

MEMORIA DE ROTACIÓN EXTERNA

EARLY INTERVENTION SERVICE

INTERVENCIÓN TEMPRANA EN PSICOSIS

(Septiembre-noviembre de 2012)

Residente: **Ángel G. López Pérez-Díaz**

Psicólogo Interno Residente (PIR-4)

Tutor de rotación externa: Chris Jackson (Lead Clinical Psychologist).

Tutor de especialidad: Carlos Cuevas Yust

H.U. "Virgen del Rocío", Sevilla (SPAIN)

Early Intervention Service

1 Miller Street, Aston.

Birmingham, B6 4NF. UK.

***BECA ANPIR 2011-2012 PARA LA PROMOCIÓN DE DE ESTANCIAS EN
CENTROS DE EXCELENCIA EXTRANJEROS***

AGRADECIMIENTOS

Antes de empezar esta memoria, quisiera dar las gracias a todas aquellas personas e instituciones que han hecho posible mi experiencia en el Early Intervention Service:

Al H.U. Virgen del Rocío, por proporcionarme multitud de experiencias y oportunidades de crecimiento tanto a nivel personal como profesional, y especialmente por su apoyo para la realización de mi estancia en el EIS.

A la Dra. Remedios Dorado García, Directora de la UGCSM del H.U. Virgen del Rocío, por su apoyo a la realización de mi actividad asistencial...

A mi tutor de especialidad, el Dr. Carlos Cuevas Yust, por su asesoramiento, apoyo y consejo constante a lo largo de toda la residencia, y por su aliento para la realización de mi rotación externa...

Al Director del centro receptor, el Dr. Max Birchwood, y al tutor de mi rotación, Dr. Chris Jackson, por aceptarme en el EIS.

A mis colegas durante mi rotación en el EIS, Ruth Clutterbuck, Claire Treleaven y Lisa Hewitt, por permitirme aprender de su trabajo, y al resto de compañeros con los que he compartido experiencias en el EIS, por permitirme aprender con ellos en su quehacer diario con los pacientes...

A la Fundación Pública Andaluza para la Gestión de la Investigación en Salud de Sevilla (FISEVI) y a la Junta directiva de la Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes (ANPIR), por las becas otorgadas y por la confianza depositada en mi proyecto...

A Nichole Lecky, Collins Palmer y Nijahe Palmer, por su cálida acogida durante mi estancia, su calidad humana y por su cercanía...

A todos, gracias.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
1.1. Aspectos teóricos relacionados con el contenido de la rotación	4
1.2. Descripción del centro de destino	7
1.3. Filosofía de trabajo	9
1.4. Esquema y organización de la actividad asistencial en el EIS	10
1.4.1. Estructura y funcionamiento de los equipos del EIS	10
1.4.1.1. El psicólogo/a clínico y el psicólogo/a no especialista: funciones diferenciales	15
1.4.2. Derivaciones al EIS	16
1.4.3. Criterios de inclusión en el EIS	17
1.4.4. Seguimiento y registro de los pacientes	18
1.4.5. Otros servicios relacionados con el abordaje de los PEP en el EIS	19
2. OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN	22
3. ACTIVIDAD ASISTENCIAL	22
4. ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS	29
5. APLICABILIDAD EN NUESTRO CONTEXTO	31
6. ANÁLISIS Y VALORACIÓN DE LA ROTACIÓN	33
6. BIBLIOGRAFÍA	36
7. ANEXOS	41
7.1. Anexo 1: Star and Plan. Mental Health Recovery Star	41
7.2. Anexo 2. Parámetros obtenidos en la evaluación inicial.	43

1. INTRODUCCIÓN

La rotación externa en el Early Intervention Service (EIS), dentro del Birmingham and Solihull Mental Health Foundation Trust, ha sido mi penúltima rotación como residente, y ha tenido lugar en mi cuarto año de residencia, culminando así mi formación como residente en un dispositivo especializado. La realización de esta rotación externa responde a mi interés personal por mi formación y capacitación para evaluación y el abordaje de los trastornos mentales graves, y específicamente de los trastornos del espectro de la esquizofrenia.

Este periodo de formación externa especializada ha tenido lugar entre los días 3 de septiembre y 30 de noviembre de 2012, extendiéndose por un total de tres meses consecutivos. Mi tutor de rotación ha sido el psicólogo clínico D. Chris Jackson, aunque a efectos prácticos mi actividad formativa ha estado vinculada a la actividad profesional de Dña. Ruth Cluterbuck y Dña. Lisa Hewitt, psicólogas clínicas de los equipos Este y Oeste respectivamente, dado que Chris Jackson ocupa la mayor parte de su tiempo en actividades de tipo organizativo.

En las páginas que siguen presentaré primero algunos aspectos teóricos y a continuación trataré de explicar tanto el funcionamiento del EIS como mi experiencia personal en el dispositivo.

1.1. Aspectos teóricos relacionados con el contenido de la rotación

Desde hace relativamente poco tiempo, han aparecido en la literatura diversas investigaciones centradas en la importancia de tratar las psicosis en las primeras fases de la enfermedad. La primera fase es la que se conoce como “duración de la enfermedad sin tratar” (Duration of Untreated Illness, DUI), que hace referencia al período de tiempo comprendido entre la aparición de los primeros signos o síntomas (p.e. aislamiento en casa, bajo estado de ánimo, alteraciones del sueño...) hasta el inicio del abordaje en salud mental

(habitualmente más conocida como “pródromo”). Tras esta fase, hay otro período conocido como “duración de la psicosis sin tratar” (Duration of untreated psychosis, DUP). Este período comprende el intervalo de tiempo que media entre la aparición de los primeros síntomas (es decir, cuando se ha instaurado el primer episodio psicótico) y el inicio del tratamiento en salud mental. A este respecto, múltiples investigaciones demuestran cómo a medida que se incrementan tanto la DUI como la DUP se hace más difícil la recuperación tras el debut de un primer episodio psicótico (Marshall, Lewis, Lokwood, Drake, Jones y Croudace 2005), incluso cuando se controla el nivel de ajuste premórbido (Jeppesen *et al.*, 2008). Según el profesor Max Birchwood, esto es debido a la existencia de un “período crítico” entre los tres y los cinco años desde la aparición de los primeros síntomas en el cual tienden a estructurarse y a sistematizarse los principales síntomas del trastorno (Birchwood, Todd y Jackson, 1998).

Los trastornos psicóticos, en general, conllevan un importante nivel de sufrimiento en quienes los padecen, y en muchos casos incrementan el riesgo de suicidio y de autolisis (Birchwood y Jackson, 2001). Y aunque los tratamientos farmacológicos han mejorado ostensiblemente tanto en su eficacia como en la disminución de los efectos secundarios, lo cierto es que aproximadamente el 50% de los pacientes muestra síntomas resistentes al tratamiento, lo que compromete además la adherencia al mismo (Nose, Barbui y Tansella, 2003).

Las alucinaciones auditivas, y más concretamente, oír voces, es uno de los síntomas más resistentes al tratamiento (Nayani y David, 1996). Además, constituye una de las experiencias más angustiantes para las personas diagnosticadas de psicosis (Nayani y David, 1996; Shawyer, Mackinnon y Farhall, 2003), especialmente cuando se trata de voces que dan órdenes a los pacientes. Según Shawyer, Mackinnon y Farhall (2003), entre las personas con enfermedad mental este tipo de voces imperativas pueden desencadenar con una alta probabilidad conductas de auto y heteroagresividad. Ahora bien, aunque no se sabe todavía con precisión por qué estas voces conllevan este tipo de conductas, para Appelbaum, Robbins y Monahan (2000) y Monahan et

al. (2001) es la creencia de “tener que obedecer a las voces” lo que mejor predice la agresión hacia uno mismo o hacia los demás. Dicho de otro modo, el sufrimiento y la angustia producida por las voces podría depender en gran parte de *la relación* que mantiene la persona con las voces. Esto ha sido corroborado posteriormente por Trower, Birchwood y Meaden (2004), quienes demostraron que el contenido de la voz y la forma en que la persona se relaciona con ella subyace a la angustia y a la depresión entre las personas afectas de psicosis. Estos hallazgos están en relación con la teoría del rango social, según la cual, las personas más sumisas en las relaciones con los otros tienden a “obedecer” a quienes se encuentran en posiciones más dominantes. Aplicado a las alucinaciones auditivas, la relación entre una persona y sus otros significativos va a influir en gran medida en la relación que la persona mantiene con las voces, con lo que sería esperable una relación más sumisa y sometida con las voces (sobre todo si son de contenido amenazante) cuando la persona se muestra “sumisa” en sus relaciones interpersonales (Beck-Sander, Birchwood y Chadwick, 1997).

Independientemente de los mecanismos psicológicos implicados en la reacción emocional a las voces, se hace necesario aplicar abordajes psicoterapéuticos eficaces para el tratamiento de la angustia psicótica producida por las voces. En este sentido, la terapia cognitivo-conductual (Cognitive-behavioural therapy, CBT), inicialmente diseñada para el tratamiento de otros desórdenes emocionales, se ha aplicado también de manera estandarizada para el tratamiento psicológico de la psicosis, habiendo conseguido resultados satisfactorios en algunos ensayos clínicos controlados (Birchwood y Trower, 2006; Birchwood et al., 2011; Jackson et al., 2009) y en contextos de intervención grupales (McLeod, Morris, Birchwood y Dovey, 2007). Es por ello por lo que la CBT ha sido de hecho recomendada por la guía NICE (National Institute for Clinical Excellence) para el tratamiento de los trastornos psicóticos, por su eficacia sobre la reducción de los síntomas positivos, la mejora del insight o conciencia de enfermedad así como por su capacidad para mejorar la adherencia a los tratamientos farmacológicos en las personas con diagnóstico de psicosis (National Institute for Clinical Excellence, 2002).

1.2. Descripción del centro de destino

El Servicio de intervención temprana (Early Intervention Service, EIS) fue el primer servicio especializado creado en el Reino Unido para el tratamiento de personas jóvenes con primeros episodios psicóticos (en adelante, PEP). Como tal, fue creado en el año 1995 y desde entonces ha sido dirigido por el Dr. Max Birchwood, un psicólogo clínico destacado en el área que cuenta con prestigiosas publicaciones especializadas tanto a nivel nacional como internacional. Tras la creación del EIS en Birmingham, se han creado otros dispositivos similares en otros puntos geográficos, tal es el caso de Londres, Manchester o Liverpool, entre otros.

El EIS es un servicio dependiente del Sistema Nacional de Salud (National Health System, NHS), impulsado a su vez por el “Youth Programme”, que además del EIS dirige otros servicios especializados: el “Early Detection and Intervention Team” (ED:IT), el “Youth Space Team”, el “Youth Support Team” y el “Leaving Care Programme”. El *ED:IT Team* fue desarrollado originariamente para la detección temprana y la intervención psicológica bajo un enfoque cognitivo-conductual (sin intervención farmacológica) de personas jóvenes con un posible estado mental de alto riesgo (EMAR). Actualmente, y debido a la disminución de los recursos económicos disponibles, el ED:IT realiza exclusivamente tareas de evaluación de los EMAR, para que en caso de confirmar un PEP, el paciente pueda acceder rápidamente a un abordaje más especializado (EIS); por su parte, el *Youth Space* es un equipo novedoso cuyo objetivo es dar a conocer la importancia de la intervención temprana en el tratamiento de otros trastornos mentales, procediendo además al abordaje precoz de los mismos (sería algo equivalente a nuestras Unidades de salud mental infanto-juveniles); en cuanto al *Youth Support Team*, éste está dedicado al abordaje de jóvenes con trastornos mentales, con quienes trabajan para facilitar su transición desde la infancia o adolescencia a la adultez. Este equipo trabaja también para que en caso de necesidad de proceder a un ingreso hospitalario, este tenga lugar fuera de las unidades de hospitalización para adultos; y finalmente, el *Leaving Care*, que es un programa cuyo objetivo es prestar asistencia a jóvenes diagnosticados de algún trastorno mental

residentes en recursos sociales y que no pueden volver a su familia de origen, normalmente porque no cuentan con el apoyo suficiente o porque sus cuidadores no pueden responsabilizarse de sus cuidados.

Centrándonos ya en el **EIS**, se trata de un servicio que engloba a su vez a distintos equipos y **cuyo objetivo general es el abordaje de pacientes jóvenes que sufren un PEP, con un rango de edad desde los 16 hasta los 35 años, siguiendo un enfoque cognitivo-conductual y rehabilitador.** Partiendo de un punto de vista general, podríamos decir que los principales objetivos del EIS son los siguientes: la detección temprana y el abordaje precoz de los PEP en personas jóvenes, la promoción de la recuperación y reinserción temprana, la prevención de recaídas tras un PEP y la reducción de la demora en el acceso a un tratamiento especializado.

A nivel estructural, el servicio se compone de 5 equipos clínicos que atienden a jóvenes con PEP en la ciudad de Birmingham. Así pues, el EIS está compuesto por el “North Team”, el “South Team”, el “East Team”, el “West Team” y el “Solihull Team”. Cada uno de estos equipos da cobertura a sus respectivas áreas geográficas. Aproximadamente, cada uno de estos equipos atiende a unos 150 jóvenes con PEP, a excepción del Solihull Team, que atiende a la población del suroeste de la ciudad y que trabaja con unos 50 pacientes aproximadamente. Los equipos Norte, Este y Oeste se encuentran ubicados en el “Team Base”, en 1 Miller Street, mientras que el equipo Sur se encuentra en la zona sur de la ciudad. Todos los dispositivos están compuestos por un equipo multidisciplinar, de manera similar a la composición habitual de los dispositivos en nuestros hospitales, aunque con un funcionamiento diferente, según se refleja más adelante (ver apartado 1.4.).

La ciudad de Birmingham, entre otras cosas, se caracteriza por las enormes diferencias culturales y religiosas de su población, y por la coexistencia de distintas razas o etnias. Así pues, el East Team, por ejemplo, atiende a una de las zonas más deprimidas de la ciudad y por tanto a una población con múltiples factores de riesgo. Se trata de una zona socioeconómicamente deprimida, en la que aproximadamente el 70% de su población es pakistaní y en la que impera como ideología el islam, y en la que

abundan, entre otros factores de riesgo, el consumo de cánnabis y de otras sustancias que en la mayoría de los pacientes son factores predisponentes cuando no precipitantes de un PEP.

Las dos primeras semanas de mi rotación estuve vinculado al East Team. Durante el resto del rotatorio, fui emplazado al West Team, cuya población es en cierta medida similar a la población que atiende el East Team, salvo que en el segundo hay un número importante de pacientes de procedencia afrocaribeña, lo que determina diferencias tanto en el estilo de vida como en la forma de trabajar con los pacientes.

1.3. Filosofía de trabajo

El EIS tiene una filosofía de trabajo propia que podríamos resumir en varios pilares fundamentales: **detección precoz de los PEP** con los que se realiza un **trabajo clínico intensivo, global y rehabilitador** siguiendo un **modelo de trabajo comunitario**. En los párrafos que siguen trataré de explicar brevemente estas tres ideas.

En primer lugar, uno de los pilares básicos y fundamentales es el de realizar una detección precoz de posibles PEP, para iniciar un abordaje intensivo a la mayor brevedad posible, ya que diversas investigaciones han demostrado que cuanto mayor es la duración de los pródromos (enfermedad sin tratar) y cuanto mayor es la duración del PEP hasta que recibe tratamiento en salud mental, peor es el pronóstico de los pacientes.

El segundo de los aspectos hace referencia al trabajo intensivo y rehabilitador. Dependiendo de la gravedad de la situación clínica del paciente, este puede recibir visitas del *Care-Co* y del *Assistant Care-Co* (ver apartado 1.4.) diariamente, semanalmente, quincenalmente o mensualmente, dependiendo de la evolución que sigue el episodio. Esto es posible, entre otras cosas, gracias a la cantidad de recursos que el NHS dedica a la salud mental y específicamente al EIS. Cada *Care-Co* y *Assistant Care-Co* tienen un cupo de no más de 30 pacientes en seguimiento, lo que indudablemente les permite realizar un abordaje intensivo con los pacientes. Diariamente, cada *Care-Co* puede visitar a unos 4 pacientes de su cupo, y no es frecuente que un

profesional visite a más de 6 personas al día. Y es más, a partir de las 17:00 de la tarde o incluso durante las 24 horas, si el paciente tiene una situación clínica grave pero no precisa ingreso o si no quiere ingresar, puede ser derivado a los llamados “*Home Treatment Teams*” (HTT), un equipo de profesionales que supervisan la situación clínica y el tratamiento de un paciente cuando se encuentra en fase aguda, en régimen abierto en su propio domicilio, siempre que no exista riesgo para él mismo o para otros. En caso contrario, el paciente es derivado a una Unidad de hospitalización (*Admission Hospitals*).

En cuanto a los términos “global” y “rehabilitador”, se ponen a disposición de los pacientes una gran cantidad de recursos en todas las áreas de trabajo, buscando siempre la pronta recuperación y la normalización de la vida del paciente, contando para ello con un abordaje integral tanto por parte de la trabajadora social como de los terapeutas ocupacionales de los distintos equipos del EIS.

Y finalmente, en cuanto a la idea del modelo comunitario, cabe explicar aquí que las actividades clínicas con los pacientes se realizan siempre en el entorno cotidiano de los mismos (salvo para exámenes físicos, extracciones en personas en tratamiento con clozapina...), habitualmente el propio domicilio, aunque estas intervenciones también pueden llevarse a cabo en otros entornos diferentes (no es raro que el *Care-Co* vaya con un paciente a una cafetería, al cine o que lo acompañe en la realización de sus compras). En este sentido, en el mismo domicilio se realiza la evaluación por los distintos profesionales, se trabaja la relación terapéutica, la adherencia al EIS, la pertinencia de un ingreso cuando éste es necesario, se les entrega la medicación, se hace psicoeducación individual y familiar, la CBT si es pertinente según la sintomatología del paciente, etc.

1.4. Esquema y organización de la actividad asistencial en el EIS

1.4.1. Estructura y funcionamiento de los equipos del EIS

A nivel organizativo y operativo, todos los equipos del EIS cuentan con un equipo multidisciplinar formado por psiquiatras, psicólogos o psicólogas, enfermeros y enfermeras, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales. El

East Team, por ejemplo, está compuesto por 1 Team Manager, 1 Team Secretary, 2 Consultant Psychiatrists, 1 Clinical Psychologist, 1 Assistant Psychologist, 5 Community Psychiatric Nurses, 3 Assistant Care Coordinator, 1 Occupational Therapist, 1 Social Worker y 1 Senior House Officer. A continuación se describen brevemente las funciones de los distintos profesionales del equipo:

- ✓ **Team manager:** el Team manager de cada uno de los cuatro equipos es un enfermero/enfermera. A nivel organizacional, sus funciones son similares a las de nuestros coordinadores de dispositivos en nuestra Área, y realizan actividad asistencial dentro de su campo de trabajo. Entre otras cosas, cuando el paciente es derivado al EIS, es evaluado por primera vez de manera conjunta por el Team Manager y un Consultant Psychiatrist (psiquiatra), que valoran en última instancia la idoneidad o no del dispositivo para su tratamiento. No obstante lo anterior, los casos suelen llevarse a las reuniones semanales del equipo, donde se valora conjuntamente con el resto de profesionales.
- ✓ **Team secretary:** es un/a secretario/a que se ocupa de realizar las tareas administrativas del equipo, similares a las de cualquier otro administrativo/a en nuestros hospitales.
- ✓ **Community Psychiatric Nurse, también llamado “Care-coordinator” o “Care-Co”.** Teóricamente pueden ser profesionales de cualquier especialidad (enfermeros, terapeutas ocupacionales o incluso trabajadores sociales). Sin embargo, excepto un terapeuta ocupacional en el East Team, en el resto de equipos del EIS todos los Care-Co son enfermeros especialistas en salud mental, que además de realizar los cuidados de enfermería, en este dispositivo ocupan una posición que podríamos definir como “supervisor” o “responsable” o “coordinador” de los cuidados que debe recibir el paciente. Entre otras cosas, supervisa que efectivamente se está llevando a cabo el programa de tratamiento establecido. Cada Care-Co, junto con el Assistant Care-Co tiene un cupo de unos 30 pacientes en el equipo.
- ✓ **Assistant Care Coordinator:** en el EIS se trata de una persona “no cualificada” desde el punto de vista formal (no tiene una titulación

superior como tal) pero que trabaja apoyando al Care-Co, ocupando una posición que podríamos describir como “Auxiliar de enfermería”, aunque en realidad su trabajo es bastante similar al que realiza el Care-Co. Suelen trabajar en pareja.

- ✓ **Consultant Psychiatrist:** es el psiquiatra del equipo.
- ✓ **Senior House Officer:** es un psiquiatra que todavía no está cualificado/a como “consultant” y que por tanto tiene periódicamente una supervisión clínica con éste. Sería el equivalente a un MIR de psiquiatría.
- ✓ **Clinical Psychologist:** se trata de un psicólogo/a clínico especializado, que además tiene algunas supervisiones con el Lead Clinical Psychologist del EIS. Se ocupa de la evaluación y el tratamiento psicológico según las necesidades de cada paciente (no todos los pacientes son visitados por el psicólogo clínico del equipo).
- ✓ **Junior Doctor:** este profesional es un médico con una formación equivalente a la de cualquier médico de Atención primaria, salvo que con posterioridad este profesional trabaja exclusivamente en el Servicio de Salud Mental, realizando principalmente todas las valoraciones orgánicas de todos y cada uno de los pacientes que han sido admitidos en el EIS.
- ✓ **Clinical Psychologist Trainee:** corresponde al residente en Psicología Clínica.
- ✓ **Assistant Psychologist:** es un psicólogo/a auxiliar, en vías de especialización y bajo la supervisión del Clinical Psychologist, en un entrenamiento previo al acceso como Clinical Psychologist Trainee.
- ✓ **Occupational Therapist:** un terapeuta ocupacional.
- ✓ **Social Worker:** es el trabajador social del dispositivo.
- ✓ **Otros profesionales:** en el equipo hay también ocasionalmente estudiantes de distintas disciplinas, que realizan un período de prácticas supervisadas.

En el EIS existe además el **Lead Clinical Psychologist**, en mi caso, el tutor de mi rotación durante la estancia. A efectos prácticos, sus funciones y competencias clínicas son las mismas que las de cualquier otro Clinical Psychologist. Sin embargo, es el responsable de la supervisión mensual

(clínica y de gestión) de cada uno de los psicólogos clínicos que trabajan en el EIS. Este profesional desempeña en la actualidad un puesto donde sus funciones son principalmente organizativas y de gestión, aunque está adherido al South Team, para el que realiza ocasionalmente un trabajo clínico especializado (es decir, su cupo de pacientes es menor en comparación con otros psicólogos clínicos, ya que actúa como “coordinador” de los distintos equipos del EIS).

El día a día en el EIS transcurre a lo largo de una jornada de trabajo que se extiende desde las 09:00h. de la mañana hasta las 17:00h. de la tarde de manera ininterrumpida, siguiendo el esquema de trabajo descrito a continuación (funcionamiento del East Team, ya que los horarios y la planificación de las actividades pueden variar de un equipo a otro).

- Diariamente, de 09:15 a 09:30 de la mañana tiene lugar un espacio conocido como “Handover”. Se trata de un período de tiempo dedicado a la discusión sobre posibles dificultades y/o incidencias en el abordaje de los pacientes que atendieron los miembros del equipo en el día inmediatamente anterior.
- Existe otro espacio semanal, el “Multi-Disciplinary Team Meeting”, que tiene lugar todos los martes de cada semana en horario de 09:30 a 11.00 y en el que participan todos los miembros del equipo. En dicho espacio, se realiza (de manera similar al trabajo en el “Handover” pero con una mayor profundidad) una puesta en común y una discusión o debate en equipo acerca de la evaluación y el abordaje de pacientes que por sus alteraciones psicopatológicas o por otras circunstancias desfavorables presentan una mayor complejidad, siendo necesaria la puesta en común para mejorar la situación del paciente. En este caso, se traen a debate no los pacientes del día anterior sino cualquier paciente del equipo, dependiendo del tiempo que lleva en el EIS e incluyendo a aquellos que se encuentran en proceso de evaluación.
- Casi a primera hora del día, de 09:30 a 10.00h., cada miércoles tiene lugar el “Weekly Planning Meeting” en el Team Base. Este es un espacio semanal de carácter organizativo, en el que se revisan agendas, cargas

de trabajo, o por ejemplo dificultades con el sistema informático... o cualquier otro aspecto relacionado con la dinámica o con el trabajo en el EIS.

- Igualmente, los miércoles de cada semana, de 10:00 a 12:00 se realiza el “Care Programme Approach Review” o CPA de uno de los Care-Co del equipo. Alternativamente, cada semana se abordan algunos pacientes del cupo de uno de los Care-Co, procediendo a revisar el CPA de manera individualizada. El Care-coordinator presenta un breve resumen de la situación clínica del paciente, en el que se incluyen factores predisponentes (bio-psico-sociales), factores precipitantes (bio-psico-sociales), un breve resumen de la evolución clínica del paciente así como los factores de mantenimiento del trastorno y posibles factores de protección. A continuación, realizan una valoración global del paciente mediante la escala GAF (Global Assessment of Functioning Scale – Symptoms) y la escala Health of the Nation Outcomes Scale (HoNOS), originalmente desarrollada por Wing, Beevor y Curtis (1996). Además del seguimiento a nivel psicopatológico, en estas evaluaciones contemplan también el “Star and Plan” del paciente (ver anexo 1). Finalmente, esta evaluación es comparada de manera retrospectiva con otras evaluaciones previas para la toma de decisiones clínicas acerca de nuevos cursos de acción con el paciente (si se intensifica la frecuencia de las visitas, si entra o no en alguna actividad a nivel ocupacional, si precisa de un abordaje por parte de la trabajadora social para la búsqueda de la mejor figura de apoyo, recursos residenciales, etc.).
- Diariamente, y si no hay otros espacios grupales, tras el “Handover” (preocupaciones y problemas observados el día inmediatamente anterior con cualquier paciente del equipo) cada profesional sale del dispositivo para realizar el trabajo con cada uno de sus pacientes. Habitualmente, salen fuera durante un período de tiempo variable, según las visitas por realizar, para volver posteriormente al equipo, donde realizan ya en soporte informático el seguimiento de cada una de sus actividades.

1.4.1.1. El psicólogo/a clínico y el psicólogo/a no especialista: funciones diferenciales

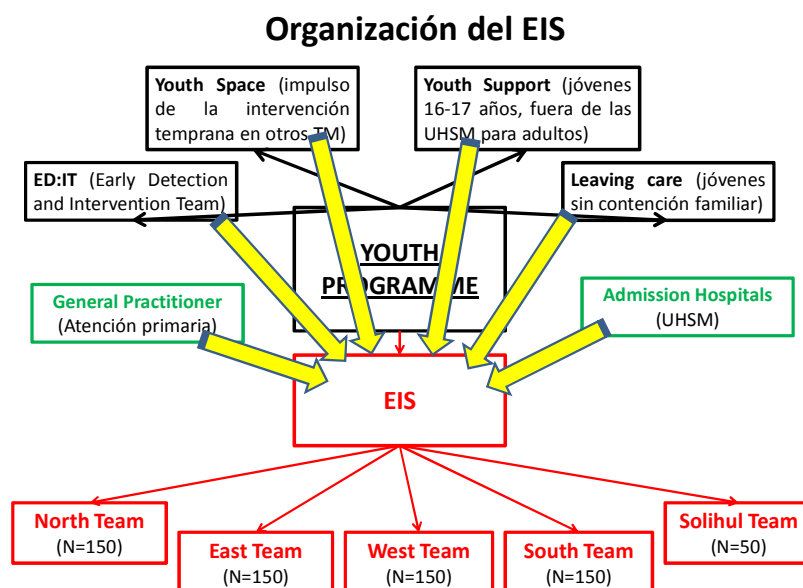
Básicamente existen algunas diferencias entre el “Clinical Psychologist” (psicólogo/a especialista en psicología clínica) y el/la “Assistant Psychologist” (o psicólogo/a no especialista) que merecen ser destacadas, tal y como se explica a continuación. El psicólogo especialista en psicología clínica, para ejercer como tal, necesita previamente un periodo de especialización y de práctica supervisada en diversas poblaciones clínicas y con distintos tipos de patologías. Así, para ser acreditados como especialistas, necesitan haber tenido distintas experiencias laborales en distintos equipos de salud mental. Una vez acreditados, son los responsables de las evaluaciones psicológicas de los pacientes, incluyendo las evaluaciones funcionales y la formulación de los casos, así como de iniciar intervenciones psicológicas específicas de acuerdo a la patología y a la idiosincrasia de cada uno de los pacientes. Pueden ser asimismo los referentes de los distintos casos; en cambio, el psicólogo no especialista se dedicaba fundamentalmente a la evaluación psicobiográfica de los pacientes y al registro de los datos relacionados con el inicio de los síntomas y de la enfermedad, “no teniendo por tanto responsabilidad” en el abordaje de los casos. Su intervención se limita exclusivamente a la evaluación, sin poder realizar intervenciones ni tratamientos psicológicos específicos, al margen de motivar al paciente para mantener el contacto con los profesionales del EIS. Además, una vez que realiza la evaluación (a petición del psiquiatra, del psicólogo clínico o del equipo en su conjunto), el psicólogo no especialista no vuelve a tener contacto con el paciente. En definitiva, sus funciones tienen eminentemente un nivel de responsabilidad menor, pues en ningún caso asumen el tratamiento psicológico de los pacientes. De hecho, en muchos casos tampoco participan en las reuniones de revisión y elaboración de los planes de tratamiento individualizados. No obstante, su participación es importante de cara al posterior análisis y abordaje de los pacientes.

1.4.2. Derivaciones al EIS

En este apartado se describen de manera global las vías de derivación al EIS, que de manera más gráfica pueden verse reflejadas en la figura 1. Así pues, los pacientes pueden llegar al EIS a través de distintas vías, destacando los siguientes agentes derivantes:

- Los pacientes pueden ser derivados por el “General Practitioner” o “GP” (nuestro médico de atención primaria) para valoración en el EIS, una vez que el paciente ha acudido a consulta presentando una sintomatología que al GP pueda hacerle plantearse la posibilidad de que se trate de un PEP.
- Las derivaciones pueden producirse también desde los “Community Mental Health Teams” o CMHT (nuestras Unidades de Salud Mental Comunitarias). En este caso, suelen ser personas que ya están en seguimiento en el CMHT y cuya evolución ha sido tórpida, desarrollando a posteriori alteraciones del espectro de los trastornos psicóticos. Son derivados sin demora para facilitar el abordaje precoz del trastorno.
- Asimismo, los pacientes pueden ser también derivados tras un ingreso hospitalario. En este caso, normalmente se trata de pacientes que anteriormente no han tenido contacto previo con salud mental y que por tanto no son conocidos por los CMHT.
- El Equipo de detección e intervención temprana en psicosis (ED:IT) puede derivar también pacientes que han presentado síntomas prodrómicos y ante los que cabe la posibilidad de que se instaure un PEP, llegando a precisar por tanto un seguimiento más intensivo y especializado.
- En ocasiones, también pueden ser derivados directamente al EIS pacientes jóvenes que por razón de su condición mental han tenido algún contacto con la justicia, con lo que son propuestos para valoración por uno de los equipos del EIS.
- En general, cualquier subprograma del “Youth Programme” puede derivar pacientes al EIS, que serán aceptados si cumplen los criterios de inclusión que se especifican en el siguiente apartado.

Figura 1. Organización del EIS y circuitos de derivación a los equipos.



1.4.3. Criterios de inclusión en el EIS

Una vez que un paciente es derivado al EIS, es evaluado en un primer momento para determinar la idoneidad del dispositivo de cara al mejor abordaje del paciente. Esta entrevista suele ser realizada habitualmente por el psiquiatra del equipo que corresponda, aunque en otras ocasiones también la realiza el médico adjunto al equipo East correspondiente en el EIS.

En la primera evaluación, se recogen datos sobre la historia sociodemográfica del paciente, así como información respecto a la anamnesis, los antecedentes y a la evolución actual del trastorno (factores predisponentes, precipitantes, descripción sintomatológica actual, tratamientos previos si los tiene, etc.), para a continuación determinar si el paciente reúne o no criterios para su inclusión en un equipo de asistencia especializada como este, según se especifica a continuación:

- *Edad comprendida entre los 16 y los 35 años.*
- *Presencia de ideación delirante o de alteraciones sensorceptivas en forma de alucinaciones, que producen una*

interferencia grave en diversas áreas del funcionamiento cotidiano del individuo, independientemente de que se presente también o no un lenguaje desorganizado en el momento de la exploración.

- *Los síntomas han estado presentes durante más de una semana, y no son debidos exclusivamente al consumo de tóxicos ni a la existencia de una enfermedad orgánica subyacente.*
- *En definitiva, cuando el paciente presenta alteraciones en la percepción, el pensamiento y la emoción que afectan a su individualidad y a su capacidad para funcionar de forma autónoma, habiéndose producido el debut de un primer episodio psicótico (PEP).*

Entre los pacientes admitidos en el EIS, cabe decir que la gran mayoría presentan trastornos psicóticos característicos, y que en algunos casos se trata de jóvenes cuyas alteraciones han tenido una evolución tórpida hasta llegar a cumplir criterios para el diagnóstico de una esquizofrenia. Pero además, hay en el EIS también un número importante de pacientes diagnosticados de trastorno bipolar que en el curso del trastorno han tenido síntomas compatibles con un episodio psicótico, en la mayoría de los casos durante las descompensaciones con episodios maniformes. Igualmente, hay también un número menor de pacientes que han padecido un episodio depresivo grave durante el cual han presentado síntomas psicóticos prominentes.

En resumen, y para evitar la confusión que pueda generar la terminología y los diagnósticos al uso, lo que caracteriza a los pacientes en el EIS es el haber vivido una experiencia psicótica, en los términos que se han explicado anteriormente, esto es, excluyendo los cuadros por consumo de sustancias o los originados por una enfermedad orgánica manifiesta.

1.4.4. Seguimiento y registro de los pacientes

Los pacientes, una vez aceptados, son asignados a un *care-coordinator* o enfermero referente, que inicia los primeros contactos con el objetivo de conseguir y afianzar una buena relación terapéutica sobre la que sustentar todos los trabajos posteriores. Seguidamente, se le concierta una cita con el

médico del equipo para valoración del estado orgánico general al tiempo que se le asigna otra cita con el psiquiatra referente para valoración y revisión del tratamiento farmacológico que precise. Y a partir de aquí, se inicia un seguimiento frecuente por parte del enfermero o enfermera que puede tener una frecuencia diaria, semanal o quincenal, dependiendo de la gravedad del trastorno, del riesgo que presente y del soporte familiar disponible. Solo a continuación, y si en las reuniones de equipo se plantea la necesidad de realizar intervenciones psicológicas específicas, interviene el psicólogo clínico del equipo. Algo similar ocurre con las intervenciones tanto del terapeuta ocupacional como del trabajador social en el EIS.

Queda claro, por tanto, que son los enfermeros y las enfermeras las personas sobre las que recae el mayor peso del cuidado que precisan los pacientes, debiendo tomar decisiones tanto para la evaluación como para el abordaje de las dificultades que presente (lo que incluye las derivaciones a otros profesionales). Típicamente, los enfermeros administran la medicación, realizan el trabajo de psicoeducación o incluso inician el tratamiento cognitivo-conductual, procediendo a las derivaciones en los casos más complicados.

En cuanto al registro de la información clínica, este se realiza en soporte informático, mediante "RIO", un programa informático específicamente diseñado para el Birmingham and Solihull NHS Mental Health Foundation Trust.

1.4.5. Otros servicios relacionados con el abordaje de los PEP en el EIS

En el trabajo diario con los pacientes, dependiendo de la situación, el EIS necesita de la coordinación con los siguientes servicios asistenciales:

1. **Admission Hospital.** Corresponde a nuestras unidades de hospitalización de salud mental. Dichas unidades, a diferencia de lo que es habitual en nuestro sistema sanitario, suelen estar ubicadas fuera de los hospitales generales, en un intento por trabajar con los pacientes en las condiciones más naturales y menos restrictivas posibles, siguiendo igualmente lo postulado en el modelo asertivo comunitario de trabajo. Así, por ejemplo, los profesionales no suelen usar batas y los pacientes

están en las unidades con su propia ropa, pertenencias... Semanalmente, nos desplazamos desde el equipo varios profesionales para hacer el "Ward Round", es decir, el seguimiento de los pacientes que permanecen ingresados en la Unidad. Siempre se desplaza un psiquiatra, acompañado normalmente por el Care-coordinator de cada paciente y por la trabajadora social del equipo.

2. **Home Treatment Teams (HTT)**. Los HTT son equipos de tratamiento intensivo que trabajan 24 horas al día durante 365 días del año, pero lo hacen con todos los pacientes en tratamiento en salud mental que precisan atención urgente, incluyendo por tanto a todos los usuarios de los diversos equipos comunitarios. Por lo que respecta a su relación con el EIS, cubren la asistencia que puedan precisar los pacientes entre las 17h y las 08h del día siguiente, así como cuando se requiere un abordaje intensivo debido a la emergencia de una descompensación psicopatológica grave.
3. **Respite House** ("*Casa respiro*"). En este caso se trata de recursos asistenciales temporales a disposición del EIS, a los que derivan pacientes cuando en el seguimiento se observa que el sujeto está en riesgo, que no tiene adherencia a los tratamientos o por ejemplo cuando el trastorno está produciendo un impacto funcional importante en la vida diaria de los pacientes (abandono de la higiene, la alimentación, cuando presentan conductas de riesgo en casa...). Atendiendo a lo establecido, es un recurso de apoyo que suele utilizarse, por ejemplo, para pacientes con frecuentes desestabilizaciones que provocan lo que conocemos como "puerta giratoria" en las Unidades. Normalmente hay en el dispositivo uno o varios "Assistant care-coordinator" que realizan una supervisión continua de los pacientes, proporcionando mayor garantía en cuanto a aspectos relacionados con la toma de la medicación, la nutrición, etc. Técnicamente, los pacientes no deberían estar en una Respite House por un tiempo superior a los tres meses, aunque desafortunadamente en la realidad algunos están durante mucho tiempo en el dispositivo, haciendo a veces un uso residencial del mismo porque no tienen recursos propios para ello.

4. **Supported accomodation** o “pisos tutelados”. Se trata de alojamientos en los que conviven varios pacientes que están bajo el cuidado de los servicios de salud mental de la ciudad. Estos dispositivos tendrían un funcionamiento similar a lo que conocemos como los pisos tutelados de la red de FAISEM (Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental), y se diferencian de las “casas respiro” en que la supervisión es menos intensiva, de manera que además de las visitas programadas de los profesionales implicados en sus cuidados (psiquiatra, psicólogo/a clínico...), suelen recibir supervisión puntual aunque frecuente por parte de los asisstant care-coordinators. Los pacientes pueden permanecer en los pisos tanto tiempo como sea necesario, aunque teóricamente se trata de un dispositivo de estancia intermedia cuyo objetivo es la reinserción del paciente en la comunidad, ya sea con apoyo o con un mayor nivel de autonomía.

Finalmente, es importante destacar entre los recursos disponibles la **Community Treatment Order (CTO)** u “Orden de tratamiento comunitario supervisado”. En este caso no se trata de un recurso físico, sino que es el equivalente a lo que nosotros conocemos como los “tratamientos ambulatorios involuntarios”. Son tratamientos involuntarios que reúnen las siguientes condiciones: el paciente tiene que tomarse diariamente la medicación que tenga prescrita además de aceptar las visitas programadas de los profesionales. En caso contrario, el psiquiatra está facultado para iniciar automáticamente un nuevo ingreso en la Unidad, más rápido que en circunstancias normales y sin precisar la evaluación estándar en cualquier ingreso hospitalario. Se trata por tanto de un tratamiento involuntario que suele aplicarse a pacientes con frecuentes desestabilizaciones o a aquellos que presenta un riesgo serio para su propia integridad o para los demás. La diferencia respecto a nuestros tratamientos radica en que este tratamiento se inicia a instancia del psiquiatra y bajo el acuerdo y la coordinación con un trabajador social cualificado, de manera que ambos planifican un plan de seguimiento al alta, asegurando la disponibilidad de todos los recursos e intervenciones necesarias para su mantenimiento en la comunidad. Y sólo en el

caso en que el paciente se niegue o rechace dicha orden se iniciará el procedimiento judicial para determinar la legitimidad o no del tratamiento.

2. OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN

De manera general, los objetivos de mi rotación en el EIS han sido los siguientes:

- 1.- Conocer los elementos fundamentales de la prevención primaria en la psicosis en un equipo multidisciplinar especializado.
- 2.- Adquirir habilidades para la detección temprana en jóvenes en riesgo de desarrollar un trastorno psicótico, así como las estrategias de intervención temprana en el primer episodio psicótico y principales actuaciones en el “periodo crítico” de la enfermedad (Birchwood y Macmillan, 1993; Birchwood, McGorry y Jackson, 1997).
- 3.- Conocer las estrategias utilizadas por un equipo multidisciplinar para disminuir la demora en el contacto con salud mental en jóvenes con esquizofrenia.
- 4.- Entrenamiento en el uso de técnicas de intervención cognitivo-conductual para el abordaje de los trastornos psicóticos.
- 5.- Acercamiento a la investigación que se realiza en el EIS.

3. ACTIVIDAD ASISTENCIAL

A lo largo de este epígrafe voy a intentar describir brevemente las principales actividades asistenciales en las que he podido participar. Cabe destacar que mi actividad asistencial ha sido realizada en todos los casos como observador, debido a la confluencia de los siguientes factores: la dificultad propia del idioma, la necesidad de desplazarse al domicilio de los usuarios (todos los profesionales realizan el trabajo asistencial utilizando sus propios vehículos) y la imposibilidad de acceder personalmente al sistema RIO para la

consulta de las historias clínicas y la realización de los seguimientos de los pacientes (como personal temporal, no me fue permitido tener acceso al sistema, salvo registro con la clave y supervisión de un compañero, lo que me ha dificultado el seguimiento y el contacto estrecho con los pacientes). No obstante lo anterior, a lo largo del tiempo que duró mi rotación, pude adquirir nuevos conocimientos en mi ejercicio profesional mediante la observación de las actividades que se describen a continuación.

En primer lugar, durante mi rotación en el EIS tuve la posibilidad de estar en distintas **entrevistas** junto con la *Assistant Psychologist* para la **evaluación inicial** de jóvenes con PEP. En estas entrevistas el objetivo fue obtener un mejor conocimiento de la historia personal del individuo, de cara a poder ayudar al equipo a realizar la evaluación funcional del caso y el subsiguiente planteamiento de las principales conductas problema. Además, durante esta evaluación inicial se trazó la evolución cronológica de las alteraciones o trastornos que presentaban los jóvenes, y se determinan tanto la “Duración de la enfermedad sin tratar” (DUI) como la “Duración de la psicosis sin tratar” (DUP) (ver anexo 2). En estas entrevistas, la psicóloga de apoyo realizaba exploraciones psicobiográficas exhaustivas, tratando de generar cercanía y esperanza en el paciente pero sin abordar ningún foco de conflicto, síntoma o conducta problema, es decir, sin realizar ningún tipo de intervención.

En segundo lugar, el grueso de mi actividad asistencial consistió en la constante **evaluación y el seguimiento de distintos pacientes del equipo**. Destaco a continuación los casos más relevantes (dada la corta duración de la rotación, me es difícil resumir con precisión el trabajo realizado con cada uno de los pacientes, pues en el mejor de los casos apenas pude presenciar más de 5-6 visitas con un mismo usuario).

- Seguimiento de un paciente de 29 años de edad, que cuando yo lo conocí presentó una recaída en un segundo episodio psicótico que requirió su hospitalización en la Unidad. Paciente de procedencia afrocaribeña, con ideación delirante místico-religiosa, presencia de alucinaciones visuales e ideas vagas de suicidio.

Este fue un caso típico en el que tanto la cultura como los valores personales del individuo pueden ejercer una influencia importante en el posible origen de las posteriores alteraciones psicopatológicas. En este caso, pude participar en diversas evaluaciones durante su ingreso hospitalario (conciencia de enfermedad, necesidad de tratamiento, apoyo familiar, etc.), y tras el alta, acompañé en varias ocasiones a un auxiliar para el apoyo y seguimiento del caso (se llevaron a cabo fundamentalmente intervenciones para afianzar la conciencia de enfermedad, asegurar la toma de la medicación y para iniciar medidas de activación conductual, pues se trata de un paciente que tiende a pasar la mayor parte del tiempo aislado en casa –salvo para las prácticas religiosas- y sin ningún tipo de contacto o apoyo en la comunidad).

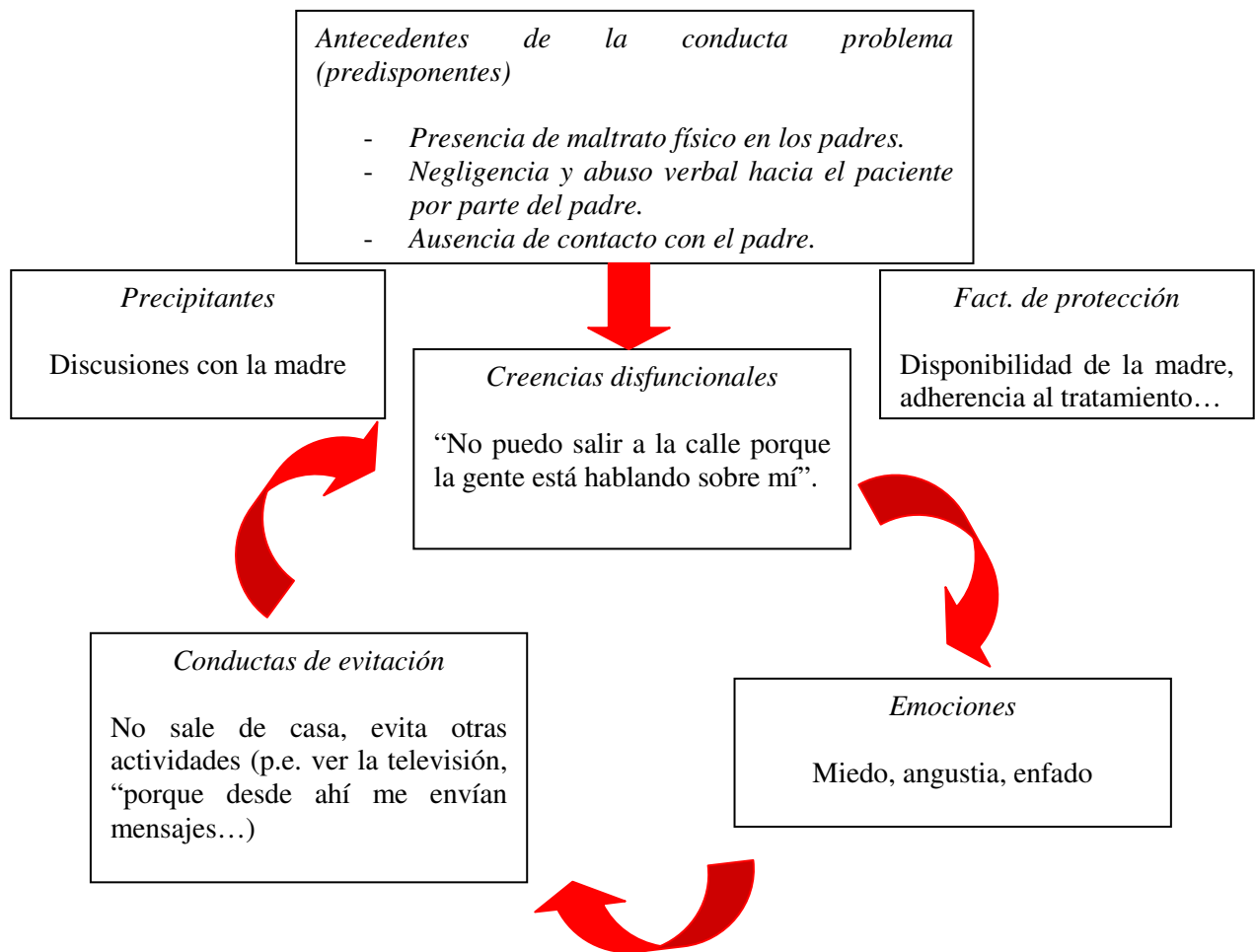
- Seguimiento en 3-4 entrevistas de una chica de procedencia afrocaribeña en estado avanzado de gestación, que anteriormente había presentado al menos dos episodios psicóticos pero que en el momento de mi incorporación habían tenido una remisión completa. Junto con la psicóloga clínica, acudí a varias visitas en las que se realizó una observación y seguimiento del caso para garantizar la toma de la medicación, las visitas periódicas en ginecología, etc. Básicamente, en este caso se trató de realizar un trabajo de prevención de recaídas, garantizando el mantenimiento del contacto periódico con el equipo.
- Acompañamiento de un enfermero para la evaluación y la incorporación al EIS de un paciente británico joven con un PEP, actualmente sintomático y con un elevado consumo de cannabis, cumpliendo criterios para un diagnóstico de “patología dual”. Realización de 3 visitas domiciliarias, inicialmente para establecer una buena alianza terapéutica con el enfermero referente como paso previo a la evaluación del paciente en las diversas áreas de funcionamiento, realizando asimismo intervenciones para la reducción del consumo de cánnabis (basadas en la entrevista

motivacional). Se inició paralelamente la psicoeducación tras el PEP.

- Seguimiento domiciliario de un paciente con diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo, y que durante alguna de sus crisis ha podido presentar un PEP. Asistencia junto con la psicóloga clínica para la evaluación funcional y la formulación del caso, tras lo cual se realizaron intervenciones cognitivo-conductuales cuyo objetivo fue el abordaje de las ideas obsesivas y el inicio de medidas de activación conductual para un paciente que permanece recluido en casa sin realizar ningún tipo de actividad y con tendencia a la hipersomnia. Se plantearon experimentos conductuales. En el transcurso del proceso psicoterapéutico se planteó también junto con el paciente la posibilidad de abordar diversos acontecimientos vitales traumáticos para la reconstrucción de su propia historia personal, lo que no fue posible por el momento y la evolución de la propia terapia.
- Inicio de los primeros contactos con Robert (nombre ficticio) con probable diagnóstico de esquizofrenia paranoide (por el tiempo de evolución sin remisión de la sintomatología) tras ser derivado por el enfermero referente en reunión de revisión a la psicóloga clínica del equipo. Tuve contacto con este paciente en mi último mes de rotación, con lo que tan solo pude acudir a 4 visitas domiciliarias. Durante este tiempo, los objetivos terapéuticos se limitaron a la evaluación de las necesidades del paciente y de la idoneidad del tratamiento psicológico para el caso, y al establecimiento de una buena relación terapéutica que garantizase el trabajo clínico posterior, centrándose en un principio en el abordaje de las principales dificultades funcionales que le estaba originando el trastorno, y que el propio paciente refirió en forma de aislamiento, el impacto en su estado anímico habitual (depresivo) y la inactividad. En la última entrevista, el paciente presentó una descompensación psicopatológica, y debido a la intensidad y a la frecuencia de las voces, el trabajo consistió en seguir asegurando el “enganche” y la relación

terapéutica con la psicóloga clínica del equipo al tiempo que se hizo con el paciente una evaluación clínica funcional para la devolución posterior del caso, según se refleja en la figura 2.

Figura 2. Breve evaluación funcional respecto a los síntomas y dificultades de Robert.



- Seguimiento en una ocasión de un paciente de procedencia pakistaní acompañando a la psicóloga clínica del East Team. Se trataba de un paciente de aproximadamente 30 años de edad con ideación delirante paranoide, y en el que la mujer estaba interfiriendo negativamente en el transcurso de la terapia al realizar conductas de comprobación relacionadas con la temática delirante del paciente (fase inicial de tratamiento). Con este paciente, además de trabajar mediante terapia cognitivo-

conductual la ideación delirante que presentaba, se inició un trabajo de psicoeducación paralelo con el paciente y con la familia, apoyando a ambos sistemas en el abordaje de sus propias dificultades.

- Evaluación en la Unidad de una chica joven de procedencia china con un PEP reciente.
- Seguimiento de una chica de origen pakistaní, diagnosticada de trastorno afectivo-bipolar. Durante mi rotación, acompañé a la enfermera referente unas 4-5 ocasiones para realizar el seguimiento y monitorización del caso (básicamente el trabajo consistió en realizar la psicoeducación y en enseñar a la chica a identificar síntomas de alarma).

Además de las actividades descritas hasta ahora, durante la rotación participé también en las actividades que detallo a continuación:

Junto con los seguimientos individuales, otra de las principales actividades fue el “*Ward Round*” o **visitas a la Unidad**. A lo largo de los tres meses pude acudir aproximadamente a unas 6-7 visitas a la Unidad de hospitalización de referencia. En cada visita, se realizaron evaluaciones de unos 3-4 pacientes ingresados, valorando fundamentalmente la descompensación psicopatológica y el impacto del trastorno en la vida de los jóvenes, en aras de la valoración de las posibilidades de alta de los pacientes. Además, se revisaron los tratamientos farmacológicos, adherencia a los mismos, etc.

El ingreso hospitalario constituye una de las actividades donde las diferencias son más notables en relación a nuestro contexto asistencial habitual. En este sentido, el paciente puede ser ingresado involuntariamente bajo la “sección 2” o la bajo la “sección 3”, dependiendo de la gravedad de la situación clínica que presente. Y además de estas dos posibilidades, cabe el ingreso voluntario en los mismos términos que conocemos. Para ser ingresado, el paciente debe ser valorado por el psiquiatra del equipo y por un psiquiatra independiente, además de por un trabajador social cualificado que vela por los

derechos del paciente. En principio, basta con que uno de los tres se muestre en desacuerdo para que el paciente no pueda ser “admitido”. Y una vez que ingresa, como he dicho antes, caben dos posibilidades: bajo la “sección 2” del *Mental Health Act* el paciente es ingresado de manera involuntaria para observación durante un periodo máximo de 28 días, no siendo obligatoria la toma de medicación durante el ingreso. Transcurrido este tiempo, el paciente debe ser dado de alta o en su defecto ser admitido bajo la “sección 3” del *Mental Health Act*, lo que puede hacerse antes si la gravedad persiste o incluso empeora. En este caso se trata igualmente de un ingreso involuntario, con una duración máxima de 6 meses (prorrogables) y en el que el paciente tiene que tomarse la medicación que tenga prescrita. Una de las actividades asistenciales que pude observar consistió por tanto en la valoración de los criterios de ingreso y de aplicación del *Mental Health Act*.

Además de las visitas a la sala de hospitalización, en esos tres meses tuve la posibilidad de acudir a una sesión del *Careers Group* o **Grupo de familiares** (cuidadores). Se trata de un espacio grupal abierto con frecuencia mensual, en el que se realizan intervenciones psicoeducativas y de apoyo a los cuidadores principales de jóvenes con PEP a su cargo. La sesión en la que yo pude participar estuvo centrada en el consumo de tóxicos en general (prevalencia, tipología, etc.) y en cómo el consumo de sustancias afecta al curso habitual de los episodios. En este grupo, participó una de las profesionales del equipo de tratamiento de las adicciones.

Y una de las actividades tal vez más enriquecedoras desde el punto de vista formativo, y en la que pude tener una participación más activa, fue el *Recovery Group* o **Grupo de recuperación**, un espacio grupal para pacientes que anteriormente han presentado un PEP pero que con posterioridad han tenido una remisión parcial o completa de la sintomatología y que continúan en seguimiento y en pleno proceso de recuperación. Desafortunadamente, el grupo empezó durante mi tercer mes de rotación, con lo que solo fue posible asistir a las tres primeras sesiones (sobre 7 sesiones planificadas). En ellas, se abordaron el concepto y el propio proceso de recuperación, las barreras para la recuperación y el aprendizaje de diversas estrategias para el control y la

reducción del estrés (específicamente el aprendizaje de técnicas para la resolución de problemas y de algunas habilidades relacionadas con el mindfulness).

Entre las actividades realizadas, también tuve la oportunidad de asistir durante un día de trabajo a uno de los *Home Treatment Teams (HTT)* o **Equipos de tratamiento domiciliario**. Básicamente, las actividades que pude observar consistieron en la evaluación de un paciente retenido en la comisaría de policía para valoración de ingreso hospitalario, y el seguimiento puntual de otra paciente de uno de los equipos comunitarios.

Finalmente, destacar en este apartado dedicado a la actividad clínica asistencial mi participación en diversas **entrevistas de evaluación en el ED:IT**¹. Se trató en este caso de entrevistas de evaluación para derivación a los equipos comunitarios o en su defecto al EIS de pacientes con sintomatología difusa y para los que existían dudas en cuanto al diagnóstico diferencial del caso. Normalmente se trata de entrevistas con pacientes que son derivados porque presentan típicamente síntomas de breve intensidad, como puede ser el caso de pseudoalucinaciones, ideación de referencia o suspicacia no sistematizada ni estructurada, bajo estado de ánimo y otros síntomas difusos que requieren un seguimiento pero que no precisan en el momento actual un tratamiento más intensivo en el equipo. Dichas alteraciones suelen ser abordadas con terapia cognitivo-conductual y sin tratamiento farmacológico alguno, quedando abierta la posibilidad de derivación al EIS en caso que empeore la situación clínica del paciente.

4. ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS

Durante mi rotación en el EIS, pude participar asimismo en diversas actividades de carácter académico o formativo, según se especifica a continuación:

¹ Debido a la actual coyuntura económica, el ED:IT desde hace un tiempo solo realiza evaluaciones psicológicas de los pacientes, y como tal, no lleva a cabo intervenciones organizadas en el plan de tratamiento de los pacientes, lo que había sido anteriormente la señal de identidad del equipo.

- Sesión clínica impartida por el psicólogo clínico del North Team titulada "*Emotional regulation in first episode psychosis*". Descripción de un estudio de investigación en el que se demuestra que el uso de determinadas estrategias de regulación emocional se relacionan con la angustia y el sufrimiento ocasionado por la psicosis (concretamente la supresión emocional y la autocrítica parecen estar relacionadas con el bajo estado de ánimo y con el aumento de la sintomatología positiva, lo que suele ser menos habitual con el empleo de otras estrategias más positivas de regulación emocional en la psicosis).
- Asistencia a otra sesión clínica de carácter teórico impartida por una de las psiquiatras del East Team, en la que se expusieron diversas hipótesis etiológicas sobre el posible origen de la psicosis (descripción de varios casos con encefalitis causada por anticuerpos que afectan a los receptores N-metil-De-aspartato (NMDA) y que suele aparecer con mayor frecuencia en las mujeres).
- Asistencia a una sesión de supervisión de tipo psicodinámico con diversos miembros del East Team realizada por una psicoterapeuta externa al EIS, y que suele producirse con una periodicidad trimestral.

En lo referente a la **actividad investigadora** en el EIS, uno de mis objetivos durante esta rotación fue el de tratar de colaborar con el Servicio para ampliar el estudio de campo de una de las líneas de investigación que actualmente tienen lugar en la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental de mi hospital, y que concretamente está centrada en el estudio de los mecanismos psicológicos que intervienen en las alucinaciones auditivas. Sin embargo, esto no ha sido posible porque en el EIS estaban investigando en ese momento con más prioridad la relación existente entre los PEP y el suicidio.

Por otro lado, y hasta lo que yo puede conocer, la principal línea de investigación tenía que ver con el uso de distintas estrategias de regulación emocional y el grado de perturbación o interferencia producida por la psicosis. Concretamente, en algunos estudios han demostrado básicamente que la supresión emocional como estrategia regulatoria está asociada a un mayor

impacto de la enfermedad y a una mayor intensidad de la sintomatología, mientras que el hecho de tener una mayor capacidad para re-evaluar cognitivamente la experiencia psicótica se asocia a una evolución más favorable. Del mismo modo, en sus estudios mostraron también cómo el uso de estrategias “externas” de regulación emocional (p.e. hablar con otras personas acerca de cómo se sienten en relación a los síntomas) se relaciona con un menor nivel de sufrimiento tras un PEP, ya que el empleo de esta estrategia está negativamente relacionado con la sintomatología depresiva, el trauma y el estigma asociado a la experiencia.

Para terminar con lo relacionado con la investigación en el EIS, destacar que este trabajo se suele realizar de manera paralela al trabajo clínico con los pacientes, ya que en las evaluaciones realizadas por la Assistant Psychologist se suelen recoger datos que posteriormente se utilizan con fines de investigación.

5. APLICABILIDAD EN NUESTRO CONTEXTO

Este apartado de la memoria trata de dar respuesta al planteamiento de la necesidad de realizar o de poner en marcha lo aprendido en mi propio hospital de origen, aunque por extensión, podría ser aplicable probablemente a otros muchos hospitales.

A priori puede parecer que la dinámica de trabajo en el EIS es difícilmente aplicable en nuestro contexto. Y en cierta manera lo es, sobre todo si tenemos en cuenta que el Sistema Nacional de Salud (NHS) cuenta con una enorme cantidad de recursos sociosanitarios a su alcance. Para hacernos una idea, estamos hablando de tal vez algo menos de un centenar de profesionales para atender exclusivamente a jóvenes de entre 16 y 35 años con un PEP, en una población de aproximadamente dos millones de habitantes (en cada equipo hay unos 10 profesionales que atienden a no más de 150 pacientes). En nuestro contexto, es difícil imaginar un cupo de pacientes no superior a las 20-25 personas por profesional. Evidentemente, esto les permite realizar un trabajo clínico intensivo y frecuente con los pacientes que tienen a su cargo,

fundamental para la recuperación y el mantenimiento en la comunidad. Pero además, disponen de otros recursos diferenciados, tales como los *Home Treatment Teams* o *HTT* (dispositivo asistencial para el abordaje de pacientes en fase aguda) o las diversas organizaciones sociales que colaboran con el EIS, por ejemplo, para el asesoramiento en la búsqueda de alojamiento o para el apoyo en la inserción laboral, entre otros aspectos funcionales, todo lo cual sin duda alguna repercute positivamente en la calidad de vida de los pacientes. Y es más, desde un punto de vista social, es habitual encontrar pacientes que por el impacto del trastorno y la discapacidad que les origina tienen acceso a remuneraciones en absoluto comparables con las percepciones no retributivas que tienen muchos de nuestros pacientes (aunque por otro lado estos ingresos a veces pueden interferir negativamente con el potencial de rehabilitación de los pacientes).

Así pues, la filosofía de trabajo es diferente por cuanto que está basada en el modelo de asistencia comunitario y no en el modelo hospitalario, aunque esto podría ser aplicable probablemente a nuestra actividad asistencial habitual en algunos dispositivos específicos (p.e. Hospital de Día). Esto significa que todos los profesionales trabajan en el domicilio de los pacientes, lo que consume una gran cantidad de recursos humanos, hecho este que redundaría en una mayor garantía en cuanto al mejor conocimiento de cada caso y el logro de una relación terapéutica de calidad. Los profesionales utilizan sus propios vehículos y el NHS les proporciona cierta remuneración para ello.

Pero independientemente de los aspectos económicos, lo que sí resulta trasladable a nuestro contexto actual sin duda alguna es la absoluta disponibilidad para el trabajo en equipo que muestran todos sus profesionales, para quienes ni el tiempo ni esta forma de trabajar constituyen obstáculo alguno en la actividad asistencial que realizan.

Uno de los factores claves del éxito de este servicio radica sin lugar a dudas en el trabajo continuo de equipo, basado en la organización y en la coordinación constante entre todos y cada uno de sus integrantes, con independencia del nivel de cualificación o de responsabilidad, manteniendo siempre el máximo respeto y colaboración. Diariamente se mantienen

reuniones de equipo, semanalmente reuniones de revisión para seguir de cerca y de manera conjunta la evolución de muchos de los pacientes del equipo, y de manera establecida se coordinan y se elaboran los planes de tratamiento a los 3, 6, 12, 18, 24, 30 y 36 meses de evolución. Es decir, se deja a un lado el individualismo (que no se elimina, no es ese el objetivo) para dar un mayor peso a un trabajo multidisciplinar que garantiza un abordaje exhaustivo y completo de cada uno de los pacientes. Esto es claramente aplicable a nuestro contexto habitual de trabajo.

Otro de los aspectos a incorporar en nuestros hospitales es la concienciación y la importancia que tiene la investigación para el NHS. El NHS pide resultados, y como tales, los profesionales están “obligados” a contrastar la efectividad de lo que hacen. La buena praxis exige aplicar tratamientos basados en la evidencia así como incorporar la investigación de manera paralela a la actividad clínica asistencial, algo habitual en el EIS. Se trata de un aspecto no solo deseable, sino necesario especialmente en nuestra propia área de trabajo.

6. ANÁLISIS Y VALORACIÓN DE LA ROTACIÓN

Mi rotación en el Early Intervention Service de Birmingham ha supuesto definitivamente un paso más en mi formación como psicólogo especialista en Psicología clínica, y paso a explicar las razones: en primer lugar, por el grado de especialización de un dispositivo que se dedica exclusivamente a la atención de jóvenes con PEP. Esto me ha brindado la oportunidad de obtener una visión más precisa de las características de este trastorno, así como de los conocimientos y habilidades necesarios para su evaluación y su tratamiento desde una perspectiva multidisciplinar; en segundo lugar, porque una vez más, la eficacia del tratamiento intensivo y frecuente refuerza la idea de que no se puede aceptar en un dispositivo sanitario el que se dé la llamada “ley de la atención inversa”, es decir, menor atención a quien más lo necesita (ya sea porque no acude al dispositivo, porque no tiene adherencia a los tratamientos, porque consume tóxicos de manera perjudicial... todo esto no hace más que indicar la necesidad de un abordaje cercano y próximo a las necesidades de los pacientes, especialmente con este tipo de psicopatología); en tercer lugar,

porque esta rotación me ha hecho reflexionar sobre las ventajas del modelo asertivo-comunitario, tan en auge en estos tiempos; en cuarto lugar, porque he podido observar intervenciones psicológicas específicas en pacientes con un PEP, en formato tanto individual como grupal; y en quinto y último lugar, porque he podido tener una visión más realista de lo que significa tener un PEP, viendo *in situ* el impacto y el nivel de sufrimiento (personal y familiar) que ocasiona. En definitiva, toda una experiencia, difícil de explicar (si no imposible) con palabras.

Quisiera hacer ahora una mención especial a las ventajas del modelo comunitario para el tratamiento de los PEP. Y es que sin perder nunca de vista la diferencia de roles entre un profesional y un paciente, lo cierto es que la forma de trabajo en el EIS (es decir, trabajar en el contexto habitual del paciente, normalmente en su domicilio) hace que la relación entre el profesional que ayuda y la persona que sufre sea una relación cercana, genuina, verdadera, basada en el respeto, la confianza y la confidencialidad, lo que es especialmente importante con los PEP. Mediante el trabajo comunitario se incrementan desde mi punto de vista las posibilidades de generar una buena relación terapéutica, que es la base para el trabajo con este tipo de pacientes.

Y a nivel experiencial, si tuviese que destacar algo sería sin duda la multiculturalidad, la enorme pluralidad de etnias, razas, valores, costumbres y religiones, y cómo esto condiciona tanto la sintomatología en sí misma como la evolución o incluso la respuesta a los diferentes tratamientos. Una vez más, esta rotación me ha servido para ampliar mi mirada al ser humano en su complejidad y en su totalidad, requisito necesario para el trabajo con cualquier tipo de paciente. Viendo esta globalidad entenderemos por qué un paciente musulmán tiene una recaída tras el Ramadán, por qué tengo que entrar descalzo a visitar a determinados pacientes, por qué a algunas mujeres no pude verles la cara durante las entrevistas (con lo importante que es la expresión facial en un episodio psicótico)... está claro, porque la pluralidad a la que hacía referencia antes condiciona la vida de cualquier ser humano, no cabe duda.

Por otro lado, uno de los aspectos que más valoro de esta rotación es la importancia del trabajo en equipo y de la coordinación entre sus profesionales. Esta forma de trabajar reduce la complejidad del caso y proporciona una visión mucho más amplia del trastorno y del potencial de recuperación tras un PEP.

Hasta aquí lo que ha significado esta rotación para mí. Y como todo en la vida, creo que siempre hay un margen de mejora (lo que no resta valor a lo anterior), y es por ello que considero necesario describir muy brevemente las principales dificultades que me he encontrado en esta etapa formativa, así como algunos aspectos de “mejora”.

En primer lugar, el idioma, especialmente en un trabajo que depende mucho de lo que ellos llaman “*talking therapy*”, que literalmente sería “terapia verbal” o “terapia mediante el habla”. Se necesita un periodo de adaptación, y una rotación de tres meses se hace corta si tenemos en cuenta la necesidad de acostumbrarse a un lenguaje diferente y a los distintos acentos según la procedencia de los pacientes. Ha sido en el último mes cuando menos dificultades he tenido para el diálogo tanto con los pacientes como con los compañeros.

Por otro lado, al no disponer de vehículo propio, me ha resultado complicado trabajar de manera autónoma, pues hablamos de la segunda ciudad por orden de importancia tras la capital del Reino Unido, Londres. El sistema de comunicación es lento, y utilizar otros medios conlleva un tiempo excesivo.

A nivel técnico y de adquisición de habilidades, hubiese sido deseable personalmente el haber tenido un mayor nivel de autonomía, lo cual ha sido difícil, entre otras cosas, porque al ser staff temporal no he podido tener acceso al sistema Rio, necesario por ejemplo para el estudio y el análisis detallado de las historias clínicas de los pacientes y para la cumplimentación de los seguimientos realizados. Además, considero que hubiese sido deseable tal vez el haber tenido un mayor nivel de supervisión y un contacto más frecuente con mi tutor de rotación, lo que ha podido repercutir de alguna manera en la

consecución de unos objetivos formativos quizás demasiado exigentes por mi parte.

Finalmente, hablando ahora en un sentido más general, creo que el EIS se inserta de alguna manera en un modelo fundamentalmente médico, en el que las intervenciones psicológicas intensivas quedan reservadas para los pacientes con un mayor “imput”. Al hacer mención al “imput psicológico” de los pacientes, los profesionales del EIS aluden a aquellos pacientes con buena capacidad para elaborar cognitivamente las alteraciones alucinatorias y delirantes, y a los pacientes en los que es fundamental abordar fenómenos psicológicos como las intrusiones cognitivas, las distorsiones cognitivas o las conductas de afrontamiento disfuncionales que mantienen el impacto negativo de los síntomas.

Sin embargo y visto desde otra perspectiva, ciertamente acceden a las intervenciones psicológicas los pacientes más graves, lo que podría dar al tratamiento psicológico un mayor valor añadido...

6. BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía en inglés:

Appelbaum, P. S., Robbins, P. C. & Monahan, J. (2000). Violence and delusions: data from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *American Journal of Psychiatry*, 157(4), 566-572.

Beck-Sander, A., Birchwood, M. & Chadwick, P. (1997). Acting on command hallucinations: a cognitive approach. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 139-148.

Birchwood, M. & Jackson, C. (2001). *Schizophrenia*. Cornwall: Psychology Press Ltd.

Birchwood, M., Petters, E., Tarrier, N., Dunn, G., Lewis, S., Wykes, T., Davies, L., Lester, H. & Michail, M. (2011). A multi-centre, randomised controlled trial of cognitive therapy to prevent harmful compliance with command hallucinations. *BMC Psychiatry*, 11, 155-161.

- Birchwood, M., Todd, P. & Jackson, C. (1998). Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *The British Journal of Psychiatry, Supplement 172(33)*, 53-59.
- Birchwood, M. & Trower, P. (2006). The future of cognitive-behavioural therapy for psychosis: not a quasi-neuroleptic. *British Journal of Psychiatry, 188*, 107-108.
- Gilbert et al. (2001). An exploration of evolved mental mechanisms for dominant and subordinate behavior in relation to auditory hallucinations in schizophrenia and critical thoughts in depression. *Psychological Medicine, 31(6)*, 1117-1127.
- Jackson, C., Trower, P., Reid, I., Smith, J., Hall, M., Townend, M., Barton, K., Jones, J., Ross, K., Russell, R., Newton, E., Dunn, G., & Birchwood, M. (2009). Improving psychological adjustment following a first episode of psychosis: A randomised controlled trial of cognitive therapy to reduce post psychotic trauma symptoms. *Behaviour Research and Therapy, 47(6)*, 454-462.
- Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., Abel, M. B., Øhlenschläger, J., Christensen, T. O., Krarup, G., Jorgensen, P. y Nordentoft, M. (2008). The association between pre-morbid adjustment, duration of untreated psychosis and outcome in first-episode psychosis. *Psychological Medicine, 38*, 1157-1166.
- Marshall, M., Lewis, S., Lokwood, A., Drake, R., Jones, P. y Croudace, T. (2005). Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first episode patients-A systematic review. *Archives of General Psychiatry, 62*, 975-983.
- McLeod, T., Morris, M., Birchwood, M., & Dovey, A. (2007). Cognitive behavioural therapy group work with voice hearers. Part 1. *British Journal of Nursing, 16(4)*, 248-252.
- Monahan, J., Steadman, H., Silver, E., Appelbaum, P., Robbins, P., Mulvey, E., Roth, L., Grisso, T. & Banks, S. (2001). *Rethinking risk assessment: The MacArthur Study of Mental Disorder and Violence*. Oxford: University Press.

- National Institute for Clinical Excellence. (2002). *Core Interventions in the Management of Schizophrenia in Secondary and Primary Care*. London: NICE.
- Nayani, T.H. & David, A. (1996). The auditory hallucination: a phenomenological survey. *Psychological Medicine*, 26(1), 179-192.
- Nose, M., Barbui, C. & Tansella, M. (2003). How often do patients with psychosis fail to adhere to treatment programmes? A systematic review. *Psychological Medicine*, 33, 1149-1160.
- Shawyer, F., Mackinnon, A. & Farhall, J. (2003). Command hallucinations and violence: implications for detention and treatment. *Psychiatry, Psychology and Law*, 10, 97-107.
- Trower, P., Birchwood, M. & Meaden, A. (2004). Cognitive therapy for command hallucinations: a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 184, 312-320.
- Wing, J.K., Beevor, A., & Curtis, R.H. (1996). HoNOS: Health of the Nation Outcome Scales. Trainer's Guide. London: College Research Unit.
- Williams, C. & Garland, A. (2002). A cognitive-behavioural therapy assessment model for use in everyday clinical practice. *Advance in Psychiatric Treatment*, 8, 172-179.
- Williams, C. & Garland, A. (2002). Identifying and challenging unhelpful thinking. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 377-386.
- Wright, B., Williams, C. & Garland, A. (2002). Using the Five areas cognitive-behavioural therapy model with psychiatric patients. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 307-315.

Bibliografía en español:

- Birchwood, M. y Tarrier, N. (1995). *El tratamiento psicológico en la esquizofrenia*. Barcelona: Ariel.
- Díez-Alegría, C. y Vázquez-Valverde, C. (2006). Teorías cognitivas de las creencias delirantes. *Apuntes de Psicología*, 24(1-3), 51-82.
- Edwards, J. y McGorry, P. (2004). *La intervención precoz en la psicosis. Guía para la creación de servicios de intervención precoz en la psicosis (2ª*

- Ed.). Madrid: Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis.
- Gleeson J. y McGorry, P. (2005). *Intervenciones psicológicas en la psicosis temprana. Un manual de tratamiento*. Bilbao: Desclée de Brower.
- González-Ortega, I., Alberich, S., Martínez-Cengotitabengoa, M., Barbeito, S., Vega, P., Ruiz de Azúa, S., Napal, O. et al. (2011). Funcionamiento psicosocial en pacientes con primeros episodios psicóticos: seguimiento a un año. *12 Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis, febrero-marzo, 1-12*.
- Perona-Garcelán, S. (2006). Estado actual de la investigación psicológica en las alucinaciones auditivas. *Apuntes de Psicología, 24(1-3)*, 83-110.
- Ruiz, S., Ugarte, A., Fernández, M., González, I., Peciña, J.L., Napal, O., Gutierrez, M. et al. (2011). Cognición y pronóstico en primeros episodios de psicosis. *12 Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis, febrero-marzo, 1-10*.
- Vallina, O. (2009). *Terapia cognitiva en el inicio de la psicosis*. XIV Curso Anual sobre Esquizofrenia. Madrid.
- Vallina, O., Alonso, M., Gutiérrez, A., Ortega, J. A., García, A., Fernández, P. y Lemos, S. (2002). Aplicación de un programa de intervención temprana en psicosis. Un nuevo desarrollo para las unidades de salud mental. *Norte de salud mental, 15*, 35-41.
- Vallina, O., Fernández, P., Ortega, J. A., Pedrejón, C., García, P., Alonso, S., García, A., Lemos, S. (2008). *Intervención precoz en rehabilitación psicosocial: Una experiencia española*. II Congreso de la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial. Congreso Regional Europeo de la WAPR. Bilbao.
- Vallina, O., Lemos, S. y Fernández, P. (2006). Estado actual de la intervención temprana en psicosis. *Apuntes de Psicología, 24(1-3)*, 185-221.
- Vega, P., Barbeito, S., Alberich, S., Ruiz, S., Fernández, M., Zorrilla, I., Haidar, K. y González-Pinto, A. (2011). Intervención temprana en primeros episodios psicóticos. *12 Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis, febrero-marzo, 2-22*.

7. ANEXOS

7.1. Anexo 1: Star and Plan. Mental Health Recovery Star

The Ladder of Change

Think of an area of your life where you have made changes.

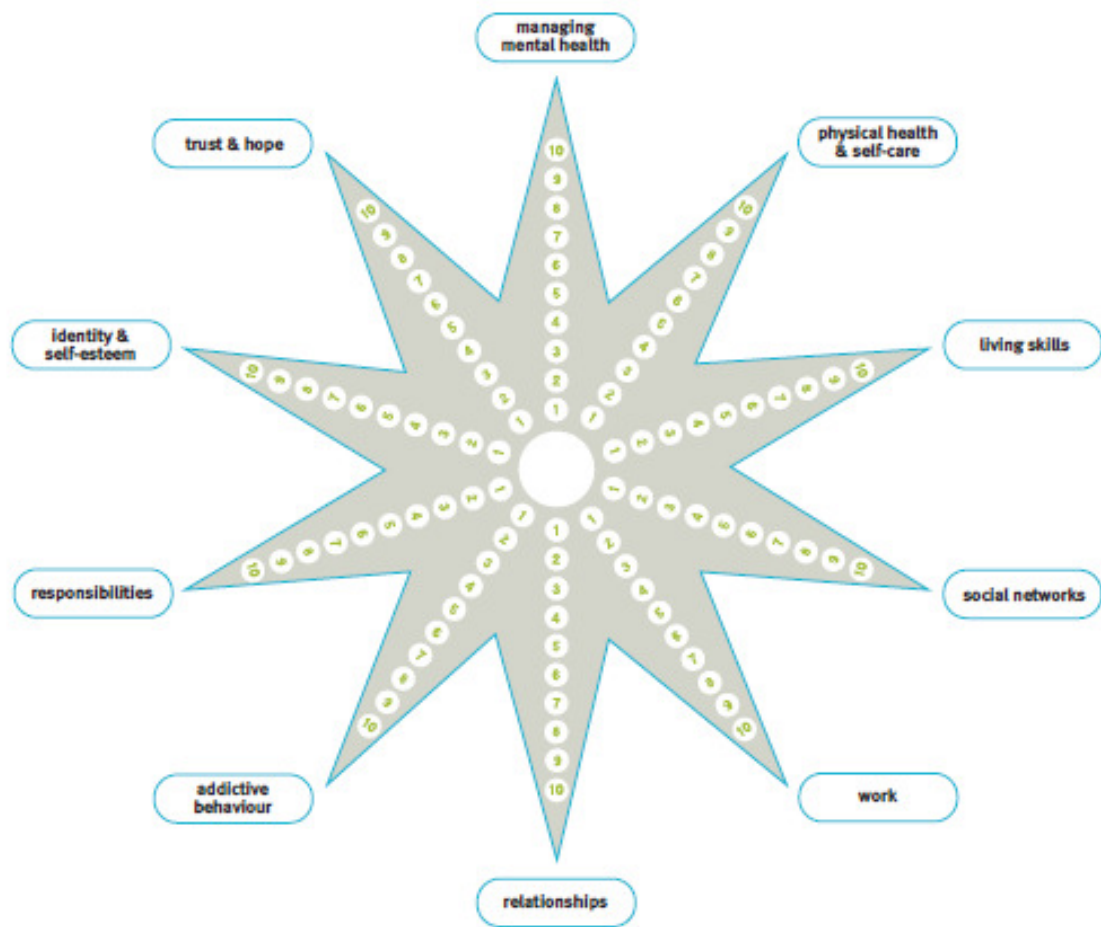
What was it like before you had decided to change?

Do you remember thinking about change and then deciding you would really do it?

What was the first thing that you did?

See if your experience fits with the Ladder of Change.





7.2. Anexo 2. Parámetros obtenidos en la evaluación inicial.

Timeline y cálculo de la DUI y de la DUP

- A. Inicio de síntomas inespecíficos.
- B. Inicio de la psicosis.
- C. Primera decisión de búsqueda de ayuda.
- D. Derivación a los servicios de salud mental (recepción de la misma).
- E. Inicio de los criterios de tratamiento (OCT).
- F. Fecha de la derivación al EIS
- G. Fecha de aceptación en el EIS.

- (B-A) Duración del periodo prodrómico.
- (C-B) Retraso en la búsqueda de ayuda.
- (D-C) Retraso en el proceso de búsqueda de ayuda.
- (E-D) Retraso desde que el paciente llega a los servicios de salud mental.
- (F-C) Tiempo de retraso hasta que llega al EIS.
- (E-B) Duración de la psicosis no tratada.
- (E-A) Duración de la enfermedad sin tratar.