuadas en función de los resultados obtenidos. Así mismo, esta comisión ha impulsado y realizado

⁵⁰

http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/salut_i_qualitat/plans_directors/salut_mental_i_addiccions/que_es/document/estrategies2017_2020.pdf

algunos proyectos de investigación y forma parte de la "International Early Psychosis Association (IEPA)". Fruto del trabajo de esta comisión ha sido también la elaboración de la Guía para la Implementación del PAE-TPI del Plan Director⁵¹.

Una de las funciones relevantes de la comisión es la organización y realización de las jornadas anuales del PAE-TPI, donde se presenta la evolución de los programas y un resumen de los resultados de la evaluación, en base a unos indicadores comunes para todos ellos, tal y como se proponen en la guía de implementación mencionada. Gracias a este trabajo continuado y la inclusión de todos los territorios piloto, se ha facilitado la continuidad y colaboración entre los diferentes programas a nivel autonómico.

En la **actualización** del Plan Director para el período 2017 a 2020, en su **línea estratégica 3** se establece: "Garantizar que la atención especializada en el territorio sea equitativa, accesible, integral, competente y basada en la comunidad". Además, se incorpora el **objetivo estratégico 3.1**, "Definir e implementar la cartera de servicios básica de la atención comunitaria especializada en salud mental y adicciones". Entre las diferentes acciones prioritizadas para el año 2017, se propone: "Implementar en todo el territorio catalán el Programa de Atención Específica a las personas con Trastorno Psicótico Incipiente", dirigido a la población de edad comprendida entre los **14 y 35 años**. Se especifica que dicho programa contará con la creación de unidades funcionales integradas con todos los recursos que interactúen en su ámbito territorial, y la constitución de los equipos comunitarios específicos de atención, que integran a profesionales de los centros de salud mental (adultos e infanto-juvenil), de los centros de atención a las drogodependencias y de los servicios de rehabilitación e inserción comunitaria de cada ámbito territorial.

51

http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/temes_de_salut/salut_mental/documents/pdf/guia_pae_tpi_salutmental_2011.pdf

Tabla 32. **Objetivos e indicadores en relación a la Intervención Temprana en Psicosis en el Plan Director de Salud Mental de Cataluña**

Línea estratégica 3: garantizar que la atención especializada en el territorio sea equitativa, accesible, integral, competente y basada en la comunidad
Objetivo estratégico 3.1. Definir e implementar la cartera de servicios básica de la atención comunitaria especializada en salud mental y adicciones
ACCIONES PROPUESTAS
1.1. Implementar, en todo el territorio catalán, el Programa de Atención Específica a las personas con Trastornos Psicóticos Incipientes, especialmente en el grupo de edad comprendido entre los 14 y 24 años
1.2. El programa contará con la creación de unidades funcionales integradas entre todos los recursos que interactúen en su ámbito territorial
Objetivo estratégico 3.3: Asegurar la igualdad territorial en la cartera de servicios básica y adecuar la planificación y la implementación de programas supraterritoriales
ACCIONES PROPUESTAS
3.1. Culminar el desarrollo de servicios de gestión de casos (PSI) en todo Cataluña que, de manera transversal, incluya la atención a la población adolescente y al programa de atención a la psicosis incipiente

Fuente: Estratègies 2017-2020. Plan Director de Salud Mental y Adicciones

El **objetivo estratégico 3.3** queda definido en: “Asegurar la equidad territorial en la cartera de servicios básica y adecuar la planificación y la implementación de programas supraterritoriales”, destacando diversas acciones, entre ellas: “culminar el desarrollo de **servicios de gestión de casos (PSI) en toda Cataluña**, de manera transversal, incluyendo la **atención a la población adolescente y al programa de atención a la psicosis incipiente**”.

Situación de la implantación de programas ITP en Cataluña

En línea con las recomendaciones internacionales (OMS, IEPA) y la evidencia informada de buenos resultados obtenidos por programas internacionales, se impulsa el desarrollo de un programa autonómico en Cataluña, basado en un modelo enfocado a la recuperación y que promueve una atención integral e integrada de las personas que presentan un trastorno psicótico incipiente.

Como se ha comentado anteriormente, en 2006 se puso en marcha el PAE-TPI en Cataluña, con 12 pruebas piloto desarrolladas en diferentes territorios, alcanzando un 28% de cobertura de la población diana. Los territorios piloto se detallan en la Tabla 33.

El modelo que actualmente está vigente en Cataluña se ha formulado en dos etapas: la primera entre 2006-2016 en la forma de pruebas piloto, incluyendo su evaluación, y la segunda, desde finales de 2017 en adelante y que implica la generalización del programa a toda la población diana en la totalidad del territorio catalán.

Tabla 33. **Programas PAE-TPI piloto desarrollados en Cataluña**

Programas PAE-TPI en Cataluña	
Ciudad de Barcelona	Resto de Cataluña
PAE-TPI de L'Esquerra de l'Eixample	PAE-TPI de Cerdanyola – Ripollet
PAE-TPI de Sants	PAE-TPI del Segrià
PAE-TPI de Montjuïc	PAE-TPI del Baix Camp
PAE-TPI de Les Corts	PAE-TPI de Les Terres de l'Ebre
PAE-TPI de Sarrià- Sant Gervasi	PAE-TPI del Gironès
PAE-TPI de Sant Andreu – Sant Martí	PAE-TPI La Selva Marítima

Fuente: Estratègies 2017-2020. Plan Director de Salud Mental y Adicciones

En la primera, se dotó económicamente a las pruebas piloto, a través del contrato de los Centros de Salud Mental (adultos e infanto-juvenil), con la participación del resto de dispositivos comunitarios y con los Servicios de Urgencias, Hospitalización y Hospitales de Día. El grado de integración y participación en cada territorio no fue homogéneo, si bien la colaboración se fue consolidando en todos ellos.

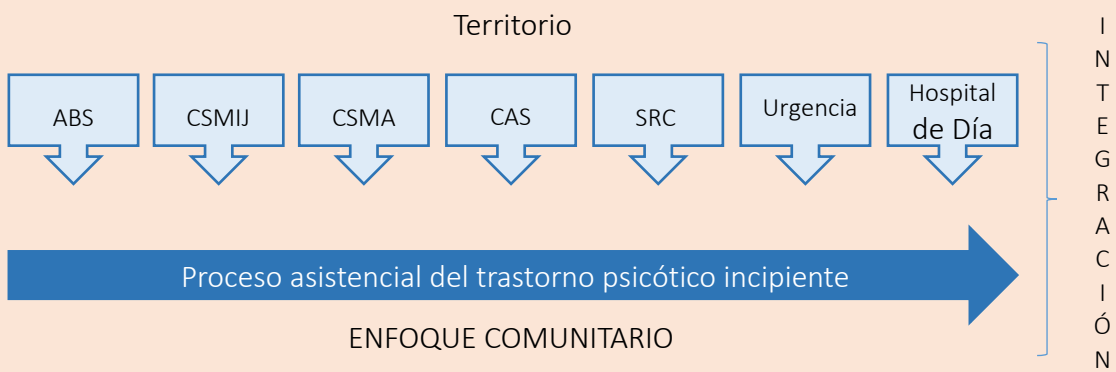
En la segunda etapa, se ha extendido a toda Cataluña y se ha previsto su financiación en los contratos de los Centros de Salud Mental Infantil y Juvenil, de adultos y de centros de atención a las drogodependencias. Se ha revisado la Guía del año 2011 y sus propuestas se han incluido en las carteras de servicios de cada tipología de dispositivos, así como la definición de la ruta asistencial a nivel de la Unidad Funcional Territorial (que implica a todos los servicios sanitarios del territorio, generales y especializados en salud mental). También se han revisado los criterios de planificación que rigen la organización de los equipos específicos PAE-TPI.

En estos momentos, en la mayoría de los nuevos territorios se está todavía en una fase inicial de implementación del programa, contratación y distribución de profesionales, constitución de los equipos y establecimiento de los mecanismos de coordinación y seguimiento de las

intervenciones, definición de circuitos i formalización de criterios y mecanismos de derivación entre servicios.

Durante el año 2018 se prevé disponer de todos los elementos básicos, estructurales y de procesos, que den respuestas a las necesidades y peculiaridades de los distintos territorios, en base a la organización del proceso asistencial de atención. Y también del inicio de la actividad asistencial para atender las personas con criterios de inclusión en el programa.

Gráfico 42. **Proceso asistencial territorial y principales flujos y servicios de derivación a PAE-TPI.**



Programas de ITP en Cataluña

Programa de Atención Específica a personas con Trastorno Psicótico Incipiente (PAE-TPI)

En el momento actual, en fase de extensión del programa, se pone especial énfasis en una implementación lo más homogénea posible, sobre modelo y cartera de servicios, aunque resulta imprescindible la adaptación organizativa a la realidad de cada territorio, según criterios geodemográficos, socioeconómicos y de prevalencia de trastorno mental.

El protocolo de implantación ha de responder a los objetivos definidos en la Guía.

Objetivo general:

- Conseguir la detección temprana y la intervención precoz de los trastornos psicóticos incipientes, con la finalidad de:
 - disminuir la incidencia de los trastornos psicóticos
 - reducir el daño asociado a la psicosis
 - mejorar el pronóstico evolutivo de trastorno

Objetivos específicos:

- Identificar los estados mentales de riesgo (manifestaciones prodrómicas de un trastorno psicótico) para promover intervenciones preventivas que limiten la transición a un primer episodio.
- Detectar precozmente los primeros episodios psicóticos y reducir la DUP (*Duration of Untreated Psychosis*) – duración de psicosis sin tratamiento.
- Ofrecer un tratamiento integral e integrado, adaptado a las características de las fases iniciales de la psicosis que incorpore las recomendaciones de las guías de práctica clínica.
- Facilitar la recuperación de un episodio psicótico y prevenir las recaídas durante el periodo crítico de cinco años posteriores al primer episodio.
- Estimular la adherencia terapéutica a los tratamientos farmacológicos y psicosociales, que se han de fundamentar en la evidencia científica y las necesidades específicas de cada caso.

- Promover la vinculación y la participación de la persona en el proceso asistencial y en la toma de decisiones a lo largo de la intervención.
- Ofrecer apoyo a la familia, y facilitar la participación en el proceso de recuperación y la colaboración en el tratamiento.

En 2017, se ha efectuado el incremento económico necesario para impulsar la universalización de distintos proyectos relacionados, y la implantación de las distintas acciones priorizadas, que implica un incremento de profesionales. Estas acciones iniciadas precisan ser consolidadas a lo largo de 2018 y proseguir su desarrollo en el futuro a medio plazo.

Además del PAE-TPI, otro proyecto fundamental priorizado por las estrategias 2017-2020, es completar la implementación de la cartera de servicios de Salud Mental y Adicciones en Atención Primaria, con un equipo de profesionales especialistas que se integran en todos los equipos de Atención Primaria. Este proyecto es fundamental para mejorar la detección precoz del trastorno psicótico incipiente y de los factores de riesgo asociados. La universalización de los programas de gestión de casos y la atención integrada con la primaria general ha de dar respuesta a las necesidades de tratamiento asertivo comunitario y atención domiciliaria, así como la cooperación con los agentes comunitarios que contribuyan a mejorar la detección y derivación a los equipos especializados.

Criterios de admisión

La población diana incluye las personas entre 14 y 35 años que presentan las siguientes condiciones clínicas:

- Un estado mental de alto riesgo de psicosis (EMAR),
- Un primer episodio psicótico (PEP),
- Personas que se encuentran en el denominado periodo crítico de recuperación que se corresponde con los primeros cinco años de evolución tras la presentación de un primer episodio psicótico.

Se presta especial atención a los jóvenes entre 14 y 25 años, ya que en este grupo de edad se producen muchos abandonos y es necesario reforzar la continuidad asistencial. Excepcionalmente, se pueden incluir personas de edades inferiores que puedan beneficiarse de la oferta asistencial, y siempre que cumplan el resto de los criterios. De hecho, en algunos casos

se ha establecido el límite de edad en los 12 años. Para ello, la guía recoge un protocolo de detección específico para EMAR y pacientes con un PEP.

La guía especifica una referencia sobre diagnósticos de inclusión, sin excluir la dificultad diagnóstica en el caso de EMARs, y admitiendo mayor gama de presentaciones sindrómicas que puedan beneficiarse del programa, aunque no haya un diagnóstico definitivo. Este es actualmente un tema preferente de estudio en el momento actual.

La detección y el manejo de las comorbilidades es fundamental en el programa. No se han establecido criterios de exclusión por comorbilidades, por ello, el caso de problemas por consumo de sustancias se trata conjuntamente con los centros de atención y seguimiento a las drogodependencias, y en el caso de problemas somáticos los equipos PAE-TPI están en contacto permanente con los profesionales del mismo centro de salud mental que trabajan en atención primaria de salud.

Equipo

La composición del equipo y su tiempo de dedicación varía en los diferentes programas implementados. Cada territorio ha realizado un esfuerzo en contrataciones diferentes, dependiendo del área al que da servicio. Hay territorios donde se ha llegado a una exclusividad del personal cercana al 100%, mientras que en otros apenas ha llegado al 50%.

Tal como se recoge en la guía, el equipo funcional del PAE-TPI debe estar formado por psiquiatría, psicología clínica, enfermería, trabajador social y educador social. El equipo funcional ha de estar integrado por profesionales vinculados a los CSM de adultos e infanto-juveniles.

El coordinador del programa está vinculado al CSM de cada ámbito territorial, con el objetivo de fomentar la cooperación entre dispositivos: CSM, servicios de rehabilitación comunitaria, centros de adicciones, Atención Primaria, Urgencias y Unidades de Hospitalización. Los coordinadores forman parte de la comisión pedagógica, que se reúne 4-5 veces al año para abordar los diferentes problemas que pudieran haberse detectado, así como organizar las jornadas del programa y talleres de formación, cuando se necesitan.

La figura de un gestor de casos como tal no es habitual, y solo en algunos casos se ha desarrollado. Aun así, el programa requiere de una coordinación protocolizada entre los diferentes dispositivos para llevar a cabo una gestión de los casos individualizada y centralizada.

Debido a que cada programa cuenta con su propia financiación y recursos, la estructura organizativa del mismo puede variar. Un elemento destacable es la diferenciación entre la atención a adultos y a población en edad infanto-juvenil, como en el caso del PAE-TPI de L'Esquerra de l'Eixample. En otros PAE-TPI la atención se centra a partir de los 18 años. En la mayoría de los casos, la dedicación al programa es parcial, a la vez que se integran investigadores con el equipo asistencial.

Instalaciones

Las intervenciones se realizan habitualmente en las instalaciones existentes en los Centros de Salud Mental, y otros servicios del territorio (CAS o servicios de rehabilitación).

La Guía prioriza una respuesta temporal ágil y flexible, cuanto a tiempo y espacio. Se considera importante y se impulsa la posibilidad de proporcionar espacios de atención normalizados, que eviten la estigmatización. Por ello las entrevistas deberían realizarse en los espacios más agradables para el paciente y la familia, como son los centros de atención primaria. Siempre que sea posible, en determinados casos, se contempla la posibilidad de realización de las entrevistas en el domicilio u otros espacios comunitarios. La organización dependerá de la disponibilidad de cada territorio.

Detección y derivación

No se han realizado campañas informativas poblacionales sobre alfabetización en psicosis. Si se dispone de información en la web de canal salud de la Generalitat de Catalunya sobre la psicosis incipiente.

Existe un programa específico de colaboración entre especializada y Atención Primaria donde se ha incluido criterios para la detección precoz de la psicosis. Se ha previsto realizar talleres y formación para la detección precoz de los EMAR y pacientes con PEP en Atención Primaria y otros dispositivos, para favorecer la derivación. También la inclusión de instrumentos de screening específicos en los protocolos preventivos, ante casos de sospecha. En materia de formación y

detección la enfermera del programa Salud y Escuela tiene especial relevancia, y se han definido espacios de gestión y formación para la detección dirigidos a estos profesionales, y reforzar su rol de apoyo y referentes en este programa.

Por otro lado, se han elaborado trípticos informativos y materiales digitales que incluyen los protocolos de derivación y los criterios de admisión

Las derivaciones al programa se realizan desde Atención Primaria, Centros de Salud Mental, los servicios de hospitalización y de urgencias principalmente. Las personas que presentan PEP son derivadas mayormente desde servicios hospitalarios (urgencias o agudos). Los EMAR vienen derivados habitualmente desde Atención Primaria o los mismos Centros de Salud Mental.

Como se ha constatado en las experiencias piloto, la atención primaria de salud va adquiriendo un papel cada vez más preponderante en la derivación. En este sentido se ha previsto introducir, en el marco del protocolo del niño instrumentos para favorecer la detección y prolongar las revisiones proactivas en casos de sospecha hasta los 16 años, por parte de los equipos de cabecera.

Respecto de la detección y derivación por parte de servicios no sanitarios, desde el ámbito educativo la enfermera del programa Salud y Escuela tiene un papel clave. Esta profesional forma parte del equipo de atención primaria, y está en contacto directo con los profesionales de salud mental que trabajan integrados en AP.

Respecto de otros equipos, cabe destacar la relación directa de los CSMIJ que realizan atención directa a menores vulnerables, como son los incluidos en medidas de protección de la DGAIA, o con servicios especializados de justicia. La derivación entre servicios especializados es directa.

En el caso de la coordinación con otros servicios no sanitarios generales, no es específica para la detección. Se produce con el contexto de las actividades habituales de coordinación entre los diferentes servicios comunitarios, con los que ya existen protocolos generales definidos. Habitualmente las derivaciones, requieren previamente una valoración por atención primaria, excepto las urgencias. En todos los casos, los protocolos de derivación territoriales han de contemplar la formación, circuitos, y criterios de derivación directa a los equipos PAE-TPI.

En todos los casos, el protocolo definido contempla un **tiempo de derivación al programa de 24 a 72 horas y realizar una primera visita por parte del equipo PAE-TPI en el plazo máximo de 1 semana.**

Intervención

La guía establecida define un protocolo de exploración y valoración integral, multidimensional y pluridisciplinar. Se detalla resumidamente en la tabla 3, que se muestra a continuación.

Tabla 34. **Valoración integral del PAE-TPI**

Áreas de valoración	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anamnesis completa ▪ Alergias y alertas ▪ Exploración psicopatológica general ▪ Exploración psicopatológica específica ▪ Valoración de riesgos ▪ Funcionamiento global 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valoración de enfermería ▪ Valoración social ▪ Cribado cognitivo ▪ Calidad de vida ▪ Estilo de recuperación ▪ Grado de adherencia

Como objetivo que aporta valor, cabe destacar que se orienta a valorar las necesidades de atención de la persona en todas sus áreas vitales, a nivel clínico y funcional y en base al paradigma de la recuperación, según se ha comentado anteriormente en relación al modelo de atención.

Es también importante mencionar la necesidad de compartir la información entre todos los dispositivos asistenciales, y la cooperación entre servicios comunitarios y hospitalarios para garantizar las pruebas complementarias indicadas.

Cabe destacar, no obstante, que el proceso asistencial se inicia desde la primera visita, así como la utilidad implícita al protocolo de valoración. La intervención es efectiva desde el momento inicial mientras se realizan las exploraciones diagnósticas pertinentes.

Finalmente añadir que, en la evaluación se tiene en cuenta tanto al paciente como a su familia. Se lleva a cabo una **evaluación integral**, teniendo en cuenta las comorbilidades somáticas, como valoración funcional clínica y psicosocial.

Se realiza una individualización del tratamiento, que se formaliza en un Plan Terapéutico Individualizado (PTI) que incorpora la valoración diagnóstica y las intervenciones previstas (farmacológicas, psicológicas y psicosociales). Es importante constatar que el diseño del PTI requiere la colaboración activa de la persona afectada y la familia cuando procede. Se incluyen las intervenciones precisas, en función de la clínica, de la disponibilidad y preferencias del paciente, adaptado a su nivel de adherencia.

El plan terapéutico fija los objetivos que se pretenden conseguir. El protocolo determina que debe ser formalizado en un plazo de 6 meses desde primera visita y evaluado y revisado como mínimo anualmente.

La **evaluación del programa**, en fase de las experiencias piloto, se ha efectuado anualmente, mediante una recogida de datos *ad hoc* y la elaboración de una memoria que recoge un conjunto de informaciones, a nivel de cada programa territorial. Dicha memoria incluye información de la población atendida, distribución por grupos clínicos, género, edad, evaluación funcional, transición de estados mentales de alto riesgo en primeros episodios psicóticos, tasa de suicidios y tentativas autolíticas, y hospitalizaciones psiquiátricas. Asimismo, se recoge la procedencia de las derivaciones, la duración del trastorno no tratado y las altas del programa.

Para disponer de los datos necesarios para la evaluación se han desarrollado indicadores específicos de seguimiento y se han fijado estándares de calidad, a partir de una revisión de la bibliografía internacional que son analizados y presentados anualmente.

Los indicadores seleccionados se organizan en base a distintas dimensiones y se corresponden a:

- **Accesibilidad:** Incidencia de casos en el programa.
- **Disponibilidad:** tiempo medio de espera entre la derivación y la primera valoración del paciente.
- **Adecuación** del tratamiento: pacientes en tratamiento psicoterapéutico.
- **Continuidad:** adherencia al tratamiento en base al número de pacientes que mantienen las visitas de seguimiento a los 12 meses de la primera visita.
- **Efectividad:** medida como porcentaje de pacientes que mejoran su funcionamiento medido mediante la escala GAF (*Global Assessment of Functioning Scale*)

- **Seguridad:** valoración de efectos secundarios e indeseables del tratamiento farmacológico (escala UKU)

La Tabla 35, que se muestra a continuación, muestra los indicadores y estándares formulados inicialmente para la evaluación de las experiencias piloto:

Tabla 35. **Indicadores y estándares formulados inicialmente para la evaluación de las experiencias piloto**

Indicadores	Estándares
Casos nuevos en programa (anual)	20 / 100.000 hab.
Tiempo máximo de espera para primer contacto	15 días
Personas en tratamiento psicológico	60%
Personas vinculadas a 12 meses desde inicio tratamiento	75%
Personas con mejora funcional evaluadas anualmente (GAF)	70%
Monitorización efectos adversos (UKU)	70%
DUP	26 semanas

Tras la evaluación de 10 años de funcionamiento se ha constatado que los estándares propuestos han sido superados en todos los casos.

En el momento actual, la evaluación es un reto para la Administración Sanitaria. Muchos de los datos requeridos no constan en las bases de datos oficiales (CMBD), y muchos de los datos requeridos están en las historias clínicas de los diferentes centros. Evaluar el proceso de implantación en todo el territorio catalán debe ser progresiva, inicialmente de estructura, seguido de indicadores de proceso y a medio plazo disponer de la información adecuada que permita realizar una evaluación basada en resultados. Para ello es preciso disponer de un cuadro de mando integral donde se pueda aportar telemáticamente la información de todos y cada uno de los equipos en funcionamiento. Este tema no está actualmente resuelto, dado el cambio de plataformas de sistemas de información actualmente en proceso en la administración sanitaria de Cataluña.

Adherencia

Se lleva a cabo un control de la adhesión al tratamiento dentro del plan individualizado terapéutico, principalmente enfocado en la prevención de recaídas y el abordaje de las

situaciones de crisis, aunque sin un protocolo específico. La psicoeducación, tanto del paciente como de la familia, es el pilar fundamental para la detección de señales de alerta y la concienciación sobre la necesidad del tratamiento.

Coordinación

Existen programas de coordinación con Atención Primaria para el seguimiento de los pacientes derivados, con diferente grado de desarrollo en función de la zona. Profesionales de la red de Salud Mental realizan distintas acciones de apoyo y consultoría en el marco del programa “Atención a la Primaria”, y la coordinación es normalmente buena, aunque no específica para TPI. Existen protocolos de coordinación entre los diferentes dispositivos de salud mental: ambulatorio, hospitalario, hospital de día, rehabilitación, etc. Al ubicarse los programas en los Centros de Salud, la coordinación entre dispositivos suele ser más sencilla.

En algunas áreas existe un equipo específico de atención a población adulta y otro para infanto-juvenil, contribuyendo a una buena continuidad del tratamiento durante la transición de pacientes adolescentes al equipo de adultos.

La coordinación con servicios no sanitarios como servicios sociales, educación y justicia para la detección de casos de alto riesgo y PEP depende del programa, siendo en algunos, escaso. La coordinación que se realiza con otros dispositivos no tiene la finalidad de detectar personas en riesgo de psicosis, sino mejorar la intervención de los pacientes ya diagnosticados. Por ejemplo, suelen ser habituales contactos entre el trabajador/a social de los equipos con Justicia, Servicios Sociales y otras instituciones, en función de las necesidades y requerimientos del paciente.

La coordinación con otros especialistas se realiza como cualquier otra patología, no existiendo protocolos específicos. La intervención de las diferentes comorbilidades puede realizarse también por el equipo PAE-TPI, aunque no está establecido y depende de cada centro. La coordinación con centros de drogodependencia es más estrecha, por la alta prevalencia de patología dual en estos pacientes.

Formación

La formación es algo indispensable, que requiere un abordaje transversal. Además de aspectos generales para la mejora de la detección a servicios no especializados, se ha diseñado un plan de formación específico que será implementado a partir del 3º trimestre de 2018 y en adelante.

Durante el desarrollo de las experiencias piloto, se puso un mayor foco en la necesidad de formar a los profesionales de los equipos PAE-TPI. Las actividades formativas se realizaron en función de las necesidades detectadas por cada equipo, con talleres de formación temáticos realizados por expertos nacionales e internacionales, muchas veces incluidas en las jornadas anuales realizadas.

Actualmente, ante el reto que supone la extensión del programa, se ha elaborado un plan de formación, que ayude a una implantación lo más homogénea posible. Se han previsto 3 niveles.

1. Informativo, descentralizado a nivel de Región Sanitaria. Dirigido a los gestores del programa, tanto a los agentes territoriales del Servicio Catalán de la Salud, como a gestores de entidades proveedoras de los servicios. Este nivel formativo incluye aspectos generales sobre objetivos, modelo, organización asistencial y cartera de servicios, así como requerir a los distintos territorios la definición de circuitos y flujos de derivación, en base a vías clínicas.
2. Formativo general. Dirigido a la constitución de los equipos, concretar sus funciones y cartera de servicios. Descentralizado a nivel territorial, en ámbitos de sector sanitario o unidades funcionales. A nivel centralizado se ha previsto y elaborado material docente, temático, que dé respuesta a necesidades específicas de los profesionales sobre contenidos clínicos. Inicialmente se han previsto 4 módulos: Detención y manejo de los EMAR, tratamientos farmacológicos en atención a PAE-TPI, evaluación y rehabilitación neurocognitiva, intervenciones psicológicas. Este programa se puede adaptar a las necesidades que se puedan detectar por parte de los equipos.
3. Diseminación del conocimiento, apoyo al desarrollo, organización e implementación territorial. Este nivel formativo incluye la función de tutoría o “mentoring”, por parte de los equipos expertos que han participado en las experiencias piloto. Supone un acompañamiento muy práctico, que incluye la rotación de los profesionales de los nuevos equipos en los que ya cuentan con experiencia, y asesorar en el funcionamiento, y en la recogida de datos para la evaluación.

Los residentes participan en los PAE-TPI, como parte de su rotación, y en muchos casos, los propios residentes solicitan específicamente participar en el mismo. No existe ningún estudio de posgrado específico, dedicado a detección precoz de psicosis actualmente en Cataluña.

Investigación

La investigación está integrada en los PAE-TPI, siendo muy variable dentro de los diferentes equipos. Algunos de ellos realizan líneas de investigación específicas dirigidas tanto a pacientes EMAR como PEP en diferentes aspectos (marcadores biológicos, terapias psicológicas individuales o en grupo, efectos secundarios de tratamiento, etc. En el contexto del desarrollo de las pruebas piloto se diseñó un proyecto multicéntrico de “Evaluación de la efectividad del programa de atención específica para las personas con un trastorno psicótico incipiente desarrollado en Cataluña vs. el programa estándar”, centrado en la evaluación de la efectividad de ambos programas después de un año de inclusión y seguimiento mediante la utilización de diferentes indicadores. Este estudio casi-experimental, longitudinal pretende determinar la efectividad de ambas intervenciones en condiciones de la práctica clínica habitual

Además, se pretende abordar un estudio, a partir del 2018, sobre los resultados obtenidos al ampliar al 100% de la población, la implantación del programa. Se está trabajando en la definición de criterios de implementación que serán analizados. Algunos de los centros que participan en los PAE-TPI participan de los estudios de primeros episodios psicóticos de CIBERSAM.

Evaluación del programa

Se han desarrollado indicadores específicos de seguimiento que son analizados y publicados en una memoria anual (ver Anexo 2. Indicadores evaluados por la Comisión Pedagógica y de Seguimiento del PAE-TPI).

La evaluación de este proyecto se ha llevado a cabo siguiendo los indicadores inicialmente previstos en el PAE-TPI, en relación a las dimensiones mencionadas: de accesibilidad, adecuación, efectividad, seguridad y continuidad asistencial. Los resultados finales se hallan en fase de publicación y permiten identificar las diferencias en la implementación y resultados de ambos programas.

Entre las conclusiones podemos destacar que los pacientes atendidos en el PAE-TPI:

- Presentan un promedio de edad inferior en dos años
- El número de pacientes identificados en situación de riesgo es más elevado
- 2/3 de las personas atendidas en el PAE-TPI presentan una DUP inferior a 3 meses, versus que solo 1/3 de las personas atendidas en situación convencional están en este mismo rango temporal
- El tiempo de espera para ser atendido en PAE-TPI es inferior a 15 días en todos los casos. En los programas convencionales el tiempo de espera es superior a 1 mes
- Las personas atendidas en PAE-TPI reciben intervenciones psicológicas en mayor medida que las atendidas en los programas convencionales de los CSM
- La tasa de continuidad del PAE-TPI es muy superior a la atención, con muy pocos abandonos de tratamiento
- El PAE-TPI tiene mayor capacidad para mejorar el estado psicopatológico y funcional de los pacientes que el programa estándar habitual

El PAE-TPI ha demostrado mayor capacidad de monitorizar los riesgos de los tratamientos farmacológicos mediante instrumentos de medida vs. el PE.

Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla

ITP en el Plan de Salud Mental de Ceuta y Melilla

Ambas Ciudades Autónomas dependen del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), por lo que se rigen por la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013, que actualmente no está vigente.

Situación de la implantación de programas ITP en Ceuta y Melilla

No se ha desarrollado ningún programa de intervención temprana en psicosis en la ciudad. Se considera que no se cuenta con los recursos humanos ni infraestructura necesaria para el desarrollo de un programa de estas características. La escasez de recursos y la escasa población hace inviable un programa exclusivo de Intervención Temprana en Psicosis.

Comunidad de Madrid

ITP en Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid

Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 de la Comunidad de Madrid

El último plan de Salud Mental disponible en la Comunidad de Madrid es el **Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014**⁵². Este plan de Salud Mental se prorrogó mientras se trabajaba en un nuevo documento estratégico para la Comunidad Autónoma, en el que estaba previsto incorporar dos líneas prioritarias de actuación dirigidas al trastorno mental grave y a la atención infanto-juvenil. En ambas líneas se incluirá la intervención temprana además de la promoción de los tratamientos intensivos en los casos de psicosis.

Uno de los principios fundamentales que inspiran el modelo asistencial que adopta el Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 es la coordinación entre Salud Mental y Atención Primaria, en especial para la **detección precoz y el seguimiento de la enfermedad mental grave y persistente**, a través de protocolos de derivación y tratamiento y definición de las respectivas responsabilidades de ambos niveles de atención. **Atención primaria ha de adquirir un papel relevante en la atención a los pacientes con trastornos mentales, mediante la detección y derivación precoz de las personas que precisen una atención especializada en los equipos de salud mental.**

Todo ello con el objetivo de prestar una atención global en salud mental, con un mejor abordaje del paciente, permitiendo un diagnóstico y tratamiento lo más precoz posible, un aumento de su calidad de vida y adaptación a su entorno. Se requiere una actuación complementaria y coordinada entre los Servicios de Salud Mental, Atención Primaria y los Servicios Sociales y recursos comunitarios, aplicando modelos de atención compartida y desarrollando estrategias de enlace entre los profesionales de los distintos niveles.

⁵² En mayo de 2018 se ha publicado el nuevo Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020. Para el análisis de este documento se ha tenido en cuenta la estrategia vigente en 2017 y no el nuevo documento recién publicado.

Además, se mencionan los beneficios de implementar un **programa de intervención precoz en las psicosis**, describiendo los siguientes objetivos:

- Detectar a las personas que presenten características de alto riesgo de desarrollo de psicosis o estados mentales de alto riesgo.
- Facilitar el acceso inmediato a los servicios especializados a las personas detectadas.
- Dotar a los profesionales de los distintos niveles del sistema sanitario, servicios sociales, sistema educativo, así como a otros agentes socio-comunitarios de los conocimientos y habilidades suficientes para la detección de la psicosis en sus fases iniciales.
- Establecer estrategias de sensibilización de la población general encaminadas a la identificación y búsqueda de ayuda.

Por otro lado, se describe la importancia de **programas psicoterapéuticos integrados** para pacientes en **periodo de riesgo**.

Dentro del punto 2 de los objetivos y acciones del plan (atención ambulatoria), se abordan en el punto 2.4. los **trastornos mentales graves y persistentes: programas de continuidad de cuidados**. El **objetivo 2** establece la **consolidación y desarrollo de programas para el tratamiento de los trastornos psicóticos**. Además de los programas de tratamiento asertivo comunitario que se proponen como herramienta fundamental para los Programas de Continuidad de Cuidados, tanto los **programas de intervención precoz en las psicosis** como los programas psicoterapéuticos para pacientes psicóticos en periodo de riesgo constituyen iniciativas innovadoras para el tratamiento de los trastornos psicóticos. Se especifica además la necesidad de **consolidar y desarrollar programas de intervención precoz en las psicosis y programas psicoterapéuticos para pacientes psicóticos en periodo de riesgo**.

También se detalla la calendarización para la implantación de programas de intervención precoz en psicosis. Se señala que su **implementación debía realizarse entre 2010 y 2014**, aunque no se detallan unos objetivos específicos.

Tabla 36. **Objetivos e indicadores en relación a la Intervención Temprana en Psicosis en el Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014**

Línea estratégica 2.4. Atención Ambulatoria. Trastorno mental grave y persistente: programas de continuidad de cuidados.
Objetivo 2. Consolidación y desarrollo de programas para el tratamiento de los trastornos psicóticos
ACCIÓN A REALIZAR
Consolidar y desarrollar Programas de intervención precoz en las psicosis y Programas psicoterapéuticos para pacientes psicóticos en periodo de riesgo. - Plazo para su implementación: 2010-2014

Fuente: Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014

En 2018 se presenta el nuevo Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020, donde se recoge explícitamente, dentro de la línea 0.1. (Nivel de Organización Estratégica sobre la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental), y del objetivo 0.1.2 (Objetivos Estratégicos de Organización Intrainstitucional) el diseñar e implementar el Proceso Integrado de Atención Precoz a Psicosis.

Para ello se define dentro de la línea estratégica 1 (Atención y rehabilitación de las personas con Trastorno Mental Grave) el objetivo específico 1.1.3: Elaborar e implementar en cada Centros de Salud Mental un programa de Intervención Temprana en jóvenes con Trastorno Mental Grave, con las siguientes actuaciones:

- Diseño e implantación de un programa de intervención temprana para jóvenes con
- primeros episodios psicóticos en cada CSM/AGC que garantice la atención preferente a través de la Valoración por el Especialista (VPE) y las prestaciones incluidas en Guía de Práctica Clínica de Esquizofrenia y Psicosis Incipiente en proximidad.
- Promoción de la detección e intervención temprana en colaboración con Atención Primaria de salud, Educación y Servicios Sociales (Consejería y Ayuntamientos).
- Desarrollo de acciones formativas para profesionales de atención primaria, servicios sociales y educativos para mejorar la detección y orientación de primeros episodios psicóticos.
- Impulso de la consultoría online desde atención primaria a los CSM para mejorar detección y orientación temprana.

La coordinación con Atención Primaria gana importancia en el nuevo documento. De hecho, la línea estratégica 3 (Atención a la salud Mental en el ámbito de la Atención Primaria) incluye el objetivo específico 3.1: detección precoz e intervención temprana de las personas con Trastorno Mental Grave; donde se especifican las siguientes actuaciones:

- Desarrollo de actividades formativas de sensibilización de los profesionales de atención primaria en la detección temprana de trastorno mental grave.
- Establecimiento de vías de comunicación efectiva entre Atención Primaria y Salud Mental para el diagnóstico precoz y derivación de casos graves para tratamiento temprano.

Situación de la implantación de programas ITP en la Comunidad de Madrid

Actualmente no se ha implantado un programa de intervención temprana en psicosis a nivel autonómico, sino varias iniciativas promovidas por profesionales con especial interés en la temática, con los recursos disponibles en los servicios y, en algunos casos, a través de financiación obtenida para el desarrollo de líneas de investigación vinculadas a estos programas.

A pesar de tratarse de proyectos aislados, el Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid establecía una calendarización para la implantación de estos programas en la Comunidad Autónoma. En la evaluación de los objetivos del Plan Estratégico, se estimó que se ha alcanzado el 40% del objetivo. El Plan recoge los programas hospitalarios existentes en: Hospital Universitario Ramón y Cajal, Hospital Clínico San Carlos, Hospital Universitario 12 de Octubre, Hospital Universitario Príncipe Asturias, Instituto Psiquiátrico de Servicios de Salud Mental José Germain, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Hospital Universitario Infanta Cristina, y Hospital Universitario Infanta Leonor. No se ha desarrollado proyecto específico para impulsar ni estandarizar estos programas desde la propia Consejería de Sanidad, ni su incorporación en cartera de servicios.

Sin embargo, cabe destacar el convenio entre la Comunidad de Madrid y la Fundación Manantial para impulsar el proyecto piloto de la **Unidad de Atención Temprana** integrada en la Red de Salud Mental perteneciente al Hospital Universitario Príncipe de Asturias en Alcalá de Henares. El objetivo era evaluar la posibilidad de crear, más adelante, un programa a nivel autonómico. El proyecto se inició en 2014 y, tras tres años de funcionamiento, se ha considerado la necesidad

de incluir modificaciones en su modelo asistencial, al considerarse inviable económicamente su implantación a nivel autonómico. Actualmente se ensaya el nuevo modelo con la intención de volver a valorar su viabilidad después de un tiempo de experiencia.

En esta línea, se apuesta por un modelo más proactivo de atención a la psicosis temprana, que permita dar mejor respuesta a la falta de demanda inicial por parte de pacientes y familiares. A través del nuevo plan de Salud Mental, se pretende alcanzar, en el horizonte temporal 2018 a 2021, la existencia de un **programa vigente en la mayoría de los hospitales**. Con este objetivo, se trabajará en la definición de unos componentes comunes básicos y recomendaciones para su implantación. En cualquier caso, los equipos de Salud Mental contarán con flexibilidad en su implementación, priorizando aquellos aspectos que estimen de mayor importancia. Se tendrán en cuenta los resultados de la evaluación coste-efectividad de la UAT para consensuar los elementos a incluir en esas recomendaciones. Por lo tanto, el objetivo no es desarrollar un único programa para toda la Comunidad Autónoma con coordinación autonómica, sino una serie de recomendaciones potencialmente aplicables que dependerán de cada equipo de Salud Mental.

Además, se ha desarrollado el programa piloto **“Servicio de Primer Apoyo”** a través de un convenio de colaboración entre la Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid y la Fundación Manantial, que pretende desarrollar **acciones necesarias para la mejora de la atención en los primeros episodios psicóticos**. La Fundación Manantial ofrece apoyo técnico, materiales divulgativos y financiación a las asociaciones de pacientes y familiares interesadas en el proyecto, para que un profesional idóneo de la asociación pueda ser contratado para desarrollar el programa SEPA. Además de este profesional, en el programa participa un familiar de la asociación que ofrece el apoyo en base a su experiencia con la enfermedad, al haber pasado por un proceso similar, con el objetivo de transmitir optimismo, esperanza y apoyo. De esta forma se consigue favorecer un ambiente de diálogo entre el paciente, familiares y profesionales. El programa SEPA se adapta a la situación, características de cada Hospital y a sus programas de intervención de atención temprana en psicosis que estén desarrollando. Esta experiencia piloto cuenta con la colaboración de las asociaciones de pacientes y familiares ASAM, AMAFE, APISEP y AFEM-5, junto con los Hospitales Universitarios 12 de Octubre, Príncipe de Asturias, Gregorio Marañón, Clínico San Carlos y La Paz.

Programas de ITP en la Comunidad de Madrid

Programa de Intervención en Psicosis Adolescente (PIENSA)

El **programa PIENSA (Programa de Intervención en Psicosis Adolescente)** se creó en 2007 en el Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (www.ua.hggm.es). PIENSA es un programa asistencial que promueve el tratamiento de las fases iniciales de las psicosis de inicio en la adolescencia, así como la investigación de la eficacia de terapias para psicosis en esta población.

Está ubicado en el Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente del Departamento de Psiquiatría del Hospital General Gregorio Marañón (HGGM) y constituido por un equipo multidisciplinar de profesionales sanitarios con amplia experiencia en psicosis de inicio temprano. El área de influencia del hospital engloba un total de 316.000 personas, aunque en la Comunidad de Madrid existe la Libre Elección Sanitaria⁵³, lo que permite que cualquier residente en la Comunidad pueda elegir el profesional de Atención Primaria y especialista que desee.

La finalidad última de PIENSA es mejorar la evolución y adaptación psicosocial de los adolescentes que han experimentado un primer episodio psicótico, así como promover en sus familiares una mejor comprensión y manejo de la enfermedad. Por otro lado, se está trabajando en el desarrollo de un programa denominado **PARA (Programa de Atención Rápida a Adolescentes)**, que irá dirigido a Estados Mentales de Alto Riesgo.

El programa PIENSA se inspira en estudios previos que demuestran la eficacia de las intervenciones precoces en la prevención de futuras recaídas en pacientes con psicosis.

Aplica un modelo de intervención psicoeducativo, basada en la **Terapia Multifamiliar** desarrollada por William McFarlane⁵⁴, cuyo elemento principal es la **solución de problemas**.

⁵³ Decreto por el que se regula el ejercicio de la libertad de elección de médico de familia, pediatra y enfermero en atención primaria, y de hospital y médico en atención especializada en el sistema sanitario público de la Comunidad de Madrid:

http://www.madrid.org/wleg_pub/secure/normativas/contenidoNormativa.jsf?opcion=VerHtml&nmnorma=6640&cdestado=P#no-back-button

⁵⁴ McFarlane WR, Lukens E, Link B, Dushay R, Deakins SA, Newmark M, et al. Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 1995;52: 679-87

Este modelo se ha adaptado a nuestro sistema público de salud, acortando la duración del programa (3 sesiones individuales y 12 sesiones grupales).

A pesar de que en la Comunidad Autónoma de Madrid no existe un plan integrado de atención a adolescentes con psicosis, el tratamiento ofrecido en el programa PIENSA incluye un tratamiento psicoterapéutico estandarizado con duración preestablecida y tratamiento psicofarmacológico basado en las Guías de tratamiento de referencia desarrolladas por los profesionales del Servicio (35).

Se han realizado otras adaptaciones basadas en el idioma (creación de material psicoeducativo propio en castellano), la edad de los participantes (grupos separados para padres y jóvenes, intervenciones ajustadas al calendario escolar, etc.) y el tiempo de evolución (al tratarse de primeros episodios psicóticos, muchos de los pacientes aún no tienen un diagnóstico definitivo, por lo que se incluyen en el grupo un perfil amplio de patologías –esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión con síntomas psicóticos, psicosis tóxica, episodio psicótico breve- cuyo rasgo común es la presencia de un episodio psicótico antes de los 18 años). Este hecho fue clave a la hora de elaborar su propio material psicoeducativo, pues no existía en castellano ninguna información dirigida a psicosis en general, sino a grupos diagnósticos concretos.

PIENSA es un programa en constante cambio y revisión. De hecho, sigue creciendo e impulsando la creación de nuevos programas, como el Programa de Atención Rápida a Adolescentes (PARA), centrado en la detección e intervención temprana en Estados Mentales de Alto Riesgo y el **IPS** (*Individual Placement and Support*), centrado en la integración académica/laboral y desarrollado de forma conjunta con AMAFE (Asociación Madrileña de Amigos y Familiares de Personas con Esquizofrenia).

Así, el **programa PIENSA** pretende ampliar el rango de intervenciones aplicadas de manera conjunta a la psicoeducación, siendo este un componente importante, aunque no el único.

Como resultado de la implantación del programa, desde el Servicio se presta una atención más completa a los adolescentes con psicosis y a sus familias, incluyendo no sólo el tratamiento biológico, sino también el soporte psicosocial desde el primer contacto con el equipo de profesionales de salud mental. A nivel cualitativo, uno de los principales beneficios es que tanto los adolescentes como sus padres crean una red social y encuentran un espacio para compartir sus vivencias con otras familias y jóvenes. Además, se obtiene una información más completa

sobre el proceso que están viviendo y sobre su salud en general. Un resultado adicional es la creación de un equipo altamente motivado que se beneficia de una formación y supervisión continua, aspecto especialmente importante para los residentes de psiquiatría y psicología clínica.

Profesionales de otros centros y hospitales solicitan habitualmente asesoramiento y formación a los miembros del programa.

A nivel cuantitativo, se ha realizado un ensayo clínico aleatorizado para evaluar la eficacia de PIENSA, cuyos resultados han sido difundidos a través de tres artículos publicados en revistas internacionales de impacto. Los resultados de este ensayo mostraron que los pacientes del programa PIENSA tuvieron menos visitas a urgencias y presentaron reducción del número y la intensidad de los síntomas negativos y mayor participación en actividades recreativas. La reducción del número de visitas a urgencias se mantenía tras dos años de seguimiento. Principales publicaciones sobre resultados del programa PIENSA:

- Ruiz-Sancho, A., Calvo, A., Rapado-Castro, M., Moreno, M., Moreno, C., Sánchez-Gutiérrez, T., Tapia, C. Chiclana, G., Rodríguez, P., Fernández, P., Arango, C., Mayoral, M. *PIENSA: Development of an Early Intervention Program for Adolescents With Early-Onset Psychosis and Their Families*. Adolescent Psychiatry. Volume 2, Number 3, July 2012, pp. 229-236(8).
- Calvo A, Moreno M, Ruiz-Sancho A, Rapado-Castro M, Moreno C, Sánchez-Gutiérrez T, Arango C, Mayoral M. *Psychoeducational group intervention for adolescents with psychosis and their families: a two-year follow-up*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2015, vol. 54, no. 12, pp. 984-990.
- Ana Calvo; Miguel Moreno; Ana Ruiz-Sancho; Marta Rapado-Castro; Carmen Moreno; Teresa Sánchez-Gutiérrez; Celso Arango; María Mayoral. *Intervention for Adolescents With Early Onset Psychosis and Their Families: A Randomized Controlled Trial. The PIENSA program*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2014 Jun; 53(6):688-96.

Los profesionales del programa PIENSA han contribuido a la realización de **Guía clínica y terapéutica para primeros episodios psicóticos en la infancia y adolescencia** en colaboración con el CIBER de Salud Mental y la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente.

Criterios de admisión

Pueden participar en PIENSA aquellos adolescentes entre 14 y 19 años que hayan experimentado un primer episodio psicótico y sus padres. Los criterios de exclusión son bajo cociente intelectual y comorbilidad que dificulte el aprovechamiento de la terapia.

Está previsto el desarrollo de **Programa de Atención Rápida a Adolescentes (PARA)**, orientado a la detección e intervención temprana en adolescentes con **Estados Mentales de Alto Riesgo**, en colaboración con Institutos de Enseñanza Secundaria y Universidades. Dentro del Programa PARA está previsto formar a orientadores de Institutos y personal universitario en contacto con jóvenes en el concepto de Estado Mental de Alto Riesgo y su detección temprana, a través de instrumentos como el **Early Detection and Intervention Evaluation (EDIE)**. El personal del hospital actuará tanto como formador como consultor y, en una última fase, realizará el diagnóstico definitivo de Estado Mental de Alto Riesgo mediante la escala **CAARMS** (*Comprehensive Assessment of at Risk Mental States* – entrevista para la evaluación general de los estados mentales de alto riesgo), que se aplicaría en el contexto de una evaluación clínica más amplia.

Equipo

El programa cuenta con la participación de una psicóloga clínica, dos psiquiatras, una enfermera y un trabajador social. Ninguno de ellos tiene dedicación exclusiva al programa, compartiendo su agenda con otros pacientes del servicio. Además, en el programa participan MIR en psiquiatría y PIR que rotan en el programa.

Por lo tanto, no hay una financiación exclusiva dedicada al programa, sino que se emplean los recursos existentes en el Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Parte del salario de la enfermera financiado a través de proyectos de investigación en primeros episodios psicóticos.

El equipo del programa cuenta con especialistas en la implementación del modelo y es pionero en España. La coordinación se realiza directamente desde el Servicio a través de la psicóloga clínica.

Instalaciones

La intervención se desarrolla en los espacios de consultas externas del Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente del Departamento de Psiquiatría del Hospital General Gregorio Marañón. Se desarrollan en horario de tarde para facilitar la asistencia de los menores y hacerla compatible con el horario lectivo.

Detección y derivación

En lo que se refiere al programa PIENSA, aunque en la mayoría de los casos, los participantes son derivados desde el Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente del HGGM, se incluyen en el programa personas **pertenecientes a cualquier área sanitaria** y desde cualquier dispositivo de la red sanitaria de la Comunidad de Madrid. El programa cuenta con un protocolo de derivación, incluido en el **Mapa de Procesos del Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente**. El programa admite el acceso directo del paciente **a petición propia** siempre que cumpla los criterios de inclusión.

Aunque no se ha establecido un tiempo máximo, el tiempo máximo de espera de inclusión está en torno a 3 meses, en función del periodo vacacional y las plazas disponibles en el grupo de psicoeducación.

En cuanto al **Programa PARA**, además de recibir jóvenes de la Red de Salud Mental, se abre a la derivación desde Institutos de Enseñanza Secundaria y Universidades. Las actividades de detección precoz se enmarcan dentro del Programa PARA. En este programa se llevarán a cabo talleres y cursos de formación para Orientadores de IES y personal universitario en contacto con jóvenes. En los talleres se proporcionará material escrito, escalas de *screening*, etc. y se realizarán actividades experienciales como *role play* para mejorar las habilidades de aplicación de las escalas, vídeos, etc.

Intervención

Todos los pacientes y familias derivadas a PIENSA realizan tres sesiones individuales previas a la intervención grupal en las que se evalúan de forma sistemática mediante entrevista clínica aspectos como perfil de síntomas, perfil de pródromos, conciencia de enfermedad, dinámicas familiares, red de apoyo y expectativas ante el grupo. En los casos en los que no está claro si el

paciente cumple los criterios de inclusión en el programa, se realizan las evaluaciones adicionales que sean necesarias. Además, muchos de los pacientes participantes en PIENSA participan en proyectos de investigación, por lo que tienen un protocolo de visitas propio del estudio en el que participen.

La intervención realizada en PIENSA incluye tratamiento psicoterapéutico psicoeducativo que se implementa en la mayoría de los casos poco después de recibir el diagnóstico de Primer Episodio Psicótico.

Se realiza con los adolescentes y sus familiares de forma paralela (con distintos terapeutas, aunque en el mismo horario) y consta de tres sesiones individuales y doce sesiones grupales de frecuencia quincenal. La duración total del programa es de unos **9 meses** y se propone como complemento de los tratamientos y terapias que los pacientes y sus familiares estén recibiendo en otros dispositivos.

Una vez transcurridos los 9 meses, el equipo, junto con los participantes valorará la participación en mayor número de sesiones.

En la primera sesión individual, los participantes se comprometen a acudir con regularidad a las sesiones de terapia. Este acuerdo garantiza la continuidad del trabajo y favorece su efectividad. Por supuesto, tanto el menor como sus padres podrán finalizar el tratamiento en cualquier momento, si lo consideran conveniente o preciso.

La coordinación de las visitas asistenciales se realiza desde el dispositivo de tratamiento del paciente. En los casos en los que se lleva a cabo el tratamiento en uno de los CSM de la Comunidad de Madrid, es desde aquí desde donde se coordina la intervención asistencial, acudiendo además el paciente y su familia, de manera complementaria, al Servicio del HGUGM para recibir el tratamiento psicoterapéutico de PIENSA. En estos casos, se informa a los pacientes y familiares de que los grupos de psicoeducación son sólo una parte del tratamiento y que éstos no pueden reemplazar la necesidad de medicación y de las sesiones de seguimiento con su terapeuta o con otros recursos como consultas y hospital de día.

En los casos en los que el seguimiento de los pacientes se realiza de forma integrada en el HGUGM, la coordinación de las citas de psiquiatría recae en los psiquiatras adscritos a PIENSA y las de tratamiento psicoeducativo a los profesionales que realizan esta intervención.

Dentro de la asistencia se individualiza la atención para cada paciente y situación familiar, para facilitar la asistencia y la permanencia en el programa.

Dentro del programa PIENSA, la intervención familiar tiene la misma duración que la intervención sobre el paciente y ambas se desarrollan en paralelo durante los 9 meses de duración del Programa

Los pacientes y sus familiares sólo comparten un espacio terapéutico común dentro del **Taller Multifamiliar**, desarrollado una vez al trimestre y entendido como un espacio donde aclarar las dudas más “teóricas” planteadas por las familias (información sobre psicosis, adolescencia, recursos al alta, profesionales implicados en los tratamientos, etc.).

El programa ofrece la posibilidad de asistencia en hospital de día, así como intervenciones sobre el consumo de drogas y opciones residencias, en aquellos casos que lo demanden. No se contempla la Terapia Asertiva Comunitaria en el programa dadas las características del mismo.

El programa ofrece diferentes materiales informativos para padres e hijos, disponibles en la página web. También se ha elaborado la **Guía PIENSA para adolescentes y familias que quieren entender y afrontar la psicosis y una guía específica para hermanos de pacientes con síntomas psicóticos.**

En la actualidad se está desarrollando una aplicación telefónica en colaboración con la Universidad de la Rioja (UNIR) para complementar la intervención psicoeducativa realizada en vivo. Para su diseño se tuvo en cuenta la opinión de los futuros usuarios, realizándose un *focus group* con pacientes participantes en el programa PIENSA y miembros de AMAFE Joven.

Adherencia

En cuanto a la vinculación al programa, en la primera sesión individual los participantes se comprometen a acudir con regularidad a las sesiones de terapia. Este acuerdo garantiza la continuidad del trabajo y favorece su efectividad.

Aun así, la falta de asistencia a las sesiones ha sido uno de los principales problemas del programa. Para minimizarla se realizan llamadas telefónicas para hacer recordatorios de las

sesiones al grupo, y en los casos de no asistencia, mostrar interés para que el paciente reanude la asistencia y detectar los motivos de no asistencia a la última sesión.

La guía para pacientes y familiares enfatiza la importancia de mantener la adherencia al programa.

Coordinación

Uno de los objetivos del Servicio para el periodo 2016-2019 es la mejora de la coordinación entre Atención Primaria y los Centros de Salud Mental dependientes del Servicio. Se están desarrollando experiencias piloto incluyendo reuniones y sesiones de casos. Aunque no es específica, en esta coordinación se incluirán también los pacientes con PEP y con estados de alto riesgo.

No se ha desarrollado ningún protocolo de coordinación con otras instituciones como Educación o Servicios Sociales. Como se ha comentado antes, la coordinación con centros educativos para el programa de alto riesgo es fundamental. En el momento actual está pendiente de firma de convenio el protocolo para derivación de casos de alto riesgo desde la Universidad Complutense de Madrid (UCM) y desde Educación Secundaria a través de la Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid.

En cuanto a la coordinación con otros profesionales sanitarios, en los casos en los que los pacientes tienen como clínico de referencia a profesionales de otros CSM, la coordinación se realiza a través de los mismos. En los casos en los que los pacientes se siguen por profesionales del programa PIENSA, tanto a nivel psiquiátrico como psicológico, las derivaciones a otros especialistas médicos para el manejo de comorbilidades se gestionan por el psiquiatra y se realizan a especialistas del propio Hospital, mediante los servicios de interconsultas correspondientes.

Formación

Los profesionales del programa participan habitualmente en cursos acreditados por la Dirección General de Planificación, Investigación y Formación como formación continuada para profesionales sanitarios de Madrid. Por ejemplo:

- Tratamiento psicoeducativo grupal para adolescentes con psicosis de inicio temprano y sus familiares” (Código AG09-SM25). Agencia Laín Entralgo. Unidad de Adolescentes, Dpto. Psiquiatría, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. Enero – junio 2009.
- “Psicoeducación para familiares en Salud Mental”. Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain. Mayo 2012.
- “Tratamiento Psicológicos en Psicosis de Inicio Temprano” (nº expediente 07-AFOC-03302.7/2014). Dirección General de Investigación, Formación e Infraestructuras Sanitarias. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental. Madrid. Octubre 2014.

Se realizan además habitualmente, cursos de formación continuada para profesionales sanitarios de otras comunidades autónomas. Por ejemplo:

- “Tratamiento psicoeducativo grupal para adolescentes con psicosis de inicio temprano y sus familiares” organizado por la Unidad de Formación y Docencia del Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Abril 2011
- Supervisiones semanales para la revisión de casos clínicos, formación de nuevos miembros del equipo y revisión de la adherencia a la técnica y competencia de los terapeutas.

Todas las actividades formativas realizadas priorizan el **aprendizaje participativo**.

Se realizan cursos para residentes dentro del programa de la Unidad Docente Multiprofesional del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM) y, de forma esporádica, se colabora con la formación de residentes en otros hospitales de la comunidad.

Todos los residentes de psiquiatría y psicología del HGUGM pueden participar de forma voluntaria en el programa. En el caso de los residentes de psicología (PIR), la participación en el programa es una de sus opciones dentro de las actividades de Atención Continuada.

Aunque no hay ningún posgrado específico de PEP, se imparten numerosos cursos y charlas sobre PEP y estados de alto riesgo o profesionales del Servicio en ámbitos nacionales e internacionales.

Investigación

Los profesionales del programa participan en múltiples **líneas de investigación** sobre diferentes aspectos de las psicosis de inicio temprano y los primeros episodios psicóticos. Grupo CB/07/09/0021 del CIBERSAM, cuyo investigador principal es Celso Arango.

Proyectos:

- Estudio de eficacia de un tratamiento psicoeducativo para los familiares y pacientes con psicosis de inicio temprano (PI/061025)
- Estudio neurobiológico de la pérdida de sustancia gris cerebral en primeros episodios psicóticos de inicio temprano (PI12/01303). IP: Celso Arango López. Proyecto Intrasalud. Fecha inicio: 2013
- Ambiente y genes en esquizofrenia-grupos de investigación de la Comunidad de Madrid (S2010/BMD-2422). IP: Celso Arango López. Fecha inicio: 2012
- Efecto del tratamiento con NAC durante 24 semanas sobre la pérdida de sustancia gris al año y el metabolismo oxidativo en pacientes con primeros episodios psicóticos de inicio temprano: ensayo clínico randomizado doble ciego controlado con placebo (EC11-093). Ensayo Clínico coordinado, IP HGUGM: Celso Arango López. Fecha inicio: 2013
- Estudio longitudinal de primeros episodios psicóticos en la infancia y adolescencia. Seguimiento a 10 años (PI13/02112). IP: María Mayoral Aragón. Fecha inicio: 2013

Evaluación del programa

Entre los resultados obtenidos desde la implementación del programa destaca la disminución de las visitas a urgencias de los pacientes, importante en la prevención de recaídas, al ayudar a los pacientes y sus familiares a gestionar los casos de crisis. También se han notificado mejoras significativas en los síntomas negativos (número e intensidad de los mismos) y mayor participación en actividades sociales.

Unidad de Intervención Precoz en la Psicosis de Inicio Reciente (IPPIR) del Hospital Clínico San Carlos

El programa sea crea en el año 2011 dentro del servicio de psiquiatría del Hospital Clínico San Carlos, cuya área de influencia es de 240.000 habitantes. Con el objetivo de fomentar la reinserción social de los pacientes afectados con primeros episodios psicóticos, se realiza una intervención más intensiva y rápida de estos casos. Para ello se espera reducir la tasa de reingresos, ya que suponen un fuerte deterioro en los pacientes y empeora su pronóstico.

Actualmente se destaca que los pacientes incluidos en el programa apenas vuelven a ingresar, lo que supone un dato bastante significativo y que muestra el alto potencial de estos programas. Se trata de un programa sin dotación específica, que se lleva a cabo con los recursos propios del servicio.

Se ha desarrollado un documento de uso interno donde se recogía las intervenciones a desarrollar en pacientes con psicosis de inicio reciente, basado principalmente en el modelo del EPPIC de Australia.

El uso de financiación por proyectos de investigación, como la convocatoria del proyecto Ambiente y Genes en Esquizofrenia de la Comunidad de Madrid (AGES-CM), ha servido para ponerlo en marcha.

Criterios de admisión

En el programa se incluyen todos aquellos pacientes que se encuentren en los 5 primeros años de psicosis tras la aparición del primer episodio. No hay criterios de inclusión por edad definidos. Se excluyen aquellos pacientes con dependencia a tóxicos, aunque se incluyen caso de abuso de tóxicos o consumo comórbido sí queda incluido.

Equipo

En cada Centro de Salud Mental (CSM) del área de influencia del hospital se ha establecido **coordinador del programa** que tendrá conocimiento de todos aquellos casos incluidos en el mismo y que se encarga de gestionar el caso en colaboración con el psiquiatra responsable del

paciente. Este coordinador reporta mensualmente al responsable del programa. En el Hospital Clínico San Carlos el papel de coordinador está desempeñado por la Dra. Díaz Marsá, responsable global del programa. Aunque en el CSM debería haber personal de enfermería y psicología (al menos uno) con dedicación al programa, en la práctica no se cumple. En el caso del Hospital, hay dos psiquiatras a tiempo parcial, y un psicólogo. Ninguno los profesionales con dedicación al programa tienen dedicación exclusiva al mismo, y los pacientes con primeros episodios psicóticos comparten agenda con el resto de pacientes de psiquiatría.

La gestión de cada caso se realiza por el psiquiatra responsable del paciente, pero no existe la figura de un gestor de casos en sentido estricto.

Instalaciones

Se utilizan las instalaciones existentes del Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico San Carlos. No hay consultas o salas exclusivas para estos pacientes. El equipo principal se encuentra en el hospital, aunque se pueden emplear otros dispositivos para realizar intervenciones puntuales en base al estado del paciente. Puntualmente se puede realizar una atención domiciliar de seguimiento y/o administración de tratamiento.

Detección y derivación

No hay ningún programa formativo específico para intervención temprana en psicosis dirigida a profesionales de Atención Primaria. Las derivaciones provienen de los dispositivos del Servicio de Psiquiatría, fundamentalmente de la Unidad de Hospitalización. Los Centros de Salud Mental podrían comunicar a los responsables del programa la aparición de un Primer Episodio Psicótico (PEP) en sus centros, pero actualmente esto no sucede en la mayoría de casos, y siguen viéndose de manera ambulatoria en esos dispositivos sin incorporarlos en el programa.

No hay establecido ningún protocolo de derivación.

Intervención

Una vez llegan los pacientes al programa, se realizan una serie de evaluaciones protocolizadas

En todos los pacientes incluidos en el programa se hará un seguimiento y abordaje específico durante los **primeros 5 años** en la **Unidad de Intervención Precoz del Hospital Clínico Sal Carlos**.

Se hace especial hincapié en:

- Revisiones psiquiátricas frecuentes destinadas a mejorar la adherencia terapéutica y al mantenimiento del tratamiento con antipsicóticos atípicos
- Psicoeducación tanto individual como familiar y apoyo psicoterapéutico que implique un mejor *insight* del paciente. Esta intervención se lleva a cabo de forma grupal y de forma individual por parte del personal de enfermería y psicólogos del programa.
- Estrategias de apoyo destinados a la reinserción sociolaboral y comunitaria.

Los pacientes que lo requieran, y según las necesidades terapéuticas, pueden acceder a otros dispositivos como el Hospital de Día, el Centro de Rehabilitación Laboral, el Centro de Rehabilitación Psicosocial o el Centro de Día donde se acogen a estrategias específicas en función del caso.

La gestión de las posibles comorbilidades no es específica para primeros episodios psicóticos, ni tampoco se ha desarrollado una estrategia específica para la gestión de la salud en general ni hábitos de vida saludables, aunque sí que se tienen en cuenta en el momento de la evaluación.

Adherencia

La psicoeducación y las revisiones periódicas con el especialista están dirigidas a mejorar la adherencia al tratamiento, pero no hay desarrollado ningún protocolo específico para estos pacientes que recoja el manejo de una posible desvinculación al tratamiento.

Coordinación

No hay ningún protocolo específico de coordinación para pacientes con primeros episodios psicóticos con otros dispositivos de Salud Mental u otros servicios. Destaca la coordinación con la **Fundación Manantial** para el manejo de pacientes que necesitan ayuda para la reinserción laboral o educativa. También hay un contacto continuo con la Asociación ASAM (Asociación Salud y Ayuda Mutua) para la recuperación de la red social del paciente. No hay ninguna coordinación específica con el ámbito educativo.

Formación

No se han desarrollado estrategias de formación continuada en intervención temprana en psicosis. Por el programa rotan MIR de psiquiatría, como parte de su estancia en el servicio. No participan PIR ni EIR.

Investigación

Las líneas de investigación en la que trabajan están enfocadas en personalidad y psicosis, antecedentes traumáticos y psicosis, y la necesidad de incorporación en la vida laboral para una adecuada evolución de las psicosis.

Las líneas de investigación dentro del grupo de CIBERSAM en relación a psicosis son:

- Búsqueda de biomarcadores inflamatorios en pacientes con enfermedades neuropsiquiátricas (depresión, psicosis, trastorno bipolar, otras) con el fin de identificar y desarrollar nuevas estrategias terapéuticas
- Posibles nuevos mecanismos fisiopatológicos en patologías psiquiátricas: papel de los receptores de inmunidad innata (TLRs) en modelos experimentales y en pacientes con depresión, esquizofrenia, trastornos del espectro autista y abuso de alcohol
- Estudio de mecanismos de protección frente al daño celular oxidativo e inflamatorio en modelos experimentales de patología psiquiátrica. Evaluación de estrategias neuroprotectoras
- Estudio de la translocación bacteriana colónica en modelos experimentales y en pacientes con depresión, esquizofrenia y trastornos del espectro autista.
- Evaluación del papel protector del sistema endocannabinoide (SEC) en pacientes con primeros episodios de psicosis y en otras patologías mentales
- Estudio de mecanismos de acción antiinflamatoria/antioxidante de distintas familias de fármacos antidepresivos y antipsicóticos en modelos animales (*in vivo* e *in vitro*)

Además, el equipo participa en:

- Ambiente y genes en esquizofrenia-grupos de investigación de la Comunidad de Madrid (S2010/BMD-2422). Biomedicina-Comunidad de Madrid
- EULAST (*European Long-acting Antipsychotics in Schizophrenia Trial*)

- Optimization of Treatment and Management of Schizophrenia in Europe (OPTiMiSE)
- The European First Episode Schizophrenia Trial (EUFEST)
- Participan en ensayos clínicos y estudios observacionales promovidos por empresas farmacéuticas

Evaluación del programa

Se están empezando a definir los indicadores de seguimiento, pero aún no están instaurados.

Se prevé realizar seguimiento al menos de los siguientes:

- Número de pacientes atendidos en el programa
- Número de reingresos
- Porcentaje de pacientes que permanecen en el programa los cinco años de tratamiento (vinculación)

Unidad de Atención Temprana Integrada y Comunitaria (UAT IC)

Fundación Manantial, en junio de 2014 firmó un convenio con el Servicio Madrileño de Salud, para el desarrollo de la experiencia piloto denominada “Unidad de Atención Temprana Joven” para jóvenes con primeros episodios psicóticos, siendo emplazada en el Centro de Salud La Garena de Alcalá de Henares e incluida en la Red de Servicios de Salud Mental del Hospital Universitario Príncipe de Asturias (HUPA).

En junio de 2017 coincidiendo con el término de los 3 primeros años de actividad se dio por concluida la primera fase de la experiencia piloto, en la que la UAT se desarrolló bajo el marco de una Comunidad Terapéutica de Estructura Multifamiliar y se dio paso a una segunda etapa en el que la *UAT Joven* se transformó en la *UAT Integrada y Comunitaria*, nuevo modelo que se construye sobre las claves del aprendizaje por experiencia anterior y bajo el modelo de Diálogo Abierto como forma de enmarcar el tratamiento.

La Unidad de Atención Temprana Integrada y Comunitaria (UAT IC) para la psicosis sigue siendo una Unidad específica de referencia. En esta nueva etapa dispone de un equipo mixto que integra profesionales provenientes de la Red Pública de Salud Mental del área que atiende el Hospital Universitario Príncipe de Asturias y profesionales de Fundación Manantial que, trabajando en equipo, se dedican a la atención integral, interdisciplinar y especializada,

ofreciendo a las personas afectadas y a sus familiares una atención inmediata dentro de un modelo de trabajo comunitario.

Los cambios más significativos han sido:

- Posibilidad de derivación urgente desde unidades de hospitalización breve, hospitalización domiciliaria, interconsulta, urgencias psiquiátricas o el Centro de Atención Integral a Drogodependientes
- La inclusión en el equipo de una Experta en Primera Persona
- Las Reuniones Dialógicas como eje del tratamiento
- Disminución del equipo de 9 a 5,5 profesionales
- Se trabaja desplazándose a la comunidad, en los domicilios o lugares donde se les convoque, como el Centro de Salud Mental o la Unidad de Hospitalización Breve, aunque también en la UAT IC si así se solicita

Por ello, a pesar de estar abierta la opción de aceptar a cualquier paciente de la Comunidad de Madrid a través de la Libre Elección Sanitaria, a día de hoy se priorizan aquellos residentes en el área de influencia del Hospital Príncipe de Asturias, abarcando una población de 240.000 habitantes.

Además, en esta segunda etapa, se ha incorporado la figura del “Experto en Primera Persona”, basándose en el **programa PARACHUTE** de Nueva York. Se trata de incorporar a una persona que ha transitado problemas graves de salud mental consiguiendo la recuperación, que tiene conocimientos como agente de apoyo mutuo, que participa en las intervenciones que se realizan con las personas atendidas y además promueve reuniones y grupos de apoyo y cuidado mutuo.

Criterios de admisión

En cuanto a los detalles del perfil de las personas atendidas en la UAT IC, el tratamiento está indicado para personas mayores de 16 años que debutan con sintomatología psicótica, hasta 3 años después de la aparición de los primeros síntomas psicóticos. Siendo necesario que el cociente intelectual, el consumo de tóxicos o posibles rasgos de personalidad psicopáticos no supongan un inconveniente para el tratamiento y que la experiencia psicótica no se justifique por la presencia de algún trastorno orgánico.

Se incluyen únicamente pacientes con un primer episodio psicótico establecido. Los pacientes de alto riesgo podrían beneficiarse de algunos recursos, como el grupo de deporte y multifamiliar, pero no es lo habitual.

Equipo

Actualmente el equipo consta de 1 psiquiatra y una enfermera especialista en Salud Mental pertenecientes al Servicio Madrileño de Salud. La Fundación Manantial financia el trabajo de dos psicólogas, un terapeuta ocupacional y una Experta en Primera Persona a media jornada (figura adaptada del modelo PARACHUTE de Nueva York, “experto por experiencia”). Todos ellos tienen dedicación exclusiva al programa.

El programa está coordinado por una de las psicólogas. **Directora / Psicóloga Clínica:** Coordinación y dirección técnica del equipo interdisciplinar de la UAT IC. Coordinación de las relaciones externas a la Unidad, gestión administrativa de la Unidad. Psicoterapia individual de las personas atendidas y participación en la Terapia de Grupo Multifamiliar y el Grupo de Aprendizaje Colectivo. Coordinación Sanitaria con otros dispositivos.

Instalaciones



Foto: Inauguración de la UAT. Febrero de 2015. Fuente: Fundación Manantial

El tratamiento se realiza en ambientes poco estigmatizantes y en el domicilio del paciente, incluyendo siempre a su entorno familiar y allegados.

Hay una planta, totalmente diferenciada, del Centro de Salud La Garena, en Alcalá de Henares, disponible para realizar las intervenciones, pero actualmente la mayoría se realizan a domicilio. Las instalaciones se utilizan principalmente para los grupos multifamiliares. Son espacios

adaptados completamente a la población joven, con muebles de colores, sofás, videoconsolas, y pingpong entre otros.

Detección y derivación

El acceso a la Unidad está planificado en coordinación con los diversos servicios de salud en los que se pueda haber detectado a la persona en crisis con sintomatología psicótica, de forma ordinaria deberá formalizarse **a través de los facultativos de referencia de los Centros de Salud Mental.**

La propuesta de derivación se realiza a través de los teléfonos de la Unidad (652 682 459) y se envía una ficha que aparece adjunta en la dirección de correo derivacionesUAT@fundacionmanatial.org con los datos de contacto y dirigido a la coordinadora de la Unidad, que se reunirá con el equipo de profesionales de la UAT IC para establecer qué profesionales pueden atender la demanda y fijar una primera reunión en las siguientes 48 horas.

Se trata de una Unidad especializada que trabaja como Programa de Atención Temprana del CSM y que recibe a los pacientes por la vía habitual en CSM, a través de la solicitud de los médicos de atención primaria o a través del procedimiento de urgencias establecido para la UHB, Urgencias, CAID. Cuando la persona que atraviesa una experiencia psicótica es atendida en la unidad de hospitalización breve, las urgencias psiquiátricas, en hospitalización domiciliaria, en interconsulta hospitalaria o en el Centro de Atención Integral a la Drogodependencia existe la posibilidad de emplear un **procedimiento extraordinario y urgente de derivación** por el que pueden contactar telefónicamente con la UAT IC de forma directa para abreviar el procedimiento y por tanto el tiempo de psicosis sin tratar. Esta flexibilidad y rapidez de respuesta, justo cuando las personas en crisis sienten mayor vulnerabilidad, permite el acompañamiento en plena crisis personal y familiar facilitando el establecimiento de una buena alianza terapéutica y una mayor disposición al cambio si es necesario en los implicados.

Existe el compromiso de prestar una primera atención en 48 horas. Existe un protocolo de derivación y recepción del paciente.

Intervención

La duración del tratamiento es variable y responde a las necesidades particulares de cada persona siempre que nos hallemos dentro de los primeros 5 años desde que se dio el primer episodio psicótico coincidiendo con el periodo crítico que destacan los estudios de investigación como el periodo de mayor plasticidad para conseguir una mejor recuperación

La valoración inicial se realiza a través de sucesivas Reuniones Dialógicas en el domicilio o lugar escogido, con la frecuencia necesaria y durante el tiempo preciso se elabora un plan de tratamiento individualizado que se adapta a las necesidades de la persona atendida y de su familia. Las reuniones se desarrollan con el mismo equipo y con las incorporaciones (otros profesionales que participen del tratamiento) que sean necesarias facilitando que el proceso de atención pueda incorporarlas cada vez que sea necesario.

En esta fase se acoge a la persona atendida y su red personal, dando inicio a la construcción de una relación de confianza y de un clima de seguridad. Se recopila la información necesaria acerca de lo que ha pasado en la crisis compartida que atraviesan y las necesidades a atender. Tras las primeras Reuniones Dialógicas (entre 5 y 15) se toman decisiones acerca de las intervenciones que responderían a las necesidades que se perfilan, atendiendo a través de una serie de actividades comunitarias y/o terapéuticas a las que asistirá la persona y en su caso la familia.

En el Plan de tratamiento se especifican los recursos comunitarios y terapéuticos necesarios para la recuperación tras la crisis de la persona atendida y de su familia.

Se ofrece desde la UAT IC, Grupo de Terapia Multifamiliar, Apoyo Farmacológico, espacios de relación como el Grupo de Deportes, también grupos para la autogestión de la salud mental, como los Grupos de Apoyo Mutuo o el Grupo de Aprendizaje Colectivo. Por otro lado, Psicoterapia Individual, Acompañamiento Individual y puentes con los recursos comunitarios en relación a la búsqueda de empleo y/o formación. Además de la dotación de estructura a través de otros recursos de la Red de Salud Mental del Área como el Apoyo Residencial y la atención del consumo de tóxicos en colaboración con el Centro de Atención Integral a la Drogodependencia.

Reuniones Dialógicas: realizadas con dos o tres profesionales del equipo. Secuencia de reuniones que acompaña todo el proceso de tratamiento. Encuentros que cuentan con la

asistencia de dos o tres profesionales de referencia en el equipo de la UAT IC, la persona atendida y las personas pertenecientes a la red sociofamiliar más cercana que puedan comprometerse a acompañar la salida de la crisis. Las reuniones tienen una doble finalidad, la recogida de información y toma de decisiones acerca del tratamiento más adecuado a las necesidades individuales y familiares de cada momento y un enfoque terapéutico para tratar de movilizar los recursos psíquicos de los asistentes y los apoyos comunitarios a través de un diálogo continuado acerca de las experiencias personales en torno a la crisis, partiendo de sus sentimientos, preocupaciones, miedos y conflictos de cada asistente.

Psicoterapia Individual: realizada con los psicólogos de la UAT IC, facultativos colaboradores de la Red de Salud Mental o residentes (PIR, MIR) a través de un programa aprobado por la Comisión de Docencia del Área. De frecuencia variable, de media semanal, tiene como finalidad ofrecer un espacio de confidencialidad donde contener, apoyar y elaborar aspectos específicos de la vida de cada persona. Se trabajan acontecimientos traumáticos, el miedo a las recaídas, las dificultades y los acontecimientos vitales personales anteriores y posteriores a la crisis que pudieron contribuir a su desarrollo, de forma que se puedan integrar con los aspectos más sanos y con el desarrollo del potencial en los diferentes ámbitos de la vida de la persona atendida.

Terapia de Familia: realizada con facultativos colaboradores de la Red de Salud Mental. Reuniones unifamiliares de frecuencia variable, de media quincenal. Trata de profundizar en aspectos específicos de familias especialmente afectadas con la intención de restablecer un sistema familiar equilibrado y saludable trabajando aspectos patológicos propios del sistema familiar o del sistema parental.

Grupo de Terapia Multifamiliar Abierto: realizada con el equipo de la UAT IC. Reuniones semanales comunitarias de todos los implicados en el tratamiento, las familias y allegados junto con las personas atendidas y el equipo de la Unidad para compartir las experiencias personales en torno a la salud mental, la comunicación y las relaciones significativas, en un contexto de grupo grande que se acerca a lo social. Con la intención de facilitar todo tipo de identificaciones cruzadas que ayude a tomar conciencia acerca de la forma de sentir, pensar y actuar de uno mismo para pensar sobre aspectos de las relaciones familiares que habría que mejorar en esta nueva etapa que atraviesa la vida familiar favoreciendo así la recuperación.

Grupo de Deportes Abierto: Realizado con dos profesionales del equipo. Un espacio de interacción donde los jóvenes asisten solos o con las personas que les apetezca de su entorno. En este espacio compartido no sólo aprenden a conocer la relación con su cuerpo y a sí mismos,

sino también con la gente con la que comparte esa actividad en el entorno comunitario. Los profesionales acompañan al grupo en la toma de decisiones para que la planificación de las actividades sea a través de la horizontalidad.

Apoyo Psicofarmacológico: Realizado con la psiquiatra del equipo. Seguimiento y revisión de la medicación cuando es necesaria. Atiende los aspectos psiquiátricos del tratamiento y el estado de salud. Siempre de forma consensuada y dando prioridad a la dosis mínima efectiva que permita un mayor rendimiento cognitivo y funcional.

Facilitación de Grupos de Apoyo Mutuo: a través de la figura del Experto en Primera Persona del equipo (gracias a su experiencia de recuperación en relación a problemas graves de salud mental y su experiencia en el sistema de salud mental habitual como paciente) se facilita la puesta en marcha de grupos para aprender a autogestionar la salud mental a través del cuidado mutuo entre las personas en crisis interesadas en compartir sus experiencias personales y dando lugar a una red de referencia entre iguales que funciona como sostén en los momentos de mayor dificultad.

Grupo de Aprendizaje Colectivo Abierto: Realizado con el equipo de la UAT IC. Grupo de personas interesadas en estudiar y compartir información acerca de los problemas de salud mental y su abordaje. Se desarrolla con una frecuencia quincenal a través de contenidos propuestos por el grupo y empleando todo tipo de formatos como los videos, documentales y textos que se discuten en grupo tras compartirlos.

Acompañamiento Terapéutico: se lleva a cabo a través de la figura de los profesionales de referencia del equipo o de residentes de enfermería de la Red de Salud Mental que colaboran con la UAT IC. Consistente en atender a la persona y a su red en su propio entorno, ayudándoles a vincularse al tratamiento en etapas iniciales o críticas (momentos de crisis que requieren de mayor contención), y a emplear los recursos aprendidos y los cambios logrados en etapas avanzadas. Se emplea en casos individuales según las necesidades personales.

Acompañamiento en Ingreso hospitalario o Ingreso Domiciliario: el equipo de la UAT IC mantiene la atención a las personas en tratamiento que se encuentran ingresados temporalmente en la unidad de hospitalización breve, ingreso domiciliario o en la unidad de media estancia. Las visitas son realizadas por los profesionales de referencia y tienen por objetivo continuar el proceso de Reuniones Dialógicas, el acompañamiento en un momento de alta vulnerabilidad, y el mantenimiento del vínculo con su proceso terapéutico.

Asistencia Telefónica: la UAT dispone de un servicio de asistencia telefónica que está disponible las 24 horas cuando la dirección lo autoriza según las necesidades particulares de las personas atendidas que se encuentran en tratamiento. Se emplea en circunstancias de mayor dificultad. Hacer uso de este recurso en caso de necesitar apoyo tiene la intención de contener momentos de crisis que no necesariamente requieren de los servicios de urgencias.

Formación y Empleo: A través de la solicitud de cada persona atendida que considere que ha llegado el momento de afrontar este aspecto de su vida. La UAT IC ofrece toda la información disponible de los recursos comunitarios dedicados a facilitar empleo y formación orientándoles en la definición de sus necesidades y acompañándolos a las citas si así lo desean.

Este aspecto vital es entendido como un factor terapéutico que se trabaja desde muy temprano en el tratamiento. Como un lugar para experiencias significativas que repercutirán en la construcción de una identidad libre de estigma. Para ello se ha establecido todo tipo de **sinergias** en coordinación con diferentes entidades, empleando y compartiendo recursos con otras entidades como **el programa Incorpora de Fundación La Caixa**, con quien Fundación Manantial mantiene un Convenio de colaboración para facilitar la intermediación laboral con empresas a las personas atendidas de la UAT IC. Además, la Unidad recoge los recursos ofrecidos por **la Concejalía de Acción Social, Deportes, Juventud y Familia del Ayuntamiento de Alcalá de Henares**, y **el Servicio de Empleo para Jóvenes del Ayuntamiento de Alcalá de Henares “Alcalá Desarrollo”**.

Adherencia

A través de las Reuniones Dialógicas se trabaja para asegurar la vinculación de la persona atendida incluyendo a su red sociofamiliar y buscando siempre su implicación personal. Para ello la acogida se puede desarrollar tanto en la planta psiquiátrica, como en la Unidad, en el domicilio o en el medio comunitario.

Coordinación

La UAT IC se coordina **con los servicios de salud mental** que solicitan la atención para la persona en crisis, con el fin de garantizar la continuidad asistencial de las personas atendidas. Con cada Centro de Salud Mental la UAT IC realiza coordinaciones periódicas con los facultativos de

referencia con una frecuencia media bimensual, aunque de forma cotidiana se coordinan de forma telefónica y mediante correos de manera regular.

Del mismo modo se coordina con otros dispositivos sanitarios de la Comunidad de Madrid cuando es necesario se realizan reuniones de coordinación con Unida de Hospitalización Breve, Urgencias, Centro de Atención Integral a la Drogodependencia, Hospitalización Domiciliaria y otros. Además de con los Servicios Sociales o Servicios Educativos según las necesidades de cada persona atendida. Y de la misma forma la UAT IC colabora con la Administración de Justicia cuando es requerida.

Formación

El equipo interdisciplinar de la UAT IC, comprometido con la formación de jóvenes profesionales que se interesan por la psicosis y la atención temprana, forma parte de la Comisión de Docencia del Servicio de Salud Mental vinculado al Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Participa en la **formación de médicos internos residentes, psicólogos internos residentes y enfermeros especialistas de salud mental residentes**. Todo ello de acuerdo con la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y con las respectivas Unidades de Docencia Posgraduada.

Del mismo modo colabora con la Fundación Manantial y sus **convenios universitarios** para la formación de alumnos de grado o posgrado de las diferentes disciplinas representadas en el equipo interdisciplinar.

Se realizan jornadas de formación continua sobre intervención temprana en psicosis para los profesionales de Salud Mental del equipo de la UAT IC y con profesionales del área, adjuntos o residentes, que quieran aprender juntos acerca del modelo empleado en la Unidad

No se ha realizado formación a otras instituciones como Educación o Servicios Sociales ni de han elaborado materiales para favorecer la detección temprana de primeros episodios psicóticos.

Investigación

LA UAT IC participa en tres investigaciones en curso, elegidas para recoger los resultados de la experiencia de modo que tras el tiempo necesario se puedan desprender conclusiones acerca de la eficacia del tratamiento y los beneficios de la Atención Temprana en el caso de personas con primeros episodios psicóticos.

En primer lugar, se realiza una **investigación para evaluar el impacto clínico** en una Unidad de Atención Temprana en personas que por primera vez enfrentan un episodio psicótico. La hipótesis de inicio es que la UAT IC puede mejorar aspectos relevantes para la recuperación de estas personas. Se evaluará su efecto sobre la sintomatología, la funcionalidad y otras variables como el funcionamiento familiar. El seguimiento de esta cohorte tratada en la UAT IC se complementará con un seguimiento a una cohorte similar tratada de la forma habitual en su Centro de Salud Mental.

En segundo lugar, a través de FUNCAS, la Fundación Manantial realiza una segunda **investigación acerca del impacto económico del tratamiento**, contrastando los recursos y gastos realizados en el proceso de recuperación de las personas con psicosis y su deriva en un menor consumo de recursos sanitarios y sociales futuros al evitar la dependencia y cronicidad propia del curso que siguen las personas no tratadas en Atención Temprana y que desembocan en un trastorno mental grave de larga duración.

En último lugar, la UAT IC participa de una investigación cualitativa sobre el Marco de Diálogo Abierto en la que se pretende evaluar la presencia de procesos colaborativos y dialógicos en la atención cotidiana en Salud Mental y Red de Atención Psicosocial, así como las actitudes hacia los mismos y los factores que influyen en su aparición para promover relaciones colaborativas y dialógicas y prácticas profesionales coherentes en este sentido en la intervención clínica y psicosocial de nuestro contexto.

Evaluación del programa

Se han evaluado anualmente los siguientes indicadores de seguimiento:

- Derivaciones recibidas
- Personas en crisis que acceden a la UAT IC
- Personas atendidas en la UAT IC
- Personas en atención en la UAT IC
- Tiempo desde la derivación y el primer contacto para la evaluación
- Diagnósticos anteriores a la derivación a la UAT IC
- Tratamiento psicofarmacológico
- Uso de las urgencias
- Antecedentes psiquiátricos en la familia
- Consumo de tóxicos
- Suicidio y violencia familiar

- Tiempo de lista de espera desde la derivación y el primer contacto para la evaluación
- Tiempo durante la etapa de evaluación inicial
- Tiempo entre el primer episodio psicótico y su derivación a la UAT IC
- Ingresos psiquiátricos
- Personas atendidas por edad y sexo
- Estado civil de los padres
- Familias en situación de exclusión social
- Asistencia a pacientes y familias
- Datos de formación y de empleo

Programa de Primeros Episodios Psicóticos del Hospital Universitario La Paz

El Programa de Atención a Primeros Episodios Psicóticos del Hospital Universitario La Paz se diseñó y desarrolló inicialmente como un programa de intervención temprana en primeros episodios psicóticos, con unos objetivos y alcance que no se han llegado a implementar en su totalidad. A día de hoy, las intervenciones que se realizan con este tipo de pacientes, son más intensivas y diferenciadas, y tienen como objetivo principal, reducir significativamente la duración de la psicosis sin tratar (DUP) y conseguir una mejor evolución y recuperación del paciente.

A pesar de los esfuerzos realizados, actualmente este modelo de intervención no llega a muchos de los pacientes candidatos, que continúan siendo tratados y seguidos en los Centros de Salud Mental dependientes del Hospital Universitario La Paz. Con el objetivo de ampliar los recursos para el programa se han presentado solicitudes para el desarrollo de un proyecto de investigación asociado al mismo a distintas convocatorias, tanto del Fondo de Investigación en Salud (FIS) como de la Comunidad de Madrid.

Actualmente, el programa se desarrolla por propia iniciativa e interés de los clínicos implicados en el mismo.

Criterios de admisión

Aquellos pacientes con un primer episodio psicótico que cuentan con un máximo de dos años de progresión.

Equipo

Ninguno de los profesionales dedicados al programa cuenta con dedicación exclusiva. No se recibe ninguna financiación por parte de la administración pública.

El equipo funciona a través de un **modelo de case management** (programa de continuidad de cuidados), enfocado a dar respuesta a las necesidades individuales de los pacientes.

Actualmente, participando en las intervenciones del programa de atención a primeros episodios psicóticos, hay una psiquiatra responsable en las Urgencias y en la Unidad de Hospitalización del Hospital Universitario La Paz, dos psiquiatras desarrollando los grupos psicoterapéuticos, así como un psicólogo financiado por la Fundación Manantial. Además, dentro del Programa de Continuidad de Cuidados, hay en cada Centro de Salud Mental un profesional de psiquiatría y otro de enfermería.

Por último, gracias a la financiación obtenida para el desarrollo de un programa psicoterapéutico basado en *mindfulness* orientado a mejorar la cognición social (SocialMind) entre 2018 y 2020, financiado por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional, participarán tres psiquiatras, una psicóloga y un psicólogo investigador.

Instalaciones

El Hospital Universitario La Paz no cuenta con espacios específicos para el programa. Las consultas son compartidas con el resto de pacientes del servicio.

Además, la falta de un hospital de día propio, dificulta la realización de determinadas intervenciones y el seguimiento de los pacientes. El nuevo Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid prevé la creación de este dispositivo, en el que se ubicará físicamente la asistencia prevista en el programa de atención a primeros episodios psicóticos.

Detección y derivación

Aunque en un primer momento se planeó la derivación rápida y protocolizada al programa de primeros episodios psicóticos desde los Centros de Salud Mental, la realidad es que no se ha logrado implementar completamente, ya que muchos casos siguen llegando tarde. Por ello, los

casos derivados desde los dispositivos ambulatorios siguen el cauce común para todos los pacientes. Las principales vías de derivación son la Unidad de Hospitalización y las Urgencias del Hospital Universitario La Paz. Estos pacientes son derivados por vía preferente, en un plazo máximo de 2 semanas.

Intervención

Dentro del marco de este programa se desarrollan, en colaboración con los profesionales de enfermería y facultativos de la Unidad de Hospitalización Breve del hospital, grupos de psicoeducación para pacientes y familiares.

La intervención es específica para estos pacientes en las Urgencias y la Unidad de Hospitalización Breve del Hospital Universitario La Paz una vez se detecta un caso de primer episodio psicótico. Una vez estabilizado el paciente, los pacientes son seguidos en los Centros de Salud Mental pertenecientes al hospital, a través de tratamiento farmacológico y psicosocial, así como grupos psicoterapéuticos e inclusión en el programa de Continuidad de Cuidados de cada Centro de Salud Mental. Por otro lado, una de las principales intervenciones específica para estos pacientes es el Servicio de Primer Apoyo (SEPA), en colaboración con la Fundación Manantial y la Asociación de familiares de enfermos mentales Área 5 (AFAEM-5). Éste se presenta quincenalmente a los familiares, y aquellos interesados en este servicio pueden asistir a actividades dentro de los locales de la asociación AFAEM-5. El programa SEPA ofrece talleres, formación, sesiones con familiares, y también la posibilidad de realizar actividades de ocio con la fundación Manantial.

Como parte de las intervenciones, destaca un proyecto de investigación que se va a poner en marcha en 2018, con una duración de tres años: “Intervenciones basadas en el *mindfulness* para mejorar la cognición social en pacientes con un primer episodio de psicosis”. El objetivo principal es evaluar la eficacia, en cuanto a aumento de puntuación en funcionamiento social (escala SFS) respecto a la puntuación basal, de un entrenamiento grupal en cognición social basado en *mindfulness* (TCS-MF) para psicosis frente a psicoeducación grupal para psicosis en una muestra de pacientes ambulatorios con diagnóstico de primer episodio psicótico y en situación de estabilidad clínica, a las 8 semanas (finalización de la intervención intensiva), a las 22, 36 (momento de finalización de sesiones de recuerdo) y 48 semanas (3 meses post-intervención). Los pacientes a los que se incluirá en este estudio son aquellos que han desarrollado un primer episodio psicótico en los últimos dos años, y que se encuentran estables

desde el punto de vista clínico. Estos pacientes pueden ser derivados también desde el Hospital Universitario Gregorio Marañón y el Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

Además, está disponible un equipo de tratamiento asertivo comunitario (ETAC), principalmente dirigido a los casos de pacientes sin hogar, aunque no restringido a psicosis.

Adherencia

Como parte del proyecto de investigación, el cumplimiento del tratamiento es una de las variables de análisis. Se registrará si la adherencia terapéutica es buena en base a los datos del paciente, de la familia y los analíticos).

Coordinación

No hay una coordinación específica con profesionales de Atención Primaria.

Además, aunque se considera importante para el futuro del programa, no se ha desarrollado todavía ningún protocolo de coordinación con centros educativos.

A lo largo de los últimos años, se han hecho esfuerzos en la coordinación con los recursos de rehabilitación psicosocial, comunitaria, laboral y centros residenciales. Éstos están financiados por la Consejería de Políticas Sociales y Familia. Se trabaja individualmente caso a caso, en función de las necesidades de los pacientes y sus familiares.

Por otro lado, destaca el convenio de colaboración entre la **Fundación Manantial, la Asociación de familiares de enfermos mentales Área 5 (AFAEM-5) y el Hospital Universitario La Paz para ofrecer el Servicio de Primer Apoyo (SEPA)**. Este programa se considera una parte fundamental para la atención a primeros episodios del hospital.

Formación

Se incluye a residentes en formación en las diferentes intervenciones.

Investigación

Proyecto de Investigación en Salud. Fondo Europeo de Desarrollo Regional. Instituto de Salud Carlos III. *Intervenciones basadas en mindfulness para mejorar la cognición social en pacientes con un primer episodio de psicosis: estudio AGES-Mind*. IP: María Fe Bravo Ortiz.

Comunidad Foral de Navarra

ITP en Plan de Salud Mental de Navarra

Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra 2012-2016

El último plan de salud mental publicado en Navarra es el Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra 2012-2016, que no está a día de hoy vigente. Se está trabajando en una nueva estrategia que está previsto finalizar en 2018.

El Plan 2012-2016 identificaba la importancia de una detección precoz de los trastornos mentales, aunque no mencionaba específicamente la intervención temprana en psicosis en el plan estratégico. No establece los recursos disponibles ni detalla objetivos, líneas o acciones estratégicas específicas para la ITP. Únicamente incluía como objetivo general, mejorar la eficiencia y la continuidad asistencial, facilitando la coordinación entre Atención Primaria y Salud Mental para la detección y tratamiento precoz, promoviendo la implantación de circuitos asistenciales integrados, de carácter multidisciplinar y transversal, entre los centros de la Red de Salud Mental de Navarra (RSMNa) y entre estos y los concertados. Estos objetivos se concretaban en el desarrollo del Plan Integrado de Atención para los Trastornos Mentales Graves, abarcando el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales y familiares y la rehabilitación.

De estos objetivos, se deriva la importancia de potenciar la **comunicación, coordinación y colaboración entre los Centros de Salud Mental (CSM) y Atención Primaria (AP)**, a través de la creación de procedimientos de comunicación y coordinación en base a un modelo colaborativo, que facilite la relación formal e informal entre profesionales – reuniones, sesiones clínicas, grupos de mejora continua de la calidad, encuentros entre directivos de SM y AP – y prever los recursos necesarios para facilitar la comunicación entre profesionales. Así, Atención Primaria deberá participar en los Consejos de Salud de Área y de las Zonas Básicas de Salud, ZBS, implicando a todos los agentes en la promoción de la salud mental y en la prevención, **detección precoz** y asistencia de los trastornos mentales. De esa manera, se pretendía **desarrollar y**

protocolizar un programa de diagnóstico e intervención precoz de los trastornos mentales en función de su prevalencia y gravedad.

- Se propone fomentar y cooperar en el desarrollo de actividades comunitarias de salud mental por los equipos de Atención Primaria, implicando a todos los agentes en la promoción de la salud mental y en la prevención, detección precoz y asistencia de los trastornos mentales. Actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios
- Se propone impulsar la utilización de indicadores evaluables y comparables, aunque no se especifican. No se especifican tampoco las características del programa ni en qué trastornos mentales desarrollarlo.

En cuanto a los centros infanto-juveniles, se propone protocolizar y desarrollar actuaciones con el sector educativo, dirigidas a la promoción de la salud mental, así como la prevención, diagnóstico precoz y tratamiento de los trastornos mentales en el ámbito escolar.

A pesar de no recogerse una mención especial a la detección temprana de psicosis en el Plan Estratégico 2012-2016, en la Memoria de Salud Mental de 2016, se recogía la planificación e implantación a partir de enero de 2017 de un **programa de intervención precoz para primeros episodios psicóticos**. Supone el primer programa de prevención de la discapacidad y promoción de la autonomía en Salud Mental, en sintonía con las líneas estratégicas del Plan de Salud Navarra 2014-2020.

Situación de la implantación de programas ITP en Navarra

En enero de 2017 se ha implementado un programa autonómico de intervención precoz de primeros episodios psicóticos, el cual ya se incluyó en la Memoria del de Salud Mental de Navarra de 2016 y que se incluye en los pactos de gestión por objetivos de 2017 del Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea. En lo objetivos transversales de la propia gerencia de Salud Mental para 2017 constaba la implementación, con objetivos específicos, del programa ITP.

Debido al corto periodo de implantación del programa, aún no se han evaluado resultados preliminares. Sin embargo, se está informatizando toda la recogida de información, lo que permitirá realizar análisis de los principales indicadores del programa en cualquier momento. Está previsto realizar un análisis del cuadro de indicadores del programa de forma anual, y la

publicación de resultados en una memoria anual. Se cuenta con la realización de un análisis comparativo de indicadores previos y posteriores a la implantación del programa: duración de la psicosis no tratada, número de hospitalizaciones (voluntarias e involuntarias), número de visitas a urgencias, escala de fidelidad al programa, número de subprogramas realizados, tasa de remisión clínica y social, tasa de conversión a esquizofrenia, severidad de síntomas y dominios de psicopatología, funcionamiento cognitivo, funcionamiento familiar, social y académico/laboral, calidad de vida, satisfacción de usuarios, dosis media de antipsicóticos, tasa de pacientes en monoterapia, comorbilidad médica (riesgo cardiovascular y metabólico), y consumo de tóxicos.

Desde la Gerencia de Salud Mental se considera que es fundamental cumplir cinco criterios básicos para la implementación de un programa real en una Comunidad Autónoma:

- Toda la población tiene que estar cubierta, pudiendo acceder a través de dispositivos comunitarios, y no implementar únicamente programas hospitalarios.
- Carácter trans-multidisciplinar, logrando un trabajo de equipo real entre los diferentes profesionales.
- Incorporar la posición de un responsable de rehabilitación social – terapeuta ocupacional.
- Desarrollar un cuadro de mandos con indicadores de seguimiento; el programa tiene que estar en continua evaluación (el programa de Navarra cuenta con más de 50 indicadores).
- Dedicación completa de los profesionales al programa.

Programas de ITP en Navarra

Programa de Intervención Precoz para Primeros Episodios Psicóticos

El programa se ha puesto en marcha en enero de 2017, a nivel autonómico, con el objetivo de ofrecer una intervención equitativa a todos los ciudadanos navarros. El programa se irá implantando de forma gradual hasta el año 2018, año en el que está previsto dé cobertura a toda la Comunidad Autónoma (640.000 habitantes). Actualmente, se encuentra ubicado en el Centro de Salud Mental de Buztintxuri y el programa está desplegado en todas las áreas de salud

de Pamplona y comarca (500.000 habitantes). Durante el año 2018 se completará su despliegue en las áreas sanitarias de Tudela Y Estella (140.000 habitantes) y aumentando, de forma paralela, el equipo profesional. Por lo tanto, actualmente el programa da cobertura a una población de 500.000 personas, pero tiene el objetivo marcado de ofrecer una cobertura total a la población de la Comunidad Foral de Navarra, 640.000.

El programa está basado en el programa americano NAVIGATE, el cual se ha adaptado a las características de la Comunidad Autónoma. No se ha realizado una traducción literal del mismo, sino que los distintos módulos y en diferente grado, se han adaptado al contexto socio-económico del país (especialmente el programa de empleo) y a necesidades específicas no contempladas en el NAVIGATE.

Los elementos esenciales del programa son: (1) cobertura poblacional, (2) equipo multidisciplinar amplio con flexibilidad de roles y dedicación completa, (3) visión asertivo-comunitaria, (4) atención centrada en la recuperación y necesidades del paciente, y (5) cuadro de mando con evaluación de procesos y resultados.

Criterios de admisión

Únicamente se incluyen pacientes que han desarrollado un Primer Episodio Psicótico no puramente afectivo, que hayan mostrado síntomas psicóticos, excluyéndose, por ejemplo, pacientes con trastorno bipolar puro. No se contempla actualmente la admisión de pacientes con Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR).

El rango de edad al que se dirige este programa es de **15 a 50 años**. El programa es ampliable a los 65 años.

No se establecen criterios de exclusión por comorbilidades y específicamente se incluyen pacientes con el diagnóstico de psicosis tóxica.

Equipo

Está previsto que, en la fase final de implementación durante 2018, el programa cuente con un **equipo de 10 profesionales**: tres psicólogos clínicos, dos psiquiatras, dos enfermeras especializadas en Salud Mental, un trabajador social, un especialista en integración socio-laboral

(terapeuta ocupacional) y un administrativo. Todos ellos trabajarán de manera exclusiva para el programa, estableciéndose una agenda propia. Actualmente, en 2017, se han incorporado 7 profesionales al proyecto, dos psiquiatras, un psicólogo clínico, una enfermera especializada en Salud Mental, una terapeuta ocupacional, una trabajadora social y un administrativo, todos ellos menos un psiquiatra y la trabajadora social con dedicación exclusiva. En el primer trimestre de 2018 se incorporarán dos profesionales más al equipo. Se tiene previsto tener el equipo completo una vez se inaugure el centro que albergará el programa de primeros episodios psicóticos, a mediados de 2018. Una vez completado el programa, la ratio de profesionales: pacientes será de 1:22.

Tras la evaluación del paciente es un gestor del caso quien se designa como referente y establece la agenda de consultas e intervenciones para los primeros seis meses, tanto para el paciente como para la familia.

A nivel autonómico se ha designado como coordinadora del programa, a la psicóloga clínica María Otero.

Instalaciones

Se ha habilitado un espacio específico dentro del Centro de Salud Mental de Buztintxuri, con instalaciones totalmente separadas del circuito habitual de atención a pacientes. El nuevo centro, en el que se ubicará el programa, se ha inaugurado en 2018. También se prevé una atención domiciliaria y la posibilidad de desplazamiento del equipo a otros dispositivos para adaptarse a las necesidades del paciente (áreas de difícil acceso o pacientes hospitalizados).

Detección y derivación

Principalmente la derivación se realiza a través de otros dispositivos de la red de atención a la Salud Mental, que han sido informados de la puesta en marcha del programa. Por lo tanto, reciben pacientes que han requerido hospitalización y atendidos en consultas de los Centros de Salud Mental. Puntualmente están llegando casos derivados directamente desde Atención Primaria.

De hecho, en el lanzamiento de este programa se hizo mención a que en fases posteriores se tiene previsto que los usuarios puedan acceder desde los Centros de Salud de Atención Primaria

y en una última fase de forma directa. Actualmente, el principal obstáculo es la formación a los profesionales de Atención Primaria, y su elevada carga de trabajo.

Se ha establecido que el acceso al programa se produzca la primera semana desde la detección del Primer Episodio Psicótico. Si el paciente es derivado desde otro dispositivo de Salud Mental, este tiempo de intervención se puede garantizar – por ejemplo, si un paciente es derivado desde la unidad de hospitalización, la citación es prácticamente inmediata. Se está trabajando actualmente en mejorar los circuitos y tiempos de derivación desde otros dispositivos.

Se han realizado presentaciones del programa a todos los dispositivos de Salud Mental, con el objetivo de difundir: las características del mismo, los equipos involucrados, los criterios de admisión, el funcionamiento del programa, etc.

A lo largo de 2018, se realizarán presentaciones a otras instituciones y servicios, incluyendo Atención Primaria y determinados Servicios Sociales y Educativos, a la par que se desarrollarán herramientas para facilitar la detección precoz por parte de los profesionales fuera del ámbito de Salud Mental involucrados.

Intervención

Se realiza una evaluación psicopatológica, psiquiátrica y psicológica completa desde el principio, desde todas las perspectivas, incluyendo las necesidades sociales, laborales y educativas (evaluación multidimensional). Esta evaluación es recogida en una ficha específica de la historia clínica electrónica y se realiza de forma periódica para evaluar la eficiencia de los tratamientos y las necesidades no cubiertas de los pacientes.

Desde el primer momento se determina qué intervenciones farmacológicas y psicosociales son necesarias en base a la evaluación multidimensional del paciente. Estas intervenciones se van modificando siempre en función de la evolución del paciente y sus necesidades, estableciéndose objetivos individualizados, incluyendo un **Plan de Recuperación Individualizado (PRI)** en función de las características del paciente.

Desde la primera entrevista se establecen las metas a conseguir en términos de recuperación clínica y funcional (objetivos de vida, hábitos, metas profesionales y familiares, etc.). Así se decide qué tipo de intervención se llevará a cabo, a través de subprogramas como el de

afrontamiento individual y habilidades sociales. Todas las acciones se recogen por escrito en la historia clínica electrónica.

La frecuencia de las sesiones y consultas también se personaliza. Se incluye tanto al paciente como a la familia, y se considera que, al principio, debe haber un seguimiento semanal. Pasados los primeros meses se van espaciando en función de la respuesta del paciente y su familia, y se van revisando los objetivos individuales propuestos. El programa considera inicialmente un máximo de dos años de tratamiento, aunque se está valorando aumentar su duración hasta 3-5 años.

La familia es un eje fundamental en el tratamiento. Siempre se incluye en el desarrollo del Plan de Recuperación Individualizado. Además, juega un papel muy importante en la adherencia al tratamiento, donde se trabaja la conciencia de la enfermedad y se busca la alianza terapéutica con el enfermo.

Entre los servicios que se ofrecen, el programa tiene acceso a terapia cognitiva-conductual, psicoeducación, ayuda escolar y de empleo, terapia familiar, actividades grupales con otros pacientes, orientación para el uso de recursos comunitarios, opciones residenciales y hospital de día. Se realiza intervención familiar, donde se valora la inclusión del paciente desde el principio.

En aquellos pacientes que se desvinculan del programa o que presentan una baja adherencia al tratamiento farmacológico y psicológico, se contempla un contacto regular al objeto de reforzar la disponibilidad del equipo en caso de necesidad. También se contempla la posibilidad de mantener en el programa a pacientes que rechacen tratamiento farmacológico, pero que acepten participar en otros programas.

El manejo de comorbilidades se realiza a través de la historia clínica electrónica del paciente, y a través de una coordinación estrecha con aquellos especialistas que intervengan. Existe un programa con material específico para estos pacientes sobre el cuidado de la salud física y hábitos de vida saludables.

Adherencia

Existe un módulo específico de adherencia dentro del programa, donde se consideran diferentes líneas de actuación para aquellos pacientes que presentan una peor adherencia al tratamiento y que pueden requerir una intervención específica. Además, la psicoeducación con el paciente y su familia es básica.

Coordinación

Todo el sistema sanitario navarro está informatizado no sólo a nivel de atención especializada, sino de Atención Primaria. Por ejemplo, en caso de ser necesario un programa de salud física se coordinaría con Atención Primaria a través de la historia clínica electrónica, lo que facilita el manejo de posibles comorbilidades y promoción/atención de la salud.

Se trabaja siempre con el entorno laboral o educativo del paciente, pero no hay un protocolo de coordinación específico con otras instituciones para facilitar una detección precoz y derivación rápida de posibles pacientes.

Formación

Se ha realizado una campaña de sensibilización a profesionales sanitarios para dar a conocer el programa y las vías de derivación. Además, como estrategia formativa, a partir de 2018, profesionales de Atención Primaria y de Salud Mental podrán rotar por el programa. El principal objetivo de esta rotación es mejorar la atención de los pacientes una vez ha terminado el programa (tras los dos años desde la inclusión), manteniendo de esta manera la continuidad asistencial. Se tiene previsto que los residentes realicen una rotación por el centro (psiquiatría, psicología y enfermería). Se considera su puesta en marcha en enero de 2018.

No hay actualmente ningún programa de posgrado específico.

En cuanto a otras instituciones como Educación, Asociaciones o Servicios Sociales, no se ha realizado un programa formativo, pero si sesiones informativas dentro de la estrategia de difusión del programa.

Investigación

El servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario de Navarra desarrolla las siguientes líneas de investigación de psicosis:

- Caracterización del “Fenoma” de las Psicosis y estudio de los Fenotipos alternativos a los diagnósticos clásicos de las Psicosis
- Aproximación polidiagnóstica a las Psicosis
- Manifestaciones motoras en las Psicosis
- Alteraciones cognitivas en las Psicosis
- Identificación de marcadores genéticos en las Psicosis y en sus procesos patofisiológicos
- Estudio de la heredabilidad general de los trastornos psicóticos y su influencia en el fenotipo
- Estudio de las alteraciones neuroradiológicas
- Etiología de las Psicosis

Además, cuenta con dos proyectos financiados por el Fondo de Investigación en Salud (FIS) del Instituto de Salud Carlos III actualmente activos:

- El **estudio Pamplona de primeros episodios psicóticos**: Predictores socio-demográficos, genéticos, premórbidos y clínicos del curso y evolución a los 18 años de seguimiento. Investigador Principal: PERALTA MARTIN, VICTOR. Periodo: 01/01/2017 - 31/12/2019. FUNDACION INSTITUTO DE INVESTIGACION SANITARIA DE NAVARRA. SUBDIRECCION DE SALUD MENTAL. Financiación: 107.085 €
- **Estudio de aplicabilidad clínica de un modelo predictivo de recaídas en primeros episodios de esquizofrenia**. Investigador Principal: CUESTA ZORITA, MANUEL. Periodo: 01/01/2015 - 31/12/2017. FUNDACION MIGUEL SERVET. COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA. Financiación: 56.870 €

Evaluación del programa

Se ha desarrollado numerosos indicadores de proceso y resultado que se han incorporado al cuadro de mando, los cuales se analizarán anualmente para ver la eficacia, eficiencia y efectividad del programa.

Comunidad Valenciana

ITP en Plan de Salud Mental de la Comunidad de Valencia

Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020 de la Comunidad Valenciana

En la Comunidad Valenciana, está actualmente vigente la **Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020**. Este documento establece como objetivo estratégico la implantación de un **modelo de Salud Mental** que oriente los servicios a las necesidades de las personas que presentan algún tipo de trastorno mental, desde una visión integral que contemple la **prevención, detección precoz, tratamiento, recuperación e inclusión social**. Además de una **intervención multidisciplinar e integral** (Plan de Atención Integrado consensuado con el paciente).

En la línea estratégica 2 (“Atención a las personas con problemas mentales”) se subraya que la **detección precoz de las psicosis es fundamental** para la evolución y pronóstico de la enfermedad, siendo imprescindible un abordaje integral e integrado, que implica un tratamiento farmacológico adecuado y un abordaje psicosocial, todo ello **orientado a la recuperación del proyecto vital de la persona** y con la participación de los profesionales de la salud, profesionales del ámbito social y especialmente de la propia persona afectada y su familia. Tiene **especial importancia en poblaciones infanto-juveniles** debido a la alta incidencia de problemas de salud mental. Por ello, la detección precoz en estos casos es primordial, por lo que la **coordinación entre escuela, servicios sociales, atención primaria de salud y salud mental debe estar bien sistematizada** y los profesionales, de todas las áreas, **bien formados** en la detección e intervención precoz.

En la segunda línea estratégica (**Atención a las personas con problemas de salud mental**) se define el **objetivo general 3: mejorar la calidad de la atención a la Salud Mental: salud en todas las edades**. Se especifican los siguientes **objetivos específicos**:

- 3.1. Detectar precozmente problemas de salud mental en la **infancia y adolescencia**:
 - o 3.1.1. Colaborar en el desarrollo de acciones formativas **dirigidas al personal docente** para la **detección precoz** de problemas de salud mental en la infancia y adolescencia en los centros de enseñanza.
 - o 3.1.2. Elaborar un **protocolo entre Educación y Salud Mental** para la detección y atención precoz.
 - o 3.1.3. Promover el desarrollo de **acciones formativas conjuntas entre AP y SM** orientadas a la detección precoz de problemas de salud mental en la infancia y adolescencia.

- 3.9. Detectar precozmente problemas de salud mental en la población **adulta**:
 - o 3.9.1. Promover el desarrollo de **acciones formativas conjuntas entre AP y SM** orientadas a la detección precoz de problemas de salud mental en la población adulta.
 - o 3.9.2. Implantar el **programa de primeros episodios psicóticos (PEP)**. Estableciéndose como plazo para su implantación, el cuarto trimestre de 2016.

Uno de los principios estratégicos del plan, es la **atención transversal y multisectorial**, que permita dar una **respuesta integral y coordinada** a las necesidades de las personas con problemas de salud mental, sobre el eje de la Unidad de Salud Mental, en **estrecha coordinación con Atención Primaria, Servicios Sociales, Educación, Servicios de Empleo, Sistema Judicial y redes vertebradoras de la comunidad**.

Por ello, y como se ha comentado anteriormente, para conseguir una **detección e intervención precoz** en niños y adultos es necesario promover el desarrollo de **acciones formativas conjuntas entre Atención Primaria y Salud Mental**, orientadas a la detección precoz de problemas de salud mental en la infancia, adolescencia y en la población adulta.

En la línea estratégica 3 (**Organización de la red de salud mental y coordinación sociosanitaria e intersectorial**), se define el **objetivo general 4: reorganizar y optimizar la red de salud mental**. Para ello, y en la línea de mejorar la coordinación entre dispositivos que favorezcan la detección precoz, establece como objetivo específico:

- 5.2. Desarrollar mecanismos de coordinación con Atención Primaria en cada departamento, que garanticen la **adecuada derivación, la continuidad de los cuidados y la eficacia de las intervenciones**:

- 5.2.1. Implementar programas colaborativos entre los equipos de Atención Primaria y Salud Mental.
- 5.2.2. Establecer interconsultas no presenciales, fomentando el uso de TICs en telepsiquiatría.
- Establecer encuentros presenciales periódicos con Atención Primaria, tales como: sesiones clínicas conjuntas, actividades formativas conjuntas, etc.

En el Plan autonómico se describen algunos ejemplos de buenas prácticas, entre los que se incluye el “Programa de tratamiento de primeros episodios psicóticos (PTPEP – Gandía)” en la intervención precoz de la psicosis.

Tabla 37. **Objetivos e indicadores en relación a la Intervención Temprana en Psicosis en la Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020**

Línea estratégica 2. Atención a las personas con problemas de salud mental	
Objetivo general 3. Mejorar la calidad de la atención a la Salud Mental: salud en todas las edades	
OBJETIVOS ESPECIFICOS	ACCIONES
3.1. Detectar precozmente problemas de salud mental en la infancia y adolescencia	3.1.1. Colaborar en el desarrollo de acciones formativas dirigidas al personal docente para la detección precoz de problemas de salud mental en la infancia y adolescencia en los centros de enseñanza. 3.1.2. Elaborar un protocolo entre Educación y Salud Mental para la detección y atención precoz. 3.1.3. Promover el desarrollo de acciones formativas conjuntas entre AP y SM orientadas a la detección precoz de problemas de salud mental en la infancia y adolescencia.
3.9. Detectar precozmente problemas de salud mental en la población adulta	3.9.1. Promover el desarrollo de acciones formativas conjuntas entre AP y SM orientadas a la detección precoz de problemas de salud mental en la población adulta. 3.9.2. Implantar el programa de primeros episodios psicóticos (PEP). Se establece como plazo, el cuarto trimestre de 2016.

Fuente: Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020

Situación de la implantación de programas ITP en la Comunidad Valenciana

En la Comunidad Valenciana, se han ido desarrollando en los últimos años, diferentes programas de Intervención Temprana en Psicosis, a iniciativa propia de los profesionales de cada centro, sin una financiación ni recursos dedicados específicamente a su desarrollo. En las III Jornadas sobre Programas de Tratamiento de Primeros Episodios Psicóticos organizadas por el equipo de Gandía, se realizó la propuesta de crear un grupo de trabajo con el objetivo de definir un **programa común para Primeros Episodios Psicóticos en la Comunidad Autónoma**. A partir de esta iniciativa se redactó el documento **Atención a Primeros Episodios Psicóticos**, en el que se describe un modelo asistencial general.

Siguiendo la línea estratégica definida en la **Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020**, la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, actúa como coordinador de los programas implementados, a través de un grupo de trabajo que hace seguimiento de los mismos. Desde la Conselleria se apuesta por un modelo que no contempla la financiación específica finalista de programas concretos en ninguna patología y, por tanto, tampoco para los programas de primeros episodios psicóticos. Se propone dar prioridad a este tipo de programas (denominados PTPEP), aunque la organización e implementación de los mismos, recae exclusivamente en los profesionales de los servicios. Estos programas no se incluyen en los contratos de gestión.

La dedicación de los equipos a los programas PTPEP es, en la mayoría de los casos, parcial. En algunos de los programas se han detectado problemas para configurar un equipo multidisciplinar completo, con un acceso limitado algunos de los perfiles recomendados para la atención a este tipo de pacientes. En la mayoría de casos se establece una dedicación de un día a la semana al programa. Por ejemplo, el Programa de Tratamiento de Primeros Episodios Psicóticos (PTPEP) – Gandía no dispone de psicólogo con dedicación al programa. En otros equipos, no se dispone de terapeuta ocupacional (PTPEP – La Ribera) o trabajador social (PTPEP – Clínico Malvarrosa) con tiempo dedicado al programa (ver tabla descriptiva de equipos con dedicación al programa en el apartado descriptivo de cada uno de ellos).

Esta situación está provocando la adaptación del modelo asistencial implantado en cada departamento, así como del tipo de intervenciones ofertadas en la práctica a este tipo de pacientes.

Desde la Conselleria de Sanitat Universal i Salut se han propuesto unos indicadores básicos de seguimiento de los programas, aunque sin vinculación a objetivos específicos. De hecho, el análisis y desarrollo de indicadores más exhaustivos se realiza directamente por cada uno los programas. Cabe destacar en este sentido, la **Unidad de Primeros Episodios Psicóticos del Hospital Clínico de Valencia**, que cuenta con una amplia base de datos para la monitorización de indicadores de seguimiento y resultados. Esta base de datos está vinculada, principalmente, al desarrollo de proyectos de investigación, y sus principales resultados se han recogido en múltiples publicaciones y presentaciones en congresos.

Se han identificado **9 Programas PTPEP** activos en la Comunidad Valenciana:

PTPEP	Edad	EMAR	Duración	Localización	PQ	PC	EN	TS	TO	Otros
Programa Tratamiento de Primeros Episodios Psicóticos (PTPEP) –Gandía	15-45	Sí	3 años	Hospital	2	0	2	1	1	1
Programa Tratamiento de Primeros Episodios Psicóticos (PTPEP) – La Ribera	16-45	No	5 años	Centro de Salud Mental	6	4	4	1	0	1
Programa Tratamiento de Primeros Episodios Psicóticos (PTPEP) – Valencia Clínico Malvarrosa	18-45*	No	3-5 años**	Hospital	1	1	1	0	0	4
Programa Tratamiento de Primeros Episodios Psicóticos (PTPEP) – Valencia Dr. Paset	16-46	No	5 años	Hospital	2	1	1	1	0	0
Programa Tratamiento de Primeros Episodios Psicóticos (PTPEP) – Castellón	18-35	Sí	5 años	Hospital	2	1	1	0	0	0
Programa Tratamiento de Primeros Episodios Psicóticos (PTPEP) – Hospital General Valencia	16-45	No	3 años	Hospital	2	1	1	0	0	0
Programa Tratamiento de Primeros Episodios Psicóticos (PTPEP) – Elda					6	4	4	-	-	-
Programa Tratamiento de Primeros Episodios Psicóticos (PTPEP) – Alicante San Juan	14-45	No	5 años	Hospital	1	1	0	0	0	0
Programa Tratamiento de Primeros Episodios Psicóticos (PTPEP)-Elx-Hospital General	>18 años	No	3 a 5 años	Hospital	1	1	1	1	1	0

*Aunque se han incluido casos hasta los 65 años. ** Duración entre 3 y 5 años, en función del diagnóstico.

Programas de ITP en la Comunidad Valenciana

Programa de Tratamiento de Primeros Episodios Psicóticos de Gandía (PTPEP-Gandía)

El programa PTPEP-Gandía se puso en marcha en 2008. El programa cubre una población de **170.000 habitantes**, dando cobertura al Departamento de Salud de Gandía. El PTPEP - Gandía se ha diseñado con el fin de proporcionar un tratamiento intensivo, integral, de calidad y continuado dirigido a las fases iniciales de las psicosis, en el contexto de la práctica asistencial de la sanidad pública.

OBJETIVOS:

1. Implantar un programa de tratamiento comunitario dirigido a personas con un Primer Episodio Psicótico (PEP) dentro de la asistencia pública, tratando de optimizar la utilización de los recursos humanos y materiales disponibles en el servicio e incrementar la cartera de servicios del Departamento de Salud de Gandía.
2. Detectar y tratar a todos los pacientes que sufran un PEP con el fin de optimizar su recuperación clínica y funcional.
3. Abordar el trabajo con las familias de forma sistemática en todos los casos, en función de la fase de la enfermedad, utilizando una terapia de tipo cognitivo-conductual y dirigida a la unidad familiar.
4. Evaluar los resultados del tratamiento mediante un protocolo de investigación.
5. Formación continuada y docencia sobre aspectos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de las primeras fases de las psicosis.
6. Favorecer y colaborar en la implantación del programa en todos los Departamentos de Salud de la Comunidad Valenciana.

Para el diseño del programa, sus responsables realizaron una visita al PAFIP de Cantabria, siendo el modelo de referencia utilizado para su implantación en Gandía. Además, se incluyeron algunos elementos del programa EPPIC de Australia.

Se trata en el programa a la gran mayoría de personas que sufren un PEP en el Departamento de Salud de Gandía.

Se considera un ejemplo de aplicación de un modelo de intervención temprana en las psicosis, en un ámbito de escasos recursos.

Entre los principales resultados se destaca la contribución del programa a generar una mayor concienciación sobre la necesidad de intervenir precozmente a estos pacientes dentro y fuera del área. La asociación de pacientes y familiares del área, así como el centro de rehabilitación social (CRIS) coinciden en la necesidad de tratar de forma específica a los jóvenes con primeros episodios y son partícipes en el programa. Trabajar de manera más estrecha con centros educativos, se considera fundamental para dar los siguientes pasos de desarrollo del programa.

Los problemas de disponibilidad de horario y la limitación de recursos dificultan la ampliación del mismo. Se cuenta con los mismos recursos humanos desde su creación en 2008, pero el número de pacientes incluidos en el programa ha ido aumentando notablemente. Eso requiere una priorización, en función del estado del paciente y la familia, a la hora de realizar las diferentes intervenciones. Se considera que, si no se destinan recursos específicos, el programa como tal podría dejar de aplicarse, realizándose en ese caso una intervención más adaptada, pero no un programa asistencial específico.

Criterios de admisión

Actualmente el programa está dirigido, principalmente, a pacientes con primeros episodios psicóticos. Sin embargo, si se derivara algún paciente con signos prodrómicos también se incluirían, aunque no se realiza ninguna intervención específica. Se está empezando a incluir pacientes con psicosis afectivas, pero la escasez de recursos para la alta demanda limita su desarrollo.

El rango de edad teórico de atención es de **15 a 45 años**, aunque excepcionalmente se están aceptando pacientes más jóvenes.

Los criterios de exclusión del programa son:

- Pacientes con un tiempo de evolución de la enfermedad superior a un año desde el diagnóstico del primer episodio psicótico.
- Presentar patología neurológica como diagnóstico principal.
- Presentar discapacidad intelectual moderada o severa

Se considera que los pacientes a partir de 35 años obtienen un menor beneficio del programa con su estructura actual, por lo que se ha planteado limitar el programa hasta los 35 años y aceptar pacientes con un tiempo de evolución superior al año desde el diagnóstico de PEP y estados mentales de alto riesgo (EMAR).

Equipo

El equipo del programa consta de dos psiquiatras, dos profesionales de enfermería de salud mental, una trabajadora social y una terapeuta ocupacional. Ninguno de ellos tiene una dedicación exclusiva al programa, y la agenda se comparte con la atención al resto de patologías. El interés por reservar al menos un día a la semana a pacientes con primeros episodios psicóticos, provoca que el resto de días haya una mayor sobrecarga en las consultas. Anteriormente, el programa contó con una neuropsicóloga de la Universidad de Valencia encargada de realizar evaluaciones neuropsicológicas, aunque sin dedicación exclusiva. En la actualidad, su dedicación al programa se limita, únicamente, a los proyectos de investigación colaborativos en los que participa.

Las psiquiatras son las coordinadoras del programa, aunque se trabaja en equipo. Se realizan reuniones semanales en las que se analizan los resultados de la evaluación y el PAI y se deciden las intervenciones necesarias en cada caso. Existen funciones comunes, como el trabajo con las familias y funciones específicas de cada profesional en función de su especialidad. El personal de enfermería se encarga además de la gestión de las agendas con el apoyo de la administrativa del servicio.

Instalaciones

Las diferentes intervenciones se realizan en el **ámbito comunitario y de forma ambulatoria** en la Unidad de Salud Mental (localizada en el Hospital Francesc de Borja). En cualquier caso, se pueden utilizar el resto de dispositivos disponibles en el servicio, estableciendo mecanismos que garanticen la coordinación entre los mismos. No se cuenta con instalaciones exclusivas ni diferenciadas para el programa. Los dispositivos clave con los que se coordina son la Unidad de Hospitalización a Domicilio y el Hospital de Día, con el fin de evitar ingresos o reducir la duración de los mismos. Además, permite una atención intensiva en los casos en los que no se produce la remisión clínica y/o la recuperación funcional.

DetECCIÓN Y DERIVACIÓN

Los principales dispositivos de derivación son la Unidad de Salud Mental, la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica, las Urgencias Hospitalarias, el Hospital de Día y la Unidad de Hospitalización a Domicilio, la Unidad de Conductas Adictivas (UCA).

Desde Atención Primaria han llegado algunos pacientes, pero en casos muy puntuales, debido a la falta de formación y coordinación AP-Salud Mental.

Aunque en su momento se desarrolló un protocolo de derivación por escrito. Se consideró que su seguimiento provocaba mayores retrasos en el inicio de la intervención, por lo que actualmente dicho protocolo no se sigue. Actualmente, únicamente una llamada al psiquiatra responsable del programa, o a la secretaría del servicio, es suficiente para citar al paciente. En caso de que se considere que el paciente no es candidato real al programa, se le deriva de nuevo al dispositivo de entrada.

El tiempo máximo de derivación establecido es de **1 semana**. En casos considerados urgentes, se les atiende en el mismo día, aunque normalmente suele ingresar a través de Urgencias. Se suele consensuar con el psiquiatra responsable la urgencia de la derivación.

Con el fin de mejorar la eficiencia del programa, se realizaron sesiones clínicas con los diferentes Departamentos de Salud Mental de área, así como de las Unidad de Conductas Adictivas (UCA), con una frecuencia de, al menos, un par de sesiones al año. Además, se ha editado material escrito, descriptivo del programa.

INTERVENCIÓN

Actualmente, la duración del programa es de **3 años**, aunque se está considerando la opción de extenderlo hasta 5 años. Se realiza una evaluación específica e individualizada de las necesidades del paciente y su familia. Una vez realizada la evaluación del paciente, se realiza un Plan de Atención Individualizada (PAI) que se sustenta en los siguientes pilares:

- **Atención individual a nivel farmacológico y psicoterapia.** Al no contar la unidad con un psicólogo, cuando es necesario realizar psicoterapia específica se deriva a los psicólogos del servicio o al ámbito privado.

- **Trabajo con las familias.** La intervención familiar es un pilar fundamental del programa, y se desarrolla por parte de todos los miembros del equipo. Se realiza desde el inicio del tratamiento y aumenta en complejidad en función de las necesidades de cada caso. En aquellos casos que lo precisan, se realiza una terapia familiar cognitivo-conductual dirigida a la unidad familiar de 1 año de duración. Todos los casos reciben apoyo elevado y psicoeducación. Además, se realizan sesiones periódicas con la familia para el abordaje de objetivos o problemas a lo largo de los 3 años de duración del programa.
- **Actividades dirigidas a fomentar la salud en general.** Los enfermeros del programa realizan sesiones individuales y grupales con el fin de fomentar hábitos de vida saludable (alimentación, ejercicio físico y consumo de tóxicos).
- **Intervención social.** La trabajadora social y la terapeuta ocupacional actúan de forma coordinada en los casos que precisan intervención para recuperar o mejorar su funcionamiento en las diferentes esferas.

La frecuencia de las intervenciones se flexibiliza en función del estado del paciente. Por ejemplo, los pacientes en fase aguda se citan semanalmente, y los pacientes que requieren intervención domiciliaria, diariamente. En función de la evolución del paciente se espacian las visitas quincenal o mensualmente.

Semanalmente se realizan reuniones de equipo con el objetivo de realizar un análisis de los casos. En función de la clínica del paciente, se hace revisión de los objetivos propuestos. El paciente y la familia intervienen en la toma de decisiones.

Las principales intervenciones que se realizan en el programa son la intervención psicofarmacológica y el cuidado de la salud física, psicoeducación (con la familia y el paciente juntos), apoyo escolar y de empleo, terapia familiar, terapia ocupacional, y orientación para el uso de recursos sanitarios. La limitación de recursos hace que el equipo se haya planteado la priorización de las actuaciones en función de las necesidades, con el riesgo de perder calidad en el tratamiento.

Los pacientes del programa que lo requieren tienen acceso a una unidad de **tratamiento comunitario intensivo (TCI)** que incluye hospitalización a domicilio y hospitalización de día. Esta unidad se utiliza, principalmente, para el manejo de pacientes agudos con el fin de evitar reingresos. El personal de la unidad TCI es prácticamente coincidente con el del programa, lo que facilita su coordinación. El hospital de día y la hospitalización a domicilio se utilizan de forma

puntual durante la intervención, por ejemplo, en la fase aguda de la enfermedad, en recaídas y cuando la clínica negativa requiere de un tratamiento diario.

Se cuenta con la colaboración de la ASAEM (Asociación de La Safor de Ayuda a Enfermos Mentales). A través de su club de ocio, los pacientes del programa pueden realizar actividades en ámbitos no sanitarios ni de rehabilitación, como aulas del ayuntamiento, exposiciones y actividades deportivas.

Coordinado con enfermería se realizan actividades dirigidas a mejorar la salud física de los pacientes. También se realizan controles de parámetros antropométricos y analíticas, e incluso estudios individuales sobre alimentación.

En 2017 se ha llevado a cabo, también desde enfermería, un curso sobre hábitos de vida saludables (14 sesiones con cerca de 15 pacientes), con edición de material específico. Está previsto replicar este programa de formación en los próximos años.

Adherencia

Se lleva a cabo una actuación específica dirigida a mantener la vinculación del paciente en el programa. Para ello la figura de enfermería es fundamental, realizando un control estrecho sobre la asistencia de los pacientes a las diferentes intervenciones. El trabajo con las familias desde el principio también está enfocado en mejorar la adherencia de los pacientes. En aquellos casos más críticos se realiza intervención domiciliaria.

Coordinación

Al ser un hospital comarcal, la coordinación entre profesionales de Salud Mental y los recursos psicosociales del área se ha potenciado en los últimos años. Incluso se considera que ha habido más facilidad a la hora de concienciar a otros profesionales sanitarios sobre la necesidad de una derivación rápida al programa. En caso de comorbilidades, se coordina con los especialistas a través de la historia clínica electrónica, interconsultas o llamadas telefónicas.

Aun así, se considera que la coordinación con Atención Primaria es bastante limitada, principalmente en la detección temprana de casos de riesgo.

La situación es similar en el caso de la relación con el sector educativo. El Servicio de Salud Mental organiza un curso acreditado de forma anual donde están invitados profesionales de educación, rehabilitación y servicios sociales. Estas sesiones son generales sobre salud mental, pero en ciertas ocasiones se ha tratado específicamente el tema de los primeros episodios psicóticos. También se han desarrollado campañas de sensibilización con institutos y voluntariado, con el objetivo de dar a conocer el programa.

Formación

Se ha diseñado un curso de la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública (Escuela Valenciana de Estudios para la Salud – EVES) sobre primeros episodios psicóticos dirigido a profesionales sanitarios y residentes. En octubre de 2017 se celebró su primera edición.

Se ha realizado también un curso de formación en terapia familiar para profesionales del servicio y del CRIS y se han organizado las I, II, III Jornadas sobre Programas de Tratamiento de Primeros Episodios Psicóticos.

Aunque no hay residentes fijos en el programa, sí se realizan rotaciones de MIR de psiquiatría de otros dispositivos.

No se realiza ninguna estrategia específica de formación a otras instituciones sobre intervención temprana en psicosis.

Investigación

Se ha diseñado un estudio con el objetivo de evaluar el resultado del tratamiento en el marco del programa. Se trata de un estudio prospectivo con un seguimiento a tres años que pretende estudiar, principalmente, la efectividad y aplicabilidad del programa en el ámbito clínico, así como profundizar en el conocimiento del efecto de las intervenciones familiares en los casos de inicio reciente. Para ello, se recogen variables relativas al paciente y al familiar en cuatro evaluaciones a lo largo de los tres años de duración del PTPEP-Gandía.

El protocolo de investigación de PTPEP-Gandía ha recibido la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Virgen de los Lirios de Alcoy y de la Comisión de Investigación, Docencia y Ética del Hospital Francisc de Borja de Gandía.

Además, los profesionales del programa participan en proyectos de investigación colaborativos:

- Participación en la implantación y desarrollo durante el año 2009 del programa multicéntrico Red Clínico-Epidemiológica Basada en los Servicios de Salud Mental (RIBSAEN) de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, subvencionado por el Ministerio de Sanidad y Política Social (ORDEN SCO/3946/2006, del BOE de 27 de diciembre 2006).
- Participación como equipo de investigación en el estudio multicéntrico: Eficacia del Tratamiento continuo versus discontinuación basada en presencia de pródromos en primeros episodios psicóticos no afectivos. Estudio NONSTOP01. Este estudio está financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación y el Instituto de Salud Carlos III mediante una beca del Fondo de Investigación Sanitaria (FIS). Nº EUDRACT: 2011-004826-87 Código del protocolo: NONSTOP. Investigador Coordinador: Miguel Ruiz Veguilla. Monitor y Promotor: Fundación Pública Andaluza Progreso y Salud. UCICEC Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla
- Participación en el proyecto de investigación multicéntrico titulado Cohorte CIBERSAM (Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental) de casos con primer episodio psicótico y controles que se ha iniciado en 2016.

Evaluación del programa

Se está trabajando en el análisis de los resultados de las evaluaciones (indicadores publicados en las memorias de actividad de 2008-2013 y de 2016). Se establece como objetivo la elaboración, en 2018, de dos artículos: uno sobre resultados tras la aplicación de un programa de primeros episodios psicóticos dentro de la asistencia pública, y otro sobre resultados de la intervención familiar que se desarrolla dentro del programa.

Programa de Tratamiento de Primeros Episodios Psicóticos de La Ribera (PTPEP-La Ribera)

El programa se comenzó a implementar en 2014, aunque no de una manera estructurada. En enero de 2016 se constituye la unidad funcional y se empieza a desarrollar el proceso, de una forma más protocolizada. Desde este momento se intentó incluir en el programa aquellos casos que hasta la fecha se seguían de manera informal, e incorporarlos activamente al mismo. Actualmente se ha implementado el 100% del programa en base a su diseño original, aunque se considera que las acciones orientadas a la reinserción laboral tendrían margen de mejora.

El programa se caracteriza especialmente por desarrollarse en el ámbito comunitario, destacando la coordinación con Atención Primaria y con Educación.

Entre sus objetivos, se destaca contribuir a evitar hospitalizaciones iniciales, al conseguir actuar en las fases más tempranas de la enfermedad.

Criterios de admisión

El programa se dirige a pacientes que han experimentado un primer episodio psicótico y se encuentran dentro de los cinco primeros años de evolución de la enfermedad, en edades comprendidas entre los **16 y 45 años**. Actualmente, no se están incorporando pacientes con alto riesgo de desarrollo de psicosis.

Los pacientes que presentan consumo de tóxicos son incluidos en el programa. La UCA (Unidad de Conductas Adictivas) cuenta con un referente dentro del programa de primeros episodios.

Equipo

Actualmente, hay un psiquiatra referente en cada unidad, con un total de 3 en las USM de adultos, 1 en las USM Infanto-Juvenil, 1 de la UCA y 1 en la Unidad de Hospitalización psiquiátrica. Además, hay una enfermera en cada unidad, cuatro psicólogas en las USM, y un coordinador del programa. El programa cuenta además con una trabajadora social a tiempo parcial, compartida con otros servicios del hospital. Se carece de terapeuta. Todos los profesionales tienen una dedicación parcial al programa.

Enfermería tiene un papel determinante en todos los trastornos mentales graves. Planifica con el paciente y la familia el plan de tratamiento individualizado, registrando además las diferentes intervenciones y programando las visitas. Actúa como un gestor de casos. Además, es fundamental a la hora de realizar intervenciones complementarias sobre salud en general y para hacer seguimiento del paciente con el objetivo de evitar la posible desvinculación.

Instalaciones

La unidad funcional para la atención de primeros episodios psicóticos integra 1 Unidad de Hospitalización, 3 Centros de Salud Mental, 1 Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil y 1 UCA (Unidad de Conductas Abusivas).

Se ha designado un coordinador del programa y en cada una de las unidades hay dos personas de referencia (enfermería y/o psiquiatría). Todos los tratamientos individualizados se realizan en cada una de las unidades, aunque se centralizan los seguimientos grupales, tanto de familias como de pacientes.

Las intervenciones con el psiquiatra se realizan en las consultas habituales del psiquiatra referente para cada caso. Además, se utilizan salas para el trabajo en grupos en los Centros de Salud Mental (dentro de los Centros de Salud comunitarios).

Detección y derivación

El programa destaca por haber conseguido una buena tasa de derivación desde Atención Primaria al Programa. Aproximadamente, un 50% de los casos es derivado desde Atención Primaria.

Los profesionales de Atención Primaria cuentan con una guía específica que describe los factores de riesgo, los factores prodrómicos, y otras características habituales en este tipo de pacientes. También se incluye un protocolo de actuación frente a la sospecha de un primer episodio psicótico.

El resto de pacientes suele derivarse desde Urgencias Hospitalarias y, puntualmente, desde la UCA. Por otro lado, profesores y otros profesionales de la Educación pueden derivar casos a Atención Primaria, a quienes se les ha formado igualmente.

El tiempo máximo desde que el paciente es derivado al programa y atendido por un especialista es de 48 horas.

Intervención

Inicialmente, se realiza una evaluación tanto del paciente como de su entorno familiar. El tratamiento se individualiza completamente para cada paciente

Tras la fase aguda, se incorporan al tratamiento las intervenciones psicosociales, siempre de manera consensuada con los propios pacientes y sus familiares. El tratamiento psicosocial está dividido en diferentes fases. Los grupos de intervención se realizan por separado a familias y pacientes. Además, se contempla terapia familiar, en casos graves, con sesiones conjuntas con paciente y familia.

La frecuencia de las intervenciones depende de cada caso. Se realiza una evaluación de los objetivos marcados a los 3, 12, 18, 36 y 60 meses, con una duración del programa de 5 años. El principal objetivo del tratamiento es la recuperación del estado previo a la enfermedad. En función de la clínica del paciente, los objetivos que se marcan van variando.

Entre las intervenciones que se realizan en el programa destacan la terapia cognitiva-conductual, psicoeducación, intervención familiar (normalmente la familia y el paciente por separado), ayuda escolar y de empleo, orientación para el uso de recursos comunitarios, y opciones residenciales (puntual).

Además, se está trabajando en una iniciativa desde Atención Primaria para el desarrollo de una herramienta online en la que se desea incluir el proceso de primeros episodios psicóticos, con el objetivo de ofrecer ayuda online a los pacientes que lo necesiten.

Hasta la fecha, no se lleva a cabo terapia asertiva comunitaria con ninguno de los pacientes incluidos en el programa.

Enfermería lleva a cabo un subprograma de salud física para trastornos mentales graves donde se valoran todo tipo de comorbilidades, y que se aplica específicamente para los pacientes con primeros episodios psicóticos. Los materiales empleados en este subprograma no son específicos, y están disponibles para cualquier paciente del departamento.

Adherencia

Existe un protocolo específico para casos de desvinculación. En la propia consulta se trata la importancia de la adherencia al programa. Cuando el paciente no acude a una de las citas se ponen en marcha diferentes vías con el fin de localizar a la familia del paciente y lograr revertir la situación. También se incluye en el protocolo, contactar con el médico de atención primaria del paciente, y la puesta en marcha de diferentes estrategias por parte de la trabajadora social. Se realizan además sesiones específicas de psicoeducación para aprender a identificar señales de alarma y qué hacer cuando éstas aparecen.

Coordinación

Destaca la coordinación con Atención Primaria, que derivan los casos de sospecha al especialista con un objetivo de atención en un máximo de 48 horas.

En caso de posibles comorbilidades también hay un proceso de coordinación específico.

Con Servicios Sociales y Educación hay buena coordinación, derivando a Atención Primaria los casos que consideran de riesgo.

Con el resto de profesionales sanitarios la coordinación se realiza a través de la historia clínica electrónica, actualizada y accesible en cualquier momento para cualquier profesional. No hay ningún protocolo específico para pacientes con primeros episodios psicóticos.

También se trabaja a través del **programa AULA**, enfocado a la sensibilización en ámbito escolar. Se trabaja con los orientadores escolares y Atención Primaria, a quienes se les ha facilitado una guía para explicar qué hacer en caso de sospecha, duda o tras la reincorporación de un niño tras un brote psicótico.

Formación

Se ha realizado formación a profesionales de Atención Primaria centrada en detección precoz y cómo actuar en caso de sospecha de un caso psicótico, de forma continuada.

Se incluyen además residentes de Atención Primaria en las formaciones. Se ha hecho formación en las diez zonas básicas de salud del Departamento de La Ribera. También se ha realizado un curso oficial de la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES) organizado por la Consejería de Sanidad y Salud Pública en Castellón, Alicante y Valencia. Principalmente se forman profesionales sanitarios en promoción de la salud mental y detección precoz.

El programa recibe residentes de MIR en psiquiatría y EIR. Aunque no tienen estudiantes de PIR propios, sí se han recibido residentes de otros departamentos que realizan rotaciones en el servicio.

Con profesores se realizó un curso específico de sesiones mensuales para formar en diferentes aspectos en Salud Mental, entre ellos la psicosis. En la actualidad, se mantienen sesiones semestrales de continuidad.

Investigación

La investigación está integrada en la práctica clínica, con el análisis de los resultados clínicos tras la detección precoz, y las principales vías de derivación. La investigación está enfocada en analizar el impacto clínico de un programa de estas características.

Evaluación del programa

Se realiza de manera periódica un análisis de indicadores propios del programa.

También se reportan indicadores básicos a la Generalitat Valenciana desde 2016.

Programa de Tratamiento de Primeros Episodios Psicóticos del Departamento de Salud de Departamento de Valencia Clinic – La Malvarrosa

El programa se pone en marcha en 2010, con la dotación de una plaza en el Hospital Clínico de Valencia específica para primeros episodios psicóticos.

Los objetivos principales del programa son la detección, derivación rápida, evaluación rápida y tratamiento personalizado, integral e integrado. Para ello se aplican diferentes intervenciones específicas tanto psicológicas como farmacológicas y psicosociales, con el fin de:

- Evitar o demorar la transición a la psicosis
- Reducir el periodo de psicosis sin tratar (DUP)
- Evitar las hospitalizaciones traumáticas y reducir los internamientos involuntarios
- Reducir el riesgo de recaídas
- Minimizar la comorbilidad y riesgos asociados (depresión, estrés postraumático, abuso de sustancias...)
- Reducir el riesgo de suicidio
- Facilitar y estimular la implicación en el tratamiento de familia y paciente
- Favorecer el mantenimiento de la calidad de vida del paciente y su familia

Desde su creación se planteó la necesidad de integrar los proyectos de investigación financiados, principalmente por el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) y otras entidades públicas, llevados a cabo en el servicio de Psiquiatría con el fin de mejorar la asistencia clínica y consiguiendo una integración entre la práctica clínica y la investigación.

Actualmente únicamente un psiquiatra trabaja de forma exclusiva en el programa. El resto de profesionales sanitarios que prestan asistencia en el mismo, no tienen exclusividad. La unidad de investigación en primeros episodios, que cuenta con 4 profesionales a tiempo completo y uno a tiempo parcial, contribuye también a facilitar una mejor asistencia, al contribuir a la integración de investigación con la clínica.

Este programa da cobertura a **330.000 habitantes, dentro del Departamento de Valencia Clinic – La Malva Rosa**. Desde la implementación del programa en el hospital, se ha logrado reducir el número de reingresos. Actualmente, se están analizando los cambios a nivel de evolución clínica y funcional en el seguimiento, teniendo en cuenta las limitaciones del programa.

El programa no se incluye en la cartera de servicios del hospital ni recibe financiación específica por parte de la administración sanitaria. Cuenta con un protocolo específico, que no ha podido implementarse de manera completa por la mencionada falta de recursos a nivel asistencial.

Criterios de admisión

La población diana de la Unidad se estableció inicialmente como personas que han tenido un primer episodio de psicosis y que se encuentran dentro de los 5 primeros años de evolución de la enfermedad.

El criterio actual de acceso al programa es cualquier paciente con un primer episodio psicótico, en edad comprendida entre **18 y 45 años**, aunque se aceptan pacientes hasta los 65 años. Los pacientes menores de edad son derivados al equipo infanto-juvenil, por lo que no serían evaluados por el equipo del programa.

Aunque formalmente no se incluyen en el programa pacientes con estados mentales de alto riesgo, si llega algún caso a la unidad, son evaluados igualmente. Aun así, no se ha realizado ninguna acción dirigida a mejorar la detección y derivar estos pacientes al programa, principalmente por la falta de recursos para abarcar la demanda.

En el programa se incluyen pacientes con consumo de tóxicos.

Equipo

Únicamente un psiquiatra trabaja de forma exclusiva en la Unidad. El resto de profesionales sanitarios, no tienen exclusividad a la misma.

Se cuenta con una psicóloga con contrato fijo del hospital, que dedica una mañana a la semana a la atención de primeros episodios psicóticos, por interés personal.

En cuanto a profesionales incorporados a través de proyectos de investigación, el programa incluye una enfermera contratada por CIBERSAM de forma fija e indefinida que evalúa a todos los pacientes del programa, y controla sus agendas e intervenciones. Además, la unidad cuenta con un neuropsicólogo, incorporado a través de una beca de la Consejería de Sanidad y Salud Pública, programa PROMETEO, que participa en las intervenciones psicológicas y evaluación clínica.

Gracias a estos profesionales, incorporados a través de otros recursos, en todos los pacientes se ha realizado una evaluación muy completa, con aplicación de escalas clínicas y realización de resonancias magnéticas.

Además, se cuenta dentro del equipo de investigación, con dos especialistas en genética y uno en imagen (a tiempo parcial).

Instalaciones

Las intervenciones se realizan en las consultas externas y salas del servicio del Hospital Clínico de Valencia, sin que se haya habilitado espacios exclusivos para el programa. No se dispone de áreas específicas, adaptadas a personas jóvenes.

Se cuenta con diferentes recursos de apoyo: dispositivos de hospitalización (hospitalización domiciliaria en salud mental, unidad de agudos e interconsulta de psiquiatría), red de rehabilitación, y unidades de conductas adictivas.

Detección y derivación

Principalmente los pacientes son derivados a la unidad desde los Centros de Salud Mental y desde Urgencias.

Se dispone de un sistema de **Derivación Rápida desde Atención Primaria** para casos de sospecha de psicosis. Aunque el tiempo de derivación para otras patologías es bastante largo, para primeros episodios se ha logrado un **máximo de 15 días**, estimándose una **media de 8 días**. Esta situación también ha provocado un aumento del número de derivaciones. Las líneas de investigación desarrolladas en la Unidad están también facilitado un mayor número de derivaciones al programa.

Se han realizado hasta la fecha varios cursos de formación dirigidos a médicos de Atención Primaria con el objetivo de mejorar la derivación de los pacientes psicóticos a la unidad.

Intervención

Tras una evaluación completa inicial, incluyendo análisis para las líneas de investigación vigentes, se decide qué tipo de intervención es la adecuada, y se personaliza (diseño de un Plan individualizado e integrado para cada paciente). A partir de una evaluación de las necesidades del paciente, se ofertará de forma individualizada los diferentes componentes que se han mostrado relevantes en este tipo de poblaciones

El tratamiento se mantiene durante lo que duren las intervenciones estructuradas y en cualquier caso durante un máximo de 3 años, derivando posteriormente al Centro de Salud Mental. Sin embargo, ciertos pacientes siguen siendo atendidos en la unidad hasta 5 años, en función de su evolución. La falta de coordinación entre el equipo de primeros episodios y clínicos de los Centros de Salud Mental se considera, en ciertos casos, la razón por la que se prefiere mantener a un paciente durante más tiempo en la unidad, con el fin de evitar una posible recaída.

La frecuencia de las visitas es semanal durante los tres primeros meses de tratamiento. Posteriormente, se realizan intervenciones quincenales o mensuales dependiendo de la evolución del paciente. Se hace revisión mensual de los objetivos. La finalidad es conseguir una alianza terapéutica con el paciente para evitar la desvinculación.

El objetivo del tratamiento es conseguir que todos los pacientes, una vez estabilizados, tengan acceso a tratamiento farmacológico, psicoterapéutico y social tanto para el paciente como para la familia. En función de la gravedad del caso, el paciente puede ser derivado a otros profesionales (servicios sociales, psicología, etc.).

Destaca el programa dirigido a familiares que incluye técnicas de comunicación con el enfermo, establecimiento de objetivos y expectativas realistas, y terapia familiar. Por otro lado, también se ofrecen intervenciones metacognitivas y terapia cognitiva-conductual e intervención familiar previa en pacientes con una alta inestabilidad emocional.

A través de una psicóloga se desarrolló un subprograma específico gracias a financiación para investigación. Al finalizar esta ayuda no se ha conseguido mantener estas intervenciones, que actualmente no se prestan en el programa.

El programa carece de un hospital de día, aunque se pueden remitir a centros concertados.

Los Centros de Rehabilitación e Integración Social (CRIS) llevan a cabo las intervenciones de carácter social, a través de actividades con pacientes, programas culturales, etc. Son centros concertados con el Hospital Clínico Universitario de Valencia. Se revisan los casos con el asistente social una vez al mes, para definir qué pacientes se pueden beneficiar de dichas intervenciones. A pesar de estar disponibles estas alternativas, el número de pacientes que se benefician de una intervención psicológica y psicosocial es bastante limitado.

Existe un tratamiento diferenciado en fase de ingreso y para pacientes ambulatorios. Los pacientes ingresados no son seguidos por el propio equipo de PEP. Uno de los problemas detectados es que el principal objetivo en la unidad de agudos es disminuir la estancia, por lo que el tratamiento farmacológico intensivo puede dificultar la adherencia de los pacientes. La transición desde la hospitalización hasta el equipo de PEP puede verse dificultado en algunas ocasiones. Por ello se desea incluir a un coordinador del programa en la unidad de agudos, para facilitar la incorporación del paciente a la unidad.

Aunque no se ha desarrollado ninguna actividad específica para estos pacientes sobre hábitos saludables y manejo del estrés, se les facilita información a través de folletos (no específicos y también disponibles para otros pacientes), y de la página web vocesenlacabeza.com.

Actualmente no se oferta terapia asertiva comunitaria. El servicio cuenta con un equipo de atención domiciliaria, pero no es específico para pacientes con primeros episodios psicóticos. Una psicóloga acude al domicilio para realizar intervenciones en casos puntuales.

Adherencia

Recientemente se ha desarrollado una aplicación móvil vinculada a la historia clínica del paciente, de tal manera que quede reflejada en la propia historia clínica diferentes variables como el estado de ánimo, ansiedad, irritabilidad, etc. El objetivo es conocer la actividad del paciente con el fin de identificar más fácilmente síntomas de alarma que sean señal de una

recaída y mejorar la adherencia del paciente. Además, permite mandar un mensaje de alarma al especialista, que se contesta en menos de 48 horas. Con el objetivo de conocer su aceptación, se realizó una encuesta a pacientes el que el 70% valoraba este servicio de manera positiva.

No existe ningún otro protocolo específico dirigido a evitar la desvinculación de los pacientes en el programa, aplicándose el programa psicoeducativo, el vínculo terapéutico y el uso de antipsicóticos de larga duración.

Coordinación

La principal vía de comunicación con estos profesionales, y los de otros servicios, se realiza a través de la historia clínica electrónica, y no se realizan sesiones de coordinación con ellos.

Cualquier intervención médica o de enfermería durante la permanencia en el programa queda reflejada en la documentación clínica integrada en el Sistema ABUCASIS. Al final del programa, se envía un Informe de Alta a los facultativos responsables, Trabajador Social y MAP (mediante informe en ABUCASIS).

Anteriormente se realizaron reuniones con médicos de Atención Primaria, pero no existe una coordinación efectiva.

A pesar de trabajar con pacientes que consumen tóxicos, la coordinación con las Unidades de Conductas Adictivas (UCA) se considera mejorable.

Con los servicios sociales se mantiene una reunión mensual donde se revisan los casos incluidos en el programa.

Formación

Con Atención Primaria se hizo hace tres años una formación específica en primeros episodios psicóticos y se diseñó un circuito rápido de derivación para los Centros de Salud con el objetivo de conseguir reducir el tiempo de la psicosis sin tratar.

Para especialistas en Salud Mental se han realizado talleres, como mínimo anualmente, sobre primeros episodios psicóticos aprovechando los congresos científicos. No se trata de formación regular, sino esporádica y no reglada.

También se ha realizado un curso oficial de la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES) organizado por la Consejería de Sanidad y Salud Pública en Castellón, Alicante y Valencia. Principalmente se forman profesionales sanitarios en promoción de la salud mental y detección precoz.

Destaca la realización de dos cursos intensivos en 2015 y 2016 dirigido principalmente a terapeutas en formación, pero abierto a todos los profesionales. Son cursos de dos días de duración que incluyen el entrenamiento con vídeos.

En cuando a la formación a residentes, se realiza un entrenamiento específico sobre el abordaje en las intervenciones con pacientes con primeros episodios psicóticos. Actualmente hay MIR en psiquiatría, PIR y EIR. La rotación es voluntaria, pero el objetivo es que la estancia sea obligatoria y que cada estudiante puede participar en el seguimiento y tratamiento de algún paciente incluido en el programa.

Investigación

La Unidad destaca por su actividad investigadora, lo que le ha permitido dotarse de recursos a través de agencias financiadoras públicas y privadas.

Asociado a sus líneas de investigación a desarrollado una base de datos para el seguimiento de indicadores de proceso y resultados, publicados en revistas de impacto y congresos internacionales.

Se ha desarrollado un Cuaderno de recogida de datos que se realiza a la incorporación del paciente al programa PEP. Se incluye información sobre la inclusión en el programa y recoge los siguientes apartados:

- **Plan de Evaluaciones:** general, de exploraciones complementarias, escalas clínicas y neuropsicológicas.
- **Identificación del paciente**

- **Datos de historia clínica** (incluyendo derivación y datos sociodemográficos además de aspectos sobre el diagnóstico y tratamiento)
- **Escalas en visita basal**
- **Pruebas complementarias**
- **Incidencias**

Los principales proyectos de investigación activos en la unidad incluyen:

- FIS. PI 17/00402. Resonancia magnética funcional y expresión génica como marcadores predictivos en Primeros Episodios Psicóticos.
- BECA PROMETEO /2016/082 de la Consejería de Sanidad y Salud Pública de la Comunidad Valenciana (para grupos de excelencia de investigación. Con particular atención a los primeros episodios psicóticos.

Se destaca también las tesis doctorales sobre primeros episodios psicóticos desarrolladas en el marco del programa:

- Pau Soldevila. La activación cerebral ante un paradigma emocional en Primeros Episodios Psicóticos.
- Carlos González. Seguimiento longitudinal de los patrones de activación en Resonancia Magnética Funcional en primeros Episodios Psicóticos.
- Olga Sparano. Estudio naturalísimo de seguimiento a 7 años de una cohorte de pacientes con Primeros Episodios Psicóticos.

Evaluación del programa

Para la evaluación y seguimiento de las actividades del programa, se ha definido los siguientes indicadores:

- Buenas prácticas:
 - Existencia de guías clínicas y trayectorias o vías.
 - Existencia de protocolos y diagramas de flujo.
- Metodología de evaluación: Los *'peer review'* de casos evaluarán el grado de cumplimentación de estos dos indicadores.

- Garantías de tiempo: demora en la primera evaluación (Fecha de valoración y escalas/fecha de propuesta). Objetivo: < o igual 15 días.
- Continuidad de cuidados (regularidad de las visitas). Objetivo: < o igual 1 mes
- Eficacia:
 - Relación de recaídas (nº de pacientes que han tenido una recaída en un año sobre el total de pacientes del programa)
 - Acumulativo de ingresos hospitalarios (nº de pacientes que han ingresado, sobre el total de pacientes del programa)
- Eficiencia:
 - Evolución del gasto de Capítulo II en adquisiciones de farmacia hospitalaria
- Resultados en salud:
 - Estado de funcionamiento global (% de pacientes que mejoran su funcionamiento global a lo largo de un año)
 - Mejora en síntomas positivos (nº de pacientes que mejoran los resultados en la PANSS)
 - Mejora en calidad de vida (nº de pacientes que mantienen o mejoran los resultados desde la evaluación inicial y al año)
 - Relación de recaídas (nº de pacientes que han tenido una recaída en un año sobre el total de pacientes del programa)
 - Acumulativo de ingresos hospitalarios (nº de pacientes que han ingresado, sobre el total de pacientes del programa)
 - Percepción de recuperación de los pacientes (Porcentaje de pacientes que refieren mejora en su recuperación)
- Acontecimientos adversos:
 - Monitorización activa de los efectos secundarios de la medicación
 - Prevalencia de los intentos de suicidio (nº de pacientes que informan de algún intento de suicidio durante un año)
- Continuidad de cuidados:
 - Proporción de abandonos (nº de pacientes que abandonan el programa antes de cumplir un año dividido por todos los pacientes vinculados al mismo)
 - Seguimiento comunitario tras hospitalización (nº de pacientes que han acudido al menos a una cita después de la hospitalización dividido por nº de pacientes tratados tras un ingreso)
 - Nº de pacientes con revisión semestral del programa individualizado (nº de pacientes que han sido revisados en un año)

- Elaboración de programas personalizados (Numero de programas realizados del total de pacientes vinculados al mismo)
- Gestión de la tecnología empleada:
 - Control Gasto farmacéutico
 - Control del gasto pruebas complementarias
 - Revisión de protocolos
- Gestión de recursos humanos:
 - Desarrollo de programas específicos de formación
- Gestión de la información:
 - Protocolos de gestión de la Historia Clínica con ABUCASIS e integración con el Módulo de Investigación
- Calidad percibida por el cliente:
 - Satisfacción del paciente (encuesta de satisfacción)
 - Satisfacción de la familia (encuesta de satisfacción)

Programa de Tratamiento de Primeros Episodios Psicóticos del Departamento de Salud de Departamento de Valencia – Dr. Peset

El programa se ubica en la Unidad de Salud Mental (USM) Fuente de San Luis, en Valencia.

Se ha implementado en enero de 2017 con el objetivo de ofrecer una atención temprana y optimizada a aquellos pacientes que presentan un primer episodio psicótico dentro del periodo crítico desde el inicio de la psicosis, establecido en 5 años. Por lo tanto, la detección, derivación y evaluación rápida y el tratamiento personalizado, integral e integrado, son las bases del desarrollo del programa.

Se pretende reducir el impacto de la psicosis en el paciente y su familia:

- Reduciendo el periodo de psicosis sin tratar (DUP)
- Evitando las hospitalizaciones traumáticas y reduciendo los internamientos involuntarios
- Reduciendo el riesgo de recaídas

- Minimizando la comorbilidad y riesgos asociados (depresión, estrés post-traumático, abuso de sustancias, etc.)
- Reduciendo el riesgo de suicidio
- Facilitando y estimulando la implicación en el tratamiento de familia y paciente
- Favoreciendo el mantenimiento de la calidad de vida del paciente y su familia

El programa da cobertura a una población de **130.000 habitantes** atendida por la Unidad de Salud Mental Fuente de San Luis.

Criterios de admisión

Se incorporan al programa aquellos pacientes, **entre los 16 y 46 años**, que presentan un primer episodio psicótico y que se encuentran dentro de los 5 primeros años de evolución de la enfermedad.

Se establecen como criterios de exclusión la existencia de patología orgánica diagnosticada, claramente relacionada con el inicio del cuadro, discapacidad intelectual moderada o grave, o una alta dependencia de sustancias adictivas que impida la intervención.

Equipo

Se establece como coordinador del proceso al Jefe de Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Doctor Peset. Sus responsabilidades incluyen evaluar la definición de límites y contenidos del proceso, establecer medidas y objetivos de mejora, coordinarse con los responsables funcionales afectados, establecer los mecanismos de control sobre el proceso, e identificar las acciones de mejora, asignar responsables y realizar el seguimiento de los planes de mejora, informando periódicamente al gerente del hospital.

El equipo es interdisciplinar, incluyendo 2 profesionales de psiquiatría, uno de psicología, uno de enfermería, y una trabajadora social. El equipo de trabajo se ha establecido teniendo en cuenta las tasas de incidencia y de prevalencia de la psicosis, en una ratio de 10-15 casos/profesional. Todos los profesionales del equipo tienen una dedicación parcial al programa, con una agenda compartida con el resto de atención a pacientes en la Unidad.

Instalaciones

Se utilizan las consultas de la Unidad de Salud Mental Fuente de San Luis. No se cuenta con zonas exclusivas para el programa.

Detección y derivación

Dentro de los objetivos del programa se establece la detección temprana y el acceso rápido a los servicios de salud mental especializados. Los dispositivos que pueden derivar a estos pacientes son Atención Primaria, Urgencias Hospitalarias, y los Centros de Salud Mental – consultas externas del Departamento de Salud de Valencia – Dr. Peset.

Se establece como objetivo un máximo de 15 días desde la derivación a la primera evaluación. Tras la recepción de la solicitud, se valora la propuesta por el equipo dando una respuesta de inclusión o exclusión.

Intervención

Una vez el paciente ha sido derivado al programa, se realiza una evaluación para determinar si cumple con los requisitos establecidos. Una vez se ha confirmado el diagnóstico y las circunstancias clínicas y psicosociales del paciente, se formula y aplica, en un plazo tres meses, un plan de tratamiento integrado y coordinado de las intervenciones farmacológicas y las psicosociales (psicológicas y de rehabilitación), individualizado para cada paciente, con la participación activa de la familia y el propio paciente. Este programa de Atención Individualizado (PAI) se entiende como un conjunto de objetivos asistenciales y sociales en base a los requerimientos del paciente. Se recoge electrónicamente, se incluyen los objetivos y metas planteadas, y se hace seguimiento de los resultados. Por ello, se debe especificar, para cada área las actuaciones concretas y las personas responsables de la ejecución de las mismas.

El tratamiento se mantiene durante un máximo de 3 años, aunque puede extenderse hasta 5 años dependiendo de la evolución del paciente. Una vez el paciente recibe el alta, es derivado a los profesionales del Centro de Salud Mental correspondiente.

Los tratamientos psicológicos y psicosociales son los elementos centrales, no solo dirigidos a reducir los síntomas positivos y negativos, sino también a gestionar la comorbilidad secundaria y promocionar la recuperación y la salud mental positiva.

A partir de la evaluación de las necesidades del paciente, se ofertan diferentes elementos de psicoterapia de orientación cognitiva, tales como psicoeducación y terapia cognitiva conductual. También se realiza un plan asistencial social y de asistencia familiar, junto con un tratamiento farmacológico. Una vez estabilizado el paciente, se recurre también a la psicoeducación, prevención y tratamiento de morbilidad secundaria, y terapias psicosociales con el fin de recuperar el funcionamiento previo del paciente y la reinserción en su círculo social, laboral o educativo.

El cuidado de la salud física es un elemento más del plan de tratamiento. Por ello, conjuntamente con los profesionales de Atención Primaria, se evalúan y tratan los problemas de salud física en los casos indicados.

Adherencia

Se busca establecer, desde la fase aguda de la enfermedad, las bases de una relación terapéutica que favorezca la adherencia y la participación en el tratamiento por parte de la familia y el paciente. Además, se ofrece la posibilidad de realizar un tratamiento domiciliario al principio del tratamiento, con el fin de mejorar la adherencia terapéutica, en aquellos casos de mayor riesgo.

Coordinación

La coordinación con Atención Primaria está protocolizada y es de máxima importancia.

Formación

Está prevista la realización de actividades de promoción de la calidad científico-técnica a través de acciones de formación continuada encaminada a la mejora del proceso, con participación activa de los profesionales en reuniones e impulso de la cultura de gestión de calidad. Por ello, se prevé el desarrollo de programas específicos de formación.

Durante el año 2017 ya se han desarrollado varias sesiones formativas en el Departamento. También se ha realizado un curso oficial de la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES), organizado por la Consejería de Sanidad y Salud Pública en Castellón, Alicante y Valencia. Principalmente se forma a profesionales sanitarios en promoción de la salud mental y detección precoz.

Evaluación del programa

Debido a su creación en 2017, aún no se ha realizado una evaluación de resultados. Al igual que en el Hospital Clínico de Valencia, se seguirán los siguientes indicadores según la descripción formal del programa:

- Buenas prácticas:
 - Existencia de guías clínicas y trayectorias o vías.
 - Existencia de protocolos y diagramas de flujo.
 - Metodología de evaluación: Los *'peer review'* de casos evaluarán el grado de cumplimentación de estos dos indicadores.
 - Garantías de tiempo: demora en la primera evaluación (Fecha de valoración y escalas/fecha de propuesta). Objetivo: < o igual 15 días.
 - Continuidad de cuidados (regularidad de las visitas). Objetivo: < o igual 1 mes
- Eficacia:
 - Relación de recaídas (nº de pacientes que han tenido una recaída en un año sobre el total de pacientes del programa)
 - Acumulativo de ingresos hospitalarios (nº de pacientes que han ingresado, sobre el total de pacientes del programa)
- Eficiencia:
 - Evolución del gasto de Capítulo II en adquisiciones de farmacia hospitalaria
- Resultados en salud:
 - Estado de funcionamiento global (% de pacientes que mejoran su funcionamiento global a lo largo de un año)
 - Mejora en síntomas positivos (nº de pacientes que mejoran los resultados en la PANSS)
 - Mejora en calidad de vida (nº de pacientes que mantienen o mejoran los resultados desde la evaluación inicial y al año)

- Relación de recaídas (nº de pacientes que han tenido una recaída en un año sobre el total de pacientes del programa)
- Acumulativo de ingresos hospitalarios (nº de pacientes que han ingresado, sobre el total de pacientes del programa)
- Percepción de recuperación de los pacientes (Porcentaje de pacientes que refieren mejora en su recuperación)
- Acontecimientos adversos:
 - Monitorización activa de los efectos secundarios de la medicación
 - Prevalencia de los intentos de suicidio (nº de pacientes que informan de algún intento de suicidio durante un año)
- Continuidad de cuidados:
 - Proporción de abandonos (nº de pacientes que abandonan el programa antes de cumplir un año dividido por todos los pacientes vinculados al mismo)
 - Seguimiento comunitario tras hospitalización (nº de pacientes que han acudido al menos a una cita después de la hospitalización dividido por nº de pacientes tratados tras un ingreso)
 - Nº de pacientes con revisión semestral del programa individualizado (nº de pacientes que han sido revisados en un año)
 - Elaboración de programas personalizados (nº de programas realizados del total de pacientes vinculados al mismo)
- Gestión de la tecnología empleada:
 - Control del gasto farmacéutico
 - Control del gasto pruebas complementarias
 - Revisión de protocolos
- Gestión de recursos humanos:
 - Desarrollo de programas específicos de formación
- Gestión de la información:
 - Protocolos de gestión de la Historia Clínica con ABUCASIS e integración con el Módulo de Investigación
- Calidad percibida por el cliente:
 - Satisfacción del paciente (encuesta de satisfacción)
 - Satisfacción de la familia (encuesta de satisfacción)

Extremadura

ITP en Plan de Salud Mental de Extremadura

III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020

Recientemente se ha publicado el **III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020**, que está actualmente vigente.

En el anterior Plan Integral de Salud Mental de Extremadura correspondiente al periodo 2007-2012 se recogían los siguientes aspectos específicos sobre diagnóstico e intervención precoz.

Dentro del objetivo 2: Prevenir los problemas de salud mental y la conducta suicida, la actuación 2.2. Incrementar la capacidad de **diagnóstico e intervención precoces de problemas de salud mental** en los diferentes niveles asistenciales, **especialmente en grupos de riesgo y población vulnerable**: ancianos, **niños y adolescentes**, población inmigrante, población penitenciaria, personas con riesgo de exclusión social y marginalidad, personas con discapacidad intelectual o con enfermedades crónicas y alta dependencia. Además, el cronograma de acciones a desarrollar entre 2011-2012 incluía la existencia de **al menos tres programas de intervención precoz en grupos de riesgo y en población vulnerable**".

El nuevo **Plan Integral de Salud Mental 2016-2020** recoge la **necesidad de implantar programas de atención precoz** dentro del **objetivo 7: Actualizar y redefinir el programa de Trastorno Mental Grave existente, en forma de Proceso Asistencial Integrado para Extremadura**. La ejecución de este objetivo está liderada por la Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales del SES (Servicio Extremeño es Salud), la Unidad de Programas Asistenciales del SEPAD (Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia) y el Servicio de Autorización, Acreditación, Evaluación y Calidad de la Dirección General de Planificación, Formación y Calidad Sanitarias y Sociosanitarias de la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales. Además, las siguientes unidades son responsables de su implementación:

- Dirección Gerencia del SES
- Dirección Gerencia del SEPAD

- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Dirección General de Planificación, Formación y Calidad Sanitarias y Sociosanitarias de la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales

Dentro del objetivo 7, se define la **acción 7.1.**: Elaboración, aprobación e implantación del nuevo Proceso Asistencial Integrado del Trastorno Mental Grave (TMG) de la Red de Salud Mental de Extremadura (RSMEx), que incluya la **atención precoz a primeros episodios**.

Para el seguimiento de este objetivo, se especifican los siguientes indicadores:

- Existencia y aprobación del Proceso Asistencial Integrado (PAI) de TMG, incluyendo la atención precoz a primeros episodios
- Grado de implantación del PAI de TMG

Todos los procesos asistenciales desarrollados se coordinan a través de la Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales, dentro de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES.

Por otro lado, el **objetivo 49 (Mejorar la prevención de los problemas de salud mental en Extremadura)** hace mención a la importancia de la intervención temprana. Se incluye la **acción 49.1.: Aumento de la capacidad de detección e intervención precoz** de problemas de Salud Mental en **pediatría** y en los **ámbitos educativo y laboral**. Para el seguimiento de este objetivo, se establecen los siguientes indicadores:

- Selección, difusión y fomento del uso de **herramientas específicas para la detección e intervención precoz** de los problemas de Salud Mental en **pediatría** y los **ámbitos educativo y laboral**.
- **Revisión y actualización del documento para el abordaje de la Salud Mental en pediatría**, incluido en Actividades de Prevención y Promoción de la Salud en la Infancia y Adolescencia del SES.
- Actuaciones llevadas a cabo para la difusión de la revisión y actualización del documento para el abordaje de la Salud Mental en pediatría, incluido en Actividades de Prevención y Promoción de la Salud en la Infancia y Adolescencia del SES.

Por otro lado, la **acción 49.2. recoge el Establecimiento de mecanismos de coordinación** entre los **ámbitos sanitario, social, educativo y laboral** que faciliten la capacidad de **detección precoz** de problemas de Salud Mental, con los siguientes indicadores de seguimiento:

- Existencia de un **grupo multisectorial de coordinación para la detección precoz** de problemas de Salud Mental, en funcionamiento.
- Número de reuniones y/o actividades llevadas a cabo por el grupo multisectorial de coordinación para la detección precoz de problemas de Salud Mental/año.

Desde la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales de la Junta de Extremadura se asume el **compromiso de financiación** de lo recogido en el actual documento de planificación sanitaria y social en Salud Mental, como máxima expresión de la Sociedad Extremeña en su deseo de mejorar la atención a las personas con enfermedad mental y sus familias, en la medida que los condicionantes socioeconómicos vayan permitiendo la implementación de las actuaciones previstas en este III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020.

Tabla 38. **Objetivos e indicadores en relación a la Intervención Temprana en Psicosis en el III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020**

Procesos asistenciales integrados en Salud Mental	
Objetivo 7. Actualizar y redefinir el programa de Trastorno Mental Grave existente, en forma de Proceso Asistencial Integrado para Extremadura	
ACCIONES	INDICADORES DE EJECUCION
Acción 7.1. Elaboración, aprobación e implementación de un nuevo Procesos Asistencial Integrado del TMG de la RSMEEx, que incluya la atención precoz a primeros episodios	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existencia y aprobación del PAI de TMG, que incluya la atención precoz a primeros episodios ▪ Grado de implementación del PAI de TMG
Promoción de la salud Mental y prevención de la enfermedad mental	
Objetivo 49. Mejorar la prevención de los problemas de Salud Mental en Extremadura	
ACCIONES	INDICADORES DE EJECUCION
Acción 49.1. Aumento de la capacidad de detección e intervención precoz de problemas de Salud Mental en pediatría y en los ámbitos educativo y laboral	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Selección, difusión y fomento del uso de herramientas específicas para la detección e intervención precoz de los problemas de salud Mental, en pediatría y los ámbitos educativo y laboral ▪ Revisión y actualización del documento para el abordaje de la Salud Mental en pediatría, incluido en Actividades de Prevención y Promoción de la Salud en la Infancia y Adolescencia del SES ▪ Actuaciones llevadas a cabo para la difusión de la revisión y actualización del documento para el abordaje de la Salud Mental en pediatría, incluido en Actividades de Prevención y Promoción de la Salud en la Infancia y Adolescencia del SES

<p>Acción 49.2. Establecimiento de mecanismos de coordinación entre los ámbitos sanitario, social, educativo y laboral que faciliten la capacidad de detección precoz de problemas de Salud Mental</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existencia de un grupo multisectorial de coordinación para la detección precoz de problemas de Salud Mental, en funcionamiento ▪ Número de reuniones y/o actividades llevadas a cabo por el grupo multisectorial de coordinación para la detección precoz de problemas de Salud Mental/año
--	---

Fuente: III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020

El **Consejo Regional de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Extremadura** velará, entre otras funciones, por el cumplimiento de los objetivos de los Planes Integrales de Salud Mental de Extremadura, así como de los objetivos relacionados con la salud mental contemplados en los planes y estrategias de salud de la Comunidad Autónoma. El último plan de salud mental ha sido aprobado por dicho Consejo.

Este organismo cuenta con representantes de instituciones del ámbito sanitario, social, educativo, justicia, etc., destacando especialmente, la presencia en el mismo, de asociaciones de pacientes y familiares:

- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES y Dirección General de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia del SES competentes en materia de Formación, Asistencia Sanitaria, Salud Pública, Infancia y Familia, Calidad y Equidad Educativa
- Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales con competencias en materia de salud mental del SES perteneciente a la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Unidad de Gestión de Programas Asistenciales de la Dirección General competente en materia de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia del SEPAD
- Servicio Extremeño Público de empleo
- Instituciones Penitenciarias de Extremadura
- Fiscalía del Tribunal Superior de Justicia de Extremadura
- Coordinadores de Salud Mental de Área del SES
- Centros de Rehabilitación Psicosocial
- Centros Sociosanitarios de Mérida y Plasencia
- Direcciones técnicas de los programas residenciales, de ocio y de integración laboral
- Asociaciones, de ámbito regional, de familiares y personas con enfermedad mental
- Asociaciones de profesionales, de ámbito regional, relacionadas con la salud mental
- Sociedades científicas, de ámbito regional, relacionadas con la salud mental

Situación de la implantación de programas ITP en Extremadura

No se ha establecido ningún programa de Intervención Temprana en Psicosis en la Comunidad Autónoma. No se ha dedicado ni financiación ni plazas específicas para el desarrollo de ningún programa de ITP.

En los últimos años, se han desarrollado acciones locales impulsadas por algunos clínicos, utilizando los recursos existentes en Extremadura. Actualmente, no hay ningún grupo de trabajo enfocado en esta temática. Una vez que los pacientes con un primer episodio psicótico acceden a los equipos de Salud Mental, la atención es adecuada.

Cabe destacar la dificultad para centralizar la asistencia, en el caso de este tipo de pacientes debido a la extensión de la región y la dispersión de la población. Atendiendo a estas características, se consideró más conveniente plantear subprogramas en cada una de las áreas de salud. En este caso la principal barrera es la limitación de recursos para crear equipos exclusivos o con dedicación especial para un número de pacientes reducido.

Un modelo propuesto por los clínicos sería la creación de plazas de psiquiatría específicas en las áreas de Mérida, Cáceres y Badajoz, y coordinar las demás estructuras desde allí para realizar las intervenciones adecuadas en este tipo de pacientes. El seguimiento y control de estos pacientes debería mantenerse como mínimo dos años.

Como ejemplo de trabajo por programas en la Comunidad, se ha implantado un programa para patología dual.

Con el fin de homogenizar las intervenciones que se realizan en toda la Comunidad Autónoma, se está trabajando en el desarrollo de un **proceso asistencial para TMG** donde se incluyan los primeros episodios psicóticos. Este proceso asistencial está en fase de planificación, y se estima su aprobación en el primer trimestre de 2018. Se está trabajando con un grupo de profesionales de la red de salud mental de los diferentes dispositivos, y servicios centrales. Se pretende que la propia historia clínica electrónica (HCE) sirva como nexo entre las diferentes intervenciones incluidas en el plan de cada paciente, así como medio de comunicación entre los diferentes profesionales. Como inicio del proceso se plantea la necesidad de realizar una reunión multidisciplinar inicial que valore la inclusión de cada paciente.

Además, la HCE única en Extremadura servirá para recoger la información necesaria para explotar los indicadores de evaluación del proceso asistencial.

Galicia

ITP en Plan de Salud Mental de Galicia

Plan Estratégico de Salud Mental de Galicia 2006-2011

En Galicia, el último plan autonómico de Salud Mental publicado es el **Plan Estratégico de Salud Mental de Galicia 2006-2011**. Actualmente se están formando grupos de trabajo para elaborar el nuevo Plan de Salud Mental de Galicia. En enero de 2018 se llevarán a cabo las primeras reuniones, y se ha marcado como objetivo, finales de 2018 para tener un primer borrador del documento. En un principio se estima que abarcará cuatro años, y que incluirá un apartado específico detallando los objetivos y acciones dentro del campo de la intervención temprana en psicosis.

El Plan 2006-2011 no mencionaba ningún objetivo o acción relacionada con el **diagnóstico o intervención precoz** en personas con Trastorno Mental Grave (TMG) o en fases iniciales de psicosis o con alto riesgo. Tan sólo se mencionaba la necesidad de prestar especial atención a los jóvenes y ancianos con TMG.

Situación de la implantación de programas ITP en Galicia

No existe actualmente ningún programa de Intervención Temprana en Psicosis en Galicia.

Una de las estrategias que están siguiendo por parte de algunos clínicos en la Comunidad Autónoma es intentar, en colaboración con asociaciones de pacientes y familiares, establecer modelos asistenciales con el soporte de psiquiatras de la red pública. De esa manera, la atención y dispositivos disponibles en la red pública, podrían complementarse con intervenciones de carácter psicosocial, utilizando los recursos disponibles de estas organizaciones.

En esta línea de trabajo, la Asociación DOA de Vigo y el Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo están trabajando de manera conjunta en la puesta en marcha de un proyecto de intervención precoz en psicosis, actualmente en fase de aprobación por la Xunta de Galicia. De esta manera, psiquiatras del Servicio Gallego de Salud, SERGAS, realizarían una evaluación de los pacientes tanto con un primer episodio psicótico como aquellos en estado

de riesgo (EMAR) mayores de 12 años, y los derivarían al programa para complementar el tratamiento farmacológico con una terapia psicosocial. El programa se basaría en dos pilares fundamentales:

- Fomentar la intervención en el entorno del paciente (domicilio y entorno escolar) intentando evitar la posible estigmatización de los lugares sanitarios.
- Formación a profesores y educadores sobre psicosis y primeros episodios.

Se pretende que el programa cuente con financiación específica del SERGAS y del Ayuntamiento de Vigo. Se tiene previsto hacer formación a profesionales del ámbito educativo, para detectar aquellos casos con mayor riesgo y derivarlos al especialista.

Dicho programa contaría con financiación específica de la Consellería de Sanidade de la Xunta y del Ayuntamiento de Vigo. Las intervenciones psicológicas y psicosociales se realizarían en el local que dispone la Asociación en Vigo, autorizado por la Xunta, que cuenta con 3 despachos y diferentes espacios.

En el área de Ferrol hay en marcha un proyecto, pero aún no se ha implementado.

Por otro lado, aunque Galicia carece actualmente de programas estructurados, la población es atendida en el marco de la asistencia general a la Salud Mental.

No se identifican grandes problemas en la detección de casos psicóticos por parte de la Atención Primaria. En base a la experiencia de los especialistas del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, no es habitual detectar casos de psicosis sin tratar durante meses o años. Sin embargo, el modelo asistencial actual, basado en consultas ambulatorias, presenta demoras en la derivación de pacientes de aproximadamente 60 días debido a los limitados recursos de los que disponen. Esta falta de recursos dificulta la implementación de programas específicos.

Los facultativos más jóvenes en general conocen los beneficios y muestran especial interés en la implantación de este tipo de intervenciones.

A nivel de investigación, existen varios proyectos activos en primeros episodios psicóticos en Galicia, destacando las líneas de investigación desarrolladas en el Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur – IIS- GALICIA SUR.

Islas Baleares

ITP en Plan de Salud Mental de las Islas Baleares

Estrategia de Salud Mental de las Illes Balears 2006

El último plan de salud mental autonómico es la **Estrategia de Salud Mental de las Illes Balears**, publicada en 2006, y que no está vigente actualmente. Actualmente se está trabajando en una **nueva estrategia para 2016-2020**, que está en la fase final de revisión. Se espera que se publique a principios de 2018. En él se incluirá, dentro de los Trastornos Mentales Graves, el abordaje de los **primeros episodios psicóticos y la prevención de la psicosis**.

En la Estrategia de Salud Mental de las Illes Balears de 2006, en la línea estratégica 3 (establecimiento de sistemas de coordinación institucionales para consolidar una atención integral a la salud mental) se menciona la creación de una **Fundación Pública Sociosanitaria de Salud Mental**, que podría estar formada por representantes de la Consejería de Salud y Consumo, de Presidencia, de Trabajo, de Educación, de Justicia, de Hacienda, del Consell Insular de Menorca, del Consell Insular de Eivissa y Formentera, y del Institut de Serveis Socials i Sports de Mallorca. El objetivo es desarrollar un **espacio sociosanitario** que permita ofrecer a las personas con enfermedad mental un **abanico de posibilidades adaptadas a cada situación particular, abarcando desde los cuidados sociales en el nivel ambulatorio**, hasta la ayuda en búsquedas de apoyos comunitarios para la **vivienda**, el **empleo** o los espacios de convivencia y de **ocio**.

Además, se debe elaborar un **programa de seguimiento** en el que se incluirán a todas las personas con trastorno mental grave que participen en el **programa de intervención precoz** para asegurar la continuidad de cuidados, prevención de recaídas y atención en crisis.

La cuarta línea estratégica del Plan recoge la necesidad de impulsar el papel de la **Atención Primaria** en las actuaciones conjuntas de prevención y promoción de la salud mental y mejorar la accesibilidad a la red de salud mental. Destacan los siguientes objetivos:

- Establecer **programas y protocolos de prevención primaria y secundaria** (intervención en fases iniciales) de los trastornos mentales, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada.
- Impulsar el papel de la Atención Primaria en la promoción de la salud mental y en la **detección precoz**, diagnóstico, tratamiento, derivación y seguimiento del trastorno mental en la población general. Por ello, ha de corresponsabilizarse activamente mediante:
 - o La elaboración de **protocolos reglados de coordinación** asistencial con los profesionales de las unidades de salud mental.
 - o La **formación continuada** en materia de salud mental.
 - o La **investigación compartida** con los profesionales de salud mental.
- Impulsar el desarrollo de **reuniones de coordinación, interconsultas, y sesiones clínicas** conjuntas entre los profesionales de los equipos de **Atención Primaria** y los de las unidades de **Salud Mental**.

Dentro de la **línea estratégica 6** (Definir, completar, optimizar y homogenizar la dotación de dispositivos y de recursos humanos y materiales para la atención a la salud mental en todas las áreas de salud mental) se describe que las **Unidades de Salud Mental (USM)** deben de poner en marcha, dentro de diferentes programas y funciones, programas de **coordinación** y apoyo con los equipos de **Atención Primaria**, programas de atención específica a los Trastornos Mentales Graves (TMG) y de **tratamiento asertivo comunitario**, y programas de **intervención precoz en primeros brotes psicóticos**. Para llevar a cabo estos programas, la USM ha de contar con un **equipo multidisciplinar** cuya composición es: 4 psiquiatras, 3 psicólogos clínicos, 2 diplomados en enfermería, 1 trabajador social y 2 auxiliares administrativos por cada 100.000 habitantes. La **intervención precoz** deberá incluir la **identificación** (registro de casos), **evaluación** y elaboración de un **programa de intervención precoz** a las personas con trastorno mental grave, incluyendo la derivación a recursos de rehabilitación para evitar el deterioro y las situaciones de “puerta giratoria”; y de un programa de seguimiento comunitario.

Se propone establecer **programas y protocolos** específicos dirigidos a personas con enfermedad mental grave. También se detalla que cada paciente debe tener un “**terapeuta**” asignado que asuma la máxima **responsabilidad asistencial** a lo largo de todo el proceso.

Tratamiento integral precoz: farmacológico, psicoterapéutico y rehabilitador (programa individual de rehabilitación) con un seguimiento individualizado (persona referente o gestión de casos):

- Técnicas de intervención psicosocial y soporte a las familias.
- Atención inmediata en situaciones de crisis.
- Atención domiciliaria.
- Información, derivación y coordinación de recursos sociosanitarios.
- Priorización de la atención a los pacientes dados de alta hospitalaria.
- Derivación de casos al equipo de tratamiento asertivo comunitario (dirigido a pacientes con nula o escasa asistencia a los recursos de salud mental).

Tabla 39. **Objetivos e indicadores en relación a la Intervención Temprana en Psicosis en la Estrategia de Salud Mental de las Illes Balears de 2006**

Línea estratégica 4. Impulsar el papel de la Atención Primaria en las actuaciones conjuntas de prevención y promoción de la salud mental y mejorar la accesibilidad a la red de salud mental
<ul style="list-style-type: none"> - Establecer programas y protocolos de prevención primaria y secundaria - Impulsar el papel de la Atención Primaria en la promoción de la salud mental y en la detección precoz, diagnóstico, tratamiento, derivación y seguimiento - Impulsar el desarrollo de reuniones de coordinación, interconsultas, y sesiones clínicas entre Salud Mental y Atención Primaria
Línea estratégica 6. Definir, completar, optimizar y homogenizar la dotación de dispositivos y de recursos humanos y materiales para la atención a la salud mental en todas las áreas de salud mental
<ul style="list-style-type: none"> - Las Unidades de Salud Mental (USM) deben de poner en marcha, dentro de diferentes programas y funciones, programas de intervención precoz en primeros brotes psicóticos

Fuente: Estrategia de Salud Mental de las Illes Balears (2006)

Situación de la implantación de programas ITP en las Islas Baleares

Actualmente **no existe un programa autonómico común** que dé cobertura a toda la población. Sin embargo, se han ido diseñando e implantando programas localizados en los principales hospitales de la Comunidad Autónoma. Estos proyectos han nacido de la propia inquietud de los profesionales sanitarios, y no cuentan con recursos ni financiación específica para su desarrollo. Dichos programas se llevan a cabo en los siguientes dispositivos:

- **Área de Salud Mental de Manacor (Llevant):** en planta de hospitalización, ya que no hay hospital de día en el área
- **Área de Salud Mental de Inca (Tramuntana):** en el hospital de día

- **Área de Salud Mental de Son Llàtzer (Migjom):** en el hospital de día. Participan profesionales del hospital de día y de hospitalización.
- **Área de Salud Mental de Son Espases (Ponent):** hospital de día. Es el hospital de referencia en Mallorca. Participan personas del hospital de día y de hospitalización
- **Área de Salud Mental de Menorca:** hospital de día
- **Área de Salud Mental de Ibiza y Formentera:** consultas externas. **Programa en Primeros Episodios Psicóticos de Ibiza y Formentera**

Desde la perspectiva de los profesionales implicados en los mismos, se considera que la implementación de estos programas ha mejorado sustancialmente la adherencia y reducido la tasa de suicidio en este tipo de pacientes. Anteriormente, el apoyo psicológico no estaba contemplado. En la actualidad se está intentando ofrecer una intervención multidisciplinar a estos pacientes.

Cabe destacar que, debido a las características de la población, estos programas son altamente flexibles, ya que hay una alta diversidad cultural y muchos pacientes en periodo vacaciones.

Como modelo de referencia se ha utilizado el modelo, ya que una de sus características es la multiculturalidad que existe en Reino Unido.

Los programas de primeros episodios aparecen en la cartera de servicios ofertados de las diferentes áreas de salud de la Comunidad Autónoma.

Programas de ITP en las Islas Baleares

Programa de detección e intervención precoz en psicosis de Ibiza y Formentera (Hospital Can Misses)

Desde el año 2011 se lleva desarrollando en el Hospital de Can Misses un **programa de primeros episodios psicóticos**, principalmente clínico, ya que los recursos disponibles no permiten realizar líneas de investigación, ya que se canalizan a través de los hospitales de referencia de las Islas Baleares. El jefe de servicio del Área de Salud es el coordinador y máximo responsable del programa, pero no hay ninguna coordinación con otras áreas de salud.

Una de las características de la población cubierta es el elevado porcentaje de extranjeros y el consumo de tóxicos. Por ello, la flexibilidad y adaptabilidad se ha convertido en uno de los puntos característicos en la implementación del programa. En ocasiones es preciso la intervención de traductores para la comunicación con pacientes extranjeros.

Criterios de admisión

Únicamente se atienden pacientes que presentan un primer episodio psicótico, excluyéndose estados mentales de alto riesgo. Debido a los pocos años que lleva activo el programa, se priorizó la intervención en pacientes que ya había debutado con episodios psicóticos. A medio plazo, está prevista la inclusión también de pacientes de alto riesgo. El rango de edad de los pacientes incluidos en el programa abarca desde los 14 a los 35 años, por lo que la coordinación entre los equipos infantil-juvenil y adulto es fundamental.

En cuanto a criterios de exclusión, únicamente se excluyen pacientes que presenten brotes psicóticos como consecuencia de otra patología.

Equipo

El equipo dedicado al programa está compuesto por un psiquiatra, un psicólogo y una enfermera. La enfermera es la única persona con dedicación completa al programa. Se incorporó al programa en noviembre de 2017, gracias a un aumento de plantilla solicitado para este fin. Salvo la figura de la enfermera, no hay una financiación específica para este programa, sino que el tiempo de dedicación de cada profesional depende exclusivamente de la organización del propio servicio. También se dispone de trabajador social y terapeuta ocupacional, ambos compartidos con el resto de las Unidades de Salud Mental del Área. Se requeriría financiación específica para poder desarrollar más el programa

Actualmente la coordinación de cada caso la realiza el psiquiatra, aunque se está intentando migrar a un modelo de gestión de casos en el que la enfermería juegue un papel fundamental.

Instalaciones

Se emplean las mismas consultas que para cualquier otro paciente. No hay zonas diferenciadas ni exclusivas destinadas a este programa. A día de hoy no se realizan intervenciones domiciliarias.

Detección y derivación

Los pacientes derivados al programa proceden principalmente de la unidad de hospitalización y de urgencias, siguiendo las especificaciones de un protocolo de derivación y recepción de pacientes. Se está intentando implantar la derivación directa desde Atención Primaria, aunque aún no se ha desarrollado ninguna estrategia para su consecución. Por otro lado, se contempla, en una segunda fase, la derivación de pacientes desde otros dispositivos no sanitarios.

En el caso de pacientes derivados desde la planta de hospitalización, la derivación al programa es inmediata. Aquellos pacientes que no han llegado a ingresar se les citan en un plazo máximo de 24 horas.

Intervención

Tras una entrevista clínica, se elabora un **plan de tratamiento individualizado**. Se destaca que un porcentaje importante de los pacientes que ingresan en el programa presentan abuso de tóxicos.

Tras la estabilización del paciente, superada la fase aguda de la enfermedad, se valora el tratamiento psicosocial, empleando los recursos disponibles en el área. Además, se destaca la gran flexibilidad para atender pacientes en casos de crisis, teniendo siempre presente el objetivo de reducir al máximo posibles los reingresos.

La frecuencia de las intervenciones depende de cada paciente. Normalmente, una vez superada la fase del ingreso, se suelen realizar entrevistas semanales, que se van espaciando en función de la evolución del paciente. Cada seis meses, aproximadamente, se suele hacer una revisión de los objetivos individuales del paciente en consulta, aunque también hay flexibilidad (en caso de que el paciente sufra una crisis, el planteamiento y seguimiento de objetivos puede llegar a ser

semanal). Se promueve la participación de los pacientes y su entorno, teniendo una voz muy importante durante el tratamiento.

El programa dispone de terapia cognitivo-conductual, psicoeducación, terapia familiar, orientación para el uso de recursos comunitarios, actividades de ocio, y terapia ocupacional. Aunque el área de Ibiza y Formentera cuenta con un hospital de día, se evita en la medida de lo posible la derivación a este dispositivo, ya que se prefiere que los pacientes se reincorporen a su núcleo comunitario lo antes posible. También se realiza intervención familiar, a través de técnicas de comunicación con el enfermo, reparto de roles, entrenamiento en estrategias de solución de problemas y técnicas para afrontar el estrés.

Por otro lado, debido a la alta incidencia de consumo de drogas, se intenta manejar desde el propio equipo de Salud Mental las posibles intervenciones necesarias. A pesar de ello, en ocasiones se requiere de una intervención más específica, que en este caso se realiza en colaboración con Proyecto Hombre.

En ocasiones, se recurre al equipo de tratamiento asertivo comunitario para TMG, aunque únicamente en casos excepcionales, por ejemplo, cuando el paciente se niega a salir de su domicilio.

También se han realizado materiales y sesiones específicas orientadas a un mejor manejo de comorbilidades y el cuidado general de la salud, como por ejemplo sobre prevención del tabaquismo. Para el manejo de la obesidad, se trabaja en colaboración con endocrinología. Por otro lado, se emplean habitualmente materiales educativos para trabajar en aspectos sobre calidad de vida del paciente.

Adherencia

Se lleva a cabo un programa de prevención de recaídas específico. Además, a través de la receta electrónica se realiza un control de recogida de medicación por el paciente, lo cual es fundamental en la toma de decisiones terapéuticas. Por otro lado, se trabaja la alianza terapéutica con el paciente y se recurre a la psicoeducación como herramienta fundamental para el control de la adherencia.

Al principio del tratamiento, se les ofrece a todos los pacientes la posibilidad de emplear inyectables como una forma más de administración. Esta aproximación también mejora la adherencia del paciente.

Coordinación

No se ha establecido un protocolo de coordinación específico para primeros episodios psicóticos con Atención Primaria. Tampoco hay ninguna vía de coordinación protocolizada con otras instituciones como Educación o Servicios Sociales. Se contacta con los diferentes profesionales en función de las necesidades de cada caso. No hay ninguna acción dirigida a coordinar posibles derivaciones de pacientes al programa.

La coordinación con otras especialidades no se realiza de manera protocolizada. En función de la patología se deriva a los diferentes especialistas. Al ser un área de salud pequeña, la coordinación es sencilla. Por ejemplo, se realizan reuniones específicas con otros especialistas cuando se decide un cambio de medicación u otras situaciones que requieran ser conocidas por otros especialistas.

Formación

Aún no se han desarrollado actividades formativas dirigidas a profesionales de Atención Primaria.

En el Servicio de Psiquiatría se han realizado sesiones formativas sobre primeros episodios psicóticos, principalmente dirigidas a personal de enfermería. El servicio cuenta con residentes en psiquiatría y Atención Primaria que en ocasiones rotan por el programa

No se ha realizado ninguna acción formativa dirigida a profesionales de la educación, servicios sociales o asociaciones de pacientes y afectados.

Se emplean folletos disponibles en programas internacionales, como los materiales del programa EPPIC⁵⁵. Debido al alto porcentaje de pacientes extranjeros, se emplean directamente

⁵⁵ Early Psychosis Prevention & Intervention Centre. Orygen Youth Health. Melbourne. Australia

los folletos en inglés. También se ha traducido un folleto con información de soporte psicoeducativa del programa de Birmingham⁵⁶, al castellano.

Investigación

No hay actualmente ninguna línea de investigación activa dentro del programa.

Evaluación del programa

Se hace seguimiento de indicadores básicos como número de consultas realizadas y pacientes con seguimiento dentro del programa. Se espera recoger un mayor número de indicadores a partir de 2018, a la vez que se ha conseguido la financiación de un profesional con dedicación al programa.

⁵⁶ EIS (Early Intervention in Psychosis Service) Birmingham

La Rioja

ITP en Plan de Salud Mental de La Rioja

III Plan Estratégico de Salud Mental de La Rioja 2016-2020

En La Rioja está actualmente vigente el **III Plan Estratégico de Salud Mental de La Rioja 2016-2020**. Actualmente se encuentra en proceso de revisión de algunas de sus líneas estratégicas. Aunque en términos generales, se subraya la importancia de una **detección y tratamiento precoz para mejorar el pronóstico del paciente**, no está previsto incluir ninguna estrategia específica en intervención temprana en psicosis

En la descripción de los dispositivos de Salud Mental, se especifica que las **Unidades de Salud Mental (USM)** tienen como objetivos la promoción de la salud mental y el **diagnóstico precoz**. La intervención precoz debe incluir la **derivación a recursos de rehabilitación** para evitar el deterioro y las situaciones de puerta giratoria y de un programa de seguimiento comunitario.

Dentro de las estrategias para la Salud Mental en La Rioja, en la **línea estratégica 2 (Prevención de la Enfermedad Mental)**, destacan los siguientes objetivos específicos:

- **Coordinación en materia preventiva** con los equipos de Atención Primaria, especializada, equipos psicopedagógicos, universidad y otros agentes involucrados.
- Impulsar la **atención temprana a la salud mental** como recurso preventivo.

Para ello, se facilitan una serie de recomendaciones, entre las que destacan:

- Incrementar la colaboración con los equipos de Atención Primaria, equipos psicopedagógicos, universidad, y otros agentes comunitarios en la **detección de factores de riesgo de las patologías psiquiátricas más prevalentes** en la población general y en grupos de riesgo.
- Desarrollar un **protocolo estandarizado** de detección del riesgo de trastorno mental grave.

Por ello, la **Atención Primaria** debe adquirir **mayor protagonismo**, tanto en la **detección y derivación precoz** de los procesos que precisen atención especializada, como en el abordaje terapéutico de las patologías que puedan atenderse en su nivel, incluyéndose las conductas y trastornos adictivos.

Por otro lado, la **línea estratégica 3 (Asistencia a los Trastornos Mentales)**, detalla cómo ha de realizarse la intervención en este tipo de pacientes. El punto 3.1., **Salud Mental en Atención Primaria**, define que se debe favorecer la coordinación directa y frecuente entre los profesionales de los equipos de atención primaria y de salud mental de cada zona de salud para mejorar la calidad, la eficacia de las intervenciones y las derivaciones, generando sinergias que potencien los efectos terapéuticos. Se especifican los siguientes aspectos:

- Elaboración de un **programa de coordinación** entre Atención Primaria y la Red de Salud Mental.
- Potenciar la **atención por parte de Enfermería de Salud Mental y Atención Primaria** en los cuidados de salud mental y en la responsabilización de los pacientes en los cuidados de su salud mediante la trasmisión de hábitos saludables, procedimientos terapéuticos recomendaciones para el **cumplimiento del tratamiento**.
- **Incrementar el conocimiento en materia de salud** mental en las diferentes etapas evolutivas en **Atención Primaria y Pediatría** (cursos de formación).

En el punto 3.5, dedicado a la **asistencia a la Salud Mental en la edad infanto-juvenil**, se menciona el siguiente objetivo específico: **Garantizar la continuidad de cuidados, mediante la coordinación sanitaria y social a los pacientes con trastornos mentales graves en salud mental infanto-juvenil**. Para ello, una de las acciones recomendadas en el plan estratégico es elaborar instrumentos y procedimientos para la **detección precoz y derivación** de posibles casos de menores en situaciones de riesgo, de **forma coordinada con otras redes** de atención al menor.

Tabla 40. **Objetivos e indicadores en relación a la Intervención Temprana en Psicosis en el III Plan Estratégico de Salud Mental de La Rioja 2016-2020**

Línea Estratégica 2: Prevención de la Enfermedad Mental
Objetivo general: Prevención de la enfermedad mental
OBJETIVOS ESPECIFICOS
1. Coordinación en materia preventiva con los equipos de Atención Primaria, especializada, equipos psicopedagógicos, universidad y otros agentes involucrados

2. Impulsar la atención temprana a la salud mental como recurso preventivo
Línea Estratégica 3.5.: Asistencia a los Trastornos Mentales. Asistencia a la Salud Mental en la edad infanto-juvenil
Objetivo general: Favorecer la coordinación directa y frecuente entre los profesionales de los equipos de atención primaria y de salud mental de cada zona de salud para mejorar la calidad, la eficacia de las intervenciones y las derivaciones, generando sinergias que potencien los efectos terapéuticos
OBJETIVOS ESPECIFICOS
1. Garantizar la continuidad de cuidados, mediante la coordinación sanitaria y social a los pacientes con trastornos mentales graves en salud mental infanto-juvenil <ul style="list-style-type: none"> - Elaborar instrumentos y procedimientos para la detección precoz y derivación de posibles casos de menores en situaciones de riesgo

Fuente: III Plan Estratégico de Salud Mental de La Rioja 2016-2020

Desde el Departamento de Salud Mental del Servicio Riojano de Salud, se comunica que se está trabajando en la creación de un proceso específico de intervención temprana en psicosis, integrado en la unidad de día para adolescentes, basándose en el modelo desarrollado por el Servicio Navarro de Salud (en desarrollo para el primer semestre de 2018). Se trabajará con personal del sistema Educativo y Agentes Sociales para mejorar la coordinación interinstitucional.

Como modelo potencialmente importable en La Rioja, se identifica el nuevo programa autonómico de Navarra, por cercanía. Aunque un futuro programa debería adaptarse tanto a los recursos como al tamaño de la población de La Rioja. Algunos aspectos de programas como el PAFIP (Hospital Marqués de Valdecilla, Santander), y el PAE-TPI autonómico de Cataluña podrían también ser considerados.

Situación de la implantación de programas ITP en La Rioja

Hasta la fecha, no se había implementado ningún programa de intervención temprana en psicosis en la Rioja, aunque como se ha comentado se está trabajando en la creación de un proceso específico de intervención temprana en psicosis, integrado en la Unidad Terapéutica Infantil del Hospital San Pedro, inaugurado en octubre de 2017.

La asistencia a pacientes en fases iniciales de psicosis, hasta la fecha no se realizaba de manera diferenciada sino en el marco de la asistencia general a los problemas de Salud Mental. En la atención, se tiene en cuenta la edad del paciente, realizando la intervención en la consulta de infanto-juvenil, hasta los 18 años, – o de adultos a partir de esta edad. Los recursos

habitualmente empleados en pacientes con primeros episodios psicóticos son los mismos a los que puede acceder cualquier otro paciente del servicio. Sin embargo, desde mitad de octubre está funcionando un **hospital de día de tratamiento intensivo para adolescentes** (Unidad Terapéutica Infantil del Hospital San Pedro). Cuando se identifica un paciente con un primer episodio psicótico, se atiende, con la frecuencia que se precise en función de la clínica, en la consulta ambulatoria habitualmente, o ingresado en los casos de mayor gravedad. En el caso de los adultos el proceso es el mismo.

País Vasco

ITP en Plan de Salud Mental del País Vasco

Estrategia en Salud Mental de la C. A. País Vasco 2010

En la **Estrategia en Salud Mental de la C. A. País Vasco 2010**, no se incluye ninguna mención específica sobre programas de Intervención Temprana en Psicosis, aunque sí a la necesidad de una detección y tratamiento precoz de los trastornos mentales. De hecho, dentro de la línea estratégica 4 (**Atención a los trastornos mentales**) el objetivo específico 4.2 define que se establecerán **procedimientos de apoyo** desde la atención especializada en salud mental a la **atención primaria**, para la **detección** y tratamiento **precoz** de trastornos mentales.

En el **Plan de Salud para Euskadi 2013-2020** se detallan las siguientes acciones en relación a la Salud Mental:

- Continuar el desarrollo y perfeccionamiento de los planes individualizados de tratamiento (PIT).
- Orientar el proceso asistencial hacia el ámbito comunitario en los trastornos mentales graves prolongados.
- Mejorar la coordinación entre Salud Mental y Atención Primaria.

Tabla 41. **Objetivos e indicadores en relación a la Intervención Temprana en Psicosis en la Estrategia en Salud Mental de la C. A. País Vasco 2010**

Línea estratégica 4. Atención a los trastornos mentales
OBJETIVOS ESPECIFICOS
4.2. Se establecerán procedimientos de apoyo desde la atención especializada en salud mental a la atención primaria, para la detección y tratamiento precoz de trastornos mentales

Fuente: Estrategia en Salud Mental de la C. A. País Vasco 2010

Situación de la implantación de programas ITP en el País Vasco

Bizkaia y Álava tienen un programa estructurado específico para primeros episodios, dando cobertura a toda la población. El programa de Álava (**Hipatya**) fue iniciado por los clínicos de la OSI Araba y el Hospital de Día de Angulema en 1997. En Bizkaia, el Hospital Universitario de

Cruces desarrolló un programa específico para primeros episodios psicóticos en 2004. Posteriormente, la propia red de Salud Mental de Bizkaia (RSMB) en 2007 financió específicamente un programa comunitario con cobertura a toda la población, convirtiéndose en la única iniciativa que cuenta con financiación específica desde la administración. En Gipuzkoa, se puso en marcha en el Centro de Salud Mental de Amara el programa de Atención a jóvenes con psicosis (Gazteen gunea) a comienzos de 2009, sin que se actualmente se haya detectado actividades desarrolladas por el mismo.

- **Álava:** En esta provincia se inició en 1997 un programa dirigido a primeros episodios psicóticos, originalmente enfocado a investigación. El objetivo era hacer un seguimiento más estrecho de cada caso para garantizar la adherencia. Inicialmente concebido como una intervención hospitalaria de tipo ambulatorio, más adelante se empezó a coordinar con dispositivos extrahospitalarios – hospital de día de Angulema (Red de Salud Mental de Álava) – creando un programa puente donde se podía hacer seguimiento ambulatorio a los pacientes por parte de las dos redes de Salud de forma coordinada (OSI Araba y Salud Mental). El objetivo era no perder al paciente una vez que éste abandonaba el hospital, y asegurar el seguimiento intensivo de su proceso patológico.
- **Gipuzkoa:** Existe una iniciativa en esta área – Programa de Atención a jóvenes con Psicosis. Gazteen gunea (GG).
- **Bizkaia:** En el año 2004 se desarrolló el primer programa de intervención en primeros episodios en el Hospital Universitario de Cruces (programa CRUPEP), pero debido a la propia estructura organizativa del antiguo SMEB (Servicio Médico Extrahospitalario de Bizkaia y posteriormente de la Red de Salud Mental de Bizkaia, sin conexión jerárquica con los Centros de Salud Mental. Por este motivo se consideró conveniente realizar un programa de formación dirigido a profesionales de Atención Primaria y Centros de Salud Mental comunitarios para favorecer la derivación de los pacientes en caso de que detectase un brote psicótico. En el año 2007, la Red de Salud Mental implementó su propio programa (Lehenak), basado en el protocolo ya desarrollado desde el Hospital Universitario de Cruces. En un principio, se estableció una consulta con un psiquiatra en horario de tarde, con el objetivo de disminuir el tiempo de espera al programa hospitalario. Es a partir de 2011 cuando se estructura como un programa multidisciplinar, dando cobertura a toda Bizkaia repartido en 4 áreas. El área correspondiente a las OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces y la OSI Barakaldo-Sestao es el área cubierta por el programa

CRUPEP desde el Hospital Universitario de Cruces. Las otras áreas (OSI Uribe; OSI Barrualde; OSI Bilbao son cubiertas por la Red de Salud Mental de Bizkaia (que no tiene estructura de OSI) y por el Hospital Universitario de Basurto. No se trata de un único programa nivel provincial, ya que el nivel hospitalario (programa CRUPEP del Hospital Universitario de Cruces, Hospital Universitario de Basurto) y la red de salud mental trabajan de manera independiente con presupuestos diferentes y gestores diferentes. El programa del Hospital Universitario de Cruces (CRUPEP) es desarrollado por los profesionales del Servicio, sin dotación exclusiva para el programa, mientras que el programa de la RSMB (Lehenak) sí que cuenta con financiación específica con profesionales con dedicación exclusiva.

Estos programas se incluyen en la cartera de servicios del Hospital Universitario de Cruces, del Hospital Universitario de Basurto y en la cartera de servicios de la Red de Salud Mental de Bizkaia.

La principal dificultad para implementar un programa autonómico es la organización de la Salud Mental en el País Vasco: tres redes de Salud Mental que gestionan los Centros de Salud Mental (Álava, Gipuzkoa y Bizkaia), y cinco servicios de psiquiatría que dependen de sus respectivas organizaciones de servicio. Cada uno de ellos tiene su propia estrategia y programas asistenciales. Esto provoca una gran disparidad en las intervenciones, así como una mayor dificultad para la coordinación de un único programa en todo el País Vasco.

Programas de ITP en el País Vasco

Programa de Primeros Episodios Psicóticos de Bizkaia (Lehenak y CRUPEP)

El programa Lehenak está implementado por la Red de Salud Mental de Bizkaia (RSMB). Por otro lado, el Hospital de Cruces colabora con la Red de Salud Mental desde el año 2013 dentro del marco del programa CRUPEP que se venía desarrollando en dicho Centro desde el año 2004, dando cobertura a la Organización de servicios Integrados OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces + OSI Barakaldo-Sestao (350.00 habitantes) comarca de Ezkerraldea. Por lo tanto, toda la población de la provincia de Bizkaia tendría acceso a una intervención específica de primeros episodios psicóticos.

1. **El Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Cruces**, primer centro que inició una actividad de estas características, desarrollándose de esta manera un programa de Primeros Episodios de base hospitalaria (CRUPEP). Basado principalmente en el modelo australiano EPPIC, se han ido incorporando y modificando intervenciones en base a las características de esta población.
2. **La red de Salud Mental de Bizkaia (RSMB)**, posteriormente en 2007, puso en marcha su programa de Intervención en Primeros Episodios Psicóticos (programa Lehenak). El protocolo del programa Lehenak está basado en el ya existente del Hospital Universitario de Cruces (Programa CRUPEP).

El programa CRUPEP consiste en la creación de un centro en una de las cuatro comarcas sanitarias en que se divide Bizkaia, atendido por un equipo básico compuesto por profesionales de psiquiatría, psicología, enfermería, trabajo social y terapia ocupacional. El programa Lehenak atendería a las otras tres comarcas.

El programa se apoya en un acceso y evaluación diagnóstica rápidos – menos de 72 horas – junto a una intervención multidisciplinar con elementos tanto farmacológicos como psicoterapéuticos, y tanto individuales como grupales. Es un programa asistencial que se ofrece en todo el territorio.

Actualmente hay dos coordinadores, uno en el programa CRUPEP y otro en el Lehenak. Se puede considerar que el objetivo principal en el desarrollo de esta iniciativa es conseguir una asistencia homogénea en todo el territorio de Bizkaia. Toda la población de la provincia de Bizkaia está cubierta por ambos programas (aproximadamente 1.150.000 habitantes). Sin embargo, una de las diferencias principales entre ambos programas es la vocación traslacional e investigadora del programa CRUPEP, integrado en estructuras tales como la universidad (UPV/EHU), el CIBERSAM y el Instituto Biocruces.

Actualmente (2018) se están analizando resultados del programa CRUPEP, pero aún no hay ningún análisis comparativo de indicadores entre ambos programas.

Criterios de admisión

En ambos programas se incluyen aquellos pacientes que han debutado con un primer episodio psicótico.

Programa Lehenak (RSMB): aunque el protocolo oficial no incluye a pacientes con Estados Mentales de Alto Riego (EMAR), en la práctica se están atendiendo en el programa. El programa da cobertura a personas entre **15 y 45 años**.

Hospital Universitario de Cruces (Programa CRUPEP): únicamente se están **incluyendo pacientes adultos (18-65 años, aunque en realidad no hay tope máximo de edad siempre que no se cumplan los criterios de exclusión)**, aunque se contempla que cuando se amplíe la unidad infanto-juvenil, se incluirán pacientes menores de edad. Como criterios de exclusión se consideran aquellos procesos neurológicos graves o una enfermedad neurodegenerativa, y la discapacidad mental.

Equipo

Cada programa cuenta con un coordinador, en contacto con otros dispositivos e instituciones. Además, ambos programas cuentan con la figura de un gestor de casos (en el programa CRUPEP es siempre un psiquiatra).

Programa Lehenak (RSMB): En cada uno de los equipos de primeros episodios psicóticos hay un psiquiatra a tiempo completo, un psicólogo y una enfermera con un 50% de dedicación. También hay una trabajadora social (0.33 ETC) y un administrativo. Todos ellos trabajan de forma exclusiva en el programa, y cuentan con una dotación económica específica.

Hospital Universitario de Cruces (Programa CRUPEP): Actualmente hay tres psiquiatras implicados en el proyecto, uno a tiempo completo y dos a tiempo parcial. Además, el equipo cuenta con una psicóloga clínica. Por otro lado, a través de financiación para investigación, se cuenta con la colaboración de dos neuropsicólogas, que realizan las evaluaciones cognitivas y las técnicas de rehabilitación cognitiva. El programa cuenta con una enfermera a tiempo parcial encargada de las acciones dirigidas a salud física, tratamiento con inyectables, etc... Un administrativo gestiona la agenda de los pacientes con la enfermera. El equipo carece de trabajador social, por lo que se recurre a la trabajadora social del programa Lehenak. El tiempo estimado dedicado al programa de cada uno de estos profesionales es de aproximadamente el 30%.

Instalaciones

Programa Lehenak (RSMB): En el caso del programa Lehenak, las instalaciones son totalmente independientes. Las consultas se localizan en centros fuera del entorno sanitario.

Hospital Universitario de Cruces (Programa CRUPEP): En cuanto al equipo de Cruces, las intervenciones se realizan dentro del propio servicio. Se destinan recursos ya existentes al programa, ya que no cuenta con financiación específica para el mismo.

Detección y derivación

Los canales de derivación son los Centros de Salud Mental, las Unidades de Agudos, los Servicios de Urgencias y los Centros de Atención Primaria de todo el territorio de Bizkaia. Se ha definido un tiempo máximo de derivación al equipo de primeros episodios de 72 horas.

Programa Lehenak (RSMB): Principalmente, a los equipos de primeros episodios del programa Lehenak, llegan casi la mitad de los pacientes a través de los Centros de Salud Mental, un 25% por Atención Primaria y el resto a través de otras instituciones como Servicios Sociales u ONG. Se ha realizado formación directa a todos los Centros de Salud, siendo más intensiva en el momento de la implementación. Se suele repetir cada tres años con el objetivo de definir el perfil de los pacientes candidatos, las vías de derivación al programa, y los criterios de exclusión. No se han facilitado escalas de evaluación.

Hospital Universitario de Cruces (CRUPEP): En el equipo del Hospital de Cruces la mayor parte de los pacientes llegan a través de las unidades hospitalarias, tanto de urgencias como de hospitalización. Los pacientes podrían acceder directamente al programa, aunque en la realidad hay pocos casos.

Intervención

Se sigue un protocolo de evaluación de los pacientes que entran en el programa, donde se incluye una evaluación específica e individualizada de las necesidades del paciente y su familia. Las posibles comorbilidades que puedan aparecer durante el tratamiento suelen ser gestionadas desde el mismo equipo. En los casos más graves se puede derivar al médico de Atención Primaria o directamente al especialista. La toxicomanía no es un criterio de exclusión, pero en casos de

dependencia grave se puede derivar a los centros específicos de toxicomanías para se realicen programas específicos de intervención, aunque el paciente sigue trabajando con el equipo de primeros episodios.

Desde el momento que el paciente se estabiliza y sólo si es necesario y consensuado por el equipo (Plan Terapéutico Individualizado) en el programa CRUPEP se realiza una intervención psicológica y/o psicosocial. La duración del programa se considera de 5 años.

Se establecen unos objetivos individualizados, tanto clínicos como de funcionalidad y sociales, que se van revisando. La frecuencia de las intervenciones no está reglada, por lo que dependerá de las características del paciente.

Los pacientes incluidos en el programa tienen acceso a terapia cognitiva-conductual, psicoeducación, ayuda escolar y de empleo, ayuda familiar, orientación para el uso de recursos comunitarios, opciones residenciales, actividades con otros pacientes, terapia ocupacional, y hospital de día (existiendo un hospital de día específico para primeros episodios psicóticos en el Hospital Universitario de Basurto).

También se realizan intervenciones familiares. Cabe destacar los módulos psicoeducativos dentro del **programa Rehacop** – programa de rehabilitación neuropsicológica para psicosis y esquizofrenia – que nació en el Hospital Universitario de Cruces y que actualmente se emplea en multitud de Centros de Salud Mental a nivel estatal.

Normalmente no se realiza Terapia Asertiva Comunitaria, aunque en aquellos casos de mayor gravedad y alto riesgo de desvinculación, se puede recurrir al Equipo de Terapia Asertiva Comunitaria (ETAC).

No cuentan con aplicaciones digitales, aunque ambos programas (Lehenak y CRUPEP) están trabajando en ello. El equipo del Hospital Universitario de Cruces está trabajando junto con el departamento de innovación del hospital en el desarrollo de una aplicación móvil que permita ver la utilidad de los grupos psicoeducativos y la adherencia al tratamiento, así como en el desarrollo de instrumentos para la evaluación cognitiva de los pacientes. Aún están en fase de diseño.

Por otro lado, desde el Hospital Universitario de Cruces en el marco del programa CRUPEP se participó en el desarrollo y validación junto con el departamento de neuropsicología de la Universidad de Deusto del programa de rehabilitación cognitiva Rehacop, y dentro de él, del material psicoeducativo específico para primeros episodios psicóticos que contempla la participación de todos los miembros del equipo terapéutico. Dicho material ha sido adoptado y adaptado por parte de la Red de Salud Mental dentro de su programa Lehenak.

Adherencia

No se ha desarrollado ningún protocolo de actuación específico para la adherencia. Se intenta evitar la desvinculación del paciente a través de actividades psicoeducativas y sociales, pero sin seguir ninguna línea de actuación establecida.

Las asociaciones de pacientes y familiares hacen sus propios programas psicoeducativos y recreativos, complementando de algún modo las intervenciones por los equipos de PEP – dependerá del interés del propio paciente y su entorno.

El equipo del Hospital Universitario de Cruces está trabajando junto con el departamento de innovación del hospital en el desarrollo de una aplicación móvil que permita ver la utilidad de los grupos psicoeducativos y la adherencia al tratamiento, así como en el desarrollo de instrumentos para la evaluación cognitiva de los pacientes. Aún están en fase de diseño.

Coordinación

En ambos programas, en cuanto a posibles comorbilidades, el gestor de cada caso es el encargado de hacer un seguimiento. La historia clínica electrónica facilita la transmisión de la información entre profesionales.

Programa Lehenak (RSMB): Existe un protocolo de coordinación entre Atención Primaria y los equipos de primeros episodios comunitarios. Estos programas ambulatorios sí que cuentan con una fuerte colaboración con otras instituciones, que incluso están actualmente derivando pacientes directamente al programa. Buena coordinación con los centros de drogodependencias.

Hospital Universitario de Cruces (Programa CRUPEP): En cuanto al equipo de Cruces, existe coordinación puntual con Atención Primaria, Justicia, Universidad y centros educativos.

Formación

- **Programa Lehenak (RSMB):**
 - Cada equipo ambulatorio presenta los resultados a sus compañeros de Salud Mental de la comarca anualmente.
 - Ademán cuentan con MIR de psiquiatría, propios y de otras Comunidades Autónomas, PIR, EIR, estudiantes de trabajo social y posgrado de psicología. Residentes de Atención Primaria no hay en todas las comarcas.
 - Se ha llevado a cabo programas formativos a otras instituciones con el objetivo de dar a conocer cómo detectar un posible primer episodio psicótico, lo que ha aumentado en número de derivaciones.
 - No se ha realizado a centros educativos – colegios e institutos – aunque se tiene pensado realizar alguna actividad con universidades. Esto se debe a que no tienen recursos suficientes para hacer frente a la alta cantidad de falsos positivos que llegarían al servicio.

- **Hospital Universitario de Cruces (Programa CRUPEP):**
 - Se hacen cursos formativos a adjuntos de todo el servicio y a los residentes. Algunos de los cursos organizados desde 2015 son:
 - Segarra R. IX Curso de las Fases Iniciales de las Psicosis. Hospital Universitario Cruces. 27 noviembre 2015.
 - Segarra R. Abordaje integral de las fases iniciales de las psicosis. Programa CRUPEP. 2 noviembre 2015 - 6 noviembre 2015. Actividad presencial registrada 714/15. Actividad acreditada por el Consejo Vasco de Formación Continuada de las profesiones sanitarias con 4.70 créditos.
 - Segarra R. Abordaje de los primeros episodios psicóticos desde una perspectiva traslacional y de investigación básica. 26 febrero 2016.
 - Segarra R. X Curso de las Fases Iniciales de las Psicosis. Hospital Universitario Cruces. 25 noviembre 2016.
 - Segarra R. Abordaje integral de las fases iniciales de las psicosis. Diseño de una Unidad de Primeros Episodios Psicóticos. 25 enero 2017 – 27

enero 2017. Actividad presencial registrada 044/17. Actividad acreditada por el Consejo Vasco de Formación Continuada de las profesiones sanitarias con 3.80 créditos.

- Segarra R. Abordaje de los primeros episodios psicóticos desde una perspectiva traslacional y de investigación básica. 7 abril 2017 al 8 abril 2017. Actividad presencial registrada 411/17. Actividad acreditada por el Consejo Vasco de Formación Continuada de las profesiones sanitarias con 1.20 créditos.
- Segarra R. XI Curso de las Fases Iniciales de las Psicosis. Hospital Universitario Cruces. 3 noviembre 2017.
- A parte de los MIR en psiquiatría del servicio, desde 2006 hay residentes rotando permanentemente en el programa CRUPEP, tanto de ámbito nacional como internacional.

Investigación

- **Programa Lehenak (RSMB):** Aunque no era el objetivo primario, se están intentando desarrollar líneas de investigación relacionadas con el mismo.
 - Resultados de la intervención (programa Lehenak): impacto en tasas de hospitalización, en funcionalidad del paciente y en variables sociolaborales (tasas de discapacidad, incapacidad laboral, formación e incorporación al trabajo)
 - Herramientas de detección precoz de recaídas
 - Intervención psicoterapéutica cognitivo conductual en síntomas negativos
 - Psicoeducación en trastorno bipolar: impacto sobre la evolución
 - Ejercicio físico y salud en Primeros Episodios

- **Hospital Universitario de Cruces (Programa CRUPEP):** En el marco del Instituto de Investigación BioCruces se creó un grupo de fases iniciales de psicosis (grupo consolidado de excelencia) en colaboración con un grupo de farmacología de la Universidad del País Vasco. Los principales objetivos de este grupo a nivel de investigación son:

- Identificar factores pronóstico relevantes que permitan orientar el diseño de intervenciones para mejorar el curso de la enfermedad.
- Identificar marcadores endofenotípicos que ayuden a los clínicos a apoyar de forma más fiable un diagnóstico psicótico específico durante las fases tempranas.
- Determinar la presencia de un posible factor biológico que explique la alta prevalencia de consumo de tabaco en esta población y orientar intervenciones sobre esta adicción.
- Definir el perfil de afectación cognitiva y su evolución tanto en fases tempranas como en pacientes crónicos y valorar la eficacia de la rehabilitación cognitiva como una posible herramienta terapéutica.

También se participa en múltiples ensayos clínicos sobre primeras fases de la psicosis.

Evaluación del programa

Se están analizando indicadores de seguimiento y resultados.

Hospital Universitario de Cruces (Programa CRUPEP): Se analiza la eficacia y eficiencia del programa en base a unos indicadores que incluyen:

- Remisión clínica y recuperación funcional. Objetivo: mayor del 50% de los usuarios atendidos en el programa.
- Recaídas. Objetivo: inferior al 50% de los usuarios atendidos en el programa.
- Tasa de reingresos. Objetivo: inferior al 20% de los usuarios del programa.
- Estancia Media durante los reingresos. Objetivo: por debajo de los 10 días.
- Utilización de Servicios Asistenciales al margen de los establecidos por el programa.
- Tasa de abandono del programa. Objetivo: inferior al 5% de los usuarios del programa.
- También se incluyen indicadores de agresividad (tasa de suicidio), parámetros de coste-efectividad (gasto farmacéutico, modalidades terapéuticas, gasto indirecto, discapacidades), y la eficiencia del programa (reinserción laboral/social/familiar, calidad de vida, satisfacción).

Programa Hipatya de Primeros Episodios Psicóticos (Hospital Universitario Araba)

El **programa Hipatya** surge en 1997 como un proyecto de investigación en primeros episodios psicóticos.

El programa da cobertura a toda la población alavesa atendida por la Organización Sanitaria Integrada (OSI) Araba y la Red de Salud Mental de Álava, con una población de 300.000 habitantes. Se trata de un programa ambulatorio intensivo establecido en el Hospital Universitario Araba, en su Hospital de Día de Psiquiatría, y en el Hospital de Día de Angulema de la Red de Salud Mental. Este programa ha sido premiado por Osakidetza en dos ocasiones debido a su capacidad de coordinación entre organizaciones diferentes, y a su universalidad y equidad en su atención.

Dentro de la OSI Araba, hasta el año 1996, la asistencia a estos pacientes se realizaba exclusivamente a nivel hospitalario, pero la evaluación de resultados de un estudio del FIS de primeros episodios permitió detectar que el 50% de los pacientes no llegaban a realizar seguimiento psiquiátrico. A partir de entonces se implementó el programa ambulatorio en el hospital de Día de Psiquiatría (UHP) de la OSI Araba. Ahora mismo, en el momento que el paciente recibe el alta, al día siguiente, o en un plazo máximo de 5 días, es citado para su atención ambulatoria.

A partir de la puesta en marcha del programa se consiguió una reducción del 80% de los reingresos hospitalarios, recibiendo el premio a la innovación en gestión sanitaria en el año 2012 del Osakidetza.

Los profesionales del programa, participaron en una revisión sistemática para el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, sobre las intervenciones en este tipo de pacientes, recopilando las evidencias científicas disponibles derivadas de la implantación de programas internacionales. A partir de las conclusiones de este documento se desarrolló la guía para terapeutas, sanitarios y familiares: Terapia psicológica integral para primeros episodios psicóticos. Programa Hipatya.

Las adaptaciones se hicieron en base a los recursos humanos disponibles, sin contar con recursos destinados específicamente a este programa

Criterios de admisión

El programa está dirigido a aquellos pacientes que han sufrido un primer episodio psicótico, aunque se aceptan frecuentemente pacientes con Estados Mentales de Alto Riesgo. Todos aquellos casos derivados al Servicio de Psiquiatría del hospital con diagnóstico de primer episodio, son aceptados. No hay criterios de exclusión definidos.

En cuanto a la edad, el programa está dirigido a pacientes **menores de 35 años**.

Equipo

El equipo consta de un psiquiatra a tiempo completo, un psicólogo a tiempo parcial, una enfermera tiempo parcial y una trabajadora social (que trabaja en integración laboral y educativa).

En el caso del equipo del hospital de día extrahospitalario también hay terapia ocupacional (monitores), junto con profesionales de psiquiatría, psicología y enfermería.

Ninguno de los profesionales involucrados tiene una dedicación exclusiva al programa, y todo ellos comparten agenda con otros pacientes.

Cada caso es gestionado por un responsable, que actúa como coordinador para las diferentes intervenciones.

Instalaciones

Las intervenciones comienzan en el Hospital de Día del Hospital Universitario Araba, y en el hospital de Día de Angulema. No es exclusivo para estos pacientes ni tienen una adaptación especial para ellos.

DetECCIÓN Y DERIVACIÓN

Se ha facilitado material para el reconocimiento de los síntomas psicóticos a los médicos de Atención Primaria. También se han realizado reuniones sociosanitarias con Educación para mejorar la detección de trastornos de conducta en la escuela – entre ellos hay casos con síntomas psicóticos. No se ha realizado ninguna campaña de sensibilización social enfocada en la detección precoz de la psicosis.

La mayor parte de los pacientes que se incorporan en el programa, cerca del 80%, son derivados desde la unidad de hospitalización. Puntualmente pueden llegar a través de otros servicios como el Servicio de Urgencias, por petición propia, a través de familiares, etc.

Al estar ingresados en el mismo hospital, la incorporación al programa se produce en el mismo momento del alta.

INTERVENCIÓN

Se realiza una valoración completa del paciente y su entorno. Se intenta ofrecer tratamiento psicosocial a todos los pacientes desde el primer momento, aunque hay que valorar las necesidades de cada uno. Todo el tratamiento se individualiza en función de los perfiles.

La frecuencia de las intervenciones se pauta en función de las necesidades. En general se inicia con visitas de 3 días a la semana, hasta espaciar estas visitas en función de la evolución del paciente y de su propia integración.

Se establecen objetivos individuales, con una reevaluación del caso a los 6 meses aproximadamente. El objetivo ideal es la integración sociolaboral completa del paciente, aunque si se considera difícilmente alcanzable, el objetivo se va adaptando.

Dentro del programa se considera que el empleo, la búsqueda de una reinserción en la sociedad y la recuperación de su vida son los pilares básicos del tratamiento. Se contempla que el programa dure dos años: el paciente está un año en el Hospital de Día del Hospital Universitario Araba, y otro año en el Hospital de Día extrahospitalario.

Entre los recursos a los que se tiene acceso destacan la terapia cognitiva-conductual – base del programa –, psicoeducación, ayuda escolar y de empleo, terapia familiar, orientación para el uso de recursos comunitarios y actividades con grupos de pacientes. En caso de que se requiera terapia ocupacional, el paciente tiene que recurrir al hospital de día extrahospitalario. Los pacientes también tienen acceso a opciones residenciales si lo precisan– **residencia sociosanitaria ABEGIA** para personas con riesgo de exclusión social por trastorno mental grave y consumo de drogas.

En el Hospital de Día extrahospitalario se trabaja de forma intensa con las familias.

Se ha elaborado una **guía psicoeducativa para pacientes y cuidadores** donde se abordan las posibles situaciones que pueden aparecer durante el tratamiento. Se está desarrollando ahora un material dirigido al consumo de cannabis derivado de un proyecto FIS y un proyecto de la Universidad del País Vasco (que está siendo testado en colaboración con el Hospital Clínic de Barcelona y el Hospital Universitario de Bellvitge).

En determinados casos, es posible acceder al equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario

Adherencia

Existen módulos específicos para el manejo de la adherencia dentro del programa. También se ha desarrollado un **programa de medicación de larga duración en la unidad**.

Coordinación

A través de la historia clínica se tiene acceso a toda la información sanitaria del paciente en todas las especialidades. Hay una coordinación estrecha con atención primaria para el cuidado de la salud del paciente.

También si se detecta cualquier necesidad, se expone a través de la Comisión Sociosanitaria, donde se incluyen todos los servicios, incluido Atención Primaria, Educación, Ayuntamiento y Diputación.

Con otras instituciones la coordinación no es específica para primeros episodios psicóticos, sino para personas con enfermedad mental.

Formación

Se organizan anualmente dos mesas de primeros episodios, una de menores y otra de mayores de edad, en el curso de Psiquiatría de Vitoria.

Se da formación en el programa a todos los residentes del servicio: MIR de psiquiatría, PIR y EIR. No hay residentes de Atención Primaria.

Se hace formaciones puntuales a otras instituciones. Por ejemplo, actualmente se está realizando una formación específica en detección y manejo de PEP a los psicólogos de un centro de menores (Sansoheta).

Se ha realizado material psicoeducativo para familiares y pacientes, además de información para profesionales sanitarios sobre las características y beneficios del programa.

Investigación

Constituye un pilar fundamental del programa, existiendo varias líneas de investigación específicas sobre primeros episodios psicóticos que se llevan en la unidad de investigación. Existen proyectos europeos, FIS y de la Universidad del País Vasco sobre primeros episodios psicóticos. Los proyectos más relevantes son los siguientes:

- Programa de tratamiento psicológico cognitivo-conductual para pacientes con primeros episodios psicóticos y abuso de cannabis
- Cannabis: estudio longitudinal (1 año) de la influencia de los factores neurotróficos NGF y BDNF en primeros episodios psicóticos con consumo de cannabis: funcionalidad, cognición y síntomas negativos
- Mapa geográfico de salud mental: variación geográfica en psicosis y factores ambientales.
- E-enseñanza y desarrollo de un programa psicoeducativo basado en la evidencia en primeros episodios psicóticos
- Determinantes clínicos y neurobiológicos de segundos episodios de esquizofrenia. Estudio longitudinal de primeros episodios psicóticos
- Prevención primaria en pacientes con alto riesgo de psicosis: detección e intervención temprana

- Adherencia en primeros episodios psicóticos y técnicas para su mejora.

Además, se coordina junto con Kronikune un programa europeo para aumentar la resiliencia de niños de 12 años encaminado a disminuir la morbilidad: UPRIGHT: *Universal Preventive Resilience Intervention Globally implemented in schools to improve and promote mental Health for Teenagers*.

Evaluación del programa

Se hace evaluación de indicadores de seguimiento y resultados.

Principado de Asturias

ITP en Plan de Salud Mental de Asturias

Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2015-2020

Se ha elaborado el **Plan de Salud Mental del Principado de Asturias** correspondiente al periodo **2015-2020**, estando actualmente pendiente de revisión por parte de la Junta General del Principado de Asturias, por lo que aún no está vigente.

En el plan anterior, el Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2011-2016, se mencionaba la detección precoz de psicosis como una acción estratégica. De hecho, la línea estratégica 2 (Promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental) incluía el objetivo general 2: Prevenir la enfermedad mental, el suicidio y las adicciones. Para ello se planteó como acción a desarrollar la elaboración de procedimientos de detección precoz de psicosis, a través de grupos de trabajo con Servicios de Salud Mental, agentes educativos, sociales y sanitarios, para identificar los factores de riesgo y mejorar los procedimientos de detección.

Aunque no esté actualmente aprobado el nuevo plan, sí que resulta interesante destacar que se incluyen diferentes aspectos relacionados con la intervención temprana. En el análisis de situación del el Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2015-2020, se destaca que, la Cartera de Servicios de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, se centra básicamente sobre la persona afectada de forma individual y con intervenciones terapéuticas, prioritariamente, de tipo farmacológico. Por ello, se considera necesario potenciar las intervenciones psicoterapéuticas y de rehabilitación psicosocial, tanto individuales como grupales, dirigidas a pacientes y familiares, así como las actividades de **detección e intervención precoz**, así como todas aquellas actuaciones que repercutan en la mejora de los tratamientos en salud mental, conforme a la evidencia disponible y acorde a las necesidades de los ciudadanos, optimizando de la forma más eficiente los recursos psicoterapéuticos y farmacológicos en la práctica clínica.

En la descripción de los servicios ofertados en la Comunidad Autónoma, se mencionan:

- **Un programa de detección e intervención precoz en psicosis:** Implantado en el 2007 en el área V - Gijón, cuenta con un conjunto de profesionales con dedicación parcial y específica para desarrollar en equipo el programa. Se ubica en el CSM II, con alcance para toda el área; este equipo está formado por psiquiatras, psicólogos clínicos y enfermeras. Existe otro programa, en el Área III – Avilés, que atiende primeros episodios de psicosis y se lleva a cabo por profesionales del Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC), psiquiatría y enfermería. Los **ETAC se definen como** equipos compuestos por profesionales de psiquiatría, psicología clínica, enfermería, ASEP, auxiliares de enfermería y trabajo social que atienden a nivel ambulatorio y domiciliario a un grupo definido de pacientes con psicopatología grave/severa, que tienen dificultades para mantener la vinculación con el Servicio de Salud Mental, con mayor riesgo de abandono del tratamiento y consecuente riesgo de descompensación psicopatológica. Desarrollan una atención dirigida al paciente en su entorno, basada en el tratamiento farmacológico y un seguimiento intensivo, en el domicilio del paciente o en lugares de la comunidad donde se desenvuelve la vida pública del usuario, que busca reducir al mínimo las recaídas y los ingresos asegurando la continuidad del tratamiento.

El Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2015-2020, dentro de la **línea estratégica 2** (Atención a los Trastornos Mentales) subraya la necesidad de **mejorar la calidad, la equidad y la continuidad de la atención a los problemas en Salud Mental**, siendo necesario **protocolizar la coordinación con el nivel de Atención Primaria** que defina la actuación compartida en relación con la **detección precoz** y para asegurar una continuidad de cuidados adecuada a lo largo de los distintos procesos asistenciales en Salud Mental, apoyando la formación de Atención Primaria en técnicas de abordaje no farmacológico en la atención a los trastornos comunes y más prevalentes, y articulando además el apoyo a los Profesionales de Atención Primaria por parte de los profesionales de Salud Mental, estableciéndose:

- Agenda conjunta de reuniones/sesiones
- Protocolos de derivación/devolución informada
- Intervenciones conjuntas
- Seguimiento de casos

Por otro lado, se menciona el **programa de Atención a Personas con Trastorno Mental Severo**, de 2006, implementado en la Comunidad Autónoma, y la necesidad de **revisar y completar su implementación**. En general, la situación actual detectada en el caso de este programa, es que

respuesta asistencial es insuficiente y variable en el ámbito de la rehabilitación, con una escasa implementación de tratamientos psicosociales y programas para situaciones clínicas de elevada prevalencia e importante impacto en la evolución clínica. Por ello, una de las actuaciones recogidas en el nuevo plan para mejorar las intervenciones es **actualizar y homogeneizar la implantación de programas en detección e intervención precoz de la psicosis en las áreas sanitarias**, revisando y actualizando la documentación existente y potenciando la utilización de guías de práctica clínica de reconocido prestigio.

Tabla 42. **Objetivos e indicadores en relación a la Intervención Temprana en Psicosis en el Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2015-2020**

Línea estratégica 2. Atención a Trastornos Mentales
Objetivo: Mejorar la calidad, la equidad y la continuidad de la atención a los problemas en Salud Mental.
ACTUACIONES ESPECÍFICAS
<p>Actualizar y homogeneizar la implantación en las áreas de otros programas, revisando y actualizando la documentación existente y potenciando la utilización de guías de práctica clínica de reconocido prestigio.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Detección e intervención precoz de la psicosis

Fuente: Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2015-2020

El plan se encuentra en fase de redefinición, debido a la solicitud por parte de algunos grupos políticos de incorporar nuevas iniciativas. Un grupo de trabajo está actualmente reuniéndose para su actualización, siendo uno de los objetivos el **abordaje de la Intervención Temprana en Psicosis en el nuevo documento**.

Situación de la implantación de programas ITP en Asturias

Uno de los puntos que se destacan es que se ha hecho un gran esfuerzo en la promoción de la salud mental en los últimos años, **principalmente en la infancia y la adolescencia**, mejorando principalmente la capacidad de prevención de abuso de drogas.

Actualmente, en Asturias no hay ningún plan específico ni local ni regional enfocado a Primeros Episodios Psicóticos (PEP) o pródromos de la enfermedad. Únicamente se han desarrollado programas a nivel de centro empleando los recursos existentes.

Los programas de PEP existentes están incluidos en la cartera de servicios autonómica, pero no están implantados en todas las áreas y por tanto no se cubre toda la población de la Comunidad (1 millón de habitantes).

La aproximación y modelo asistencial de los programas es diferente, no hay homogeneidad ni se destina financiación específica para los mismos por parte de la Consejería de Salud del Principado. La implantación de los programas ha estado en muchos casos vinculada al desarrollo de proyectos de investigación.

Actualmente existen dos programas en el Principado de Asturias:

- El del área V – Gijón, el equipo de Salud Mental del Centro de Salud II dedica parte de su tiempo al manejo de estos pacientes.
- En el área III – Avilés, la intervención se realiza por el equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC). Destaca como valor del modelo asistencial propuesto de asistencia **comunitaria** de los pacientes con primeros episodios psicóticos.

Programas de ITP en Asturias

Programa de detección e intervención precoz en psicosis del Área III - Avilés

El programa está basado en el manual de programa EPPIC de Australia, liderado por el doctor Patrick McGorry, pero con una alta filosofía de trabajo asertivo comunitario (TAC), cogiendo como ejemplo el OPUS Trial de Dinamarca. Se implementó en el año 2007.

Como objetivo se marcó aplicar el TAC, con lo que ello supone de intervenciones terapéuticas y de apoyo a pacientes y familias de una forma más asertiva:

- Disminuir la repercusión global de la enfermedad y por tanto los costes personales, familiares y sociales.
- Mejorar el pronóstico y la calidad de vida de estos pacientes.
- Mejorar el funcionamiento de los SSM en cuanto a la atención precoz al enfermo psicótico

Actualmente, el equipo ETAC, y profesionales de psiquiatría y enfermería del área III de Avilés se encargan del tratamiento de los primeros episodios psicóticos detectados en el área, realizando principalmente las intervenciones en zonas externas al ámbito hospitalario. Actualmente cubre una población de 156.000 personas.

Desde su implantación en el Área III, el equipo de trabajo ha conseguido reducir el número de casos que abandonaban el seguimiento después de un primer episodio psicótico. Se ha conseguido disminuir el deterioro cognitivo en estos pacientes, con trabajo psicoterapéutico individual y grupal, con ajustes de medicación pertinentes buscando siempre la dosis mínima eficaz y una mejor evolución clínica del paciente. Por otro lado, al involucrar a la familia en el tratamiento desde el inicio se ha conseguido mejorar su satisfacción.

Criterios de admisión

Únicamente se incluyen pacientes que han presentado un primer episodio psicótico, aunque se está valorando la inclusión de Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR) más adelante. No se establece una edad mínima de acceso, pero sí una edad máxima de 50 años.

No se han definido criterios de exclusión por comorbilidades. Cualquier comorbilidad somática se gestiona de manera conjunta con Atención Primaria.

Equipo

El equipo del programa está integrado por 1 psiquiatra, 2 enfermeras, y 1 trabajadora social asociada. Las dos enfermeras no son siempre las mismas, pudiendo participar diferentes profesionales en función de necesidades puntuales.

El programa carece de terapeuta ocupacional y psicólogo, aunque si se valora que es necesaria una intervención psicológica que se pueda prestar desde el ETAC, el paciente se deriva al dispositivo donde se realicen este tipo de intervenciones, como por ejemplo una terapia cognitiva en el hospital de día.

La dedicación varía en función del profesional. El psiquiatra tiene una dedicación total al programa, mientras que las enfermeras tienen una dedicación parcial, aunque prioritaria – se

estima que el tiempo del personal de enfermería dedicado al programa puede estar en torno al 50% de su tiempo.

El equipo aplica un modelo de casos compartido, por lo que a cada paciente se le asigna una enfermera de referencia y una segunda, como corresponsable. Los pacientes son siempre atendidos por el mismo psiquiatra.

Instalaciones

La consulta con el psiquiatra se realiza en la misma consulta que el resto de la asistencia, en el Centro de Salud Mental II- Quirinal del área III – Avilés. El resto de las intervenciones se realizan fuera de la consulta, en un espacio diferenciado del centro.

También se llevan a cabo intervenciones domiciliarias, cuando se requiere, y actividades de ocio y tiempo libre, siendo el personal de enfermería y la familia claves en estos casos.

Detección y derivación

Se realizan sesiones informativas sobre PEP tanto a profesionales de Atención Primaria como a otras instituciones, especialmente con Educación. A pesar de ello, no se facilita ningún material, como por ejemplo escalas clínicas, para la detección de posibles casos de psicosis. Aunque Atención Primaria tiene acceso directo al programa, apenas se derivan casos a través de esta vía. Las principales vías de derivación son los Centros de Salud Mental del área III.

La coordinación entre niveles, aunque no está protocolizada para PEP, es sencilla y bien estructurada. El paciente se incluye en el programa el mismo día de la derivación. Para la evaluación suele haber más demora, pero no se especifica un tiempo máximo. Aquellos casos que se considere que no cumplen con los criterios de inclusión vuelven a su Centro de Salud Mental de referencia.

Intervención

La duración establecida es de al menos 5 años de tratamiento psicosocial. Se dan las altas pertinentes para seguimiento en su CSM de referencia.

Se realiza una **terapia psicosocial individualizada** desde el principio, aunque la frecuencia y la intensidad dependen de cada caso.

Se establecen dos diferentes grados de intervención en función de la gravedad clínica, psicopatológica y funcional:

- Intervención de intensidad media: llevada a cabo por 2 o 3 profesionales en los pacientes
 - con buena adherencia al seguimiento,
 - sin problemas familiares graves,
 - con buen apoyo familiar,
 - menor gravedad clínico/funcional,
 - buen funcionamiento premórbido y
 - una recuperación rápida y completa.
- Intervención de mayor intensidad: realizada por todo equipo de TAC e incluyendo las intervenciones domiciliarias
 - con mala adherencia al seguimiento,
 - con problemas familiares graves,
 - mal apoyo familiar,
 - mayor gravedad clínico/funcional,
 - un pobre funcionamiento premórbido o
 - una recuperación lenta o parcial

La periodicidad de las visitas es, como mínimo, quincenal en la etapa de evaluación, pero depende de cada caso. Anualmente se lleva a cabo la revisión del caso y de los objetivos que tenía asignados. Además, se promueve la participación del paciente y la familia en la toma de decisiones del tratamiento tanto farmacológico como psicoterapéutico. Tanto el paciente como la familia tienen accesibilidad inmediata cualquier día de la semana.

La inclusión de la familia se considera un pilar fundamental del programa, con el principal objetivo de evitar la desvinculación.

Por ello, se organizan sesiones de Intervención Familiar y se recomienda la asistencia en los casos que puedan beneficiarse más. En estas sesiones se trabaja con la técnica desarrollada por

Ian Falloon (terapia familiar conductual). Es fundamental el binomio paciente-familia y si hubiera alguna otra persona especialmente relevante en el entorno del paciente también se le incluye.

En cuanto al resto de intervenciones, los pacientes tienen acceso a psicoeducación, ayuda escolar y de empleo, terapia familiar, encuentro con antiguos pacientes, orientación para el uso de recursos comunitarios, opciones residenciales, actividades con grupos de pacientes, e intervenciones sobre el consumo de drogas, principalmente con el cannabis. No disponen de herramientas para ayuda online ni terapia ocupacional.

Se desarrollan también actividades dirigidas al cuidado de la salud, especialmente en prevención y manejo de obesidad y tabaquismo.

Adherencia

Se trabaja la psicoeducación y la intervención familiar para el control de la adherencia al tratamiento y la no desvinculación al programa. A pesar de ello, no existe un protocolo de actuación específico para estos pacientes.

Coordinación

No se han definido protocolos específicos de coordinación para pacientes con primeros episodios psicóticos. Sin embargo, la coordinación con Atención Primaria es muy fluida. La derivación de estos pacientes es prioritaria, por lo que, si en el volante se indica que es un paciente de tipo psicótico, en 2-3 días el paciente llega a la consulta del psiquiatra.

Lo mismo ocurre en el caso de otras instituciones y servicios. Existen protocolos de coordinación con Educación y Justicia, hasta los 15 años, pero no son específicos para estos pacientes.

Formación

No se han realizado materiales ni sesiones formativas específicas con profesionales de Atención Primaria.

No existe un programa de formación continuada específico para el personal del programa.

Los residentes participan en el programa. Actualmente rotan residentes por el mismo residentes MIR, PIR, y EIR.

Investigación

El programa no desarrolla líneas de investigación propias.

Actualmente, el equipo está participando en el estudio ICARO, un estudio multicéntrico sobre el seguimiento de pacientes con PEP que no han tenido medicación previa tratados con antipsicóticos. El estudio está liderado por Departamento de Farmacología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid, siendo

- Alfonso Carvajal García Pando del Centro de Estudios sobre la Seguridad de los Medicamentos (CESME). Universidad de Valladolid (UVa) su Investigador Principal.
- Natalia Jimeno Bulnes. Área de Psiquiatría. Facultad de Medicina. UVa. Primeros Episodios Psicóticos

Evaluación del programa

Se están aplicando indicadores de seguimiento y resultados del programa.

Región de Murcia

ITP en Plan de Salud Mental de Murcia

Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 2010-2013

El último plan de salud mental disponible es el Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 2010-2013, que no está vigente en la actualidad. No se ha realizado ninguna actualización o evaluación del documento, aunque se está trabajando en la **Acción Regional en Salud Mental 2018-2022**, que incluye la creación de una nueva gerencia regional de Salud Mental. La estrategia incluye como objetivo, integrar las nueve áreas de salud y reorganizar los dispositivos para facilitar una atención comunitaria integral, una optimización de los cuidados a pacientes y una mejor coordinación con los profesionales de Atención Primaria, entre otros objetivos.

El nuevo documento se basará en las siguientes líneas de actuación:

1. Prevención y promoción de la SM en la población,
2. El modelo de recuperación y empleo,
3. Derechos sociales y estigma,
4. Recursos asistenciales: características funcionales y programas ofertados en cartera de servicios que garantice la equidad y accesibilidad,
5. Continuidad de cuidados: entre niveles sanitarios e interniveles con otras instituciones y organismos y, por último,
6. Gestión del conocimiento aplicada a las intervenciones.

El Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 2010-2013, incluía como parte de las conclusiones del análisis de situación, la **necesidad de introducir la detección precoz del Trastorno Mental Grave**, tanto en Atención Primaria como en el medio comunitario. Además, el análisis de situación evidenciaba una **insuficiente coordinación** entre todos los agentes implicados en la prevención y promoción de la salud mental, siendo deseable un mejor conocimiento de estos y cooperación. Además, no existía una adecuada coordinación entre las instituciones implicadas directa o indirectamente en la identificación y seguimiento de casos (Educación, Servicios Sociales, Trabajo, Justicia...), siendo necesario el desarrollo de acuerdos y convenios para cubrir las complejas necesidades de los pacientes con trastorno mental grave.

Se recogían como objetivos del Plan:

- **Promover la cooperación** de todos los agentes involucrados en la mejora de la salud mental, implantando **mecanismos de coordinación a nivel institucional**, que garanticen la atención integral de las personas
- Mejorar la **comunicación y coordinación con Atención Primaria** para aplicar el modelo de cooperación

Aunque no se incluía mención específica a programas de Intervención Temprana en Psicosis.

Analizando las estrategias incluidas en el documento, en las líneas de actuación y actividades del Plan de Salud Mental, se especifican las siguientes actividades en relación con la **detección precoz del Trastorno Mental Grave (TMG)**:

- Línea de actuación 1: Promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental
 - Detección precoz del trastorno mental en la infancia y adolescencia:
 - **Programa de atención al niño y al adolescente (PANA)**, realizado por personal médico y de enfermería de **Atención Primaria**
- Línea de actuación 2: Atención a los trastornos mentales. Programa de adultos:
 - Apoyar a Atención Primaria en la detección y tratamiento precoz de los Trastornos Mentales Graves:
 - **Introducción de criterios de detección precoz de TMG y de la derivación preferente a Salud Mental.**

Tabla 43. **Objetivos e indicadores en relación a la Intervención Temprana en Psicosis en el Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 2010-2013**

Línea de actuación 1: Promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental
Objetivo: Prevenir la enfermedad mental, el suicidio y las adicciones en la población general
ACTUACIONES ESPECÍFICAS
Detección precoz del trastorno mental en la infancia y adolescencia. Programa de atención al niño y al adolescente (PANA) , realizado por personal médico y de enfermería de Atención Primaria

Línea de actuación 3: Coordinación interinstitucional e intrainstitucional
Objetivo: Promover la cooperación de todos los agentes involucrados en la mejora de la salud mental, implantando mecanismos de coordinación a nivel institucional, que garanticen la atención integral de las personas
ACTUACIONES ESPECÍFICAS
Detección precoz de trastornos mentales graves en atención primaria: Introducción de criterios de detección precoz de TMG y de la derivación preferente a Salud Mental

Fuente: Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 2010-2013

Dentro del nuevo plan de Salud Mental, no se incluirá el tratamiento de fases temprana de psicosis como un programa específico. El modelo de intervención se englobará dentro del abordaje del trastorno mental grave, que se basará en dos líneas: una mejor coordinación sociosanitaria y una adecuada continuidad de cuidados que asegure una exitosa transición de infanto-juvenil a adultos. Por ello, se considerará fundamental la inclusión de profesionales de Atención Primaria, Educación y Servicios Sociales⁵⁷ para la detección y prevención de las psicosis, así como otros TMG.

No se asignarán recursos específicos para programas de intervención temprana. Se promoverá la implementación del Plan de Actuación Coordinada, que garantice una atención multidisciplinar y sociosanitaria, principalmente en aquellos pacientes con especial vulnerabilidad. Además, se hará especial énfasis en un tratamiento asertivo, en el entorno del paciente, para que éste no pierda la relación con su entorno natural.

⁵⁷ Para trabajar la prevención, se está utilizando como base el programa ARGOS de prevención del consumo de alcohol y otras drogas, cuyo principal objetivo es implantar actuaciones sistemáticas de intervención en drogodependencias en Atención Primaria para poblaciones vulnerables.

Situación de la implantación de programas ITP en Murcia

Actualmente no existe ningún programa específico, formalmente dirigido a la detección e intervención precoz en psicosis. Si bien es cierto que existen algunas iniciativas individuales, desarrolladas por clínicos utilizando los recursos existentes en sus unidades. El tratamiento de estos pacientes depende de cada centro. Por ejemplo, en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, los pacientes que requieren ingreso no son separados de la familia y se intenta integrar tanto al paciente como a sus familiares en el tratamiento y las decisiones terapéuticas. Los pacientes con psicosis son hospitalizados como cualquier otra patología. Se trata de un modelo de atención integrador y enfocado en la reducción del estigma.

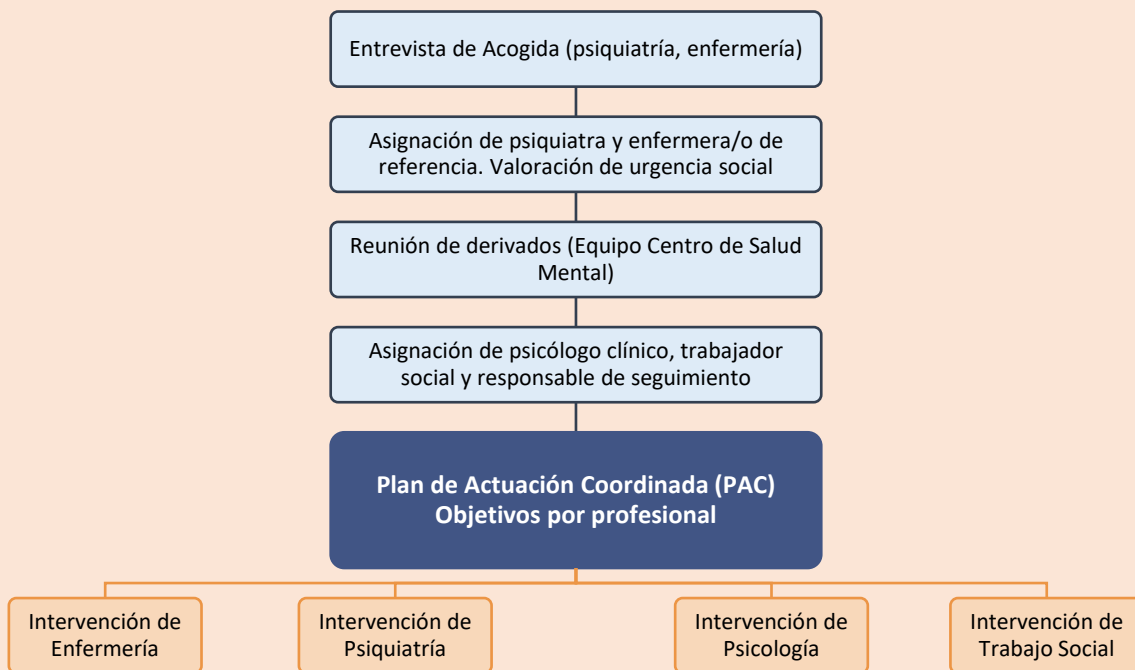
En la región de Murcia, los pacientes menores de 16 años ingresan, en caso de necesidad, en unidades de hospitalización de otras comunidades, en unidades de hospitalización psiquiátrica acompañados por su familia si se considera pertinente, y en unidades de pediatría y/o de medicina interna. Sin embargo, es importante destacar el esfuerzo que los profesionales del programa de infantojuvenil han hecho durante todos estos años por minimizar el número de ingresos y atendiendo en su domicilio y en los centros de salud mental, de forma intensiva, a estos niños; tratando de evitar el desarraigo y el estigma que acompaña a cualquier ingreso hospitalario. Según fuentes de Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) y Subdirección de Conciertos y Prestaciones, el número de camas/día para menores de 16 años, con diagnósticos de enfermedades mentales, que han requerido ingreso dentro o fuera de nuestra comunidad es: 4 camas/día. No obstante, en los próximos meses la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia contará con una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica para menores de 16 años.

En 2010 se llevó a cabo una iniciativa dirigida a los pacientes en riesgo de psicosis (EMAR – Estados Mentales de Alto Riesgo), con el objetivo de ofrecer un tratamiento psicológico intensivo y disminuir los casos de evolución a la psicosis, denominado **Programa de Intervención Precoz en Estados Mentales de Alto Riesgo – PIPEMAR**. El programa se suspendió en 2012 por falta de recursos.

En 2009, la Subdirección de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud elaboró una guía de práctica clínica sobre esquizofrenia que recogía el desarrollo de un **Plan de Actuación Coordinada (PAC)**, recogiendo un conjunto de actuaciones integradas a desarrollar por los diferentes profesionales que intervienen en cada caso. **Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Esquizofrenia en Centros de Salud Mental. Servicio Murciano de Salud.**

La guía recoge la realización de reuniones de equipo para la valoración de nuevos casos y los posibles problemas durante el seguimiento. No es específico para psicosis, sino de aplicación para cualquier Trastorno Mental Grave. También se recoge la coordinación con los servicios de rehabilitación si fuera necesario. Principalmente se está fomentando a nivel ambulatorio, e intervienen psiquiatras, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales.

Figura1. **Intervención en la esquizofrenia. Incorporación del Plan de Actuación Coordinada. Recogido en la Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Esquizofrenia en Centros de Salud Mental. Servicio Murciano de Salud (2009)**



Programas de ITP en Murcia

Programa de Intervención Precoz en Estados Mentales de Alto Riesgo (PIPEMAR) – Programa no activo

En el 2010 se desarrolló un proyecto piloto enfocado en la detección precoz y tratamiento psicológico de pacientes con Estados Mentales de Alto Riesgo – no estaba dirigido a pacientes que ya habían debutado con un episodio psicótico. El programa estaba basado principalmente en el P3 de Torrelavega, y en el Consenso sobre Atención Temprana en Psicosis de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN).

Los objetivos del programa eran:

1. Identificar la población en riesgo de desarrollar un trastorno psicótico.
2. Identificar pacientes con fase prodrómica, Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR), agilizando el acceso a tratamiento en los servicios de salud mental (menos de 7 días).
3. Desarrollar estrategias de intervención temprana (farmacológicas, psicológicas y sociales) en personas con síntomas psicóticos atenuados con la finalidad de prevenir o minimizar el deterioro psicosocial.
4. Ofrecer un programa de tratamiento inmediato y eficaz para personas con estados mentales de alto riesgo, reduciendo el tiempo que transcurre entre el inicio del trastorno e inicio del tratamiento.
5. Mantener el programa de forma continuada durante los primeros cinco años.
6. Desarrollar actividades de información y soporte específico dirigidas a familiares y cuidadores.
7. Integrar y adaptar los diferentes dispositivos asistenciales en la atención al trastorno psicótico incipiente, con una orientación preventiva en especial el grupo de EMAR.

El programa se situaba en el Centro de Salud Mental de San Andrés, con una población de referencia de 440.000 habitantes. El programa se suspendió en 2012.

Criterios de admisión

Únicamente se incluían Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR). Al tratarse únicamente de intervenciones psicológicas, no se incluían pacientes con Primeros Episodios Psicóticos. No había ningún criterio de exclusión otras comorbilidades, únicamente por incapacidad total o con certificado de minusvalía mayor del 65%, trastornos de personalidad cluster B o C (antisocial, histriónico, límite, evitación, dependencia y/o obsesivo) y personas que ya habían sufrido un primer episodio de psicosis. Se podían incluir pacientes con edades comprendidas entre los 16 y los 35 años.

Equipo

El equipo constaba de dos psicólogas clínicas con experiencia en el manejo de EMAR. Además, se contaba con la participación de cuatro Psicólogos Internos Residentes (PIR). Una de las psicólogas actuaba como coordinadora del equipo, pero al realizarse exclusivamente en el Centro de Salud Mental de San Andrés, no había coordinación con otros programas similares. Esta persona actuaba como representante del programa y ejercía de punto de conexión con

Atención Primaria y otras instituciones. No existía en sí un perfil de gestor de casos, sino que cada psicóloga era responsable del caso que le correspondía, gestionando los recursos más adecuados de acuerdo con las necesidades del paciente.

Instalaciones

Las intervenciones se realizaban en la Unidad de Rehabilitación de Adultos, en un horario diferente al de otras enfermedades. No era una zona exclusiva para estos pacientes. En caso de que el paciente presentara un primer episodio psicótico, se derivaba a la consulta del psiquiatra. No se hacía visita domiciliaria, aunque el equipo podía moverse a otros Centros de Salud para facilitar el acceso de pacientes.

Detección y derivación

Se les facilitaba a los médicos de Atención Primaria una escala, que les facilitaba la detección de posibles casos de riesgo. Si se cumplían unos parámetros establecidos, el paciente era candidato al programa PIPEMAR. Se establecía un límite de 48-72 horas para hacer la derivación, que podía realizarse mediante una llamada telefónica o un correo electrónico. El equipo del PIPEMAR incluso contemplaba el desplazamiento al Centro de Salud donde el paciente era detectado, en caso de que no fuera posible su derivación.

Intervención

Se hacía una valoración individualizada del caso y se establecía un seguimiento de 1 a 5 años, una vez incluido en el programa. La intervención era preventiva e iba dirigida a la fase prodrómica de la psicosis, utilizando tratamientos especializados y adaptados a esta fase del trastorno:

- Psicoeducación dirigida a la persona con EMAR
- Ayuda y afrontamiento de aspectos clínicos, familiares y laborales e interpersonales
- Psicoeducación y apoyo familiar
- Tratamiento psicológico cognitivo-conductual
- Apoyo y seguimiento

En caso de que el paciente requiriese tratamiento farmacológico, se le derivaba al psiquiatra. Los servicios sociales se le ponían a disposición si se consideraba que era necesario, pero el programa estaba principalmente enfocado en un tratamiento psicológico. El seguimiento no estaba protocolizado, pero sí que se hacían visitas bastantes regulares, con una frecuencia de dos veces a la semana en algunos casos.

Adherencia

Las terapias psicológicas eran el instrumento para facilitar la vinculación al programa, pero no se hacía un seguimiento ni estrategia protocolizada.

Coordinación

No existía ningún protocolo de coordinación dentro del programa con otros servicios o instituciones. La derivación venía exclusivamente de Atención Primaria a través de una llamada telefónica o un correo electrónico. Respecto a las comorbilidades, se informaba al médico de atención primaria para que procediera, pero no se realizaba una derivación directa desde el programa al especialista.

Formación

Apoyo a Atención Primaria pero sin llegar a haber una formación específica. Aunque se tenía en consideración la necesidad de hacer formaciones a otras instituciones como Educación o Servicios Sociales, no se llegó a llevar a cabo.

Investigación

No había ninguna línea de investigación enfocada en esta temática.

Evaluación del programa

No se llegó a realizar ninguna evaluación del programa ni un análisis de indicadores.

Conclusiones

En el año 2002, la Asociación Internacional de Psicosis Temprana (IEPA) junto a la Organización Mundial de la Salud (OMS), redactó un documento de consenso sobre la intervención temprana en psicosis detallando 10 acciones estratégicas fundamentales a desarrollar. La alta incidencia de los trastornos psicóticos en la población, especialmente entre los jóvenes, subraya la importancia de desarrollar estrategias terapéuticas que impulsen una reducción del tiempo que transcurre entre los primeros síntomas y el primer contacto terapéutico, con el objetivo de mejorar el pronóstico, reducir el deterioro funcional y cognitivo, y consigan una más rápida recuperación, un mejor desarrollo psicológico y social, y una menor interrupción de los estudios y la vida laboral de los pacientes.

En línea con estos objetivos, diferentes países han desarrollado e impulsando institucionalmente programas de intervención temprana en psicosis, en base a los resultados prometedores que están apareciendo. Países como Australia, Reino Unido, Nueva Zelanda, Dinamarca, Estados Unidos y Noruega están encabezando estas iniciativas.

En nuestro país no se ha desarrollado ningún programa de ámbito nacional, que guíe las actuaciones que las Comunidades Autónomas puedan desarrollar en virtud de sus competencias en este ámbito. Esta situación ha conducido a la elevada heterogeneidad en el grado de implementación recogida en este documento, que se sustenta en la existencia de un grupo reducido de Comunidades Autónomas que han priorizado y dedicado presupuesto desde la administración en estas iniciativas (Cataluña, País Vasco y la Comunidad Foral de Navarra) y otras que destacan por la ausencia total de programas ITP estructurados. La mayor parte de los programas identificados carecen de un presupuesto específico para su implementación, utilizando los recursos habituales disponibles en la red de Salud Mental y han sido promovidos por iniciativa de los propios clínicos.

El nivel de seguimiento de su actividad y resultados es muy limitado. Tan sólo algunos programas en la Comunidad de Madrid, Cataluña, País Vasco, Comunidad Valenciana, Comunidad Foral de Navarra y Cantabria realizan un seguimiento habitual de indicadores de resultados, en muchos casos vinculado a proyectos de investigación.

En el caso de Cataluña, se constituyó desde el inicio una comisión pedagógica y de seguimiento para los 12 programas iniciales. Anualmente se han presentado en unas jornadas la evolución de estos programas y se ha elaborado una memoria con el resumen de los resultados en base a unos indicadores comunes para todos ellos, que aparecen en la guía de implementación elaborada por el Departament de Salut de la Generalitat (*ver Anexo 2. Indicadores evaluados por la Comisión Pedagógica y de Seguimiento del PAE-TPI*).

En el marco de este proyecto y para el año 2017/2018 se han identificado **22 programas de intervención temprana en psicosis en España** que cumplen los requisitos mínimos establecidos en este documento, ofreciendo cobertura al 31.78% de los ciudadanos (14.769.000).

Conclusiones Libro Blanco ITP en España

1. La alta incidencia de los trastornos psicóticos en la población, especialmente entre los jóvenes, subraya la importancia de **desarrollar estrategias terapéuticas que impulsen una reducción del tiempo que transcurre entre los primeros síntomas y el primer contacto terapéutico**, con el objetivo de mejorar el pronóstico, reducir el deterioro funcional y cognitivo, y consigan una más rápida recuperación, un mejor desarrollo psicológico y social, y una menor interrupción de los estudios y la vida laboral de los pacientes
2. En **nuestro país no se ha desarrollado ningún programa de ámbito nacional**, que guíe las actuaciones que las Comunidades Autónomas pueden desarrollar en virtud de sus competencias en este ámbito.
3. Existe una **elevada heterogeneidad en el grado de implementación**, donde **únicamente tres Comunidades Autónomas han priorizado y dedicado presupuesto desde la administración en estas iniciativas** (Cataluña, País Vasco y la Comunidad Foral de Navarra)
4. La **mayor parte de los programas identificados carecen de un presupuesto específico** para su implementación, utilizando los **recursos habituales disponibles** en la red de Salud Mental y han sido promovidos por **iniciativa de los propios clínicos**.
5. **El nivel de seguimiento de su actividad y resultados es muy limitado**. Tan sólo algunos programas en la Comunidad de Madrid, Cataluña, País Vasco, Comunidad Valenciana, Comunidad Foral de Navarra y Cantabria realizan un seguimiento habitual de indicadores de resultados, en muchos casos vinculado a proyectos de investigación.
6. En el marco de este proyecto y para el año 2017/2018 se han identificado **22 programas de intervención temprana en psicosis** en España que cumplen los requisitos mínimos establecidos en este documento, ofreciendo **cobertura a cerca del 32%** de los ciudadanos.

Recomendaciones para la implantación de Servicios de Intervención Temprana en Psicosis

La **London School of Economics and Political Science (LSE)** publicó en 2016 (11) un documento sobre recomendaciones para facilitar el desarrollo de Servicios de intervención temprana en psicosis a nivel local. En el caso de España proponía 10 recomendaciones incluyendo acciones de cambio en el sistema sanitario, en la planificación de servicios y relativos al aumento del acceso y cobertura de este tipo de servicios.

Cambios en el sistema sanitario	1) EVALUACIÓN piloto de diferentes modelos de intervención temprana, teniendo en cuenta diferentes infraestructuras del sistema	2) Promover la COLABORACIÓN con los servicios de ATENCIÓN PRIMARIA	3) Modificar los MECANISMOS DE PAGO para promover el desarrollo de los servicios de intervención temprana	Comunicación	
	4) INNOVACIÓN en planificación –por ejemplo a través de herramientas de modelado predictivo-	5) Reforzar y utilizar las evidencias sobre la RENTABILIDAD sobre la de la intervención temprana	6) INNOVACIÓN en planificación –por ejemplo a través de herramientas de modelado predictivo-		10) Identificar IMPULSORES que conciencien sobre la evidencia de la efectividad de los servicios de atención temprana
	7) Ampliar el acceso al servicio de los usuarios MAYORES DE 40 Y MENORES DE 18	8) Ampliar el enfoque de provisión de servicios para cubrir el FUNCIONAMIENTO SOCIAL	9) Distribuir u ofrecer servicios en ENTORNOS MENOS ESTIGMATIZADORES		

Fuente: McDaid, D. et al. PSSRU LSE. (2016)

Los Programas más relevantes en ITP a nivel internacional **cuentan con una serie de elementos comunes que pueden servir de base a la implantación de Programas ITP**, para asegurar unas condiciones básicas que garanticen su efectividad (1).

Elementos recomendables para programas ITP, basado en experiencias internacionales

- 1) **Educación al público en general** sobre los signos que pueden preceder a la psicosis y formación específica para **profesores y médicos generales**.
- 2) **Equipos clínicos dedicados principalmente a la atención precoz de personas con PEP no tratados**. Los equipos de tratamiento son interdisciplinarios, formados por psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales.
- 3) **Tratamiento integrado, con la participación de todo el equipo terapéutico**, con reuniones periódicas para la discusión del plan terapéutico.
- 4) **Ratio de profesionales/paciente es de 10-15 casos/profesional**.
- 5) **Intervención familiar**, con talleres psicoeducativos, terapia familiar individual y grupos de apoyo a familiares.
- 6) **Atención domiciliaria**, considerando la estructura y el funcionamiento del entorno familiar, y el nivel de gravedad sintomática y psicosocial del paciente.
- 7) **Visión no restrictiva del concepto de PEP**, no limitado a sinónimo de esquizofrenia, sino de aplicación a los trastornos y enfermedades que se inician con un episodio psicótico
- 8) **Actitud y capacitación de los profesionales para relacionarse con los pacientes en situaciones de psicosis incipiente**. Se centran en la sintomatología y sus repercusiones funcionales y presentan capacidad para flexibilizar la atención a las necesidades.

Ante esta situación de partida, La Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (AEPNyA), la Asociación Madrileña de Amigos y Familiares de Personas con Esquizofrenia (AMAFE), el Centro de Investigación Biomédica en Red Salud Mental (CIBERSAM), la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP) y la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (SEPB) así como el Movimiento Rethinking, han publicado el documento de **Posicionamiento por la Implementación de programas de Intervención Temprana en Psicosis** con una propuesta para

para la implementación de servicios de intervención temprana en psicosis, **de forma sostenida en el tiempo, y con la necesaria colaboración de la Administración.** El posicionamiento ha



contado con el aval de las siguientes instituciones y organizaciones:

Para ello, se considera prioritario dotar de los recursos necesarios las siguientes **17 medidas** (39):

1. Para la prevención y detección de la psicosis en sus fases iniciales:

1. **Implementación de programas Formativos de Prevención y Detección Temprana de la Psicosis:** campañas de sensibilización en medios de comunicación y redes sociales adaptados al lenguaje de la infancia y la juventud (participación de líderes deportivos, cinematográficos y musicales, software para teléfonos móviles, videojuegos, etc.) y destinados tanto a ellos como a familiares y profesionales de la educación, atención primaria y los servicios sociales.
2. **Incremento del conocimiento de los trastornos mentales a nivel de diagnóstico, detección precoz y derivación entre los profesionales de Atención Primaria,** incluyendo la actualización y distribución de guías terapéuticas en estos centros.
3. Asegurar una **vinculación directa y una coordinación permanente** entre los profesionales de Atención Primaria y los servicios de Salud Mental.
4. **Promoción de actividades de salud mental** en los Servicios Educativos.
5. **Incluir en la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE), del Instituto Nacional de Estadística (INE), una evaluación más comprensiva y periódica de diferentes parámetros del estado de salud mental de niños, niñas, adolescentes y personas jóvenes,** así como la percepción social de la salud mental y la evaluación del estigma.

2. Para mejorar la atención sanitaria de la psicosis en sus fases iniciales:

6. Creación y puesta en marcha de programas específicos para personas con un primer episodio y sus familiares cercanos o personas cuidadoras, a cargo de **equipos multidisciplinares** de psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermería especializada en salud mental, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales y otros profesionales implicados en salud mental, en coordinación con centros de educación de primaria, institutos y centros de Formación Profesional y Asociaciones de Personas Afectadas.
7. **Formación continua a los profesionales de la salud mental** para ofrecer atención personalizada, flexible y adaptada a las necesidades de las personas con un primer episodio psicótico. Asegurar una visión no restrictiva del concepto de primer episodio, que en ocasiones es considerado erróneamente sinónimo de esquizofrenia, cuando puede en realidad debe ser aplicado a todos los trastornos psicóticos.
8. **Asegurar un tratamiento integrado, intensivo e individualizado** con la participación de todo el equipo terapéutico, incluida la persona afectada y la familia, con reuniones periódicas para la toma de decisiones compartidas sobre el plan terapéutico.
9. **Asegurar un tratamiento psicosocial y médico** compatible con el proyecto de vida de las personas con psicosis.
10. **Coordinación** de los **Servicios Sociales, con los de Salud, Educación** y otros vinculados con la atención a niños, niñas y adolescentes con primeros síntomas o episodios psicóticos.
11. Atención a las **necesidades de las familias**, generalizando los talleres de psicoeducación, terapia individual, familiar y grupos de apoyo mutuo en centros de Salud Mental y otros ámbitos.
12. Desarrollar estos programas en **entornos físicos con recursos tecnológicos de atención adaptados a las características de las personas jóvenes**, alejados del modelo médico tradicional.
13. Asegurar un **rápido acceso a los programas de salud mental** tanto en el primer contacto, como en el seguimiento siempre garantizando la continuidad de los cuidados.

14. Garantizar especialmente la **atención durante la transición a la vida adulta** en aquellas personas que desarrollan algún síntoma en la infancia/adolescencia.
15. Instaurar y fomentar la **atención domiciliaria**, considerando la estructura y el funcionamiento del entorno familiar, y el nivel de gravedad sintomática y psicosocial del paciente.
16. **Creación de itinerarios laborales personalizados** que favorezcan la no discriminación laboral.
17. **Creación de una Mesa de evaluación** (a nivel nacional y autonómico), con la presencia de las distintas administraciones, las asociaciones de personas y familiares, así como profesionales de referencia en salud mental, para realizar un seguimiento periódico de la aplicación de las medidas de prevención, detección en fases iniciales y atención.

Abreviaturas

ACYLP	Asociación Castellano-Leonesa de Psiquiatría
AEESME	Asociación Española de Enfermería de Salud Mental
AEN	Asociación Española de Neuropsiquiatría
AEPCP	Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología
AEPNA	Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente
AFAEM-5	Asociación de familiares de enfermos mentales Área 5
AGC	Acuerdos de Gestión Clínica
AGES-CM	Proyecto Ambiente y Genes en Esquizofrenia de la Comunidad de Madrid
AP	Atención Primaria
ASAM	Asociación Salud y Ayuda Mutua
ASEPP	Asociación Española de Psiquiatría Privada
AVAD	Años de vida ajustados por discapacidad
AVDP	Años de vida vividos con discapacidad
CACOF	Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos
CIBERSAM	Centro de Investigación Biomédica en Red Salud Mental
CIRPAC	Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria
CRIS	Centro de Rehabilitación Social
CRT	Técnicas de Rehabilitación Cognitiva
CRUPEP	Programa de Primeros Episodios Psicóticos del Hospital de Cruces
CSM	Centro de Salud Mental
DUP	<i>Duration of Untreated Psychosis</i> – duración de psicosis sin trata
EMAR	Estados Mentales de Alto Riesgo
EOEP	Equipos de orientación psicopedagógica
EPPIC	Early Psychosis Prevention and Intervention Centre
ETAC	Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario
ETC	Equivalente a Tiempo Completo
ETIC	Equipo de Tratamiento Intensivo Comunitario
EU-GEI	European Network of National Schizophrenia Networks Studying Gene Environment Interactions
EVES	Escuela Valenciana de Estudios para la Salud

FAISEM	Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental
FIS	Fondo de Investigación en Salud
GAF	<i>Global Assessment of Functioning</i>
GBP	Great Britain Pound - libra esterlina
HDSM	Hospital de Día de Salud Mental
IEPA	<i>International Early Psychosis Association</i>
INE	Instituto Nacional de Estadística
INGESA	Instituto Nacional de Gestión Sanitaria
IPPIR	Unidad de Intervención Precoz en la Psicosis de Inicio Reciente
ITP	Intervención Temprana en Psicosis
LEO	<i>The Lambeth Early Onset</i>
MSSSI	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
NHS	<i>National Health System</i>
OMS	Organización Mundial de la Salud
OSI	Organización Sanitaria Integrada
P3	Programa de Prevención de Psicosis
PACE	Personal Assessment and Crisis Evaluation
PAE-TPI	Programa de Atención Específica a las personas con Trastornos Psicóticos Incipientes
PAFIP	Programa Asistencial para las Fases Iniciales de las Psicosis
PAISM	Procesos Asistenciales Integrados de Salud Mental
PARA	Programa de Atención Rápida a Adolescentes
PEP	Primer Episodio Psicótico
PIENSA	Programa de Intervención en Psicosis Adolescente
PIFIP	Programa de Intervención en las Fases Iniciales de las Psicosis
PIPE	Programa de Intervención en Primeros Episodios
PIPEMAR	Programa de Intervención Precoz en Estados Mentales de Alto Riesgo
PIRP	de Programas Insulares de Rehabilitación Psicosocial
PITP	Programa de Intervención Temprana en Psicosis
PMG	Patología Mental Grave
PTPEP	Programa Tratamiento de Primeros Episodios Psicóticos
RSMB	Red de Salud Mental de Bizkaia
RSMEx	Red de Salud Mental de Extremadura

RSMNa	Red de Salud Mental de Navarra
SAAD	Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia
SAP	Sociedad Asturiana de Psiquiatría
SARP	Sociedad Aragonesa y Riojana de Psiquiatría
SEMG	Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia
SEP	Sociedad Española de Psiquiatría
SEPA	Servicio de Primer Apoyo
SEPAD	Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia
SEPB	Sociedad Española de Psiquiatría Biológica
SEPCyS	Sociedad Española de Psicología Clínica y de la Salud
SEPD	Sociedad Española de Patología Dual
SEPYRNA	Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente
SM	Salud Mental
SPCV	Sociedad de Psiquiatría de la Comunidad Valenciana
SPM	Sociedad de Psiquiatría de Madrid
TAC	Tratamiento Asertivo Comunitario
TCC	Terapia Cognitiva Conductual
TIPS	Early Treatment and Intervention in Psychosis
TMG	Trastorno Mental Grave
UAT IC	Unidad de Atención Temprana Integrada y Comunitaria
UCA	Unidad de Conductas Abusivas
UGC	Unidad de Gestión Clínica
UHR	<i>Ultra High Risk</i>
UHSM	Unidad de Hospitalización de Salud Mental
URSM	Unidad de Rehabilitación de Salud Mental
USM	Unidad de Salud Mental
USMC	Unidad de Salud Mental Comunitaria
USMI-J	Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil

Bibliografía

1. *Cuando la asistencia no sigue a la evidencia: el caso de la falta de programas de intervención temprana en psicosis en España.* **Celso Arango, Miguel Bernardo, Pere Bonet, Ana Cabrera, Benedicto Crespo-Facorro, Manuel J. Cuesta, Nel González, Silvia Parrabera, Julio Sanjuan, Alfonso Serrano, Eduard Vieta, Belinda R. Lennox y Marianne Melau.** Barcelona : Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 2017.
2. *Treated Incidence of Psychotic Disorders in the Multinational EU-GEI Study.* **European Network of National Schizophrenia Networks Studying Gene-Environment Interactions Work Package 2 (EU-GEI WP2) Group.** 1, s.l. : JAMA psychiatry, 2018, Vol. 75, págs. 36-46.
3. *Economic impact of early intervention in psychosis services: results from a longitudinal retrospective controlled study in England.* **Apostolos Tsiachristas, Tony Thomas, Jose Leal, Belinda R Lennox.** s.l. : BMJ Open, 2016.
4. *The cost of schizophrenia: a literature review.* **Charrier, N., K. Chevreur, and I. Durand-Zaleski.** s.l. : L'Encephale, 2013, Vol. 39, págs. S49-56.
5. **Instituto de Medición y Evaluación Sanitaria (IHME por sus siglas en inglés).** Global Health Data Exchange . [En línea] 2015. [Citado el: 2 de Febrero de 2018.] ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool.
6. *The economic cost of brain disorders in Europe.* **J. Olesen, A. Gustavsson, M. Svensson, H. Wittchen and B. Jönsson.** s.l. : European Journal of Neurology, 2012, Vol. 19, págs. 155-162.
7. **Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science.** *Mental Health Promotion and Prevention: The Economic Case.* s.l. : Department of Health, 2011.
8. **Alison Andrew, Martin Knapp, Paul McCrone, Michael Parsonage, and Marija Trachtenberg.** *Effective Interventions in schizophrenia: the economic case.* London : Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science, 2012.

9. **Wolfgang Fleischhacker, Celso Arango, Paul Arteel, Thomas R E Barnes, William Carpenter, Ken Duckworth, Silvana Galderisi, Martin Knapp, Stephen R Marder, Norman Sartorius.** *Time to Commit to Policy Change.* s.l. : Oxford PharmaGenesis, 2010.

10. *The economic impact of early intervention in psychosis services for children and adolescents.* **Paul R. McCrone, Swaran P. Singh, Martin Knapp, Jo Smith, Michael Clark, David Shiers and Paul A. Tiffin.** 4, s.l. : Early Intervention in Psychiatry, 2013, Vol. 7, págs. 368-373. ISSN 1751-7885.

11. **David McDaid, A-La Park, Valentina Iemmi, Bayo Adelaja and Martin Knapp.** *Growth in the use of early intervention for psychosis services: An opportunity to promote recovery amid concerns on health care sustainability.* London : London School of Economics and Political Science, 2016.

12. *Specialised care for early psychosis: symptoms, social functioning and patient satisfaction. Randomised controlled trial.* **Philippa A. Garety, Tom K. J. Craig, Graham Dunn, Miriam Fornells-Ambrojo, Susannah Colbert, Nikola Rahaman, Jason Reed and Paddy Power.** s.l. : British Journal of Psychiatry, 2006, Vol. 188.

13. *Economic impact of early intervention in people at high risk of psychosis.* **L. R. Valmaggia, P. McCrone, M. Knapp, J. B. Woolley, M. R. Broome, P. Tabraham, L. C. Johns, C. Prescott, E. Bramon, J. Lappin, P. Power⁵ and P. K. McGuire.** s.l. : Psychological Medicine, 2009, Vol. 39, págs. 1617-1626.

14. *The role of youth mental health services in the treatment of young people with serious mental illness: two-year outcomes and economic implications.* **N. Brimblecombe, M. Knapp, S. Murguia, S. Crane, H. Mbeah-Bankas, A. Harris, S. Evans-Lacko, V. Ardino, V. Iemmi, D. King.** s.l. : Early Intervention in Psychiatry, 2015. ISSN 1751-7893.

15. *Preventing the Second Episode: A Systematic Review and Meta-analysis of Psychosocial and Pharmacological Trials in First-Episode psychosis.* **Mario Álvarez-Jiménez, Alexandra G. Parker, Sarah E. Hetrick, Patrick D. McGorry, and John F. Gleeson.** 3, s.l. : Schizophrenia Bulletin, 2011, Vol. 37.

16. *Cost-effectiveness of an early intervention service for people with psychosis.* **Paul McCrone, Tom K. J. Craig, Paddy Power and Philippa A. Garety.** s.l. : The British Journal of Psychiatry, 2010, Vol. 196, págs. 377-382.
17. *The Lambeth Early Onset (LEO) Team: randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis.* **Tom K J Craig, Philippa Garety, Paddy Power, Nikola Rahaman, Susannah Colbert, Miriam Fornells-Ambrojo, Graham Dunn.** s.l. : BMJ: British Medical Journal, 2004.
18. *Early intervention for first-episode psychosis: broadening the scope of economic estimates.* **A-La Park, Paul McCrone, Martin Knapp.** 2, s.l. : Early Intervention in Psychiatry, 2014, Vol. 10, págs. 144-151. ISSN 1751-7885.
19. *A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness.* **Lone Petersen, Pia Jeppesen, Anne Thorup, Maj-Britt Abel, Johan Øhlenschläger, Torben Østergaard Christensen, Gertrud Krarup, Per Jørgensen, Merete Nordentoft.** s.l. : BMJ: British Medical Journal, 2005.
20. *Investing in Recovery: Making the Business Case for Effective Interventions for People with Schizophrenia and Psychosis.* **Martin Knapp, Alison Andrew, David McDaid, Valentina Lemmi, Paul McCrone, A-La Park, Michael Parsonage, Jed Boardman, Geoff Shepherd.** London : The London School of Economics and Political Science, Centre for Mental Health and Department of Health, 2014.
21. **NHS England, the National Collaborating Centre for Mental Health and the National Institute for Health and Care Excellence.** *Implementing the Early Intervention in Psychosis Access and Waiting Time Standard: Guidance.* s.l. : NHS England Publications, 2016.
22. *Development and implementation of early intervention services for young people with psychosis: case study.* **Helen Lester, Max Birchwood, Stirling Bryan, Elizabeth England, Helen Rogers and Namita Sirvastava.** s.l. : The British Journal of Psychiatry, 2009, Vol. 194, págs. 446-450.

23. **Professor Merete Nordentoft. Psychiatric Center Bispebjerg, Copenhagen University.** OPUS. [En línea] 2009. [Citado el: 19 de Julio de 2017.] http://www.opus-kbh.dk/fileadmin/user_upload/Foredrag/Nordentoft_ISPS_2009.pdf.
24. **World Health Organization and International Early Psychosis Association.** *An International Consensus Statement about Early Intervention and Recovery for Young People with Early Psychosis. Early Psychosis Declaration.* 2002.
25. **National Mental Health Commission.** *Report of the National Review of Mental Health Programmes and Services.* Sydney : National Mental Health Commission, 2014. ISSN 2201-3032.
26. **Orygen Youth Health.** About Us. [En línea] [Citado el: 19 de Julio de 2017.] <http://oyh.org.au/about-us>.
27. *Early intervention in psychosis: From clinical intervention to health system implementation.* **Csillag C, Nordentoft M, Mizuno M, McDaid D, Arango C, Smith J, Lora A, Verma S, Di Fiandra T, Jones PB.** s.l. : Early intervention in psychiatry, 2017.
28. **Department of Health.** *The Mental Health Policy Implementation Guide.* London : Department of Health, 2001.
29. **National Health System.** *The NHS Plan. A plan for investment. A plan for reform.* 2000.
30. **Rethink Mental Illness.** *Lost Generation. Why young people with psychosis are being left behind, and what needs to change.* 2014.
31. **Health Education England. National Health System.** Health Education England. *Workforce requirements.* [En línea] [Citado el: 19 de Julio de 2017.] <https://www.hee.nhs.uk/our-work/hospitals-primary-community-care/mental-health-learning-disability/mental-health/early-intervention-psychosis/about-early-intervention-0>.
32. **Ministerio de Sanidad, Política Social, e Igualdad.** *Estrategia en Salud Mental Sistema Nacional de Salud 2009-2013.* Madrid : Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Centro de Publicaciones, 2011.

33. **Asociación Española de Neuropsiquiatría.** *Consenso sobre Atención Temprana a la Psicosis de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2009.* Madrid : Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2009.
34. **Ministerio de Sanidad y Consumo y Agència d’Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques.** *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente.* Barcelona : Agència d’Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya, 2009. 978-84-393-8089-4.
35. **Centro de Investigación Biomédica en Red - CIBER.** *Guía clínica y terapéutica para primeros episodios psicóticos en la infancia y adolescencia. Informe de consenso de recomendaciones.* Madrid : Centro de Investigación Biomédica en Red - CIBER, 2015. 978-84-606-6300-3.
36. **Real Patronato sobre Discapacidad y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.** *Informe del estado actual de la prevención en salud mental.* Madrid : Centro Español de Documentación sobre Discapacidad (CEDD), 2013. 689-13-011-7.
37. *Eficacia, eficiencia y efectividad en el tratamiento multidimensional de la esquizofrenia: proyecto Rethinking.* **al., Benedicto Crespo-Facorro et. 1,** s.l. : Revista Psiquiatría y Salud Mental, 2016, Vol. 10, págs. 4-20.
38. *Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis.* **Álvarez-Segura, Mar, Llorente, Cloe y Arango, Celso.** 1723, s.l. : Jano: Medicina y humanidades, 2009, págs. 27-31. ISSN-e 0210-220X.
39. **Movimiento Rehinking.** *Posicionamiento por la implementación de programas de intervención temprana en psicosis.* 2017.
40. **CIBERSAM.** *Plan estratégico 2001-2013.*

Anexo 1. Recursos humanos disponibles en los programas de intervención temprana en psicosis

COMUNIDAD AUTÓNOMA	NOMBRE DEL PROGRAMA	PQ	PC	ENF	TS	TO	OTROS
Andalucía	Programa de Primeros Episodios y de Atención Temprana del Hospital Regional de Málaga	1	1	1	1	1	1
Andalucía	Programa de Atención a Primeros Episodios de la UGC Virgen del Rocío	7	7	7	7	7	7
Andalucía	Detección e intervención temprana en la psicosis. AGS Sur de Granada (Motril)	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Andalucía	Programa de Intervención en Primeros Episodios (PIPE) de la UGC Salud Mental del Hospital Puerto Real (Cádiz)	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Andalucía	Programa de Intervención Temprana en Psicosis (PITP). UGC Salud Mental Hospital Virgen de la Victoria (Málaga)	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Andalucía	Programa de Intervención Temprana en la Psicosis de Almería (PITPA). UGC Hospital de Torrecárdenas	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Andalucía	UGC Hospital Virgen de la Macarena (Sevilla)	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Andalucía	UGC AGS Sur de Sevilla (Hospital de Valme)	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Andalucía	UGC AGS Este de Málaga-Axarquía	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Andalucía	UGC Intercentros Granada (Hospital Virgen Nieves)	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Andalucía	UGC Intercentros Huelva	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Andalucía	UGC AGS Sur de Córdoba (Cabra)	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Andalucía	UGC Hospital Universitario Puerta del Mar (Cádiz)	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Andalucía	AIG Salud Mental Hospital de Poniente (Almería)	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Andalucía	UGC AGS Norte de Almería (Huércal-Overa)	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Canarias	Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil de Complejo Hospitalario Universitario Insular	7	7	7	7	7	7

COMUNIDAD AUTÓNOMA	NOMBRE DEL PROGRAMA	PQ	PC	ENF	TS	TO	OTROS
Cantabria	Programa Asistencial para las Fases Iniciales de las Psicosis (PAFIP) del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla	3	3	3	3	3	3
Cantabria	Programa de Prevención de Psicosis (P3) (Torrelavega)	3	3	3	3	3	3
Castilla-La Mancha	Programa de Intervención en las Fases Iniciales de las Psicosis (PIFIP) del Hospital Virgen de la Luz de Cuenca	2	2	2	2	2	2
Castilla-La Mancha	Intervención en Primeros Episodios Psicóticos (IPEP) del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Cataluña	Programa de Atención Específica a las personas con Trastornos Psicóticos Incipientes (PAE-TPI)	75	75	75	75	75	75
Comunidad de Madrid	Programa de Intervención en Psicosis Adolescente (PIENSA) del Hospital Universitario Gregorio Marañón	2	2	2	2	2	2
Comunidad de Madrid	Unidad de intervención precoz en la psicosis de inicio reciente (IPPIR) del Hospital Clínico San Carlos	2	2	2	2	2	2
Comunidad de Madrid	Unidad de Atención Temprana Integrada y Comunitaria (UAT IC)	1	1	1	1	1	1
Comunidad de Madrid	Programa de Primeros Episodios Psicóticos del Hospital La Paz						
Comunidad de Madrid	Programa de atención rápida para primeros episodios psicóticos del Hospital 12 de Octubre	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Comunidad de Madrid	Programa de Atención Integral a Primeros Episodios Psicóticos (PAIPEP) del Hospital Universitario Ramón y Cajal	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Comunidad Foral de Navarra	Programa de Intervención Precoz para Primeros Episodios Psicóticos de Navarra	2	3	2	1	1	0
Comunidad Valenciana	Programa Tratamiento de Primeros Episodios Psicóticos (PTPEP) –Gandía	2	0	2	1	1	1
Comunidad Valenciana	Programa Tratamiento de Primeros Episodios Psicóticos (PTPEP) – La Ribera	6	4	4	1	0	1
Comunidad Valenciana	Programa Tratamiento de Primeros Episodios Psicóticos (PTPEP) – Valencia Clínico Malvarrosa	1	1	1	0	0	4
Comunidad Valenciana	Programa Tratamiento de Primeros Episodios Psicóticos (PTPEP) – Valencia Dr. Peset	2	1	1	1	0	0
Comunidad Valenciana	Programa Tratamiento de Primeros Episodios Psicóticos (PTPEP) – Castellón	2	1	1	0	0	0

COMUNIDAD AUTÓNOMA	NOMBRE DEL PROGRAMA	PQ	PC	ENF	TS	TO	OTROS
Comunidad Valenciana	Programa Tratamiento de Primeros Episodios Psicóticos (PTPEP) – Hospital General Valencia	2	1	1	0	0	0
Comunidad Valenciana	Programa Tratamiento de Primeros Episodios Psicóticos (PTPEP) – Elda	6	4	4	-	-	-
Comunidad Valenciana	Programa Tratamiento de Primeros Episodios Psicóticos (PTPEP) – Alicante San Juan	1	1	0	0	0	0
Comunidad Valenciana	Programa Tratamiento de Primeros Episodios Psicóticos (PTPEP)-Elx-Hospital General	1	1	1	1	1	0
Islas Baleares	Programa en Primeros Episodios Psicóticos de Ibiza y Formentera	1	1	1	0	0	0
Islas Baleares	Programa en Primeros Episodios Psicóticos de Manacor	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Islas Baleares	Programa en Primeros Episodios Psicóticos de Inca	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Islas Baleares	Programa en Primeros Episodios Psicóticos de Son Llátzer	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Islas Baleares	Programa en Primeros Episodios Psicóticos de Son Espases	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Islas Baleares	Programa en Primeros Episodios Psicóticos de Menorca	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
País Vasco	Programa Hipatya	1	1	1	1	0	0
País Vasco	Programa Lehenak de la red de Salud Mental de Bizkaia (RSMB)	3	3	3	3	0	0
País Vasco	Programa de Primeros Episodios Psicóticos del Hospital de Cruces (CRUPEP)	3	1	1	1	0	2
País Vasco	Programa de Atención a jóvenes con psicosis (Gazteen gunea) – Guipúzcoa	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Principado de Asturias	Programa de detección e intervención precoz en psicosis del Área III	1	0	2	1	0	0
Principado de Asturias	Programa de detección e intervención precoz en psicosis del Área V	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D

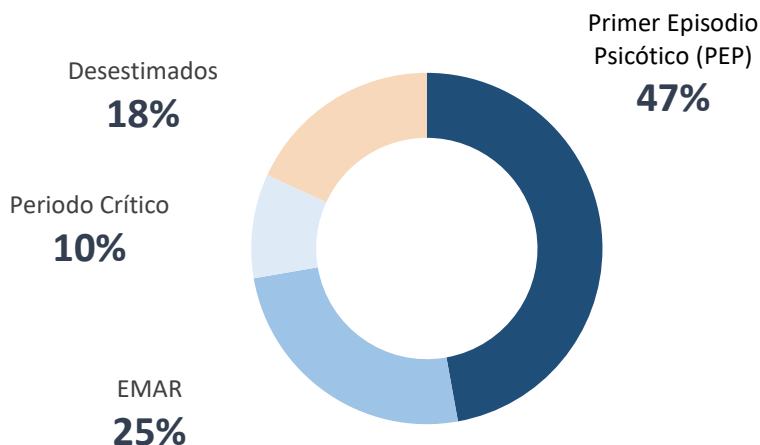
Fuente: Elaboración propia (2017)

 Programas que cumplen con los requisitos mínimos

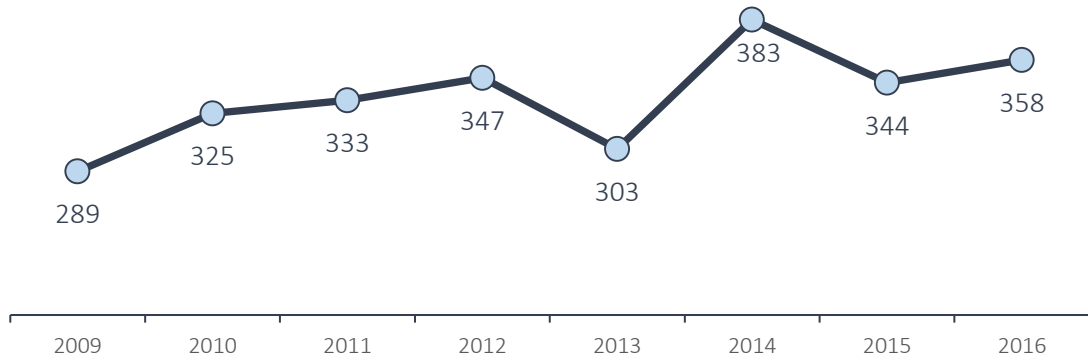
Anexo 2. Indicadores evaluados por la Comisión Pedagógica y de Seguimiento del PAE-TPI

Se constituyó desde el inicio una comisión pedagógica y de seguimiento para estos 12 programas. Anualmente se presenta en unas jornadas la evolución de estos programas y se elabora una memoria con el resumen de los resultados en base a unos indicadores comunes para todos ellos, que aparecen en la guía de implementación elaborada por el Departament de Salut de la Generalitat. A continuación, se muestran los indicadores de seguimiento publicados en la Memoria del Programa de Atención Específica a las Personas con Trastorno Psicótico Incipiente del Plan Director de Salud Mental y Adicciones de 2007 a 2016, publicado en junio de 2017.

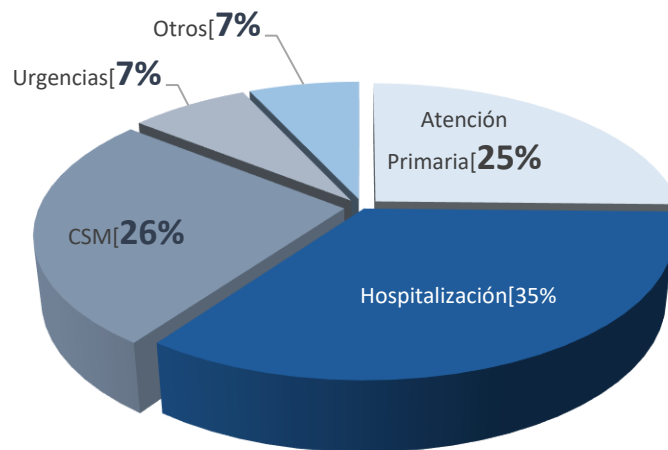
Características de los pacientes incluidos en los doce programas PAE-TPI de Cataluña



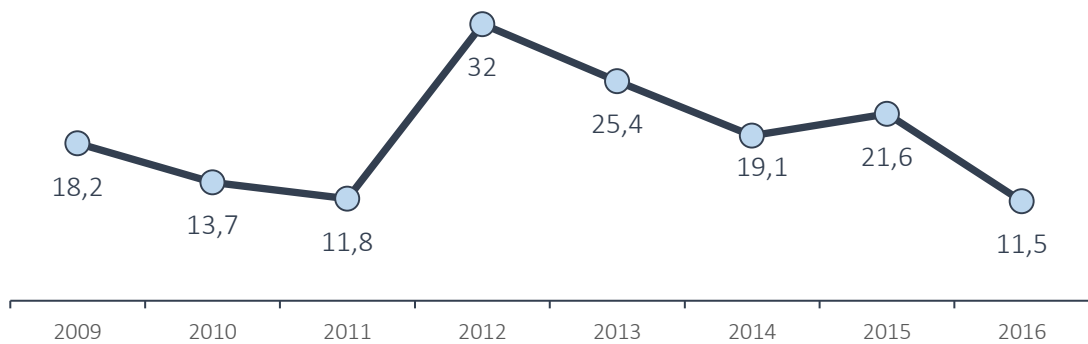
Número de personas admitidas en el programa por año



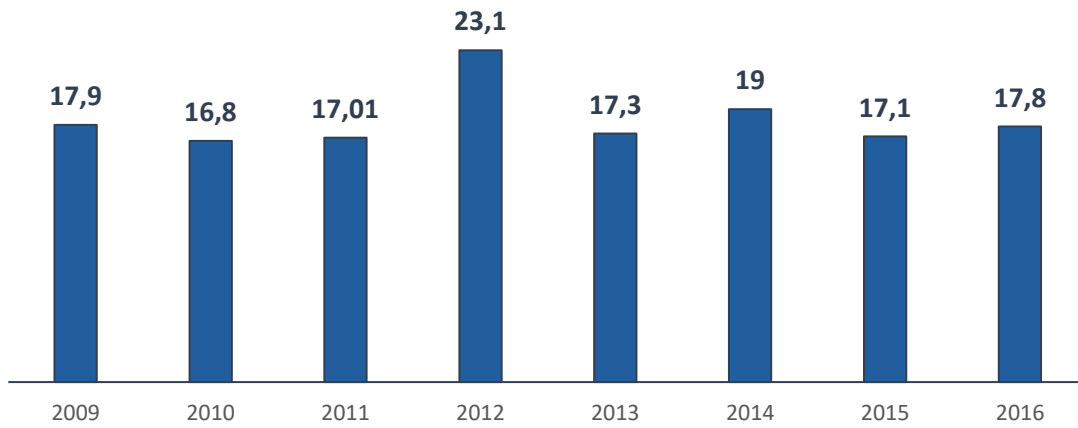
Principales dispositivos de derivación al programa



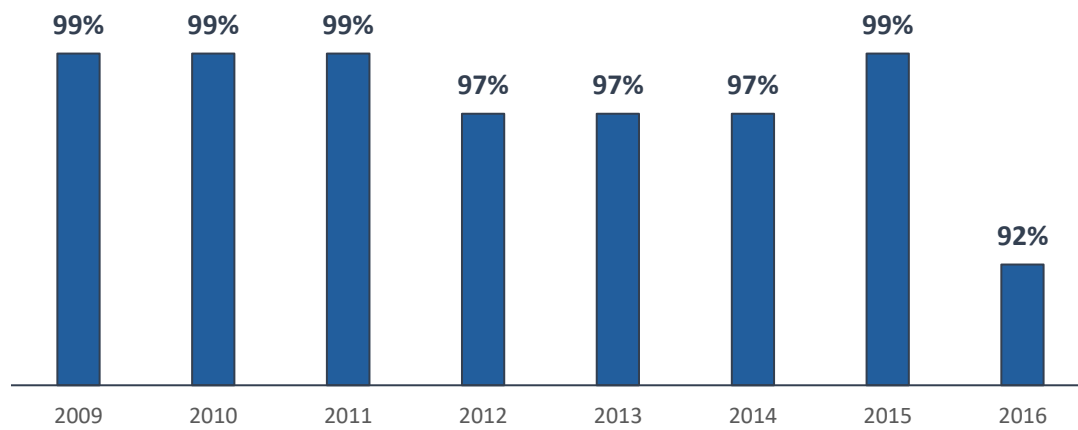
Duración de la psicosis sin tratar en los pacientes incluidos en el programa (en semanas) por año



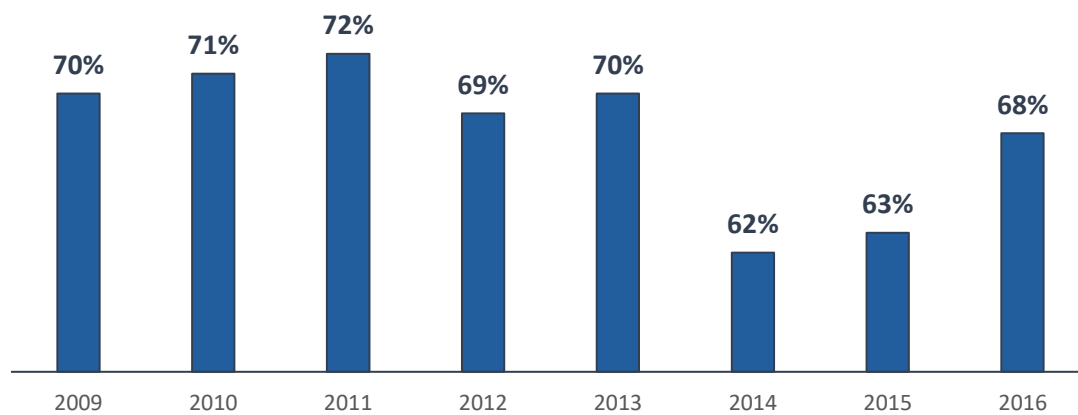
Número de casos aceptados en el programa por cada 100.000 habitantes



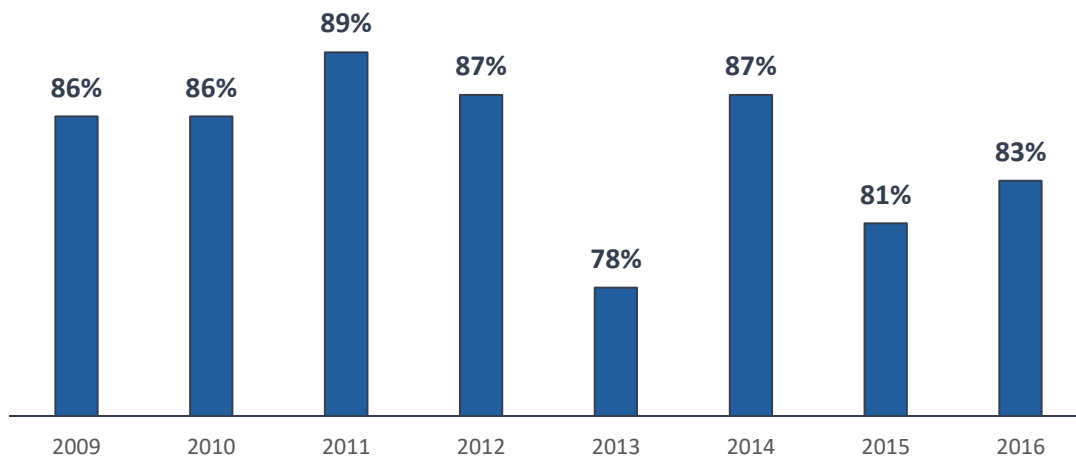
Porcentaje de pacientes con una primera valoración en los primeros 15 días tras su derivación al programa



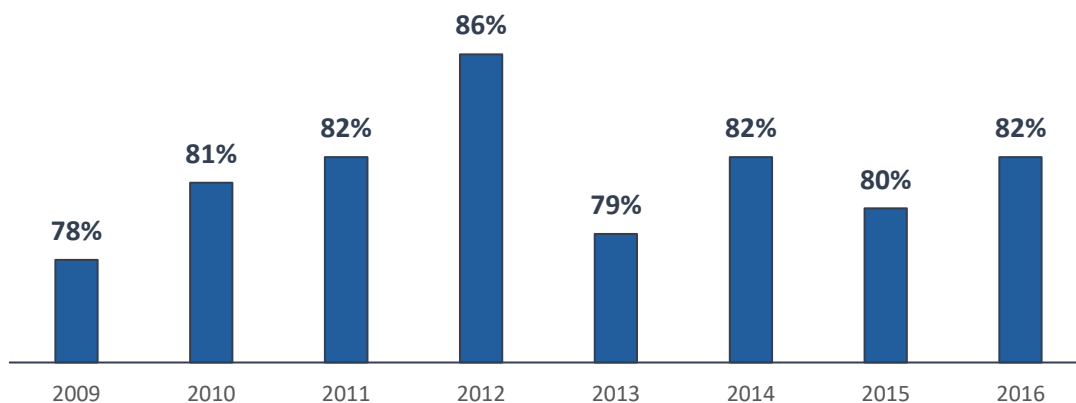
Porcentaje de pacientes que reciben psicoterapia



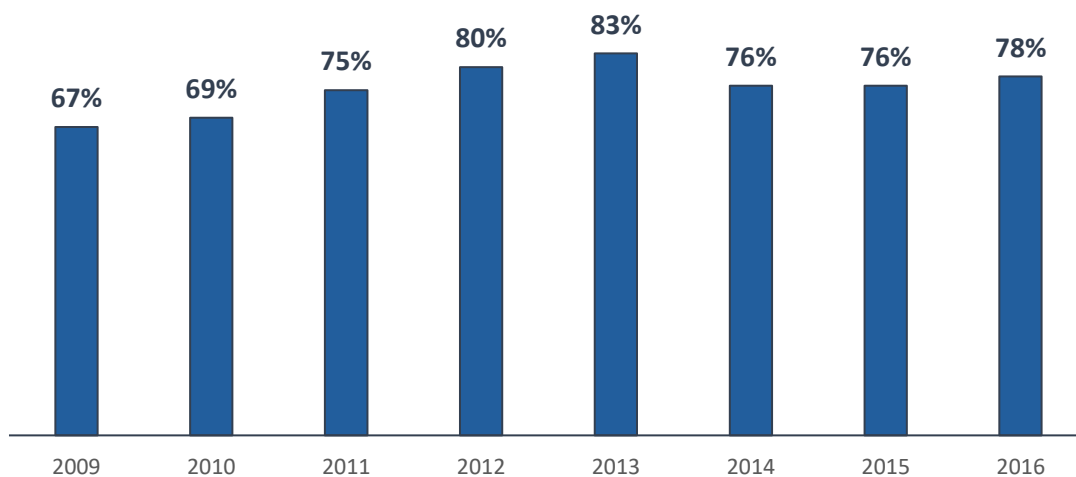
Pacientes que mantienen la vinculación al programa a los 12 meses desde la primera visita al especialista (adherencia)



Porcentaje de pacientes con mejoría en el GAF (Global Assessment of Functioning)



Número de pacientes a los que les ha aplicado la escala UKU (Side Effects Rating Scale)



Anexo 3. Proyectos relevantes en Primeros Episodios Psicóticos con financiación del Fondo de Investigación en Salud⁵⁸

1. Programa de tratamiento psicológico cognitivo-conductual para pacientes con primeros episodios psicóticos y abuso de cannabis. Investigador Principal: GONZALEZ ORTEGA, ITXASO. Periodo: 01/01/2014 - 30/09/2018. FUNDACION VASCA DE INNOVACION E INVESTIGACION SANITARIAS. HOSPITAL SANTIAGO APOSTOL DE VITORIA. Financiación: 104.665€
2. Diagnóstico diferencial de primeros episodios psicóticos basado en datos funcionales y estructurales de conectividad cerebral. Investigador Principal: SALVADOR CIVIL, RAYMOND. Periodo: 01/01/2015 - 31/12/2017. FUNDACION PARA LA INVESTIGACION Y DOCENCIA MARIA ANGUSTIAS GIMENEZ (FIDMAG). Financiación: 56.265 €
3. Monitorización de síntomas y signos en pacientes con primeros episodios psicóticos o afectivos mediante una aplicación del teléfono móvil. Investigador Principal: SANCHEZ MORENO, JOSE. Periodo: 01/01/2015 - 31/12/2017. CENTRO DE INVESTIGACION BIOMEDICA EN RED (CIBER). HOSPITAL CLINICO Y PROVINCIAL DE BARCELONA. Financiación: 56.265 €
4. Envejecimiento celular en primeros episodios psicóticos de inicio temprano. Investigador Principal: FRAGUAS HERRAEZ, DAVID. Periodo: 01/01/2015 - 31/03/2019. FUNDACION INVESTIGACION BIOMEDICA HOSPITAL GREGORIO MARAÑON. INSTITUTO DE INVESTIGACION SANITARIA GREGORIO MARAÑON (IISGM). Financiación: 98.615 €
5. Estudio longitudinal de primeros episodios psicóticos en la infancia y adolescencia. Seguimiento a 10 años. Investigador Principal: SUGRANYES ERNEST, GISELA. Periodo: 01/01/2014 - 30/09/2018. INSTITUTO DE INVESTIGACIONES BIOMEDICAS AUGUST PI I SUNYER (IDIBAPS). INSTITUTO DE INVESTIGACIONES BIOMEDICAS AUGUST PI I SUNYER (IDIBAPS). Financiación: 38.841 €
6. Estudio longitudinal de primeros episodios psicóticos en la infancia y adolescencia. Seguimiento a 10 años. Investigador Principal: MAYORAL ARAGON, MARIA. Periodo: 01/01/2014 - 31/03/2018. FUNDACION INVESTIGACION BIOMEDICA HOSPITAL GREGORIO MARAÑON. HOSPITAL GREGORIO MARAÑON. Financiación: 49.126 €
7. El estudio Pamplona de primeros episodios psicóticos: Predictores socio-demográficos, genéticos, premórbidos y clínicos del curso y evolución a los 18 años de seguimiento. Investigador Principal: PERALTA MARTIN, VICTOR. Periodo: 01/01/2017 - 31/12/2019. FUNDACION INSTITUTO DE INVESTIGACION SANITARIA DE NAVARRA. SUBDIRECCION DE SALUD MENTAL. Financiación: 107.085 €
8. Factores que influyen en la funcionalidad en la comunidad de pacientes con primeros episodios psicóticos: Estudio longitudinal de neurocognición, cognición social y síntomas clínicos. Investigador Principal: RODRIGUEZ JIMENEZ, ROBERTO. Periodo: 01/01/2017 - 31/12/2019. FUNDACION INVESTIGACION BIOMEDICA HOSPITAL 12 DE OCTUBRE. INSTITUTO DE INVESTIGACION HOSPITAL 12 DE OCTUBRE (i+12). Financiación: 35.695 €
9. Traducción al castellano y evaluación psicométrica para la población española del *Reflective Functioning Questionnaire* 54 (RFQ54). Investigador Principal: GONZALEZ TORRES, MIGUEL ANGEL. Periodo: 01/01/2017 - 31/12/2019. FUNDACION VASCA DE INNOVACION E INVESTIGACION SANITARIAS. HOSPITAL DE BASURTO. Financiación: 50.215 €
10. Estudio de aplicabilidad clínica de un modelo predictivo de recaídas en primeros episodios de esquizofrenia. Investigador Principal: BERNARDO ARROYO, MIGUEL. Periodo: 01/01/2015 - 31/12/2017. INSTITUTO DE INVESTIGACIONES BIOMEDICAS AUGUST PI I SUNYER (IDIBAPS). INSTITUTO DE INVESTIGACIONES BIOMEDICAS AUGUST PI I SUNYER (IDIBAPS). Financiación: 183.920 €
11. Estudio de aplicabilidad clínica de un modelo predictivo de recaídas en primeros episodios de esquizofrenia. Investigador Principal: GONZALEZ-PINTO ARRILLAGA, ANA. Periodo: 01/01/2015 - 31/12/2017. FUNDACION VASCA DE INNOVACION E INVESTIGACION SANITARIAS. HOSPITAL SANTIAGO APOSTOL DE VITORIA. Financiación: 105.270 €

⁵⁸ Fuente: portalFIS. Búsqueda por palabras clave: [primeros episodios psicóticos], [intervención temprana], [primer episodio psicótico]. Fecha de búsqueda: 14 de noviembre de 2017

12. Estudio de aplicabilidad clínica de un modelo predictivo de recaídas en primeros episodios de esquizofrenia. Investigador Principal: CUESTA ZORITA, MANUEL. Periodo: 01/01/2015 - 31/12/2017. FUNDACION MIGUEL SERVET. COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA. Financiación: 56.870 €
13. 10PAFIP neurocognición: Estudio longitudinal a largo plazo (10 años) del funcionamiento cognitivo en pacientes con psicosis del espectro de esquizofrenia. Investigador Principal: TORDESILLAS GUTIERREZ, DIANA. Periodo: 01/01/2015 - 31/12/2017. CENTRO DE INVESTIGACION BIOMEDICA EN RED (CIBER). HOSPITAL MARQUES DE VALDECILLA. Financiación: 16.940 €
14. Predicción anatómico-clínica del riesgo de evolución desfavorable en un episodio maníaco: hacia la medicina personalizada en el trastorno bipolar. Investigador Principal: RADUA CASTAÑO, JOAQUIN. Periodo: 01/01/2015 - 31/12/2017. FUNDACION PARA LA INVESTIGACION Y DOCENCIA MARIA ANGUSTIAS GIMENEZ (FIDMAG). Financiación: 62.315 €
15. 10PAFIP neuroimagen: Estudio longitudinal a largo plazo (10 años) de los cambios estructurales cerebrales en pacientes con psicosis del espectro de esquizofrenia. Investigador Principal: AYESA ARRIOLA, ROSA. Periodo: 01/01/2015 - 31/12/2017. CENTRO DE INVESTIGACION BIOMEDICA EN RED (CIBER). UNIVERSIDAD DE CANTABRIA. Financiación: 32.973 €
16. Estudio de seguimiento a 8 años de la primera evaluación de niños y adolescentes hijos de pacientes con esquizofrenia o trastorno bipolar. Investigador Principal: CASTRO FORNIELES, JOSEFINA. Periodo: 01/01/2016 - 31/12/2018. INSTITUTO DE INVESTIGACIONES BIOMEDICAS AUGUST PI I SUNYER (IDIBAPS). Financiación: 99.220 €
17. Estudio de seguimiento a 8 años de la primera evaluación de niños y adolescentes hijos de pacientes con esquizofrenia o trastorno bipolar. Investigador Principal: MORENO PARDILLO, DOLORES MARIA. Periodo: 01/01/2016 - 31/12/2018. FUNDACION INVESTIGACION BIOMEDICA HOSPITAL GREGORIO MARAÑON. Financiación: 87.120 €
18. Utilidad de las máquinas de aprendizaje automático para la predicción del diagnóstico en pacientes con un primer episodio psicótico. Investigador Principal: POMAROL CLOTET, EDITH. Periodo: 01/01/2015 - 31/12/2017. FUNDACION PARA LA INVESTIGACION Y DOCENCIA MARIA ANGUSTIAS GIMENEZ (FIDMAG). Financiación: 59.290 €
19. Replicación y validación funcional de un predictor farmacogenético de la sintomatología extrapiramidal inducida por antipsicóticos. Investigador Principal: LAFUENTE FLO, AMALIA. Periodo: 01/01/2014 - 30/09/2017. UNIVERSIDAD DE BARCELONA. Financiación: 69.575 €

Anexo 4. Guion para la recogida de información. Modelo para coordinadores por Comunidades Autónomas

Bloque 1. Planes y guías de práctica clínica a nivel autonómico sobre el abordaje de la psicosis

1	¿Existe un Plan de Salud Mental autonómico?
2	Si aplica, ¿está vigente? ¿Está pendiente de actualización? Si aplica, ¿el Plan de Salud Mental autonómico recoge específicamente la atención temprana de la psicosis como punto estratégico? ¿Describe los principales objetivos y recursos a utilizar? ¿Cuáles son los principales puntos que se recogen en el Plan? ¿Describe una línea de trabajo para implantar un programa de ITP en la Comunidad Autónoma?
3	Si aplica, ¿se ha hecho seguimiento?
4	¿Se ha desarrollado alguna guía de práctica clínica específica sobre ITP en su Comunidad Autónoma? ¿Se sigue? ¿A qué nivel?
5	Si aplica, ¿cuándo fue su última actualización?
6	¿Se recoge en la cartera de servicios y/o contratos de gestión en su Comunidad Autónoma la ITP?
7	

Bloque 2. Programas de Intervención Temprana en Psicosis

1	¿Se está implementando un programa de ITP? ¿Se está trabajando en la creación de uno? ¿A qué nivel? ¿Desde qué año?
2	¿Se ha implantado el 100% del programa tal y como se estableció? ¿En qué aspectos se ha implantado parcialmente? ¿Por qué motivo? Si aplica, ¿hay algún miembro del equipo especialista en la implementación del modelo de intervención temprana? ¿Hay algún responsable de la coordinación de estos programas en su Comunidad Autónoma?
3	¿Cuáles considera han sido los resultados más destacados tras su implantación?
4	¿Cuál considera es/son los modelos de referencia? ¿Qué elementos son clave? ¿Se consideran necesarias adaptaciones para adecuarse a las particularidades de su comunidad autónoma?
5	¿Cuál es la composición del equipo multidisciplinar (psiquiatra, psicólogo, enfermero, trabajador social, terapeuta ocupacional) encargado del tratamiento integral y su seguimiento?
6	

Composición del equipo	Nº	ETC
Psiquiatría		
Psicología		
Enfermería		
Trabajador Social		
Terapeuta ocupacional		
Administrativo		
Otro		

- 7 ¿Los diferentes profesionales forman parte de la plantilla del servicio?
- 8 ¿Quién coordina el programa asistencial al paciente diagnosticado (visitas psiquiatría y otras actividades psicosociales)?
- 9 ¿Cree que los profesionales sanitarios externos al programa conocen los beneficios de una intervención temprana de la psicosis (ITP)?
- 10 ¿El programa recibe financiación específica institucional?

Bloque 3. Detección temprana de psicosis

- 1 ¿Se derivan pacientes de alto riesgo (EMAR / UHR) al programa o únicamente pacientes que han desarrollado un PEP? ¿Qué rango de edad de maneja para la incorporación al programa?
- 2 Si aplica, ¿se sigue algún protocolo de detección de estados de riesgo (EMAR y UHR)?
- 3 ¿Qué dispositivos realizan la derivación (Salud Mental, AP, otros servicios)? ¿Qué otros organismos participan en la derivación de pacientes (Educación, Servicios Sociales, ONG, etc.)?
- 4 ¿Existe algún protocolo de derivación/recepción?
- 5 ¿Hay acceso directo al programa (sin necesidad de derivación desde otros dispositivos)?
- 6 ¿Se ha establecido un tiempo máximo de espera desde la derivación del paciente hasta su incorporación al programa (DIPT – primer contacto con el psiquiatra en relación al primer episodio)? ¿Cuál es el tiempo medio?
- 7 ¿Qué tipo de herramientas para la detección precoz se facilitan a los profesionales involucrados (talleres educativos, materiales informativos, protocolos de actuación, etc.)?
- 8 ¿Se ha llevado a cabo alguna campaña de sensibilización a la población en general orientada a la necesidad de la búsqueda temprana de ayuda? ¿En qué medios?
- 9 Si aplica, ¿qué papel juegan las redes sociales y las comunicaciones digitales?

Bloque 4. Evaluación, Diagnóstico y tratamiento temprano de psicosis

	Evaluación
1	¿Se sigue algún protocolo para la evaluación de las personas derivadas al servicio de salud mental (EMAR, UHR, PEP)?
2	¿Se incluye en el protocolo una evaluación específica e individualizada de las necesidades del paciente y su familia?
3	¿Se realiza una evaluación de posibles comorbilidades? ¿Cómo se obtiene la información relativa a posibles comorbilidades presentes en el paciente diagnosticado?
	Tratamiento
4	En el caso de un paciente diagnosticado como EMAR/UHR, ¿se sigue algún protocolo de actuación para el tratamiento farmacológico/psicosocial?
5	En pacientes con PEP, ¿el tratamiento es específicamente farmacológico o se contemplan también terapias psicosociales? ¿A partir de qué momento se recomienda una terapia psicosocial? ¿Desde el momento del diagnóstico o en pacientes con afección crónica (>2 años)?
6	¿Cuál es la duración que se contempla para el seguimiento y tratamiento de los pacientes?

7	¿El tratamiento se individualiza para cada paciente o se basa en recomendaciones estandarizadas? ¿Se sigue un Plan Integrado de Atención ⁵⁹ en su Comunidad Autónoma?	
8	¿Con qué frecuencia se realizan las sesiones de seguimiento con el paciente y la familia?	
9	¿Se lleva a cabo una revisión de los objetivos del Plan Integrado de Atención regularmente? ¿Cada cuánto tiempo?	
10	¿Se promueve la participación del paciente y/o la familia en la toma de decisiones del tratamiento tanto farmacológico como psicológico?	
11	¿Qué servicios se utilizan en su Comunidad Autónoma en la atención de la psicosis incipiente? ¿Cuáles son los más utilizados?	
	<input type="checkbox"/> Terapia cognitiva-conductual <input type="checkbox"/> Psicoeducación <input type="checkbox"/> Ayuda escolar y de empleo <input type="checkbox"/> Terapias familiares <input type="checkbox"/> Ayudas familiares <input type="checkbox"/> Encuentro con antiguos pacientes <input type="checkbox"/> Orientación para el uso de recursos comunitarios <input type="checkbox"/> Opciones residenciales	<input type="checkbox"/> Hospital de día <input type="checkbox"/> Actividades con grupos de pacientes (deportes, arte, música, yoga) <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional <input type="checkbox"/> Ayuda online <input type="checkbox"/> Intervenciones sobre el consumo de drogas <input type="checkbox"/> Programas de prevención de recaídas (adherencia al tratamiento) <input type="checkbox"/> Otros
12	¿Se emplean nuevas tecnologías como medio de comunicación entre el paciente y el equipo asistencial?	
13	En relación con una estrategia de Terapia Asertiva Comunitaria, ¿en qué casos se recomienda?	
14	¿Dónde se lleva a cabo la intervención terapéutica? ¿Están adaptados los espacios a las personas más jóvenes?	
15	¿Se desarrolla algún plan de Intervención Familiar (IF)? ¿Qué actividades se llevan a cabo?	
	<input type="checkbox"/> Técnicas de comunicación con el enfermo <input type="checkbox"/> Establecimiento de objetivos y expectativas realistas <input type="checkbox"/> Reparto de roles para la disminución de la carga familiar	<input type="checkbox"/> Entrenamiento de los miembros en estrategias de solución de problemas <input type="checkbox"/> Técnicas para afrontar el estrés <input type="checkbox"/> Terapia familiar (individual y/o grupal) <input type="checkbox"/> Grupos de apoyo en centros de Salud Mental
16	Si aplica, ¿se incluyen a los pacientes en las sesiones de IF? ¿En qué momento se considera su participación? ¿Durante cuánto tiempo se desarrollan estas actividades?	
17	¿Se han elaborado materiales de recomendaciones para pacientes y sus familias en el abordaje de comorbilidades y promoción de un estilo saludable de vida (especialmente para la prevención de tabaquismo, sedentarismo y obesidad)?	
18	¿Qué estrategias se llevan a cabo para mejorar la adherencia al tratamiento?	

⁵⁹ El abordaje terapéutico de la esquizofrenia es integral, es decir, se realiza de manera global, combinando diferentes tipos de tratamientos: el médico y las terapias psicosociales

Bloque 5. Coordinación y formación

Coordinación

- 1 ¿Se ha definido algún protocolo de coordinación entre Atención Primaria y los servicios de Salud Mental para el manejo de casos de alto riesgo en psicosis y PEP en su Comunidad Autónoma?
- 2 ¿Se ha definido algún protocolo de coordinación entre los Servicios de Salud, Servicios Sociales, Educación e Interior/Justicia para la detección de casos de alto riesgo y PEP en su Comunidad Autónoma?
- 3 ¿Se ha definido algún otro protocolo de coordinación con otros servicios que atienden al mismo paciente (comorbilidades), con el fin de evitar duplicidades y asegurar la continuidad asistencial (otros servicios especialistas)?
- 4 Si **no** hay un protocolo de coordinación entre servicios, ¿cómo se comparte la información clínica del paciente entre todos los niveles involucrados? ¿Tienen acceso a la misma información?
- Reuniones periódicas de seguimiento de casos
 - Historia Clínica digitalizada
 - Mail consultas
 - Teléfono
 - Otros

Formación

- 5 ¿Se realizan programas de **formación continuada** en ITP para especialistas en Salud Mental? ¿En qué consisten? ¿Se priorizan actividades de aprendizaje participativo en pequeños grupos?
- 6 ¿Se ha desarrollado algún programa formativo de ITP para MIR en psiquiatría, PIR, AP, y EIR de salud mental? ¿En qué consiste? ¿Se priorizan actividades de aprendizaje participativo en pequeños grupos?
- 7 Si aplica, ¿dónde se imparten?
- 8 ¿Existe algún **postgrado** específico de psicosis? ¿A quién va dirigido? ¿Se subraya la importancia de una atención temprana de la psicosis?
- 9 ¿Se llevan a cabo talleres de formación para otras áreas/instituciones sobre la detección de la psicosis y los estados mentales de alto riesgo?
- Profesores de ESO/Bachiller/Formación Profesional
 - Fundaciones
 - Servicios penitenciarios
 - ONG
 - Servicios de Atención a la drogodependencia
 - Equipos de Orientación Psicopedagógica
 - Otros
- 10 Si aplica, ¿qué **instituciones autonómicas participan en el desarrollo e implantación** de dichos programas de formación (Sanidad, Educación, Servicios Sociales, etc.)?
- 11 ¿Se desarrolla en su Comunidad Autónoma algún programa educativo dirigido a las personas afectadas por psicosis?

Bloque 6. Investigación

- 1 ¿Hay líneas de investigación específica sobre programas de ITP en su Comunidad Autónoma?
- 2 ¿Qué líneas de investigación hay activas en su centro/área de salud?
- 3 ¿Hay algún proyecto/publicación relevante?
- 4 ¿Con qué recursos se cuenta? ¿Se cuenta con financiación privada y/o pública?

Indicadores generales

Situación en la Comunidad Autónoma		
¿Se recoge en el Plan de Salud Mental la intervención temprana en psicosis?		
¿Hay implementado algún programa de ITP?		
Fecha de implementación		
Nivel: autonómico, provincial, o área de salud/hospital/CSM		
Localización		
Población cubierta		
Criterios de admisión		
Rango de edad		
EMAR/UHM		
PEP		
Máximo tiempo sin tratamiento		
Comorbilidades		
Profesionales con dedicación al programa		
Composición del equipo	Nº	ETC
<ul style="list-style-type: none"> • Psiquiatría • Psicología • Enfermería • Trabajador Social • Terapeuta ocupacional • Administrativo 		
Dedicación (exclusiva, parcial)		
Agenda propia para el programa o compartida		
Tratamiento Asertivo Comunitario		
Modelo de "gestión de casos"		
Coordinador del programa		

Detección

- Formación AP y otras instituciones (talleres educativos, materiales informativos, protocolos de actuación, etc.)
- Protocolo de detección
- Canales de derivación
- Protocolo derivación/recepción
- Tiempo máximo de derivación

Intervención

- Plan Individualizado de Tratamiento
- Duración del programa (tratamiento)
- Integración del paciente y/o familia en la toma de decisiones
- Intervención familiar
- Intervención psicológica
- Intervención farmacológica EMAR
- Intervención farmacológica PEP
- Intervención social
- Gestión de las comorbilidades
- Gestión de la salud en general (incluyendo efectos adversos de la medicación)

Instalaciones

- Recursos propios
- Entorno adaptado a los más jóvenes
- Tratamiento a domicilio

Coordinación

- Protocolos de coordinación con Atención Primaria
- Protocolos de coordinación entre los Servicios de Salud, Servicios Sociales, Educación e Interior/Justicia
- Protocolo de coordinación con otros servicios que atienden el mismo caso (comorbilidades)

Formación sobre ITP

- Formación a AP
- Formación a especialista de Salud Mental
- Formación a otras instituciones
- Formación a residentes

Abandono

- Estrategia de adherencia al tratamiento
- Psicoeducación al paciente y/o familia

Investigación

- Financiación pública o privada
- Proyectos de investigación dentro de programas de ITP

Evaluación del programa

- Opinión de los participantes
- Indicadores de seguimiento

Anexo 5. Guion para la recogida de información. Modelo para responsables de Salud Mental Comunidades Autónomas

- 1 Desde su experiencia, ¿considera que está cambiando el abordaje de las fases tempranas de psicosis en nuestro país? ¿En qué sentido?
- 2 En su opinión ¿considera que el tratamiento llega más tarde de lo deseable en este tipo de pacientes?
- 3 ¿Qué estrategia se está siguiendo para mejorar la detección e intervención temprana de psicosis (ITP) en la Comunidad Autónoma?
- 4 ¿Cómo valoraría el grado de implementación de programas de intervención temprana en psicosis en España? (siendo 1 la valoración más baja y 10 la más alta)
- 5 ¿Existe un programa a nivel autonómico para la detección e intervención precoz en psicosis en su Comunidad Autónoma?
- 6 ¿Se está destinando financiación específica para el desarrollo de programas de Intervención Temprana en Psicosis?
- 7 ¿Se está haciendo seguimiento? ¿A qué nivel? ¿Qué indicadores de seguimiento se están utilizando?
- 8 ¿Existe una guía para la implementación de programas de ITP en la Comunidad Autónoma? ¿A qué nivel? Si no la hay, ¿se está trabajando en el desarrollo de una guía?
- 9 Si aplica, ¿existe un coordinador autonómico que supervise los diferentes programas implantados en su Comunidad Autónoma? ¿Quién asume esta función?
- 10 Si aplica, ¿qué modelos a nivel nacional o internacional se han empleado para el desarrollo de estos programas? Si no hay un programa implementado en su Comunidad Autónoma, ¿qué programa, tanto nacional o internacional, cree que podría adaptarse mejor a las características de su Comunidad Autónoma? ¿Qué aspectos deberían adaptarse?
- 11 En su opinión, ¿qué elementos considera clave a la hora de desarrollar un programa de Intervención Temprana en Psicosis? (valora del 1 al 10 siendo 1 la valoración más baja y 10 la más alta)
 - Identificación precoz de casos y derivación inmediata al especialista
 - Identificación precoz de pacientes de alto riesgo (Estado mental de alto riesgo-EMAR, Ultra High Risk)
 - Incluir la intervención psicológica y psicosocial inmediatamente tras la estabilización del paciente
 - Incluir al paciente y su familia en la toma de decisiones
 - Psicoeducación

Intervención familiar

Coordinación protocolizada entre Salud Mental y Atención Primaria

Formación específica a Atención Primaria

Formación a Servicios Sociales, Educación y otras instituciones para la detección precoz de posibles casos

Intervención multidisciplinar (psiquiatría, psicología, trabajador social, etc.)

Exclusividad al programa de los profesionales involucrados

Instalaciones específicas para el programa y adaptadas a pacientes jóvenes

Fomentar la intervención domiciliaria

Estrategias de fomento de la vinculación del paciente al programa (seguimiento intenso, manejo de efectos adversos por la medicación, adherencia al tratamiento, etc.)

Campañas de sensibilización a la población sobre los beneficios de una detección precoz de psicosis

12

En su opinión, ¿cuáles considera que son las principales barreras para la implantación de programas autonómicos/locales de ITP en su Comunidad Autónoma? ¿Qué facilitaría su desarrollo?

- Financiación
- Dificultad para gestionar, personalizar y dotar de recursos las diferentes intervenciones ofertadas por el programa
- Escasez de recursos para la realización de intervenciones psicosociales en la red pública de Salud Mental
- Falta de equipos multidisciplinarios especializados en este tipo de intervenciones (incluyendo el perfil de enfermería especialista en psiquiatría)
- Aceptación por parte de los pacientes/familiares/cuidadores
- Dificultades de coordinación entre Salud Mental y otras instituciones
- Falta de recursos/formación en Atención Primaria para una detección precoz de psicosis
- Recursos humanos limitados en los equipos de Salud Mental
- Los espacios físicos no están adaptados a personas jóvenes (estigmatización)
- Falta de concienciación sobre la necesidad de una detección precoz de psicosis
- Otros: Haga clic aquí para escribir texto.

13

¿Con qué recursos/dispositivos cuenta el Sistema Autonómico de Salud/Sociosanitario dirigidos a pacientes en fases tempranas de psicosis? ¿Cuáles serían deseables?

14

¿Se cuenta con instalaciones o áreas diferenciadas para desarrollar las intervenciones con pacientes en fases tempranas de psicosis?

15

¿Existe algún protocolo de coordinación entre diferentes niveles asistenciales y dispositivos específico para pacientes en fases tempranas de psicosis?

16

¿Existe alguna estrategia específica dirigida a los profesionales de Educación, Servicios Sociales y Justicia para facilitar la identificación y derivación de personas en riesgo de sufrir un primer episodio psicótico?

17

¿Existe un algún concierto/convenio de colaboración entre la Consejería de Sanidad/ Servicio Regional de Salud con Fundaciones y/o Asociaciones de pacientes y familiares en Salud Mental?

18

¿Se han llevado a cabo estrategias de formación continuada dirigidas a profesionales sanitarios sobre detección e intervención temprana en psicosis?

19

¿Se han desarrollado campañas de sensibilización a la población general para dar a conocer la necesidad de detectar e intervenir precozmente a las personas en fases tempranas de psicosis?

20

Si aplica, ¿se han empleado redes sociales en estas campañas de sensibilización?

21

¿Se fomenta la participación de las personas con trastornos mentales y sus familiares en la planificación y evaluación de los servicios de Salud Mental? Si es así, ¿cómo se lleva a cabo?

Anexo 6. Guion para la recogida de información. Modelo para representantes de Sociedades Científicas de Salud Mental

- 1 Desde su experiencia y en representación de la Sociedad Científica, ¿considera que está cambiando el abordaje de las fases tempranas de psicosis en nuestro país? ¿En qué sentido?
- 2 Desde su experiencia y en representación de la Sociedad Científica, ¿considera que el tratamiento llega más tarde de lo deseable en este tipo de pacientes?
- 3 ¿Cuáles considera son los principales motivos por los que la detección y derivación al especialista se demora en este tipo de pacientes?
- 4 ¿Cómo valora el grado de implantación de programas de ITP en nuestro país? (1-10 siendo 1 muy baja implantación; 10 muy alta implantación). Por favor, razone brevemente su valoración
- 5 Si considera que la atención temprana en psicosis es actualmente heterogénea en nuestro país, ¿Cuáles considera son los principales motivos?
- 6 En su opinión, ¿qué elementos considera clave a la hora de desarrollar un programa de Intervención Temprana en Psicosis? (valora del 1 al 10 siendo 1 la valoración más baja y 10 la más alta)
 - Identificación precoz de casos y derivación inmediata al especialista
 - Identificación precoz de pacientes de alto riesgo (Estado mental de alto riesgo-EMAR, Ultra High Risk)
 - Incluir la intervención psicológica y psicosocial inmediatamente tras la estabilización del paciente**
 - Incluir al paciente y su familia en la toma de decisiones
 - Psicoeducación
 - Intervención familiar
 - Coordinación protocolizada entre Salud Mental y Atención Primaria
 - Formación específica a Atención Primaria
 - Formación a Servicios Sociales, Educación y otras instituciones para la detección precoz de posibles casos
 - Intervención multidisciplinar (psiquiatría, psicología, trabajador social, etc.)
 - Exclusividad al programa de los profesionales involucrados
 - Instalaciones específicas para el programa y adaptadas a pacientes jóvenes
 - Fomentar la intervención domiciliaria
 - Estrategias de fomento de la vinculación del paciente al programa (seguimiento intenso, manejo de efectos adversos por la medicación, adherencia al tratamiento, etc.)
 - Campañas de sensibilización a la población sobre los beneficios de una detección precoz de psicosis

Otros: Haga clic aquí para escribir texto.

7

Desde su experiencia y en representación de la Sociedad Científica, ¿cuáles considera que son las principales ventajas derivadas de la implantación de programas de intervención temprana en psicosis (ITP)?

8

¿Cuáles considera son los principales obstáculos para la implementación de programas de ITP en España? (valora del 1 al 10 siendo 1 la valoración más baja y 10 la más alta)

Financiación

Dificultad para gestionar, personalizar y dotar de recursos las diferentes intervenciones ofertadas por el programa

Escasez de recursos para la realización de intervenciones psicosociales en la red pública de Salud Mental

Falta de equipos multidisciplinares especializados en este tipo de intervenciones (incluyendo el perfil de enfermería especialista en psiquiatría)

Aceptación por parte de los pacientes/familiares/cuidadores

Dificultades de coordinación entre Salud Mental y otras instituciones

Falta de recursos/formación en Atención Primaria para una detección precoz de psicosis

Recursos humanos limitados en los equipos de Salud Mental

Los espacios físicos no están adaptados a personas jóvenes (estigmatización)

Falta de concienciación sobre la necesidad de una detección precoz de psicosis

Otros: Haga clic aquí para escribir texto.

9

¿Considera que estos programas son conocidos y valorados positivamente por los profesionales sanitarios?

10

¿Cuál considera es/son los modelos de referencia? ¿Qué elementos de estos programas considera clave? ¿Cómo podrían adaptarse los modelos existentes en nuestro modelo asistencial?

11

¿La Sociedad Científica a la que representa ha participado o desarrollado alguna iniciativa sobre Intervención Temprana en Psicosis? ¿Cuál/es? ¿Se ha desarrollado en colaboración? ¿Con quién?

Anexo 7. Guion para la recogida de información. Modelo para representantes de Asociaciones de Pacientes y Familiares

Nombre de la Asociación/Fundación

Haga clic aquí para escribir texto.

Provincia/Comunidad Autónoma

Haga clic aquí para escribir texto.

Ámbito de actuación

Elija un elemento.

1

¿Conoce algún programa de Intervención Temprana en Psicosis en su Comunidad Autónoma? Si aplica, valórelo del 1 al 10 (siendo 1: no lo considero adecuado y 10: lo considero excelente)

2

¿Conoce algún programa de Intervención Temprana en Psicosis en otra Comunidad Autónoma? Si aplica, puntúelo del 1 al 10 (siendo 1 la valoración más baja y 10 la más alta)

3

¿Cómo valoraría el grado de implementación de programas de intervención temprana en psicosis en España? (siendo 1 la valoración más baja y 10 la más alta)

4

Desde su experiencia y en representación de la Asociación/Fundación, ¿qué motivos provocan un retraso en el inicio del tratamiento en pacientes jóvenes con psicosis?

5

Desde su experiencia, ¿qué ventajas supone una intervención temprana de la psicosis?

6

Desde su experiencia, ¿qué elementos considera clave a la hora de desarrollar un programa de Intervención Temprana en Psicosis? (valora del 1 al 10 siendo 1 la valoración más baja y 10 la más alta)

Identificación precoz de casos y derivación inmediata al especialista

Identificación precoz de pacientes de alto riesgo (Estado mental de alto riesgo-EMAR, Ultra High Risk)

Incluir la intervención psicológica y psicosocial inmediatamente tras la estabilización del paciente

Incluir al paciente y su familia en la toma de decisiones

Psicoeducación

Intervención familiar

Coordinación protocolizada entre Salud Mental y Atención Primaria

Formación específica a Atención Primaria

Formación a Servicios Sociales, Educación y otras instituciones para la detección precoz de posibles casos

Intervención multidisciplinar (psiquiatría, psicología, trabajador social, etc.)

Exclusividad al programa de los profesionales involucrados

Instalaciones específicas para el programa y adaptadas a pacientes jóvenes

Fomentar la intervención domiciliaria

Estrategias de fomento de la vinculación del paciente al programa (seguimiento intenso, manejo de efectos adversos por la medicación, adherencia al tratamiento, etc.)

Campañas de sensibilización a la población sobre los beneficios de una detección precoz de psicosis

7

Desde su experiencia y punto de vista, ¿cuáles cree que son las principales barreras para la implementación de programas de Intervención Temprana en Psicosis en su Comunidad Autónoma?

- Financiación
- Dificultad para gestionar, personalizar y dotar de recursos las diferentes intervenciones ofertadas por el Programa
- Escasez de recursos para la realización de intervenciones psicosociales en la red pública de Salud Mental
- Falta de equipos multidisciplinares especializados en este tipo de intervenciones (incluyendo el perfil de enfermería especialista en psiquiatría)
- Aceptación por parte de los pacientes/familiares/cuidadores
- Dificultades de coordinación entre Salud Mental y otras instituciones
- Falta de recursos/formación en Atención Primaria para una detección precoz de psicosis
- Recursos humanos limitados en los equipos de Salud Mental
- Los espacios físicos no están adaptados a personas jóvenes (estigmatización)
- Falta de concienciación sobre la necesidad de una detección precoz de psicosis
- Otros: Haga clic aquí para escribir texto.

8

A través de qué vía/s, es más habitual que los pacientes en fases tempranas de psicosis conozcan la existencia de la Asociación? (web, recomendación de profesionales, campañas de difusión en medios, recomendación de otros pacientes/familiares)

9

¿Qué tipo de actividades se llevan a cabo para dar a conocer la Asociación/Fundación?

- Sesiones informativas
- Convenio de colaboración con dispositivos de Salud Mental
- Materiales y eventos
- Campañas de sensibilización en medios de comunicación (radio, televisión, prensa, redes sociales, etc.)
- Otros: Haga clic aquí para escribir texto.

10

¿Con qué recursos cuenta su Asociación/Fundación dirigidos a pacientes en fases tempranas de psicosis?

Recursos humanos

- Psiquiatría
- Psicología
- Enfermería
- Terapeuta ocupacional
- Trabajador social
- Otro: Haga clic aquí para escribir texto.

Recursos físicos / Instalaciones

Intervenciones/Actividades

	<input type="checkbox"/> Psicoeducación <input type="checkbox"/> Ayuda escolar y de empleo <input type="checkbox"/> Ayudas familiares <input type="checkbox"/> Encuentro con antiguos pacientes <input type="checkbox"/> Orientación para el uso de recursos comunitarios <input type="checkbox"/> Opciones residenciales <input type="checkbox"/> Intervención Familiar <input type="checkbox"/> Pisos supervisados	<input type="checkbox"/> Actividades con grupos de pacientes (deportes, arte, música, yoga) <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional <input type="checkbox"/> Ayuda online <input type="checkbox"/> Intervenciones sobre el consumo de drogas <input type="checkbox"/> Programas de prevención de recaídas (adherencia al tratamiento) <input type="checkbox"/> Otros: Haga clic aquí para escribir texto.
11	¿Qué recursos echan en falta para atender a pacientes en fases tempranas de psicosis en su Comunidad Autónoma?	
12	Desde su experiencia, ¿cuáles considera son las principales demandas de los pacientes/familiares/cuidadores en relación a la atención a las fases tempranas?	
	<input type="checkbox"/> Ofrecer un tratamiento enfocado al bienestar emocional <input type="checkbox"/> Tratamiento domiciliario <input type="checkbox"/> Psicoeducación <input type="checkbox"/> Realizar las intervenciones en lugares menos estigmatizantes <input type="checkbox"/> Control de los efectos secundarios	<input type="checkbox"/> Tratamiento psicoterapéutico en las fases iniciales <input type="checkbox"/> Rehabilitación psicosocial <input type="checkbox"/> Acceso a actividades de ocio <input type="checkbox"/> Flexibilidad del tratamiento <input type="checkbox"/> Tomar parte en las decisiones terapéuticas <input type="checkbox"/> Otros: Haga clic aquí para escribir texto.
13	¿Tienen algún concierto con el Sistema Autonómico de Salud? ¿Qué incluye?	
14	¿Cómo colaboran con servicios/hospitales/recursos del sistema sanitario público o privado? ¿Cómo podría mejorar esta colaboración?	
15	¿Qué vías se han establecido para la colaboración con la red de dispositivos de Salud Mental de su Comunidad Autónoma?	
	<input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Protocolo de derivación/recepción	<input type="checkbox"/> Reuniones periódicas <input type="checkbox"/> Derivación directa al psiquiatra <input type="checkbox"/> Otros: Haga clic aquí para escribir texto.
16	¿Han recibido formación específica sobre detección precoz de psicosis?	
17	¿Han realizado/ participado en alguna actividad/estrategia dirigida a la detección precoz de posibles casos de psicosis? (campañas de comunicación, formación a centros de educación, etc.)	
18	¿Han participado en alguna campaña de sensibilización para la población general sobre la necesidad de una atención precoz a los pacientes con psicosis?	

LIBRO BLANCO DE LA INTERVENCIÓN TEMPRANA
EN PSICOSIS EN ESPAÑA

