



La atención a la psicosis temprana y al trastorno mental severo en la comunidad

**Lalucat Lluís, San Emeterio Maite, Teixidó Mercè,
Casalé Dolors, Villegas Francisco y Ciutat Àngels**

Centre d'Higiene Mental Les Corts, Barcelona

I. EL PLAN DIRECTOR DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE LA GENERALIDAD DE CATALUÑA

El desarrollo de la reforma de la asistencia psiquiátrica iniciado en 1981 en Cataluña ha priorizado desde su inicio la atención a los trastornos mentales severos (TMS). Con la creación de la Red de Salud Mental de Utilización Pública del Servicio Catalán de la Salud (CatSalut) quedó configurada una Red de Servicios de Salud Mental con una amplia gama de dispositivos: Centros de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ), Centros de Salud Mental de Adultos (CSMA), Servicios de Rehabilitación Comunitaria (SRC), Servicios de Urgencias, Unidades de Hospitalización total y parcial. Todos ellos articulados territorialmente con una base poblacional definida y con un volumen en torno a los 100.000 habitantes.

Este proceso consolida una cartera de servicios y unos programas asistenciales orientados a la población con TMS que permite una gradación de las intervenciones asistenciales en función de la gravedad clínica, las necesidades individuales y las condiciones y posibilidades de atención en la comunidad. Dicha cartera de servicios incluye los siguientes programas vinculados a los centros de salud mental:

- Programa de atención específica al Trastorno Mental Grave (TMG) en la infancia y adolescencia.
- Programa de atención básica al Trastorno Mental Severo (TMS)
- Programa de atención específica al Trastorno Mental Severo (TMS)
- Plan de Servicios Individualizado (PSI)

Cada uno de estos programas tiene definida la población diana, los componentes del manejo psiquiátrico y la organización asistencial.

En 2006 el Departamento de Salud de la Generalidad de Cataluña presentó un Plan Director de Salud Mental y Adicciones, elaborado con la participación de un amplio colectivo de profesionales e instituciones vinculadas al Consejo Asesor de Salud Mental y Adicciones, que explicita el modelo de atención para la salud mental y las adicciones, señala las prioridades para los próximos años y define sus objetivos operativos.

El modelo de atención está presidido por una orientación a las necesidades de los usuarios, la integración asistencial, una visión global y de continuidad, un enfoque comunitario de los servicios y de las prestaciones, un sistema



de atención integrado e integral de base territorial y una práctica asistencial basada en la evidencia científica.

Entre las prioridades se recoge la implantación progresiva de una nueva cartera de servicios en los centros de salud mental que incluya la atención a las personas con psicosis temprana, el incremento de la oferta de atención domiciliaria y de soporte familiar a los trastornos mentales severos y la extensión de la atención a la población infantil y juvenil.

Todo ello se concreta en los siguientes objetivos operativos:

- Creación de programas polivalentes con capacidad de respuesta rápida en la atención a la psicosis temprana.
- Mejora de la atención a las personas con Trastorno Mental Severo
- Mejora de la atención a niños y adolescentes con Trastorno Mental Grave.
- Potenciación de la rehabilitación psicosocial en la comunidad.

2. EL PROGRAMA DE ATENCIÓN ESPECÍFICA A LA PSICOSIS TEMPRANA

La formulación de un programa de esta naturaleza se ha fundamentado en la amplia experiencia asistencial e investigadora internacional sobre los beneficios de la detección y el tratamiento precoz de las psicosis, teniendo en cuenta la declaración conjunta de la Internacional Early Psychosis Association (IEPA) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2002 y con la voluntad de una reorientación de las organizaciones asistenciales de salud mental hacia las fases iniciales de los trastornos mentales y las situaciones de riesgo.

La justificación de este programa puede quedar resumida en la afirmación de Birchwood y McMillan (1993) según la cual “la intervención precoz puede contribuir a evitar el deterioro biológico, social y psicológico que,

por lo general, puede producirse en los años siguientes al comienzo del trastorno psicótico”. Y también en la apreciación de Edwards y McGorry (2002) según la cual “las personas jóvenes no reciben asistencia hasta que manifiestan un riesgo severo para sí mismas o para los demás, o desarrollan un patrón crónico de enfermedad recurrente y discapacidad que requiere tratamiento continuado”.

La bibliografía internacional recoge de forma pormenorizada las posibles consecuencias de una detección tardía y del retraso en la intervención terapéutica, y señala como las principales las siguientes: una recuperación más lenta e incompleta, un peor pronóstico evolutivo, un incremento de los riesgos de depresión y suicidio, una interferencia en el desarrollo psicológico y social de la persona, la interrupción de los estudios o de la inserción laboral, un incremento de las tensiones interpersonales, un aumento de la ansiedad y de los problemas psicológicos y relacionales en la familia, una disminución o pérdida del soporte familiar y social, una alteración de las habilidades parentales, el abuso de sustancias, la aparición de conductas violentas, una pérdida de la autoestima y la confianza en las propias capacidades, un uso inadecuado de las hospitalizaciones y un incremento de los costes sanitarios y sociales.

La atención a la psicosis temprana se ha estructurado como un **Programa de Atención Específica al Trastorno Psicótico Incipiente (PAE-TPI)** que incorpora como **población diana** los Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR) de trastorno psicótico o fases prodrómicas (que incluye la presencia de síntomas psicóticos limitados, breves e intermitentes con duración inferior a una semana, los síntomas psicóticos atenuados y los factores de riesgo-estado), así como los primeros episodios psicóticos entendidos como la aparición por primera vez de un episodio psicótico declarado.



La población diana del programa incluye, en consecuencia, primeros episodios psicóticos y poblaciones con síntomas prodrómicos o manifestaciones y situaciones de Estado Mental de Alto Riesgo, con edades comprendidas entre los 14 y los 35 años. Diferentes estudios internacionales refieren una incidencia anual de EMAR entre 30 a 90 casos por 100.000 habitantes y una incidencia anual de primeros episodios psicóticos de 20 a 30 casos por 100.000 habitantes. La prevalencia de casos en programa se ha establecido sobre la base de la atención continuada durante un periodo crítico de 3 a 5 años de duración y, en consecuencia, con un volumen de 60 a 90 casos a tres años o de 100 a 150 en cinco años.

La información disponible de la atención al trastorno psicótico incipiente en los centros de salud mental a partir de los sistemas de información de salud mental como el Conjunto Mínimo de Datos Básicos de Salud Mental (CMDB-SM) revela con claridad una detección limitada, así como la sospecha de una valoración incompleta y de una atención insuficiente.

De un examen más detenido de las **actuales condiciones de atención** a los trastornos mentales más graves, se derivan las siguientes conclusiones:

1. Los Centros de Salud Mental de Adultos atienden en torno a un 20% de Trastornos Mentales Severos y dedican a ellos cerca de un 40% de la actividad asistencial. Sin embargo, la asistencia está centrada fundamentalmente en la enfermedad instalada con un bajo volumen de dedicación a la prevención secundaria (detección precoz).
2. Los dispositivos comunitarios no responden de forma adecuada a las necesidades de detección, diagnóstico, valoración y atención de la psicosis temprana concurriendo en ello factores diversos como la falta de formación para la detección precoz, una organización asistencial con listas de espe-

ra, saturación por lo urgente de los tratamientos en curso y largos espacios entre contactos asistenciales. Todo ello obstaculiza la detección y valoración acertada de trastornos incipientes en personas con impedimentos para expresar sus dificultades y necesidades.

3. Las modalidades de tratamiento habitual tienen poco en cuenta las características de las fases iniciales del trastorno y el contexto en el que se producen. Se trata de personas jóvenes que con frecuencia presentan una gran reticencia a consultar en el sistema sanitario y en particular en un servicio de salud mental. Esta población posee un tiempo diferente del que marca las actuaciones de los servicios y presenta gran prevalencia en el consumo de tóxicos. Los dispositivos presentan una insuficiente atención psicológica y, en ocasiones, carecen de la formación adecuada para la atención al abuso y a la dependencia de sustancias.
4. En conjunto, los servicios de salud mental en la comunidad no ofrecen la necesaria agilidad para la atención a estas poblaciones, flexibilidad en las respuestas y en la organización asistencial, carecen de tratamientos integrales, no garantizan la continuidad asistencial y presentan dificultades en la articulación de intervenciones coordinadas entre diferentes dispositivos.

El Programa de Atención Específica al Trastorno Psicótico Incipiente se ha estructurado en torno a estrategias de detección precoz, diagnóstico y valoración integral e intervención terapéutica. Las **estrategias de detección precoz** se han orientado a la formación y sensibilización de profesionales de la Atención Primaria de Salud mediante sesiones formativas, documentación para la detección precoz, interconsulta y mejora de la coordinación asistencial. Las **estrategias de diagnóstico y valoración integral** se han centrado en una adaptación de la recogida de información e historia



psiquiátrica, el examen del estado mental, la estandarización de la valoración psicológica y neuropsicológica, la apreciación de riesgos, la valoración del soporte familiar y del funcionamiento y recursos sociales, la calidad de vida y las aspiraciones y preferencias del usuario. La valoración integral y el diagnóstico requiere ser re-avaluado a los tres meses y actualizado cada medio año. Las **estrategias de intervención terapéutica** se han establecido sobre la base de tres condiciones o situaciones clínicas diferenciables:

- a) Presencia de antecedentes familiares o EMAR inespecífico y síntomas psicóticos atenuados o intermitentes (EMAR).

En estas situaciones, se dará especial relevancia a la valoración y alianza de trabajo, ofreciendo supervisión y apoyo, tratamiento de los síntomas inespecíficos o específicos, intervenciones psicológicas y rehabilitadas tempranas, educación y apoyo a la familia, información adaptada y flexible, atención en lugar aceptable, cobertura de necesidades básicas, valoración y tratamiento de la comorbilidad y apoyo escolar o laboral. En lo relativo al tratamiento farmacológico, se aconseja el uso de ansiolíticos o antidepresivos. Ante situaciones de deterioro rápido o agravamiento sintomático, con riesgo de suicidio o agresión, considerar el uso de medicación anti-psicótica y el ámbito de tratamiento adecuado.

- b) Primer episodio psicótico En cuanto a la intervención ante un primer episodio psicótico, se ha establecido un periodo breve de observación sin uso de anti-psicóticos, el uso de benzodiazepinas para tratar la ansiedad o trastornos del sueño, el uso posterior de anti-psicóticos atípicos a dosis bajas con incremento progresivo en función de la respuesta y su mantenimiento por un periodo de 12 meses. Las intervenciones psicosociales incluyen intervenciones psico-

lógicas, psicoeducación y apoyo emocional y monitorización del riesgo de suicidio.

Se deberá valorar el ámbito de la intervención, preferenciándose el ámbito seguro menos restrictivo, priorizar la atención comunitaria y las intervenciones domiciliarias, la hospitalización de día y, en su caso, la hospitalización de agudos.

- c) Periodo crítico

Durante el periodo crítico es aconsejable el mantenimiento de la intervención farmacológica según protocolo específico, el desarrollo de intervenciones psicosociales que incluyan psicoterapia a largo plazo, apoyo y resolución de problemas, atención familiar, intervenciones grupales e intervenciones de rehabilitación e inserción. Durante este periodo debe ofrecerse una atención continuada, orientada a la prevención de recaídas y facilitar, si es necesaria, la posterior continuidad asistencial en los dispositivos adecuados.

La **organización del programa** requiere la constitución de un equipo multidisciplinar y transversal que integre los diferentes dispositivos comunitarios de atención a la salud mental y adicciones. En esta dirección se debe constituir un equipo formado por psiquiatra, psicólogo, enfermero, trabajador social y profesionales del Servicio de Rehabilitación Comunitaria y del Centro de Atención y Seguimiento a las Adicciones con una estructura transversal que incluye profesionales del CSMIJ, CSMA, SRC y CAS. La constitución de este equipo integrado en los diferentes servicios responde a la finalidad de favorecer la accesibilidad, la atención integral y la continuidad asistencial.

El modelo organizativo ha de favorecer una respuesta ágil y flexible en tiempo y espacio, centrada en el usuario y su entorno, y que permita una asistencia integral y adaptada a las necesidades. Este equipo del programa ha



de poseer formación específica y adecuada para la intervención en las fases tempranas de las psicosis, incluyendo el diagnóstico y la valoración integral con inclusión de instrumentos idóneos, formación en intervenciones especializadas tanto farmacológicas como psicosociales y capacidad para el análisis y estudio de signos y síntomas iniciales, vías de acceso, procesos de recuperación y efectividad del programa.

La inclusión de este nuevo programa en la cartera de servicios de los dispositivos comunitarios de salud mental comporta, necesaria-

mente, una revisión y adaptación de los programas hasta ahora existentes de atención al Trastorno Mental Severo en la comunidad. En consecuencia, es necesaria su correcta articulación y el máximo aprovechamiento de las sinergias derivadas de compartir un mismo territorio y unas intervenciones comunitarias orientadas hacia una finalidad común y vinculadas a la inserción social, la disminución del estigma y el ejercicio de la ciudadanía.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Birchwood M. Mac Millan JF. *Early intervention in schizofrenia. Aust N. Zeal J. Psychiatry* 1993, 27: 374–378.
- Edwards, J. & McGorry, P. D. *Implementing Early Intervention in Psychosis: A Guide to Establishing Early Psychosis Services*. London: Martin Dunitz. 2002.
- Departamento de Salud de la Generalidad de Cataluña. *Plan Director de Salud Mental y Adicciones*. Barcelona 2006.
<http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/salutmental2006n.pdf>
- World Health Organization and International Early Psychosis Association. *Early Psychosis Declarationan International Consensus Statement about Early Intervention and Recovery for Young People with Early Psychosis*.
<http://kc.nimhe.org.uk/upload/EARLY%20PSYCHOSIS%20DECLARATION.doc>