

# **Guia de desenvolupament del programa d'atenció específica a les persones amb trastorns psicòtics incipients del Pla director de salut mental i addiccions**



© 2011 Generalitat de Catalunya

Departament de Salut  
Trav. de les Corts, 131-159  
Edifici Ave Maria  
08028 Barcelona

[www.gencat.cat/salut](http://www.gencat.cat/salut)

**Edició:** Generalitat de Catalunya

**Coordinació editorial:** Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris,  
Departament de Salut

**Assessorament i correcció lingüística:** Secció de Planificació lingüística del Departament de Salut

**Primera edició:** Barcelona, febrer de 2011



## Sumari

1. Introducció .....	5
2. Les polítiques del Departament de Salut en matèria d'atenció a la salut mental i a les addiccions .....	6
2.1. El Pla director de salut mental i addiccions .....	6
2.2. El Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública .....	9
3. Programa d'atenció específica a les persones amb trastorns psicòtics incipients .	11
3.1. Introducció .....	11
3.2. Objectius generals i objectius específics .....	11
3.3. Poblacions diana a les quals s'adreça el Programa .....	12
4. Aspectes clau del Programa d'atenció específica als trastorns psicòtics incipients .....	14
4.1. Estratègies de detecció i accés al Programa .....	14
4.1.1. Activitats d'informació i educació a la població general .....	14
4.1.2. Activitats de formació per a la detecció precoç per part dels professionals .....	15
4.1.3. Activitats de sensibilització i formació per als professionals de la xarxa especialitzada .....	16
4.1.4. Activitats per a la derivació i la vinculació .....	16
4.2. Estratègies de valoració .....	18
4.2.1. Valoració clínica .....	19
4.2.2. Valoració i monitoratge dels paràmetres de salut física .....	20
4.2.3. Valoració neuropsicològica .....	21
4.2.4. Valoració de l'ús de substàncies .....	23
4.3. Estratègies d'intervenció terapèutica .....	24
4.3.2. Tractaments psicològics .....	32
4.3.2.1. Teràpia cognitiu-conductual .....	32
4.3.2.2. Teràpia psicodinàmica i psicoanalítica aplicada .....	34
4.3.3. Intervencions de rehabilitació cognitiva .....	36
4.3.4. Intervencions familiars .....	37
4.3.5. Intervencions psicoeducatives .....	39
4.3.6. Intervenció cognitiu-conductual de l'addicció al cànnabis .....	40
4.3.7. Morbiditat mèdica. Prevenció i educació per la salut .....	42
4.3.8. Prevenció de recaigudes i abordatge de les situacions de crisi .....	43
4.3.9. Intervencions per a l'orientació acadèmica i laboral i l'organització de l'oci i el lleure .....	44
5. Model organitzatiu i estratègies d'implementació del Programa .....	46
5.1. Model organitzatiu .....	46
5.2. Estratègies d'implementació del Programa .....	47
5.3. L'equip del PAE-TPI .....	47

---

5.4. Fluxos de pacients i vies de derivació de casos.....	49
5.5. Avaluació i seguiment general del Programa.....	49
6. Formació .....	55
7. Recerca.....	56
8. Referències bibliogràfiques complementàries.....	57
8.2. Ús de les substàncies.....	57
8.3. Tractament farmacològic.....	58
8.4. Tractament cognitiu contractual .....	59
8.5. Psicoteràpia psicoanalítica.....	60
8.6. Rehabilitació cognitiva.....	61
9. Annexos .....	62
10. Professionals que han participat .....	68

## 1. Introducció

Els trastorns psicòtics constitueixen un dels principals problemes sanitaris dins de l'àmbit de la salut mental a causa de la seva alta incidència. Però també per la manera com poden afectar el desenvolupament de les persones que els pateixen i la consegüent transcendència que això pot tenir sobre els àmbits familiar i social.

El desenvolupament de la recerca i l'experiència derivada de noves modalitats d'intervenció sobre aquests trastorns mostren la possibilitat d'intervenir en les seves fases inicials i de poder-ne, així, modificar i millorar el pronòstic evolutiu.

En aquesta línia, l'Organització Mundial de la Salut (OMS)<sup>1</sup> ha recomanat afavorir la detecció primerenca i la intervenció intensiva sobre aquests trastorns per promoure la recuperació d'aquelles persones que pateixen un trastorn psicòtic.

El Pla director de salut mental i addiccions del Departament de Salut (PDSMiA)<sup>2</sup> recull aquestes orientacions i formula entre les seves prioritats l'atenció al trastorn psicòtic incipient (TPI) amb la finalitat d'oferir la millor atenció possible segons les evidències disponibles a les persones que el pateixen i de garantir la cooperació entre dispositius per assolir la continuïtat assistencial i l'excel·lència assistencial per a aquesta població específica.

Aquesta guia, fruit del consens professional, té per objectiu facilitar el desenvolupament homogeni dels programes d'atenció específica a les persones amb trastorns psicòtics incipients (PAE-TPI), des d'un marc conceptual fonamentat en els conceptes de desenvolupament territorial, integració de dispositius i enfocament comunitari.

En la implementació del Programa s'han de garantir la competència professional dels equips que l'han de dur a terme, així com un sistema organitzatiu i de recursos que en garanteixi la qualitat. Tanmateix, cal establir sistemes d'informació i indicadors que permetin avaluar el desenvolupament dels programes i els seus resultats.

El desplegament homogeni i equitatiu d'aquest programa amb criteris d'integralitat, d'efectivitat i d'eficiència en tot el territori de Catalunya ha de suposar una millora qualitativa de l'atenció a les persones que pateixen aquests problemes de salut mental.

---

<sup>1</sup> Bertolote J, McGorry P. An International Consensus Statement about Early Intervention and Recovery for Young People with Early Psychosis. *Br J Psychiatry* 2005; 187: 116-9.

<sup>2</sup> Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla Director de Salut Mental i Addiccions <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/salutmental2006n.pdf>

## 2. Les polítiques del Departament de Salut en matèria d'atenció a la salut mental i a les addiccions

Els principals instruments de planificació estratègica de què s'ha dotat el Departament de Salut per a la formulació de les polítiques sanitàries a Catalunya són: el Pla de salut<sup>3</sup>, els plans directors<sup>4</sup> i el Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública<sup>5</sup>.

- El Pla de salut és l'eina del Govern de Catalunya per marcar les prioritats en matèria de salut.
- Els plans directors fan operatives les polítiques que defineix el Pla de salut i defineixen les estratègies necessàries per assolir els objectius pel que fa als problemes de salut prioritzats, amb una visió integradora del conjunt del sistema.
- El Mapa sanitari contribueix a definir els serveis més adequats per assolir els objectius del Pla de salut i dels plans directors.

El Departament de Salut, en el marc de la declaració de Helsinki, i en línia amb les prioritats definides en el Pla d'acció per la Unió Europea, ha volgut prioritzar el desenvolupament del PDSMiA. L'elevada prevalença de trastorns mentals, i la gran càrrega personal i familiar, sanitària i social que comporten, justifiquen plenament aquesta prioritat. Per donar resposta a tot un seguit de reptes que planteja la societat actual, aquest pla director fixa les estratègies i les accions necessàries per fer possible que els objectius proposats s'assoleixin.

### 2.1. El Pla director de salut mental i addiccions

El PDSMiA és l'instrument d'informació, estudi i proposta mitjançant el qual el Departament de Salut determina les directrius per impulsar, planificar, coordinar i avaluar les actuacions que cal desenvolupar en l'àmbit de la promoció de la salut mental, la prevenció i el tractament de les malalties associades amb la salut mental i les addiccions, i millorar la qualitat de vida dels afectats.

El PDSMiA proposa un nou model d'atenció i d'organització dels serveis que, partint de la realitat actual, permeti continuar avançant en l'eficiència i la qualitat del sistema.

<sup>3</sup> Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla de salut de Catalunya a l'horitzó 2010: Informe de salut a Catalunya. Barcelona, 2009. <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/salutmental2006n.pdf>

<sup>4</sup> Plans directors del Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Disponible a: URL: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2154/index.html>.

<sup>5</sup> Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Els serveis per a la salut: mirant cap al futur. Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública. Barcelona, 2008.

## El nou model d'atenció de salut mental i addiccions

- ♦ Orientació dels serveis a les necessitats dels usuaris; promoció de la seva implicació activa i de la participació dels seus representants legals en la planificació en l'àmbit central i local.
- ♦ Integració com a objectiu de millora permanent. Integració dels dispositius i serveis i entre nivells assistencials (atenció primària, atenció especialitzada, atenció en salut mental, atenció a les drogodependències...).
- ♦ Visió global i de continuïtat assistencial basada en el treball en xarxa i en la multidisciplinarietat dels equips.
- ♦ Enfocament comunitari en els serveis i en les prestacions, amb un model més preventiu, més rehabilitador i més proactiu en totes les intervencions.
- ♦ Organització basada en el sistema d'atenció integrat i integral amb base territorial.
- ♦ Pràctica assistencial basada en l'evidència científica i l'experiència demostrable.

El model proposat es fonamenta en un marc conceptual i epistemològic, i es formula prenent com a base uns components essencials, amb les bases ideològiques que l'inspiren. La proposta epistemològica

- ♦ La salut mental com a factor essencial del creixement humà és un element bàsic en el concepte de salut.
- ♦ Els determinants de la salut mental es corresponen amb una multiplicitat de factors: biològics (genètica...), individuals (experiències afectives personals), familiars, socials, econòmics, educatius i mediambientals.
- ♦ Els canvis socials, i les ràpides transformacions socioeconòmiques, impacten de manera decisiva en les persones i en la salut mental.

## El model d'atenció

- ♦ Centrat en el pacient i en les necessitats dels usuaris.
- ♦ Conèixer les seves expectatives i preferències: Promoure la participació activa als diferents nivells de l'atenció, com a ciutadans de dret i com a clients amb capacitat d'influència.
- ♦ Equips multidisciplinaris, serveis flexibles per adaptar-se a les diferents necessitats dels pacients i les famílies.
- ♦ Capacitat de lideratge per dirigir amb coherència la participació de tots els agents implicats (pacients, famílies, professionals, entitats proveïdores (EP), administracions i societat civil en general).

## El model de serveis

- ♦ Integració com a model de referència per al procés general de canvi: entre els serveis de salut (primària-especialitzada) entre les xarxes especialitzades (salut mental i addiccions), i entre les intervencions dels diferents dispositius de la xarxa especialitzada
- ♦ Progressiva integració amb els serveis d'educació, socials, laborals i d'altres.
- ♦ Compromís de l'atenció primària de salut amb la salut mental. Integració en l'entorn de l'atenció primària com a referent bàsic de la salut.

## El model organitzatiu i professional

- ◆ Necessitat de passar d'una organització basada en la concepció de dispositiu a una altra de basada en el sistema d'atenció a la persona, de base territorial.
- ◆ Integració entre nivells per millorar l'eficiència del conjunt del sistema.
- ◆ Adaptació de l'oferta de serveis genèrics amb programes més especialitzats.
- ◆ Fer aportacions des de l'evidència científica i des d'aquelles que es consideren bones pràctiques per part de la comunitat científica.
- ◆ Pràctica professional basada en fets i en valors com a garantia de la veritable orientació als ciutadans.
- ◆ Integració de l'assistència, la docència, la recerca i la gestió eficient dels recursos per assolir un model basat en l'excel·lència i orientat a la millora constant.

El Pla director de salut mental i addiccions ha estructurat les seves propostes en **10 objectius estratègics**, que s'organitzen de manera longitudinal.

#### Objectius estratègics longitudinals

- ◆ Promoció de la salut mental i prevenció dels trastorns mentals i les addiccions.
- ◆ Millora de l'atenció dels trastorns mentals i les addiccions a l'atenció primària de salut (APS).
- ◆ Incorporació d'una cartera de serveis orientada a les necessitats dels usuaris amb base territorial.
- ◆ La veu dels afectats: Millora de la seva implicació i assoliment del compromís de la xarxa amb els seus drets.
- ◆ La veu dels professionals: Consecució de la seva implicació i de la millora de la seva satisfacció.

#### Objectius estratègics transversals

- ◆ Promoure l'organització funcional integrada de les xarxes d'atenció de salut mental i addiccions.
- ◆ Afavorir la millora dels sistemes de gestió amb la implicació de les EEP.
- ◆ Potenciar la formació continuada i el sistema docent de postgrau.
- ◆ Enfortir la recerca epidemiològica i clínica, l'avaluació dels serveis i la cooperació europea.
- ◆ Assegurar la gestió del canvi dels objectius fan referència a aspectes vinculats a les característiques o a la implementació del PAE-TPI.



### **2.1.1. Línies i objectius operatius definits pel Pla director relacionats amb els trastorns psicòtics incipients: objectius estratègics, objectius operatius i projectes.**

El Pla director formula un conjunt d'objectius, cadascun dels quals conté línies d'actuació que es desenvolupen mitjançant objectius operatius concrets. Alguns dels objectius fan referència a aspectes vinculats a les característiques o a la implementació del PAE-TPI.

L'objectiu 3, línia 1, recull com a objectiu operatiu la implementació d'un equip polivalent amb capacitat de resposta ràpida d'atenció a les persones amb psicosis incipient, i prioritza l'atenció a les psicosis incipients i a la població infantil i juvenil amb trastorns mentals greus (TMG). Per això, cal elaborar programes d'atenció específica a les psicosis incipients en el marc de la nova cartera de serveis dels centres de salut mental (CSM).

Dins la millora de la cartera de serveis i en relació amb l'atenció a les persones amb trastorns psicòtics, estableix que cal elaborar o implementar:

La generalització del programa de TMG a la infància i l'adolescència  
Un programa d'atenció específica a les psicosis incipients  
Programes específics d'intervenció ambulatoria intensiva als hospitals de dia  
Un programa d'atenció i suport a les famílies dels afectats

En l'apartat dedicat a la reorganització dels serveis d'atenció ambulatoria, diu que cal la reorganització dels centres de salut mental per a adults i per a infants i joves (CSMA i CSMIJ, respectivament) amb una cartera de serveis que promogui la diferenciació clara entre:

El programa de suport a l'APS.  
L'atenció especialitzada per patologies basada en les guies clíniques, i  
Els programes d'atenció als casos de psicosis incipient: trastorn mental greu (TMG) o trastorn mental sever (TMS).

Finalment, estableix la necessitat de potenciar un sistema de gestió integrada que garanteixi la continuïtat assistencial.

## **2.2. El Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública**

El Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública de Catalunya estableix els criteris de planificació dels serveis, tant sanitaris com socials, en relació amb les necessitats d'atenció a la salut mental i a les drogodependències. El Mapa sanitari proporciona també les orientacions sobre el desenvolupament i l'adequació dels serveis en el territori, amb una perspectiva de futur i una visió global sobre el conjunt dels serveis.

El Mapa sanitari proposa un model organitzatiu dels serveis d'atenció a la salut mental i addiccions, que s'organitza basant-se en tres grans àmbits d'intervenció, diferenciats segons els problemes de salut, la tipologia o complexitat de les intervencions i l'entorn de serveis on aquestes intervencions resulten més eficients. Així, en funció de la intensitat i especificitat de les intervencions, es pot parlar de tres nivells de resposta de baixa, mitjana i alta complexitat. En aquest últim nivell de màxima complexitat, se situen els tractaments integrals adreçats a

les persones amb trastorns mentals greus de llarga evolució i amb risc de discapacitat.

La resposta assistencial en aquestes situacions requereix una assistència integral i la implicació de la majoria de dispositius especialitzats. Com a eix més rellevant inclou els programes d'atenció precoç i intensiva a les persones amb patologia psicòtica com a mesura indispensable per millorar-ne el pronòstic.

Entre els criteris quantitius de planificació que conté el PDSMiA es formulen un seguit de programes específics que cal desenvolupar des dels centres de salut mental, com són, entre d'altres:

- ♦ En l'etapa infantil i juvenil: El programa d'atenció a persones amb TMG, amb una prevalença atesa esperada de 40-50 persones per any i per 100.000 habitants de població general.
- ♦ En l'etapa adulta s'espera una incidència atesa de 20 casos de psicosis incipient nous per any, per 100.000 habitants de població general.

Un punt crític per al desenvolupament i adequació d'aquests programes és la necessitat d'una organització assistencial integrada de base territorial. La cooperació dels diferents dispositius sobre la base dels processos i l'establiment d'aliances estratègiques entre proveïdors sembla actualment la millor opció per aconseguir una oferta de serveis integrada als diferents territoris, basada en la complementarietat de les intervencions.

Per al seguiment i l'avaluació del PDSMiA, planteja l'objectiu d'impulsar la detecció i la intervenció precoç dels trastorns mentals greus, amb un model d'atenció integral, proactiu i comunitari per prevenir i disminuir els riscos d'evolució tòrpida d'aquests trastorns.

### 3. Programa d'atenció específica a les persones amb trastorns psicòtics incipients

#### 3.1. Introducció

A finals del segle passat, la recerca en psiquiatria va anar focalitzant el seu interès en els primers episodis d'esquizofrènia i, per extensió, en els primers episodis psicòtics en general. Paral·lelament, es van anar introduint experiències d'intervenció primerenca i desenvolupant propostes de programes i serveis adreçats a les fases inicials dels trastorns psicòtics. Aquest desplaçament de l'interès de l'estudi i la intervenció sobre els trastorns mentals establerts cap a les seves formes de presentació d'inici han estat considerats per J. L. Vázquez-Barquero com un pas des del "paradigma de la malaltia mental establerta", propi de la psiquiatria tradicional, a un "paradigma de la malaltia mental en les seves fases inicials"<sup>6</sup>.

Aquest canvi ha permès centrar l'interès de les intervencions en diferents moments de les fases inicials dels trastorns psicòtics com són: les situacions prodròmiques o de risc de desenvolupar una psicosi, la detecció primerenca i la reducció del temps fins a una intervenció adient en els primers episodis i el tractament continuat durant el període de recuperació i estabilització posterior.

La psicosi incipient es comprèn així com un fenomen dimensional, dins del qual es trobarien símptomes psicòtics aïllats, formes subsindròmiques i incompletes de trastorn, des de trets o estructures de personalitat amb risc, fins a diagnòstics de trastorns psiquiàtrics específics.

#### 3.2. Objectius generals i objectius específics

##### Els objectius generals del PAE-TPI són:

- Aconseguir la detecció primerenca i la intervenció precoç en els trastorns psicòtics incipients, amb la finalitat de disminuir la incidència de trastorns psicòtics.
- Reduir-ne el dany.
- Millorar-ne el pronòstic.

##### Els objectius específics són:

- Identificar els estats mentals de risc, denominats clàssicament manifestacions prodròmiques d'un trastorn psicòtic, per promoure intervencions preventives que limitin la transició a un primer episodi.
- Detectar precoçment els primers episodis psicòtics i reduir-ne la durada del temps sense diagnòstic i sense tractament, la qual cosa es coneix habitualment com duració de la psicosi no tractada o *duration of untreated psychosis* (DUP).

<sup>6</sup> Vázquez-Barquero JL, Artal Simón J. Las fases tempranas de las psicosis. A: Vázquez-Barquero JL, Crespo B, Herrán A, editors. Las fases iniciales de las enfermedades mentales. Barcelona: Masson, 2005: 3-8.

- Oferir un tractament integral i integrat adaptat a les característiques de les fases inicials de les psicosis que incorpori les recomanacions de les guies de pràctica clínica.
- Facilitar la recuperació d'un episodi psicòtic i prevenir-ne les recaigudes durant el període crític de cinc anys posterior al primer episodi.
- Estimular l'adherència terapèutica als tractaments farmacològics i psicosocials, que s'han de fonamentar en l'evidència científica i les necessitats específiques de cada cas.
- Promoure la vinculació i la participació de la persona en el procés assistencial i en la presa de decisions al llarg de la intervenció.
- Donar suport a la família, facilitar-ne la participació en el procés de cura i la col·laboració i coresponsabilització en el tractament.

### 3.3. Poblacions diana a les quals s'adreça el Programa

El Programa d'atenció específica a les persones amb trastorns psicòtics incipients es dirigeix a tractar mitjançant un programa intensiu aquelles persones joves, d'edats compreses entre els 14 i els 35 anys, que presenten:

- Estats mentals de risc de desenvolupar un trastorn psicòtic
- Primers episodis psicòtics

Persones que es troben en el període de recuperació o durant el període crític de cinc anys posterior a un primer episodi psicòtic

Excepcionalment, es poden incloure en el Programa persones d'edats inferiors sempre que compleixin la resta de criteris d'inclusió.

#### A. Criteris d'estats mentals d'alt risc (EMAR):

S'inclouen en aquesta categoria tres subgrups poblacionals de risc:

Persones que presenten símptomes positius subllindar que no són suficientment greus o persistents com per complir els criteris de primer episodi psicòtic o de trastorn psicòtic breu segons les classificacions internacionals del manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals de l'Associació Americana de Psiquiatria o la classificació internacional de malalties de l'Organització Mundial de la Salut, en les versions DSM-IV-TR<sup>7</sup> i CIM-9<sup>8</sup>.

- Persones que presenten història familiar de trastorn psicòtic en familiar de primer grau, o bé trastorn esquizotípic del subjecte a més d'un declivi funcional persistent o significatiu dins de l'últim any, mesurable com una disminució de 30 punts en l'escala EEAG (escala d'avaluació d'activitat global, per les sigles en castellà) o GAF (avaluació global de funcionament, per les sigles en anglès de *Global Assessment of Functioning*)<sup>9</sup> del DSM-IV-TR.

<sup>7</sup> López-Ibor JJ, Valdés Miyar M. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson, 2002.

<sup>8</sup> Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Classificació internacional de malalties de l'Organització Mundial de la Salut. 9a revisió, 6a edició. CIM-9-MC. Barcelona: Pòrtic, 2008.

<sup>9</sup> Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. Arch Gen Psychiatry 1976; 33: 766-71.

- Persones que presenten símptomes psicòtics breus intermitents i limitats, o *brief limited intermittent psychotic symptoms* (BLIPS), que no presenten una duració superior a una setmana i que han remès espontàniament.

Aquests perfils poden ser definits operativament per la pràctica clínica mitjançant l'ús d'instruments<sup>10</sup> com l'entrevista estructurada per a síndromes prodròmiques (SIPS/SOPS, entrevista i escala respectivament, per les sigles en anglès)<sup>11</sup> i l'entrevista d'avaluació integral d'estats mentals d'alt risc (CAARMS, per les sigles en anglès)<sup>12</sup>. Vegeu Criteris de les síndromes prodròmiques (annexos:taula 1).

## **B. Criteris de primer episodi psicòtic:**

Persones que presenten per primer cop manifestacions psicòtiques franques que poden ser compatibles amb diferents diagnòstics de psicosis afectives i no afectives.

El conjunt de diagnòstics prioritàriament associats als trastorns psicòtics establerts segons criteris DSM o CIE inclouen els següents:

- Esquizofrènia
- Trastorn esquizotípic
- Trastorn d'idees delirants
- Trastorn psicòtic agut
- Trastorn esquizoafectiu
- Trastorn esquizofreniform
- Trastorn psicòtic no orgànic
- Episodi maníac
- Trastorn bipolar
- Episodi depressiu greu amb símptomes psicòtics
- Trastorn depressiu recurrent amb símptomes psicòtics

## **C. Criteri de període crític:**

Persones que es troben dins del període crític que comprèn els cinc anys que segueixen al desenvolupament d'un primer episodi psicòtic.

<sup>10</sup> Olsen KA, Rosenbaum B. Prospective investigations of the prodromal state of schizophrenia: assessment of instruments. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113: 273-82.

<sup>11</sup> McGlashan TH, Miller TJ, Woods SW. A scale for the assessment of prodromal symptoms and states. A: Miller TJ, Mednick SA, McGlashan TH, Libiger J, Johannessen JO, editors. *Early intervention in psychotic disorders*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers 2001: 135-9.

<sup>12</sup> Yung AR, Yuen HP, McGorry PD, Phillips L, Kelly D, Dell'Olio M et al. Mapping the onset of psychosis —the Comprehensive Assessment of At Risk Mental States (CAARMS). *Aust N Z J Psychiatry* 2005; 39: 964–71.

## 4. Aspectes clau del Programa d'atenció específica als trastorns psicòtics incipients

Per assolir els objectius generals i específics del PAE-TPI es proposa el desenvolupament de tres línies estratègiques que cal que estiguin adequadament articulades:

- Estratègies de detecció i accés al Programa.
- Estratègies de valoració i identificació de casos en risc de desenvolupar una psicosi o que hagin presentat un primer episodi psicòtic.
- Estratègies d'intervenció assistencial.

### 4.1. Estratègies de detecció i accés al Programa

Les bases fonamentals per al desenvolupament d'un programa d'atenció als trastorns psicòtics incipients són la detecció precoç i un accés àgil al programa específic.

**A. Objectius:** Assolir una detecció precoç dels trastorns psicòtics incipients en els diferents medis on apareixen i poden ser reconeguts, i facilitar l'accés al Programa mitjançant sistemes àgils de contacte i derivació.

**B. Estratègies:** Les estratègies facilitadores de la detecció es fonamenten en un increment dels coneixements sobre salut i trastorns mentals en general, així com en la difusió d'informació sobre les manifestacions i característiques dels trastorns psicòtics incipients en particular. Aquesta millora en el coneixement, cal assolir-la tant en la població general, particularment jove, com entre els professionals de diversos àmbits en contacte amb població juvenil, els professionals sanitaris i de serveis socials de l'atenció primària i els professionals mateixos de la xarxa especialitzada de salut mental.

**C. Activitats:** Les activitats orientades a aquests objectius s'han d'adaptar a cadascuna de les estratègies d'informació i formació en funció dels col·lectius als quals s'adrecen.

#### 4.1.1. Activitats d'informació i educació a la població general

**A. Objectius:** Millorar la capacitat de reconeixement propi i en el cercle de convivència dels trastorns psicòtics incipients i de la necessitat de cercar ajut professional.

**B. Estratègies:** Incrementar la informació i els coneixements sobre salut mental, trastorns mentals, factors de risc i de protecció i sobre les manifestacions específiques, formes de presentació de les psicosis incipients i vies d'accés a l'atenció en salut mental per part de la població general i particularment de la població jove.

**C. Activitats:** Dur a terme activitats orientades a millorar el coneixement sobre: els trastorns mentals, en particular sobre els signes primerencs dels trastorns psicòtics incipients.

- Els mites i l'estigma sobre els trastorns mentals i el seu tractament.
- La provisió d'informació referent als símptomes precoços de les psicosis.
- Els professionals i serveis de salut mental que existeixen a la xarxa pública i les vies d'accés.

#### **4.1.2. Activitats de formació per a la detecció precoç per part dels professionals**

L'atenció primària de salut, els serveis socials i l'àmbit educatiu acostumen a ser els primers punts de detecció i contacte dels joves que busquen assistència per als problemes de salut mental i representen espais fonamentals per garantir que les demores en la intervenció es redueixin al mínim. El programa de la cartera de serveis de salut mental en l'atenció primària de salut i el Programa salut i escola poden facilitar aquesta formació per a la detecció precoç.

##### **A. Objectius**

Dotar els professionals dels diferents nivells del sistema sanitari, dels serveis socials, del sistema educatiu, així com altres agents sociocomunitaris dels coneixements i habilitats suficients per a la detecció de la psicosi en les seves fases inicials.

##### **B. Estratègies:**

- Augmentar els nivells de consciència sobre la problemàtica i promoure l'interès en la psicosi.
- Proporcionar informació referent a la intervenció precoç en la psicosi als diversos agents implicats.
- Promocionar educació i formació orientada a millorar les habilitats de detecció de factors de risc i de valoració diagnòstica.
- Detectar la malaltia i conèixer uns principis bàsics de tractament.
- Realitzar assessorament i suport a través del seguiment dels casos compartits.
- Optimitzar i fer àgils i fluides les vies per a la derivació bidireccional de pacients.

##### **C. Activitats**

- Realitzar tallers de formació sobre els trastorns psicòtics incipients i presentar el programa específic.
- Difondre informació escrita (tríptics d'abast general) sobre els trastorns psicòtics incipients.
- Donar formació en eines de cribratge que ajudin a la detecció de la psicosi als diferents professionals implicats.
- Promoure estratègies de coordinació per al seguiment dels pacients derivats.



És important en el treball continuat amb l'atenció primària de salut el treball compartit dels casos a través de les reunions d'interconsulta i de visites conjuntes en els casos que sigui indicat. Es proposa utilitzar **el qüestionari de cribatge (screening)<sup>13</sup> del programa *Early Detection and Intervention Events (EDIE)*<sup>14</sup>** com a eina de cribatge en atenció primària.

#### 4.1.3. Activitats de sensibilització i formació per als professionals de la xarxa especialitzada

Els professionals especialitzats en salut mental necessiten una major sensibilització i formació sobre la detecció precoç de grups de risc i el tractament específic d'aquesta població.

##### A. Objectius

Sensibilitzar als professionals especialitzats en salut mental i donar formació específica per a la identificació de grups de risc i la detecció de trastorns psicòtics incipients.

##### B. Estratègies

Incorporar una visió preventiva i proactiva per a la detecció i atenció precoç dels trastorns mentals i particularment dels trastorns psicòtics incipients.

##### C. Activitats

- Realitzar sessions formatives en forma de tallers i sessions clíniques.
- Assegurar la coordinació i articulació d'estratègies terapèutiques quan sigui necessari segons cada cas.
- Promoure la transmissió i el debat sobre la bibliografia específica d'àmbit nacional i internacional sobre el desenvolupament del projecte, tant de guies de pràctica clínica específiques com d'estudis d'investigació.

Una tasca comú del PAE-TPI és fer difusió del Programa als equips: unitats d'urgències, d'hospitalització, de rehabilitació, d'addiccions, tant de les xarxes d'adults com de les infantils i juvenils, per tal de facilitar la detecció precoç, el tractament continuïtat i la coordinació de recursos.

#### 4.1.4. Activitats per a la derivació i la vinculació

##### A. Objectius

L'equip del PAE-TPI ha de garantir una resposta ràpida, àgil i flexible davant les demandes de derivació motivades per la presència d'estats mentals d'alt risc o d'un diagnòstic de primer episodi psicòtic, ja sigui en fase de recuperació o durant el període crític posterior de cinc anys (figura 1). L'equip ha d'assumir la responsabilitat de qualsevol derivació i garantir la continuïtat assistencial.

<sup>13</sup> Checklist for psychosis. Early Detection and Intervention Study (EDIE-2). Disponible a: URL: <http://www.psych-sci.manchester.ac.uk/edie2/trial/internationalleaflet.pdf>

<sup>14</sup> Morrison AP, French P, Walford L, Lewis SW, Kilcommons A, Green J et al. Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk: randomised controlled trial. Br J Psychiatr 2004; 185: 291-7.



## **B. Estratègies**

La derivació es pot sol·licitar des de qualsevol servei, sanitari o no sanitari, de la xarxa assistencial (centres d'atenció primària, dispositius de la xarxa de salut mental i addiccions, serveis d'urgències, serveis socials o serveis educatius).

En rebre la derivació, l'equip del PAE-TPI s'ha de posar en contacte amb el servei derivant, en un període de 24 hores, ampliable a 72 hores si hi ha cap de setmana o festius, per tal de valorar si es compleixen els criteris de possible cas i coordinar la intervenció que cal seguir.

En cas de considerar procedent la derivació, s'ha d'assignar un professional de l'equip com a referent de vinculació i s'ha d'iniciar un pla d'acció que ha de tenir com a objectiu final la confirmació de la inclusió en el Programa de trastorn psicòtic incipient en un període d'entre un i tres mesos.

En cas de considerar com a no procedent la derivació, l'equip del PAE-TPI ha d'orientar el cas i facilitar, si és necessària, la vinculació amb altres dispositius de la xarxa de salut mental.

Per acabar, cal destacar que, d'acord amb la filosofia comunitària del projecte, quan la demanda provingui directament d'un ciutadà, l'equip del PAE-TPI és el responsable de valorar, orientar i realitzar totes les accions necessàries per assumir o reorientar el cas.

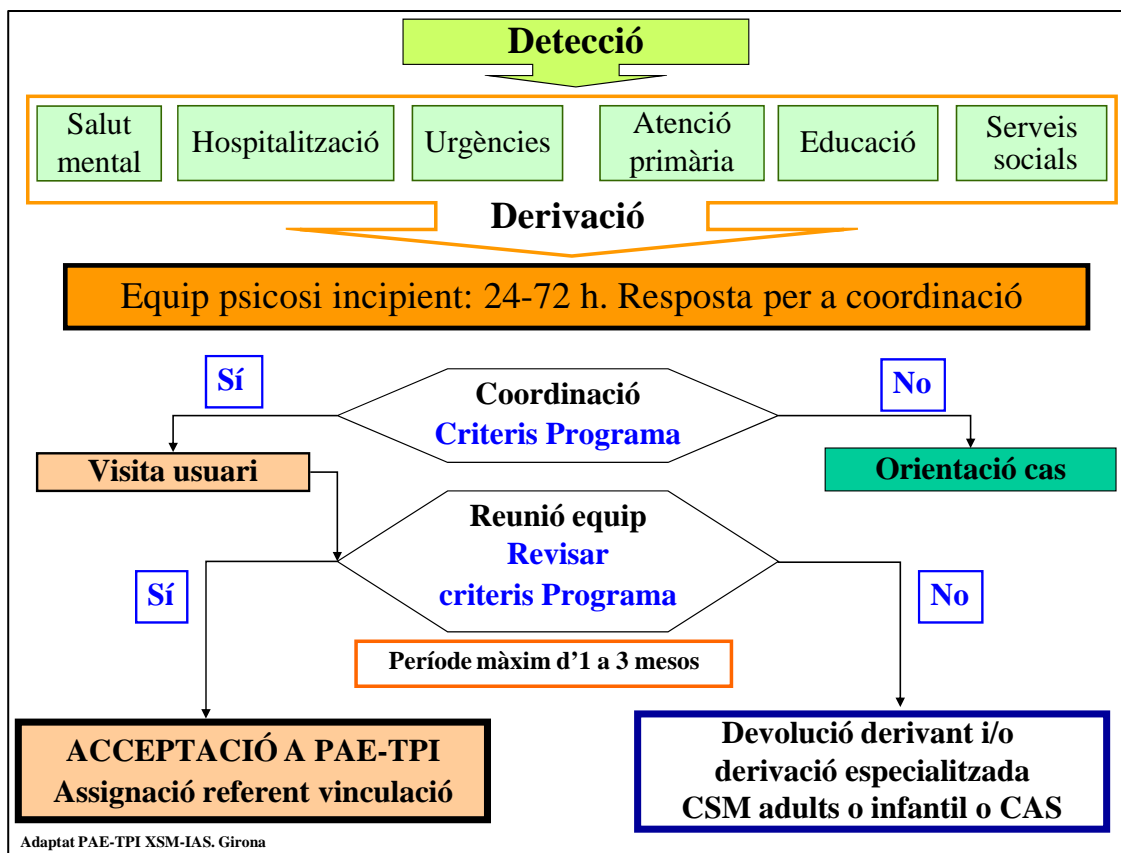
## **C. Activitats**

En iniciar la intervenció des de l'equip de psicosis incipient, l'objectiu prioritari ha de ser promoure i consolidar el procés de vinculació del pacient i la seva família. Per tal d'afavorir aquest procés, cal aplicar els principis de la teràpia assertiva comunitària, amb estratègies motivacionals i d'avaluació inicial en el medi natural de l'usuari i en el seu context familiar i de relació. És recomanable la flexibilitat en les visites quant al lloc, durada i freqüència, així com la utilització de mètodes de comunicació basats en les noves tecnologies de la informació, com ara el mòbil, el correu electrònic i el xat.

El procés de vinculació ha de possibilitar un clima de confiança entre l'equip, el pacient i la família que permeti portar a terme les accions necessàries per realitzar una adequada valoració integral de cada cas.

En cas de no confirmar-se la inclusió en el Programa, s'ha de reorientar el cas cap al dispositiu que es consideri adient i donant el suport que sigui necessari.

Figura 1: Procés de derivació i vinculació al PAE-TPI



#### 4.2. Estratègies de valoració

El PAE-TPI promou una valoració integral del pacient i la seva família o nucli de convivència que permeti l'establiment d'un diagnòstic, la detecció de les diverses necessitats i el disseny d'un pla integral i integrat d'atenció. La valoració ha de ser, a més, un procés continuat i obert que permeti anar aplicant els canvis necessaris que es vagin produint com a conseqüència de la detecció de nous problemes o de la incorporació de noves informacions rellevants. La valoració inclourà les següents àrees bàsiques:

- Història personal
- Valoració de l'estat mental: signes i símptomes psicopatològics
- Valoració somàtica
- Valoració de riscos
- Valoració neuropsicològica
- Valoració fenomenològica
- Qualitat de vida
- Funcionament familiar
- Funcionament acadèmic o laboral
- Funcionament social i avaluació de recursos

La base de l'avaluació ha de ser el resultat de la combinació de dades procedents de les entrevistes clíniques, de l'observació en consulta i en entorns naturals del pacient, d'informació procedent d'aquelles persones rellevants en la seva vida i de l'administració d'entrevistes estructurades, tests i qüestionaris de les diferents àrees implicades. La valoració ha de ser pluridisciplinària, afavoridora del vincle terapèutic i ha de facilitar l'establiment de plans d'intervenció específics.

#### 4.2.1. Valoració clínica

S'ha seleccionat un conjunt d'instruments per facilitar la valoració clínica inicial i el seguiment dels usuaris del Programa amb la freqüència que correspongui en funció de l'evolució clínica o dels protocols establerts.

##### A. Estats mentals d'alt risc

Es recomana l'ús de l'entrevista estructurada per a síndromes prodròmiques (SIPS)<sup>11</sup>, que permet un seguiment dels símptomes mitjançant l'escala de síndromes prodròmiques (SOPS)<sup>11</sup>. La utilització de l'escala *Comprehensive Assessment of at Risk Mental States* (valoració integral dels estats mentals de risc, o CAARMS, per les sigles en anglès)<sup>12</sup> està pendent del seu procés de validació en castellà i català.

##### B. Avaluació de la gravetat de la simptomatologia psicòtica

Es realitza mitjançant l'escala per a la síndrome positiva i negativa de l'esquizofrènia (PANSS, per la sigla en anglès)<sup>15</sup>.

##### C. Efectes secundaris del tractament farmacològic

Es mesuren mitjançant el qüestionari d'efectes adversos (UKU, per les sigles en anglès)<sup>16</sup>.

##### D. Funcionament general

Es mesura mitjançant l'escala d'avaluació d'activitat global (EEAG), o *Global Assessment of Functioning* (GAF)<sup>9</sup> del DSM-IV-TR.

##### E. Funcionament familiar

S'avalua mitjançant el qüestionari familiar (*Family Questionnaire*)<sup>17</sup>.

##### F. Funcionament social

Es recull mitjançant l'escala de funcionament social (SFS, per les sigles en anglès)<sup>18</sup>. Per a la població adolescent també es pot utilitzar el perfil d'habilitats de la vida quotidiana, o *Life Skills Profile* (LSP), en versió per a adolescents<sup>19</sup>.

<sup>15</sup> Kay RS, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bull* 1987; 13: 261-76.

<sup>16</sup> Lingjaerd O, Alhfors UG, Bech P, Dencker SJ, Elgen K. The UKU side effect rating scale. *Acta Psychiatr Scand* 1987; 76 (supl. 334): 1-100.

<sup>17</sup> Quinn J, Barrowclough C, Tarrier N. The Family Questionnaire (FQ): a scale for measuring symptom appraisal in relatives of schizophrenic patients. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108: 290-6.

## G. Qualitat de vida

Instruments validats de qualitat de vida que es recomanen: entrevista de qualitat de vida de Lancashire<sup>20</sup> o entrevista de qualitat de vida de l'OMS (WHOQOL-BREF)<sup>21</sup>.

## H. Simptomatologia afectiva

S'utilitza l'escala de valoració de Hamilton per a la depressió (HDRS, per les sigles en anglès)<sup>22</sup> i per a la simptomatologia maníaca l'escala de mania de Young<sup>23</sup>.

L'ús d'aquests qüestionaris és un mínim comú per facilitar la comparació entre programes i la seva avaluació. No obstant això, els diferents equips poden ampliar els qüestionaris i escales a utilitzar que els facilitin la comprensió del cas.

### 4.2.2. Valoració i monitoratge dels paràmetres de salut física

Vetllar per la salut física del pacient amb un trastorn psicòtic incipient, esquizofrènia en general i/o en tractament amb antipsicòtics, de primera o segona generació, s'ha de considerar un element clau del pla de tractament. Està àmpliament documentat que l'estil de vida de molts d'aquests pacients (tabaquisme, sedentarisme, dietes poc equilibrades i consum de tòxics) determina un major risc de morbimortalitat respecte a la població general. Fins un 50% d'aquests pacients desenvoluparan amb el temps una síndrome metabòlica. Per tots aquests motius és necessària la implicació dels professionals de l'atenció primària de salut i de la xarxa de salut mental en el monitoratge de la salut física d'aquesta població, que ha de comportar un diagnòstic diferencial amb malalties orgàniques que cursen amb simptomatologia psiquiàtrica, un historial clínic adequat, un seguiment periòdic dels paràmetres físics i uns programes d'intervenció i psicoeducació sobre estils de vida saludables.

## Proves de cribatge i seguiment

Com a proves de cribatge i seguiment de l'estat de salut es recomanen les que consten en el quadre 1. La seva utilització s'haurà de mesurar en funció de la sospita clínica o per la seva inclusió en estudis específics o de recerca.

<sup>18</sup> Birchwood M, Smith J, Cochrane R, Wetton S, Copestake S. The Social Functioning Scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *Br J Psychiatry* 1990; 157: 853-9.

<sup>19</sup> Fernández de Larrinoa P, Bulbena A, Domínguez AI. Spanish adaptation of the Life Skills Profile. Profile of activities of daily living. Structure and factorial composition. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1992; 20(2): 71-5.

<sup>20</sup> Oliver JP, Huxley PJ, Priebe S, Kaiser W. Measuring the quality of life of severely mentally ill people using the Lancashire Quality of Life Profile. *Soc Psychiatry Psychiatry Epidemiol* 1997; 32: 76-83.

<sup>21</sup> Organització Mundial de la Salut (Grup WHOQOL). Measuring quality of life. The development of the World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-BREF). Ginebra: OMS, 1996.

<sup>22</sup> Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1960; 23: 56-62.

<sup>23</sup> Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: Reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry* 1978; 133: 429-35.

### Quadre 1: Proves de cribatge i seguiment

<b>Anàlisi d'orina</b>	Determinació de substàncies psicoactives en l'orina
<b>Anàlisi de sang</b>	Hemograma i bioquímica complets Velocitat de sedimentació globular o proteïna C reactiva Proves de funció renal (urea, creatinina) Electròlits Calci i fosfat sèrics Proves de funció hepàtica Proves de funció tiroïdal Glucèmia
<b>Neuroimatge en un primer episodi de psicosi</b>	Ressonància magnètica nuclear cerebral
<b>Seguiment</b>	Tensió arterial Índex de massa corporal Perímetre abdominal

#### 4.2.3. Valoració neuropsicològica

Una de les àrees importants a avaluar en les fases inicials de la psicosi són les funcions cognitives, amb l'objectiu de detectar les possibles alteracions o dèficits associats i la seva evolució en el temps. S'estableix l'administració del següent cribatge de **proves neuropsicològiques**:

- Test d'aprenentatge verbal de Rey<sup>24</sup>
- *Trail Making Test* (A-B)<sup>25</sup>
- FAS (escala de fluència verbal)<sup>26</sup>
- Lletres i números (WAIS-III)<sup>27</sup>
- Vocabulari (WAIS-III)
- Semblances (WAIS-III)
- Cubs (WAIS-III)
- Matrius (WAIS-III)
- WISC-IV en cas de menors d'edat<sup>28</sup>

<sup>24</sup> Rey, A. L'examen psychologique dans les cas d'encéphalopathie traumatique. Archives de Psychologie 1941; 28: 21.

<sup>25</sup> War Department, Adjutant General's Office. Army Individual Test Battery. Manual of Directions and Scoring. Washington, DC., 1944.

<sup>26</sup> Controlled Word Association (Fluència verbal: FAS). Spreen, O, Benton, AL. Neurosensory Center Comprehensive Examination for Aphasia (NCCEA). Victoria: University of Victoria Neuropsychology Laboratory, 1969, 1977.

<sup>27</sup> Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS-III: subtests de lletres i números, vocabulari, semblances, cubs i matrius): Wechsler, D. Wechsler Adult Intelligence Scale -Third Edition. Administration and Scoring Manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation, 1997.

<sup>28</sup> Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC-IV: subtests de lletres i números, vocabulari, semblances, cubs i matrius): Wechsler, D. Wechsler Intelligence Scale for Children—Fourth Edition. Administration and Scoring Manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation, 2003.

## Protocol de valoració neuropsicològica

### 1 . Valorar el cribatge:

S'ha de considerar el cribatge si es donen les següents opcions:

#### A. Si compleix alguna de les dues condicions:

1. Corba del test d'aprenentatge: Corba d'aprenentatge amb una desviació estàndard per sota de la mitjana segons grup d'edat.
2. Part A i B del *Trail Making Test* amb una desviació estàndard per sota de la mitjana segons grup d'edat.

#### B. Si compleix les dues condicions següents simultàniament:

1. Una desviació estàndard per sota de la mitjana segons grup d'edat en qualsevol de les proves, *Trail Making Test*, fluència verbal, Test d'aprenentatge i lletres i números.
2. Valoració clínica de deteriorament significatiu en una àrea de la vida valorada clínicament.

### 2 . Presa de decisions:

#### **Opció A. Si el cribatge és positiu es recomana:**

Avaluació de les funcions cognitives amb proves específiques per delimitar l'abast de les alteracions funcionals i delimitar les àrees que puguin ser candidates a rehabilitació.

#### **Opció B. Si el cribatge és negatiu es recomana:**

**Si el cribatge és negatiu en totes les proves i l'estimació del coeficient d'intel·ligència dona valors no significatius:** Administrar el protocol quan s'observi un deteriorament significatiu en una àrea de la vida, hi hagi queixes subjectives o empitjorament simptomàtic que ho justifiqui. En cas contrari, cal repetir les proves cada any, administrant un altre cop: *Trail Making Test*, FAS, lletres i números i test d'aprenentatge verbal de Rey (proves que es modifiquen amb el pas del temps).

Si es fa una rehabilitació cognitiva es recomana l'ús dels paquets ja provats en la rehabilitació cognitiva de la psicosis: *Integrated Psychological Therapy* (IPT)<sup>29</sup> i *Cognitive Remedation Therapy* (CRT)<sup>30</sup>.

<sup>29</sup> Brenner H, Roder V, Hodel B, Kienzie N, Reed D, Liberman R. Integrated psychological therapy for schizophrenic patients. Seattle: Hogrefe & Huber, 1994.

<sup>30</sup> Wykes T, Reeder C. Cognitive Remediation Therapy for Schizophrenia: Theory and Practice. NY (USA): Routledge, Taylor & Francis Group, 2005.

#### 4.2.4. Valoració de l'ús de substàncies

Els resultats dels estudis epidemiològics indiquen que les prevalences de consum d'alcohol, cànnabis o altres tòxics entre els pacients amb trastorns psicòtics són molt elevades, i aquest és un factor clau en l'evolució del trastorn i la resposta al tractament.

Els resultats procedents d'estudis clínics mostren que els consumidors presenten una pitjor resposta a les intervencions primerenques<sup>31</sup>, així com majors taxes d'ingrés i recaiguda, menor adhesió al tractament o majors índexs d'agressivitat<sup>32</sup>. A més, el consum de cànnabis s'ha descrit en el nostre mitjà com un bon predictor de recaigudes en pacients amb esquizofrènia<sup>33</sup>. La relació causa-efecte del cànnabis amb la psicosi ha estat objecte d'un debat intens en els últims anys, si bé les evidències semblen acumular-se indicant que el consum d'aquesta substància és un factor de risc per al desenvolupament de diverses formes de psicosi<sup>34 35</sup>. En l'avaluació del consum de substàncies en adolescents i adults joves que atén el PAE-TPI i en què es detecta el consum de substàncies tòxiques s'han de considerar dos moments clínics diferenciables:

- **Cribatge o avaluació de gravetat:** Avaluació breu amb l'objectiu d'identificar aquells subjectes mereixedors d'una avaluació més extensa perquè presenten un possible patró de consum problemàtic, d'abús o dependència.
- **Confirmació diagnòstica:** Ha d'abordar una exploració extensa de tots els factors vinculats al consum, que permeti emetre una orientació diagnòstica i terapèutica.

#### **CRIBATGE:**

Les recomanacions de la literatura en aquest sentit orienten cap a la utilització d'un instrument psicomètric de fàcil aplicació (qüestionari autoadministrat, de durada breu), que permeti identificar amb una adequada sensibilitat i especificitat aquells subjectes que presentin un patró de consum que per les seves característiques pot resultar problemàtic.

<sup>31</sup> Archie S, Rush BR, Akhtar-Danesh N, Norman R, Malla A, Roy P et al. Substance Use and Abuse in First-Episode Psychosis: Prevalence Before and After Early Intervention. *Schizophr Bull* 2007; 33(6): 1354-63.

<sup>32</sup> Swartz MS, Wagner HR, Swanson JW, Stroup TS, McEvoy JP, Canive JM et al. Substance use in persons with schizophrenia: baseline prevalence and correlates from the NIMH CATIE study. *J Nerv Ment Dis* 2006; 194(3): 164-72.

<sup>33</sup> Martínez-Arévalo MJ, Calcedo-Ordóñez A, Varo-Prieto JR. Cannabis consumption as a prognostic factor in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1994; 164(5): 679-81.

<sup>34</sup> Rubino T, Parolaro D. Long lasting consequences of cannabis exposure in adolescence. *Mol Cell Endocrinol* 2008; 16: 286; 1-2 (supl. 1): 108-13.

<sup>35</sup> Van Mastrigt S, Addington J, Addington D. Substance misuse at presentation to an early psychosis program. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:69-72.



### **Instruments per al cribatge:**

- *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT, per les sigles en anglès de test d'identificació de desordres en el consum d'alcohol)<sup>36</sup>: Per al consum d'alcohol o l'abús o la dependència d'aquest.
- *Adolescent Drug Involvement Scale* (ADIS, per les sigles en anglès d'escala d'implicació amb drogues per a adolescents)<sup>37</sup>: Per al consum d'altres drogues o l'abús o la dependència a elles.

### **CONFIRMACIÓ DEL DIAGNÒSTIC:**

En tots aquells pacients en els quals el cribatge suggereixi un patró de consum problemàtic, caldrà realitzar una avaluació més extensa de les característiques del consum, per tal de poder emetre una orientació diagnòstica i terapèutica. El format d'aquesta avaluació és el de l'entrevista clínica psiquiàtrica/psicològica, que en aquest cas i de forma específica, ha de recollir explícitament:

- Edat d'inici del consum de les diverses substàncies
- Evolució del consum al llarg del temps en termes de quantitats i freqüència de consum, i característiques del consum actual
- Identificació de forma cronològica tant de períodes de consum especialment elevat com de períodes d'abstinència sostinguda
- Avaluació de la presència de criteris d'abús i/o de dependència segons criteris estandarditzats de CIE-10 ó CIM-9.

Com a orientació sobre una forma senzilla de recollir la informació proposem les taules 1 i 2 i 3 (annex III).

En aquells pacients en què es detecti una comorbiditat amb l'ús de tòxics, es proposa l'ús del *Teen Addiction Severity Index* (Teen-ASI)<sup>37</sup> per al seguiment del consum de tòxics, que permet determinar el tipus d'intervenció necessari, monitorar-ne l'evolució i avaluar l'efectivitat dels tractaments.

### **4.3. Estratègies d'intervenció terapèutica**

Les intervencions terapèutiques que s'utilitzin han d'estar basades en les millors evidències disponibles, tal com recomana el PDSMiA i aconsellen totes les guies clíniques publicades arreu del món. En la pràctica assistencial és cert que no sempre es disposa de recomanacions ben definides, atès que les proves poden no ser concloents o pot no disposar-se d'informació sobre determinades intervencions. En aquest context, cal aplicar el millor procediment disponible en funció de l'experiència de l'equip, alhora que és fonamental recollir dades que permetin aportar evidències per millorar la pràctica assistencial en un procés de millora contínua.

<sup>36</sup> Sounders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant MTI. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction* 1993; 88(6):791-804

<sup>37</sup> Kaminer Y, Burkstein OG, Tarter RE. The Teen Addiction Severity Index: Rationale and reliability. *Int J Addict* 1991; 26: 219-26.



Com a línies generals, les estratègies d'intervenció terapèutica en aquesta població han d'incloure:

- Intervencions ubicades en contextos al més normalitzats possibles i utilitzant els recursos de cada comunitat.
- Intervencions organitzades entorn d'un pla terapèutic individualitzat i integral que prevegi els aspectes mèdics, psicològics, funcionals, socials i formativolaborals.
- Coordinació entre tots els recursos de la zona per tal d'incrementar la potència de les intervencions basant-se en totes les sinèrgies possibles.
- Especial èmfasi en les intervencions psicològiques, les familiars i sobre l'abús de substàncies.
- Intervencions àgils i ràpides, continuades i atentes als canvis que es vagin succeint.

I els diferents plans terapèutics individualitzats mai no han de perdre de vista els següents objectius bàsics:

- **Adhesió al tractament**
- **Efectivitat del tractament**
- **Minimització de tots els efectes secundaris del tractament**
- **Prevenió i minimització del deteriorament psicosocial**

La Unitat d'Avaluació de Salut Mental i de Consulta a la Comunitat (*Mental Health Evaluation & Community Consultation Unit*, MHECCU) i el Departament de Psiquiatria de la Facultat de Medicina de la Universitat de la Columbia Britànica (UBC, per les sigles en anglès) a Canadà han ofert una *Guia per a l'atenció a la psicosis incipient* (2002)<sup>38</sup> que assumeix un seguit de principis directors dels quals remarquem els següents:

- La utilització, per a l'elaboració, d'un enfocament basat en l'evidència, donant prioritat als resultats empírics directament derivats de poblacions amb psicosis incipient.
- L'adopció d'un model d'estrès i vulnerabilitat per al desenvolupament de les psicosis.
- L'acceptació de fases per a un trastorn psicòtic: vulnerabilitat o alt risc, pròdroms, fase aguda, recuperació, remissió i recaiguda. Cada fase té implicacions per a l'avaluació, el tractament i el suport.
- Els trastorns psicòtics produeixen canvis en els individus i les xarxes socials.

L'atenció ha d'orientar-se a la totalitat de les àrees importants per al benestar individual, més que focalitzar-se únicament en els signes i símptomes de la psicosis.

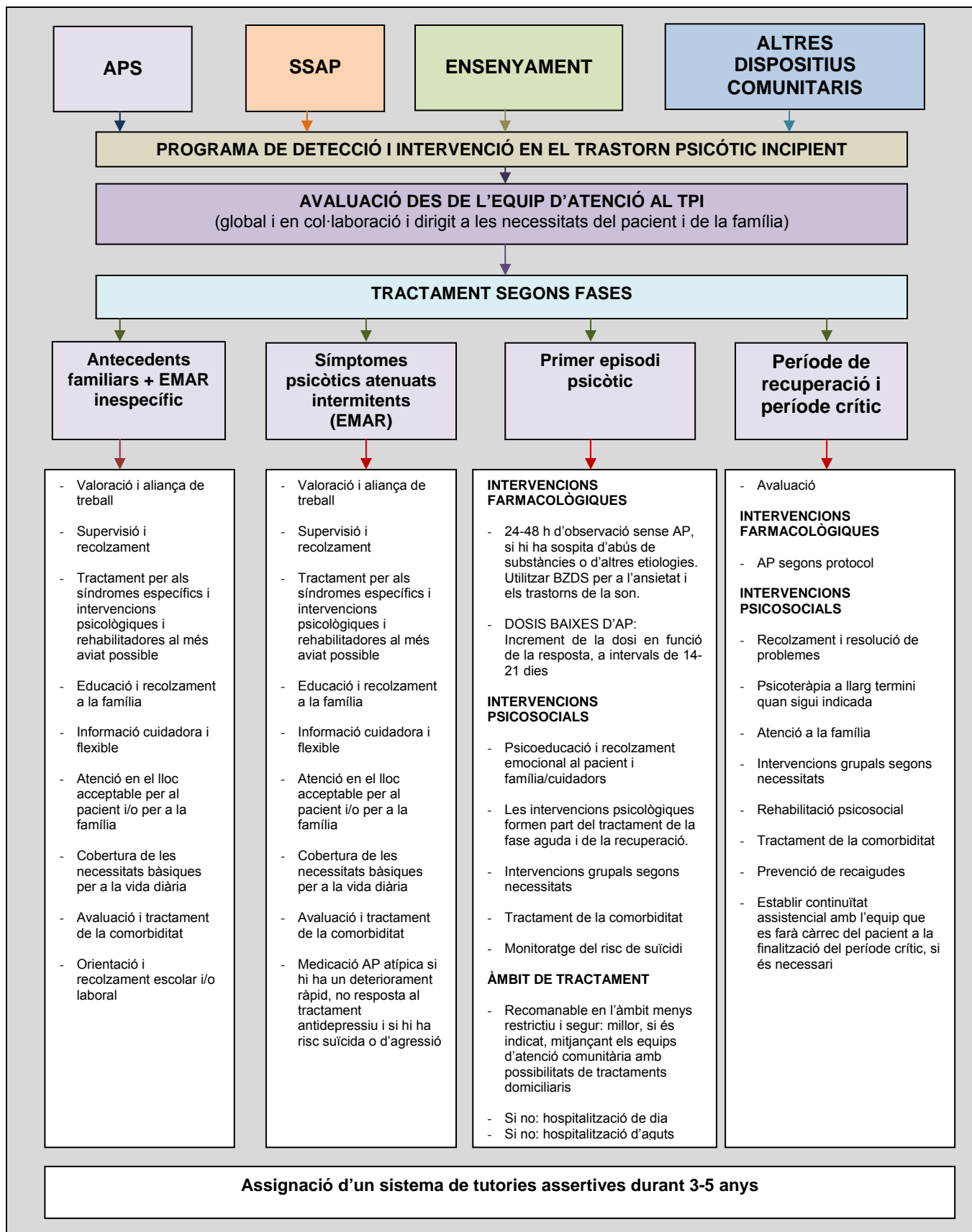
Els símptomes psicòtics poden formar part d'un trastorn afectiu (bipolar o unipolar) i, en tal cas, tan important com tractar la psicosis, ho és tractar els símptomes afectius.

<sup>38</sup> University British Columbia. MHECCU. Early psychosis. A guide for physicians. Vancouver: UBC, MHECCU, 2002.

Així doncs, l'atenció òptima consisteix en un enfocament biopsicosocial integrat i fet a mida de les característiques específiques de cada individu. Es recomana que les intervencions es duguin a terme en l'entorn menys restrictiu possible.

Per aquests motius, intentem presentar les modalitats d'intervenció adaptades a les diferents fases proposant una òptica integral de continguts biopsicosocials. El quadre 2: **Descripció de les intervencions globals segons tipologies clíniques**, presenta un resum esquemàtic.

**Quadre 2: Descripció de les intervencions globals segons tipologies clíniques**



Tot seguit, desenvolupem amb més detall les diferents modalitats d'intervenció.

### 4.3.1 Intervencions psicofarmacològiques

#### A. Consideracions generals:

- El tractament farmacològic dels trastorns psicòtics incipients, per a pacients amb primers episodis psicòtics i amb estats mentals d'alt risc, s'ha de realitzar en el marc d'una estratègia integral de l'atenció que formi part del pla terapèutic individualitzat dirigit a fer front a les necessitats individuals clíniques, emocionals i socials dels pacients i de les seves famílies.
  - La prescripció del tractament farmacològic, així com la resta d'intervencions terapèutiques, han de realitzar-se, sempre que sigui possible, conjuntament entre el pacient i el metge responsable, basant-se en la informació dels beneficis, riscos i possibles efectes secundaris.
  - La prescripció farmacològica ha d'intentar mitigar no solament els símptomes positius si no també els negatius, d'altres com la depressió, la mania, l'ansietat, l'agressivitat, la impulsivitat i els dèficits cognitius que formen part de la constel·lació simptomàtica de l'expressió psicòtica.
  - La resposta al tractament farmacològic ha d'estar definida multidimensionalment, considerant:
    - *Els símptomes psicòtics*
    - *L'estat d'ànim*
    - *El funcionament social i vocacional*
    - *Els efectes secundaris aguts i crònics*
    - *La cognició*
    - *La resposta subjectiva*
    - *La influència en la qualitat de vida*
  - Durant el transcurs del tractament farmacològic s'han de monitoritzar el procés terapèutic i la tolerabilitat de manera periòdica i freqüent, com a mínim cada mes en els processos inicials i trimestralment a posteriori, sempre que no es produeixin efectes secundaris greus, sobre els quals cal actuar de manera immediata.
- El tractament farmacològic de les psicosis inclou generalment un antipsicòtic, però sovint pot requerir també altres tipus de fàrmacs.

#### Indicacions específiques per fases dels tractaments farmacològics:

##### A. Pacients en fase EMAR:

##### A.1. Tipus síndrome de risc genètic i disfunció global:

S'ha d'escollir el fàrmac en funció de la simptomatologia present:

**Ansietat, insomni:** Benzodiazepines. Es recomana iniciar el tractament amb benzodiazepines de vida mitjana o llarga per reduir a nivells tolerables els estats d'angoixa-insomni, que acompanyen la majoria de vegades el començament dels

trastorns psicòtics incipients, quan aquests són qualitativament o quantitativament interferents per al pacient.

- **Simptomatologia depressiva:** Antidepressius inhibidors selectius de recaptació de la serotonina. Es recomana una valoració prèvia del risc de mania abans d'iniciar el tractament de la simptomatologia depressiva.

#### A.2. Tipus símptomes psicòtics atenuats o intermitents:

Després d'una avaluació acurada, cal utilitzar antipsicòtics (preferentment de segona generació) amb la mínima dosi efectiva, en funció de les característiques de cada pacient (ref. <sup>39-40</sup>).

### **B. Pacients en un primer episodi psicòtic:**

#### B.1. Primer episodi psicòtic no afectiu:

En els moments inicials d'un primer episodi psicòtic cal considerar-ne l'etiologia i precisar la sospita de l'ús o l'abús de substàncies. Per aquesta raó, pot estar indicat un període d'observació lliure de tractament amb antipsicòtics. En aquest període es poden utilitzar benzodiazepines de vida mitjana o llarga. Un cop confirmada una simptomatologia psicòtica manifesta i sobrepassada la vida mitjana de la droga presumptament implicada, es recomana iniciar el tractament amb antipsicòtics. S'escollirà un antipsicòtic de primera o segona generació en funció de la probabilitat d'una menor incidència d'efectes secundaris, tant d'extrapiramidals (inclosa l'acatisia) com de metabòlics (inclòs l'augment de pes) o altres efectes secundaris greus, i de les preferències expressades pel pacient.

Es recomana començar amb dosis baixes i anar ajustant la dosificació en funció de la resposta terapèutica fins a aconseguir la màxima millora simptomàtica assumible amb els mínims efectes secundaris, és a dir fins a aconseguir la dosi terapèutica òptima.

Cal esperar que entre la meitat i les dues terceres parts dels pacients tinguin una resposta favorable en els símptomes psicòtics positius, en un espai de temps de tres setmanes, amb la dosi al més ajustada possible de l'antipsicòtic indicat. Es recomana augmentar la dosi en intervals de temps variables, depenent de la resposta clínica, vigilant sempre els nivells de sedació i la presència d'altres efectes secundaris. Si la resposta no és l'adequada a les dosis terapèutiques en un termini d'entre sis i vuit setmanes, s'ha de canviar a un altre antipsicòtic.

Pot ser que els antipsicòtics no tinguin un efecte ràpid sobre l'angoixa, l'insomni i les alteracions conductuals secundàries en la psicosi; un entorn segur i de suport i dosis adequades de benzodiazepines de vida mitjana o llarga són components essencials en el tractament de molts casos. Tot i que alguns antipsicòtics atípics tenen efectes secundaris de tipus sedant, el tractament de la psicosi s'ha de separar conceptualment de la necessitat de sedació.

<sup>39</sup> Conus P, Berk M, McGorry P. Pharmacological treatment in the early phase of bipolar disorders: what stage are we at? Aust N Z J Psychiatry 2006; 40: 199-207.

Quan es presentin efectes secundaris de tipus extrapiramidals interferents en la vida del pacient, es recomana disminuir la dosi del tractament antipsicòtic i/o afegir-hi un tractament amb anticolinèrgics i/o propranolol.

El monitoratge d'efectes secundaris de tipus metabòlic s'ha de realitzar mitjançant el registre periòdic de pes i perímetre abdominal i analítiques de control.

Quan el pacient tingui una resposta inadequada o manca de resposta al tractament farmacològic, s'han de revisar les possibles causes del fracàs del tractament i, si es considera necessari, realitzar una determinació de nivells plasmàtics del medicament prescrit.

Possibles factors que contribueixen al fracàs són:

- *Manca de compliment*
- *Tensions familiars o altres estressors psicosocials*
- *L'abús de substàncies*

La recuperació lenta o la resistència al tractament precoç és un paràmetre important i requereix una intervenció intensiva.

Quan hi hagi una manca de resposta terapèutica o aquesta sigui inadequada cal considerar l'ús de clozapina en el tractament dels símptomes psicòtics positius, després d'una prova de com a mínim dos AP de forma seqüencial i sent un d'ells un AP de segona generació, durant un temps superior a 12 setmanes i amb la dosi terapèutica adequada. L'absència de resposta terapèutica mínima faria recomanable avançar el canvi d'antipsicòtic abans d'arribar a les 12 setmanes.

Es recomana la utilització d'un sol AP i cal evitar sempre que sigui possible la combinació de medicaments de diversos grups o de diversos medicaments del mateix grup.

## B.2. Primer episodi psicòtic amb manifestacions afectives

Episodi maníac: Es recomana la utilització d'un antipsicòtic més un eutimitzant (liti o valproat, com a primeres opcions)<sup>40</sup>. Episodi depressiu: En el cas de la depressió psicòtica es recomana l'ús d'antidepressius i antipsicòtics alhora<sup>41</sup>.

### **Ús de benzodiazepines en primers episodis psicòtics:**

Davant estats d'agitació es poden utilitzar benzodiazepines, ajustant-ne les dosis i la via d'administració a la intensitat i gravetat del quadre clínic.

### **Ús de teràpia electroconvulsant (TEC) en primers episodis psicòtics:**

Es considerarà la utilització de la TEC en els següents casos<sup>42 43</sup>:

<sup>40</sup> Conus P, Berk M, McGorry P. Pharmacological treatment in the early phase of bipolar disorders: what stage are we at? Aust N Z J Psychiatry 2006; 40: 199-207.

<sup>41</sup> American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. Am J Psychiatry 2000; 157 (supl. 4): 1-45.

<sup>42</sup> American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Summary of the practice parameter for the use of electroconvulsive therapy with adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2004; 43: 119-22.

<sup>43</sup> American Psychiatric Association. The practice of ECT: recommendations for Practice, Training and Privileging. Task force report on ECT. Washington (DC): American Psychiatric Press; 2005

- **Diagnòstic:** Depressió major o mania persistent i greu amb o sense símptomes psicòtics; trastorn esquizoafectiu; esquizofrènia. També es pot usar la TEC per tractar la catatonía i la síndrome neurolèptica maligna, sempre que es compleixin criteris de gravetat i manqui resposta al tractament instaurat, tal com es detalla a continuació:
- **Gravetat dels símptomes:** Els símptomes han de ser greus, persistents i significativament discapacitants. Poden incloure símptomes que amenacin la vida del pacient com el rebuig a menjar o beure, ideació suïcida greu, mania incontrolable o psicosi florida.
- **Falta de resposta al tractament:** Falta de resposta almenys a dos intents de fàrmacs adequats acompanyats d'altres modalitats terapèutiques. Tant la duració com la dosi del tractament determinen l'adequació dels intents terapèutics. La TEC pot considerar-se abans en els casos que:
  - o un intent de medicació no sigui possible perquè el pacient no pot tolerar el tractament farmacològic,
  - o el pacient estigui molt incapacitat i no pugui prendre la medicació, o
  - o l'espera d'una resposta del tractament farmacològic pugui posar en perill la vida del pacient.

Finalment, cal fer un aclariment en relació amb els trastorns afectius bipolars, estats maníacs i trastorns afectius amb símptomes psicòtics: en les fases inicials de les psicosis és freqüent observar com els símptomes positius i afectius presenten una patoplàstia específica, que es manifesta en fases amb predomini depressiu o maníac o amb una exacerbació de símptomes positius. En aquells casos en què l'evolució en el si del Programa confirmi un diagnòstic de bipolaritat, mania o trastorns afectius amb símptomes psicòtics, recomanem la implementació de

les intervencions específiques per a aquests trastorns, que es poden trobar en les guies de pràctica clínica respectives.

### **C. Duració del tractament**

Quan no s'hagi establert un diagnòstic de psicosi (de l'esfera esquizofrènica o afectiva), es recomana suspendre de manera lenta i progressiva la medicació prescrita als sis mesos de l'estabilització clínica.

Si es produeix una remissió satisfactòria d'un primer episodi de trastorn esquizofrènic, algunes guies terapèutiques recomanen que el manteniment de la medicació antipsicòtica sigui com a mínim d'entre un i dos anys, ja que durant aquest període el risc de recaiguda és alt.

Per a aquells pacients amb trastorn esquizofrènic que recauen ràpidament després del primer episodi, s'ha de mantenir la medicació almenys durant cinc anys o de manera indefinida, especialment si no es produeix una remissió completa de la simptomatologia psicòtica.

En aquells pacients amb trastorn bipolar tractats amb liti i AP es recomana la no-supressió ràpida de l'AP després de la resolució dels símptomes psicòtics.



### 4.3.2. Tractaments psicològics

Els tractaments psicològics tenen un paper fonamental en cada pla individual d'intervenció, i en alguns casos i moments del procés poden ser per ells mateixos l'única eina d'intervenció necessària. Existeixen estudis que mostren que diverses tècniques d'intervenció psicoterapèutica (psicodinàmica, cognitiu-conductual i de suport) estan vinculades a la millora del funcionament de pacients amb diagnòstic establert de psicosi esquizofrènica<sup>44</sup>.

Els serveis han d'assegurar que els usuaris inclosos en el Programa tinguin accés a una teràpia psicològica i puguin beneficiar-se d'aquest tractament. Pel que fa referència al tipus de tractaments, el Programa ha de garantir que s'apliquin aquelles intervencions psicològiques que han demostrat validesa empírica en les diferents fases de la psicosi. Més enllà dels paradigmes terapèutics seria imprescindible realitzar avaluacions dels resultats o de l'impacte d'aquestes intervencions per tal de poder monitorar el progrés dels usuaris i assegurar que no es donen possibles efectes adversos.

Per formular sobre quins pacients i en quina fase del procés es fa necessària la intervenció psicoterapèutica, quina ha de ser la tècnica i si aquesta s'ha d'aplicar de forma exclusiva o combinada, només es pot concretar cada cas de manera individualitzada, tenint en compte els diferents pacients, les diferents famílies i els diferents graus d'experiència dels equips.

Els estudis posen de manifest la importància d'una adequada formació, de l'experiència i del treball de supervisió dels terapeutes, més enllà de la tècnica psicoterapèutica utilitzada. Els controls o supervisions s'han mostrat altament efectius per entendre les produccions i comportaments psicòtics dins la seva lògica particular i així ajudar els pacients a tenir una certa comprensió de la seva subjectivitat. Igualment es fa necessària la supervisió, per part d'un psicoterapeuta expert de l'equip que es faci càrrec de l'assistència del pacient psicòtic, en qualsevol dels escenaris en els quals es porti a terme, ja sigui en l'hospitalització total o parcial, l'atenció ambulatoria, el servei de rehabilitació, etc.

#### 4.3.2.1. Teràpia cognitiu-conductual

La teràpia cognitiu-conductual (TCC) de la psicosi s'inspira en el model clàssic de Beck<sup>45</sup>. Incorpora una formulació dels símptomes psicòtics de tipus multifactorial en què s'inclouen: la teoria de vulnerabilitat a l'estrès, els coneixements en neurocognició i les interpretacions cognitives de les persones amb trastorns psicòtics.

La TCC ha demostrat ser una intervenció eficaç com a coadjuvant a la psicofarmacologia quan s'ha provat en assajos clínics controlats<sup>46</sup>.

Els objectius de la TCC són:

- *Disminuir l'impacte emocional i disfuncional dels símptomes psicòtics*
- *Reduir el trastorn emocional i modificar l'autoestima*

<sup>44</sup> Gottdiener W, Haslam N. The benefits of individual psychotherapy for people diagnosed with schizophrenia: a meta-analytic review. *Ethical Hum Sci Serv* 2002; 4: 163-87.

<sup>45</sup> Beck AT. *Cognitive therapy and emotional disorders*. Nova York: International Universities Press, 1967.

<sup>46</sup> Turkington D, Kingdon D, Weiden PJ. Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 365-73.



- *Integrar els símptomes en l'experiència vital del subjecte*

Malgrat que el model conceptual és comú, la TCC s'ha adaptat a les diferents fases de la psicosi, la qual cosa fa que tinguem diferents estratègies d'intervenció disponibles segons cada fase del trastorn.

### Estats mentals d'alt risc:

La TCC es focalitza en la interpretació cultural inacceptable que les persones amb símptomes psicòtics fan de les situacions, les respostes a aquestes situacions i les creences d'elles mateixes i dels altres i les estratègies de control.

El model intenta prevenir la psicosi a través de la normalització de les interpretacions que les persones fan, ajudant-les a generar i a avaluar explicacions alternatives, revalorant les pors d'estar malalt o de tornar-se boig (*decatastrophising the fears of impending madness*), i ajudant a posar a prova les seves expectatives mitjançant experiments conductuals. Els resultats dels estudis han mostrat que amb la TCC les taxes de transició a la psicosi són d'un 14%<sup>47 48 49</sup>.

### Primers episodis psicòtics

Hi ha dos tipus d'intervencions que s'han assajat a la fase aguda amb resultats acceptables i que tenen com a objectiu modificar les interpretacions esbiaixades dels símptomes positius (al·lucinacions i deliris) i disminuir-ne l'impacte emocional.

- **En el període crític**, McGorry *et al.*<sup>50 51 52</sup> utilitzen la teràpia d'orientació cognitiva per a la psicosi precoç (COPE, per les sigles en anglès) orientada a l'adaptació posterior a un episodi psicòtic intentant prevenir la morbiditat secundària (depressió, ansietat, etc.). La intervenció es focalitza en la integració de l'experiència psicòtica en la identitat de l'usuari i intenta promoure una sensació de domini i control sobre l'experiència de psicosi, a més a més de proporcionar un sentit d'autoeficàcia personal en el maneig de la psicosi.
- **En els casos amb símptomes positius persistents** (STEEPS, per les sigles en anglès), la TCC té per objectius: disminuir la freqüència i la intensitat dels símptomes positius, reduir el malestar i la interferència amb el funcionament normal produïts per una simptomatologia psicòtica residual, reduir el trastorn emocional i proporcionar a l'individu una comprensió de la psicosi que li permeti participar de manera activa en la regulació del risc de recaiguda i de discapacitat social<sup>54</sup>.

<sup>47</sup> Morrison AP, French P, Walford L, Lewis SW, Kilcommons A, Green J et al. Cognitive Therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk. Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2004; 185: 291-7.

<sup>48</sup> Morrison AP, French P, Parker S, Roberts M, Stevens H, Bentall RP, et al. Three-Year follow-up of a randomized controlled trial of cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra high risk. *Schizophr Bull* 2007; 33(3):682-687.

<sup>49</sup> Philips LJ, McGorry PD, Yuen HP, Ward J, Donovan K, Kelly D, et al. Medium term follow-up of a randomized controlled trial of interventions for young people at ultra high risk of psychosis. *Schizophr Res* 2007; 96:25-33.

<sup>50</sup> Morrison AP, French P, Parker S, Roberts M, Stevens H, Bentall RP, et al. Medium term follow-up of a randomized controlled trial of cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra high risk. *Schizophr Bull* 2007;33(3):682-687.

<sup>51</sup> Jackson H, McGorry P, Edwards J, Hulbert C, Henry L, Francey S, et al. Cognitively-oriented psychotherapy for early psychosis (COPE). Preliminary results. *Br J Psychiatry Suppl* 1998; 172(33):93-100.

<sup>52</sup> Jackson H, McGorry P, Edwards J, Hulbert C, Henry L, Francey S, et al. Cognitively-oriented psychotherapy for early psychosis (COPE). Preliminary results *Br. J Psychiatry Suppl* 1998; 172 (33):93-100.

- També en el **període crític, però ja amb diagnòstic de trastorn esquizofrènic** hi ha tres tipus de propostes provades en la TCC per a símptomes positius: teràpia cognitiva per a la psicosi de Chadwick, Birchwood i Trower<sup>53</sup>, la TCC de la psicosi de Fowler, Garety i Kuipers<sup>54</sup> i, finalment, la TCC de Kingdon i Turkington<sup>55</sup>. Per exemple, la TCC de Chadwick es centra en processos de reestructuració cognitiva de les creences delirants, la TCC de Kingdon i Turkington, en els processos de normalització de la psicosi, i la teràpia de Fowler, en el patiment i els aspectes emocionals dels símptomes positius.
- Destaquem també aquelles **intervencions basades en ensenyar estratègies d'afrontament per a símptomes psicòtics positius residuals**<sup>56 57 58</sup>, aquelles intervencions que milloren l'adherència al tractament farmacològic<sup>59 60</sup> i la prevenció de recaigudes<sup>61</sup>.

Malgrat que els resultats d'aquests estudis ens indiquen una millora simptomàtica en utilitzar la TCC, aquests resultats no són concloents pel que fa al temps de millora ni de manteniment dels símptomes (entre 9 i 12 mesos). No obstant això, en els seguiments a 18 mesos s'ha comprovat que, en els casos que van rebre TCC i van recaure, va disminuir el temps de recuperació respecte del grup sense tractament psicològic.

#### 4.3.2.2. Teràpia psicodinàmica i psicoanalítica aplicada

La psicoteràpia d'orientació dinàmica és una tècnica d'intervenció basada en els principis bàsics de la psicoanàlisi, i es considera una teràpia expressiva, destinada a analitzar els conflictes inconscients i les defenses, sota una relació de transferència.

Els estudis de psicologia genètica i els tractaments d'inspiració psicoanalítica han demostrat que es pot constatar un funcionament mental que podem descriure com a psicòtic, el qual sempre persisteix de manera latent i en grau variable segons cada persona. La teoria psicoanalítica ofereix un model complex de comprensió dels mecanismes psicòtics clínics i subclínics i concorda amb les modernes nocions de vulnerabilitat.

Existeixen experiències de programes d'atenció als trastorns psicòtics incipients basats en una intervenció psicoterapèutica psicodinàmica, bàsicament als països escandinaus.

<sup>53</sup> Jackson H, McGorry PD, Henry L, Edwards J, Hulbert C, Harrigan S, et al. Cognitively oriented psychotherapy for early psychosis (COPE) : A 1-year follow-up. *Br J Clin Psychol* 2001;40 (Pt 1):57-70

<sup>54</sup> Fowler D, Garety P, Kuipers E. *Cognitive behavioural therapy for psychosis: theory and practice*. New York: Wiley, 1995.

<sup>55</sup> Kingdon DG, Turkington D. *Cognitive-behavioural therapy of schizophrenia*. Hove, UK: Erlbaum, 1994.

<sup>56</sup> Tarrier N, Wittkowski A, Kinney C, McCarthy C, Morris J, Humphreys L. Durability of the effects of cognitive-behavioural therapy in the treatment of schizophrenia: 12-month followup. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 500-4.

<sup>57</sup> Tarrier N, Kinney C, McCarthy E, Humphreys L, Wittkowski A, Morris J. Two-year follow-up of cognitive-behavioural therapy and supportive counseling in the treatment of persistent symptoms in chronic schizophrenia. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68: 917-922.

<sup>58</sup> Tarrier, N. The use of coping strategies and self-regulation in the treatment of psychosis. In: Morrison AP (Ed.), *Casebook of cognitive therapy for psychosis*. London: Routledge; 2001.

<sup>59</sup> Kemp R, Hayward P, Applewhaite G, Everitt B, David A. Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial. *BMJ* 1996; 312: 345-9.

<sup>60</sup> Kemp R, Kirov G, Everitt B, Hayward P, David A: Randomised controlled trial of compliance therapy: 18-month follow-up. *Br J Psychiatry* 1998; 172:413-419

<sup>61</sup> Gumley A, O'Grady M, McNay L, Reilly J, Power K, Norrie J. Early intervention for relapse in schizophrenia: results of a 12-month randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy. *Psychol Med* 2003; 33: 419-31.

Els més coneguts són:

- *Projecte Parachute (paracaigudes) a Suècia*<sup>62 63</sup>
- *Projecte Nordic Investigation on Psychotherapy of Schizophrenia (The NIPS Study) a Dinamarca*<sup>64</sup>
- *Projecte Turku a Finlàndia i Projecte nacional finès sobre l'esquizofrènia*<sup>65 66</sup>

Així mateix, autors com Martindale i Bateman<sup>67</sup> han estudiat les diferents modalitats d'intervenció psicoterapèutica i la seva efectivitat. Alguns autors han realitzat estudis empírics i una metaanàlisi sobre els tractaments de base psicoanal els pacients amb esquizofrènia. La metaanàlisi de Gottdiener<sup>68</sup> és una de les que assenyala com a útil i efectiva la psicoteràpia psicoanalítica.

Les persones que pateixen un estat mental d'alt risc i les que pateixen un primer episodi de característiques psicòtiques franques són persones altament vulnerables. Les intervencions psicodinàmiques poden ser de gran ajut per aconseguir una evolució favorable, reduir l'impacte del trastorn i a aturar una evolució deteriorant, i són especialment indicades en els joves per la plasticitat que encara mantenen les seves estructures mentals. Els objectius del tractament amb tècniques psicodinàmiques<sup>69</sup> són:

- Augmentar la comprensió psicològica de la persona sobre la seva situació present i sobre el camí recorregut fins a arribar-hi.
- Ajudar-la a trobar un sentit subjectiu a les experiències psicòtiques i un significat dels símptomes en la seva biografia.
- Comprendre les relacions significatives entre el passat, el present i el futur, actualitzades en el moment de crisi i en la relació terapèutica.
- Restablir una vinculació entre experiències internes i externes i augmentar la capacitat d'interioritzar-la.
- Millorar l'aprofitament de les seves capacitats conservades i el desenvolupament del seu funcionament no distorsionat.
- Disminuir la vulnerabilitat davant el risc de patir noves crisis.

L'esquema d'atenció des del model psicoanalític es pot compondre de les següents fases<sup>70</sup>:

## 1. Entrevistes de diagnòstic individual

<sup>62</sup> Cullberg J, Levander S, Holmqvist R, Mattsson M, Wieselgren IMI. One-year outcome in first episode psychosis patients in the Swedish Parachute project. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106: 276-85.

<sup>63</sup> Cullberg J. The use of Psychodynamic Understanding of Psychotic States: Delineating Need-specific Approaches. In: Johannessen J, Martindale B, Cullberg J. *Evolving Psychosis: Different Stages, Different Treatments*. Hove, Routledge: 2006.

<sup>64</sup> Rosenbaum B, Valbak K, Harder S, Knudsen P, Koster A, Lajer M et al. Treatment of patients with first-episode psychosis: two-year outcome data from the Danish National Schizophrenia Project. *World Psychiatry* 2006; 5(2): 100-3.

<sup>65</sup> Alanen YO, Lehtinen V, Lehtinen K, Aaltonen J, Rääkköläinen V. The Finnish integrated model for early treatment of schizophrenia and related psychoses. A: Martindale B, Bateman A, Crowe M, Margison F, editors. *Psychosis: Psychological Approaches and their Effectiveness*. London: Gaskell-SPS, 2000: 235-66.

<sup>66</sup> Alanen Y. *La esquizofrènia: sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente*. Madrid: Fundación para la investigación de la esquizofrènia y otras psicosis. Ed española 2003.

<sup>67</sup> Martindale B, Bateman A, Crowe M, Margison F, editors. *Psychoses: Psychological approaches and their effectiveness*. Londres: Gaskell, 2000.

<sup>68</sup> Gottdiener W. *The benefits of psychotherapy for schizophrenic patients: a metaanalytic review of the psychotherapy outcome literature [tesi doctoral]*. The New School University, TOWN, 2000.

<sup>69</sup> Alanen Y. *Schizophrenia. Its Origins and Need-Adapted Treatment*. Karnac Books, 1997.

<sup>70</sup> Rosenbaum B et al. Danish National Schizophrenia Project: prospective, comparative longitudinal treatment study of first-episode psychosis. *J Psychiatr* 2005; 186: 394-9.

2. Entrevistes de diagnòstic de dinàmica familiar
3. Anàlisi de les entrevistes diagnòstiques i proposta de tractament
4. Tipus d'espais de tractament possibles:
  - Tractament individual amb una freqüència regular durant d'un a tres anys
  - Tractament grupal (sessions de 60 minuts de durada un cop a la setmana entre un i tres anys)
  - Tractament unifamiliar (sessions de 45 minuts de durada un cop a la setmana entre un i tres anys)
  - Tractament multifamiliar (sessions de 45 minuts de durada un cop a la setmana entre un i tres anys)
  - Grups multifamiliars amb inclusió dels pacients (reunions quinzenals durant hora i mitja durant un any i mig)

Així doncs, el Pla de tractament individualitzat dins del model psicodinàmic, ha d'estar integrat segons les circumstàncies i l'evolució del cas per un conjunt:

- d'una combinació de les anteriors modalitats terapèutiques,
- del tractament farmacològic
- i de les diferents intervencions sociocomunitàries (pla de serveis individualitzat, activitats de reinserció sociolaboral i rehabilitació comunitària).

#### 4.3.3. Intervencions de rehabilitació cognitiva

Les persones amb trastorns psicòtics, especialment l'esquizofrènia, però també algunes psicosis afectives, presenten sovint dificultats cognitives, en diferents graus, que afecten les seves capacitats de processament de la informació, atenció, memòria, funcionament executiu i planificació. Els dèficits cognitius solen estar relacionats amb la simptomatologia negativa i sembla que tenen implicacions en el funcionament quotidià, a més de reduir l'aprofitament dels recursos terapèutics psicosocials.

Les disfuncions cognitives estan presents des de l'inici de la malaltia. Investigacions recents destaquen la importància de discriminar les diferents àrees deteriorades en pacients de primer episodi i en període crític per tal d'incidir en els dèficits específics i també en els funcionals<sup>71 72 73</sup>.

La rehabilitació cognitiva és una intervenció focalitzada en els nivells més bàsics de les funcions cognitives (atenció, memòria i funcions executives), que té com a objectiu la millora d'aquestes funcions específiques per tal d'afavorir un augment de l'autonomia personal i una millora del funcionament psicosocial dels pacients.

<sup>71</sup> Ozgürdal S, Littmann E, Hauser M, von Reventlow H, Gudlowski Y, Witthaus H et al. Neurocognitive performances in participants of at-risk mental state for schizophrenia and in first-episode patients. *J Clin Exp Neuropsychol* 2009; 31(4): 392-401.

<sup>72</sup> Eastvold AD, Heaton RK, Cadenhead KS. Neurocognitive deficits in the (putative) prodrome and first episode of psychosis. *Schizophr Res*. 2007; 93(1-3):266-77.

<sup>73</sup> Simon AE, Cattapan-Ludewig K, Zmilacher S, Arbach D, Gruber K, Dvorsky DN, et al. Cognitive functioning in the schizophrenia prodrome. *Schizophr Bull*. 2007;33(3):761-71.

- **La teràpia psicològica integrada per a l'esquizofrènia (IPT, per les sigles en anglès)** és un programa de rehabilitació creat per Brenner i Roder<sup>74</sup> a finals dels anys vuitanta. Està format per cinc subprogrames o etapes orientats al canvi dels trastorns cognitius i als dèficits socials/conductuals. La part cognitiva està formada per les etapes primera, segona i part de la tercera (diferenciació cognitiva, percepció social i comunicació verbal). La part social està formada per la meitat de la tercera etapa, la quarta i la cinquena (comunicació social, habilitats socials i resolució de problemes interpersonals).
- **El programa de rehabilitació cognitiva (*Cognitive Remediation Therapy*)<sup>75</sup>**, també conegut com a programa frontal/executiu, fa referència especialment a les funcions executives. Es tracta d'un programa de rehabilitació individual amb una durada de quatre mesos, a raó de dues visites per setmana. Més que un programa amb una sèrie d'exercicis es tracta d'una intervenció basada en principis rehabilitadors com l'aprenentatge sense errades i la teoria de la bastida (*scaffolding*). El programa funciona per mòduls, els més comuns dels quals són la flexibilitat cognitiva, la memòria de treball i la planificació. El mòdul de flexibilitat cognitiva treballa estratègies de codificació, abstracció i flexibilitat per mantenir una tasca complexa, així com l'habilitat per canviar les condicions de la tasca. El mòdul de memòria de treball persegueix l'objectiu de mantenir activa la major quantitat d'informació possible, la codificació d'informació i la creació d'estratègies compensatòries. El mòdul de planificació es centra en activitats d'organització, maneig de dades, seqüenciació i realització de tasques simultànies. L'última part del programa es dedica a la transferència dels aprenentatges a les tasques de la vida diària.

#### 4.3.4. Intervencions familiars

Les famílies són una part fonamental en el procés d'ajuda al pacient. Seguint les recomanacions de l'OMS i la IEPA (*International Early Psychosis Association*: Associació internacional de la psicosis primerenca) respecte a la detecció precoç<sup>76</sup>, s'ha d'intentar assolir que les famílies tinguin el millor accés a la informació, l'educació i el suport social tant a nivell pràctic com econòmic. El Programa ha de garantir que l'atenció a les famílies proporcioni:

- l'avaluació de les necessitats i riscos de la família
- les intervencions pertinents per garantir el suport i la informació sobre la psicosis
- les eines per a un maneig adient de la psicosis (intervenció unifamiliar o grups multifamiliars) en cada una de les fases del trastorn (estat mental d'alt risc, crisi, estabilització i recuperació)

La fase inicial del trastorn té uns trets que la distingeixen d'etapes posteriors i que requereixen un tractament específic. Per exemple, l'emoció expressada (EE) encara no és un constructe clarament establert i, en conseqüència, les intervencions clau haurien de dirigir-se particularment cap a la construcció d'habilitats de solució de

<sup>74</sup> Brenner H et al. *Integrated psychological therapy for schizophrenic patients*. Berna: Hogrefe & Huber, 1995.

<sup>75</sup> Wykes T, Reeder C. *Cognitive Remediation Therapy for Schizophrenia: Theory and Practice*. Nova York (EUA): Routledge, Taylor & Francis Group, 2005.

<sup>76</sup> World Health Organization & International Early Psychosis Association. *An International Consensus Statement about Early Intervention and Recovery for Young People with Early Psychosis*. 2005. Disponible a: <http://earlypsychosis.medicine.dal.ca/services/EPdeclaration.pdf>

problemes relacionades amb el funcionament social pobre del pacient i la soledat i pèrdua emocional que els cuidadors pateixen davant l'impacte estigmatitzant que suposa la irrupció de la psicosi dins d'una família.

Gleeson, Jackson, Stavely & Burnett<sup>77</sup> proposen una sèrie de principis generals per treballar amb aquelles famílies que s'enfronten amb el seu primer episodi psicòtic i que es resumeixen en els següents punts:

- Considerar que el treball amb la família necessita ser adaptat i flexible a cada cas i cada fase del trastorn.
- Tenir en compte que les famílies necessiten temps i oportunitats per tractar les crisis i els consegüents estressors.
- Reconèixer la necessitat que tenen les famílies de ser escoltades i compreses.
- Tenir en compte que les famílies necessiten un marc per comprendre el que esdevé.
- Reconèixer que les famílies també necessiten un temps per enfrontar-se amb els problemes.
- Tenir en compte que el treball amb les famílies és una intervenció preventiva dirigida cap als nivells d'estrès, càrrega, afrontament, funcionament social i nivell general de salut de tots els membres de la família.

Les intervencions familiars poden seguir estratègies cognitiu-conductuals, sistèmiques, psicodinàmiques i psicoeducatives.

Aquests principis es duen a terme a través de *quatre fases*:

**Fase 1. Abans de la detecció.** Durant la fase prodròmica s'aborda la percepció i les explicacions que dona la família dels canvis observats en el seu familiar i que van des de la negació fins a l'atribució dels símptomes a trets de personalitat. Es busca una ràpida resolució de conflictes familiars que es generen en aquesta etapa com a conseqüència d'aquestes reaccions o de la confusió i ansietat que solen provocar aquests canvis.

**Fase 2. Després de la detecció.** Es centra en l'impacte de les crisis psicòtiques a la família i en les seves reaccions a l'inici del tractament. Això suposa abordar la revisió dels seus esquemes explicatius i de les habituals reaccions d'estrès agut caracteritzades per ansietat, depressió i pel dolor i la pena que produeixen la repetició d'incidents en la convivència domèstica. Es posa especial atenció a l'estigma, a la ventilació d'emocions i al model familiar de malaltia.

**Fase 3. Durant l'inici de la recuperació.** El treball es centra en l'estil d'afrontament, la competència i el funcionament adaptatiu de la família.

**Fase 4. Estabilització i primera recaiguda.** Es treballa per aconseguir l'estabilització familiar i reduir l'impacte de la psicosi en la vida dels membres de la família i en la prevenció d'estils d'afrontament que generin dependència excessiva. D'altra banda, es tracta de reconstruir les atribucions dels familiars sobre la conducta del pacient, passant-les d'inestables a estables i d'externes a internes.

<sup>77</sup> Gleeson J, Jackson H, Stavely H, Burnett P. Family interventions in early psychosis. A: McGorry PD, Jackson H, editors. The re-cognition and management of early psychosis: A preventive approach. Cambridge, Regne Unit: Cambridge University Press, 1999: 376-406.



En totes les fases s'aplica el format d'intervenció proposat per Barrowclough i Tarrier<sup>78</sup>, que inclou tres components: psicoeducació, entrenament en el maneig de l'estrès i les respostes d'afrontament, i un programa d'establiment de metes.

Per a les estratègies de vinculació en relació amb la família s'han de tenir en compte les seves funcions de cura del pacient identificat, tant abans com després d'iniciar-se la relació de l'usuari amb els serveis de salut mental.

Atesa l'afectació de la família quan hi ha patologia psicòtica en alguns dels seus membres, caldria començar per oferir suport en el moment de confusió i crisi inicial i ajudar-la a contenir els sentiments de desesperació, fracàs, culpa, violència o negació que acostumen a dominar els seus pensaments i valoracions en la major part dels casos.

Es considera imprescindible en aquesta fase inicial la realització d'entrevistes al nucli familiar de convivència, incloent-hi el pacient identificat. Sempre que li sigui possible al terapeuta (segons la seva formació de base), aquestes entrevistes haurien d'estar centrades no tant en el pacient sinó en la pròpia dinàmica familiar, i haurien de permetre conèixer, pel que fa a la família, la composició, història, problemàtica, capacitats i dificultats per a les funcions paternes, paper del malalt identificat en el conjunt del grup familiar, etc., atès que tots aquests aspectes són fonamentals per al procés terapèutic. Així mateix, cal valorar si cap altre membre de la família pot requerir algun tipus d'ajut psicològic de suport, dins de la intervenció global.

#### 4.3.5. Intervencions psicoeducatives

Les intervencions psicoeducatives estan orientades a proporcionar als pacients i familiars informacions específiques sobre el trastorn i afavorir modalitats funcionals d'afrontament dels problemes que se'n deriven. Tenen com a objectiu la millora de la qualitat de vida de pacients i cuidadors, la disminució de l'estrès, la prevenció de les recaigudes i la reducció de la càrrega familiar.

Diferents tècniques psicoeducatives s'han mostrat eficaces en la millora de l'acompliment terapèutic. Una revisió de Pekkala i Merinder<sup>79</sup> arriba a la conclusió que aquestes intervencions poden reduir la taxa de recaigudes i de reingressos hospitalaris, i que han de formar part del pla terapèutic.

Atès que els programes existents estan orientats a abordar el trastorn ja establert, cal dissenyar modalitats psicoeducatives adaptades a les fases inicials dels trastorns psicòtics per adequar-ne la utilització.

La intervenció psicoeducativa en format de grups de pacients ha demostrat eficàcia en la prevenció de recaigudes en pacients amb psicosis afectives (trastorn bipolar) tant als dos anys com als cinc anys de seguiment<sup>80 81</sup>. Hi ha indicis que la

<sup>78</sup> Barrowclough C, Tarrier N. Families of schizophrenic patients: Cognitive behavioural intervention. Londres: Chapman & Hall, 1992.

<sup>79</sup> Pekkala E, Merinder L. Psicoeducación para la esquizofrenia [Revisió Cochrane traduïda]. A: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007; 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: <http://www.update-software.com>. Traduïda de The Cochrane Library, 2007; 2. Chichester, Regne Unit: John Wiley & Sons, Ltd.

<sup>80</sup> Colom F, Vieta E, Martínez-Arán A, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A et al. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. Arch Gen Psychiatry 2003; 60: 402-7.

<sup>81</sup> Colom F, Vieta E, Sanchez-Moreno J, Martinez-Aran A, Reinares M, Goikolea JM, et al. Stabilizing the stabilizer: group psychoeducation enhances the stability of serum lithium levels. Bipolar Disord 2005; 7 (suppl 5): 32-6.

intervenció va ser més eficaç en pacients en fases més inicials de la malaltia<sup>82</sup>. També la psicoeducació de familiars de pacients bipolars ha demostrat eficàcia a l'hora de prevenir recaigudes<sup>83</sup>, especialment en pacients en fases inicials<sup>84</sup>.

#### 4.3.6. Intervenció cognitiu-conductual de l'addicció al cànnabis

En general, en el tractament de l'addicció al cànnabis entenem que les estratègies terapèutiques han d'adequar-se sempre al moment en el qual es situa el pacient que realitza la demanda de tractament. En l'actualitat, segons el model transteòric de Prochaska i DiClemente<sup>85</sup>, s'entén que hi ha cinc etapes en el procés de canvi respecte a l'addicció. Les tres primeres etapes requereixen un canvi a nivell actitudinal, mentre que les dues últimes requereixen un canvi estrictament conductual.

- **Precontemplació i contemplació:** Els primers contactes terapèutics amb pacients addictes al cànnabis posen en evidència que, malgrat una intenció verbalitzada de canviar la seva conducta, es troben encara amb problemes respecte a la seva actitud bàsica cap al canvi. En aquestes etapes el repte terapèutic que cal enfrontar és el maneig de *l'ambivalència* en què es posen en evidència els aspectes hedonistes que atrauen el pacient pel que fa al seu consum, al costat d'uns altres de caràcter aversiu i que tenen a veure amb les conseqüències negatives que impliquen. Una adequada utilització de les tècniques que sorgeixen de l'entrevista motivacional resulta absolutament primordial en aquesta fase. Una implementació deficitària d'aquestes pautes motivacionals podria comportar un abandó del tractament.
- **Preparació per a l'acció:** En aquesta etapa es treballa, mitjançant una adequada *aliança de treball* amb el pacient, el pla terapèutic a seguir. Una de les dificultats que sorgeixen en aquesta etapa ve donada per la *resistència* d'alguns pacients a considerar que el canvi de la conducta addictiva es basarà no en *l'ús controlat del consum de cànnabis*, sinó en *la total abstinència*. En aquells pacients amb un marcat dilema entre les opcions anteriors, és adequat assenyalar que, per aconseguir un canvi
- inicial en la conducta de consum de cànnabis, hem de partir d'un únic objectiu, encara que sigui amb caràcter temporal (tres primers mesos), com és *l'abstinència total*. Després, el pacient pot reconsiderar si els canvis positius introduïts en la seva vida li compensen, o si desitja de nou considerar un consum puntual.

En el període d'abstinència les estratègies terapèutiques que cal introduir són:

<sup>82</sup> Colom F, Vieta E, Sánchez-Moreno J, Palomino-Otiniano R, Reinares M, Goikolea JM et al. Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. Br J Psychiatry 2009; 194(3): 260-5.

<sup>83</sup> Reinares M, Colom F, Sánchez-Moreno J, Torrent C, Martínez-Arán A, Comes M et al. Impact of caregiver group psychoeducation on the course and outcome of bipolar patients in remission: a randomized controlled trial. Bipolar Disord 2008; 10(4): 511-9. Erratum in: Bipolar Disord 2008; 10(5): 657.

<sup>84</sup> Reinares M, Colom F, Rosa AR, Bonnín CM, Franco C, Solé B et al. The impact of staging bipolar disorder on treatment outcome of family psychoeducation. J Affect Disord 2009; 22. En premsa. Disponible en línia.

<sup>85</sup> Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 1982; 19: 276-8.



- La informació sobre els símptomes d'abstinència al cànnabis que poden aparèixer.
  - Com fer-hi front mitjançant estratègies de modulació emocional com ara pautes bàsiques de relaxació o, en casos de major intensitat, l'administració d'un pauta controlada de benzodiazepines.
  - Estratègies de *control d'estímuls*. Requereix del pacient l'evitació en el seu ambient extern i psicosocial, la qual cosa reduirà la possibilitat que, per un fenomen de condicionament clàssic, determinats llocs, situacions i relacions interpersonals provoquin l'aparició del *craving* o desig incontrolable del consum de la substància. Això pot resultar especialment difícil atès que en molts pacients amb un perfil jove el consum de cànnabis és molt elevat entre els membres del seu grup de referència, amb els quals es relaciona habitualment.
- **Acció:** En aquesta fase una de les estratègies més importants és la denominada *contracondicionament*. Una vegada el pacient aprèn que les experiències d'ansietat es poden manejar mitjançant estratègies d'afrontament, va afermant-se en la seva abstinència.  
Altres dues estratègies terapèutiques resulten igualment importants en aquesta etapa:
    - Relacions d'ajuda: Les relacions d'ajuda consisteixen en potenciar les xarxes socials de la persona en tractament de manera que es mantinguin accessibles per tal que el pacient pugui parlar lliurement de les seves dificultats al llarg del tractament. En aquest sentit, quan la dinàmica familiar està clarament afectada per l'addicció del pacient, això pot ser un obstacle per al tractament.
    - Maneig de contingències: El maneig de contingències es deriva del model de l'autocontrol, pel qual la persona en tractament aprèn a autoadministrar-se estímuls enfortidors quan aconseguix els canvis desitjats en la seva conducta.

Després que el pacient aconseguix un manteniment de l'abstinència superior a un període de tres mesos, és sempre adequat introduir estratègies terapèutiques basades en el model de la prevenció de recaigudes. Aquest model considera que en el canvi en les conductes addictives en general, i concretament per al tema del cànnabis, els consums puntuals i les recaigudes són un esdeveniment probable al llarg del seguiment d'aquest trastorn. Per tant, els pacients han de seguir programes específics d'entrenament, de format prioritàriament grupal, a fi d'afavorir el manteniment de l'abstinència i, si es produeix un consum puntual o una recaiguda, aquests serveixen per afegir informació sobre noves formes de resolució de problemes i identificar situacions d'alt risc de reprendre'n el consum.

#### 4.3.7. Morbiditat mèdica. Prevenció i educació per la salut

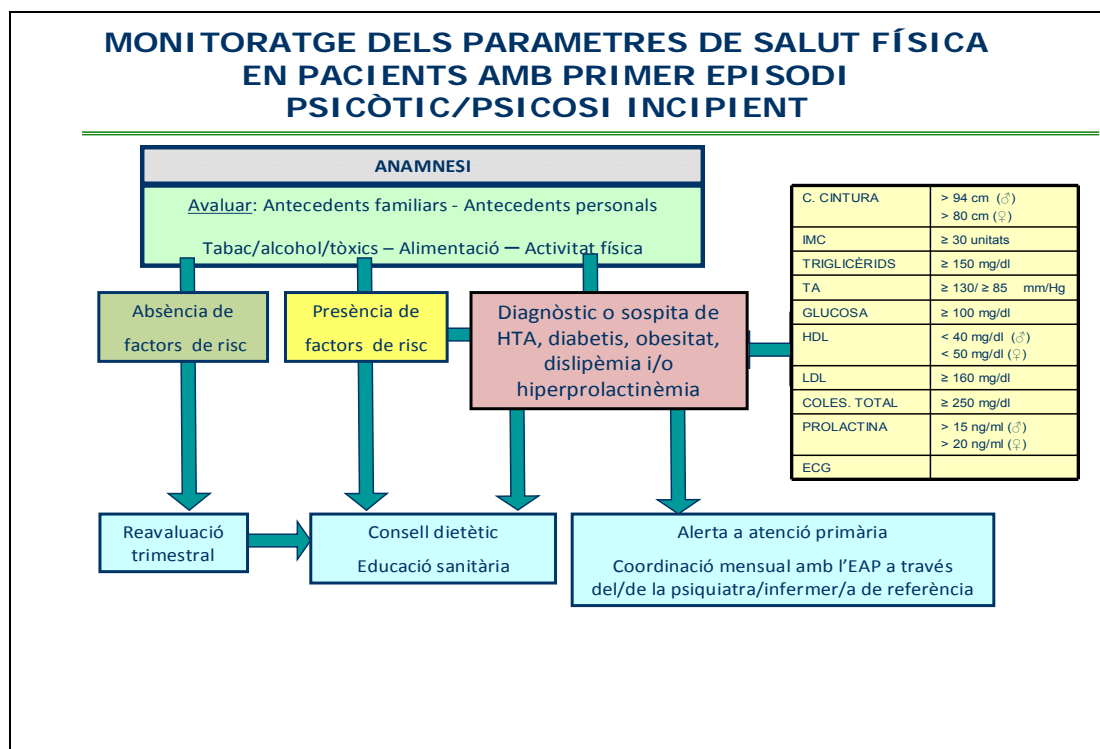
Les persones amb trastorns psicòtics incipients presenten dificultats en relació amb una adequada percepció de salut, la qual cosa fa necessària una intervenció específica i els infermers psiquiàtrics són els professionals idonis per realitzar-la, essent els seus objectius generals:

- Potenciar la presa de consciència i sensibilització al voltant dels hàbits de vida saludables:
  - Promoció d'un canvi d'hàbits mitjançant l'educació sanitària: higiene personal
  - Alimentació
  - Hàbits de son/vigília
  - Administració de la medicació
  - Ocupació del temps de lleure i esport
  - Salut sexual
  - No-consum de tòxics
- Afavorir l'adhesió al tractament farmacològic
- Afavorir la identificació de símptomes
- Reduir els factors de risc metabòlic
- Millorar la qualitat de vida
- Afavorir la seva autocura i autonomia personal en temes relacionats amb la salut
- Fer una intervenció específica segons els patrons d'infermeria:
  - Treballar els riscos nutricionals i metabòlics
  - Prevenir trastorns d'eliminació
  - Fomentar l'activitat i l'exercici físic
  - Promoure hàbits saludables del ritme son/vigília
  - Prevenir alteracions cognitives i afavorir la comunicació
  - Millorar l'autopercepció i l'autoestima
  - Millorar les relacions i minimitzar les repercussions del trastorn
  - Millorar dificultats en l'esfera sexual
  - Adaptació/tolerància a l'estrès
  - Tenir en compte el context cultural

El diagrama adjunt (figura 2) planteja la conducta a seguir enfront de tres situacions possibles:

1. Absència de factors de risc
2. Presència de factors de risc (inclòs l'inici de tractament amb fàrmacs antipsicòtics)
3. Diagnòstic o sospita de les principals causes de morbimortalitat mèdica en aquests pacients amb ( hipertensió arterial (HTA), diabetis, obesitat, dislipèmia o hiperprolactinèmia).

Figura 2: Monitoratge de l'estat de salut



#### 4.3.8. Prevenció de recaigudes i abordatge de les situacions de crisi

Un dels reptes importants en el tractament d'un primer episodi psicòtic és afavorir l'adherència al tractament farmacològic per tal de facilitar la recuperació i poder evitar recaigudes. Els estudis indiquen que entre el 72 i el 82% dels pacients que reben un diagnòstic de psicosis recau en els símptomes positius en el decurs dels cinc anys posteriors<sup>86</sup>. D'altra banda, a part de l'impacte de cada recaiguda en l'individu, la família, l'entorn i l'equip de tractament, existeixen evidències que indiquen que cada recaiguda incrementa la probabilitat de desenvolupar símptomes positius persistents; sense oblidar la depressió, el risc suïcida i el risc de deteriorament cognitiu i psicosocial després d'una recaiguda en un episodi psicòtic.

Per aquest motiu és imprescindible que dins el PAE-TPI es desenvolupin programes de prevenció de recaigudes en format individual o grupal per tal d'afavorir la recuperació. No obstant això, pel que fa referència a les recomanacions del tipus d'intervenció no existeix una evidència robusta en la literatura respecte quin tipus d'intervenció utilitzar en el cas de primers episodis psicòtics<sup>87</sup>. Les poques evidències fan referència a: format individual de teràpia cognitiu- conductual que emfatitza el treball dels senyals d'alarma de recaiguda<sup>88</sup>, teràpia familiar conductual focalitzada en l'entrenament d'habilitats comunicacionals i de resolució de problemes per facilitar el maneig i la reducció de l'emoció expressada, programes de teràpia assertiva comunitària que s'han trobat útils a l'hora de reduir les taxes de rehospitalització.

<sup>86</sup> Lenior ME, Dingemans PM, Linszen DH, de Haan L, Schene AH. Social functioning and the course of early-onset schizophrenia: five-year follow-up of a psychosocial intervention. *Br J Psychiatry* 2001; 179: 53-8.

<sup>87</sup> Gleeson J. EPISODE II Research Team. Preventing EPISODE II: relapse prevention in first-episode psychosis. *Australas Psychiatry* 2005; 13(4):384-7.

<sup>88</sup> Gumley A, O'Grady M, McNay L, Reilly J, Power K, Norrie J. Early intervention for relapse in schizophrenia: results of a 12-month randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy. *Psychol Med* 2003; 33: 419-31.

Seria recomanable que, per a cada pacient, es realitzi **un pla de prevenció de recaigudes**, consensuat entre l'usuari, la família i l'equip terapèutic<sup>89</sup>, que incorpori estratègies d'identificació de senyals de recaiguda com a part del tractament, per facilitar-ne la recuperació.

Els pacients amb trastorns psicòtics incipients poden patir moments d'agreujament simptomàtic o de crisi social/familiar durant el procés d'atenció. Un principi general del Programa és intentar donar sentit a aquestes crisis i donar una contenció suficient a pacients i famílies, per tal que sigui possible que la crisi es resolgui en l'entorn del propi pacient, però, quan aquesta contenció a domicili no és possible, cal programar ingressos hospitalaris, procurant que siguin de la mínima durada possible.

Les situacions identificades com a **crisis** han de comportar:

- 1- Intensificació de les visites al PAE-TPI del pacient i la família
- 2- Resposta àgil i ràpida a la situació de crisi per part de l'equip
- 3- Intervenció de contenció a domicili si és necessària
- 4- Facilitació de l'ingrés urgent en unitats que ofereixen major contenció emocional:
  - Hospital de dia per a adolescents o adults
  - Unitat d'hospitalització psiquiàtrica breu
  - Unitat d'hospitalització psiquiàtrica d'aguts

5- En les indicacions d'hospitalització l'equip del PAE-TPI ha de mantenir el contacte amb el pacient, la família i l'equip terapèutic que hi intervé, a la unitat mateixa i amb la major freqüència possible.

6- Un cop resolta la situació que requeria hospitalització, cal procedir a la derivació del pacient al dispositiu més escaient amb el consens previ de les diverses instàncies implicades.

#### **4.3.9. Intervencions per a l'orientació acadèmica i laboral i l'organització de l'oci i el lleure**

Les persones que pateixen un trastorn psicòtic incipient experimenten la pèrdua d'iniciativa i dificultats per realitzar activitats que comporten relacions interpersonals i interacció amb el medi, la qual cosa comporta un risc de desvinculació amb el seu entorn i un agreujament de la simptomatologia.

Per tal de minimitzar aquests efectes, l'objectiu prioritari ha de ser treballar per recuperar al màxim possible l'activitat prèvia satisfactòria per a la persona abans de debutar la clínica psicòtica i fomentar la participació en recursos comunitaris, la participació en activitats lúdiques, despertar l'interès en activitats motivadores i fomentar la capacitat de gaudir i relacionar-se de forma cada vegada més autònoma, fins a aconseguir una adequada autogestió del temps lliure.

<sup>89</sup> Birchwood M, Spencer E. Early intervention in psychotic relapse. Clin Psychol Rev 2001; 21(8): 1211-26.

### **Objectius de la intervenció:**

- Conèixer els diferents recursos formatius, ocupacionals i de lleure de la comunitat i el seu accés (transport, cost, horaris, requisits...)
- Aprendre a adaptar-se al context fent un maneig adequat dels recursos (fer recerca d'informació, escollir propostes realistes i adequades...)
- Planificar aquestes activitats i l'acompanyament necessari per dur-les a terme
- Descobrir els propis interessos, estructurar i adquirir hàbits en l'ocupació del temps de lleure i en la participació social
- Augmentar diferents aspectes de la volició en relació amb aquestes àrees
- Desenvolupar rols ocupacionals —significatius per a la persona— de la forma més autònoma possible

Pot ser útil recórrer a serveis d'inserció laboral específics, per tal de realitzar l'acompanyament necessari en certs moments del procés. Així mateix, cal que els serveis de rehabilitació comunitària i els clubs socials enforteixin i desenvolupin nous programes adequats a les característiques i necessitats d'aquesta població.

## 5. Model organitzatiu i estratègies d'implementació del Programa

### 5.1. Model organitzatiu

En funció dels seus objectius, de la població diana a la que s'adreça i de les modalitats i els àmbits d'intervenció, el Programa d'atenció específica a les persones amb trastorns psicòtics incipients és un **programa de caire territorial, transversal i comunitari** (figura 3).

Els objectius de detecció, valoració i intervenció del trastorn psicòtic incipient requereixen la col·laboració del conjunt de dispositius assistencials de salut mental, així com dels dispositius sanitaris generals, socials, educatius i comunitaris.

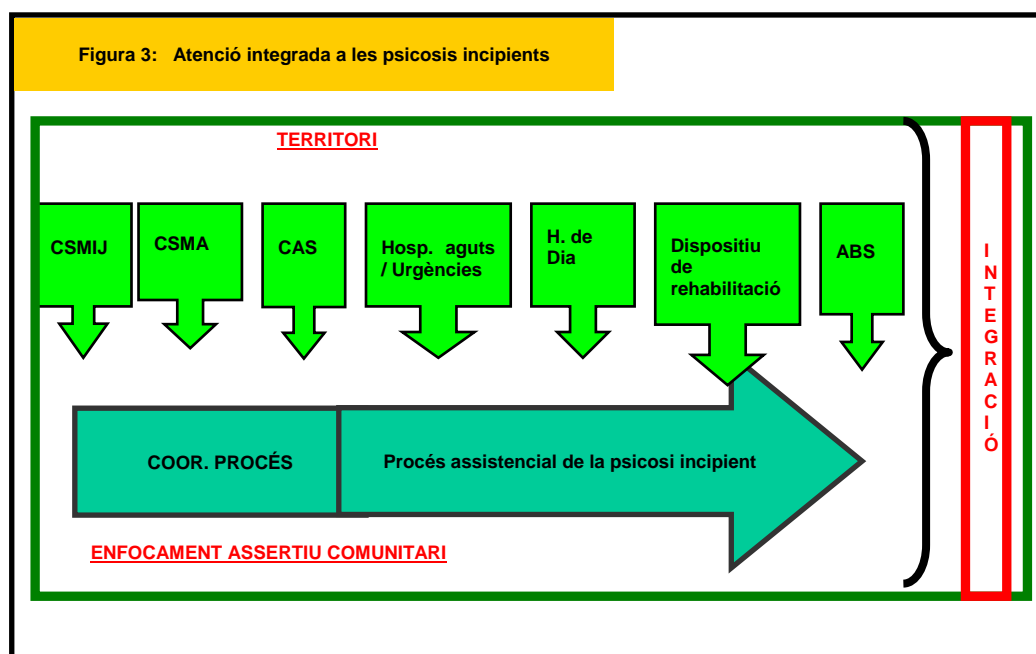
La població diana compresa entre els 14 i els 35 anys implica tant la xarxa de salut mental infantil i juvenil com la d'adults.

Les modalitats i àmbits d'intervenció requereixen tant l'atenció ambulatoria com l'hospitalització parcial i completa (CSM, SRC, CAS, HD, hospitalització d'aguts).

En conseqüència, el desplegament del PAE-TPI exigeix la delimitació del territori i de la població de referència, l'articulació transversal dels dispositius de salut mental i la integració en un programa de base comunitària.

Tot això pot suposar una transformació dels models de relació i integració entre els diferents serveis assistencials cap a un model més cooperatiu.

### Esquema de l'atenció integrada a la Psicosi Incipiente



## 5.2. Estratègies d'implementació del Programa

El desplegament del Programa requereix estratègies d'implementació dirigides a facilitar en primer lloc la participació i integració de tots els dispositius de salut mental del territori. En aquest sentit es planteja la necessitat de constituir un **comitè operatiu** i un **coordinador** del Programa dins de cada àmbit territorial definit que tingui en compte les seves especificitats. A Barcelona ciutat els comitès operatius territorials són el marc idoni de desenvolupament del Programa. A cada regió sanitària cal definir els àmbits territorials suprasectorials que corresponguin. En aquesta línia destaquem la importància del paper facilitador i aglutinador que han de tenir els responsables de les regions sanitàries en aquest procés de coordinació.

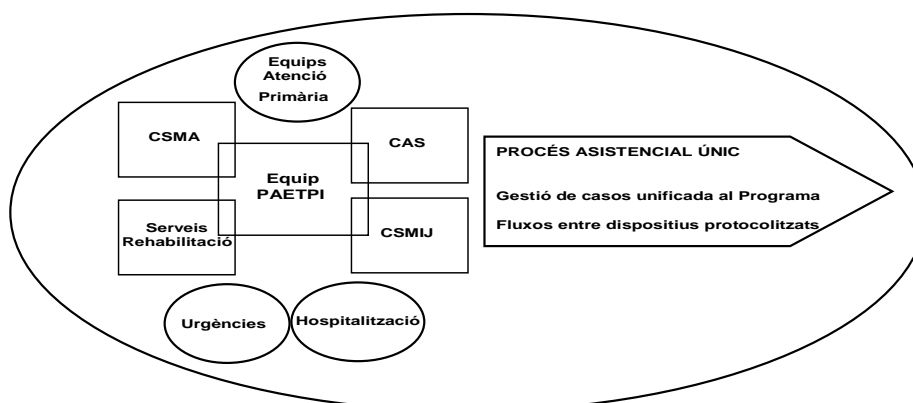
Les regions sanitàries i els comitès operatius i coordinadors del Programa han d'impulsar la implementació d'aquest, potenciar la cooperació entre dispositius des d'un plantejament integrador dels esforços de tots els professionals implicats i resoldre possibles diferències en la gestió individual dels casos atesos o de les funcions de cadascun dels dispositius.

## 5.3. L'equip del PAE-TPI

El Programa ha de ser desenvolupat per un equip funcional, multidisciplinari i transversal que incorpori professionals amb capacitat per donar resposta a les funcions de vinculació, valoració i intervenció que li són pròpies.

L'equip funcional del PAE-TPI ha d'estar integrat per un nucli de professionals que fonamentalment han d'estar vinculats al (CSMA/CSMIJ), ja que és el dispositiu en el qual previsiblement tindran lloc la majoria de les actuacions, però amb una perspectiva integradora de professionals de referència de la resta de dispositius implicats en el procés assistencial. Aquesta integració ha d'incloure professionals pertanyents al centre de salut mental d'adults, al centre de salut mental infantil i juvenil, als serveis de rehabilitació comunitària, al centre d'atenció i seguiment de les addiccions, així com professionals de l'atenció primària de salut, urgències i hospitalització. La figura 4 intenta representar les idees bàsiques que haurien de regir el funcionament de l'equip: un nucli que coordina els esforços de tots els dispositius en un procés assistencial únic amb una gestió de casos centralitzada al Programa i uns fluxos entre dispositius regulats per protocols consensuats entre els implicats.

**Figura 4: Estructura funcional de l'equip del PAE-TPI**



L'equip funcional del PAE-TPI ha d'estar format per psiquiatre/s, psicòleg/s clínic/s, infermer/s i treballador/s social/s i educadors socials i ha de comptar amb un coordinador. Ha de disposar d'espais de treball que permetin la coordinació, l'avaluació continuada i la integració de les intervencions, així com de suport i supervisió per a les tècniques específiques necessàries.

En tots els casos, per a la realització del Programa, l'equip funcional ha d'establir fórmules de coordinació, articulació i cooperació amb la resta de dispositius de salut mental del seu àmbit territorial.

Aquest equip funcional ha de posseir formació específica i continuada per atendre la població diana del Programa, que reuneix característiques de joventut, trastorn psicòtic incipient i ús o abús de substàncies. Ha de desenvolupar, tanmateix, una capacitat de vinculació i d'aplicació d'un model de gestió individualitzada de casos per aconseguir mantenir l'adherència assistencial.

L'equip ha de poder donar respostes àgils i flexibles en temps i espai. Una de les causes d'absència de tractament és deguda a la dificultat que poden tenir els joves per consultar o per l'estigma atribuït als serveis de salut mental. Per aquesta raó és important que les entrevistes es realitzin en l'espai més acceptable per al pacient i la família, com poden ser el domicili, la consulta d'atenció primària o altres espais comunitaris. Tanmateix, resulten necessàries respostes ràpides davant de moments crítics, quan pot ser necessària una intensificació de la freqüència dels contactes o la seva repetició al llarg d'un mateix dia.

A títol indicatiu, per a una població de 100.000 habitants de població general i amb una incidència de 20 casos anuals, la prevalença de població atesa pel Programa, inclòs el període crític de cinc anys, hauria d'incorporar uns 100 casos un cop el Programa estigui plenament desplegat. Les dimensions de l'equip s'han d'establir en funció de les taxes d'incidència i prevalença esperables. Ateses les característiques d'alta intensitat d'intervenció d'aquest programa, la ràtio recomanada de càrregues de treball no hauria de superar els 15-20 casos per professional membre de l'equip.



Cal introduir factors correctors en funció de la dispersió territorial, les isòcrones i la presència d'altres recursos assistencials. En el cas de territoris amb marcada dispersió geogràfica i manca o llunyania d'altres recursos (hospitals de dia, serveis de rehabilitació comunitària o PSI) cal un índex inferior.

El grau i ritme de desplegament ha de venir determinat per la planificació i dotació de recursos des del PDSMiA.

La dotació i composició de l'equip del PAE-TPI ha de permetre dur a terme una cartera de serveis amb els següents continguts:

- Capacitat (quantitativa i qualitativa) de resposta ràpida a la demanda
- Valoració diagnòstica i de necessitats del pacient i de la família
- Tractament farmacològic
- Tractament psicoterapèutic individual i grupal
- Tractament de la comorbiditat
- Rehabilitació cognitiva
- Psicoeducació
- Entrenament en habilitats socials
- Recolzament familiar individual i grupal
- Pla de prevenció de recaigudes i d'atenció a les crisis
- Pla d'atenció a aspectes bàsics de la vida quotidiana
- Suport al desenvolupament i a la inserció acadèmica, laboral i del lleure
- Atenció domiciliària adreçada a facilitar l'adherència al PAE-TPI

L'equip funcional ha d'afavorir la cooperació entre tots els dispositius territorials des d'un plantejament assertiu comunitari.

#### **5.4. Fluxos de pacients i vies de derivació de casos**

Els pacients poden ser derivats des de qualsevol dels dispositius, sanitaris i no sanitaris, de la xarxa assistencial (centres d'atenció primària, dispositius de la xarxa de salut mental i addiccions, serveis d'urgències, serveis socials, serveis educatius...), sempre que s'hagin consensuat prèviament els protocols de derivació. En tots els casos, és necessari emplenar un full de derivació.

#### **5.5. Avaluació i seguiment general del Programa**

L'avaluació del Programa s'ha de dur a terme tenint en compte un conjunt de criteris i indicadors que conformen un sistema de monitoratge.

Característiques dels indicadors:

- Han d'aportar informació imprescindible per a la presa de decisions.
- El càlcul que es realitzi a partir de les magnituds observades no pot donar lloc a ambigüitats.
- Han de ser inequívocs, és a dir, no poden permetre interpretacions contraposades.
- Han de ser accessibles, és a dir, la seva obtenció ha de tenir un cost acceptable.

S'ha considerat una amplia sèrie d'indicadors, d'acord amb els que s'han publicat arran de diferents experiències internacionals<sup>90</sup>, però inicialment es proposen sis indicadors, com a base per anar consensuant un sistema que sigui vàlid per a:

- Reflectir l'efectivitat de cada programa
- Descriure l'adaptació que a cada territori s'hagi fet del model general
- Permetre la comparació de resultats, integrant-hi les diferències, per aconseguir una bona referenciació (*benchmarking*) entre els diferents equips de treball

Per a això, s'han seleccionat com a prioritàries les següents dimensions o àrees rellevants:

- Accessibilitat: La capacitat que té el servei per acollir nous usuaris
- Disponibilitat: L'agilitat amb la que els atén
- Adequació: dels tractaments que s'ofereixen
- Continuitat: del tractament al llarg del procés
- Efectivitat: Capacitat per obtenir millora en l'estat dels pacients

Malgrat que no s'inclou dins dels indicadors proposats, es considera recomanable disposar d'alguna mesura de qualitat percebuda en relació amb:

- La satisfacció dels usuaris
- La satisfacció dels professionals

A continuació s'adjunta una taula descriptiva que proposa un indicador per a cada dimensió prioritzada.

---

<sup>90</sup> Addington D, McKenzie E, Addington J, Patten S, Smith H, Adair C. Performance measures for early psychosis treatment services. *Psychiatric Services* 2005; 56(12): 1570-82.

## Indicadors Bàsics PAE-TPI

Indicador 1	Casos nous en programa
Criteri	Nombre de pacients que han estat acceptats per iniciar el Programa PAE-TPI durant l'any
Dimensió	Accessibilitat
Justificació	Cal avaluar l'accessibilitat del Programa a cada territori i poder-la comparar amb la incidència descrita a la literatura.
Construcció de l'indicador	Nombre de pacients acceptats per iniciar el Programa PAE-TPI durant el període estudiat
Població	Població de referència del centre
Tipus	Procés
Font d'informació	Història clínica: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registre de pacients derivats, amb especificació d'admissió o no.</li> <li>• Diagnòstic ICD10/DSM-IV-TR</li> <li>• Cens de pacients atesos</li> <li>• Cens d'habitants del sector de referència del centre</li> </ul>
Estàndard	20 casos per cada 100.000 habitants de referència
Periodicitat de l'avaluació	Anual

Indicador 2	Temps mig d'espera per al primer contacte
Criteri	El temps mig entre la data d'arribada de la petició i data de primera valoració dels pacients inclosos al PAE-TPI no ha de ser superior a 15 dies.
Dimensió	Disponibilitat
Justificació	Per poder fer una adequada atenció precoç dels casos derivats cal que els terminis per fer les valoracions no siguin massa perllongats.
Construcció de l'indicador	Nombre de pacients en què els dies transcorreguts entre la data d'arribada de la petició i la data de primera valoració dels pacients inclosos al PAE-TPI sigui $< o = a$ 15 dies Nombre total de pacients tractats al PAE-TPI
Població	Població de referència que atén el PAE-TPI
Tipus	Procés
Font d'informació	Història clínica:

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registre de pacients derivats, amb data de derivació i data de primera visita</li> <li>• Cens de pacients atesos al PAE-TPI</li> </ul>
Estàndard	75%
Periodicitat de l'avaluació	Anual

<b>Indicador 3</b>	<b>Tractament psicològic</b>
criteri	Els pacients inclosos al Programa han de rebre tractament psicològic.
Dimensió	Adequació
Justificació	Tenint en compte el moment vital que representa l'inici dels símptomes psicòtics, és important treballar amb cada pacient una significació individual del que li està succeint, a fi que pugui anar construint estratègies personals que li permetin fer un adequat procés d'estabilització i rehabilitació.
Construcció de l'indicador	<p>Nombre de pacients que reben o han rebut tractament psicoterapèutic</p> <hr/> <p>Nombre total de pacients tractats al PAE-TPI</p>
Població	Població de referència que atén el PAE-TPI
Tipus	Història clínica
Font d'informació	S'entén per tractament psicoterapèutic aquell que té una periodicitat, que es recomana quinzenal, i que està acordat amb el professional de referència (psiquiatre/psicòleg) i que consta recollit com a tal en les anotacions del professional al curs del pacient.
Estàndard	60%
Periodicitat de l'avaluació	Anual

<b>Indicador 4</b>	<b>Adherència al tractament</b>
criteri	Els pacients han de poder mantenir-se vinculats pel seu seguiment.
Dimensió	Continuïtat
Justificació	Tot i que no calgui una intervenció terapèutica, cal fixar un cert temps per poder valorar l'evolució dels pacients en programa.
Construcció de l'indicador	Nombre de pacients que mantenen les visites de seguiment als 12 mesos de la primera visita

	Nombre total de pacients tractats a PAE-TPI
Població	Població de referència que atén el centre
Tipus	Resultat
Font d'informació	Història clínica Agenda de visites
Estàndard	75%
Periodicitat de l'avaluació	Anual

<b>Indicador 5</b>	<b>Percentatge de pacients estables o que milloren el GAF</b>
Criteria	Els pacients han de mantenir o millorar el seu nivell funcional inicial després d'haver rebut 1 any de tractament en el PAE-TPI.
Dimensió	Efectivitat
Justificació	Un dels principals efectes de les psicosis és el dany que provoquen en els vincles socials, la qual cosa dificulta molt el manteniment d'un nivell funcional adient.
Construcció de l'indicador	Nombre de pacients en programa amb valor de GAF al cap d'un any superior a l'inicial Nombre de pacients en programa
Població	Població de referència que atén el PAE-TPI
Tipus	Resultat
Font d'informació	Història clínica Cens de pacients en programa
Estàndard	70%
Periodicitat de l'avaluació	Anual

<b>Indicador 6</b>	<b>Efectes indesitjables del tractament</b>
Criteria	Els pacients han de patir els mínims efectes indesitjables possibles del tractament.
Dimensió	Seguretat
Criteria	Els pacients han de patir els mínims efectes indesitjables possibles del tractament.
Dimensió	Seguretat
Justificació	Per raons de seguretat, d'efectivitat i perquè hi ha una relació directa amb els abandonaments del tractament, cal minimitzar els efectes adversos de la medicació.

Construcció de l'indicador	Nombre de pacients als que s'ha administrat l'escala UKU
	Nombre de pacients en tractament farmacològic
Població	Població de referència que atén el centre
Tipus	Resultat
Font d'informació	Història clínica
Estàndard	70%
Periodicitat de l'avaluació	Anual

## 6. Formació

És un pilar bàsic del PAE-TPI la formació específica dels professionals que hi participen. Entenem per formació l'aprenentatge de tècniques i instruments de diagnòstic i tractament des de les diverses disciplines de supervisió de casos, d'organització i de gestió dels equips en relació amb el model i de recerca.

Les activitats formatives s'han de portar a terme en funció de les necessitats formatives identificades pels equips i s'han de gestionar a través de la comissió pedagògica, estructurades al voltant de dos eixos fonamentals que són els continguts i els tipus de professional que les apliquen, i es realitzaran a dos nivells, un suprasectorial a l'Institut d'Estudis de la Salut (IES) i un altre a nivell local de cada territori.

També en la línia de garantir la formació necessària del futurs professionals de les xarxes de salut i de salut mental i addiccions, tots aquests aspectes formatius haurien d'estar inclosos en els programes de formació dels MIR de família i comunitat, dels MIR de psiquiatria, dels PIR, de la infermeria psiquiàtrica i de tots els professionals de la salut mental i les addiccions. Els grups *tipus Balint* poden oferir un ajut particular en la formació dels metges, infermers i, en general, del personal sanitari sobre aquests temes.

Un 10% de l'activitat de l'equip s'ha de reservar a activitats de formació.

Algunes propostes ja engegades són:

### Tallers relacionats amb:

- Activitats de promoció de la salut
- Activitats d'intervenció comunitària
- Avaluació diagnòstica (aspectes cognitius, patologia dual, diagnòstic familiar, etc...)
- Eines terapèutiques d'intervenció (psicològiques, farmacològiques, psicosocials...)
- Supervisió del treball clínic (discussió de casos amb un expert extern; grup de discussió clínica intercentres, etc.)
- Integració i cooperació entre dispositius
- Consolidació del model

### Jornades

- Jornades anuals catalanes, per tal de fer una reflexió conjunta sobre l'experiència del Programa, des del punt de vista del canvi de model, les dificultats en la seva implementació, actualitzacions, etc.
- Jornades amb experts internacionals, per conèixer aspectes clínics, organitzatius i preventius i aprofundir-hi.

La comissió pedagògica del PAE-TPI és l'organisme responsable de fer les propostes d'activitats al Pla director/IES en relació amb les necessitats identificades, amb el seu disseny i implementació, i amb l'avaluació global final.



## 7. Recerca

La comissió pedagògica i de seguiment del PAE-TPI es proposa també contribuir al coneixement dels trastorns psicòtics incipients en el nostre mitjà i en conseqüència promourà l'avaluació dels resultats obtinguts en el desenvolupament dels programes.

En aquesta línia oferirà el desenvolupament d'un àmbit de recerca multicèntric obert a la participació de tots els programes i territoris. Amb aquesta finalitat elaborarà una proposta de registre comú que permeti una recollida d'informació homogènia de les poblacions ateses i de les activitats realitzades, l'elaboració d'informació epidemiològica vinculada al Registre del Conjunt Mínim Bàsic de Dades (CMBD) i a l'impacte del Programa.

Aquesta comissió promourà, amb el suport del Pla director, especialment, la investigació de l'efectivitat de les intervencions farmacològiques, psicològiques, familiars i psicosocials i del Programa a curt, mig i llarg termini, així com el desenvolupament d'instruments adients al Programa.

Per aquesta raó es recomana que l'organització dels equips prevegi la necessària recollida d'informacions, les activitats i els temps adreçats a la recerca.

## 8. Referències bibliogràfiques complementàries

### 8.1. Guies de pràctica clínica i documents de recomenacions

Clinical practice guidelines. Treatment of schizophrenia. Can J Psychiatry 2005; 50 (13 supl. 1): 7S-57S.

Consenso sobre Atención Temprana a la Psicosis de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2009. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2009. Disponible a: <http://www.aen.es/web/docs/CTecnicos10.pdf>.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fòrum de Salut Mental, coordinació. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, 2009. Guía de Práctica Clínica: AATRM. Núm. 2006/05-2.

National Collaborating Centre for Mental Health. Schizophrenia. Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care (update). Londres: National Institute for Clinical Excellence, 2009.

Practice guidelines for the Treatment of Patients With Schizophrenia [monografia a Internet]. American Psychiatric Association, 2004 [citada 2006]. Disponible a: [http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideChapToc\\_6.aspx](http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideChapToc_6.aspx).

Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. Aust N Z J Psychiatry 2005; 39 (1-2): 1-30.

### 8.2. Ús de les substàncies

Arseneault L, Cannon M, Witton J, Murray RM. Causal association between cannabis and psychosis: examination of the evidence. Br J Psychiatry 2004; 184: 110-7.

Barnes T, Mutsatsa S, Hutton SB, Watt HC, Joyce EM. Comorbid substance use and age at onset of schizophrenia. Br J Psychiatry 2006; 188: 237-42.

Barnett JH, Werners U, Secher SM, Hill KE, Brazil R, Masson K et al. Substance use in a population based clinic sample of people with first-episode psychosis. Br J Psychiatry 2007; 190: 515-20.

Degenhardt L, Hall W. The association between psychosis and problematic drug use among Australian adults: findings from the National Survey of Mental Health and Well-Being. Psychol Med 2001; 31: 659-68.

Green B, Young R, Kavanagh D. Cannabis use and misuse prevalence among people with psychosis. *Br J Psychiatry* 2005; 187: 306-313.

Institut Genus. Informe 2007. Observatorio de nuevos consumos en el ámbito juvenil. Barcelona, 2008.

Moore TH, Zammit S, Lingford-Hughes A, Barnes TR, Jones PB, Burke M et al. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet* 2007; 28; 370 (9584): 319-28.

Rodríguez de Fonseca F, Del Arco I, Bermúdez-Silva FJ, Bilbao A, Cippitelli A, Navarro M. The endocannabinoid system: physiology and pharmacology. *Alcohol* 2005; 40: 2-14.

Rodríguez de Fonseca F, Ramos JA, Bonnín A, Fernández-Ruiz JJ. Presence of cannabinoid binding sites in the brain from early postnatal ages. *Neuroreport* 1993; 4: 135-8.

Spear LP. The adolescent brain and age-related behavioural manifestations. *Neurosci Biobehav Rev* 2000; 24: 417-63.

Stefanis NC, Delespaul P, Henquet C, Bakoula C, Stefanis CN, Van Os J. Early adolescent cannabis exposure and positive and negative dimensions of psychosis. *Addiction* 2004; 99 (10): 1333-41.

Subdirecció General de Drogodependències. Informe dels resultats per a Catalunya de l'enquesta sobre el consum de drogues en estudiants d'educació secundària (ESTUDES) 2006-2007. Barcelona: Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, 2008.

Tanda G, Pontieri FE, Di Chiara G. Cannabinoid and heroin activation of mesolimbic dopamine transmission by a common mu1 opioid receptor mechanism. *Science* 1997; 27; 276 (5321): 2048-50.

Van Os J, Bak M, Hanssen M, Biji RV, de Graff R, Verdoux H. Cannabis use and psychosis: a longitudinal population based study. *Am J Epidemiol* 2002; 156: 319-27.

Veen ND, Selten JP, van der Tweel I, Feller WG, Hoek HW, Kahn RS. Cannabis use and age at onset of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 501-6.

### **8.3. Tractament farmacològic**

Rummel C, Hamann J, Kissling W, Leucht S. Antipsicòtics de nueva generación para el primer episodio de esquizofrenia [Revisió Cochrane traduïda]. A: Biblioteca Cochrane Plus, 2008; 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: <http://www.update-software.com>. Traduïda de The Cochrane Library, 2008; 3. Chichester (Regne Unit): John Wiley & Sons, Ltd.

## 8.4. Tractament cognitiu **CONTRACTUAL**

Cormac I, Jones C, Campbell C, Silveira da Mota Neto J. Tratamiento cognitivo conductual para la esquizofrenia. A: Cochrane Library plus (en espanyol). Oxford: Update Software, 2002.

Jones C, Cormac I, Silveira da Mota Neto JI, Campbell C. Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2004; 4.

### **Literatura de CBT en Fase Aguda**

Drury V, Birchwood M, Cochrane R, Macmillan F. Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial, 1: impact on psychotic symptoms. Br J Psychiatry 1996; 169: 593-601, 16.

Drury V, Birchwood M, Cochrane R. Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial, 3: five-year follow-up. Br J Psychiatry 2000; 177: 8-14.

Haley C, Akhtar S, Davies L, Palmer S, Faragher B, Dunn G. Randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy in early schizophrenia: acute-phase outcomes. Br J Psychiatry, supl. 2002; 43: S91-S97.

Lewis S, Tarrier N, Haddock G, Bentall R, Kinderman P, Kingdon D et al. Cognitive-behavioural therapy in first-episode and early schizophrenia: 18-month follow-up of a randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2004; 184: 231-9.

### **Literatura de TCC en Síntomes persistents**

Herrmann-Doig T, Maude D, Edwards J. Systematic Treatment of Persistent Psychosis (STOPP): A psychological approach to facilitating recovery in young people with first-episode psychosis. Londres: Martin Dunitz, 2003.

Kuipers E, Garety P, Fowler D, Dunn G, Bebbington P, Freeman D et al. London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis, 1: effects of the treatment phase. Br J Psychiatry 1997; 171: 319-27.

Rathod S, Kingdon DG, Turkington D, Smith P. Insight into schizophrenia: the effects of cognitive behavioural therapy on the components of insight and association with sociodemographics —data on a previously published randomised controlled trial. Schizophr Res 2005; 74: 211-19.

Sensky T, Turkington D, Kingdon D, Scott JL, Scot J, Siddle R et al. TRE: A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. Arch Gen Psychiatry 2000; 57: 165-72.

## **TCC Període crític: Estratègies afrontament**

Tarrier N, Beckett R, Harwood S, Baker A, Yusupoff L, Ugarteburu I. A trial of two cognitive-behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients, I: outcome. *Br J Psychiatry* 1993; 162: 524-32.

Tarrier N, Sharpe L, Beckett R, Harwood S, Baker A, Yusupoff L. A trial of two cognitive behavioural methods of treating drug resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients, II: treatment-specific changes in coping and problemsolving skills. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1993; 28: 5-10.

Tarrier N, Yusupoff L, Kinney C, McCarthy C, Gledhill A, Haddock G et al. Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. *BMJ* 1998; 317: 303-7.

## **8.5. PSICOTERÀPIA PSICOANALÍTICA**

Benedetti G. *La psychothérapie des psychoses comme défi existentiel*. Ramonville Saint-Agne: Erès, 2002.

Gabbard GO. *Psiquiatria psicodinàmica en la pràctica clínica*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2002.

Grimberg L. *Pràcticas psicoanalíticas comparadas en las psicosis*. Buenos Aires: Paidós, 1977.

Grimberg L et al: *Introducción a las ideas de Bion*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1973.

Gottdiener W, Haslam, N. The benefits of individual psychotherapy for people diagnosed with schizophrenia: a meta-analytic review. *Ethnic Hum Sci Serv* 2002; 4(3): 163-87.

Gottdiener, W. Contribution to International J. Psychoanal. Grup de discussió. *Internat J. Psychoanal.* 2003, 84. Disponible a: <http://www.ijpa.org/discussion.htm> (11/02/03).

Johannessen J, Rosenblum B, Chua L et al. *Psicoterapias e intervenciones precoces en la esquizofrenia*. Madrid: Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis, 2004.

Karon BP, Vandenbos, GR. The consequences of psychotherapy for schizophrenic patients. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice.* 1972; 9: 111-9.

Lacan, J. *Seminario 3: Las Psicosis*. Barcelona: Paidós, 1981.

Lacan, J. *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis*. A: *Escritos 2*, Siglo Veintiuno Editores, 2003.

López Atienza JL. Psicoterapia psicodinàmica de la psicosis. Rev Avances en salud mental 2002; 1 (núm. 2).

Mosher LR. Non hospital, non-drug intervention with first episode psychoses. A: Reed J, Mosher LR, Bentall RP, editors. Models of Madness. Londres: Routledge, 2004.

Williams P. Un llenguatge per a la psicosis. Psicoanàlisi dels estats psicòtics. Barcelona: Monografies de psicoanàlisi. Grup del llibre, 2007.

Reed J, Mosher LR, Bentall RP, editors. Modelos de locura. Barcelona: Herder, 2006.

## **8.6. REHABILITACIÓ COGNITIVA**

Penades R. La rehabilitación neuropsicológica del paciente esquizofrénico [tesi doctoral]. Barcelona: Universitat de Barcelona, 2002.

## 9. Annexos

Taula 1: CRITERIS DE SÍNDROMES PRODRÒMIQUES

Críteris BPRS/CASH (Yung <i>et al.</i> 2005)	Equivalència de críteris amb puntuacions de la PANSS	Equivalència de críteris amb puntuacions de la SIPS	Equivalència de críteris amb puntuacions de la CAARMS
<b>Grup de Psicosis Atenuada [Attenuated Psychotic Symptoms – (APS)]</b>			
SEVERITAT	SEVERITAT	SEVERITAT	SEVERITAT
<p>Presència de, com a mínim, un dels següents símptomes:</p> <p>Idees de referència, creences estranyes o pensament màgic, alteració del pensament, ideació paranoide, parla o pensament estrany, conducta o aparença estranya (2-3 en la subescala de contingut del pensament inusual, 1-2 en la subescala d'al·lucinacions, 2-3 en la subescala de suspicàcia, o 1-3 en la subescala de desorganització conceptual de la BPRS).</p> <p>Sostenir un grau raonable de convicció, tal com es defineix amb una puntuació de 2 a la subescala de deliris de l'entrevista CASH.</p>	<p>Presència de, com a mínim, un dels següents símptomes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Puntuació <math>\leq 3</math> en l'ítem desorganització conceptual de la PANSS</li> <li>- Puntuació <math>\leq 3</math> en l'ítem suspicàcia/perjudici de la PANSS</li> <li>- Puntuació <math>\leq 2</math> en l'ítem al·lucinacions de la PANSS</li> <li>- Puntuació <math>\leq 3</math> en l'ítem Deliris de la PANSS</li> </ul>	<p>Puntuació entre 3 i 5 en un o més dels següents símptomes positius:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P1: Contingut inusual del pensament/idees delirants</li> <li>- P2: Suspicàcia/idees persecutòries</li> <li>- P3: Grandiositat</li> <li>- P4: Anomalies perceptives/al·lucinacions</li> <li>- P5: Comunicació desorganitzada</li> </ul>	<p><b>a) Intensitat subumbral:</b> Puntuació de l'escala d'avaluació global de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3-5 en la subescala contingut inusual del pensament,</li> <li>- 3-5 en la subescala d'ideació no-bizarra,</li> <li>- 3-4 en la subescala d'anomalies perceptives i/o</li> <li>- 4-5 en les subescals de llenguatge desorganitzat de la CAARMS.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>ó</b></p> <p><b>b) Freqüència subumbral:</b> Puntuació de l'escala d'avaluació global de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 6 en les subescals de contingut inusual del pensament,</li> <li>- 6 en ideació no-bizarra,</li> <li>- 5-6 en anomalies perceptives i/o</li> <li>- 6 en llenguatge desorganitzat de la CAARMS.</li> </ul>
FREQÜÈNCIA	FREQÜÈNCIA	FREQÜÈNCIA	FREQÜÈNCIA
<p>Els símptomes estan presents com a mínim unes quantes vegades a la setmana.</p>	<p>Apareix com a mínim un cop a la setmana en el darrer mes.</p>	<p>Apareix com a mínim un cop a la setmana en el darrer mes.</p>	<p><b>a) Intensitat subumbral:</b> Puntuació en l'escala de freqüència de 3-6 en les subescals contingut inusual del pensament, ideació no-bizarra, anomalies perceptives i/o llenguatge desorganitzat de la CAARMS durant com a mínim una setmana.</p> <p style="text-align: center;"><b>ó</b></p> <p><b>b) Freqüència subumbral:</b> Puntuació en l'escala de freqüència de 3 en les subescals contingut inusual del pensament, ideació no-bizarra, anomalies perceptives i/o llenguatge desorganitzat de la CAARMS.</p>
DURACIÓ I/O DISMINUCIÓ DEL FUNCIONAMENT	DURACIÓ I/O DISMINUCIÓ DEL FUNCIONAMENT	DURACIÓ I/O DISMINUCIÓ DEL FUNCIONAMENT	DURACIÓ I/O DISMINUCIÓ DEL FUNCIONAMENT



La puntuació en qualsevol d'aquests símptomes és més alta durant el darrer any.	Els símptomes van començar en el darrer any o n'ha empitjorat la intensitat en qualsevol de les escales respecte a fa un any.	Els símptomes van començar en el darrer any o n'ha empitjorat la intensitat en qualsevol de les escales respecte a fa un any.	Els símptomes estan presents durant l'últim any. Disminució del 30% en l'escala EEASL respecte al funcionament premòrbid, mantinguda durant un mes, i que hagi ocorregut en els últims 12 mesos, o puntuació EEASL de 50 o menys durant els últims 12 mesos o més
<b>Criteris BPRS/CASH (Yung et al. 2003)</b>	<b>Equivalència de criteris amb puntuacions de la PANSS</b>	<b>Equivalència de criteris amb puntuacions de la SIPS</b>	<b>Equivalència de criteris amb puntuacions de la CAARMS</b>
<b>Grup de Síntomes Psicòtics Breus Limitats Intermitents [Brief Limited Intermittent Psychotic Symptoms – (BLIPS)]</b>			
<b>SEVERITAT</b>	<b>SEVERITAT</b>	<b>SEVERITAT</b>	<b>SEVERITAT</b>
Presència de, com a mínim, un dels següents símptomes:  Idees de referència, pensament màgic, alteració del pensament, ideació paranoide, parla o pensament estrany, (>4 en la subescala de contingut del pensament inusual, >3 en la subescala d'al·lucinacions, >4 en la subescala de suspicàcia, o >4 en la subescala de desorganització conceptual de la BPRS).  Sostenir un grau raonable de convicció, tal com es defineix amb una puntuació de 3 a la subescala de deliris de l'entrevista CASH.	Presència de, com a mínim, un dels següents símptomes:  - Puntuació $\geq 4$ en l'ítem desorganització conceptual de la PANSS  - Puntuació $\geq 4$ en l'ítem suspicàcia/perjudici de la PANSS  - Puntuació $\geq 3$ en l'ítem al·lucinacions de la PANSS  - Puntuació $\geq 4$ en l'ítem Deliris de la PANSS	Puntuació de 6 en un o més dels següents símptomes positius:  - P1: Contingut inusual del pensament/idees delirants  - P2: Suspicàcia/idees persecutòries  - P3: Grandiositat  - P4: Anomalies perceptives/al·lucinacions  - P5: Comunicació desorganitzada	Puntuació de l'escala d'avaluació global de: - 6 en la subescala contingut inusual del pensament, - 6 en la subescala d'ideació no-bizarra, - 5-6 en la subescala d'anomalies perceptives i/o - 6 en les subescales de llenguatge desorganitzat de la CAARMS.
<b>FREQÜÈNCIA</b>	<b>FREQÜÈNCIA</b>	<b>FREQÜÈNCIA</b>	<b>FREQÜÈNCIA</b>
Els símptomes estan presents menys d'una setmana i es resolen espontàniament.		Els símptomes estan presents almenys varis minuts al dia amb una freqüència de almenys una vegada al mes.	Puntuació en l'escala de freqüència de 4-6 en les subescales contingut inusual del pensament, ideació no-bizarra, anomalies perceptives i/o llenguatge desorganitzat de la CAARMS durant menys d'una setmana i els símptomes remeten espontàniament.
<b>DURACIÓ I/O DISMINUCIÓ DEL FUNCIONAMENT</b>	<b>DURACIÓ I/O DISMINUCIÓ DEL FUNCIONAMENT</b>	<b>DURACIÓ I/O DISMINUCIÓ DEL FUNCIONAMENT</b>	<b>DURACIÓ I/O DISMINUCIÓ DEL FUNCIONAMENT</b>
Els símptomes han succeït durant l'últim any.		Els símptomes apareixen amb aquesta freqüència i intensitat en els últims 3 mesos.	Els símptomes estan presents durant l'últim any. Disminució del 30% en l'escala EEASL respecte al funcionament premòrbid, mantinguda durant un mes, i que hagi ocorregut en els últims 12 mesos, o puntuació EEASL de 50 o menys durant els últims 12 mesos o més
<b>Grup de Vulnerabilitat: [Trait and State Risk Factors]</b>			
Antecedents familiars de 1er grau de trastorn psicòtic ó trastorn esquizotípic de la personalitat (definit segons DSM-IV)		El pacient compleix els criteris de Trastorn Esquizotípic de la Personalitat. El pacient té un familiar de 1er grau amb un trastorn psicòtic.	Història familiar de psicosis en familiars de primer grau ó Trastorn Esquizotípic de la Personalitat del pacient.
Disminució del funcionament – mantingut almenys durant 1 mes		El pacient experimenta una disminució del 30% a la	Disminució del 30% a la puntuació EEASL respecte al

i no mes de 5 anys (reducció del GAF en 30 punts respecte al nivell premòrbid), durant l'últim any.		puntuació del GAF en l'últim mes, respecte als 12 mesos previs.	nivell premòrbid, mantingut durant un mes, i que ha succeït en els últims 12 mesos o puntuació EEASL de 50 o menys durant els últims 12 mesos o més.
---	--	---	--

**Taula 2: Model de taula per a la recollida de dades sobre el consum de substàncies**

	Edat inici	Via	Quantitat (episod.)	Últim mes*	Últims 3 mesos*	Últim any*	Intox. o ef. negat.
Cànnabis							
Estimulants							
Sedants/Ansiolítics							
Cocaïna							
Opioides							
Al·lucinògens							
Solvents/Inhalants							

Indiqueu la freqüència de consum: 0-Sense informació; 1-Mai; 2-Menys d'una vegada a l'any; 3-Menys d'una vegada al mes; 4-Menys d'una vegada per setmana; 5-Una o dues vegades per setmana; 6-Tres o mes vegades per setmana o consum excessiu durant els caps de setmana; 7-Consum diari (indiqueu quantitat mitja diària).

**Taula 3: Model de registre evolutiu del consum**

Edat	12-13	13-14	14-15	15-16	16-17	17-18
Curs	1r ESO	2n ESO	3r ESO	4t ESO	1r Batxillerat	2n Batxillerat
Tabac						
Alcohol						
Cànnabis						
Cocaïna						
Estimulants: Speed, MDMA						
Al·lucinògens: LSD, Xampinyons						
Opiacis						
Sedants/Ansiolítics						
Solvents/Inhalants						

Indiqueu la freqüència de consum: 0-Sense informació; 1-Mai; 2-Menys d'una vegada a l'any; 3-Menys d'una vegada al mes; 4-Menys d'una vegada per setmana; 5-Una o dues vegades per setmana; 6-Tres o mes vegades per setmana o consum excessiu durant els caps de setmana; 7-Consum diari (indiqueu quantitat mitja diària).

**Taula 4: Categories de consum de substàncies en adolescents. Adaptat de Díaz (2008).**

<b>Categoria de consum</b>	<b>Tipus de consum</b>
No consum	No consum (S'acceptaria haver provat alcohol o tabac en alguna ocasió aïllada, sense continuïtat.)
Consum ocasional	Consum ocasional, esporàdic, d'alcohol, haver consumit tabac o porros algunes vegades
Consum regular	Consum habitual (ex.: gairebé diari de tabac, gairebé setmanal d'alcohol o cànnabis, consum episòdic d'altres substàncies, sense evidències clares de problemes associats al consum)
Consum de risc: <i>Substance Use Problems</i> (SUP)	Consum de quantitats majors a les anteriors o segons un patró amb alta probabilitat de generar conseqüències negatives en el futur, tot i que encara subdiagnòstic (consum no recreatiu/social, amb episodis d'intoxicació)
Abús o dependència	Abús o dependència clars (DSM-IV)

**Taula 5: Tractament cognitiu conductual adaptat a fases del trastorn psicòtic incipient**

TCC	ESTAT MENTAL ALT RISC	EPISODI PSICÒTIC	PERÍODE CRÍTIC	RESISTÈNCIA
<b>Tipus</b>	CT	CT	COPE	CT símptomes persistents
<b>Format</b>	Individual	Individual + Grup	Individual	Individual
<b>Objectiu</b>	Normalització de les interpretacions	Disminució dels símptomes positius	Adaptació i disminució de la morbiditat secundària	Disminució dels símptomes positius persistents i estressants
<b>Població s/fase</b>	BLIPS	Fase aguda diagnòstic esquizofrènia	Recuperació	Persistència dels símptomes psicòtics i estressants
<b>Focus</b>	Auto	Símptomes positius	Símptomes i malestar	Símptomes positius
<b>Tècniques</b>	Afavorir implicació Formulació de cas Normalització Generar i avaluar explicacions alternatives Conductes seguretat	TCC individual (desafiament verbal i prova de realitat) TCC grupal + Psicoeducació família + programa activitats	Psicoeducació Maneig d'estrès Tècniques cognitives (RC, reatribució, evidència) Estratègies afrontament Resolució problemes	TCC en quatre fases: Vincle i implicació Afrontament psicosi Relació altres (identitat) Tancament: Prevenció recaigudes
<b>Desenvolupat</b>	EDIE Morrison 2002	Drury (1996; 2000) i estudi SÒCRATES	Austràlia	Herrmann-Doig T., Maude D. i Edwards J. (2003).
<b>Manual</b>	Sí	Sí	Sí	Sí
<b>Temps intervenció</b>	6 mesos	5-30 hores (6-9 setmanes)	6-9 mesos	24 sessions en 6 mesos
<b>Efecte</b>	Taxes de transició psicosis als 12 mesos. Disminució dels símptomes subumbrals de psicosis.	Reducció de les al·lucinacions i idees delirants als 9 mesos	Tendència a millorar els indicadors cognitius d'ajustament i adaptació, no la morbiditat secundària.	- Reducció símptomes i gravetat

## Acrònims

- APS: Atenció primària de salut
- CSM: Centre de salut mental
- CSMA: Centre de salut mental per a adults
- CSMIJ: Centre de salut mental per a infants i joves
- EE: Emoció expressada
- EMAR: Estats mentals d'alt risc
- EP: Entitats proveïdores
- IES: Institut d'Estudis de la Salut
- OMS: Organització Mundial de la Salut
- PAE-TPI: Programes d'atenció específica a les persones amb trastorns psicòtics incipients
- PDSMiA: Pla director de salut mental i addiccions
- TCC: Teràpia cognitiu-conductual
- TEC: Teràpia electroconvulsiva
- TMG: Trastorn mental greu
- TMS: Trastorn mental sever
- TPI: Trastorn psicòtic incipient

## 10. Professionals que han participat

Grup de treball constituït per:

- Immaculada Baeza, Servei de Psiquiatria i Psicologia Infantojuvenil, Hospital Clínic de Barcelona
- Pilar Casaus, Institut Pere Mata, Reus
- Jordi Cid, Institut d'Assistència Sanitària, Girona
- David Clusa, Departament de Salut Mental, Sant Pere Claver Fundació Sanitària, Barcelona
- Joan de Pablo, Servei de Psiquiatria, Hospital Clínic de Barcelona
- Esther Jordà, Pla director de salut mental i addiccions, Departament de Salut
- Lluís Lalucat, Centre d'Higiene Mental Les Corts, Barcelona
- Esther Lobo, Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat
- Josep Pifarré, Servei de Psiquiatria, Salut Mental i Addiccions, GSS-Hospital de Santa Maria, Lleida
- Maite San Emeterio, CSMA Les Corts, Centre d'Higiene Mental Les Corts, Barcelona
- Mercè Teixidó, CSMA Sarrià-Sant Gervasi, Centre d'Higiene Mental Les Corts, Barcelona

### Col·laboradors:

Consum de substàncies:

- Javier Goti, Servei de Psiquiatria i Psicologia Infantil i Juvenil, Hospital Clínic de Barcelona
- Andrea Gabilondo, Subdirecció General de Drogodependències, Pla director de salut mental, Departament de Salut
- Pilar Duro, Subdirecció General de Drogodependències, Pla director de salut mental, Departament de Salut
- Antoni Tejero, Servei de Psiquiatria, Hospital de Sant Pau, Barcelona

Neuropsicologia:

- Rafael Penades, Servei de Psicologia, Hospital Clínic de Barcelona
- Anna Escanilla, Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat
- Natàlia Camprubí, Institut d'Assistència Sanitària, Girona

Avaluació de la salut física, monitoratge i tractaments farmacològics:

- Miquel Bernardo, Servei de Psiquiatria, Hospital Clínic de Barcelona

Valoració i intervenció en el trastorn bipolar:

- Eduard Vieta, Servei de Psiquiatria, Hospital Clínic de Barcelona

### Revisors:

- Diego Palao, Servei de Salut Mental, Corporació Sanitària Universitària Parc Taulí, Sabadell
- Josep Ramos, Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat

