

LA INTERVENCIÓN TEMPRANA EN PSICOSIS

ALEJANDRO FLORIT ROBLES, DIRECTOR TÉCNICO DE LA LÍNEA DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL - HERMANAS HOSPITALARIAS

La intervención temprana en la psicosis es, en realidad, una denominación que comprende varios tipos de intervenciones que pueden realizarse en diferentes momentos. La importancia de este tipo de intervenciones, se fundamenta en el hecho de que hace unos años se constató empíricamente, a través de diferentes estudios, que los pacientes que no habían recibido un tratamiento rápido o una intervención temprana, y en los que el inicio de éste se había demorado unos años desde que la persona había comenzado a presentar los primeros síntomas psicóticos, tenían una respuesta al tratamiento peor que aquellos que pudieron iniciar su tratamiento tempranamente. Estos estudios constataron que el desarrollo de programas de intervención temprana en estos pacientes presenta una serie de importantes ventajas, puesto que, claramente, supone una disminución del coste social, económico y personal asociado.

Sin embargo, en la práctica, no es habitual que se ofrezcan este tipo de intervenciones nada más aparecer la psicosis. Probablemente, una de las razones para que este tipo de programas no se hayan generalizado más en la práctica clínica se relaciona con el hecho de que la mayoría de las personas con esquizofrenia inician



su camino hacia la psicosis presentando síntomas prodrómicos inespecíficos o síntomas negativos, mientras que sólo un 7% lo hace sólo con síntomas positivos. Sin duda, este hecho dificulta mucho la detección temprana de los casos. Tal vez por ello, al ingresar en una unidad de atención psiquiátrica, la mayoría de las personas atendidas presentan una duración de hasta 5 años desde el inicio prodrómico, sin que se haya detectado su patología, incluso a pesar de que en el último año ya podían presentar claros síntomas psicóticos. A este intervalo temporal en el que la enfermedad ya está manifestándose pero en el que aún no se implanta un tratamiento, se denomina *duración de la psicosis sin tratar*, o sus siglas en inglés DUP –*Duration of Untreated Psychosis*- (McGlashan, 1999).

Los importantes costes en todos los niveles (personal, social, económico, etc.) que supone no intervenir precozmente o prevenir la aparición de este importante problema de salud mental, ha llevado a plantear la necesidad de desarrollar programas y de destinar recursos para que puedan llevarse a cabo. A este respecto, ciertos autores consideran que es preferible implantar nuevos recursos específicos de atención temprana a la psicosis, mientras que otros son más partidarios de aprovechar los recursos y dispositivos a través de la incorporación de programas de detección precoz, que permitan atender adecuadamente a las personas en sus fases iniciales, ajustando el tratamiento a sus necesidades específicas.

En relación a la importancia de la detección temprana de la psicosis, **Birchwood, Todd y Jackson (1998)** describen la existencia de un periodo crítico en estos primeros momentos, caracterizado por:

1. *Posible deterioro funcional, no lineal.*

En el periodo crítico previo a la aparición de la psicosis, si bien en la mayoría de los casos se constata un deterioro en el funcionamiento de la persona, éste no tiene por qué aparecer siempre. Además, cuando aparece dicho deterioro, éste no suele ser lineal, lo que podría dificultar su detección.

Alejandro Florit Robles. Es Licenciado en Psicología por la UCM, Especialista en Psicología Clínica. Así mismo, es Master en Psicología Clínica y de la Salud (UCM), Master en Bioética (UPC), y Postgrado en Dirección y Gestión de Organizaciones No Lucrativas (Universidad. Ramón Llull). Ha sido Profesor asociado en la Facultad de Psicología de la UCM y en la actualidad imparte clases en el Master de Psicología Clínica y de la Salud de la UCM, así como en el Master de Rehabilitación Psicosocial y Laboral en Salud Mental de la Universidad de Castilla la Mancha. Ha escrito unos 20 artículos en revistas especializadas y colaborado en otros tantos libros. Actualmente, desarrolla su labor profesional como Director Técnico de la Línea de Rehabilitación Psicosocial de las Hermanas Hospitalarias y es Presidente del Comité de Ética Asistencial de las Hermanas Hospitalarias.

2. *Presencia de variables moduladoras de adaptación a la psicosis.* Deben tenerse en cuenta diferentes variables que van a facilitar un mejor o peor ajuste a la enfermedad; y,
3. *Deterioro social, independiente del deterioro clínico.* Se ha constatado que el deterioro social propio de estos primeros momentos suele avanzar o potenciarse de una manera independiente al deterioro clínico. En este sentido, la evidencia empírica ha demostrado que la incapacidad social surge entre los dos y los cuatro años antes de la primera atención psiquiátrica y se manifiesta a través de abandono escolar, disminución de las relaciones con iguales, deterioro de las relaciones familiares, pérdida de oportunidades laborales, aparición de consumo de tóxicos, conductas delictivas, etc. El hecho de que no se apoye a la persona de una forma rápida favorece que se vaya produciendo un mayor deterioro social.

En consecuencia y en relación con todas estas características, la intervención temprana en la psicosis puede realizarse en dos momentos distintos: una primera fase, referida a la prevención de la aparición de un brote psicótico, y, una segunda fase, cuando ya ha aparecido la primera crisis psicótica.

Primera Fase de Intervención Temprana en la Psicosis

Esta primera fase incluye aquellas intervenciones que podrían realizarse antes de la aparición del primer episodio psicótico. Este tipo de programas se fundamenta en la identificación de personas de alto riesgo o jóvenes con una clínica significativa, ante la aparición de los primeros pródromos.

Si bien cuando el brote psicótico ya ha

tenido lugar es bastante sencillo identificar de manera retrospectiva la sintomatología prodrómica, es bastante complicado detectar dichos síntomas de manera prospectiva, es decir, antes de que tenga lugar la primera crisis psicótica. En realidad, la sintomatología prodrómica se refiere a un conjunto de variables que incrementan la probabilidad de aparición de un brote psicótico y, por tanto, este conjunto de síntomas tiene lugar durante la fase previa a la aparición de dicho brote. Esta fase previa se denomina **estado mental de riesgo** e incluye deterioro o reducción de la capacidad de concentración y atención, falta de energía y motivación, presencia de un estado de ánimo depresivo, trastornos de sueño, problemas de ansiedad, retraimiento social, desconfianza, deterioro en las actividades formativas o laborales, irritabilidad, etc.

Con el objetivo de facilitar la detección precoz de este conjunto de factores de vulnerabilidad, se han desarrollado algunos programas como, por ejemplo, el **Programa PACE -Personal Assessment and Crisis Evaluation-**. Este programa propone una serie de criterios que serían indicativos de una posible población de riesgo o vulnerable a padecer un primer brote psicótico. Se estima que entre el 30% y el 40% de las personas con ese estado mental de riesgo desarrollarán un trastorno psicótico al cabo de 6 meses y hasta el 50% al cabo de un año. Entre los factores de vulnerabilidad para el desarrollo de un primer brote psicótico, se incluyen:

- ✓ Tener entre 14 y 30 años.
- ✓ Presencia de historia familiar de trastorno psicótico.
- ✓ Aparición de una reducción en la *Escala de Funcionamiento Global (GAF)* mayor o igual a 30 puntos.
- ✓ Presencia de síntomas psicóticos atenuados, pero con una frecuencia

repetida a lo largo de la semana y durante varias semanas, o algún síntoma psicótico breve, limitado o intermitente durante menos de una semana y resuelto de una manera espontánea.

No obstante, este tipo de intervenciones plantea una serie de problemas o dilemas. En primer lugar, las personas que no han presentado nunca un brote, no tienen ningún trastorno propiamente dicho, sino la “probabilidad” de tenerlo en un futuro. Este hecho dificulta enormemente que la persona en riesgo acuda a los dispositivos de salud de manera voluntaria, a no ser que presente altos niveles de estrés. En segundo lugar, este cribado puede dar lugar a un elevado número de falsos positivos, por lo que hay riesgo de implementar un tratamiento a personas que nunca desarrollarán una psicosis, con los problemas éticos que esto plantea.

Centrándonos en cuál sería el tratamiento de elección para la prevención y la intervención temprana en la psicosis, **Bentall y Morrison** (2002) desaconse-



jan el tratamiento farmacológico como primera medida para la prevención, debido a los graves efectos secundarios asociados a los antipsicóticos (aumento de peso, somnolencia, reducción del deseo sexual, impotencia, etc.) y a la falta de estudios sobre sus consecuencias en adolescentes, cuando el cerebro aún se encuentra en desarrollo. Además, teniendo en cuenta que la predicción no es tan precisa como se desearía, los autores recomiendan ser muy conservadores en la prescripción de medicación antipsicótica y, sin embargo, se enfatiza la necesidad de implementar en esta fase **tratamientos preventivos basados en una terapia cognitivo-conductual** centrada en los síntomas prepsicóticos presentes, así como en los problemas del estado de ánimo, las dificultades en la solución de problemas y toma de decisiones o en el desarrollo de metas con apoyo en la perseverancia para su consecución.

Segunda Fase de Intervención Temprana en la Psicosis

La segunda fase de intervención temprana en la psicosis se refiere al conjunto de intervenciones que pueden realizarse cuando ya ha aparecido el *Primer Episodio Psicótico* (PEP). Esta fase, a su vez, puede dividirse en dos momentos:

1. La intervención que se desarrolla en el *periodo previo a la Detección de la Psicosis –DUP–*, cuyo principal objetivo se dirige a la reducción del tiempo sin tratamiento y a la detección temprana del problema. Este tipo de intervenciones debe dirigirse a los factores que pueden estar retrasando el inicio del tratamiento, como la posible interpretación errónea de los síntomas iniciales por parte de la familia, la reticencia a solicitar ayuda, la presencia de largas listas de es-

pera, la dificultad de acceso a los servicios psiquiátricos, etc.

2. En un periodo posterior, una vez diagnosticada la presencia de un trastorno psicótico, es necesario iniciar un tratamiento farmacológico y psicosocial. De hecho, si bien es cierto que antiguamente se ofrecía la tecnología de la rehabilitación psicosocial solamente a las personas con enfermedad mental crónica, es decir, con más de dos años de evolución, hoy en día se ofrece a todas las personas con psicosis en las que se prevea dicha necesidad. Este cambio se fundamenta en el hecho de que se ha comprobado que cuando se instaura un tratamiento desde el inicio de la psicosis se previene el curso de deterioro que puede asociarse a la misma. Además, se sabe que al disminuir posteriormente la carga de la intervención, no se retrocede hasta el nivel inicial, sino que se mantiene una mejor adaptación y recuperación de la persona.

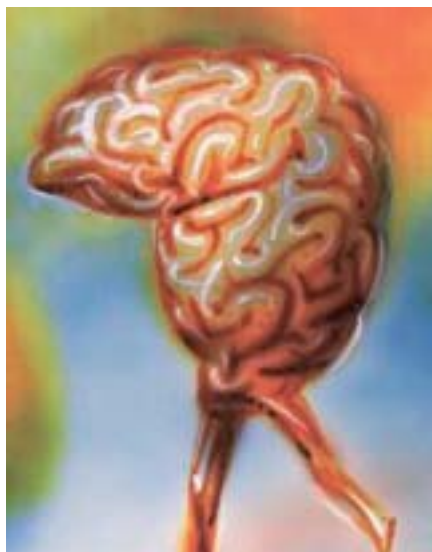
En relación con los tipos de intervención posibles en este periodo, existen distintas modalidades o formatos. No obstante, según la revisión realizada por **Haddock** et al. (2005) sobre los tratamientos psicológicos que están demostrando su utilidad para el manejo de este trastorno, se concluye que son las inter-

venciones familiares y las de tipo cognitivo-conductual las que mayor eficacia han demostrado empíricamente. Siguiendo esta revisión, el tratamiento de elección, que debe ser interdisciplinar, ha de cubrir las siguientes áreas:

✓ *Prevención de la resistencia al tratamiento*, implicando al entorno si fuera necesario, para asegurar la adherencia al tratamiento y la prevención del estigma social. Una de las características más habituales que aparecen al inicio es que el paciente presenta dificultades para aceptar el tratamiento, por lo que una de las primeras actuaciones de los profesionales debería centrarse en ayudar a comprender tanto al paciente como a su familia el trastorno mental, sus síntomas y los problemas derivados, así como la necesidad de implantar y seguir un tratamiento.

No es poco frecuente que las personas abandonen el tratamiento farmacológico en estos primeros momentos. Entre los factores que dificultan la adherencia se incluyen no sólo los efectos secundarios de la medicación, sino también la resistencia de la persona a reconocer que necesita ayuda, el estigma social asociado a la enfermedad o la interacción de los fármacos con el consumo de alcohol y otras drogas.

✓ *Control y reducción de síntomas psicóticos positivos*, mediante tratamiento farmacológico y terapia cognitivo-conductual. La inclusión de la terapia cognitivo-conductual cuenta con una elevada evidencia empírica sobre su eficacia. Dentro de las estrategias más utilizadas, se encuentran las técnicas cognitivas de reatribución (para atribuir las alucinaciones a un origen interno en lugar de externo), la modificación



de creencias (para cuestionar las ideas delirantes), la normalización de la experiencia psicótica o aprender a integrar estos síntomas dentro de un proceso de acontecimientos estresantes de la vida diaria.

✓ *Tratamiento temprano de otras patologías asociadas.* Es bastante frecuente que estos pacientes, especialmente al inicio de la enfermedad, presenten una elevada incidencia de otros problemas psicológicos comórbidos como, por ejemplo, abuso de alcohol y otras sustancias tóxicas, depresión, evitación social, estrés, deseo o intentos de suicidio, entre otros.

A este respecto, se ha constatado que, después de la aparición de la psicosis, incluso tras la aparición de un único episodio, las personas man-

tienen una red social más pequeña, menos recíproca y menos multifuncional frente a aquellas personas de su misma edad sin psicosis.

Para trabajar este área suele ser bastante útil y eficaz la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales como el entrenamiento en solución de problemas, el entrenamiento en habilidades sociales, el desarrollo de estrategias para favorecer el mantenimiento de su red social y la potenciación de las interacciones sociales, etc. Con el tiempo, una disminución de los contactos sociales puede implicar una pérdida en el interés y desarrollo de otras actividades, con la consiguiente pérdida de oportunidades para el desarrollo personal del paciente y su impacto negativo en el proceso posterior de recuperación.

✓ *Adaptación adecuada de la persona a la psicosis y prevención del autoestigma.* En estos momentos, se inicia una reducción de las capacidades de competencia personal que llevan a una pérdida de la autoestima y a poner en funcionamiento respuestas de afrontamiento ineficaces, buscando dotar de significado a sus vivencias de un modo inadecuado.

Por ello, la intervención debe orientarse a apoyar a la persona para construir un significado más adaptativo de lo que está ocurriendo y del impacto de la enfermedad en su vida y en el sentido de su identidad. Igualmente, también ha de apoyarse o fomentarse una implicación activa en su propio proceso de recuperación y en el dominio de su propia vida,

PUBLICIDAD



Por una atención integral Enfermos avanzados

En el 2008, la Obra Social "la Caixa" creó el **Programa para la atención integral a personas con enfermedades avanzadas** con el objetivo de impulsar una nueva iniciativa en el ámbito de los cuidados paliativos. Gracias a este programa, la **Obra Social "la Caixa"** puede sumarse a los esfuerzos que realizan las diferentes administraciones públicas y entidades en este campo. En este sentido, se han creado 30 equipos de profesionales que dan **atención psicosocial** en más de 60 hospitales de las 17 comunidades autónomas.

Más información en:
www.laCaixa.es/ObraSocial - 902 22 30 40



reconociendo y fortaleciendo las capacidades conservadas.

✓ **Intervención familiar.** Ante el inicio de la psicosis, pueden aparecer en el seno de la familia sentimientos de ira, culpa, crítica o sobreprotección. Además, en la mayoría de los casos el paciente suele continuar viviendo en el seno familiar o mantener altos niveles de contacto con la familia, lo que puede agravar dicho malestar o provocar ciertos conflictos.

Por ello, evitar los altos niveles de emoción expresada en el entorno familiar es otro objetivo crítico de estas intervenciones, mediante el entrenamiento de los miembros en estrategias de solución de problemas, el establecimiento de objetivos y expectativas realistas, la disminución de la carga familiar y el reparto

de roles, la mejora de la comunicación con el enfermo, la identificación de síntomas prodrómicos, etc.

En este área de intervención, suelen incluirse también los programas de psicoeducación y de apoyo emocional a los integrantes de la familia, así como los programas de manejo de estrés.

✓ Finalmente, es necesario *asegurar la cobertura de las necesidades básicas*: vivienda, dinero y apoyo en el día a día, así como facilitar el mantenimiento de la persona en la formación o el acceso al empleo, ya sea normalizado o protegido. Está demostrado que el comienzo de la psicosis se asocia a un abandono prematuro de los estudios en un buen número de casos, así como un pronunciado declive en el status la-

boral y económico de la persona.

Existen varios programas terapéuticos con estudios científicos que los avalan. Entre ellos, destacan los siguientes: el *Proyecto Buckingham* (Fallon, 1992), la *Clínica para la Valoración Personal y Evaluación –Proyecto PACE-* (Phillips, 2002), la *Clínica para la Prevención por Educación, Identificación y Manejo de Riesgo –Proyecto PRIME-*, el *Programa de Reconocimiento y Prevención de Hillside – Proyecto RAP-* (Cornblatt, 2002), el *Estudio de Evaluación de la Detección e Intervención Temprana –Estudio EDIE-* (Morrison et al., 2002), el *Centro de Reconocimiento y de Intervención Temprana –Programa FETZ-* (Bechdorf et al., 2005), entre otros. En España hay un referente claro en este campo, el *Programa de Detección e Intervención Temprana en Psicosis* de Torrelavega, liderado por **Serafín Lemos** y **Oscar Vallina** (Vallina et al., 2003).

Finalmente, destacan otros dos programas específicamente desarrollados para las intervenciones, una vez identificados los casos, en el momento de aparición de la psicosis:

- ✓ **La terapia de orientación cognitiva para la psicosis temprana –COPE-** (Henry et al., 2005). Este protocolo de formato individual, se inicia al final de la fase aguda del primer episodio psicótico y consta de unas 20 a 30 sesiones. Combina psicoeducación y terapia cognitiva y está centrado en la recuperación de la persona tras ese primer brote.
- ✓ **El tratamiento sistemático de la psicosis persistente –STOPP-** (Herrman-Doig et al., 2003). Este tratamiento también presenta un formato individual, aunque está más centrado en aquellas personas con una recuperación prolongada tras el primer episodio.

REFERENCIAS

- Bentall, R.P. y Morrison, A.P. (2002). More harm than good: The case against using antipsychotic drugs to prevent severe mental illness. *Journal of Mental Health*, 11, 351-356.
- Bechdorf, A., Veith, V., Schwarzer, D., Schormann, M., Stamm, E., Janssen, B., Berning, J., Wagner, M. y Klosterkötter, J. (2005). Cognitive-behavioral, a therapy in the pre-psychotic phase: An exploratory study. *Psychiatry Research*, 136, 251-255.
- Birchwood, M., Todd, P. y Jackson, C. (1998). Early intervention in Psychosis: The critical-period hypothesis. *International Clinical Psychopharmacology*, 13, 31-40.
- Cornblatt, B.A. (2002). The New York high risk project to the Hillside recognition and prevention (RAP) program. *American Journal of Medical Genetics*, 114, 956-966.
- Fallon, I.R.H. (1992). Early intervention for first episodes of schizophrenia: A preliminary exploration. *Psychiatry*, 55, 4-14.
- Haddock, G., Lewis, S., Addington, J. y Gleeson, J. (2005). Implementing cognitive-behavioural therapy for first-episode psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 187, 72-76.
- Henry, L. P., McGorry, P.D., Edwards, J., Hulbert, C.A., Henry, L., Harrigan, S., Dudgeon, P., Francey, S., Maude, D., Cocks, J., Killackey, E. y Power, P. (2005). A controlled trial of cognitively oriented psychotherapy for early psychosis (COPE) with four-year follow-up readmission. *Psychological Medicine*, 35, 1295-1306.
- Herrmann-Doig, T., Maude, D. y Edwards, J. (2003). *Systematic Treatment of Persistent Psychosis (STOPP): A Psychological Approach to Facilitating Recovery in Young People with First Episode Psychosis*. Londres: Martin Dunitz.
- McGlashan, T.H. (1999). Duration of untreated psychosis in first episode schizophrenia: marker o determinant of course?. *Biological Psychiatry*, 46, 899-907.
- Morrison, A.P., Bentall, R.P., French, P., Walford, L., Kilcommons, A., Knight, A., Kreutz, M. y Lewis, S.W. (2002). Randomised controlled trial of early detection and cognitive therapy for preventing transition to psychosis in high- risk individuals. *British Journal of Psychiatry*, 181, 78-84.
- Phillips, L (2002). The PACE clinic: identification and management of young people at "Ultra" high risk of psychosis. *Journal of Psychiatric Practice*, 8, 255-269.
- Vallina, O., Alonso, M., Gutiérrez, A., Ortega, J.A., García, A., Fernández, P. y Lemos, S. (2003). Aplicación de un programa de intervención temprana en psicosis. Un nuevo desarrollo para las unidades de salud mental. *Avances en Salud Mental Relacional*, 2.