

TRABAJO DE FINAL DE MASTER EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN
SALUD MENTAL COMUNITARIA

Valoración de un Programa de Atención Temprana desde un CRPS

Autora: Nerea Cañamares Edo

Director/Directora:

Tutor: Marcelino López

Fecha de lectura: 10 de noviembre de 2017



Resumen:

La atención temprana ha cobrado un interés especial en los últimos años en el tratamiento de la psicosis. Los estudios realizados sobre los diferentes programas de intervención precoz realizados hasta el momento han arrojado resultados positivos, mostrando una mejor y más rápida recuperación. El presente trabajo analiza y muestra los resultados obtenidos por un programa de intervención precoz para psicosis aplicado desde el Centro de Rehabilitación Psicosocial de San Fernando de Henares llevado a cabo desde 2011 hasta la actualidad.

Palabras clave:

Detección precoz, intervención precoz, psicosis, esquizofrenia, funcionamiento psicosocial, resultados.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
2. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN	8
2.1. Objetivos	9
2.2. Logística	10
2.3. Plan de intervención	10
2.4. Coordinación	20
2.5. Duración del tratamiento	20
3. PROCEDIMIENTO	22
3.1. Hipótesis	22
3.2. Muestra	22
3.3. Metodología	25
4. VALORACIÓN DE RESULTADOS	27
5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	32
6. BIBLIOGRAFÍA	35

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo persigue evaluar la consecución de algunos de los objetivos propuestos por un programa concreto de intervención temprana. Para ello, en primer lugar, y con el fin de encuadrarlo, se hace una breve presentación de qué es la atención temprana, cuáles son los objetivos generales de este tipo de programas o a quienes van dirigidos.

Tras la introducción de modelos psicosociales y de atención en la comunidad a personas con trastornos mentales graves se comienza a plantear la importancia de llevar a cabo también intervenciones rehabilitadoras en personas en las que el debut de la enfermedad se ha producido de forma reciente. Este interés surge tras comprobar que, la mayoría de los casos que acuden a los servicios de salud mental llegan después de años de sufrimiento personal y familiar. Lo que, a su vez, genera un gran deterioro de la vida familiar, social y la integración formativo-laboral (AEN, 2009). También tras demostrarse que, el tiempo que transcurre desde que se inicia la psicosis hasta que se recibe tratamiento y, la evolución que se produzca en los primeros cinco años, es determinante en el pronóstico de la misma.

Así, en los años 90 se comienzan a diseñar servicios y programas de atención precoz o temprana dirigidos, fundamentalmente, a personas en las primeras fases de psicosis (Vallina, Lemos y Fernández, 2006). Este tipo de programas tiene dos elementos que difieren de los tratamientos aplicados habitualmente, la detección precoz por un lado, y la adaptación del tratamiento a cada fase de la enfermedad (Marshall y Rathbone, 2001). En concreto se han dirigido a tres momentos diferentes de la enfermedad tales como:

- Estado mental de alto riesgo (EMAR)

Se considera que una persona se encuentra en estado mental de alto riesgo cuando se desvía del funcionamiento emocional, social, cognitivo o conductual y existen síntomas prodrómicos aunque sea atenuados. El objetivo de la intervención en esta fase es evitar o minimizar el riesgo de transición a la psicosis.

Tal y como recoge la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente (2009), Yung, McGorry y colaboradores señalan la existencia de tres tipos de estados mentales de alto riesgo. Éstos son:

- Presencia de síntomas psicóticos atenuados.
- Historia de síntomas psicóticos breves y limitados.
- Vulnerabilidad. Historia familiar positiva de psicosis y descenso significativo del funcionamiento social.

Como ejemplo de intervención en esta fase se encuentra el Proyecto Buckingham, uno de los primeros que se llevó a cabo. Entre 1984 y 1988 se realizó un estudio no controlado sobre los efectos de la intervención temprana en EMAR en adultos con síntomas prodrómicos de esquizofrenia. Los resultados mostraron un descenso en la incidencia anual de esquizofrenia en la zona. Sin embargo, la baja fiabilidad del estudio no permitió validar estos logros experimentales (Falloon et al., 1996).

Otro ejemplo, en este caso de nuestro país, es el Programa de Detección e Intervención Temprana en Psicosis de Torrelavega. Este programa incluye un subprograma de educación para profesionales para mejorar la detección de estados mentales de alto riesgo, un programa de protocolo de evaluación de estados prodrómicos y riesgo, un programa de terapia cognitiva y uno de intervención familiar breve y un protocolo de tratamiento psicofarmacológico con neurolépticos atípicos a dosis bajas. Los resultados obtenidos en diferentes estudios indican una mejoría en la detección de los profesionales del EMAR, una tasa de transición a la psicosis del 26,7 % y una mejoría funcional y psicopatológica significativa en aquellos que no transitaron a la psicosis (Vallina, Lemos y Fernández, 2006).

- Fase aguda del primer brote

Durante esta fase se produce una gran desestructuración cognitiva, conductual y de funcionamiento social. Así, el objetivo de tratamiento es reducir la sintomatología psicótica y la que aparece asociada a ella (miedo, ansiedad, agitación, agresividad), controlar las conductas alteradas e impedir que la persona pueda hacerse daño a sí

misma o a los demás. El objetivo final es tratar de que el individuo regrese al nivel de funcionamiento anterior a la aparición de la enfermedad.

Desde la perspectiva de la intervención precoz el tratamiento en este periodo no se limita al farmacológico sino que se incluye la intervención psicológica y social.

La mayor parte de los trabajos realizados han consistido en la introducción de terapias de corte cognitivo para el tratamiento de los síntomas positivos. Como muestra de uno de los primeros trabajos que añade la intervención psicológica en fase aguda del primer brote, se puede apuntar las terapias cognitivas y familiares de Birchwood y Drury en 1996 acompañadas de entrenamiento en habilidades interpersonales. Los resultados mostraron un menor grado de convicción delirante y de sintomatología positiva en el grupo experimental y además estos resultados se mantenían a los 9 meses del tratamiento (Vallina, Lemos y Fernández, 2006).

En general, los resultados de los diversos estudios realizados sobre el tratamiento psicológico en esta fase, sumado al psicofarmacológico que hasta hace poco era el único contemplado, arrojan resultados positivos. Así, los síntomas positivos se eliminan de manera más rápida, se reduce la convicción delirante, la duración del ingreso hospitalario es menor y en los siguientes dos años hay menores índices de reingresos y recaídas (AEN, 2009).

- Periodo crítico (cinco años tras el primer brote)

Se considera periodo crítico los cinco años posteriores a la aparición de un primer brote psicótico ya que la evolución que se produzca en ellos determinará el funcionamiento posterior y pronóstico de la persona, pues es cuando existe una máxima sensibilidad a las influencias biológicas y sociales y cuando se produce la mayor progresión al deterioro (Birchwood, 2000). Edwards y McGorry (2004) muestran que es habitual la exacerbación de síntomas, el consumo de drogas o las respuestas desadaptativas a la enfermedad tales como evitación o negación o riesgo de suicidio.

Así, estas intervenciones se han caracterizado por atender a las tres áreas que interactúan y que definen el deterioro y el pronóstico.

- La sintomatología.

- El funcionamiento psicológico.
- El funcionamiento psicosocial.

Sin embargo, la literatura muestra que un avance o mejora en una de estas áreas no presupone la mejoría automática en las otras, por lo que es necesario realizar intervenciones que las aborden de forma conjunta.

De este modo, los objetivos que persiguen estos programas de Atención Temprana son todos o gran parte de los siguientes (Edwards et al, 2004):

- Reducir la sintomatología positiva tanto en frecuencia como en intensidad.
- Atenuar la interferencia que esta sintomatología psicopatológica produce en el funcionamiento psicosocial de la persona.
- Reducir el malestar asociado a esta sintomatología.
- Promover la comprensión del trastorno para mejorar la adherencia al tratamiento y la participación activa en el mismo.
- Mejorar el funcionamiento psicosocial.
- Disminuir las recaídas y/o los ingresos hospitalarios.

Con el fin de lograr estos objetivos, las intervenciones específicas en esta fase suelen incluir farmacoterapia, psicoeducación, manejo de estrés, solución de problemas, prevención de recaídas, terapia cognitivo conductual y rehabilitación social y laboral. Se aconseja acompañarlas de intervención familiar.

Los resultados que muestra la literatura parecen apoyar la eficacia de estas intervenciones. Así, siguiendo el “Consenso a la Atención Temprana a la Psicosis” de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN., 2009) se aporta la siguiente tabla de resultados de esta atención temprana (Tabla 1).

TABLA 1: RESULTADOS OBTENIDOS POR PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA

Programas	Grupos de Comparación	N	Resultados
EPPIC McGorry et al. 1996	Modelo EPPIC vs. Cohorte histórica	102	Mejor calidad de vida, menor DUP (psicosis no tratada), menor nº hospitalizaciones, menos estrés postraumático y dosis farmacológicas más bajas.
Henry et al. 2008	Cohorte prospectiva	723	A los 7 años remisión sintomática entre el 37-59% Recuperación social/vocacional en el 31%.
EPP Addington et al. 2003	Programa de intervención temprana	180	Menos sintomatología positiva y depresiva, Menos % recaída en los dos primeros años (29-35%)
PEPP Malla et al, 2002	Tto psicosocial asertivo integral adaptado	53	Remisión al año del 70% y rehospitalización del 20%. Mejoría en todas las áreas psicopatológicas.
LEO Garety et al. 2005	Servicio LEO vs. Servicio estándar	144	Mejor funcionamiento social, laboral, satisfacción, calidad de vida y adherencia al tratamiento

El presente trabajo se centra en el análisis de un programa de intervención en el periodo crítico ya que es el que es posible desarrollar en un Centro de Rehabilitación Psicosocial.

Como resumen de esta introducción se podría destacar que la propuesta general que se realiza es que la atención temprana a la psicosis, bien sea sobre cualquiera de los grupos anteriormente descritos (estado mental de alto riesgo, fase aguda o periodo crítico) debe realizarse desde equipos interdisciplinarios específicos que puedan responder a todas las necesidades que surgen desde que aparecen los indicios de psicosis o brote hasta los cinco años posteriores. Para ello es importante contar con una red comunitaria de atención temprana, que por las características del debut de la enfermedad va dirigida a personas jóvenes (aproximadamente 16-35 años) y que en los últimos años está cobrando especial importancia.

2. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN.

El programa de atención temprana que se analiza se ha desarrollado en el Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) “San Fernando”, gestionado por la entidad Exter y concertado con la Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera de la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid y el Centro de Salud Mental de Coslada y el Hospital Universitario del Henares gestionados por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Los Centros de Rehabilitación Psicosocial (en adelante CRPS) son un tipo de Centros de Día de atención psicosocial especializada destinados a las personas con enfermedades mentales severas para ayudarles a recuperar el máximo grado de autonomía personal y social y promover su mantenimiento e integración en la comunidad. Así como apoyar y asesorar a sus familias.

Los CRPS trabajan en estrecha coordinación con los Servicios de Salud Mental encargados de la atención psiquiátrica y seguimiento de estas personas, así como con los Servicios Sociales Generales y con los recursos sociocomunitarios normalizados para favorecer la integración de los usuarios atendidos. Es de esta estrecha colaboración, entre otros motivos, de dónde surge la idea de iniciar la creación conjunta de un programa de intervención precoz.

Pese a que, tal y como se muestra más adelante, el perfil de atención tipo del CRPS y el de intervención temprana varían considerablemente, sus objetivos habituales de trabajo los hacen muy útiles en el desarrollo de este tipo de programas. Éstos son:

- Favorecer la recuperación o adquisición del conjunto de habilidades y competencias personales y sociales necesarias para el funcionamiento en la comunidad en las mejores condiciones posibles de autonomía, normalización y calidad de vida.
- Potenciar y apoyar su integración social facilitando el desempeño de roles sociales valiosos y normalizados.
- Ofrecer el seguimiento, apoyo y soporte social que cada persona necesite para asegurar su mantenimiento en la comunidad del modo más autónomo y normalizado que sea posible en cada caso.
- Ofrecer apoyo, asesoramiento y formación a las familias.

- Apoyar, colaborar y coordinarse con los Servicios de Salud Mental de referencia, Servicios Sociales Generales y otros recursos sociocomunitarios para favorecer y articular una atención integral que posibilite procesos de rehabilitación y apoyo comunitario ajustados a las necesidades de cada usuario.

La creación del programa de Intervención Precoz en Psicosis surge tras observar que los municipios atendidos por ambos recursos (Coslada, San Fernando, Mejorada del Campo y Velilla de San Antonio) presentan un número de nuevos casos de esquizofrenia que podría ser superior a 16 personas por año, y la acumulación de diferentes factores de riesgo como son, una elevada tasa de inmigración con el aislamiento que eso conlleva, desventaja social y consumo de tóxicos. Esto junto con los estudios que muestran la importancia de su detección y tratamiento precoz, la elevada carga global que implica y la mejora funcional observada en otros programas de intervención precoz, sugieren la idea de desarrollar un programa propio adaptado a las características y necesidades específicas de la zona.

El diseño que se hace del programa se basa en las recomendaciones de las Guías de Intervención Temprana de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (2009) y del Ministerio de Sanidad y Consumo (2009). Así, la propuesta que realizan propone los siguientes aspectos.

2.1. Objetivos.

Objetivo general: mejorar el nivel de funcionamiento global y la calidad de vida a largo plazo de pacientes con un primer episodio psicótico.

Este objetivo general se traduce en los siguientes objetivos específicos:

- Disminuir la sintomatología psicótica (síntomas positivos, negativos y desorganizados)
- Mejorar el funcionamiento social y laboral.
- Fomentar la conciencia de enfermedad y la adherencia al tratamiento.
- Favorecer el desarrollo de estrategias de afrontamiento de situaciones estresantes o potencialmente conflictivas.

- Disminuir el malestar y la carga emocional de los pacientes y sus familias, fomentando la psicoeducación (tanto de pacientes como de familiares) y proporcionando un espacio para la descarga emocional.
- Objetivos económicos:
 - Reducir el número de días de ingreso
 - Reducir el número total de ingresos
 - Posibilitar el empleo de dosis más bajas de fármacos antipsicóticos.
 - Facilitar la inserción laboral de pacientes y familiares, reduciendo paralelamente la aportación en forma de pensiones por incapacidad transitoria o permanente.
- Contribuir a los esfuerzos de investigación desarrollados actualmente a nivel nacional e internacional, destinados a desarrollar estrategias más efectivas y eficientes para el tratamiento precoz de los trastornos psicóticos.

2.2. Logística.

El Programa de Intervención Precoz en Psicosis se centraliza en el Centro de Salud Mental (en adelante CSM) de Coslada. El equipo está formado por tres psiquiatras, dos enfermeras, dos trabajadores sociales y varios miembros del Centro de Rehabilitación Psicosocial de San Fernando de Henares y del Equipo de Apoyo Social y Comunitario, incluyendo psicólogos, educadores, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales, implicados a tiempo parcial.

Se consideró importante que participen tres psiquiatras para garantizar la cobertura asistencial. Así, se posibilita un mínimo de dos consultas monográficas semanales de 45 minutos de duración, tanto para las primeras consultas como para las sucesivas). Cada paciente podrá tener un total de una hora y media semanales de atención.

2.3. Plan de Intervención

A. Población diana

El Programa de Intervención Precoz se dirigió a personas mayores de 16 años con un primer episodio psicótico. Se estableció que la duración del cuadro no superaría los

tres años aunque este se valoraría individualmente pudiendo incluir personas con una duración superior si el equipo terapéutico lo decide. También se estableció que los pacientes de 16 y 17 años diagnosticados de psicosis se atenderían desde este programa y no desde el circuito de psiquiatría infantil.

El conjunto de diagnósticos incluidos entre los trastornos psicóticos son:

- Esquizofrenia
- Trastorno esquizofreniforme
- Trastorno esquizotípico
- Trastorno de ideas delirantes
- Trastorno psicótico agudo
- Psicosis tóxica
- Trastorno esquizoafectivo
- Trastorno psicótico no orgánico

Sin embargo, se excluye la atención de los cuadros psicóticos de naturaleza afectiva por necesitar un abordaje psicosocial con diferentes características y, el trastorno bipolar dado que existía el proyecto de crear una unidad de atención específica para ello.

B. Programa asistencial

El programa de atención consta de dos fases. En una primera, Fase Aguda, se establece el primer contacto con el paciente y se llevan a cabo las primeras medidas para minimizar el impacto de la enfermedad. Esto se realiza desde la Unidad de Hospitalización Breve (en adelante UHB), el Centro de Salud Mental (en adelante CSM) y el Servicio de Urgencia y los dispositivos de Atención Primaria.

La segunda fase, Fase Subaguda, se centra en la intervención psicosocial que trata de minimizar el impacto de la enfermedad, evitar el deterioro y rehabilitar las áreas de funcionamiento mermadas como consecuencia de la enfermedad.

➤ Intervención en Fase Aguda

Tal y como recoge el programa, en esta fase se realiza la primera toma de contacto con el paciente (normalmente desde Urgencias o el CSM), se establece el diagnóstico y se pauta un tratamiento farmacológico. También se realizan pruebas

para garantizar que no se debe a una patología orgánica y se hace una primera intervención psicoeducativa y psicoterapéutica, una valoración desde enfermería y trabajo social y una intervención familiar.

Aunque la intervención llevada a cabo en este periodo es más amplia y pormenorizada no la describo con mayor detalle pues excede el objetivo del trabajo.

➤ **Intervención en Fase Subaguda: Intervención Psicosocial**

Esta intervención destinada a minimizar el impacto de la enfermedad y maximizar el funcionamiento de los pacientes y familiares en diferentes esferas (social, laboral, afectiva, etc.) consta de cuatro partes.

1. Vinculación

Dado que es habitual que en las primeras fases de la enfermedad las personas tengan reticencias para acudir a los servicios de salud mental o rehabilitación, se hizo necesario diseñar un plan de enganche.

La vinculación se refiere a las capacidades y técnicas que desarrolla el profesional y que se dirigen a captar el interés y afecto del usuario. Esto favorece la confianza y permite conocer la propia problemática de la persona y acompañarla en el proceso destinado a la integración social dentro de su entorno comunitario. Algunos aspectos que favorecen esta vinculación son:

- Reducción del tiempo de espera: que no pasen más de 15 días desde que se le propone la incorporación al programa hasta que se realiza.
- Asegurar sesiones semanales, avisadas con anticipación y sin que haya cambios, al menos durante el primer año.
- Priorizar los objetivos propuestos por el usuario, fundamental para que se implique en el tratamiento.
- Adaptar los tiempos al inicio (sesiones adecuadas a su capacidad, contenidos)
- No duplicar los profesionales. Cada uno debe tener objetivos claros y diferentes dentro de la intervención. Se incluyen al ritmo que el usuario acepta.

- Flexibilidad en las intervenciones. Adecuándolas a las características individuales y del momento.
- Función de refuerzo permanente. En un primer momento el refuerzo es constante y se va disminuyendo y haciendo contingente a las conductas que interesan poco a poco.
- Estabilidad en la intervención. Se debe cumplir lo que se ha ofrecido.
- Responsabilidad, compromiso y disponibilidad total.
- Habilidades de terapeuta.

2. Seguimiento

El seguimiento son las intervenciones consistentes en acompañar a la persona en su medio de vida, proponerle una relación de ayuda para superar las diferentes dificultades que surgen y vencer las barreras que impiden que utilice los recursos necesarios para su integración social. Es decir, más que tratamiento son un vehículo a través del que facilitar las intervenciones.

Así, cada persona tiene un educador de referencia que se encarga de hacer este seguimiento.

A la hora de organizarlo se tuvo en cuenta lo propuesto por tres programas bien definidos y descritos (modelo de tratamiento asertivo comunitario, modelo de competencias y modelo rehabilitador). De esta forma la intervención se caracteriza por:

- Atención individualizada.
- Contactos regulares y frecuentes con el usuario.
- Actitud asertiva estableciendo una relación de confianza, confidencialidad y apoyo.
- Respeto a la autodeterminación del usuario
- Apoyo en la solución de problemas de la vida diaria
- Intervenciones en la comunidad (acompañamientos, visitas domiciliarias)
- Trabajo de forma habitual con los distintos recursos comunitarios. Coordinaciones regulares con estos recursos.
- Trabajo en equipo, reuniones.

- Trabajo con la familia o comunidad (vecinos, institutos, etc.) si el caso lo requiere.

El contacto con el educador es como mínimo semanal y puede ser telefónico, presencial. Se marca con una agenda de trabajo en la que se planifican todas las intervenciones.

3. Evaluación

En este proceso se evalúa tanto a la persona como los contextos en que se desenvuelve.

La evaluación consiste en realizar exploraciones sobre repertorios conductuales a partir de donde se hace un diseño de intervención enfocado a formular objetivos por áreas vitales de trabajo. Es decir, es una evaluación funcional por medio de la que se analiza la interacción de la persona y el medio.

Este análisis inicial es diferente del que se realiza de manera continua a lo largo de todo el proceso de intervención.

Las técnicas que se emplean para ello son la entrevista tanto al usuario como a la familia, algunas pruebas estandarizadas y registros observacionales.

La evaluación la realizan conjuntamente psicólogo y trabajador social. Las áreas que se tienen en cuenta son:

- Funcionamiento previo al inicio del trastorno
- Funciones cognitivas básicas
- Respuesta psicológica a la psicosis
- Funcionamiento familiar
- Funcionamiento social
- Evaluación de riesgos.

4. Intervención Clínica en fase subaguda.

Cuando termina el proceso de evaluación se establece un plan individualizado de intervención en el que se incluyen los objetivos a perseguir con cada persona en las áreas vitales que se estén afectadas a través de intervenciones individuales y grupales. Se establecen también parámetros temporales para conseguir estos objetivos.

Este plan de intervención es revisable y se debe ir ajustando a los cambios que muestra la evaluación continua, también se consensua con el usuario, y si procede, con las personas significativas del entorno familiar.

Durante esta fase el trabajo interdisciplinar se vuelve más necesario y relevante.

La intervención psicosocial de este periodo se corresponde con el inicio de la remisión de la sintomatología positiva (aproximadamente tres meses desde el primer brote), comienzo de la recuperación del insight, reorganización del medio familiar e inicio de la planificación de la recuperación de los roles que tenía el usuario antes del episodio psicótico.

Así, la intervención psicosocial se centra en dos etapas:

- 1- Manejo de la enfermedad. Incluye intervención familiar.
- 2- Hábitos saludables, habilidades sociales y red social y vocacional.

4.1 Intervención sobre la enfermedad:

Esta intervención busca que la persona tenga un modelo explicativo de la enfermedad que le permita comprender lo que le ha sucedido, recuperar su identidad y diferenciar el yo de la psicosis, aumentar la percepción de control sobre la enfermedad y promocionar la autonomía en su manejo. Se busca también abordar las creencias irracionales o temores sobre el tratamiento farmacológico y prevenir y/o intervenir sobre la morbilidad secundaria.

➤ Intervención individual:

Está basada en el programa COPE desarrollado por McGorry en Australia y se centra en:

- Sintomatología positiva persistente. Emplea técnicas cognitivo-conductuales para intervenir sobre alucinaciones y delirios y reducir el malestar que provocan.
- Morbilidad asociada. Ansiedad, sobre todo evitación social, y depresión. Estos síntomas aumentan la probabilidad de recaída y aumentan la de consumo de drogas. La intervención se dirige a dotar a la persona de estrategias de afrontamiento.

- Consumo de sustancias. El objetivo es prevenir su uso o intervenir/derivar a un recurso específico si es necesario. Se interviene en esta área por su relación con tasas más elevadas de sintomatología psicótica y depresiva, incremento del riesgo de suicidio y mayores tasas de ingresos y recaídas (Versan et al., 2005). Las técnicas que se emplean son la psicoeducación , identificación de situaciones de riesgo y adquisición de estrategias de afrontamiento.
- Prevención de crisis. Se trabaja en el conocimiento de la persona sobre el modelo explicativo de la enfermedad (modelo de vulnerabilidad), factores de riesgo y protección, detección de pródromos y autonomía en la toma de medicación.
- Disminuir el autoestigma y aumentar la percepción de control. Se usan técnicas cognitivas para minimizar el impacto de la enfermedad, psicoeducación y planificación de metas y tomas de decisiones ante los diversos problemas de su interés que vayan apareciendo en los diferentes ámbitos.

➤ Intervención grupal:

Se lleva a cabo una intervención grupal para favorecer el contacto con iguales y luchar contra el alto riesgo de abandono que presentan en los primeros momentos las personas diagnosticadas. Esta intervención es un complemento de la individual.

El programa que se lleva a cabo es el YES (Youth Education and Support Group; Malla, Malean y Ross, 2005). Se eligió este por estar dirigido a personas en fases iniciales de la enfermedad, que incluye contenidos ajustados a sus necesidades.

El programa está dirigido a jóvenes entre 16 y 25 años con sesiones semanales de dos horas de duración durante 8 semanas.

Sus objetivos específicos son:

- Disminuir el riesgo de recaídas
- Aumentar el conocimiento sobre la enfermedad

- Desarrollar y/o mantener un sentido de la identidad adecuado
- Mejorar las habilidades sociales e interpersonales para favorecer su reintegración con iguales.
- Informar sobre los efectos del consumo de tóxicos
- Facilitar las habilidades para hacer frente a la estigmatización y la evitar la auto-estigmatización
- Mejorar las relaciones familiares y reducir el nivel de conflicto
- Promover la detección e intervención temprana en las recaídas.

El programa está dividido en cinco módulos cada uno de los cuales consta de dos sesiones. En cualquier caso tanto el número de sesiones como la duración (habitualmente hora y media) se ajusta a la tolerancia y necesidades del grupo concreto.

Puesto que lo que se busca es que los usuarios acudan al grupo se emplea una gran flexibilidad así como materiales atractivos y cercanos a ellos (lecturas, películas, videojuegos, etc.). El horario se adecúa al resto de actividades que desarrollan los participantes, se dispensan reforzadores materiales (las sesiones se acompañan con refrescos, tentempiés) y se hacen intervenciones asertivas como por ejemplo llamas telefónicas antes del grupo como recordatorio.

➤ Intervención Familiar:

Esta intervención se considera muy importante por el papel que juegan en la recuperación. También es necesaria debido al gran impacto emocional que tiene la irrupción de la enfermedad.

Se basa en el “Programa para el primer episodio de Psicosis” de Toronto que, a su vez, se apoya en el modelo de recuperación familiar desarrollado por el Programa de primeros episodios de Calgary.

La intervención familiar ofrece tanto intervención individual como grupal sobre psicoeducación y entrenamiento en habilidades de afrontamiento, comunicación y resolución de problemas con el fin de reducir el estrés y la carga familiar. Sus objetivos son:

- Evaluar el funcionamiento familiar en profundidad.
- Seguir incrementando el conocimiento familiar sobre la psicosis.
- Ayudar a la familia a comprender el proceso de recuperación y a ser capaz de identificar los primeros signos de una posible recaída.
- Identificar los patrones familiares que puedan interferir negativamente con los resultados del proceso del paciente.
- Estabilizar al paciente y a la familia y facilitar la recuperación.
- Mejorar las habilidades de comunicación efectiva entre los miembros de la familia.
- Entrenar en el manejo de contingencias, para fomentar la autonomía del usuario.
- Adquirir estrategias eficaces de resolución de conflicto y negociación.
- Cuidado personal de los familiares.

La intervención familia se realiza con una periodicidad semanal en sesiones de una hora y media. Están dirigidas por dos psicólogos. Se realizan a lo largo de un mínimo de seis meses aunque se flexibilizará para adecuarse a las necesidades concretas del grupo pudiendo alargarse en el tiempo en el caso de valorarse necesario. Las intervenciones individuales son de carácter quincenal.

➤ Hábitos saludables y Autonomía Personales

La intervención en este área se centra en el desarrollo de la autonomía y suficiencia en los siguientes ámbitos:

- Área de la salud: alimentación, hábitos de aseo, hábitos de sueño.
- Área de autonomía económica: conocimiento y manejo del dinero y Gestión económica.
- Área de autonomía doméstica: Mantenimiento de la casa.
- Área de autonomía del entorno comunitario: conocimiento, utilización y manejo del transporte público y realización de gestiones administrativas.

Para ello se parte de una línea base de funcionamiento del usuario y se emplean los instrumentos, programas y profesionales que se necesiten.

Normalmente se usan técnicas operantes y registros de conducta. Se interviene en este área para mejorar la integración social y así mejorar la calidad de vida.

➤ Red Social y Tiempo Libre

La intervención en estos aspectos tiene dos objetivos diferentes pero que se complementan. Por un lado, se busca mejorar la competencia social del usuario, por otro, consolidar la red social existente y/o incorporar nuevas redes. Para ello se trabajan dos aspectos:

- Entrenamiento en habilidades sociales:

Se interviene para que la persona mejore su capacidad para comunicarse y relacionarse con los demás. De esta manera es más fácil crear o recuperar su red social, y realizar actividades de ocio y tiempo libre. Para ello se trabaja el entrenamiento en habilidades básicas de comunicación, conversación, asertividad y resolución de problemas. Se incluye, también, un módulo de cognición social en el que se incide sobre la percepción social y el estilo o sesgo atribucional.

- Ocio y tiempo libre

A través de este aspecto se intenta evitar la inactividad, la pérdida de capacidades y la separación de los grupos sociales previos. Siempre que es posible se busca que la persona realice actividades de ocio con el grupo de iguales anterior a la enfermedad. Cuando este grupo no existe se fomenta que use recursos de ocio de la zona destinados a jóvenes, recupere aficiones e incluso se facilita la formación de grupos con intereses comunes.

➤ Intervención Vocacional

El objetivo general es dotar a los usuarios de los conocimientos, destrezas y habilidades necesarias para acceder y desenvolverse adecuadamente en el mundo formativo-laboral. La intervención se realiza individualmente y consta de dos partes:

- Integración Comunitaria: se abordan los aspectos necesario para que la persona desarrolle competencias para desenvolverse autónomamente en su entorno y utilice los recursos que le sean necesario.
- Rehabilitación formativo/laboral: se atiende a los intereses de la persona y se le ofrece información, asesoramiento y entrenamiento específico en la búsqueda de formación y/o empleo y en las habilidades necesarias para mantenerlo.

2.4. Coordinación

Puesto que intervienen diferentes recursos y profesionales (CRPS, EASC, psiquiatras, trabajadores sociales y enfermeras) es necesario coordinarse periódicamente. Para ello, se realiza una reunión de coordinación mensual . En ella se exponen las últimas incorporaciones al programa, se delimitan los objetivos a conseguir de cada caso y se desarrolla para ello un plan integrado de atención. Se analizan también la evolución y progresos de los pacientes, y las dificultades encontradas.

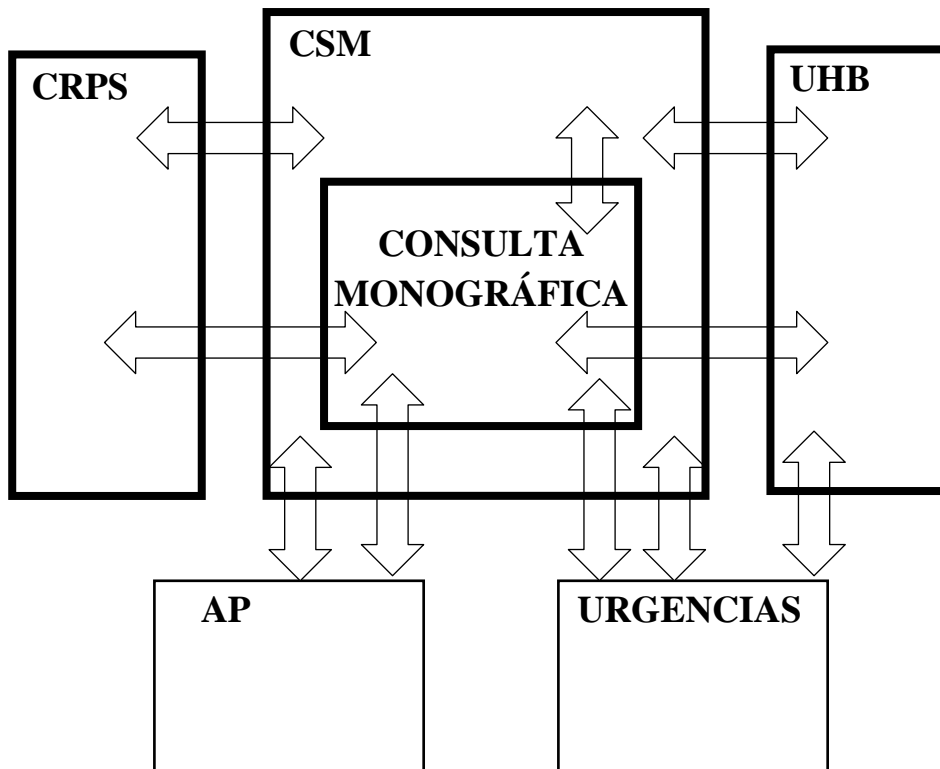
Estas reuniones duran una hora aproximadamente y se realizan el primer jueves de cada mes.

A continuación en la Tabla 2 se muestra el esquema organizativo de los diferentes recursos que intervienen en el Programa de Intervención Precoz en Psicosis (PIIP).

2.5 Duración del tratamiento

La mayor parte de los programas de intervención precoz en psicosis mantienen a los pacientes durante un periodo de tiempo de 3 a 5 años. Esto se debe a la gran importancia que tiene este tiempo en el pronóstico de la enfermedad a largo plazo. El programa descrito plantea un tiempo inicial de permanencia de tres años. A los tres años se reevalúa el caso y se decide si es conveniente que continúe en el programa o no. La conveniencia la determinan aspectos como la consecución de objetivos, grado de compromiso o la previsión de mejoría en los dos años siguientes.

TABLA 2: Esquema organizativo de los recursos del PPIP



CSM: Centro de Salud mental
UHB: Unidad de Hospitalización Breve
CRPS: Centro de Rehabilitación Psicosocial
AP: Atención Primaria de Salud

————— Dispositivo integrante del P.I.P.P
————— Dispositivo Asociado No Integrante

3. PROCEDIMIENTO.

3.1. Hipótesis.

El presente trabajo es un estudio ad hoc que busca evidencias de la eficacia en la atención temprana a jóvenes en un Centro de Rehabilitación Psicosocial.

Con todo lo apuntado en la introducción es de esperar que la intervención en este periodo crítico posterior al primer brote mejore los indicadores de recaídas y de funcionamiento psicosocial.

3.2. Muestra.

Los ítems recogidos para el estudio han sido:

- Edad.
- Sexo.
- Diagnóstico.
- Tiempo de evolución de la enfermedad.

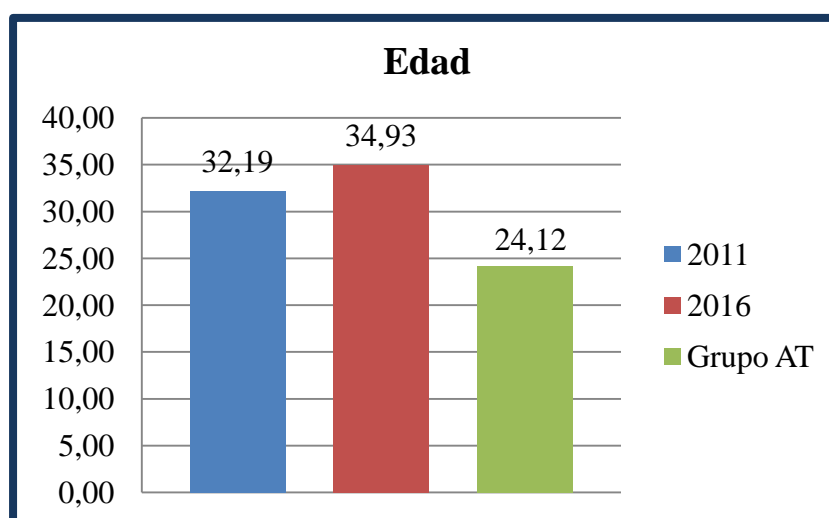
Habría muchas más variables interesantes para definir la muestra población (tipo de convivencia, estado civil, profesión, estudios, ocupación, grado de minusvalía, nivel de funcionamiento premórbido, etc.) pero dado que inicialmente no se consideró la posibilidad de un estudio de estas características, no hay datos para poder ser analizados y, así, conocer o controlar estas variables.

Por otro lado, de cara a la comparación de resultados, se han estudiado tres grandes grupos de forma diferenciada:

- El perfil de las personas derivadas al CRPS en 2011, antes de que se pusiera en marcha el grupo de atención temprana.
- El perfil de las personas derivadas a este CRPS San Fernando en 2016, ya con el programa desarrollado.
- El perfil de las personas derivadas al Grupo de Atención Temprana

Los datos de perfil y su análisis son los siguientes:

Edad

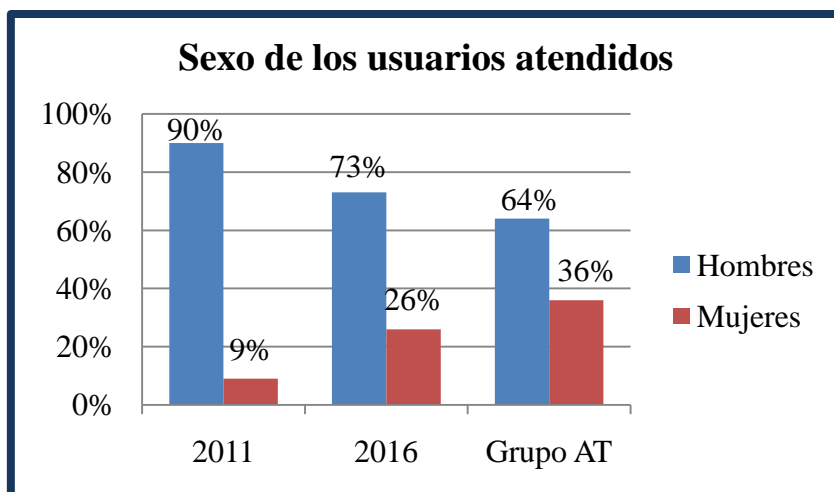


La edad media de las personas atendidas en el CRPS ha subido en los últimos cinco años. Como es de esperar la edad del grupo de atención temprana es inferior a los 25 años, habiendo diferencias importantes en función del género: 22,75 años de media en hombres y 26,56 años en mujeres, lo que es congruente con el debut más tardío en mujeres.

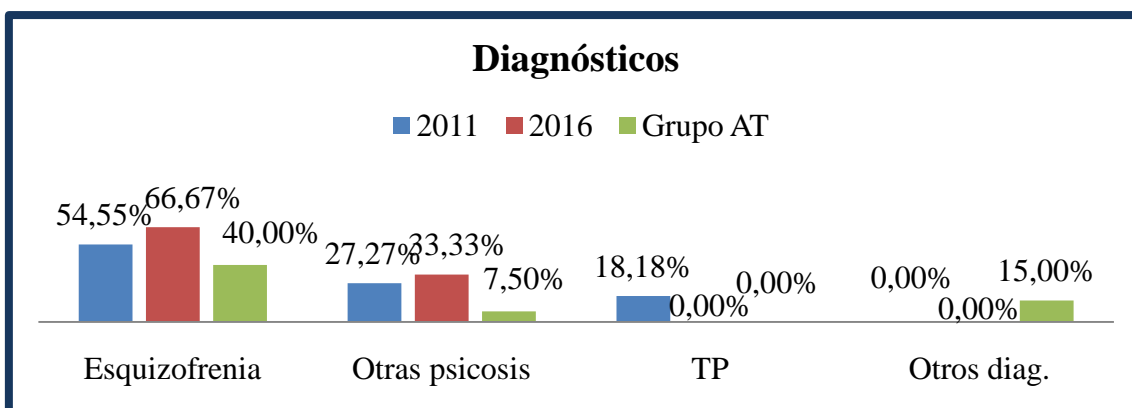
Sexo

El sexo de las personas atendidas no se corresponde con la distribución de la población. Este es un problema importante de la rehabilitación psicosocial en general el que hay un número significativamente mayor de población masculina en los recursos de atención que femenina.

En el caso del CRPS San Fernando, hay marcado un objetivo de igualdad y se refleja en los datos, habiendo pasado de un 90% de hombres en 2011 a un 73% en 2016. En el grupo de atención temprana sí es evidente que están algo más igualados los dos grupos aunque sigue habiendo una mayor proporción de hombres que de mujeres (64% frente a 36%).



Diagnóstico



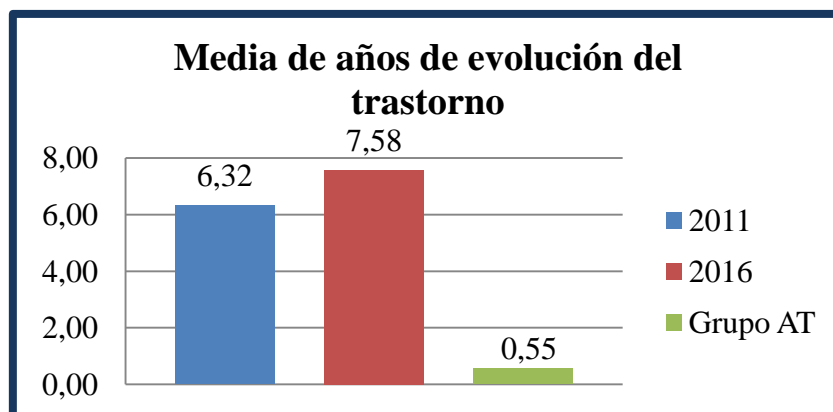
El diagnóstico de las personas atendidas en el CRPS en los dos momentos de medida y en el grupo de atención temprana está dentro de lo esperado.

El CRPS San Fernando mantiene valores similares a los demás CRPS de Madrid y cerca de dos tercios de las personas que atiende tienen un diagnóstico de esquizofrenia.

Lógicamente en el grupo de atención temprana este porcentaje de esquizofrenia varía y es notablemente inferior (40%). La interpretación más probable es que se deba a que todavía no se ha definido con claridad este diagnóstico. Así, en este grupo de atención temprana hay un 15% con otros diagnósticos, entre los que se encuentran los de trastorno esquizofreniforme, psicosis tóxica o sin diagnóstico. Es posible que en los años sucesivos evolucione y alcance el diagnóstico de esquizofrenia. Por tanto, esta diferencia se puede deber más que a una diferencia diagnóstica real a los distintos

momentos de enfermedad en que se encuentra cada muestra (momentos iniciales vs. larga evolución).

Años de evolución



La media de años de evolución de la enfermedad en el momento de derivación al CRPS, al igual que pasaba anteriormente con la edad, es bastante superior a la deseable. Es un problema el que los Servicios de Salud Mental deriven a las personas cuando ya llevan mucho tiempo con el proceso de enfermedad, pues como se ha visto, esto empeora el pronóstico y conlleva el que las personas fácilmente hayan perdidos sus redes sociales, su ocupación, etc.

El CRPS San Fernando se sitúa en unas medias de evolución entre 6-7 años y en el Grupo de Atención Temprana es de 0,55 años. Este grupo, como se ha explicado, se ofrece a personas que lleven como máximo tres años de evolución, aunque de forma puntual se puede valorar la entrada de usuarios con más tiempo. El dato aportado corresponde a los años 2012 y 2013, porque los años posteriores no se ha recogido esta variable en las memorias del Programa.

3.3. Metodología.

Para la realización del trabajo se procedió al análisis de varios de los objetivos propuestos por el programa, en concreto, disminuir la sintomatología psicótica y mejorar el funcionamiento social y laboral.

La manera en qué se ha evaluado su consecución ha sido mediante el análisis de indicadores relacionados con estas áreas y cuya información se recoge en las memorias anuales del CRPS. Estos indicadores han sido:

- Ingresos hospitalarios. La idea que subyace a su elección es que una disminución de la sintomatología psicótica conllevaría una menor necesidad de ingresos hospitalarios.
- Escala de actividad global. Este índice habitualmente se emplea para medir el nivel de funcionamiento de la persona.
- Uso de recursos académicos.
- Uso de recursos formativo-laborales.
- Uso de recursos comunitarios de ocio.
- Inserción laboral.
- Utilización global de recursos comunitarios.
- Uso de recursos específicos para personas con trastorno mental.

Para ello se han analizado las memorias del programa de atención temprana desde que éste se inició en el año 2011. El motivo de realizarlo así ha sido motivado por la falta de datos cuantitativos medidos a través de instrumentos estandarizados, así como mis propias limitaciones de ejecución.

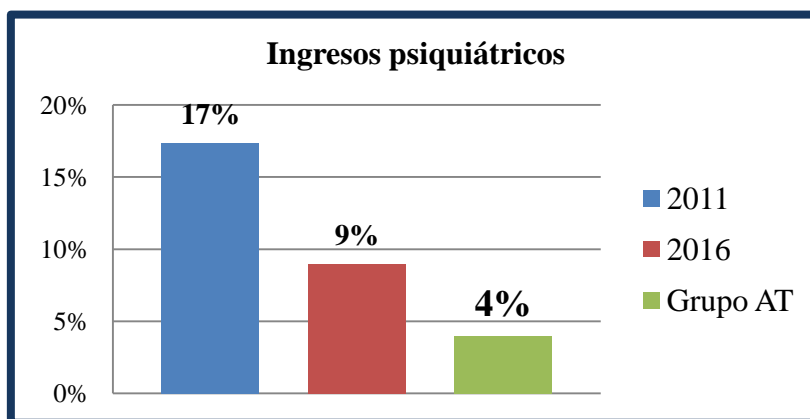
Los resultados conseguidos con el programa de intervención temprana o precoz en estos indicadores, se comparan con los obtenidos por el tratamiento que habitualmente se aplica en el CRPS. Pese a que, tal y como se ha mostrado, las muestras de ambos recursos no son ciertamente equiparables, no se cuenta con un grupo control u otro grupo de intervención temprana con el que compararlo.

Por lo tanto, debido a estas limitaciones metodológicas, los resultados y conclusiones extraídas a partir de los análisis realizados en este trabajo deben interpretarse con cautela, no pudiendo atribuirlos directamente a este programa específico de atención precoz.

4. VALORACIÓN DE RESULTADOS.

Los resultados obtenidos y las comparaciones correspondientes en cada una de las variables estudiadas son los siguientes:

Ingresos hospitalarios



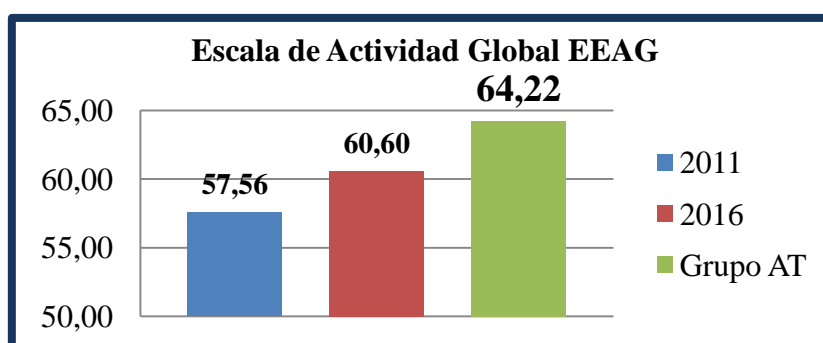
Es muy llamativo que solo el 4% de usuarios del Grupo de Atención Temprana ha requerido un ingreso en la Unidad de Hospitalización Breve. Si se observan las tasas de reingreso habituales (AEN, 2009), a los seis meses reingresan el 33 % de los pacientes, a los dos años, el 55% y a los cinco años el 80%, por lo que este dato es muy positivo (Tabla 3)

Los datos generales del Centro de Rehabilitación Psicosocial en 2011 y en 2016 se encuentran dentro de lo esperable, con una tasa de ingresos de entre el 10 y el 20% de la población atendida.

En esta variable sí se evidencia un impacto significativo del Programa de Atención Temprana.

Si bien es cierto que no se han podido bloquear o controlar variables que pueden haber influido como son el nivel de seguimiento y supervisión de estos casos, el número de crisis que no hayan desembocado en un ingreso, etc., se puede decir que esta ausencia de ingresos es objetivamente un éxito.

Escala de Actividad Global

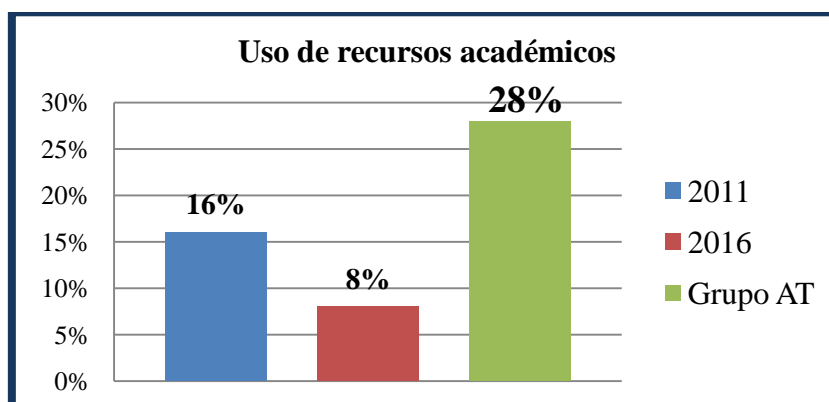


En la Escala de Actividad Global (APA, 1994) hay diferencias significativas entre la media del CRPS de 2011, la media del Centro en 2016 y la del Grupo de Atención Temprana. En cualquier caso, como ya se ha señalado, no se tienen medidas de control experimental por lo que no se puede inferir que estos resultados se deban necesariamente a la intervención.

Se puede intuir que la labor del CRPS tiene resultados positivos al aumentar la media global del Centro entre las dos medidas tomadas, y que lógicamente el funcionamiento global de los jóvenes se puede valorar como superior, pero hay que ser muy cautos si se quiere considerar que el Programa de Atención Temprana es responsable de esta mejora.

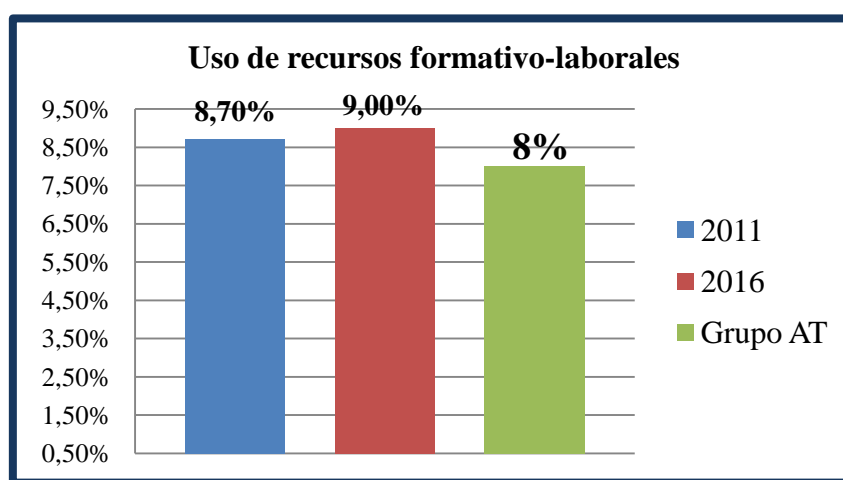
A continuación se muestran los resultados en el uso de diferentes tipos de recursos comunitarios, en la idea de que su utilización es un reflejo del grado de integración comunitaria y de participación social y, por tanto, de un funcionamiento adecuado y deseable socialmente, más allá del problema psicopatológico que tenga la persona.

Uso de recursos académicos



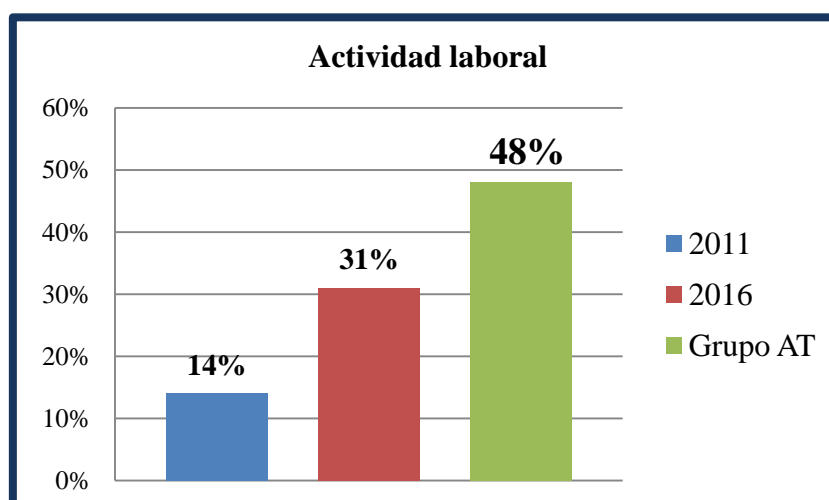
El uso de recursos académicos es superior en el caso de usuarios del Grupo de Atención Temprana si los comparamos con la población general del CRPS. Una vez más, no se puede inferir directamente que la causa sea la intervención realizada pero es cierto que más de una cuarta parte de usuarios en procesos formativos académicos sugiere un trabajo de motivación para recuperar o completar diferentes estudios dirigidos a favorecer la integración laboral posterior.

Uso de recursos formativo-laborales



En este caso las diferencias son mínimas entre los tres resultados recogidos. Ciertamente, con un porcentaje alto de usuarios estudiando y en otros procesos de inclusión social que se muestran a continuación, es difícil que también superen de forma amplia al resto de usuarios en la capacitación profesional.

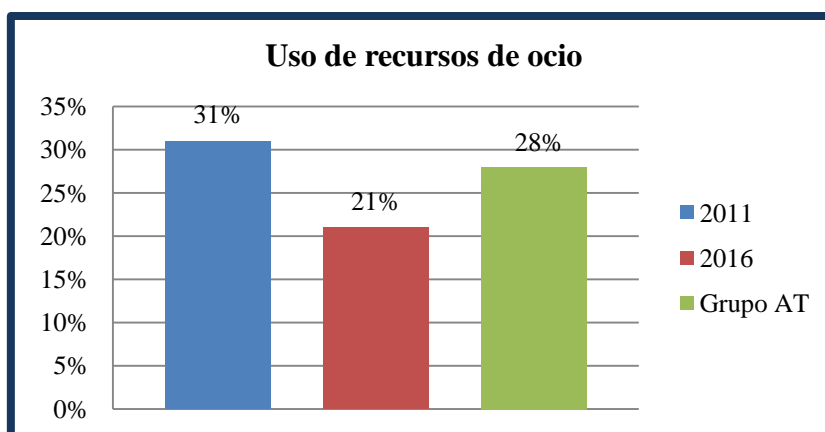
Inserción por el empleo



Estos resultados son los más significativos de todos los analizados. Se vuelve a recordar que al no haber podido utilizar un grupo control ni bloqueado diferentes variables no se puede concluir directamente que la alta actividad laboral de los usuarios del Grupo de Atención Temprana se deba a este programa, pero sí que se puede decir que correlacionan significativamente.

El que casi la mitad, el 48%, de los usuarios del grupo de atención temprana haya tenido actividad laboral supone un esfuerzo de normalización importante.

Uso de recursos de ocio

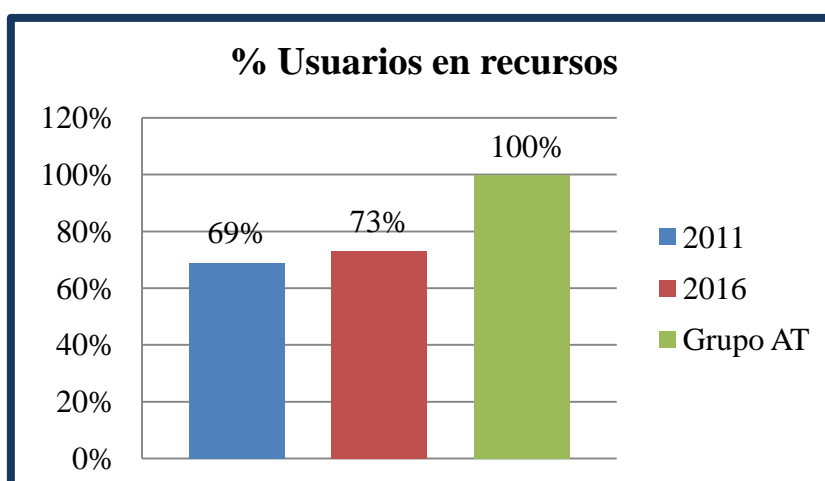


En esta variable los datos del Grupo de Atención Temprana son inferiores a los del Centro de Rehabilitación Psicosocial en su globalidad en el año 2011 aunque superiores a los del Centro en 2016.

Este dato puede sugerir el que los usuarios del CRPS, cuando emplean recursos comunitarios, usan principalmente los de ocio, estando por encima del grupo de atención temprana. Este hecho puede responder a las características propias de esta muestra (mayor edad, mayor tiempo de evolución, peor nivel de funcionamiento general). Por lo tanto, sería importante tener en cuenta qué uso de otro tipo de recursos hacen, bien sean formativos, laborales, para poder comparar los resultados de una manera más adecuada.

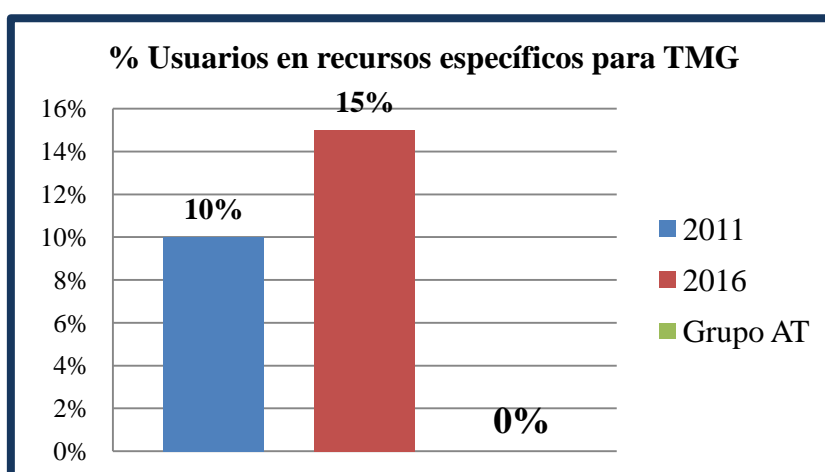
Así, se puede considerar que este 28% de utilización de recursos de ocio, aunque no sea el mayor de las tres medidas tomadas, es un buen resultado.

Utilización global de recursos comunitarios



Este dato se muestra porque es interesante comprobar que el 100% de los usuarios del Grupo de Atención Temprana tienen alguna actividad estructural del tipo que sea (laboral, formativa, académica...) mientras que una cuarta parte de los usuarios del CRPS no la tienen. Este dato podría ser un buen indicador de resultado del programa aunque hay que volver a considerar la imposibilidad de deducir directamente que se deba a él por las carencias metodológicas que se han comentado.

Recursos específicos



Un último dato que es interesante resaltar es la utilización de recursos específicos de integración social para personas con trastorno mental grave. Mientras que en la población general del CRPS el 10-15% de los usuarios los utilizan, ninguna persona del Grupo de Atención Temprana está en ellos. Esto muestra la voluntad de utilizar exclusivamente los recursos normalizados para esta población joven.

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

Los resultados ofrecidos con este análisis de los objetivos de reducción de sintomatología psicótica y mejora del funcionamiento social y laboral, propuestos por el programa de intervención temprana que lleva a cabo el CRPS de San Fernando de Henares junto con el CSM de Coslada, son positivos.

Así, se muestra que únicamente un 4% de las personas que participaron en este programa tuvieron un ingreso psiquiátrico. También que un gran porcentaje lleva a cabo roles socialmente significativos (un 48% trabaja, un 28% se está formando). Por otra parte, merece la pena señalar que el 100% hace uso de recursos comunitarios y el 0% lo hace de recursos específicos para personas con trastorno mental. Este hecho es muy positivo pues implica una buena integración comunitaria y la no adquisición de la identidad de enfermo.

Si bien los resultados son positivos, es necesario tener en cuenta las limitaciones con que cuenta para su valoración.

El hecho de no haber contado con pruebas estandarizadas en la evaluación tales como (propuestas por propuestas por Vallina, Fernández y Lemos (2010):

- Evaluación de estado clínico. Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (PANSS).
- Batería cognitiva de consenso MATRICS.
- Cuestionario familiar (FQ)
- Escala de Funcionamiento Social (S.F.S)

Introduce el peligro de la subjetividad. Así, cada evaluador puede emplear sus propios criterios en la valoración de las diferentes áreas que se contemplan en la evaluación haciendo que una misma persona pudiera obtener resultados diferentes dependiendo de quién la haya realizado. Este hecho hace más difícil la evaluación rigurosa de resultados.

Otro de los obstáculos o aspecto a mejorar referido a la evaluación es el de realizar una valoración pre y otra post intervención. De este modo, se controlarían una mayor cantidad de variables y la adjudicación de la mejora al programa de atención temprana serían más fiables. En el caso concreto del funcionamiento global, la medida

no se ha podido comparar con una anterior, ni previa al debut de la enfermedad, ni del momento de acceso al programa, por lo que la valoración del dato aportado no arroja mucha información. Mejorar este aspecto resultaría primordial, pues el objetivo final de este tipo de programas es que la persona retome el nivel de funcionamiento previo a la aparición de la enfermedad.

Parece pues que realizar estudios de evaluación con una metodología rigurosa es una práctica que debe incorporarse al trabajo diario como manera de solventar estos obstáculos en el futuro. Este hecho permitiría también no ir siempre detrás de la investigación y ofrecer una atención de mayor calidad.

Por último y en relación a la situación de este programa de intervención concreto y de la intervención precoz en general, pese a que los resultados de este trabajo y los de los diferentes programas de intervención temprana puestos en marcha y analizados son positivos, este tipo de intervención aún cuenta con muchos obstáculos en su desarrollo.

Así, su creación dependió de la motivación del equipo profesional de los diferentes recursos. Es decir, no existía un plan de Salud General que abogara por la detección e intervención precoz y no se encontraba dentro de la cartera de servicios ofrecidos por la Comunidad de Madrid. Esto hace que la dedicación que el equipo dedica a este programa sea parcial puesto que deben continuar con el trabajo habitual de sus centros. La organización y estructura de servicios no facilita tampoco la atención temprana. La división entre un sistema sanitario y uno de atención social en aquellos casos en los que se requiere una intervención socio-sanitaria hace que los perfiles de atención se vayan cerrando en cada uno de ellos.

Otra dificultad que existe en diferentes Comunidades Autónomas (Madrid entre ellas) es que la diferenciación entre Servicio de Salud Mental Infanto-Juvenil y de Adultos puede ser interesante para la organización interna pero no favorece la intervención en aquellos usuarios que se encuentran en proceso de transición entre ambos servicios. Por este motivo, en el programa analizado se valoró la participación de personas a partir de los 16 años.

Aunque queda claro que es necesario crear líneas estratégicas que definan y organicen la atención precoz en nuestro país es necesario realizar una importante labor de educación comunitaria y profesional. Se debe formar a profesores, profesionales de

atención primaria y población general en el reconocimiento de síntomas prodrómicos. No importa la cantidad de recursos específicos que se creen si las personas ni siquiera acceden a ellos porque esperan a que la situación sea insostenible para demandar algún tipo de atención.

En resumen, parece que es necesario ofrecer intervenciones en las etapas iniciales del desarrollo del trastorno mental y que, en general, deben ofrecerse en servicios o programas muy integrados en la comunidad, poco coercitivos y que trabajen en red con otros servicios o sistemas (educativo, laboral, etc.) que permitan una rápida utilización en caso de ser necesarios (Junta de Andalucía, 2010).

6. BIBLIOGRAFÍA

Asociación Española de Neuropsiquiatría (2009). Consenso sobre atención temprana a la psicosis. Cuadernos Técnicos, 10. Madrid: A.E.N.

Baldor, I., Jerez, M.C., Rullas, M. y González, J. (2008). Sobre la oportunidad de la rehabilitación psicosocial tras un primer brote: un caso clínico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 28 (2): 433-449.

Belloso, J.J. (2012). Intervención Psicoterapéutica del trastorno mental grave. *Clínica Contemporánea* 3(1):3-23.

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

Consejería de Políticas Sociales y Familias. *Folletos informativos: Tipología de centros y dispositivos de atención social*. Recuperado de http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DFOLLETOS_TIPOLOGIA_RECURSOS_RED_ATENCION_SOCIAL_Actualizados_JULIO_2015.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352887219514&ssbinary=true

Edwards, J. y McGorry, P.D. (2004) *La intervención precoz en la psicosis. Guía para la creación de servicios de intervención precoz en la psicosis*. Madrid: Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis.

Edwards, J., Wade, D., Herrman-Doig, T. y Gee, D. (2004). Psychological treatment of persistent positive symptoms in young people with first-episode psychosis.

En J. Gleeson y P.D. McGorry *Psychological interventions in early psychosis. A treatment handbook* (pp. 191-2008). Chichester, UK: Wiley.

Falloon, I.R., Kydd, R., Coverdale, J. y Tannis, M. (1996) Early detection and intervention for initial episodes of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 22 (2), 271-282.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente. Madrid. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de'evaluació de Tecnología i Recerca Mediques: 2009. Guía de Práctica Clínica: AATRM. Nº 2006/05-2.

Grupo de trabajo sobre intervención temprana en psicosis del II PISMA. Servicio Andaluz de Salud. Detección e intervención temprana en las psicosis. Escuela Andaluza de Salud Pública (2010).

Henry, L. (2005). Intervención psicológica en la recuperación de la psicosis temprana: psicoterapia de orientación cognitiva. En J.Gleeson & P. McGorry (Eds.), *Intervenciones psicológicas en la psicosis temprana. Un manual de tratamiento*. Bilbao: Desclee de Browe

Marshall, M. y Rathbone, J. (2011). Early interventions for Psychosis. *Schizophrenia Bulletin* 37 (6): 1111-1114.

McGorry, P., Killackey, E. y Yung, A. (2008). Early interventions in psychosis: concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry* 7:148-156.

Shepherd, G.(1998) Developments in Psychosocial Rehabilitation for Early Psychosis. *Internacional Clinical Psychopharmacology* 13(1): 53-57.

Tizón, J.L.(2009). Bases para un equipo de atención precoz a los pacientes con psicosis. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 103: 35-62.

Vallina, Fernández O. (2003). Los orígenes de la cronicidad: intervenciones iniciales en psicosis. *Revista de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial* 9: 15-16.

Vallina, O., Lemos, S. y Fernández P. (2006). Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis. *Apuntes de Psicología* 24 (1-3): 185-221.

Vallina, O., Fernández, P. y Lemos, S. Intervención temprana en personas con psicosis. En Pastor, A., Blanco A. y Navarro D. *Manual de Rehabilitación del trastorno mental grave* (pp. 139-171). Madrid: Síntesis.

Vallina, O., Lemos, S. y Fernández, P. La atención al primer episodio psicótico. Detección temprana. En Desviat, M. y Moreno, A. *Acciones en Salud Mental en la Comunidad* (pp. 535-543).

Vallina, O., Lemos, S. y Fernández, P. La atención al primer episodio psicótico. Intervención temprana. En Desviat, M. y Moreno, A. *Acciones en Salud Mental en la Comunidad* (pp. 544-555). Asociación Española de Neuropsiquiatría.