

# Intervención Psicoterapéutica en Primeros Episodios Psicóticos: Un Programa de Tratamiento en una Unidad de Transición

## Psychotherapeutic Intervention in First Episodes of Psychosis: A Treatment Program in a Transition Unit

Juan José Belloso Ropero

Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, España

**Resumen.** En este artículo se justifica la necesidad de una intervención psicoterapéutica precoz en primeros episodios psicóticos complementaria al tratamiento farmacológico. Se revisan las intervenciones habituales en este campo. A continuación se describe la intervención psicoterapéutica en primeros episodios psicóticos que se realiza en la Unidad de Transición, integrada en el Servicio de Psiquiatría del H. U. 12 de Octubre de Madrid. Finalmente, se ofrecen datos esperanzadores que avalan la eficacia de la intervención descrita.

*Palabras clave:* intervención temprana en psicosis, primer episodio de psicosis, psicoterapia de grupo, unidad de transición.

**Abstract.** This article explains the need of an early psychotherapeutic intervention in psychotic episodes complementary to pharmacological treatment. The usual interventions in this field are reviewed. Next comes a description of the psychotherapeutic intervention in psychotic first episodes in the transition unit, integrated in the service of Psychiatry of the H. U. 12 de Octubre, Madrid (Spain). Finally, encouraging data supporting the efficacy of the intervention described are provided.

*Keywords:* Early intervention in psychosis, first episode of psychosis, group psychotherapy, transition unit.

*“Estaba refugiada en casa, aislada de todo. Tenía la televisión encendida y no me enteraba de nada. Estaba pensativa, ausente. Dejé de hacer actividades, dejé a mis amigos, a la familia. Dejarlo todo. Dejar de quererse a sí mismo. Dejé de arreglarme, incluso de ducharme”*

### Intervención psicoterapéutica en primeros episodios de psicosis: ¿por qué y para qué?

Las palabras que encabezan este trabajo pertenecen a un paciente del programa de primeros episodios psicóticos de la Unidad de Transición del H. U. 12 de Octubre. El contexto es el de una tarea terapéutica en los gru-

La correspondencia sobre este artículo debe enviarse al autor al Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del H. U. 12 de Octubre de Madrid. Avda. de Córdoba s/n. 28041 Madrid. E-mail: [jjbelloso@hotmail.com](mailto:jjbelloso@hotmail.com)

pos psicoterapéuticos de la unidad: que comunicaran por escrito las primeras señales del brote psicótico. Es difícil expresar con mayor concisión tanto sufrimiento.

Por sí mismo, el sufrimiento psicológico que comporta un brote de psicosis sería una razón suficiente para justificar y promover el trabajo psicoterapéutico. Pero además del malestar, existen motivos adicionales para desarrollar la intervención psicoterapéutica precoz en un primer episodio.

El primer episodio de psicosis “aparece” en la vida del paciente en un momento vital decisivo, hacia el final de la adolescencia, cuando no en ella misma, y en los primeros años de la veintena. Es en este período cuando los jóvenes se encuentran afrontando una serie de “tareas” evolutivas básicas:

- Construcción de la identidad.
- Consolidación en su grupo de iguales.
- Consumo de tóxicos como ritual de integración / ocio.
- Autoafirmación con respecto a la familia de origen.
- Iniciación en el mundo laboral / especialización en el académico.
- Desarrollo de intimidad emocional y sexual.

Estas “tareas” evolutivas suponen la transición desde la adolescencia hacia los primeros años de la edad adulta (Espinosa, 2010). El primer episodio compromete seriamente esta serie de trabajos fundamentales, favoreciendo el estancamiento en el final de la adolescencia, con el riesgo de situar a los jóvenes en una realidad de dependencia familiar, en una situación de exclusión, en una adolescencia permanente.

Los jóvenes tienen que integrar la realidad de la psicosis en una identidad que ya de por sí se encontraba aún en fase de construcción. Es difícil el encaje de una etiqueta tan cargada de connotaciones negativas en la imagen de sí mismo.

En estas edades, el grupo de iguales es el eje fundamental en torno al cual giran las relaciones de los muchachos y muchachas. Los pacientes afectados de psicosis no son fácilmente comprendidos por su grupo de iguales. El estigma social de la enfermedad mental está muy implantado en esta edad, probablemente sobre una base de intenso temor al descontrol y a perderse, propio de la adolescencia. Tal y como se afirma en el Cuaderno técnico nº 8 de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (A. E. N., 2008), “Las personas con enfermedad mental tienen numerosas experiencias de rechazo, especialmente en el ámbito laboral, los amigos y la familia extensa” (p. 16).

La relación con los iguales se complica también debido a los efectos secundarios de los necesarios tratamientos farmacológicos. Cómo comunicar la enfermedad mental, cómo afrontar las preguntas, el rechazo, la actitud de los otros, etc., se convierten en temas fundamentales que los pacientes desarrollan en las terapias grupales.

En esta edad el consumo de tóxicos, fundamentalmente alcohol y cannabis (rodeado éste además de un aura de inocencia), se aparece como un ritual más de facilitación social y de afirmación con respecto la familia de origen (Becoña, 2000). El joven afectado de psicosis que intenta reintegrarse en su círculo de amigos, va a tropezar con la barrera que el consumo de tóxicos supone de cara a su recuperación.

El final de la adolescencia es el inicio del camino hacia la independencia y afirmación con respecto a la familia de origen, manifestándose de diversos modos, bien en la emancipación, en las primeras incursiones en el mundo laboral o en la especialización en la formación académica (Coleman, 1994). Todos estos aspectos son truncados por la aparición del brote, el ingreso psiquiátrico y el proceso lento de recuperación posterior. El joven “regresa” ¿temporalmente? a una situación de dependencia con respecto a la familia, propia de fases evolutivas anteriores. Para la familia no es fácil equilibrar la protección necesaria en este momento con el fomento de la autonomía imprescindible para continuar su vida. El temor a la recaída o al estancamiento en la “cronicidad” angustia a las familias y les hacen dudar respecto de qué conductas son las más apropiadas. En los grupos de familia del programa de primeros episodios del H. U. del 12 de Octubre es un tema recurrente y fundamental.

Por último, que no menos importante, el joven empieza a moverse en el mundo de los afectos adultos, iniciándose en relaciones de pareja más estables. Este proceso queda altamente condicionado ante la realidad del

brote. Rupturas de pareja, dificultad para iniciar una nueva relación, temor a no funcionar sexualmente, ser rechazado si cuento la verdad, son temas candentes que afloran en el trabajo psicoterapéutico.

Todo lo referido anteriormente se complica con la realidad del riesgo de la recidiva. La psicosis es una enfermedad recidivante. De nada serviría alcanzar la recuperación clínica y funcional si los jóvenes tropiezan de nuevo con el brote al poco tiempo.

Los datos no son muy alentadores. En el informe sobre la atención temprana a la psicosis de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (A. E. N., 2009), las tasas de recaída en el primer año tras un episodio son del 60 % entre los que no toman tratamiento y hasta del 40 % tomando el tratamiento.

Si atendemos a las tasas de reingreso (Malla, McLean, y Norman, 2005), a los seis meses reingresan el 33 % de los pacientes. A los dos años, el 55 % y a los cinco años el 80 %.

La realidad de la recaída no solo supone el retorno del malestar, sino el peligro, antes citado, del estancamiento y el deslizamiento hacia la cronicidad y la realidad de los reingresos periódicos, la pérdida de autonomía, la desvinculación social y laboral y el deterioro.

La intervención psicoterapéutica precoz en los trastornos psicóticos es un enfoque relativamente nuevo que se encuentra en desarrollo desde los años noventa de finales del siglo pasado en distintas partes del mundo. La filosofía de la que parten estos enfoques es la de alterar el curso de la enfermedad interviniendo precozmente en las primeras fases de la misma e incluso previamente.

Un potente argumento en el que se apoyan estas intervenciones es el retraso que habitualmente sufren los pacientes de psicosis en recibir tratamiento, conocido como duración de la enfermedad sin tratar (DUI). Este tiempo abarca dos períodos diferenciados. Por un lado desde la aparición de los primeros síntomas inespecíficos (ansiedad, depresión) hasta el surgimiento de los primeros síntomas psicóticos atenuados. Este período prodrómico, conocido también como Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR) puede prolongarse entre dos y cinco años. Por otro lado, una vez producido el brote psicótico, el paciente puede permanecer tiempo sin recibir tratamiento (o habiéndolo recibido en la etapa aguda, abandonarlo al alta del ingreso). Este período se conoce como duración de la psicosis sin tratar (DUP). Todo retraso en recibir el tratamiento adecuado se asociaría con una peor evolución y pronóstico.

De acuerdo con McGorry (2005), una intervención psicoterapéutica precoz en la psicosis aportaría los siguientes beneficios:

- Desarrollar una alianza terapéutica.
- Proporcionar apoyo emocional ante las inquietantes experiencias subjetivas de la psicosis y ante el estigma.
- Promover comprensión sobre la psicosis, participación activa en el tratamiento y adherencia a la medicación.
- Abordar específicamente los complejos síntomas individuales, comorbilidades y esquemas desadaptativos.
- Reducir la resistencia al tratamiento.
- Potenciar el afrontamiento y la adaptación.
- Mejorar el funcionamiento cognitivo.
- Mejorar las relaciones interpersonales que puedan haber sido un problema en algún caso, como resultado de factores de riesgo independientes de la psicosis y puedan haber empeorado o haber sido interrumpidas por los efectos de la enfermedad.
- Proporcionar apoyo y ayuda a los miembros de la familia.
- Promover la recuperación laboral.
- Reducir el riesgo de suicidio y la agresividad.
- Prevenir las recaídas.
- Reducir el daño por el consumo comórbido de drogas.
- Reducir el riesgo de transición desde estados de ultra riesgo a la psicosis.

Los argumentos expuestos justifican con creces la necesidad de la intervención psicoterapéutica precoz en un primer episodio psicótico.

## Panorama general de la intervención psicoterapéutica en primeros episodios psicóticos

Los programas de intervención precoz en psicosis vienen realizándose en distintas partes del mundo desde los años noventa del pasado siglo. De cara a presentar un esquema de referencia útil para encuadrar las variadas aproximaciones, resulta muy esclarecedor el esquema que Vallina, Lemos y Fernández (2006) realizaron basándose en la clasificación de Haddock y Lewis, que se ciñe a las fases que atraviesa la persona en el primer episodio de psicosis, y que resumo a continuación:

### *Intervenciones en la fase de alto riesgo de psicosis (fase prodromática)*

*Proyecto Buckingham* (Falloon): consistía en un entrenamiento dirigido a los médicos de cabecera para reconocer pródromos y poder derivar a los jóvenes hacia un servicio especializado de salud mental. Sobre los sujetos seleccionados se aplicaba un tratamiento individualizado (farmacoterapia a dosis bajas, educación para el paciente y familia, manejo del estrés y supervisión por dos años).

*Clínica para la Valoración Personal y Evaluación de la Crisis* (PACE): Se desarrolla dentro del Centro de Prevención en Intervención en Psicosis temprana (EPPIC). La aportación más interesante es la operativización del alto riesgo para desarrollar psicosis mediante la construcción de una entrevista (CAARMS) que permitía diferenciar niveles de riesgo (tres niveles). Una vez seleccionados los pacientes con elevado riesgo se les brindaba un tratamiento combinado de medicación neuroléptica a dosis bajas y terapia cognitiva.

*Clínica para la Prevención por Educación, Identificación y Manejo de Riesgo* (PRIME): En una primera fase se elaboró una entrevista clínica para síndromes prodromáticos (SIPS) que incluía una escala (SOPS) que permitió obtener perfiles de riesgo. Seleccionados los pacientes de alto riesgo eran aleatorizados en dos grupos (olanzapina vs placebo), recibiendo ambos tratamiento psicosocial (entrenamiento en solución de problemas, psicoeducación y manejo del estrés).

Existen otros programas con objetivos y filosofías similares, que sólo cito para no reiterarme: *Programa de Reconocimiento y Prevención de Hillside* (RAP), *Estudio de Evaluación de la Detección e Intervención Temprana* (EDIE) y *Centro de Reconocimiento y de Intervención Temprana* (FETZ).

En España, cabe destacar el *Programa de Detección e Intervención Temprana en Psicosis de Torrelavega* (Lemos et al., 2007), en funcionamiento desde el año 2000 y que pretende reducir el período (DUI), facilitar el reconocimiento y derivación de jóvenes con riesgo desde Atención Primaria e implementar un programa terapéutico integral (educación del médico general, detección del nivel de riesgo, terapia cognitiva, intervención familiar breve, tratamiento neuroléptico a dosis bajas para sujetos con síntomas positivos).

El Ministerio de Sanidad y Consumo ha editado una Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009) en la que se revisa detalladamente la evidencia disponible de los distintos tratamientos, incluyendo un apartado para las intervenciones psicosociales. De acuerdo con esta guía “La evolución del trastorno en estas fases (precoces) y la demora en su tratamiento puede derivar en una alteración en las circunstancias vitales, como fracaso escolar y laboral, autoagresiones, cambios en las relaciones interpersonales, conflictos intrafamiliares, etc. Estas alteraciones pueden producir lo que se denomina «toxicidad psicológica», cuyos efectos pueden limitar el nivel posterior de recuperación del trastorno, aunque después, en el momento de presentar el primer episodio psicótico, se haya tratado de forma eficaz” (p. 114).

En la revisión que se lleva a cabo en la citada Guía de Práctica Clínica de la evidencia científica disponible se demuestra que los resultados de los tratamientos farmacológicos y psicológicos son superiores que el placebo o la simple supervisión en conseguir demorar la transición a la psicosis. De modo similar, los programas específicos de atención temprana obtienen mejores resultados que los tratamientos inespecíficos: disminuyen-

do o retrasando la transición a psicosis, mejorando la sintomatología prepsicótica y previniendo el declive o estancamiento social.

### ***Intervenciones centradas en la fase aguda de la psicosis***

El estado del paciente durante la fase aguda, unido al hecho de que el tratamiento de la misma se lleva a cabo en unidades de hospitalización psiquiátrica, donde predomina el enfoque farmacológico, ha limitado el desarrollo de intervenciones psicoterapéuticas en esta fase.

No obstante, varios autores han realizado estudios experimentales para probar la eficacia de la psicoterapia en la fase aguda (Drury, Birchwood, Cochrane y MacMillian, 1996; Lewis et al., 2002; Startup, Jackson y Bendix, 2004).

La mayoría de estos enfoques combinan el tratamiento médico recibido por el paciente en una unidad de agudos con una Terapia Cognitiva individual adaptada y centrada hacia el manejo de los síntomas positivos (delirios y alucinaciones), con el principal objetivo de acortar la estancia hospitalaria y producir una reducción más rápida de la sintomatología positiva. En algún caso se utiliza también el formato de terapia de grupo y la educación familiar.

En España, la Guía de Práctica Clínica para la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009) concluye que hay evidencia científica suficiente para recomendar “proporcionar asistencia ambulatoria a las personas en fases tempranas de psicosis usando estrategias de servicios lo menos restrictivas y coercitivas posibles: desarrollando estrategias para minimizar el uso de tratamientos involuntarios en la psicosis temprana (p. ej., intervención domiciliaria, entorno residencial alternativo), servicios hospitalarios centrados en los jóvenes y divididos en «clases» de forma rutinaria, programas de día para jóvenes, instalaciones residenciales orientadas hacia las personas jóvenes para que los jóvenes con psicosis puedan vivir de forma independiente” (pp. 117-118).

### ***Intervenciones centradas en la recuperación***

La fase de recuperación abarca un período de tres a dieciocho meses tras la estabilización de la crisis psicótica. Es un tránsito difícil, pues un ochenta por ciento de los pacientes recaen en los primeros cinco años de la enfermedad, período crítico (Birchwood, 2000; Malla et al., 2005). Es un período sensible no sólo a las recaídas, sino a la aparición de respuestas desadaptativas de evitación o negación, consumo de tóxicos, persistencia de síntomas positivos residuales, retramiento social y laboral, suicidio.

Dos paquetes de intervención destacan en esta fase:

*Terapia de Orientación Cognitiva para el Primer Episodio Psicótico* (COPE): desarrollada por el equipo de profesionales del Centro de Prevención en Intervención en Psicosis temprana (EPPIC). Esta terapia parte de la idea de que el primer episodio de psicosis supone una experiencia tan perturbadora que puede bloquear el desarrollo psicosocial posterior del paciente. La intervención, sirviéndose de los principios de la terapia cognitiva y desde una perspectiva constructivista, pretende ayudar a preservar un sentido del yo, desarrollar la sensación de control sobre la experiencia de la psicosis y aumentar la autoeficacia ante el inicio de la enfermedad. El formato es individual y consta de entre veinte y treinta sesiones.

*Tratamiento Sistemático de la Psicosis Persistente* (STOPP): Desarrollada por Herman-Doig y sus colaboradores (Edwards, Wade, Herrman-Doig, y Gee, 2004) para aquellos pacientes que presentan una recuperación complicada de su primer episodio. Un veinte por ciento de los pacientes siguen experimentando síntomas psicóticos positivos a pesar del tratamiento. Esta terapia, de formato individual, de orientación cognitiva, se centra en reducir la frecuencia e intensidad de los síntomas positivos, el malestar y la interferencia que generan y

promover una comprensión de la psicosis que permita al paciente identificar recaídas y actuar con estrategias eficaces.

### ***Intervenciones centradas en los servicios integrales***

La mayoría de las actuaciones descritas se integran dentro de servicios compuestos por equipos interdisciplinarios, abarcando el tratamiento precoz de la psicosis en sus distintas fases y facetas. Los principales servicios integrales son los siguientes:

- *Centro de Prevención e Intervención en Psicosis Temprana (EPPIC)*: Australia.
- *Servicio de Intervención Temprana de Birmingham (EIS)*: Reino Unido.
- *Proyecto de Tratamiento e Identificación Temprana de la Psicosis (TIPS)*: Noruega.
- *Estudio de Identificación y Tratamiento Temprano de Jóvenes Pacientes con Psicosis (OPUS)*: Dinamarca.
- *Programa de Intervención Temprana de Calgary (EPP)*: Canadá.

En la anteriormente mencionada Guía de Práctica Clínica, Ministerio de Sanidad y Consumo (2009), la revisión de la evidencia científica disponible permite recomendar las siguientes actuaciones en la fase de recuperación de un primer episodio psicótico:

- Se recomiendan los programas de atención precoz a la psicosis frente a los abordajes tradicionales.
- Se recomiendan las intervenciones psicosociales en el tratamiento de primeros episodios.
- Se recomienda el empleo con apoyo como método más efectivo para promover la inserción laboral de personas con primeros episodios.
- Se recomienda la rehabilitación cognitiva en pacientes con déficits específicos, aunque el objetivo debería ser también los déficits funcionales relacionados.
- Se recomienda proporcionar una atención biopsicosocial intensiva y de calidad, de forma continuada y activa durante los años críticos posteriores al inicio de la psicosis, mejor desde programas especializados de atención temprana que incluyan además de farmacoterapia, psicoeducación, manejo de estrés, preventión de recaídas, solución de problemas, reducción de daños por consumo de sustancias, consejo de apoyo y rehabilitación social y laboral, así como intervención con la familia y terapia cognitiva.

Para finalizar con este resumen de las intervenciones psicoterapéuticas, quiero citar el magnífico trabajo de revisión sobre los estudios de los tratamientos psicológicos (Ruiz de Azúa, González-Pinto, Vega, Gutiérrez y Asua, 2009) sobre pacientes con sintomatología prodrómica y sobre aquellos que se encuentran en el período crítico de la enfermedad (menos de cinco años desde el primer brote). En esta revisión se incluyeron revisiones sistemáticas, meta-análisis, guías de práctica clínica y ensayos controlados aleatorizados. La finalidad era encontrar evidencia científica de los tratamientos psicológicos en combinación con el farmacológico.

Los resultados de la revisión apuntan hacia la existencia de evidencia científica sobre la eficacia del tratamiento psicológico en cuanto a la disminución de la transición hacia la psicosis en los pacientes con alto riesgo durante los dos primeros años de seguimiento, especialmente si se trata de paquetes de tratamiento integrado (multicomponentes: psicoeducación, psicoterapia, intervención familiar, ocio y tiempo libre, etc.) y multidisciplinar de corte cognitivo.

En cuanto a los pacientes que ya han tenido un primer episodio, de nuevo los tratamientos integrados han demostrado ser muy efectivos: reducción de la sintomatología negativa, mejor funcionamiento global y social. Los tratamientos psicológicos de mayor duración, con seguimientos periódicos son los más eficaces. En cuanto a la reducción de las tasas de recaída y rehospitalizaciones, existe contradicción entre unos ensayos y otros. Para los autores es indicativo de la necesidad de realizar más estudios al respecto.

## Programa de Primeros Episodios Psicóticos del H. U. 12 de Octubre

En el año 2008, impulsado por el Dr. Jiménez Arriero, entonces Jefe de Sección del Servicio de Psiquiatría y actual Jefe de Servicio y Director del Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental (A. G. C. P. S. M.) del H. U. 12 de Octubre de Madrid, se creó en este hospital un Programa de Tratamiento Ambulatorio de pacientes afectos de Trastorno Mental Grave. Este programa, aún en funcionamiento, acogía a pacientes tras el alta hospitalaria de la Unidad de Hospitalización Breve del H. U. 12 de Octubre de Madrid y de la Unidad de Hospitalización Breve del Complejo Asistencial Benito Menni de Ciempozuelos (Caballero, Bellosio y Arranz, 2009). Este programa, al igual que la intervención en primeros episodios psicóticos, se encuentran hoy integrados en la Unidad de Transición Hospitalaria.

El perfil de los pacientes venía marcado por la ausencia de conciencia de enfermedad, el elevado número de ingresos en los dos últimos años, la baja adherencia a los tratamientos y la complejidad psicosocial. El objetivo del programa era romper el fenómeno de “puerta giratoria” y el estancamiento vital en el que se encontraban, favoreciendo la adquisición de conciencia de enfermedad, la adherencia al tratamiento y la transición hacia su Centro de Salud Mental de referencia y dispositivos de rehabilitación. La metodología de intervención se fundamenta en terapias grupales diarias y consultas individuales de psiquiatría, psicología clínica, enfermería y terapia ocupacional. El éxito del programa, premiado en el año 2010 en las III Jornadas de Mejores Prácticas e Innovación en Gestión de Calidad organizadas por la Dirección General de Atención al Paciente, el Servicio Madrileño de Salud y la Agencia Laín Entralgo, alentó la creación de un espacio similar para atender a una población muy específica, los primeros episodios psicóticos.

Partiendo de los antecedentes citados, en enero de 2009 empezó a funcionar, bajo la coordinación del psiquiatra Dr. Rubio Valladolid, un Programa de Tratamiento Ambulatorio Intensivo de pacientes con diagnóstico de Primer Episodio Psicótico, en el ámbito de una Unidad de Transición Hospitalaria, localizada físicamente bajo la Unidad de Hospitalización Breve. Los pacientes son captados desde diversos dispositivos, Centros de Salud Mental del área, Urgencias de Psiquiatría, Unidad de Hospitalización Breve e Interconsulta, principalmente.

Los profesionales y recursos implicados actualmente en el programa, todos ellos a tiempo parcial, pues su actividad asistencial está comprometida también en otras actividades, son los siguientes:

### UNIDAD DE TRANSICIÓN HOSPITALARIA (U. T. H.)

- Psiquiatra.
- Psicólogo Clínico.
- Enfermera especialista en Salud Mental.
- Terapeuta Ocupacional.

### UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE (U. H. B.)

- Personal asistencial.
- Grupo psicoterapéutico diario.
- Intervención grupal de terapia ocupacional.
- Psiquiatras del programa de psicosis.

### CENTRO DE SALUD MENTAL (C. S. M.)

- Psiquiatras y profesionales derivantes.

### VIA INDIVIDUALIZADA Y PREFERENTE (V. I. P.)

El programa está concebido para dar una asistencia continuada e intensiva al paciente y su familia durante el primer año tras el episodio, facilitándose la continuidad de cuidados con derivación al Centro de Salud

Mental correspondiente tras el alta del programa. Si es preciso, durante la estancia del paciente en el programa, se contacta con la comisión del programa Vía Individualizada y Preferente (VIP), fruto de la coordinación entre profesionales de los CSM y de los recursos de rehabilitación del área, con objeto de facilitar la activación del paciente, el apoyo en la normalización de su vida diaria y su inclusión en recursos de su entorno (académicos, de ocio, laborales...). El programa VIP pretende, a través de la intervención de los Equipos de Apoyo Sociocomunitario (EASC), facilitar la inserción social, laboral y académica del paciente.

Los objetivos del Programa de Primeros Episodios Psicóticos son:

- Prevención de recaídas precoces.
- Adherencia al tratamiento.
- Adquisición de conciencia de enfermedad.
- Reducción de la comorbilidad.

La evaluación y el diagnóstico comprenden los siguientes aspectos:

- Historia clínica médico-psiquiátrica.
- Evaluación psicológica y psicopatológica.
  - ◊ Escalas de psicopatología para primeros episodios y PANSS (Peralta y Cuesta, 1994).
  - ◊ Pruebas de neuropsicología: MATRICS (Nuechterlein y Green, 2006).
  - ◊ Cuestionarios de ansiedad-depresión: STAI (Guillén-Riquelme y Buela-Casal, 2011); MADRS (Martínez, Bourgeois, y Peyre, 1991), y manía (Young, Biggs, Ziegler y Meyer, 1978).
- Pruebas de neuroimagen.
- Pruebas de neurofisiología.
- Pruebas de laboratorio complementarias.
- Tóxicos en orina.
- Bioquímica, inmunología.
- Marcadores genéticos de respuesta farmacológica y de riesgo para psicosis.

El tratamiento se estructura en torno a las siguientes áreas:

- Abordaje farmacológico:
  - ◊ Principalmente ambulatorio, aunque se cuenta con la Unidad de Hospitalización Breve del Hospital 12 de Octubre para los casos que lo precisen
  - ◊ Antipsicóticos atípicos a dosis bajas, preferentemente
- Abordaje psicosocial:
  - ◊ Consultas individuales:
    - + Psicología Clínica.
    - + Terapia Ocupacional.
    - + Enfermería
  - ◊ Intervención grupal:
    - + Grupo de Afrontamiento de Orientación Cognitiva
    - + Entrenamiento en técnicas de reducción de la activación
    - + Grupo terapéutico de patología dual
    - + Grupo de Terapia Ocupacional
    - + Psicoeducación
    - + Grupo de familias

La intervención que se realiza con los pacientes es fundamentalmente grupal, exceptuando el seguimiento farmacológico por enfermería y psiquiatría, que se mantiene, de manera continuada, sobre todos los pacientes durante su estancia en el programa.

La intervención individual por parte de la Terapeuta Ocupacional y del Psicólogo Clínico se produce solo sobre aquellos casos que requieren un enfoque más intensivo, bien por el predominio de la sintomatología negativa, bien por la aparición de síntomas positivos resistentes al tratamiento farmacológico.

Todas las intervenciones descritas se estructuran en horario de mañana, distribuidas a lo largo de la semana laboral. Al inicio de su participación en el programa, los pacientes acuden prácticamente a diario a la Unidad. Progresivamente, y en la medida en que se van implicando en actividades normalizadas de su entorno (ocio, estudios, trabajo, etc.), se reduce el grado de exigencia en cuanto a días de asistencia a la semana, con objeto de no interferir en su proceso de recuperación.

Además de las intervenciones clínicas, periódicamente se realizan actividades de ocio extra-hospitalarias, con la finalidad de promover la reintegración en el ocio, la socialización y la disminución de sintomatología negativa.

En todas las actividades asistenciales referidas participan los residentes (MIR, PIR, EIR) del Área de Gestión de Psiquiatría y Salud Mental de la Unidad Docente Multiprofesional del H. U. 12 de Octubre, así como rotantes externos y estudiantes de pregrado. Esta participación enriquece tanto al programa como a estudiantes y profesionales sanitarios en formación.

A continuación voy a centrarme en las actuaciones psicoterapéuticas que lleva a cabo el psicólogo clínico, si bien quiero resaltar que lo “psicoterapéutico” está presente, como no podría ser de otro modo, en todas y cada una de las intervenciones que realizan el resto de profesionales del programa.

### Intervención psicológica en primeros episodios psicóticos

La intervención que el psicólogo clínico lleva a cabo en el Programa de Primeros Episodios de la Unidad de Transición se concreta en los siguientes abordajes:

- Psicoterapia individual.
- Grupo de Afrontamiento de Orientación Cognitiva.
- Psicoeducación.
- Grupo de Familias.

No obstante, el trabajo psicoterapéutico comienza antes de que el paciente sea derivado a la Unidad de Transición para su inclusión en el programa de primeros episodios. Como se comentó anteriormente, la gran mayoría de las derivaciones provienen, como es de esperar, de la Unidad de Hospitalización Breve. En esta unidad el paciente con un primer brote se encuentra en plena fase aguda y bajo tratamiento farmacológico intenso. No obstante, existen varios beneficios al iniciar una intervención psicológica en la fase aguda y en el ámbito de la hospitalización:

- Apoyo emocional en la experiencia de psicosis.
- Construcción de la alianza terapéutica necesaria para el desarrollo de una posterior intervención.
- Desarrollo de un pensamiento y actitud orientados hacia la consideración de los síntomas como un fenómeno psicológico.
- Entrenamiento precoz en el trabajo psicoterapéutico
- Potenciación de la adherencia al tratamiento tras el alta
- Facilitar la transición y vinculación hacia el programa de primeros episodios.
- Transmisión de aliento y esperanza en la recuperación.

Esta intervención psicoterapéutica temprana, desde la Unidad de Transición, se produce de tres maneras:

- Entrevistas individuales con el psicólogo clínico.
- Grupo psicoterapéutico diario de la UHB.
- Grupo de Terapia Ocupacional de la UHB.

El psicólogo clínico realiza su trabajo diario en ambos recursos, Unidad de Transición y Unidad de Hospitalización. Cuando se detecta un primer episodio psicótico, el paciente puede tener fácil acceso a entrevistas de vinculación con el psicólogo clínico y, en la medida en que se va produciendo una mayor estabilización clínica, comienza a asistir al grupo psicoterapéutico diario de la UHB.

En las entrevistas individuales, el trabajo fundamental es de escucha y aceptación, mostrando comprensión hacia el sufrimiento derivado de los síntomas y evitando una confrontación activa con el mundo delirante. Se ofrece la posibilidad de un trabajo psicoterapéutico posterior al alta y progresivamente se le va detallando cómo se efectúa este trabajo, las personas que lo realizan y el encuadre. El énfasis se coloca en el apoyo a la recuperación, señalando la necesidad de un acompañamiento psicoterapéutico y farmacológico intensivo en los primeros momentos.

El grupo psicoterapéutico diario es un estupendo marco donde el paciente puede explorar su enfoque y “contratarlo” con las realidades de los demás pacientes. Este grupo es abierto, coexistiendo pues pacientes recién llegados, con otros a punto de irse de alta. Los pacientes veteranos, que comienzan a distanciarse de lo delirante y a construir una mentalidad crítica, suponen una herramienta fundamental para trabajar una primitiva conciencia de enfermedad y adherencia al necesario seguimiento posterior.

He incluido el grupo de terapia ocupacional que tiene lugar en la UHB, por dos motivos. En primer lugar, la terapeuta ocupacional trabaja en ambas unidades, facilitando la transición del paciente y la adherencia del mismo tras el alta. En segundo lugar, lo psicoterapéutico está presente en este trabajo ocupacional, potenciándose las intervenciones psicológicas mencionadas.

Con anterioridad al alta, y cuando la estabilización clínica del paciente lo permite, en paralelo con los permisos de salida y de fin de semana, el paciente es invitado a acudir a las actividades grupales del programa de primeros episodios de la Unidad de Transición. La proximidad física de la misma (se ubica debajo de la UHB) facilita en extremo la asistencia del paciente. Estas primeras asistencias del paciente en las terapias grupales del programa son decisivas para que el paciente se adhiera tras el alta. Es difícil transmitir con palabras el beneficio que para el paciente supone ver a otros jóvenes como él que han pasado por la misma experiencia, que se encuentran recuperados o en camino de estarlo. Tras la psicoterapia formal y programada, surge lo espontáneo. En los descansos entre terapias, los pacientes se transmiten sus narrativas, produciéndose una suerte de contaminación positiva.

En este período de enganche y solapamiento entre las dos unidades, se aprovecha para contactar con las familias e invitarlas al grupo de familiares. La idea de un apoyo y continuidad de tratamiento intensivo tras el alta, minimiza las lógicas angustias de las familias y facilita que paciente, familia y unidad trabajen de manera conjunta y en la dirección de la recuperación.

Porque esa es la principal función que se desarrolla en el programa de primeros episodios, la recuperación. Se trata de una etapa verdaderamente difícil, en la que la vulnerabilidad se encuentra muy incrementada, siendo altamente probable la aparición de recidivas, cuando no el desarrollo de actitudes de negación y/o evitación ante la enfermedad, el mantenimiento o inicio de conductas de riesgo (tóxicos, aislamiento interpersonal, abandono de la medicación y del seguimiento en salud mental) y, en ocasiones, la persistencia de síntomas positivos disruptivos.

### ***Un marco de intervención: la Psicoterapia de Orientación Cognitiva para pacientes con primer episodio psicótico***

El ámbito de intervención psicoterapéutica del programa de primeros episodios de la Unidad de Transición se inicia hacia el final de la fase aguda del brote psicótico y continúa incidiendo sobre el período de recuperación posterior.

De las distintas terapias que se han desarrollado para el abordaje precoz de los primeros episodios psicóticos, la Psicoterapia de Orientación Cognitiva para pacientes con primer episodio psicótico (Cognitively Oriented Psychotherapy for First Episode Psychosis: COPE.), cubre este espacio temporal de tratamiento, siendo indicada para pacientes con primer episodio psicótico que se encuentran hacia el final de la fase aguda y/o al comienzo de la recuperación, perfectamente complementaria con respecto al tratamiento farmacológico.

La COPE es una psicoterapia de formato individual, con un formato de 30 sesiones, con frecuencia semanal.

Fue desarrollada, como comenté brevemente en el epígrafe de intervenciones, por el equipo de profesionales (Henry, Edwards, Jackson, Hulbert, y McGorry, 2002) del Centro de Prevención en Intervención en Psicosis temprana (EPPIC).

Esta terapia parte de la idea de que el primer episodio de psicosis supone una experiencia tan perturbadora que puede bloquear el desarrollo psicosocial posterior del paciente. La intervención, sirviéndose de los principios de la terapia cognitiva y desde una perspectiva constructivista, pretende ayudar a preservar un sentido del yo, desarrollar la sensación de control sobre la experiencia de la psicosis y aumentar la autoeficacia ante el inicio de la enfermedad. La recuperación exige del joven una serie de trabajos (básicamente ajustes en la visión de sí mismo, su futuro laboral y/o académico, el funcionamiento interpersonal, etc.). El formato es individual y la duración es aproximadamente entre veinte y treinta sesiones.

La COPE consta de cuatro grandes focos u objetivos:

**EVALUACIÓN:** Evaluar y comprender la explicación que los pacientes elaboran de su trastorno y apreciar mejor las actitudes de éstos hacia la psicosis en general. Esto implica identificar sus problemas personales potenciales y actuales, y la formulación de los factores que contribuyen a su origen y mantenimiento. Estos factores incluyen puntos fuertes, puntos débiles, estilos de afrontamiento, recursos disponibles, y las perspectivas que mantienen de sus problemas.

**ALIANZA TERAPÉUTICA:** Trabajar con el paciente en el desarrollo de las relaciones terapéuticas de cara a formar un marco de colaboración terapéutica.

**ADAPTACIÓN:** Promover un estilo adaptativo de recuperación de la psicosis. La recuperación es conseguida prestando atención al modo como la persona ajusta la realidad a la experiencia del episodio psicótico, la posibilidad de una vulnerabilidad permanente o la continuidad de los síntomas, y cómo el paciente se percibe a sí mismo en la actualidad. El terapeuta podría ofertar un nuevo modelo de las experiencias y valoraciones del paciente sobre la psicosis. El modelo de vulnerabilidad-estrés es empleado, junto con una perspectiva cognitiva, dependiendo de la disposición del paciente para aceptar otra perspectiva. El objetivo es aliviar el malestar y promover una respuesta adaptativa.

**MORBILIDAD SECUNDARIA:** Prevenir o manejar la morbilidad secundaria que se desarrolla después de un trastorno psicótico, como depresión, ansiedad y el estigma, el cual puede influir en la autoestima.

Estos objetivos de la terapia no están necesariamente diferenciados; ni tampoco representan una secuencia que se despliegue inevitablemente. En la práctica, hay solapamiento, con lo que los cambios suceden desde uno u otro; sin embargo, para ganar claridad, son presentados aquí de forma diferenciada.

En el programa de primeros episodios de la Unidad de Transición del H. U. 12 de Octubre, la intervención psicológica individual se desarrolla siguiendo la filosofía y principios de la Terapia de Orientación Cognitiva descrita. No obstante, era necesario disponer de una herramienta de trabajo grupal, pues la mayor parte de las intervenciones se adaptan a este formato.

La COPE tiene un formato individual pero en la Unidad de Transición hemos conseguido adaptarla con éxito al formato grupal, de acuerdo a los objetivos de nuestro programa (Prevención de recaída precoz, adquisición de conciencia de enfermedad, adherencia al tratamiento y reducción de la comorbilidad). Esta adaptación es denominada Grupo de Afrontamiento de Orientación Cognitiva.

### ***Grupo de Afrontamiento de Orientación Cognitiva***

Aunque el formato original de COPE es individual, su estilo, filosofía y objetivos son fácilmente adaptables al formato grupal que predomina en nuestro programa.

El grupo de afrontamiento tiene lugar con frecuencia semanal, con una duración aproximada de una hora. Es un grupo abierto, en el que se produce la incorporación de nuevos miembros y se despiden pacientes que han alcanzado un nivel de recuperación adecuado, si bien la asistencia durante un año reduce la inestabilidad del

grupo y permite el desarrollo de una cohesión grupal suficiente. Esta disparidad, lejos de ser un hándicap se convierte en una herramienta para animar a los pacientes recién llegados y permite “revisitar” los tópicos fundamentales de la recuperación que son contemplados en la COPE en sus cuatro grandes bloques.

Los tópicos que han de abordarse en el proceso de recuperación en nuestro programa coinciden con los temas que se desarrollan en COPE, adaptando ésta al formato grupal mediante una estructuración inter e intra-sesiones.

#### *Estructura inter-sesiones del Grupo de Afrontamiento*

Las sesiones de la psicoterapia grupal cubrirían los cuatro grandes focos de la COPE, descritos en el punto anterior:

- Evaluación.
- Alianza terapéutica.
- Adaptación.
- Morbilidad secundaria.

Estos focos serían retomados periódicamente, desde distintas perspectivas y a través de los casos particulares de cada uno de los pacientes.

#### *Estructura intra-sesión del Grupo de Afrontamiento*

##### **PRIMER BLOQUE:**

- Repaso de las tareas propuestas en la sesión anterior.
- Repaso de la semana.

##### **SEGUNDO BLOQUE:**

- Introducción de cuestiones referidas a los cuatro focos básicos de COPE, mediante fuentes diversas:
  - + Oralmente.
  - + Materiales escritos.
  - + Películas, presentaciones.
  - + Relatos personales.
- Debate grupal sobre los tópicos introducidos.
- Extracción de conclusiones.

##### **TERCER BLOQUE**

- Propuestas de los terapeutas para la siguiente sesión.
- Iniciativas de los pacientes.

El Grupo de Afrontamiento Cognitivo se compone de una media de 15 pacientes. Sobre este grupo se procede a ir incluyendo a futuros miembros a medida que se consolida un primer enganche a través de las entrevistas individuales de psiquiatría, psicología y enfermería. Igualmente, finalizado el tiempo de un año establecido para el programa, los pacientes que hubieran cumplido su tiempo de tratamiento irían desvinculándose progresivamente, siendo derivados para su seguimiento en los dispositivos de Salud Mental de distrito pertinentes. Este tiempo no es establecido rígidamente, de modo que pacientes con un buen nivel de recuperación, que inicien actividades formativas o laborales, son eximidos del compromiso de asistir a las sesiones de grupos, manteniendo contactos individuales, a fin de no interferir en su proceso de recuperación. De modo parecido, en

algunos casos, si el nivel de recuperación es insuficiente, se prolonga su estancia en el programa y su participación en las terapias de grupo.

La permanencia de un año en el programa permite un total aproximado de 40 sesiones por paciente. En este período de su recuperación se establece un ritmo de consultas psicológicas individuales con cada paciente en función de su evolución y necesidades.

La detección de un problema de adicción (fundamentalmente al cannabis) en varios de los miembros del grupo se trabaja poniendo en marcha un grupo terapéutico de patología dual que es coordinado y manejado por el coordinador de la Unidad. Este grupo, a diferencia de los descritos en este trabajo, no es permanente, dependiendo de la existencia de pacientes en fase de dependencia activa. Es un grupo cerrado y muy limitado en el tiempo, circunscrito a ocho sesiones aproximadamente. No obstante, por nuestra experiencia, la mayoría de los pacientes, incluso los que mostraban un elevado nivel de consumo y dependencia, consiguen interrumpir el enganche con el cannabis y mantenerse abstinentes. El trabajo individual y grupal de concienciación llevado a cabo en el programa, junto con el contacto con los compañeros más “veteranos” facilita enormemente la adquisición de conciencia de enfermedad en este punto.

A lo largo del Grupo de Afrontamiento se repite un módulo de carácter psicoeducativo, en función del ingreso en el Grupo de nuevos miembros. La “repetición” del módulo psicoeducativo es un instrumento de consolidación de conocimientos de la enfermedad para los pacientes más veteranos. Estos pacientes funcionan como co-educadores de los nuevos miembros, ayudando a asimilar información sobre el episodio y vencer resistencias acerca del tratamiento, corregir distorsiones, disminuir conductas desadaptativas, etc.

### ***Psicoeducación de pacientes***

En un trabajo anterior (Bellos, 2012) se revisó la evidencia disponible que apoya la eficacia de las intervenciones psicoeducativas en los trastornos psicóticos de larga evolución, tanto afectivos como no afectivos.

En el campo de la psicosis temprana, la modificación de las creencias en torno a la enfermedad, así como la adquisición de conocimientos, destrezas y estrategias de manejo resulta vital para evitar una recaída precoz y facilitar el proceso de recuperación.

La psicoeducación del paciente con un primer episodio en nuestro programa de intervención se lleva a cabo, al margen de los contenidos tratados en las sesiones individuales, en el marco del Grupo de Afrontamiento. Adoptar un formato grupal permite realizar la psicoeducación con el enfoque de un taller, fomentando así la participación activa de los miembros, el compartir experiencias diversas y comunes y la disminución de la sensación de aislamiento y estigma.

El formato abierto del Grupo de Afrontamiento permite que, durante las sesiones psicoeducativas, pacientes nuevos y veteranos puedan intercambiar su experiencia. La narrativa de los pacientes más veteranos apoya la idea de la recuperación y la superación de los síntomas positivos. Se trata, en suma, de una narrativa que ha incorporado la conciencia de enfermedad y la necesidad de hacer cambios para seguir bien. Este discurso supone una inestimable ayuda para los pacientes recién llegados, que a menudo muestran un juicio de realidad ambivalente, actitudes de negación y/o temor a no poder recuperarse.

Los objetivos generales del taller psicoeducativo son los siguientes:

- Animarnos a formar parte activa de nuestra recuperación y tratamiento.
- Fomentar la naturalidad al hablar del trastorno y de sus síntomas, como una enfermedad más.
- Informarnos acerca de lo que nos pasa y afecta a nuestra salud.
- Identificar lo que me acerca y lo que me aleja de la recuperación.
- Aprender a cuidarnos mejor.
- Reconocer los momentos críticos para poder solicitar ayuda a tiempo.

- Despejar dudas acerca de la enfermedad, tratamientos y terapias.
- Reconocer señales de alarma que pueden indicar una recaída.

La entrada de nuevos miembros en el grupo obliga a repetir cada cierto tiempo el taller. Esto, lejos de saturar a los miembros más antiguos, es bien recibido por ellos, ya que permite la asimilación de conceptos que, en un primer momento, no fue posible.

El esquema de las sesiones es el siguiente:

Sesión 1. ¿Qué es lo que me pasa?

Sesión 2: ¿Cuáles son los síntomas y por qué se producen?

Sesión 3: Vulnerabilidad y estrés. Las causas de las psicosis. Tipos de psicosis.

Sesión 4. El tratamiento integral de las psicosis.

Sesión 5. La medicación y sus efectos terapéuticos. Cómo actúan. Efectos secundarios.

Sesión 6. Recursos que aumentan los efectos positivos de la medicación.

Sesión 7. Prevención de recaídas.

Sesión 8. Factores de protección y de riesgo.

La secuencia expuesta solo es orientativa. En función de la composición del grupo, las necesidades del mismo y el momento de recuperación, se intensificarán más unos contenidos que otros, pudiendo fundirse algunas de estas sesiones en una y desarrollar más extensamente otros puntos.

La metodología es activa – participativa. Generalmente se comienza con una pregunta abierta, para suscitar el debate y el compartir la experiencia de cada uno de los miembros. Es frecuente la utilización de la expresión escrita para facilitar la participación de los pacientes más inhibidos (escribir los síntomas y luego leerlos; recopilar las creencias sobre la causa de la enfermedad, la futura evolución; identificar qué cosas nos ayudan a recuperarnos y cuáles no, obstáculos, problemas actuales, etc.). Se recurre también a dinámicas de grupo (debate en pequeños grupos con posterior puesta en común; presentación por parejas; representación visual del primer episodio mediante técnicas como la línea del tiempo, juego de roles, etc.) y dramatizaciones grupales simbólicas (Población, 1997). Esta forma de trabajar permite al psicólogo clínico tomar el pulso del grupo y adaptar los contenidos que van a transmitirse a la realidad del grupo en ese momento.

Tras una pequeña exposición teórica (en la que se puede recurrir a presentaciones visuales, películas, documentales, lecturas, participación de miembros del grupo en situación de alta, etc.), se fomenta el debate para extraer conclusiones, finalizando con una pequeña tarea para casa.

Con el fin de potenciar el recuerdo y la asimilación de los contenidos, se reparten folletos explicativos (Jackson y Reading, 1996; EPPIC Statewide Services, 2000).

### **Grupo de familias**

En este trabajo ya se ha aludido al sufrimiento que el primer episodio supone para el paciente, pero, y aunque sea de naturaleza diferente, no es menos intenso el malestar por el que pasan las familias.

La gran ignorancia acerca de una enfermedad que para muchos estaba asociada a estereotipos negativos y deformados, la falta de habilidades para manejarse con la nueva realidad, la sensación de aislamiento en cuanto a la dificultad para conectar y ser comprendidos por otros, las dudas acerca del camino a seguir y el futuro de sus hijos, las vivencias de culpa y posteriores conductas reactivas de sobreprotección y/o criticismo, justifican con creces la apertura de un espacio para los familiares (principalmente los padres).

Los objetivos generales del grupo de familias son:

- Educar acerca de la enfermedad.
- Despejar, en la medida de lo posible, aquellas dudas que tenemos acerca de lo que les pasa y del momento actual del tratamiento.

- Identificar cómo podemos ayudarles mejor y también cómo cuidarnos a nosotros mismos como cuidadores.
- Reconocer los momentos críticos, posiblemente previos a una crisis para poder solicitar ayuda a tiempo.
- Animarnos a formar parte activa de su proceso de recuperación y tratamiento, sobre todo en la prevención de nuevas recaídas.

El grupo de familias lo conforman familiares de pacientes que han sufrido recientemente un episodio psicótico y hayan sido derivados al programa PEP. No hay límite en cuanto al tipo de familiar, si bien lo más frecuente son los padres.

El grupo está dirigido por el Psicólogo Clínico, pero como coterapeutas asisten la Enfermera Especialista en Salud Mental y la Terapeuta Ocupacional.

El grupo tiene un formato abierto, coexistiendo familiares de pacientes en un proceso avanzado de recuperación con otros cuyo familiar se encuentra iniciando su actividad en el programa PEP. El grupo se oferta a todos los familiares durante el tiempo que los pacientes permanecen en el programa. La frecuencia es quincenal, pasando en algunos momentos a ser mensual. Debido a la juventud de los pacientes, los padres tienen muchas dificultades para asistir por las obligaciones laborales, optándose por espaciar las sesiones para facilitar la asistencia. La duración de cada sesión suele ser de hora y media, si bien se adapta con flexibilidad a la situación y necesidades del grupo.

La necesidad de combinar la transmisión de información y resolución de dudas, junto con el cambio de conductas y actitudes, así como el abordaje de patología reactiva al primer episodio en los familiares, ha llevado a estructurar el Grupo de Familias en dos tipos de actividades.

1. Psicoeducación de Familiares.
2. Módulo de Afrontamiento y Apoyo.

De forma similar al Grupo de Afrontamiento de pacientes, en el Grupo de Familias repetimos un módulo psicoeducativo muy breve, de cuatro sesiones, en función de la inclusión de nuevos miembros. Este módulo consta, de manera no rígida, de las siguientes sesiones:

**Sesión 1:** ¿Qué es lo que pasa? ¿Por qué este espacio? ¿Qué es un primer episodio psicótico? Evolución y pronóstico. Las posibles causas. Modelo de vulnerabilidad-estrés. ¿Cuáles son los síntomas?

**Sesión 2:** Definición de psicosis: una enfermedad tratable. Tipos de psicosis. Fases de la enfermedad. El tratamiento integral de las psicosis. Tratamientos biológicos y psicosociales. Tratamientos individuales, grupales y familiares. El papel de la familia en el tratamiento.

**Sesión 3:** La medicación como factor protector. Los tipos de medicación y cómo actúan. Efectos terapéuticos y efectos secundarios. Otros factores de protección y de riesgo. El papel de la familia en la recuperación.

**Sesión 4:** La prevención de recaídas. Reconocer las señales tempranas. Pasos concretos a seguir ante una crisis. Duración mínima del tratamiento farmacológico.

La metodología es activo – participativa. Mediante fotocopias, cuestionarios, pizarra y presentaciones con soporte informático se introduce el tema y, a continuación, se genera un debate a fin de facilitar la extracción de conclusiones y el compartir la experiencia y aprendizajes. En este sentido, los padres “veteranos” son una inestimable ayuda, actuando frecuentemente de coterapeutas, calmado las ansiedades de los “noveles” e insuflando esperanza en el proceso de recuperación.

Tras las sesiones psicoeducativas, el grupo continúa trabajando, con el objetivo de ir más allá del mero aprendizaje y transmisión de conocimientos. En un trabajo anterior (Belloso, García y Prado, 2000) se midieron los cambios experimentados en un grupo psicoeducativo de familiares de pacientes con diagnóstico de Trastorno Mental Grave en un Centro de Rehabilitación Psicosocial. Aunque el contexto era bien diferente, se apreció que es mucho más fácil producir cambios en el nivel de conocimientos que en las actitudes y expectativas hacia el paciente.

Los objetivos del módulo de afrontamiento y apoyo son:

- Consolidar los conocimientos aprendidos en las sesiones psicoeducativas.

- Corregir distorsiones acerca de las ideas sobre la psicosis que puedan surgir en el proceso de recuperación.
- Ofertar un espacio grupal donde elaborar la angustia e incertidumbre ante la enfermedad.
- Proporcionar un espacio de apoyo ante dificultades futuras.
- Propiciar el desarrollo de estrategias adaptativas de afrontamiento entre los familiares.
- Intervenir terapéuticamente ante situaciones / problemas que aparezcan en el tratamiento del paciente.

La duración de este módulo es indefinida, finalizando normalmente tras el alta del paciente del programa. Algunos padres mantienen su presencia en el módulo de afrontamiento, aunque el paciente se encuentre de alta del programa, produciéndose en estos casos una desvinculación progresiva y natural.

La metodología que se sigue en el módulo de afrontamiento y apoyo se estructura del siguiente modo:

- Al comienzo de cada sesión se revisan los temas analizados en la última sesión y se retoman si el grupo necesita una mayor elaboración de los mismos.
- Si no hay temas pendientes, se invita a comentar las incidencias, tanto negativas como positivas, que se hayan producido desde la última sesión.
- Si hay nuevos miembros, se realiza una breve presentación y resumen de los objetivos del grupo.
- Los temas que aportan los familiares son analizados por el grupo, siendo responsabilidad de los coordinadores animar a la participación de todos los miembros, promoviendo el desarrollo de soluciones adaptativas y que potencien la recuperación.
- Se finaliza el grupo con un resumen y conclusión de los temas tratados. Si no da tiempo, se pospone su continuidad para la siguiente sesión.

## Resultados y conclusiones

En el momento de redactar este artículo se han cumplido ya cinco años desde la puesta en marcha del Programa de Primeros Episodios en el Área de Gestión de Psiquiatría y Salud Mental del H. U. 12 de Octubre de Madrid. En este tiempo han sido derivados un total de 87 pacientes. Actualmente, continúan bajo tratamiento en el programa, veinte.

Como he comentado con anterioridad, el programa nació con los siguientes objetivos:

- Prevención de recaídas precoces.
- Adherencia al tratamiento.
- Adquisición de conciencia de enfermedad.
- Reducción de la comorbilidad.

En un primer y muy precoz análisis de resultados (Belloso, Caballero, Rubio, Arranz, y De Juan, 2010), realizado tras dos años de la puesta en marcha del programa, se obtuvieron datos muy favorables sobre 39 pacientes atendidos. Estos datos avalaron la eficacia y rentabilidad de un programa de intervención tras un primer episodio de psicosis, y posibilitaron continuar la actividad asistencial iniciada.

En el aspecto de la adherencia, la mayoría de los pacientes se mantuvieron vinculados al programa, produciéndose solamente un 10% de abandonos. Otro de los temas clave en los primeros episodios psicóticos, el consumo de sustancias, fue susceptible de ser abordado desde este encuadre. Previo a la intervención, un 67% de pacientes mostraban comorbilidad con trastorno por uso de sustancias, reduciéndose al 15% tras el primer año de intervención.

Pero sin duda, el principal problema tras el primer episodio psicótico es la recaída precoz, y el objetivo fundamental del programa, evitarlas, fue alcanzado satisfactoriamente. Si atendemos a la prevención de recaídas precoces, el 82% de los pacientes se mantuvieron tras un año en el programa sin necesitar un segundo ingreso. En aquellos que necesitaron más de un ingreso, éste se había producido al inicio del programa, esto es, menos de un mes desde la fecha de derivación, pudiendo encuadrarse no tanto como una recaída sino como una readaptación del episodio inicial.

Estos resultados pusieron de relieve la eficacia de una intervención temprana en las primeras fases de la evolución del trastorno, precisamente aquellas más sensibles y cruciales para el futuro desarrollo del proceso psicótico. Si bien los resultados muestran que una intervención intensiva en el primer año tras el brote es eficaz, no obstante, el tiempo transcurrido desde el primer episodio psicótico es una variable decisiva que hay que tener en cuenta, con el fin de valorar si este tipo de intervenciones son capaces de cambiar la “historia” a medio y largo plazo.

La perspectiva actual de cinco años de evolución del programa permite ahora un primer análisis de la eficacia del mismo, en cuanto a la reducción de las recaídas, a medio plazo. En el 2009, primer año de funcionamiento del programa, fueron atendidos 25 pacientes. Actualmente se mantienen sin haber reingresado de nuevo 21 (84%), y sólo 4 han precisado reingreso (16%). Sin duda son tasas de reingreso mucho más bajas que las reflejadas por la literatura científica al respecto (Malla et al., 2005; A. E. N., 2009). Con objeto de afinar más en el análisis de los reingresos, es importante señalar que de esos cuatro casos que precisaron reingreso, tres de ellos no habían finalizado la intervención en el programa, desvinculándose prematuramente y rechazando cualquier tipo de seguimiento psiquiátrico posterior. Este último dato viene a refrendar la importancia de la adquisición de una conciencia de enfermedad y de la adherencia al tratamiento en las primeras fases.

Estos resultados animan a continuar una intervención integral, intensiva y precoz con los jóvenes que padecen un primer episodio. Si bien aún es pronto para poder valorar si el trabajo descrito en estas páginas puede cambiar la perspectiva de la cronicidad por la de la integración y recuperación, a largo plazo. Sería interesante y necesario considerar la evolución de estos jóvenes tras un lapso de diez años, analizando no solo la posibilidad de los reingresos y/o recaídas, sino también su situación vital en cuanto al grado de recuperación y reinserción social.

## Referencias

- Asociación Española de Neuropsiquiatría (2008). *Cuaderno técnico 8: Consenso sobre promoción de la salud mental, prevención del trastorno mental y disminución del estigma*. Madrid: Autor. Recuperado de: [www.aen.es/web/docs/consensoprevencion\\_08](http://www.aen.es/web/docs/consensoprevencion_08)
- Asociación Española de Neuropsiquiatría (2009). *Cuaderno técnico 10: Consenso sobre Atención Temprana a la Psicosis*. Madrid: Autor. Recuperado de: <http://www.aen.es/web/docs/CTecnicos10.pdf>
- Belloso, J. J. (2012) Intervención Psicoterapéutica en el Trastorno Mental Grave. *Clínica Contemporánea*, 3, 3-23. <http://dx.doi.org/10.5093/cc2012a1>
- Belloso, J. J., Caballero, M., Rubio, G. y De Juan, A. (noviembre, 2010). *Programa de Primeros Episodios Psicóticos. Servicio de Psiquiatría (H. U. 12 de Octubre)*. Comunicación presentada en XV Curso Anual de Esquizofrenia: organizado por el Servicio de Psiquiatría del H. G. U. Gregorio Marañón, Madrid.
- Belloso, J. J.; García, B. y Prado, E. (2000). Intervención Psicoeducativa en un Centro de Rehabilitación Psicosocial. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XX, (73), 23-40.
- Becoña, E. (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 77, 25-32.
- Birchwood, M. (2000) 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.
- Caballero, M., Belloso, J. J. y Arranz, M. (2009). *Descripción del Programa Ambulatorio de Atención a Trastorno Mental Grave en el Servicio de Psiquiatría del H. U. 12 de Octubre de Madrid*. Comunicación presentada en XIV Curso Anual de Esquizofrenia: organizado por el Servicio de Psiquiatría del H. G. U. Gregorio Marañón, Madrid.
- Coleman, J.C. (1994). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Morata.

- Drury, V., Birchwood, M., Cochrane, R. y MacMillan, F. (1996). Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: A controlled trial. I. Impact on psychotic symptoms. *British Journal of Psychiatry*, 169, 539- 601.
- 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 (Eds.), *Psychological interventions in early psychosis. A treatment handbook*. (pp. 191-208). Chichester, UK: Wiley.
- EPPIC Statewide Services (2000). *Fact sheets on psychosis*. Early Psychosis Prevention and Intervention Centre. Recuperado de: [www.eppic.org.au](http://www.eppic.org.au)
- Espinosa, H. D. (2010). Las tareas de la adolescencia: Una lectura de la adolescencia normal. *Clínica e Investigación Relacional*, 4, 620-647.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. (Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM. N° 2006/05-2). Barcelona: Agència d’Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Recuperado de: <http://portal.guiasalud.es/web/guest/catalogo-gpc>
- Guillén-Riquelme, A. y Buela-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23, 510-515.
- Henry, L., Edwards, J., Jackson, H., Hulbert, C. y McGorry, P. (2002) *Cognitively Oriented Psychotherapy for First Episode Psychosis (COPE): A Practitioner's Manual*. Melbourne: EPPIC. Recuperado de: <http://www.eppic.org.au/free-downloads>
- Jackson, Ch. y Reading, B. (1996). *¡En marcha de nuevo! Guía para entender y recuperarse de la psicosis*. The Birmingham Early Intervention Service. Recuperado de: [http://www.p3-info.es/PDF/Folleto\\_Psicosis.pdf](http://www.p3-info.es/PDF/Folleto_Psicosis.pdf)
- Lemos, S., Vallina, O., Fernandez, P., Ortega, J., Garcia, P. y Gutierrez, A. (julio, 2007). *A three-year follow up study of the prevention program for psychosis*. Ponencia presentada en el Xth European Congress of Psychology. Prague. Czech Republic.
- Lewis, S., Tarrier, N., Haddock, G., Bentall, R., Kinderman, P., Kingdon, D., ... Dunn, G. (2002). Randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy in early schizophrenia: acute- phase outcomes. *British Journal of Psychiatry*, 181 (Suplemento 43), 91-97.
- Malla, A. K., McLean, T. S. y Norman, R. (2005) Intervención psicoterapéutica grupal en la recuperación del primer episodio de psicosis. En J. F. M., Gleeson y P. D., McGorry (Cord.) *Intervenciones psicológicas en la psicosis temprana. Un manual de tratamiento* (pp. 219-252). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Martínez, R., Bourgeois, M. y Peyre, F. (1991). Estudio de la validación de la escala de depresión de Montgomery y Asberg. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 11, 9-14.
- McGorry, P. D. (2005). Un resumen de los antecedentes y del alcance de las intervenciones psicológicas en psicosis temprana. En Gleeson, J. F. M., McGorry, P. D. (Cord.) *Intervenciones psicológicas en la psicosis temprana. Un manual de tratamiento* (pp. 25-61). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Nuechterlein, K. H., Green, M. F. (2006). *MATRICS consensus cognitive battery (MCCB)*. Los Angeles: Psychological Assessment Resources, inc. University of California.
- Peralta, V. y Cuesta, M. J. (1994). Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 22, 171-177.
- Población, P. (1997). *Teoría y Práctica del Juego en Psicoterapia*. Madrid: Ed. Fundamentos. Col. Ciencia.
- Ruiz de Azúa, S., González-Pinto, A., Vega, P., Gutierrez, M. y Asua, J. (2009). *Revisión de los tratamientos psicológicos en primeros episodios psicóticos*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco. (Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA N° 2007/08). Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Startup, M., Jackson, M. y Bendix, S. (2004). North Wales randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for acute schizophrenia spectrum disorders: outcomes at 6 and 12 months. *Psychological Medicine*, 34, 413-422.

- Vallina, O., Lemos, S., Fernández, P. (2006). Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis. *Apuntes de Psicología*, 24(1-3), 185-221.
- Young, R. C., Biggs, J. T., Ziegler, V. E. y Meyer, D. A. (1978). A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *British Journal of Psychiatry*, 133, 429-435.

Manuscrito recibido: 06/03/2014

Revisión recibida: 19/05/2014

Manuscrito aceptado: 21/05/2014