

# **PROGRAMA DE ATENCION TEMPRANA EN PRIMEROS EPISODIOS PSICOTICOS Y FASES INICIALES**

---

**AGCSM**

**HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE**

**ATEMPO.12**

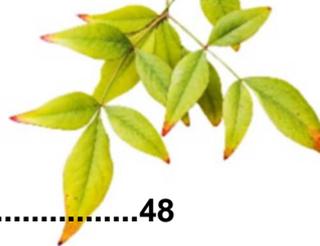
**Autores:**

- **Isabel Martínez Gras**
- **Luis Sánchez Pastor**
- **Juan Manuel Espejo-Saavedra Roca**
- **Nazaret Saiz Briones**
- **Laura Rosa Cerezo**
- **Verónica Saiz Herance**
- **Raquel Hermosa Peña**
- **Roberto Rodríguez Jiménez**



# Contenido

<b>Introducción</b> .....	4
<b>Justificación de la intervención temprana</b> .....	4
<b>Principales Programas internacionales de Intervención Temprana en Psicosis</b> .....	6
<b>Eficacia de la intervención en Intervención Temprana en Psicosis</b> .....	7
<b>Programa de PEP del AGCSM del Hospital 12 de Octubre</b> .....	8
<b>Población diana</b> .....	9
<b>Flujo de pacientes</b> .....	10
<b>Objetivos del programa</b> .....	11
<b>Equipo asistencial</b> .....	16
<b>Intervención en el Programa de Primeros Episodios Psicóticos del AGCSM del Hospital 12 de Octubre</b> .....	17
<b>Intervenciones de tratamiento previstas en el Programa “NAVIGATE”</b> .....	20
<b>Evaluación de programa “NAVIGATE”</b> .....	26
<b>Proceso de evaluación</b> .....	28
<b>Evaluación individual</b> .....	28
<b>Evaluación familiar</b> .....	29
<b>Plan individualizado de tratamiento temprano (PITT)</b> .....	30
<b>Tipo de intervención</b> .....	32
<b>Tratamiento farmacológico</b> .....	33
<b>Cuidado de la salud física y hábitos de vida saludable</b> .....	35
<b>Grupo de Autocuidados</b> .....	37
<b>Intervención psicológica</b> .....	38
<b>Grupo Multifamiliar de Psicoeducación</b> .....	40
<b>Programa de Entrenamiento Metacognitivo</b> .....	41
<b>Grupo de Prevención de Recidivas</b> .....	42
<b>Grupo de Elaboración del Episodio Psicótico</b> .....	42
<b>Grupo de Regulación Emocional</b> .....	43
<b>Consumo de tóxicos</b> .....	44
<b>Intervención Social</b> .....	46
<b>Taller de Orientación Laboral/ Educativa</b> .....	48



Taller de Ocio y Tiempo Libre .....	48
Grupo de Trabajo del ACGSM del Programa de PEP y Fases iniciales de la Psicosis .....	50
Indicadores .....	51
Bibliografía.....	56



# Introducción

Se estima que la prevalencia de los trastornos psicóticos en la población general se encuentra en un 3% (considerando los trastornos psicóticos en su conjunto y no sólo la esquizofrenia) (Perälä et al., 2007). La aparición de estos trastornos, excluyendo el periodo premórbido y prodrómico, ocurre al final de la adolescencia o primeros años de la vida adulta (Segarra, 2014), periodos en los que por lo general el sujeto se enfrenta a procesos vitales importantes debiendo de afrontar tareas y procesos madurativos que serán decisivos para su desarrollo biológico, psicológico, social y vocacional (Kessler et al., 2007). Es por ello que su aparición supone una ruptura biográfica así como compromiso del desarrollo del sujeto joven o adolescente, suponiendo además un acontecimiento especialmente complicado y estresante para el mismo y su entorno familiar.

## Justificación de la intervención temprana

La filosofía en la que se basan este tipo de intervenciones se justifica en la necesidad de intervenir en la psicosis desde sus estadios iniciales dado que por lo general las personas que desarrollan un Trastorno Psicótico pasan largos periodos de tiempo con sintomatología psicótica de diferente modalidad, intensidad e interferencia en sus vidas sin recibir ningún tipo de tratamiento. Estos periodos de demora pueden oscilar desde 6 meses hasta varios años de media (Norman and Malla, 2001). Este periodo de espera no es indiferente y suele traer como consecuencia una recuperación posterior más lenta e incompleta de la psicosis, un aumento de la comorbilidad (especialmente depresión, consumo de tóxicos y suicidio), un deterioro de las relaciones sociales y familiares y un peor pronóstico (Marshall et al., 2005). Algunos autores afirman además, que las limitaciones en la efectividad de las actuales modalidades de tratamiento psicosocial, e incluso la misma cronicidad de la psicosis, son el resultado lógico del fallo en la aplicación de las modalidades



terapéuticas actuales a los momentos iniciales de la enfermedad (Johannessen et al., 2000).

Esta demora en el inicio del tratamiento comprende dos momentos: El primero es el que va desde el inicio de los primeros síntomas de enfermedad (entendidos estos, como las primeras alteraciones conductuales y psicológicas significativas que interrumpen la normalidad del periodo premórbido del individuo) hasta el inicio de la psicosis (entendido este, como el momento de la aparición de los primeros síntomas de intensidad psicótica) y que se conoce como el periodo de duración de la enfermedad sin tratar (DUI). El segundo momento, es el periodo que abarca desde el inicio de los primeros síntomas, hasta el momento en que el sujeto empieza a recibir un tratamiento (entendido este como farmacológico) adecuado a su patología. Este espacio de tiempo se denomina periodo de psicosis sin tratar (DUP), y su reducción se considera un objetivo prioritario para conseguir una mejor evolución de la enfermedad (Larsen et al., 2001).

La relevancia de este periodo temporal en la posterior evolución de la enfermedad psicótica, conduce a la posibilidad de introducir estrategias encaminadas a la prevención primaria y a la prevención secundaria de la psicosis.

Por otro lado la carga económica que genera la psicosis es muy relevante dado que conlleva una pérdida de la productividad tanto de la persona que lo padece como de su familia (Knapp et al., 2004; Schulze and Rossler, 2005). Así en España es responsable del 0,94% de todos los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), 1.78% de todos los años vividos con discapacidad (AVDP) y del 1,1% del gasto nacional de salud (Charrier et al., 2013, IHME, 2015).



## Principales Programas internacionales de Intervención Temprana en Psicosis

Es en la década de los 90 cuando surgen las primeras iniciativas en la implementación de este tipo de programas. Podemos reseñar que los programas pioneros y que han sido modelo del resto de iniciativas son:

- ✚ **Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC)** en Melbourne, Australia (McGorry et al., 1996).
- ✚ **Early Intervention Service (EIS)** en Birmingham, Reino Unido (Birchwood et al., 1997).

Otros programas implantados con posterioridad han sido:

- ✚ **Prevention and Early Intervention Program for Psychosis (PEPP)** en Londres-Canadá (Malla et al., 1999).
- ✚ **Early Treatment and Identification of Psychosis project, (TIPS)** en Noruega y Dinamarca (Johannessen et al., 2001).
- ✚ **Early Psychosis Program (EPP)** en Calgary, Canadá (Addington and Addington, 2001).
- ✚ **Early detection and assertive community treatment of young psychotics: the Opus Study** (Jorgensen et al., 2005) en Dinamarca.
- ✚ **RAISE (Recovery After an Initial Schizophrenia Episode)** en USA (Mueser et al., 2015).

La situación actual en nuestro país ha sido analizada en el Libro Blanco de la Intervención Temprana en psicosis (2018), cuyo objetivo ha sido la divulgación de la evidencia existente sobre la intervención temprana en psicosis en nuestro entorno.



Actualmente existe consenso internacional sobre la importancia de tratar lo más precozmente los diferentes estadios de la psicosis con la finalidad de incidir sobre la evolución de la enfermedad, persiguiendo no solo el control de los síntomas, sino la recuperación funcional y de la calidad de vida.

Este cambio de perspectiva respecto al tratamiento de la psicosis se basa en el modelo de la estadificación clínica, que permite definir la medida de progresión de la enfermedad desde sus primeras manifestaciones y de esta manera seleccionar el tratamiento más adecuado, con la finalidad de interrumpir la progresión de la misma de la misma a estadios posteriores (McGorry et al., 2006).

## **Eficacia de la intervención en Intervención Temprana en Psicosis**

Un reciente metaanálisis demuestra que los programas de tratamiento de PEP tienen un impacto beneficioso a los dos años del inicio de la psicosis, tanto en el curso de la enfermedad como en el funcionamiento del paciente (Álvarez- Jiménez et al., 2011). Algunos de los beneficios se pierden en los seguimientos más largos, pero la reducción en la duración de las hospitalizaciones se mantiene a los cinco años (Craig et al., 2004; Bertelsen et al., 2008). En la actualidad se plantea que la aplicación de los programas de tratamiento de PEP debe prolongarse a lo largo de todo el periodo crítico, es decir, los primeros cinco años de la enfermedad, para lograr una mayor efectividad a largo plazo (Melau et al., 2011; Nordentoft et al., 2014).

Estos programas están recomendados en las guías clínicas más importantes sobre el tratamiento de la esquizofrenia, que incluyen secciones sobre PEP (NICE, 2008; PORT, 2009).

Además se ha elaborado una declaración de consenso de expertos internacionales (International Early Psychosis Association Writing Group, 2005) así como guías de práctica clínica específicas dirigidas a las fases iniciales de las psicosis (Origen Youth Health, 2010; IRIS Guideline Update, 2012) y un consenso del Royal College of Psychiatrists en el que se



recogen los estándares para la implementación de este tipo de programas de Intervención (Chandra et al., 2018). En nuestro país se ha desarrollado la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, coordinada por el Fórum de Salud Mental (2009) y el Consenso de Atención Temprana a las Psicosis de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (2009).

## Programa de PEP del AGCSM del Hospital 12 de Octubre

Desde el año 2009, el **Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental (AGCPSM)** cuenta con un **Programa de Intervención para Primeros Episodios Psicóticos y Fases Iniciales** integrado en el Hospital de Día en coordinación fundamentalmente con la Unidad de Hospitalización Breve (UHB) y en el que se han venido atendiendo desde entonces a 250 pacientes.





## Población diana

En el **Programa de Intervención para Primeros Episodios Psicóticos Fases Iniciales** se incluyen dentro de la población diana las personas que han presentado un primer episodio de psicosis y se encuentran dentro de los cinco primeros años de evolución de la enfermedad, con edades comprendidas entre los 18 y 45 años. A partir de los 35 años las intervenciones se adaptan a las características de esta población.

El conjunto de diagnósticos prioritariamente asociados a los trastornos psicóticos establecidos puede comprender los siguientes (según criterios DSM o CIE):

- ✚ Trastorno esquizotípico de la personalidad
- ✚ Trastornos de ideas delirantes
- ✚ Esquizofrenia
- ✚ Trastornos psicóticos agudos (trastorno psicótico breve)
- ✚ Trastornos esquizoafectivos
- ✚ Trastorno esquizofreniforme
- ✚ Trastornos psicóticos no orgánicos
- ✚ Trastorno catatónico no especificado
- ✚ Trastorno bipolar, episodio maníaco con síntomas psicóticos
- ✚ Trastorno bipolar, episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- ✚ Trastorno depresivo recurrente con síntomas psicóticos

El programa atiende a las personas del Área de Salud del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

Si bien en las guías de referencia de los programas de atención temprana se recomiendan intervenciones dirigidas a sujetos de alto riesgo (EMAR=Estados Mentales de Alto Riesgo), en nuestro caso las intervenciones incluidas en el programa se han centrado más en pacientes con un PEP.



## Flujo de pacientes

El flujo de pacientes establecido se describe en la figura nº 1.



Figura nº 1. Flujo de pacientes en el Programa ATEMPO.12

Como vemos los pacientes ingresan en el programa procedentes de diferentes dispositivos:

- ✚ UHB del Hospital 12 de Octubre: es la principal vía de ingreso
- ✚ UHB del Complejo Asistencial Benito Menni
- ✚ Servicio de urgencias
- ✚ Interconsulta hospitalaria
- ✚ CSM
- ✚ Otros dispositivos

Cuando un paciente con un PEP ingresa en UHB o en el Hospital de Día, la intervención se inicia desde el primer momento, existiendo una estrecha coordinación entre los profesionales de ambas Unidades Asistenciales y con los responsables de Cuidados ubicados en los Centros de Salud Mental.

Versión 1.0



## OBJETIVOS CLINICOS

### Objetivo general:

Atención integral a pacientes con Primer Episodio Psicótico o en Fases iniciales de la Psicosis de 18 a 45 años.

### Objetivos específicos

- ✚ Formular un Plan Integrado de Atención Temprana (PIA) para cada persona que esté incluida en el Programa.
- ✚ Disponer de intervenciones específicas (psicológicas, farmacológicas y psicosociales) basadas en la evidencia científica adaptadas a las distintas fases iniciales de la psicosis, y orientadas hacia la recuperación.
- ✚ Reducir el impacto de la psicosis en el paciente y su familia.
- ✚ Reducir el período de psicosis sin tratar (DUP).
- ✚ Evitar las hospitalizaciones traumáticas y reducir los internamientos involuntarios.
- ✚ Reducir el riesgo de recaídas.
- ✚ Minimizar la comorbilidad y riesgos asociados (depresión, estrés post-traumático, abuso de sustancias, etc.).
- ✚ Reducir riesgo de suicidio.
- ✚ Facilitar y estimular la implicación en el tratamiento de familia y paciente.
- ✚ Favorecer el mantenimiento de la calidad de vida del paciente y su familia.
- ✚ Facilitar y priorizar las intervenciones en entornos comunitarios.
- ✚ Garantizar el mantenimiento de esta atención integral de manera sostenida durante el periodo crítico (3-5 años) y la continuidad de la atención necesaria tras este periodo.
- ✚ Capacitar y/o mantener en las personas sus principales logros y áreas de desarrollo psicosocial (educación, empleo, ocio y tiempo libre), priorizando la utilización de recursos normalizados.
- ✚ Sensibilizar y disminuir el estigma social acerca de la psicosis.

Versión 1.0



## OBJETIVOS DOCENTES

Según se contempla en la *Orden SCO/2616/2008 del Ministerio de Sanidad y Consumo* en la que se regula el Programa Formativo de la especialidad de Psiquiatría, la Rotación por programa específicos, en este caso por el Programa de Primeros Episodios Psicóticos y Fases Iniciales” queda incluida en el apartado 6.2.3.2. en el que se define los Trayectos Formativos contemplados para residentes de cuarto año (MIR 4).

Con respecto a las especialidades de enfermería, quedan reguladas en el Real Decreto 450/2005. El programa de PEP recibe residentes de enfermería de Salud Mental, cuyo programa formativo queda recogido en la Orden SPI/1356/2011, reflejando dicha rotación dentro del apartado “Unidades especiales”. También, colabora en la formación de residentes de enfermería Familiar y Comunitaria (Orden SAS/1729/2010).

En el caso del Programa Formativo de la Especialidad de Psicología Clínica (BOE 17/06/2009), se contempla que, en el último año de residencia, las PIR realicen recorridos formativos específicos no incluidos en el circuito básico de rotación. El Programa de Primeros Episodios Psicóticos y Fases Iniciales se enmarca dentro de los Programas de Formación Específica que pueden desarrollar las residentes PIR en su último año de residencia.

En este sentido se pretende que los Residentes rotantes en el Programa alcancen una serie de conocimientos y habilidades tanto clínicas como relacionadas con la comunicación, promoción de la salud y vinculadas con la gestión clínica y la ética.

Así mismo se les ofertan actividades de Formación Continuada acreditada (sesiones clínico/bibliográficas específicas -HD/UHB-, sesiones generales del AGCPSM, ambas realizadas semanalmente y acceso a formación proporcionada por la Consejería de Sanidad como los cursos del IMAP y los cursos de la Dirección General de Planificación, Investigación y Formación (antes Agencia Laín Entralgo).



Cada residente que es aceptado en el programa se encuentra tutorizado por un tutor (MIR, PIR o EIR) encargado de la supervisión directa y apoyo al residente. Al final de la rotación se realiza una evaluación acorde los estándares del Ministerio de Sanidad y Consumo. En el caso de los MIR se realiza además a través de una prueba objetiva de evaluación de competencias (ECOE) diseñado de manera específica para este programa (Guía Docente de Rotación para el Programa de Primeros Episodios psicóticos y Fases Iniciales de la Psicosis -MIR).



## OBJETIVOS DE INVESTIGACION

La mayor parte de profesionales del Hospital de Día, Urgencias y de la Unidad de Hospitalización, pertenecen al grupo consolidado “Cognición y Psicosis” del **Instituto de Investigación Sanitaria Hospital 12 de Octubre**, así como del grupo clínico vinculado GCV17-2 del **CIBERSAM** (Centro de Investigación en Red de Salud Mental) del Instituto Carlos III.

Este equipo de investigación tiene por objetivo el estudio de los procesos cognitivos en los trastornos neuropsiquiátricos, con especial interés en los trastornos psicóticos. Se trata de un grupo de investigación consolidado e independiente, cuyo interés se focaliza hacia el estudio de la cognición (neurocognición y cognición social) y su relación con la funcionalidad y la calidad de vida; especialmente en el ámbito de los trastornos psicóticos: esquizofrenia y trastornos relacionados, trastorno bipolar. De manera más reciente, este grupo ha iniciado varias líneas de investigación sobre las nuevas tecnologías como apoyo y complemento a los abordajes médico-psicológicos en los trastornos psicóticos.

El **objetivo general** del grupo de investigación es el estudio de los procesos cognitivos y la funcionalidad/calidad de vida en pacientes con Primeros Episodios Psicóticos.

Los **objetivos específicos** son los siguientes:

1. Estudio de la Neurocognición y la Cognición Social, así como de las relaciones entre ambos tipos de cognición en pacientes psicóticos.
2. Estudio de la influencia que tiene en el pronóstico y funcionalidad de los pacientes con trastornos psicóticos la Neurocognición y la Cognición Social, en relación con otras variables como la sintomatología psicótica productiva o la clínica negativa.
3. Estudio de estrategias terapéuticas (farmacológicas y de rehabilitación cognitiva) de mejora del funcionamiento neurocognitivo y en cognición social y su repercusión en la capacidad funcional del paciente.
4. Estudio de la integración de las nuevas tecnologías en el abordaje diagnóstico y terapéutico de los trastornos psicóticos.

Versión 1.0



Actualmente, se desarrollan varios **proyectos competitivos**, tanto propios como colaborativos con otros grupos a nivel nacional, entre los que se puede destacar:

- Factores que influyen en la funcionalidad en la comunidad de pacientes con primeros episodios psicóticos: Estudio longitudinal de neurocognición, cognición social y síntomas clínicos (PEP2F). Entidad/es financiadora/s: Instituto de Salud Carlos III. (PI19/00766). Fecha de inicio-fin: 2020 – 2022.
- Ambiente y Genes en Esquizofrenia (AGES-CM 2). Entidad/es financiadora/s: Comunidad de Madrid, Fondo Social Europeo (S2017/BMD-3740). Fecha de inicio-fin: 2018 – 2021.
- Factores que influyen en la funcionalidad en la comunidad de pacientes con primeros episodios psicóticos: Estudio longitudinal de neurocognición, cognición social y síntomas clínicos. Entidad/es financiadora/s: Instituto de Salud Carlos III. (PI16/00359) .Fecha de inicio-fin: 2017 – 2019.
- Ambiente y Genes en Esquizofrenia (AGES) – Grupos de Investigación de la Comunidad de Madrid. Entidad/es financiadora/s: Comunidad de Madrid, Fondo Social Europeo (2012/0056/S2010/BMD-2422). Fecha de inicio-fin: 2012 – 2018.



## Equipo asistencial

El programa cuenta con un equipo multidisciplinar formado específicamente compuesto por los siguientes profesionales:

### HOSPITAL DE DIA (HD)

- 2 Psiquiatras (uno de ellos compartido con programa de Depresión Resistente)
- 1 Psicólogo Clínico (compartido con UHB)
- 2 Enfermeras Especialistas en Salud Mental (compartidas con Programa de TMG y programa de Alcohol)
- Terapeuta Ocupacional (compartida con UHB)

### UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE (UHB)

- Jefe de Sección UHB-Hospital de Día-Urgencias
- Supervisor de Enfermería
- Psiquiatras Programa de Psicosis
- Enfermeras especialistas en Salud Mental de UHB

### CENTROS DE SALUD MENTAL (CSM)

Cada CSM dispone de un equipo compuesto de:

- Psiquiatra
- Psicólogo Clínico
- Enfermera Especialista en Salud Mental
- Trabajadora Social

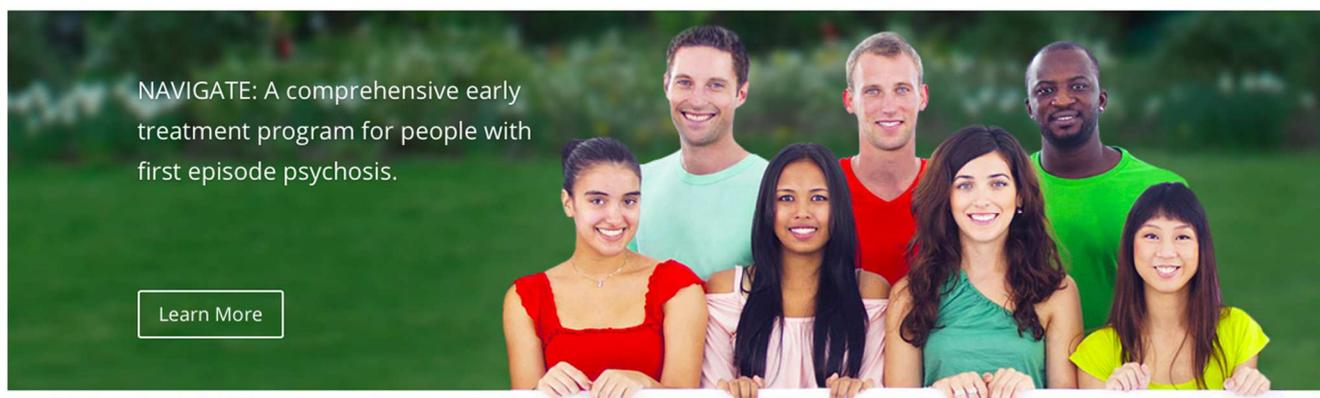


# Intervención en el Programa de Primeros Episodios Psicóticos del AGCSM del Hospital 12 de Octubre

El modelo de intervención en el que se sustenta nuestro Programa lo hemos basado en el Programa “**NAVIGATE**” desarrollado como parte del Programa **RAISE** (Early Treatment Program), cuyo objetivo es el de ayudar y guiar a las personas con un primer episodio de psicosis hacia la recuperación psicológica y funcional proporcionando los servicios necesario (Mueser et al, 2015).



[Home](#) [How It Works](#) [Meet the Team](#) [Publications](#) [Materials](#) [Contact Us](#) [Training & Consultation](#)



NAVIGATE is a comprehensive program designed to provide early and effective treatment to individuals who have experienced a first episode of psychosis. It was developed with support from NIMH and has been implemented at 20 sites throughout the U.S. and one in Canada, including urban, suburban, and rural settings, and has provided treatment to people from diverse ethnic and cultural backgrounds. NAVIGATE is one of the options for implementing Coordinated Specialty Care (CSC) for early



“**NAVIGATE**” está estandarizado en seis manuales (disponibles en [www.raiseetp.org](http://www.raiseetp.org)). La Guía de los Miembros del Equipo “**NAVIGATE**” proporciona los antecedentes y la justificación del programa, una descripción general de los servicios, pautas para la planificación del tratamiento y del trabajo en equipo. Un manual está dedicado a la función del director como líder del equipo y otro a cada una de las intervenciones: tratamiento farmacológico individualizado, el programa de educación familiar, entrenamiento en resiliencia individual y por último el manual apoyó empleo y educación.

La filosofía, los objetivos y los servicios de “**NAVIGATE**” se guían por tres amplios marcos conceptuales en el campo de la salud mental:

1. *Modelo de recuperación*
2. *Modelo de vulnerabilidad al estrés*
3. *Modelo general de la rehabilitación psiquiátrica*

## 1. *Modelo de recuperación*

El objetivo del programa “**NAVIGATE**” está basado en la recuperación funcional del sujeto en diferentes ámbitos (psicológico, social, académico, laboral...) considerados como objetivos importantes en la recuperación tras un primer episodio reciente de psicosis (Ramsay et al., 2011). Además, para neutralizar el enfoque pesimista proveniente de diferentes ámbitos, “**NAVIGATE**” incluye estrategias dirigidas a la recuperación, incluida la orientación personal (es decir, el interés en el individuo como persona en su totalidad, incluidas sus fortalezas y recursos) y potencialidades, contemplando al sujeto no solo como un “paciente” con discapacidades y deficiencias sino como un sujeto con un potencial de recuperación. Así, incluye al propio individuo en el diseño del programa y en la orientación del propio tratamiento, la autodeterminación y la elección basadas en la educación para facilitar la toma de decisiones y reforzar el sentido de sí mismo y la esperanza en el futuro (Farkas et al., 2007).

Versión 1.0



## 2. Modelo de vulnerabilidad al estrés

El modelo de vulnerabilidad al estrés constituye el encuadre para el desarrollo de estrategias de mejora en el manejo de la enfermedad, incluyendo la reducción de los síntomas, la prevención de recaídas y las hospitalizaciones, todas las cuales ocurren con frecuencia en el primer episodio de psicosis (Addington and Addington, 2000; Häfner et al., 1999).

En “**NAVIGATE**”, la vulnerabilidad biológica y estrés se reducen a través del tratamiento farmacológico. Las entrevistas motivacionales y los enfoques cognitivo-conductuales se utilizan como herramientas para facilitar la adherencia a la medicación.

## 3. Modelo general de la rehabilitación psiquiátrica

La rehabilitación psiquiátrica se dirige hacia los objetivos de recuperación, como la educación, el trabajo y las relaciones sociales. La rehabilitación psiquiátrica abarca una amplia gama de estrategias, que se pueden dividir en el entrenamiento en nuevas habilidades o en aprovechamiento de los recursos ambientales ya existentes (Anthony et al., 2002; Corrigan et al., 2008). Por ejemplo, la psicoeducación familiar se centra en aumentar el apoyo familiar a través de la educación dirigida a reducir la tensión y el conflicto, y aumentar el apoyo de los familiares para la participación del sujeto en el tratamiento y la búsqueda de objetivos. De manera similar, el programa dirigido al empleo proporciona asistencia práctica y utiliza los apoyos naturales (por ejemplo, personal escolar, familia) para ayudar a los sujetos a alcanzar sus objetivos laborales o educativos. En contraste con el enfoque psicoeducativo y el del empleo, la Intervención en resiliencia, se dirige principalmente a enseñar habilidades para ayudar a los sujetos a lograr sus objetivos, como

Versión 1.0



reforzar la capacidad de recuperación para mejorar el bienestar y la autoeficacia, y perfeccionar las habilidades sociales y cognitivas para mejorar relaciones.

## Intervenciones de tratamiento previstas en el Programa “NAVIGATE”

Los pacientes tienen la libertad de elegir qué intervenciones desean recibir y cuándo iniciar, detener y reanudar cada una. Una breve descripción de estas intervenciones se proporciona a continuación y se resume en la Tabla 1.

La Tabla 2 describe las intervenciones en el Modulo de Intervención Individual en Resiliencia.

**Tabla 1. Resumen Intervenciones programa NAVIGATE**

INTERVENCIÓN	PROFESIONAL	OBJETIVOS	DESCRIPCION
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	Prescriptor	Control de síntomas	Se ofrece a todos los sujetos
		Reducir comorbilidad	Control regular de los síntomas, cumplimiento del tratamiento y efectos secundarios mediante preguntas estandarizadas durante las visitas regulares.  Monitorización de los factores de riesgo para enfermedades metabólicas y cardiovasculares.  Tratamiento farmacológico de base guiada con énfasis en dosis bajas.  Coordinación estrecha con el proveedor de atención primaria y derivación a servicios médicos cuando sea apropiado  Fomentar estilos de vida saludables



## EDUCACION FAMILIAR

Coordinador	<p>Establecer colaboración entre el equipo y la familia.</p> <p>Inculcar esperanza de recuperación de las psicosis.</p> <p>Psicoeducación familiar sobre la psicosis y su tratamiento.</p> <p>Ofrecido a todas las familias.</p> <p>Educación sobre psicosis, tratamiento, reducción del estrés.</p> <p>Desarrollo del plan de prevención de recaídas.</p> <p>Énfasis en la resiliencia familiar y fortalezas. Fortalecer la comunicación.</p> <p>Reducir el estrés familiar.</p> <p>Mejorar el apoyo familiar para las metas del cliente y la participación en el tratamiento.</p> <p>Prevenir las recaídas</p>	<p>Se ofrece a todas las familias, con el consentimiento del paciente</p> <p>Sesión individual con familia y paciente, para conocerlos, escuchar su experiencia y obtener su punto de vista.</p> <p>Educación familiar (10-12 sesiones)</p> <p>Registro mensual</p> <p>Informar mensualmente en persona o por teléfono para revisar el progreso e identificar inquietudes familiares o clínicas.</p> <p>Realizado tras la finalización de la educación familiar.</p> <p>Consulta familiar (1-2 sesiones / problema) según sea necesario Soluciones específicas identificadas, plan de acción formulado, seguimiento realizado.</p> <p>Entrenamiento de habilidades intensivas modificadas (8-12 sesiones) si es necesario después de completar la educación familiar básica</p> <p>Atiende persistentemente altos niveles de estrés familiar. Métodos intensivos de entrenamiento de habilidades utilizados para enseñar habilidades de comunicación y resolución de problemas.</p>
-------------	--	---



**ENTRENAMIENTO DE RESILIENCIA INDIVIDUAL (IRT)**

Clínico IRT	Ayuda al paciente a lograr su objetivo de recuperación personal	Intervenciones psicoterapéuticas basadas en terapia cognitivo-conductual y entrevistas motivacionales ofrecidas a todos los pacientes
	Educación sobre la psicosis y su tratamiento.	Sesiones individuales realizadas y quincenalmente durante el tiempo que sea necesario
	Proceso de experiencia del episodio psicótico.	Establecimiento de objetivos y seguimiento a lo largo del programa.
	Mejorar el autocontrol de la enfermedad	Currículo educativo y de habilidades organizado en diferentes áreas temáticas (o módulos), con folletos y guías clínicas para cada módulo.
	Prevención de recaídas y afrontamiento.	Módulos estándar recomendados para todos los pacientes
	Reducir uso de sustancias	Módulos individualizados proporcionados según sea necesario o cuando se desee
	Aumentar el apoyo social y la calidad de las relaciones.	Flexibilidad en qué módulos cubrir, cuándo y con qué profundidad.
	Incrementar la resiliencia y el bienestar.	Información, estrategias y habilidades enseñadas usando técnicas motivacionales
	Mejorar la salud	Incrementar el apoyo social y la calidad de las relaciones. Métodos psicoeducativos y cognitivo-conductuales. Asignaciones en el hogar establecidas en colaboración y seguimiento de cada sesión



**EDUCACIÓN  
APOYADA Y  
EMPLEO (SEE)**

Especialista SEE

Obtener un empleo competitivo  
Inscribirse en los programas de educación general y obtener los títulos deseados

Se ofrece a todos

Trabajo específico y objetivos escolares desarrollados en base a las preferencias del paciente.

No se requiere entrenamiento prevocacional

Búsqueda rápida de empleo o escuela después de la identificación de las metas del paciente

La mayoría de los servicios provistos en la comunidad, no en la clínica

Asistencia práctica para encontrar trabajo o inscribirse en programas escolares

Respeto por la decisión del paciente sobre la divulgación del trastorno psiquiátrico a los empleadores o al personal escolar

Apoyo de seguimiento después de que el paciente obtenga un trabajo o se inscriba en la escuela para facilitar la retención del trabajo, la finalización del título escolar o la transición a otro trabajo o escuela



**Tabla 1. Resumen Intervenciones programa NAVIGATE**

<b>MODULO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>Nº sesiones</b>
<b>ORIENTACIÓN</b>	Descripción general del programa IRT que proporciona expectativas de tratamiento, descripción de todos los módulos y enseñanza y práctica de la habilidad de reentrenamiento de la respiración para reducir la ansiedad	1-2
<b>EVALUACIÓN / ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS</b>	Evaluación y discusión de las fortalezas de carácter de los pacientes, áreas de satisfacción con la vida e insatisfacción con el fin de crear metas personales significativas a corto y largo plazo.	2-4
<b>PSICOEDUCACION</b>	Didáctica y discusión sobre el modelo de vulnerabilidad al estrés y varios aspectos de la psicosis, incluida la eliminación de mitos para desestigmatizar las enfermedades mentales.	7-11
<b>PREVENCIÓN RECAIDAS</b>	Discusión de desencadenantes y señales de advertencia, y desarrollo de un plan personalizado para prevenir la recaída y la nueva hospitalización.	2-4
<b>PROCESANDO EL PEP</b>	Desarrollo de una narrativa cohesiva de los episodios, procesamiento de reacciones traumáticas basado en la exposición narrativa y reestructuración cognitiva dirigida para autoestigmatizar las creencias.	3-5



<b>DESARROLLANDO RESILIENCIA</b>	Ejercicios de psicología positiva para mejorar las cualidades de resistencia, aumentar las emociones positivas y desarrollar habilidades en torno al uso de fortalezas particulares en la vida diaria.	3-4
<b>CONSTRUYENDO UN PUENTE A TUS METAS</b>	Revisión de progreso y objetivos, discusión de posible uso de módulos individualizados con un plan para la continuación o finalización	2-3
<b>TRATAR CON SENTIMIENTOS NEGATIVOS</b>	Reestructuración cognitiva para hacer frente a los síntomas psicóticos, de trauma / TEPT, del estado de ánimo y de ansiedad	7-12
<b>HACER FRENTE A LOS SÍNTOMAS</b>	Mejora de la estrategia de afrontamiento conductual para los síntomas psicóticos, el estado de ánimo y los síntomas de ansiedad	2 por síntoma
<b>USO DE SUSTANCIAS</b>	Evaluación del uso de sustancias y la interferencia de sustancias combinadas con un enfoque de entrevista motivacional para desarrollar estrategias cognitivas y conductuales para reducir el uso de sustancias	11-20
<b>DIVERTIRSE Y DESARROLLAR BUENAS RELACIONES</b>	Capacitación en habilidades sociales, con el fin de aumentar las actividades placenteras y las comunicaciones interpersonales adaptativas.	3-27
<b>HACER ELECCIONES SOBRE FUMAR</b>	El enfoque de la entrevista motivacional junto con las estrategias de afrontamiento cognitivo y conductual para ayudar en la toma de decisiones y los próximos pasos para fumar	2-4
<b>NUTRICIÓN Y EJERCICIO</b>	Educación sobre el aumento de peso y la psicosis, incluido el síndrome metabólico, además de estrategias de comportamiento para mejorar la salud física	2-4



## Evaluación de programa “NAVIGATE”

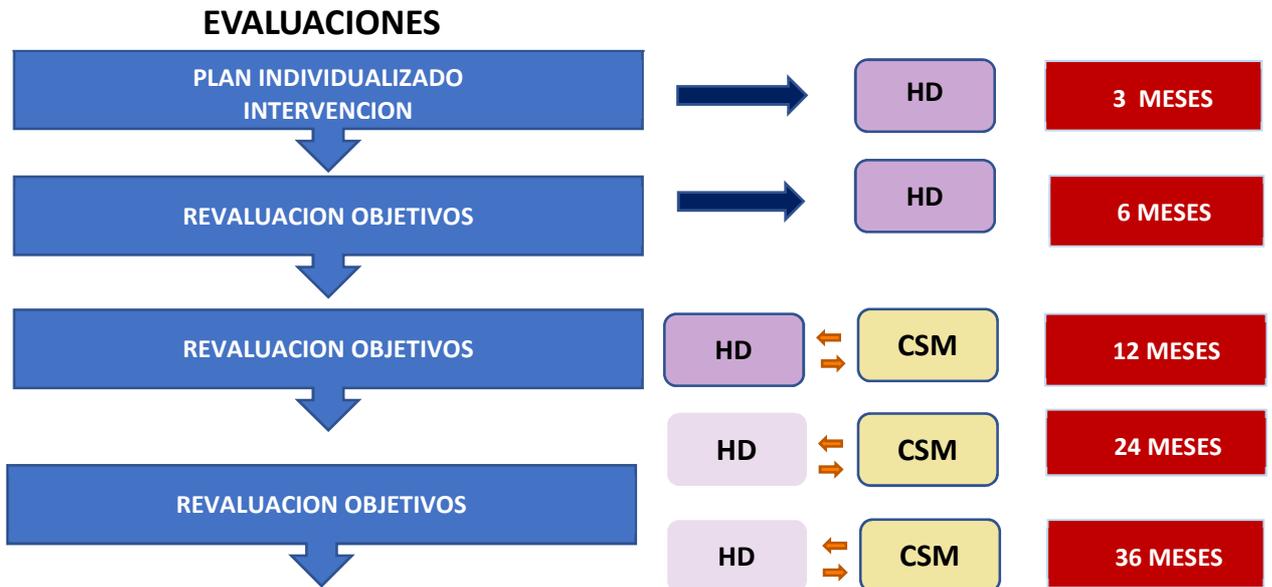
Kane et al, (2016) realizaron un ensayo aleatorizado controlado en 21 estados para comparar el programa “**NAVIGATE**” con los servicios comunitarios habituales, con un seguimiento de los participantes durante un mínimo de dos años y en el que concluyeron que los sujetos que recibieron atención integral en el programa presentaban mejores resultados en medidas de retención en tratamiento, calidad de vida, participación en el trabajo, escuela y psicopatología.

En base a estos antecedentes hemos realizado una adaptación a nuestro entorno y recursos tanto humanos como materiales, de los principales módulos de intervención contemplados en este programa, siguiendo la misma filosofía de intervención.

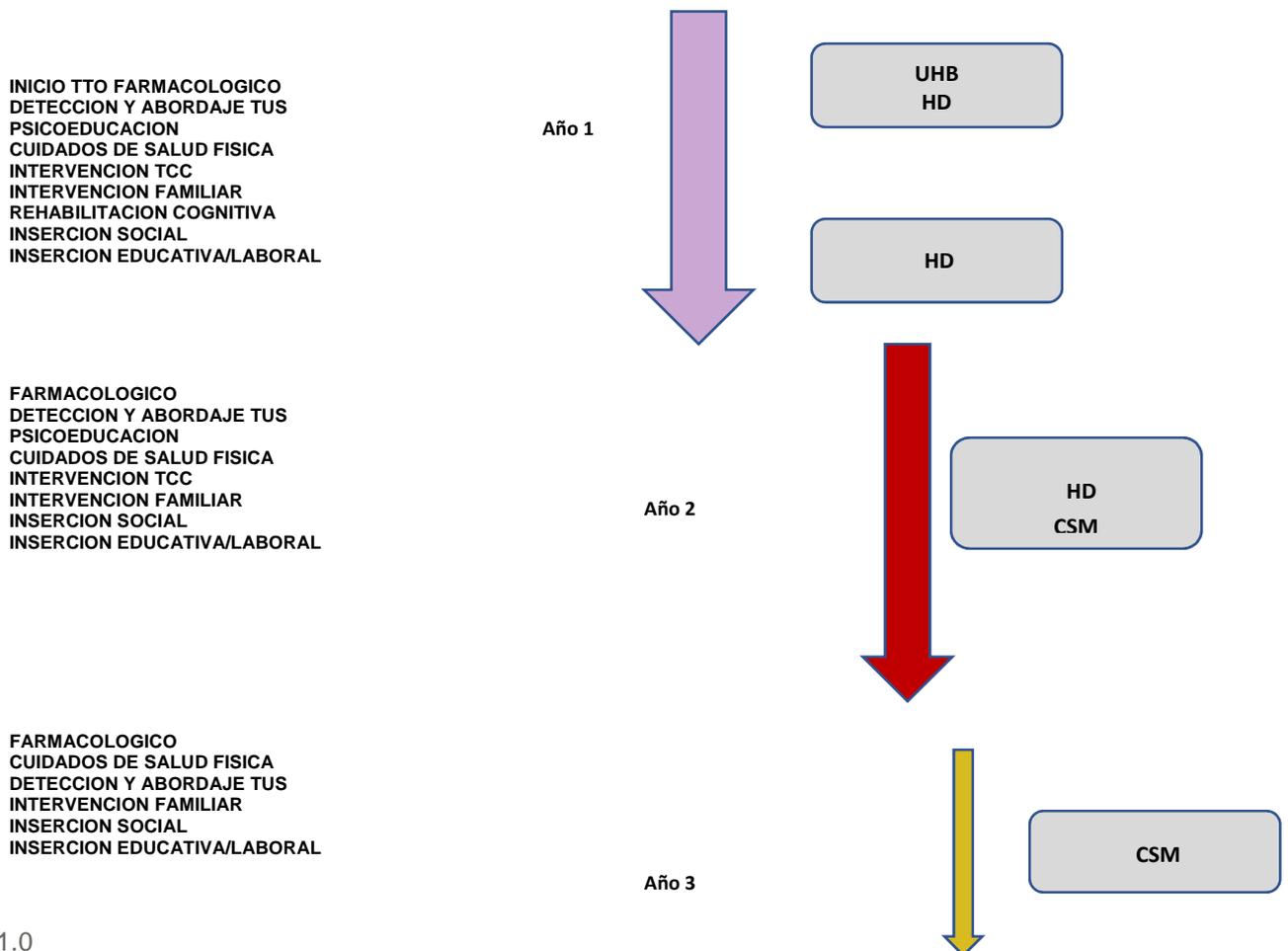
Según vemos en las siguientes figuras el objetivo principal sería el +de realizar una evaluación e intervención integral, continuada e individualizada en la que tanto el tipo de intervención como su intensidad se adapte al estado clínico-evolutivo del paciente (Figuras 2 y 3).



**Figura 2. Evaluación y Plan de Intervención**



**Figura 3. Evaluación e Intervención a lo largo del Programa**



Versión 1.0



# Proceso de evaluación

## Evaluación individual

Para ello cada paciente será evaluado de manera integral, con la finalidad de establecer un diagnóstico, detectar sus necesidades y establecer un **Plan Individualizado de Tratamiento Temprano (PITT)** que facilite el mantenimiento de la implicación del paciente a lo largo de todo el proceso de cuidados necesario para su recuperación.

La evaluación se realiza de manera continuada permitiendo así el establecer los cambios necesarios que se vayan produciendo como consecuencia de la detección de nuevos problemas o del cambio en la situación clínico/social/familiar del paciente. Las consecuciones de estos objetivos son evaluadas de manera continua a lo largo del tratamiento mediante la aplicación de diferentes pruebas y cuestionarios.

La evaluación incluirá las siguientes áreas básicas:

- ✚ Historia personal
- ✚ Evaluación somática
- ✚ Evaluación de riesgos (violencia, suicidio, abusos)
- ✚ Estado mental. Signos y síntomas
- ✚ Ajuste previo
- ✚ Evaluación neuropsicológica
- ✚ Evaluación fenomenológica
- ✚ Reacción a la psicosis
- ✚ Estilo de recuperación
- ✚ Funcionamiento social y evaluación de recursos
- ✚ Funcionamiento familiar
- ✚ Funcionamiento académico y/o laboral



## Evaluación familiar

Es importante involucrar a la familia, grupo o persona de apoyo del paciente desde el inicio en el cuidado del paciente, recogiendo además toda la información que pueda aportar. La evaluación familiar se realiza de forma paralela a la evaluación del paciente. Es preciso conocer por el equipo:

- ✚ La estructura y funcionamiento por el equipo multidisciplinar
- ✚ Identificar al familiar o persona clave (es el que pasa más tiempo con el paciente y se encarga de su cuidado)
- ✚ Evaluar las necesidades principales
- ✚ Identificar las capacidades y habilidades de la familia
- ✚ Identificar las familias de alto riesgo y las que tienen patrones de interacción que probablemente interfieran negativamente en la evolución del paciente
- ✚ Establecer las áreas de evaluación familiar más relevantes. Algunos aspectos importantes son la sobrecarga, la repercusión psicológica por la enfermedad, nivel de información sobre las psicosis y la expresividad emocional
- ✚ Identificar a los familiares que puedan precisar tratamiento psiquiátrico o psicológico

Los datos se recogerán fundamentalmente en la Historia Clínica a través de:

- ✚ las entrevistas clínicas
- ✚ de la observación en consulta y en entornos del paciente
- ✚ de la información procedente de otras personas relevantes
- ✚ de la realización de pruebas estandarizadas y de instrumentos en castellano ampliamente utilizados en los programas de atención a las fases iniciales de las psicosis

La evolución se realiza por los diferentes profesionales del equipo multidisciplinar en función de su formación, realizando entrenamiento de los profesionales en el uso de los instrumentos seleccionados.

Versión 1.0



## Plan individualizado de tratamiento temprano (PITT)

Una vez realizada la evaluación inicial en los primeros 2 a 3 meses se procede a la formulación del **Plan Individualizado de Tratamiento Temprano (PITT)**, coordinando las intervenciones farmacológicas y las psicosociales (psicológicas y sociales), que será individualizado para cada paciente contando con la participación activa de la familia y del propio paciente. Este Plan constituye el conjunto de objetivos asistenciales y sociales (a corto y medio plazo), establecidos a partir de las necesidades detectadas, tanto en el paciente como en la familia y del que se derivarán los objetivos de intervención. Se realiza en formato electrónico quedando recogido en la Historia Clínica Electrónica, con fecha y nombre del paciente.

Tras la evaluación se recogerán por áreas los problemas o necesidades detectadas, los objetivos planteados y las estrategias o intervenciones concretas que se van a llevar a cabo.

El PITT recoge las diferentes actuaciones en función de la fase de la enfermedad (aguda/subaguda de recuperación temprana o de recuperación prolongada) en que se encuentre el paciente, atendiendo a criterios de prioridad.

En la **fase aguda/subaguda** que viene a durar los primeros tres meses se busca favorecer la adherencia al tratamiento farmacológico para reducir la intensidad o conseguir la remisión de los síntomas agudos, crear la alianza terapéutica con el paciente y la familia e iniciar la adherencia al programa.

En la **fase de recuperación temprana** (3 a 9 meses) es fundamental la implicación del paciente y de la familia y es la fase en la que se debe concentrar el trabajo más intensivo con el desarrollo de las diferentes intervenciones.

En la **fase de recuperación prolongada** (de 9 a 12 meses) se consolidan los logros alcanzados y se prepara al paciente para su transición al Centro de Salud Mental, donde se



mantendrán las intervenciones (farmacológicas y psicosociales) de manera interdisciplinar por los profesionales que configuran los equipos de PEP en los Centros de Salud Mental (psiquiatra, psicólogo/a, enfermero/a especialista en Salud Mental y Trabajador/a Social). Se pretende de esta manera mantener la continuidad de las intervenciones iniciadas a lo largo del primer año, ajustadas en contenido e intensidad al momento evolutivo del paciente. Este paso no se considera el alta del programa sino una transición a un estadio en el que el paciente ha adquirido una mayor competencia y una mayor funcionalidad en las diversas áreas, requiriendo de intervenciones menos intensivas. En el caso de descompensación, o de aparición de algún problema intercurrente, como pudiera ser una recaída en el consumo de sustancias, entre otras, el paciente podrá volver a recibir una intervención más intensiva a cargo del equipo de PEP del Hospital de Día. También podría darse que pacientes que hayan hecho la transición al CSM en una fase más precoz por diversas circunstancias y que se encuentren en seguimiento en el CSM requieran completar la intervención en alguno de los módulos iniciales de intervención, por lo que en estos y otros casos la intervención pasaría a realizarse por los profesionales del Hospital de Día durante el periodo que se estime.

En todos los casos se mantiene una **estrecha coordinación** entre los profesionales del UHB/HD y los de los CSM, habiéndose establecido una reunión mensual de coordinación entre los diferentes profesionales del AGCSM que atienden a los pacientes con un PEP o en estadios iniciales.



## Tipo de intervención

A partir del PITT se implementan diversas **Intervenciones Psicoterapéuticas**, según el estadio clínico-evolutivo del paciente.

### **La intervención se realiza en los siguientes ámbitos:**

- Farmacoterapia basada en evidencia a dosis bajas
- Cuidados de salud física
- Regulación emocional
- Estrategias de recuperación basadas en técnicas cognitivo-conductuales
- Intervención familiar
- Psicoeducación
- Entrenamiento en prevención de recaídas
- Abuso de sustancias
- Orientación académica/laboral y al ocio/tiempo libre
- Red Social de Apoyo

**La intervención se realiza tanto a nivel individual como grupal por los diferentes profesionales.**



## Tratamiento farmacológico

El objetivo general del tratamiento farmacológico es **maximizar la recuperación de un episodio inicial de psicosis persiguiendo la resolución de los síntomas.**

El tratamiento farmacológico se implementa a partir de las recomendaciones basadas en la evidencia (Keating et al., 2017) utilizando dosis más bajas que las requeridas para pacientes con múltiples episodios. Incluso con estrategias de medicación en dosis bajas, los pacientes con primer episodio.

Basado en estas consideraciones, el programa “**NAVIGATE**”, hace énfasis en los aquellos fármacos sobre los que se dispone de estudios recientes que avalan su eficacia en pacientes con PEP y / o adolescentes con trastornos del espectro de esquizofrenia.

### Principios generales del Tratamiento:

Los fármacos recomendados desde “**NAVIGATE**”, se administran secuencialmente hasta conseguir una respuesta satisfactoria tanto para los síntomas como para los efectos secundarios. Se realizan recomendaciones en relación a:

- Elección del antipsicótico inicial
- Elección del segundo antipsicótico
- Elección del antipsicótico posterior
- Indicaciones de la FDA
- Gestión de los Efectos secundarios
- Estrategias para los efectos secundarios
- Manejo de los efectos secundarios metabólicos y cardiovasculares
- Recomendaciones para el aumento de peso
- Recomendaciones para el manejo de anomalías de la glucosa
- Recomendaciones para el manejo de las anomalías lipídicas
- Recomendaciones para el manejo de la HTA



En el manejo farmacológico lo implementamos basándonos en estas recomendaciones y en las de diferentes guías y consensos de intervención en esquizofrenia (PORT 2009, MSC España 2009, British Association for Clinical Psychopharmacology 2011, WFSBP 2012, Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2013, Harvard Medical School 2013, NICE 2014, Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists 2014, 2016).

Respecto a la **duración del tratamiento**, se siguen las directrices internacionales. Diferentes guías consideran que se debe mantener al menos entre uno y dos años la medicación antipsicótica tras un primer episodio de psicosis (Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2011, WFSBP 2012, Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists 2016, MSC España 2009, NICE 2014). Tras este período se hará una evaluación clínica y de contexto psicosocial, para re-avaluar el plan de tratamiento farmacológico.



## Cuidado de la salud física y hábitos de vida saludable

La esquizofrenia se asocia con una elevada de mortalidad, bien documentado por estudios epidemiológicos en grandes cohortes durante períodos prolongados. El índice de mortalidad estandarizado (SMR) se estima en 2,6 o más, lo que vendría corresponderse en una reducción en la esperanza de vida de aproximadamente el 20% (Chwastiak y Tek, 2009; et al., 2007).

En comparación con la población general, las personas jóvenes que experimentan psicosis tienen más probabilidades de morir prematuramente por enfermedades cardiovasculares, trastornos metabólicos como la obesidad y la diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, ciertos tipos de cáncer y enfermedades infecciosas.(Wu et al., 2015; Allison et al., 1999; Bushe et al., 2004; Nickens, 2005; Nakamura et al., 2004; Grassi et al., 1999) Otros problemas de salud que provocan un impacto negativo en este grupo de pacientes lo y que es una fuente de morbilidad son la disfunción sexual, la osteoporosis y la caries dental (Montejo et al., 2010;NIH 2001; Wu et al., 2013; Velasco-Ortega et al., 2107 ).Muchos de estos problemas de salud surgen tempranamente en el curso de la psicosis, lo que nos brinda la posibilidad de implementar acciones preventivas. La Declaración de Psicosis Temprana (Bertolote y McGorry, 2005) resalta la importancia de ofertar ayuda y tratamiento en la fase temprana crítica. De esta manera el consenso internacional “Healthy Active Lives (HeAL) “hace extensivas una serie de recomendaciones dirigidas al abordaje de la salud física en pacientes con enfermedad mental grave y realiza una serie de recomendaciones específicas para pacientes jóvenes(Grupo de trabajo Internacional de Salud Física en Jóvenes [iphYs], 2013).



Para el abordaje de esta área se contemplan las siguientes intervenciones:

- ✚ Estudio inicial que incluya: analítica general, tóxicos en orina, electrocardiograma y TAC craneal.
- ✚ Realización de otras exploraciones complementarias, si se considera conveniente para descartar otras causas de psicosis y realizar diagnóstico diferencial con otras patologías.
- ✚ Educación en hábitos de vida saludable: consejos dietéticos, ejercicio físico y consumo de tóxicos.
- ✚ Derivación a especialistas (Médico de Atención Primaria y Endocrinología) si se objetivan alteraciones del peso, hipertensión arterial, perfil lipídico y glucemia que precisen un tratamiento específico.
- ✚ Valorar el papel del tratamiento antipsicótico en las alteraciones metabólicas del paciente: cambiar por un antipsicótico que tenga una menor repercusión metabólica. Hay que tener en cuenta que estos pacientes suelen presentar un índice más alto de problemas relacionados con el tabaquismo, abuso de alcohol y drogas, especialmente cannabis, por lo que se deben contemplar intervenciones que incidan en estos aspectos:
  - Información sobre hábitos tóxicos y su relación con los síntomas y la evolución de la enfermedad.
  - Intervenciones dirigidas a la reducción o abandono del consumo, tales como:
    - Monitorización del consumo y seguimiento regular, utilizando estrategias motivacionales y psicoeducativas.
    - Psicoterapias individuales o grupales que incluyan psicoeducación y técnicas cognitivo- conductuales



A nivel grupal se desarrolla 1 módulo de intervención:

## Grupo de Autocuidados

### Objetivo

- ✚ Adquirir hábitos relacionados con el autocuidado.

### Contenidos

- ✚ Reconocer la importancia de realizar actividad física y llevar una alimentación variada y equilibrada.
- ✚ Comprender la importancia de mantener una correcta higiene corporal y bucodental.
- ✚ Adquirir conocimientos sobre salud sexual y favorecer actitud positiva frente a esta.
- ✚ Tomar conciencia de los efectos del consumo de sustancias tóxicas.
- ✚ Proporcionar información acerca del tratamiento farmacológico para favorecer la adherencia y el control de los efectos adversos.
- ✚ Obtener conocimientos sobre medidas higiénicas del sueño.

### Encuadre

- ✚ 12 a 14 sesiones semanales de 1 hora
- ✚ 5 a 10 personas
- ✚ Grupo abierto



## Intervención psicológica

Con el fin de procurar la recuperación sintomática y funcional y mejorar el pronóstico de la Psicosis Temprana, en el marco del Modelo de Estadificación Clínica y abordaje interdisciplinar, la intervención durante el Periodo Crítico desde el ámbito de la **Psicología Clínica**, tiene los siguientes OBJETIVOS GENERALES:

1. Conseguir la estabilización clínica y adherencia al tratamiento.
2. Mejorar, tanto en pacientes como en sus familiares, la comprensión de la psicosis, sus síntomas, causas, curso y tratamiento, y favorecer el manejo de la enfermedad.
3. Prevención de Recidivas Psicóticas, lo que lleva implícito la Prevención de Recaídas en el consumo de tóxicos, si fuera el caso, y la Prevención/afrontamiento de situaciones estresantes, así como el desarrollo de factores de la Resiliencia y Protección a nivel individual, interpersonal y social.
4. Si es pertinente, tratamiento de la Disfunción Relacional Familiar en el contexto del Ciclo Vital y desarrollo de Habilidades de Comunicación eficaces, disminuyendo la Emoción Expresada y por tanto el criticismo, hostilidad o sobreimplicación emocional de los familiares hacia los pacientes.
5. Desarrollo de las capacidades de Regulación Conductual, Emocional, Cognitiva (metacognición).
6. Abordaje clínico de la Patología Premórbida, prestando especial atención a las experiencias traumáticas y a los aprendizajes tempranos de naturaleza interpersonal que constituyen factores de vulnerabilidad para padecer estrés, y que condicionan negativamente el curso de la enfermedad.
7. Elaboración de la Experiencia Psicótica. Ésta puede suponer en sí misma una experiencia altamente Traumática y de Pérdida, que junto con la Auto/Hetero-Estigmatización puede afectar gravemente a la Identidad, Independencia e Intimidad del individuo.
8. Tratamiento psicoterapéutico de la patología Secundaria o de la patología Comórbida.



9. Ayudar en el proceso de Co-construcción social de una Identidad y Autoestima consistentes, integradas y saludables. Este objetivo conlleva una serie de metas terapéuticas:

- Reestructuración cognitiva de las creencias auto-estigmatizadoras.
- Apoyo al proceso de diferenciación familiar y emancipación, y desarrollo de la autonomía e independencia.
- Desarrollo de un Proyecto Vital satisfactorio e integrado en la sociedad, y consecución de una vida gratificante y llena de Sentido.

10. Desarrollo de relaciones de intimidad.



A nivel Grupal se desarrollan **6 Módulos de intervención:**

## Grupo Multifamiliar de Psicoeducación

- ✚ Grupo Multifamiliar Cerrado de duración Limitada, en la que están invitados a participar los Pacientes. - 12 sesiones. Frecuencia semanal de 1,5 horas de duración.
- ✚ Participantes y tamaño del grupo: 3-8 pacientes, con un máximo de 16 participantes (pacientes más familiares).
- ✚ Se facilita GUÍA PARA FAMILIARES Y PACIENTES.

### Objetivos

- Mejorar la comprensión de la psicosis, sus síntomas, causas, curso y tratamiento, favorecer el manejo de la enfermedad y la prevención de recaídas (recaídas).
- Ayudar a los participantes a identificar factores estresantes y enseñarles estrategias para prevenirlos o afrontarlos, fomentar el desarrollo de la resiliencia y mejorar las habilidades de comunicación.

### Contenidos

1. Psicosis (2 sesiones).
2. Tratamiento Farmacológico.
3. Psicosis y Drogas.
4. Estrés (2 sesiones).
5. Comunicación en la familia (2 sesiones).
6. Resiliencia
7. Recaídas.
8. Red de Atención a la Salud Mental de la Comunidad de Madrid.
9. Pautas para Familiares.



## Programa de Entrenamiento Metacognitivo

- ✚ Consiste en un protocolo de intervención desarrollado por Steffen Moritz y su equipo (Moritz et al., 2017) basado en los fundamentos teóricos de la Terapia Cognitivo-Conductual para la Esquizofrenia.
- ✚ Programa abierto. Los pacientes pueden entrar en cualquier momento durante el ciclo.
- ✚ Consiste en dos ciclos de 8 módulos cada uno. Estos ciclos son versiones paralelas idénticas en contenido pero con ejercicios y material diferente. A parte de los dos ciclos existen dos módulos adicionales sobre Estigma y Autoestima. Se administran dos sesiones por semana de 1 hora cada una (1 módulo por sesión), por lo que se tarda un mes en finalizar un ciclo, tras el cual se puede asistir al segundo con la finalidad de profundizar en el entrenamiento y mantener el resultado.
- ✚ Participantes y tamaño del grupo: 3-10 pacientes.
- ✚ Para la realización de los ejercicios se proyectan diapositivas, vídeos y se facilita material escrito.

### Objetivo

Cambiar la infraestructura cognitiva de la ideación delirante.

### Contenidos

1. Acusar y atribuirse el mérito.
2. Saltar a conclusiones I.
3. Cambiar creencias.
4. Empatizar I.
5. Memoria.
6. Empatizar II.
7. Saltar a conclusiones II
8. Estado de ánimo.
  - Módulo Adicional 1. Autoestima.
  - Módulo Adicional 2. Enfrentándose a los prejuicios (auto-estigma).



## Grupo de Prevención de Recidivas

(En proceso de diseño).

- ✚ Grupo cerrado de duración Limitada y contenidos concretos.
- ✚ Participantes y tamaño del grupo: 3-10 pacientes.

### Objetivo

Comprensión, diseño e implementación de un Plan Individualizado de Prevención de Recidivas.

## Grupo de Elaboración del Episodio Psicótico

(En proceso de diseño).

- ✚ Basado en el Programa COPE (Henry et al., 2002) y en el modelo para afrontar la pérdida de la terapia narrativa (Neimeyer., 2002).
- ✚ Grupo Multifamiliar Cerrado de duración Limitada y contenidos concretos.

### Objetivo

Elaboración narrativa y emocional de las pérdidas asociadas al debut de la enfermedad.



## Grupo de Regulación Emocional

### Objetivo

Adquirir habilidades conductuales dirigidas a la identificación y aceptación de emociones, así como a la regulación de éstas.

### Contenidos

- ✚ Desarrollar la capacidad de reconocer y comprender las emociones.
- ✚ Conocer la función, los componentes y la clasificación de las emociones.
- ✚ Aprender a expresar las emociones de forma asertiva, gestionándolas de una manera adecuada.
- ✚ Identificar alternativas para el control de los impulsos, el estrés y la ansiedad.
- ✚ Realizar prácticas de atención plena (Mindfulness).
- ✚ Demostrar habilidades de percibir y comprender las emociones de los demás, como la empatía.
- ✚ Compartir en grupo la evolución de las reacciones emocionales.

### Encuadre

- ✚ 10 sesiones semanales de 1 hora
- ✚ 5 a 10 personas



## Consumo de tóxicos

### Objetivo

- ✚ Identificar funcionamiento de las dependencias y factores perpetuadores del consumo.
- ✚ Proporcionar herramientas desde el encuadre grupal para el manejo del problema de consumo
  - Identificación del problema
  - Herramientas para mantener la abstinencia

### Contenidos

- ✚ Aprendizaje, refuerzo y conceptos básicos
- ✚ Proceso de recuperación
  - Retirada o inicio de la abstinencia
  - Abstinencia temprana
  - Abstinencia prolongada
  - Adaptación y resolución
- ✚ Distorsiones cognitivas
- ✚ Neurobiología básica de las adicciones
- ✚ Dopamina
- ✚ Sistemas de aprendizaje
  - Aprendizaje y dopamina
  - Beneficio secundario
- ✚ Justificaciones de consumo
  - Ansiedad
  - Tristeza
  - Agresividad
  - Autoestima
- ✚ Sesiones monográficas concretas (en función de participantes)
  - Cannabis
  - Cocaína

- 
- Alcohol
  - Metanfetamina

## Encuadre

- ✚ Pacientes consumidores de uno o más tóxicos que mantienen el consumo a los 4-6 meses del inicio de seguimiento en el programa de PEP
- ✚ El grupo complementa y amplía el trabajo realizado en consulta individual
- ✚ Grupo cerrado
- ✚ Frecuencia trimestral
- ✚ Una sesión semanal (12 sesiones en total)
- ✚ Perfil psicoeducativo



## Intervención Social

La intervención en este ámbito busca promover el cambio social en aquellos pacientes que muestran dificultades de adaptación social e integración en la comunidad tras un PEP. Las intervenciones sociales se implementarán tras la fase aguda, una vez se ha realizado la evaluación y el paciente ha alcanzado una estabilidad suficiente que le permita implicarse en el establecimiento de objetivos y en el trabajo que estas intervenciones requieren.

El equipo, el paciente y su familia deben compartir unas metas realistas para el tratamiento y la recuperación. Los objetivos se establecerán de forma consensuada.

Sin embargo, en algunos casos se puede precisar intervención social durante la fase aguda, cuando se detecten situaciones de riesgo o en las que la intervención no se pueda posponer hasta la estabilización del paciente. En la planificación de objetivos se tendrá en cuenta cada una de las áreas de intervención con el paciente: autonomía personal, relaciones sociales, formación y empleo.

### **Los objetivos a conseguir son:**

- ✚ Autonomía personal: mantener o recuperar las actividades de la vida diaria (AVD) básicas e instrumentales y autonomía personal en los casos en que sea necesario, tales como:
- ✚ AVD básicas: alimentación, sueño y descanso, vestido.
- ✚ AVD instrumentales: cuidado de los otros (personas mayores, dependientes y menores); movilidad en la comunidad (uso de transporte público y conducción); manejo de temas financieros (manejo del dinero y economía doméstica); cuidado de la salud y manutención(desarrollo, cuidado y mantenimiento de hábitos de vida saludables); crear y mantener un hogar (obtención y mantenimiento de las propiedades y objetos personales y domésticos, tareas de la casa, preparación de la comida y limpieza, planificar y realizar compras).
- ✚ Relaciones sociales: mantener o recuperar la integración social del paciente.



### **Las intervenciones se dirigirán a:**

- ✚ Entrenar en habilidades sociales
- ✚ Entrenar al paciente en técnicas de resolución de problemas.
- ✚ Favorecer la ampliación o mantenimiento de su red social.
- ✚ Favorecer su implicación en actividades recreativas y asociaciones (deportivas, culturales...).
- ✚ Detectar precozmente aquellos pacientes en riesgo de exclusión social.
- ✚ Formación y empleo: La interrupción de los estudios o del trabajo es habitual después de un primer episodio psicótico. Por ello es importante reducir al mínimo dicha interrupción y mantener una comunicación fluida con las instituciones académicas y laborales. Para mejorar este aspecto se incidirá en:
  - Motivar al estudio y al empleo centrándonos en los objetivos de cada paciente.
  - Realizar asesoramiento vocacional de forma realista
  - Favorecer el conocimiento de las propias capacidades.
  - Motivar la adquisición o recuperación de hábitos y habilidades para la integración escolar y laboral.

La intervención se realizará a nivel individual y grupal. A nivel grupal se desarrollan dos módulos de intervención:



## Taller de Orientación Laboral/ Educativa

### Objetivos

- + Fomentar la motivación e implicación en el proceso de formación y empleo.
- + Facilitar la integración y contribuir a la adecuada relación e interacción entre los miembros de la Comunidad Educativa y el equipo terapéutico.

### Encuadre

- + Grupos de 5/10 pacientes
- + Técnicas de dinamización y participación grupal
- + 1:30 minutos un día a la semana

## Taller de Ocio y Tiempo Libre

### Objetivos

- + Lograr el desarrollo de actividades de ocio saludable, importancia del uso adecuado del ocio y tiempo libre, como elemento normalizador.
- + Fomentar la participación en recursos de ocio de la comunidad.

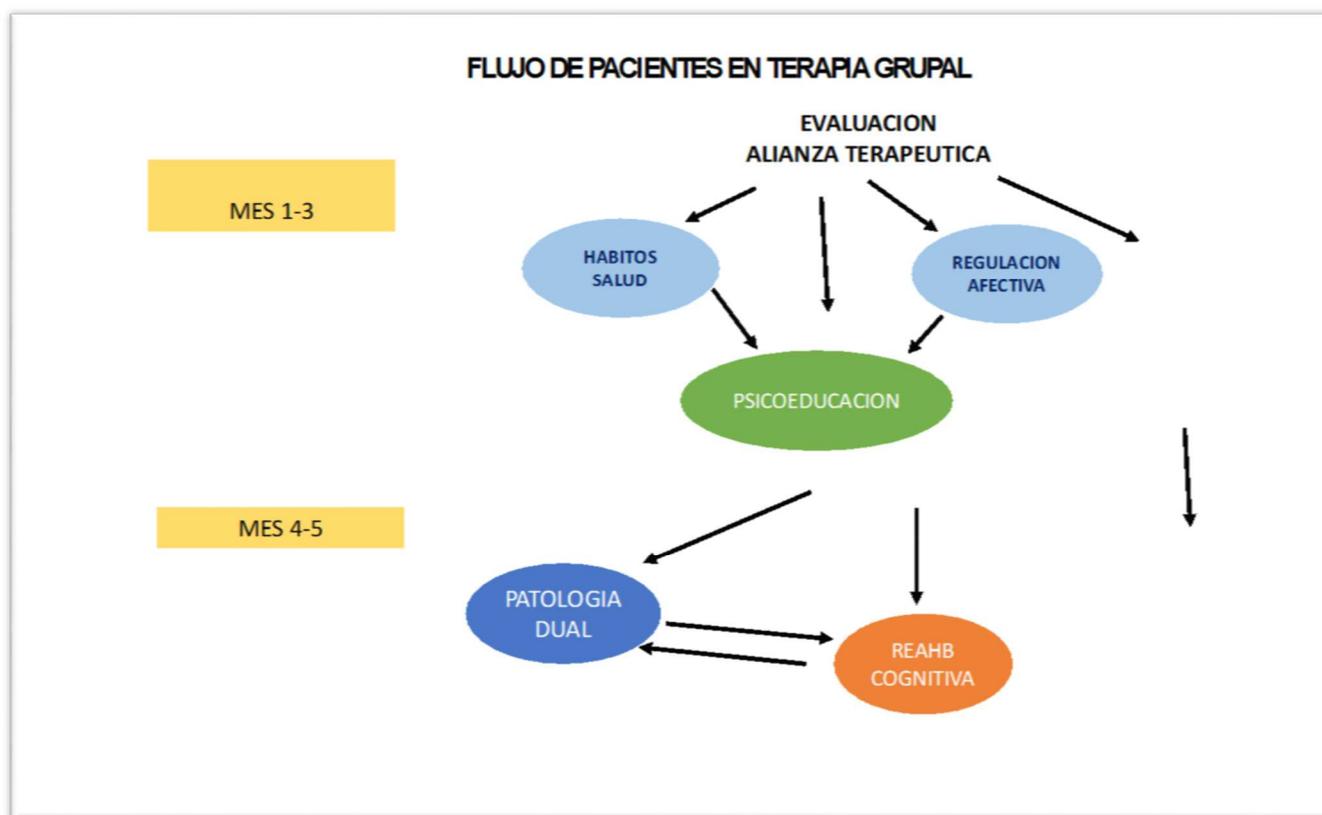
### Encuadre

- + Grupos de (5/10) pacientes.
- + Técnicas de dinamización grupal.
- + Una hora, un día a la semana.



Como hemos visto en cada área de intervención se contempla intervenciones a nivel individual como grupal por los diferentes miembros del equipo multidisciplinar. Al igual que las intervenciones individuales, las grupales también quedan ajustadas al estadio clínico evolutivo del paciente habiendo diseñado una estrategia modular en la que cada paciente según necesidades y objetivos de intervención realizará cada módulo grupal en un momento determinado.

La estrategia de intervención grupal puede contemplarse en la Figura nº 4:



**Figura 4. Estrategia de intervención formato grupal**



# Grupo de Trabajo del ACGSM del Programa de PEP y Fases iniciales de la Psicosis

En el mes de enero de 2109 se ha configurado un grupo de Trabajo compuesto por profesionales del AGCSM del Hospital 12 octubre cuyos objetivos son los siguientes:

- ✚ Conocer diseño y filosofía del programa de intervención existente
- ✚ Diseñar intervenciones a implementar en los CSM y equipo infanto/juvenil por los diferentes profesionales
- ✚ Homogeneizar las intervenciones en los diferentes recursos asistenciales
- ✚ Establecer fórmulas y tiempos de coordinación
- ✚ Reflexionar sobre mejoras a introducir en el programa existente

## **La composición de este grupo de trabajo está conformada por:**

- Psiquiatras
- Psicólogos
- Enfermeras
- T Social
- T ocupacional

## **Pertenecientes a los siguientes dispositivos asistenciales:**

- Hospital de Día /UHB
- Urgencias
- CSM Usera/ CSM Carabanchel/ CSM Villaverde/ Equipo Infantojuvenil



# Indicadores

INDICADOR	MEDIDA	Standard
<b>ACEPTABILIDAD</b>		
<b>Satisfacción del paciente</b>	Numerador: N° de pacientes registrados en el programa que han realizado una encuesta de satisfacción para pacientes y que se han mostrado satisfechos o por encima que “ menos que satisfechos”  Denominador: N° de pacientes que han realizado la encuesta de satisfacción	Porcentaje
<b>Satisfacción de la familia</b>	Numerador: N° de miembros de familias de pacientes que han realizado la encuesta de satisfacción para familiares y que se han mostrado satisfechos o más que “ menos que satisfechos”  Denominador: N° de miembros de familias de pacientes que han realizado la encuesta de satisfacción para familiares	Porcentaje
<b>ACCESIBILIDAD</b>		
<b>Tiempo de espera de primer contacto</b>	Media de días de espera entre la fecha de derivación el primer contacto con el programa	Media
<b>Proporción de primeras visitas que provienen de unidades de hospitalización</b>	Numerador: N° de primeras visitas que provienen de unidades de hospitalización en un año  Denominador: N° de primeras visitas en el mismo año	Porcentaje



<b>Proporción de primeras visitas que provienen del servicio de urgencias</b>	Numerador: N° de primeras visitas que provienen del servicio de Urgencias en un año  Denominador: N° de primeras visitas en el mismo año	Porcentaje
<b>Proporción de primeras visitas que provienen de CSM</b>	Numerador: N° de primeras visitas que provienen del servicio de Urgencias en un año  Denominador: N° de primeras visitas en el mismo año	Porcentaje
<b>ADECUACION</b>		
<b>Monoterapia con Antipsicóticos</b>	Numerador: N° de pacientes con un primer episodio a los que se les ha prescrito antipsicóticos en monoterapia en su primer año  Denominador: N° de pacientes del programa con antipsicóticos en su primer año	Porcentaje
<b>Antipsicóticos de segunda generación</b>	Numerador: N° de pacientes con un primer episodio a los que se les ha prescrito antipsicóticos de segunda generación en su primer año  Denominador: N° de pacientes del programa con antipsicóticos en su primer año	Porcentaje
<b>Pacientes derivados a CRL</b>	Numerador: N° de pacientes del programa valorados adecuadamente para el programa de rehabilitación vocacional en el período de un año  Denominador: N° de pacientes derivados al CRL en el mismo período	Porcentaje



<b>Evaluación del funcionamiento cognitivo</b>	Numerador: N° de pacientes en programa que han efectuado una evaluación cognitiva en el primer año  Denominador: N° de pacientes en el programa	Porcentaje
<b>Psicoeducación de la familia</b>	Numerador: N° de pacientes cuyas familias han sido atendidas al menos en 4 sesiones familiares con profesionales del programa durante el período de vinculación al programa  Denominador: N° de pacientes programa	Porcentaje
<b>Uso de medicación depot</b>	Numerador: N° de pacientes en programa con tratamiento APS depot  Denominador: N° de pacientes programa con tratamiento APS	Porcentaje
<b>% De pacientes con evaluación con evaluación consensuada Completa</b>	Numerador: N° de pacientes en programa con evaluación completa  Denominador: N° de pacientes programa	Porcentaje
<b>N° de reuniones del grupo de trabajo del AGCPSM</b>		
<b>CONTINUIDAD</b>		
<b>Proporción de abandonos</b>	Numerador: N° de individuos que abandonan el programa antes de completar un año (no incluye pacientes que se trasladan a otro lugar, que son derivados o que son re diagnosticados)  Denominador: Todos los pacientes vinculados al programa	Porcentaje
<b>Seguimiento comunitario tras hospitalización</b>	Numerador: N° de pacientes que han acudido al menos a una cita tras ingreso en UHB  Denominador: N° de pacientes del programa tratados tras un ingreso	Porcentaje



**Porcentaje de pacientes que tiene referente en Programa de Continuidad de Cuidados**

Numerador: N° de pacientes que tienen un referente asignado una vez se ha hecho la evaluación inicial

Porcentaje

Denominador: N° de pacientes del programa tratados tras un ingreso

## EFECTIVIDAD

**Estado de funcionamiento global (GAF)**

Numerador: N° de pacientes que mantienen o mejoran sus resultados en una escala estandarizada y validada de funcionamiento global desde el inicio del tratamiento y la evaluación al año

Porcentaje

Denominador: N° de pacientes evaluados mediante una escala de funcionamiento global al inicio y al año

**Relación de recaídas**

Numerador: N° de pacientes que han tenido una recaída (evaluada por un clínico) en 1 año de tratamiento en el programa

Porcentaje

Denominador: N° de pacientes en el programa

**Acumulativo de ingresos hospitalarios**

Numerador: N° de pacientes que han ingresado mientras estaban en el programa

Proporción

Denominador: N° de pacientes registrados en el programa durante el primer, segundo y tercer año

**Funcionamiento ocupacional Y de trabajo**

Numerador: N° de pacientes que refieren estar trabajando (a tiempo total o parcial) al año de la evaluación.

Porcentaje

Denominador: N° de pacientes en el programa

**Búsqueda activa de empleo**

Numerador: N° de pacientes que refieren estar en búsqueda activa de empleo al año de la evaluación.

Porcentaje

Denominador: N° de pacientes en el programa



<b>Evaluación de problemas relacionados con el consumo de drogas</b>	Porcentaje de pacientes que son evaluados regularmente con una entrevista semiestructurada para evaluar abuso de sustancias	Porcentaje
<b>COMPETENCIA</b>		
<b>Formación continua y reglada del equipo de Salud Mental sobre ATP</b>	Existencia de mecanismos de educación a los profesionales de la salud mental del equipo de psicosis temprana	SI/NO
<b>SEGURIDAD</b>		
<b>Monitorización activa de los efectos secundarios de la medicación a mediante la escala UKU</b>	Nº de pacientes a los que se le ha pasado la escala UKU  Denominador: Nº de pacientes en el programa	Porcentaje
<b>Monitorización activa de las conductas suicidas</b>	Nº de pacientes en los que queda reflejada la evaluación del riesgo suicida en la HC  Denominador: Nº de pacientes en el programa	Porcentaje
<b>Prevalencia de los intentos de suicidio</b>	Numerador: Al cabo de 1 año de su primera evaluación, Nº de pacientes y/o familiares que informan a través de entrevista clínica de algún intento de suicidio en el año previo  Denominador: Nº de pacientes en el programa que llevan un año desde la primera evaluación.	Porcentaje



## Bibliografía

1. Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI, Kuoppasalmi K, Isometsä E, Pirkola S, Partonen T, Tuulio-Henriksson A, Hintikka J, Kieseppä T, Härkänen T, Koskinen S, Lönnqvist J. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar disorders in a general population. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64:19-28.
2. Segarra R, Delarze L. El pródromo y su tratamiento. Estadiaje de las psicosis. Aproximaciones dimensionales sintomáticas sobre las mismas. En Segarra R. Abordaje integral de las fases iniciales de las psicosis. Una visión crítica. 2014. Ed. Médica Panamericana. Madrid. ISBN 978-84-9835-797-4. Págs. 49-64.
3. Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Ustun TB. Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. *Current opinion in psychiatry* 2007; 20(4):359-364.
4. Norman RM, Malla AK. Duration of untreated psychosis: a critical examination of the concept and its importance. *Psychol Med.* 2001 Apr; 31(3):381-400.
5. Johannessen JO, Mc Glashan TH, Larsen TK, Horneland M, Joa I, Mardal S, Kvebaek R, Friis S, Melle I, Opjordsmoen S, Simonsen E, Ulrik H, Vaglum P. Early detection strategies for untreated first-episode psychosis. *Schizophrenia Research* 2001; 50(1):39-46.
6. Larsen TK, McGlashan TH, Johannessen JO, Friis S, Guldborg C, Haahr U, Horneland M, Melle I, Moe LC, Opjordsmoen S, Simonsen E, Vaglum P. Shortened duration of untreated first episode of psychosis: changes in patient characteristics at treatment. *Am J Psychiatry* 2001; 158(11):1917-1919.
7. Knapp M, Mangalore R, Simon J. The global costs of schizophrenia. *Schizophr Bull* 2004; 30(2):279-293.
8. Schulze B, Rossler W. Caregiver burden in mental illness: review of measurement, findings and interventions in 2004-2005. *Curr Opin Psychiatry* 2005; 18(6):684-91.
9. Charrier N, Chevreul K, Durand-Zaleski I. *Encephale*. The cost of schizophrenia: a literature review 2013; 39 Suppl 1:S49-56.
10. Instituto de Medición y Evaluación Sanitaria (IHME por sus siglas en inglés). Global Health Data Exchange. [En línea] 2015. [Citado el: 2 de febrero de 2018.] [ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool](http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool).
11. McGorry PD, Edwards J, Mihalopoulos C, Harrigan SM, Jackson HJ. EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management. *Schizophr Bull.* 1996;22:305-26
12. Birchwood, M., McGorry, P. D. & Jackson, H. Early intervention in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 1997; 170, 2-5.
13. Malla AK, Norman RMG, Voruganti LP. Improving outcome in schizophrenia: the case for early intervention. *Can Med Assoc J* 1999; 160: 843-6.



14. Johannessen JO, Larsen TK, Horneland M, Inge J, Mardal S, Kvbaek R, Friis S, Malle I, Opjordsmoen S, Simonsen E, Vaghm P, and McGlashan TH. The TIPS Project. A systematized program to reduce duration of untreated psychoses in first episode psychosis. En: Miller T, McGlashan TH, Mednick SA et al (Eds.). Early Intervention in Psychotic Disorders. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2001, pp. 151-66.
15. Addington J, Addington D. Early intervention for psychosis: The Calgary early psychosis treatment and prevention program. Canadian Psychiatric Association Bulletin 2001; 33: 11-6.
16. Jorgensen P, Nordentoft M, Abel MB, Gouliaev G, Jeppesen P and Kassow P. Early detection and assertive community treatment of young psychotics: the Opus Study. Rationale and design of the trial. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2000. 35, 283-287.
17. Mueser KT, Penn DL, Addington J, Brunette MF, Gingerich S, Glynn SM, Lynde DW, Gottlieb JD, Meyer-Kalos P, McGurk SR, Cather C, Saade S, Robinson DG, Schooler NR, Rosenheck RA, Kane JM. The NAVIGATE Program for First-Episode Psychosis: Rationale, Overview, and Description of Psychosocial Components. Psychiatr Serv. 2015 Jul; 66(7):680-90.
18. Libro Blanco sobre la Intervención Temprana en Psicosis. Movimiento Rethinking. (2018)
19. McGorry PD, Hickie IB, Yung AR, Pantelis C, Jackson HJ. Clinical staging of psychotic disorders: a heuristic framework for choosing earlier, safer and more effective interventions. Aust N Z J Psychiatry 2006; 40:616-622.
20. Fusar Poli P, Yung AR, McGorry P and van Os J. Lessons learned from the psychosis high risk state: towards a general staging model of prodromal intervention Psychological Medicine, 2013 pp 1 8.
21. Álvarez-Jiménez MA, Parker AG, Hetrick SE, McGorry PD, Gleeson JF. Preventing the Second Episode: A Systematic Review and Meta-analysis Of Psychosocial and Pharmacological Trials in First-Episode psychosis. Schizophr Bull 2011; 37: 619–630.
22. Craig TK, Garety P, Power P, Rahaman N, Colbert S, Fornells-Ambrojo M, Dunn G. The Lambeth Early Onset (LEO) Team: randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis. BMJ. 2004 Nov 6; 329(7474):1067.
23. Bertelsen M, Jeppesen P, Petersen L, Thorup A, Øhlenschlaeger J, le Quach P, Christensen TØ, Krarup G, Jørgensen P, Nordentoft M. Five-year follow-up of a randomized multicenter trial of intensive early intervention vs standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. Arch Gen Psychiatry 2008, 65(7):762-771.
24. Melau M1, Jeppesen P, Thorup A, Bertelsen M, Petersen L, Glud C, Krarup G, Nordentoft M The effect of five years versus two years of specialised assertive intervention for first episode psychosis - OPUS II: study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2011 Mar 10; 12:72.



25. Nordentoft M1, Rasmussen JO, Melau M, Hjorthøj CR, Thorup AA. How successful are first episode programs? A review of the evidence for specialized assertive early intervention *Curr Opin Psychiatry*. 2014 May; 27(3):167-72.
26. NICE. Schizophrenia (update): full guideline DRAFT September 2008. London: National Institute of Clinical Excellence-NHS.2008. ó NICE. Schizophrenia. Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care. London: National Institute of Clinical Excellence-NHS 2009..29NICE clinical guideline
27. Buchanan RW, Kreyenbuhl J, Kelly DL, Noel JM, Boggs DL, Fischer BA, Himelhoch S, Fang B, Peterson E, Aquino PR, Keller W; Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT).The 2009 schizophrenia PORT psychopharmacological treatment recommendations and summary statements. *Schizophr Bull* 2010; 36:71–93.
28. International Early Psychosis Association Writing Group. International clinical practice guidelines for early psychosis. *Br J Psychiatry Suppl*. 2005 Aug; 48:s120-4.
29. Australian clinical guidelines for early psychosis. Orygen, The National Centre of Excellence in Youth Mental Health 2010
30. Baird J, Bell S, Brabban A, Burbach F, Campbell A, Dodgson G, Eranti S, Fox T, Fraser , French P, Hember M, Jeavons J, Laughton-Brown H, Leeks A, Kumar D, McGowan S, Pearson D, Shiers D, Smith Jo, Williams M.S.and Zoetti, M. (2012). IRIS Guidelines: Early Intervention in Psychosis IRIS Guidelines Update September 2012. Technical Report. IRIS, Mental Health Network NHS Confederation, Rethinking Mental Illness, IRIS.
31. Chandra A, Patterson E and Hodge S. Standards for Early Intervention in Psychosis Services. 2018 Royal College of Psychiatrists 3 Early Intervention in Psychosis Network (EIPN).
32. Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente. Guía para la atención a las personas con esquizofrenia y el Trastorno psicótico incipiente. Ministerio de Sanidad y Consumo 2009.
33. M.F. Bravo Ortiz, O. Vallina Fernández, M. San Emeterio Parra, J. Cid Colom, V. Ibáñez Rojo, J. González Cases, A. Fernández Liria. Consenso sobre Atención Temprana a la Psicosis de la Asociación Española de Neuropsiquiatría .AEN 2009.
34. Guía Docente de Rotación para el Programa de Primeros Episodios Psicóticos y Fases Iniciales de la Psicosis –MIR.
35. Mueser KT, Penn DL, Addington J, Brunette MF, Gingerich S, Glynn SM, Lynde DW, Gottlieb JD, Meyer-Kalos P, McGurk SR, Cather C, Saade S, Robinson DG, Schooler NR, Rosenheck RA, Kane JM. The NAVIGATE Program for First-Episode Psychosis: Rationale, Overview, and Description of Psychosocial Component *Psychiatr Serv*. 2015 Jul; 66(7):680-90. G
36. [www.raiseetp.org](http://www.raiseetp.org)
37. Ramsay CE, Broussard B, Goulding SM, Cristofaro S, Hall D, Kaslow NJ, Killackey E, Penn D, Compton MT. Life and treatment goals of individuals hospitalized for first-episode nonaffective psychosis. *Psychiatry Research*. 2011; 189:344–8.



38. Farkas MD. The vision of recovery today: What it is and what it means for services. *World Psychiatry*. 2007; 6:4–10.
39. Addington J, Addington D. Neurocognitive and social functioning in schizophrenia: A 2.5 year follow-up study. *Schizophrenia Research*. 2000; 7:47–56.
40. Häfner H, Löffler W, Maurer K, Hambrecht M, an der Heiden W. Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1999; 100:105–18.
41. Anthony W, Cohen M, Farkas MI, Gagne Ch. *Psychiatric Rehabilitation*. Boston: Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation; 2002.
42. Corrigan PW, Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Solomon Ph. *The Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation: An Empirical Approach*. New York: Guilford Press; 2008.
43. Kane JM, Robinson DG, Schooler NR, Mueser KT, Penn DL, Rosenheck RA, Addington J, Brunette MF, Correll Ch U, Estroff SE, Marcy P, Robinson J, Meyer-Kalos PS, Gottlieb JD, Glynn SM, Lynde DW, Pipes R, Kurian BT, Miller A, Azrin S, Goldstein AB, Severe JB, Kyaw HL, Sint J, Majnu J, Heinssen RK. Comprehensive versus Usual Community Care For First Episode Psychosis: Two-Year Outcomes From The NIMH RAISE Early Treatment Program. *Am J Psychiatry*. 2016 Apr 1; 173(4): 362–372.
44. Keating D, McWilliams S, Schneider I, Hynes C, Cousins G, Strawbridge J, Clarke M. Pharmacological guidelines for schizophrenia: a systematic review and comparison of recommendations for the first episode. *BMJ Open*. 2017.
45. Working Group of the Clinical Practice Guideline for Schizophrenia and Incipient Psychotic Disorder. Mental Health Forum, coordination. Clinical practice guideline for schizophrenia and incipient psychotic disorder. Madrid: Quality Plan for the National Health System of the Ministry of Health and Consumer Affairs. Agency for Health Technology Assessment and Research, 2009. Clinical Practice Guideline: CAHTA. Number 2006/05–2.
46. Barnes TR. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol (Oxford)* 2011; 25:567–620.
47. Hasan A1, Falkai P, Wobrock T, Lieberman J, Glenthøj B, Gattaz WF, Thibaut F, Möller HJ; World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Task Force on Treatment Guidelines for Schizophrenia. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, part 1: update 2012 on the acute treatment of schizophrenia and the management of treatment resistance. *World J Biol Psychiatry* 2012; 13:318–78.



48. Hasan A, Falkai P, Wobrock T, Lieberman J, Glenthøj B, Gattaz WF, Thibaut F, Möller HJ; WFSBP Task force on Treatment Guidelines for Schizophrenia. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of schizophrenia, part 2: update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects. *World J Biol Psychiatry* 2013;14:2–44.
49. Hasan A, Falkai P, Wobrock T, Lieberman J, Glenthøj B, Gattaz WF, Thibaut F, Möller HJ; WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Schizophrenia. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia Part 3: Update 2015 Management of special circumstances: depression, suicidality, substance use disorders and pregnancy and lactation. *World J Biol Psychiatry* 2015; 16:142–70.
50. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of Schizophrenia. SIGN 131, 2013.
51. Osser DN, Roudsari MJ, Manschreck T. The psychopharmacology algorithm project at the Harvard South Shore Program: an update on schizophrenia. *Harv Rev Psychiatry* 2013; 21:18–40.
52. National Institute for Health and Care Excellence. Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. CG178. 2014. Retrieved 18 August 2015, <http://www.nice.org.uk>.
53. ENSP Medical Management Writing Group. Medical management in early psychosis: a guide for medical practitioners. Orygen Youth Health Research Centre, 2014.
54. Galletly C, Castle D, Dark F, Humberstone V, Jablensky A, Killackey E, Kulkarni J, McGorry P, Nielssen O, Tran N. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 2016; 50:410–72.
55. Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis. Second edition updated June 2016.
56. Chwastiak LA, Tek C. The unchanging mortality gap for people with schizophrenia. *Lancet*. 2009 Aug 22; 374(9690):590-2.
57. Wu S-I, Kao K-L, Chen S-C, Juang JJM, Lin C-J, Fang C-K, et al. Antipsychotic exposure prior to acute myocardial infarction in patients with serious mental illness. *Acta Psychiatr Scand* 2015; 131 (3): 213-22.
58. Allison DB, Fontaine KR, Heo M, Mentore JL, Cappelleri JC, Chandler LP, Weiden PJ, Cheskin LJ. The distribution of body mass index among individuals with and without schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 215-220.
59. Bushe C, Holt R. Prevalence of diabetes and impaired glucose tolerance in patients with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2004; 184 (47): 567-71. Chafetz L, White MC, Collins-Bride
60. Nickens J. The poor general health of the severely mentally ill: impact of schizophrenic diagnosis. *Community Ment Health J* 2005; 41:169-84.



61. Chafetz L, White MC, Collins-Bride G, Nickens J. The poor general health of the severely mentally ill: impact of schizophrenic diagnosis. *Community Ment Health J* 2005; 41:169-84.
62. Grinshpoon A, Barchana M, Ponizovsky A, Lipshitz I, Nahon D, Tal O, Weizman A, Levav I. Cancer in schizophrenia: is the risk higher or lower? *Schizophr Res* 2005; 73(2-3):333-41.
63. Nakamura Y, Koh M, Miyoshi E, Ida O, Morikawa M, Tokuyama A, Nagano T, Honda Y, Iida J, Yamamoto K, Minami N, Kasahara A, Hirai M, Hayashi N, Kishimoto T. High prevalence of the hepatitis C virus infection among the inpatients of schizophrenia and psychoactive substance abuse in Japan. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2004; 28:591-97.
64. Grassi L, Pavanati M, Cardelli R, Ferri S, Peron L. HIV-risk behaviour and knowledge about HIV/AIDS among patients with schizophrenia. *Psychol Med* 1999;29:171-9
65. Montejo AL, Majadas S, Rico-Villademoros F, Llorca G, De La Gándara J, Franco M, Martín-Carrasco M, Aguera L, Prieto N; Spanish Working Group for the Study of Psychotropic-Related Sexual Dysfunction.. Frequency of sexual dysfunction in patients with a psychotic disorder receiving antipsychotics. *J Sex Med*. 2010;7:3404-13
66. NIH. Consensus Development Panel on Osteoporosis Prevention. Diagnosis and Therapy. *JAMA* 2001; 285: 785-95.
67. Wu H, Deng L, Zhao L, Zhao J, Li L, Chen J. Osteoporosis associated with antipsychotic treatment in schizophrenia. *Int J Endocrinol* 2013; 2013: 167138.
68. Velasco-Ortega E, Monsalve-Guil L, Ortiz-Garcia I, Jimenez-Guerra A, Lopez-Lopez J, Segura-Egea JJ. Dental caries status of patients with schizophrenia in Seville, Spain: a case-control study. *BMC Res Notes*. 2017 Jan 18; 10(1):50.
69. Bertolote J, McGorry P .Early intervention and recovery for young people with early psychosis: consensus statement. *Br J Psychiatry Suppl*. 2005 Aug; 48:s116-9.
70. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/resources/healthy-active-lives-heal-consensus-statement-international-physical-health-in-youth-working-group-pdf-191766493>