

# **INTERVENCIÓN TEMPRANA EN PSICOSIS**

## **Early Intervention Service**

Memoria de Rotación Externa

(Febrero - Mayo 2010)

***BECA ANPIR 2009-2010 PARA LA PROMOCIÓN DE ESTANCIAS EN  
CENTROS DE EXCELENCIA EXTRANJEROS***

**Becaria:**

María Vázquez Costa

Hospital de Mataró (Consorci Sanitari del Maresme), Barcelona

**Tutores en el centro de destino:**

Dr. Cristina Merino, Consultant Psychiatrist

Dr. Mark Bernard, Clinical Psychologist

**Early Intervention Service (EIS)**

Birmingham and Solihull Mental Health Foundation Trust

1 Miller St., B64NF, Birmingham, UK

## ÍNDICE

▪ Agradecimientos.....	2
▪ Introducción.....	3
▪ Características del centro de destino.....	5
- Historia	
- Filosofía, orientación teórica y objetivos	
- Estructura	
- Funcionamiento	
▪ Actividades realizadas.....	20
- Asistenciales	
- Académicas	
▪ Aplicabilidad a nuestro contexto.....	28
▪ Valoración personal.....	30
▪ Bibliografía.....	32
▪ Anexo.....	36

## AGRADECIMIENTOS

A Cristina Merino y Mark Bernard, por acogerme en su equipo; por su flexibilidad, su disponibilidad y apoyo a lo largo de toda mi estancia; por sus enseñanzas, su dedicación a los pacientes, por su sentido del humor y su amplitud de miras.

A Max Birchwood y June Flanagan, por aceptarme en el EIS y facilitar los trámites para mi estancia.

A todo el *BEN team*, por su cálida acogida y por permitirme participar en su día a día profesional.

A Ágata del Real, mi tutora de residencia, por animarme a solicitar la rotación externa y no dejarme abandonar ante las dificultades.

A Carol Palma, por su apoyo práctico y emocional durante toda mi residencia, por su entusiasmo profesional y vital y por su contagioso interés en la intervención temprana en la psicosis.

A Josep Cañete, jefe del servicio de psiquiatría de Mataró, por su colaboración a lo largo de mi residencia.

A la junta directiva de ANPIR, por otorgarme la beca, por la confianza depositada en este proyecto.

## 1- INTRODUCCIÓN

El tratamiento de la esquizofrenia, durante años reducido al confinamiento en manicomios, experimenta una revolución con la aparición de los primeros antipsicóticos en los años 50. Sin embargo, no es hasta los años 80 cuando se extiende el interés y la investigación para la comprensión de la fase inicial de la enfermedad. Los primeros trabajos en esta línea tratan de determinar los factores que inciden en la evolución clínica; sus resultados ponen de manifiesto que un elevado porcentaje de los pacientes que reciben una intervención durante su primer episodio del trastorno, consigue una remisión completa de los síntomas y un buen nivel de funcionamiento (1).

Partiendo del concepto de Duración de Psicosis sin Tratar (Duration of Untreated Psychosis, en adelante DUP), o tiempo transcurrido entre la aparición de los primeros síntomas psicóticos y el inicio del tratamiento, algunos autores afirman que la ausencia de intervención en los estadios iniciales de la esquizofrenia conllevará claras limitaciones en la efectividad de los tratamientos. Entre ellos, el Profesor Birchwood (Servicio de Intervención Temprana de Birmingham) propone la existencia de un "*período crítico*" que abarcaría los primeros tres a cinco años de evolución de la enfermedad (2). Según estos autores, es durante esta fase cuando cristalizan los aspectos fundamentales de la evolución posterior de la esquizofrenia.

El 100% de los estudios realizados a este respecto demuestran la relación existente entre una DUP más prolongada con un peor pronóstico y peor respuesta al tratamiento en diversas áreas de sintomatología clínica (1).

El modelo de intervención temprana surge en Australia a mediados de la década de los 80, donde emerge como una reacción contra los modelos convencionales basados en el tratamiento de enfermedades crónicas (3).

Es en los años 90 cuando aparecen las primeras publicaciones al respecto, con prometedores resultados clínicos, por ejemplo, en reducción de la morbilidad, aumento de la calidad de vida y mejora de la sintomatología clínica (4, 5, 6, 7).

La intervención temprana para la esquizofrenia abarca el periodo prodrómico, la intervención durante el primer episodio (fase aguda) y la fase de remisión y periodo crítico (estrategias de prevención de recaídas) (8). En cada una de estas tres fases, las investigaciones han mostrado resultados alentadores para las intervenciones cognitivo-conductuales, si bien aún son necesarios más estudios controlados y de mayor duración.

A partir de la publicación de Falloon (4), diversos países promovieron estrategias y reformas en el ámbito de los tratamientos psicológicos para la psicosis y la intervención precoz, habiéndose obtenido hasta la fecha resultados realmente satisfactorios, tanto para los pacientes como para el sistema sanitario.

## 2- CARACTERÍSTICAS DEL CENTRO DE DESTINO

### 2.1- HISTORIA

El Servicio de Intervención Temprana (Early Intervention Service, en adelante EIS), dirigido por el profesor Max Birchwood, se instaura en Birmingham en 1995 formando parte del Sistema Nacional de Salud (Nacional Health System, en adelante NHS). Sigue los pasos del Centro de Prevención e Intervención Precoz para la Psicosis (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre, EPPIC) en Australia, surgiendo como un proyecto fundamentado en la investigación y estrechamente vinculado a la Universidad. Los objetivos que se propone son: reducir la DUP, acelerar la remisión sintomática, evitar las recaídas y minimizar el impacto de los episodios múltiples durante el periodo crítico, facilitando la reinserción socio-laboral y garantizando la adherencia al tratamiento.

Es un servicio pionero en Gran Bretaña, cuyos resultados prometedores impulsaron la creación de programas similares en otras áreas del país, agrupados actualmente en la Red de Intervención Temprana en Psicosis (Early Intervention in Psychosis Network).

El EIS de Birmingham atendía inicialmente a la zona centro-oeste de la ciudad (West Heath of Birmingham), el área más deprimida y por tanto considerada como población de mayor riesgo. En los últimos 15 años se ha producido un crecimiento exponencial en los recursos dedicados a la intervención temprana, contando en la actualidad con cinco equipos que abarcan las cinco áreas en que se divide la región de Birmingham y Solihull.

El equipo del que yo entré a formar parte, el *BEN team* (Equipo Birmingham East-North) es uno de los más nuevos, nacido a principios del 2006 para atender a la zona noreste de Birmingham, de población mayoritariamente inmigrante paquistaní e india.

### 2.2- FILOSOFÍA, ORIENTACIÓN TEÓRICA Y OBJETIVOS

La filosofía del EIS es el tratamiento comunitario, en el que los profesionales trabajan en el propio entorno del cliente, realizando visitas a domicilio y otro tipo de intervenciones en la comunidad cuando se precisa.

Se pueden distinguir dos objetivos principales en el uso de este modelo: lograr el compromiso del individuo y la familia en una relación de colaboración que será la columna vertebral de los subsiguientes tratamientos, y mantener la continuidad del contacto durante el periodo crítico descrito por Birchwood (9).

En el enfoque de tratamiento comunitario, el apoyo o intervención recibida tiene la intensidad y frecuencia que cada cliente requiera, y se trabaja con la red de apoyo del propio cliente y su familia. La efectividad del soporte comunitario intensivo ha sido sobradamente demostrada para personas con enfermedad mental grave que tienen dificultades para acceder a los servicios profesionales o para aceptar ayuda o tratamiento. Éste es especialmente el caso para los servicios como el EIS, que aplican el “enfoque asertivo” (assertive outreach) y en los que los profesionales tienen un número de pacientes pequeño. Estos equipos especializados pueden crear y mantener un vínculo con muchos de los clientes, incluso con los más difíciles. Típicamente, los estudios han mostrado que al menos el 95% de los clientes todavía están en contacto con los servicios después de 18 meses. Es por esta razón que este modelo resulta tan pertinente para las personas con un primer episodio de psicosis (10).

Uno de los elementos clave del EIS, como hemos mencionado anteriormente, es la baja ratio de clientes por profesional, lo que permite un cuidado verdaderamente comprensivo, intensivo e individualizado de cada cliente. Esta relación cercana entre el profesional y el cliente es fundamental en este modelo de trabajo centrado en el cliente. Otro elemento de crucial importancia es el trabajo en equipo, que podría resumirse en el hecho de que “todos los clientes son del equipo” y no de un profesional en particular. Esto es, aunque cada profesional sea el principal responsable de un cupo de pacientes determinado, la mayoría del personal conoce y está al día del estado de casi todos los usuarios, lo que facilita la responsabilidad compartida, el funcionamiento con turnos de trabajo y la continuidad en la atención al paciente (independientemente de vacaciones, bajas, etc).

El EIS está dirigido a personas con un (presunto) **primer episodio psicótico en el rango de edad de 14 a 35 años**. Los pacientes<sup>1</sup> permanecen bajo los cuidados de este servicio por tres años, siendo posteriormente derivados al servicio pertinente, en función de las necesidades individuales (médico de cabecera, equipo de salud mental, etc).

Los criterios de inclusión /exclusión pueden variar ligeramente en función del psiquiatra responsable (consultant) en coordinación con el equipo, con el que siempre se comentan los nuevos casos derivados. Normalmente -al menos en el BEN team- además de los casos que presentan un episodio psicótico claro, se aceptan:

---

<sup>1</sup> A partir de ahora utilizaré la denominación “cliente” o “usuario” que es la empleada por los profesionales del EIS para referirse a las personas atendidas en el servicio, en vez de la de “pacientes”.

- Personas que presentan síntomas psicóticos o pseudopsicóticos, con diagnóstico incierto. Normalmente se mantienen en "observación" y evaluación continuada por 3 ó 6 meses, revisando el diagnóstico y la decisión al cabo de este tiempo.
- Personas con psicosis de inicio años atrás pero nunca tratada.

### **2.3- ESTRUCTURA DEL EARLY INTERVENTION SERVICE (*BEN TEAM*)**

Los equipos creados en los años 90 cuentan con entre 10 y 20 "*Care Coordinators*" (coordinador de los cuidados del paciente) con un cupo de unos 15 usuarios-pacientes cada uno, además de varios psiquiatras, un psicólogo clínico, un trabajador social y terapeuta ocupacional. Hay además un profesional experto en drogodependencias que mantiene estrecha colaboración con los equipos del EIS. La estructura del equipo BEN, que expongo detalladamente a continuación, es ligeramente diferente a la de los equipos más antiguos, pero el funcionamiento es en esencia el mismo:

- Una Secretaria.
  - *Care Coordinator o Case manager* (desde ahora *Care Co*): es el coordinador de los cuidados del paciente. Es un profesional de la salud mental de cualquier disciplina:
    - Enfermería (psiquiatría comunitaria),
    - Trabajo social,
    - Terapia ocupacional, etc.
  - Uno de los *Care Co* es además el coordinador del equipo (*team manager*).
  - Auxiliar o ayudante del Coordinador (*Assistant Care Coordinator*): no tiene una titulación profesional formal y forma equipo (pareja) con el *Care Co*.
- Cada equipo de *Care Co* y *Assistant* abarca un cupo de hasta 25 clientes. En el equipo BEN hay 9 *Care Co* (8 enfermeros/as y 1 trabajadora social) y 7 *Assistant*.
- Terapeuta vocacional: en el equipo BEN hay uno.
  - Psicólogo/a clínico/a.
  - Residentes en psicología (*trainee*).
  - Psicólogo/a auxiliar (*Assistant psychologist*): es un nivel previo al acceso a la residencia en psicología clínica.
  - Estudiantes (universitarios) en prácticas de psicología.

En el equipo BEN había, durante los meses que yo estuve: un psicólogo clínico, una residente, dos *assistant psychologist* y una estudiante de prácticas de psicología.



- Psiquiatra (responsable médico): hay diversos grados, entre ellos el superior es el "consultant" (especialista), responsable último del paciente. La ratio *consultant*: cliente es aproximadamente de 1:100.
- Residentes de psiquiatría y de medicina (previo a la especialización).  
En el equipo BEN había un *consultant* a tiempo completo y dos a tiempo parcial; un psiquiatra de apoyo, un residente de psiquiatría y un residente de medicina.

## 2.4- FUNCIONAMIENTO

### 2.4.1. El trabajo en equipo

Como ya se ha mencionado al hablar de la filosofía de este programa, el trabajo en equipo es un aspecto central en este modelo de intervención. Hay una cierta jerarquía, en la que el psiquiatra *consultant* es el responsable último de un cupo de aproximadamente cien clientes, mientras que el "trabajo de calle" y la intervención cotidiana la realizan principalmente el *Care Co* y *Assistant*, que coordinan los cuidados de un número de usuarios menor. El psicólogo clínico, residente, psicólogas auxiliares, terapeuta ocupacional (y trabajadora social) abarcan a todos los clientes atendidos en el equipo, generalmente en una intervención de "segunda línea".

El coordinador del equipo juega un papel fundamental en la motivación y supervisión del equipo, así como en el mantenimiento de la fidelidad al propósito del programa. Es el encargado de coordinar y animar las reuniones, supervisando de manera especial la cobertura de visitas diarias, reparto de medicaciones o *depot*, etc.

Por otro lado, la secretaria se encarga del trabajo administrativo interno al equipo, así como de planificar las reuniones semanal y mensual, preparando el material necesario y registrando por escrito todo lo comentado en las reuniones.

Para facilitar la comunicación y la corresponsabilidad, existen varios tipos de reuniones de equipo:

- El "**parte del día**", tiene lugar cada mañana, excepto los lunes, a las 9.15h. Tiene una duración de 15-30 minutos y es el espacio en el que cada profesional comparte novedades, preocupaciones o información de interés sobre los clientes visitados el día anterior. También en este momento se "reparten" los clientes que requieren visitas, medicación, etc. que por cualquier motivo no pueden ser cubiertas por su profesional referente.

- **Reunión de equipo multidisciplinar:** tiene lugar cada lunes de 9.30 a 11.30h. aproximadamente. En esta reunión se comentan preocupaciones, dudas, tratamientos farmacológicos y psicológicos, etc. Los clientes que han realizado intentos de suicidio con anterioridad, aparecen siempre con un asterisco, para recordar la importancia de estar especialmente atentos a este riesgo. El esquema de la reunión es:
  - Revisión de clientes en el apartado de "preocupaciones": aquellos que están descompensados, con mala respuesta a la medicación, bajo apoyo familiar, pendientes de ingreso hospitalario, en riesgo de suicidio, etc; estos clientes reciben visitas diarias por parte del equipo. Se comenta su evolución durante la semana, su estado actual y el plan terapéutico. Cada semana se borran los clientes que se han estabilizado y se añaden nuevos, si los hay.
  - Revisión de clientes hospitalizados y en prisión.
  - Revisión de altas planeadas (fase pre-alta, de preparación de la documentación, contacto con otros servicios, etc.) y pendientes (a efectuar de manera inmediata).
  - Derivaciones pendientes: se comentan los nuevos casos que han llegado al servicio durante la semana anterior y se programa una primera visita médica de valoración (habitualmente con el residente de psiquiatría), en un plazo máximo de 2 semanas.
  - Discusión sobre nuevas derivaciones: se comentan los nuevos casos aceptados (tras la valoración psiquiátrica inicial) y se les asigna un *Care Co*. Se comentan también casos evaluados y no aceptados y se discuten las dudas (por ejemplo clientes en los que la sintomatología no cumple realmente criterios de psicosis sino que se valora otro diagnóstico, como el de trastorno por estrés postraumático).
  - Revisión de todos los usuarios del servicio en el momento actual. Se categorizan en cinco columnas: "seguros" (clientes estabilizados pero no recuperados), "agudos", "recuperación tardía" (clasificados en: sintomatología positiva, negativa o comórbida), "recuperación temprana" (clientes recientemente asintomáticos) y "recuperación sostenida".
- **Revisiones:** dos reuniones semanales (una con cada psiquiatra *consultant*) de "petit comité", en la que se pasa revisión a entre dos y cuatro clientes. En esta reunión

participa el psiquiatra referente, el/los psicólogos y *Care Co* o *Assistant* responsable del caso, la coordinadora del equipo y la secretaria.

En estas reuniones, el *Care Co* lee un resumen que previamente ha elaborado recogiendo la evolución y los hitos importantes del cliente desde su aceptación en el servicio. Se revisan el plan de cuidado, aspectos vocacionales/profesionales, preocupaciones de la familia y/o del equipo, medicación, etc. Se comprueba que se ha hecho el examen físico anual. El psicólogo/a explica la evolución o los efectos de su intervención, si la ha habido, y es el responsable de completar dos escalas que reflejan nivel de síntomas y funcionamiento: la Escala de Resultados de Salud de la Nación (Health of Nation Outcome Scale, en adelante HoNOS) y la Escala de Funcionamiento Global (Global Assessment of Functioning, en adelante GAF) (ver anexo), después de una breve discusión y un acuerdo de grupo.

Cada usuario del EIS tiene que ser "oficialmente" revisado tres meses después de haber sido incluido en el programa, y después cada seis meses hasta su alta del servicio. En la quinta revisión, la de "pre-alta", se empieza a planificar y preparar al cliente para el alta, y en la sexta y última, la revisión de alta, se prepara y organiza la derivación al servicio competente (según las necesidades de cada cliente).

- **Reunión mensual de equipo:** su objetivo es comentar temas diversos relacionados tanto con el trabajo clínico, como con proyectos de investigación, funcionamiento de equipo, propuestas de cambio o mejora, programación de espacios de ocio (p.ej. fiestas de despedida), etc.
- Además de estos espacios de trabajo en equipo, se favorecen también espacios de encuentro informal y lúdico, como fiestas de despedidas de miembros del equipo o residentes o el "*team night out*" (una o dos veces al año).

#### **2.4.2. La intervención con el cliente con psicosis: trabajo multidisciplinar**

Cada cliente al ser aceptado en el EIS es asignado a una pareja de *Care Coordinator* y *Ayudante*, que serán desde entonces sus personas de referencia. Será incluido también en el cupo de uno de los dos psiquiatras, que será su médico de referencia. Adicionalmente, los clientes serán evaluados por un psicólogo (*assistant*) y aquellos que lo requieran recibirán intervención psicológica especializada, así como orientación vocacional, social, laboral, etc.

#### 2.4.2.1. El día a día con el cliente

El **Care Co** es la persona responsable de coordinar los diversos aspectos del cuidado del cliente, además de proveer apoyo directo. Esto se concreta en visitas regulares para entregar y/o supervisar medicación, monitorizar el estado físico (p.ej. presión arterial) y mental, así como dar apoyo emocional o instrumental en los diversos ámbitos de la vida del cliente. Se encarga de recordar al cliente las visitas médicas, llevarlo y recogerlo a las visitas u otras actividades si el cliente no tiene suficiente autonomía ni apoyo familiar, poner en marcha los dispositivos de ayuda económica, vivienda, laboral, etc. Por último es también, generalmente, la persona encargada de trabajar la **prevención de recaídas** desde el enfoque cognitivo-conductual que adopta la intervención temprana.

Las funciones del **Assistant Care Coordinator** son más restringidas pero esenciales. Visita regularmente a los clientes junto con el *Care Co* o por separado, según las necesidades y riesgo de cada paciente, realizando además actividades lúdicas y deportivas, individualmente o en grupo. En concreto, además de las actividades individuales, en el equipo BEN hay un "grupo de mujeres", liderado por dos *Assistant*, que se reúnen 1 vez a la semana (para ir al cine, a la bolera, etc.) y un "grupo de hombres" que semanalmente van a jugar al billar con uno de los *Care Co*.

La frecuencia de visitas a cada cliente se decide en las reuniones de equipo o en los partes del día, según la fase de la enfermedad y estado sintomático, nivel de funcionamiento y autonomía, apoyo familiar, etc. Puede variar entre diaria y bimensual o trimestral. *Care Co* y *Assistant* son los principales responsables de que las visitas se cubran con la frecuencia acordada, aunque no son necesariamente ellos los que tienen que realizar las visitas diarias, pudiendo alternarse con el psicólogo, psiquiatra o cualquier otro miembro del equipo.

En casos de pacientes en alto riesgo de recaída, o con sintomatología positiva aguda, ideación autolítica, etcétera, el régimen será de 2 visitas al día, una por la mañana a cargo del EIS y otra por la tarde-noche a cargo del equipo de atención domiciliaria. Este mismo equipo dispone de atención telefónica 24 horas al día durante los 7 días de la semana, una buena alternativa a las "urgencias" del hospital para el cliente en crisis.

La **trabajadora social**, aunque ejerce de *Care Co* realizando funciones similares (en lo posible) a los profesionales de enfermería con un pequeño cupo de clientes, también ejerce su especialidad en los casos necesarios, abarcando a todos los clientes del equipo.

El **terapeuta vocacional** ayuda a las personas a funcionar de manera eficaz en su vida, planteando actividades y ámbitos de desarrollo profesional, potenciando sus habilidades sociales, promoviendo la participación en actividades de tiempo libre, etc. tanto en grupos formados por usuarios del EIS como en otros ámbitos externos (formación profesional, Universidad, etc).

#### 2.4.2.2. Control y tratamiento médico

El **psiquiatra *consultant*** visita a los clientes en sus casas o en consultas externas del hospital más cercano a sus casas, según el grado de deterioro y autonomía de cada persona. Las revisiones con el psiquiatra tienen una frecuencia mínima de una vez al trimestre (idealmente), pudiendo ser semanales o incluso más frecuentes si el estado crítico o en fase inicial del cliente lo requiere.

El **psiquiatra de apoyo** y el **residente** de psiquiatría cubren las necesidades más urgentes y desempeñan otras funciones, tales como la evaluación inicial de nuevos clientes; el residente realiza también visitas ambulatorias en la clínica.

El **residente de medicina** realiza las exploraciones físicas de los pacientes (mínimo un examen físico anual de rutina) y colabora o participa en otras funciones con el psiquiatra, en mayor o menor medida dependiendo de su interés y de las posibilidades.

Se mantiene además contacto y coordinación con el médico de cabecera de cada persona, con un nivel de comunicación variable en función del estado del cliente, sus necesidades y problemas de salud y la disponibilidad de cada médico.

#### 2.4.2.3. Funciones del psicólogo clínico y de los psicólogos no especialistas

El **psicólogo clínico** es el responsable último del tratamiento psicológico de cada cliente. Éste puede ser de alta o de baja intensidad, en función de la persona y de la fase de la enfermedad. Las intervenciones se enmarcan casi exclusivamente en el enfoque cognitivo-conductual y pueden tener como objetivo cualquiera de los síntomas o problemáticas de la persona: alucinaciones resistentes a la medicación, delirios, sintomatología ansiosa o depresiva, aislamiento social, falta de habilidades sociales, conflictos interpersonales, dificultades de afrontamiento o resolución de problemas, etc. Asimismo la intervención puede dirigirse a síntomas o "trastornos" diferentes de, aunque relacionados con, el episodio psicótico. Un ejemplo de ello es el trastorno por estrés postraumático, no infrecuente entre la

población con un episodio psicótico o con sintomatología psicótica que finalmente puede no desembocar en un diagnóstico de psicosis.

El psicólogo clínico realiza el trabajo directo con los usuarios más "difíciles", o las intervenciones más específicas y de mayor complejidad, pudiendo implicar en una segunda fase del tratamiento a las *assistant* o la estudiante de prácticas, por ejemplo para realizar tareas de exposición.

Aunque las estrategias y técnicas de intervención se ciñen al modelo cognitivo conductual, de probada eficacia en el campo de las psicosis, el enfoque del psicólogo clínico es amplio, considerando a la persona en su globalidad, sus experiencias y su historia previa, así como sus relaciones familiares, y basando la intervención en una relación terapéutica que se construye sobre los principios de la filosofía humanista: empatía, genuinidad y aceptación incondicional (Carl Rogers).

En el Servicio de Intervención Temprana no se realiza terapia familiar, aunque sí se hace partícipe del tratamiento a la familia siempre que esto se considere oportuno. La psicoeducación con la familia es muchas veces tan importante como la llevada a cabo con el propio usuario, y en muchas ocasiones uno o varios miembros de la familia pueden ejercer el rol de coterapeuta. También, en el caso de los menores de edad y en todos los casos en los que el cliente lo solicita o acepta, la familia estará informada del plan de prevención de recaídas y será responsable de avisar al cliente y/o profesionales en caso de detectar alguno de los signos de alerta o "*early warning signs*".

El psicólogo clínico participa también en las evaluaciones continuadas de clientes con sintomatología "no concluyente" de psicosis, colaborando en el proceso de diagnóstico diferencial. Por otro lado, el psicólogo clínico del equipo BEN colabora actualmente con el Equipo de Intervención y Detección Temprana, participando o llevando a cabo las entrevistas de evaluación inicial de clientes derivados a este servicio (ver más adelante).

Además, es responsable de la supervisión de las evaluaciones y tratamientos "de baja intensidad" realizados por los psicólogos no cualificados (no clínicos: residente, *assistant* y estudiante) y por los *Care Coordinator*. Esta supervisión tiene una frecuencia semanal en el caso del/a residente, semanal o quincenal para las *assistant* y menor para los *Care Co*.

Por último, actualmente el psicólogo clínico del equipo dispone de un día a la semana dedicado a la investigación.

La **residente** de psicología realiza funciones similares a las del psicólogo clínico, estando bajo su supervisión, además de evaluaciones y trabajo de investigación.

Las **psicólogas *assistant*** realizan, fundamentalmente, una evaluación completa de cada nuevo cliente. Ésta incluye la Escala de Síndrome Positivo y Negativo (Positive And Negative Syndrome Scale, en adelante PANSS), la Escala de Ajuste Premórbido, la Línea de tiempo y el cálculo de la Duración de Psicosis Sin Tratar (DUP) y Duración de Enfermedad sin Tratar (Duration of Untreated Illness, en adelante DUI) (ver punto siguiente y anexo).

Además de esto, pueden realizar labores de apoyo al psicólogo clínico o al *Care Co*; esto incluiría intervenciones cognitivo-conductuales para el manejo de la ansiedad (técnicas de relajación, reestructuración cognitiva), la evitación social (i.e. reestructuración cognitiva más exposición con prevención de respuesta), resolución de problemas, etc. También en apoyo o sustitución de *Care Co* ausentes, realizan trabajo de prevención de recaídas, aumento de la actividad diaria, etc.

### **2.4.3. Registro de datos y seguimiento de los usuarios**

#### *Historia clínica*

Cada cliente tiene una carpeta con su historial, donde se registra todo lo concerniente a su enfermedad y tratamiento. Cada profesional escribe ahí el curso clínico. Además de esto, hay un sistema informático donde se requiere el registro de ciertos datos, así como de los resúmenes y las escalas comentadas en las reuniones de revisión.

#### *Evaluación de la Asistencia Social y Sanitaria (Health and Social Care Assesment)*

Es la parte de la historia clínica, informatizada, donde se recogen todos los datos concernientes a la historia personal y psicopatológica del cliente y de su familia. Se incluye una descripción del estado actual y exploración psicopatológica en el momento presente.

#### *Care Plan Approach*

Es realizado por el *Care Coordinator* e incluye lo siguiente:

- Acciones para cubrir las necesidades y promover la recuperación: se identifican las necesidades del cliente y se describen una a una; se especifica:
  - Acción a llevar a cabo y quién es el responsable de ella.

- Resultado deseado y fecha en que se revisará.

Por ejemplo:

*Necesidad:* mejorar la adherencia a la medicación. *Acción:* explicar al cliente los beneficios y efectos secundarios de su medicación; revisar periódicamente posible aparición de nuevos efectos; comentar con él ventajas y desventajas, etc.

- “*Early Warning Signature*” y plan de prevención de recaída: es la identificación personalizada de los signos y síntomas que señalan un estado de riesgo de recaída. Esto lo trabaja el Care Co de manera individualizada con cada cliente, con ayuda del psicólogo si es necesario, haciendo un plan por escrito con: signos “tempranos”, divididos en 3 etapas (de menor a mayor riesgo); desencadenantes típicos (para cada persona); y alternativas de prevención/intervención (estrategias personales, apoyo familiar/social y recurso a los servicios médicos, incluyendo el EIS) (8).
- Plan de contingencias.
- Acciones para reducir riesgos y promover la seguridad.
- Se incluye también una evaluación del riesgo de suicidio, basada en intentos anteriores, ideación suicida actual, etc.

#### *Evaluación Psicológica Inicial*

- Línea del tiempo y DUP: es un relato cronológico que describe los acontecimientos vitales relevantes en la vida de la persona hasta el inicio de la psicosis y el contacto con los servicios especializados. Se lleva a cabo a partir de los datos recogidos en la historia clínica (anamnesis), completando cuando es necesario con entrevistas al cliente o a su familia. A partir de la línea de tiempo se calcula la DUI y la DUP (ver anexo).
- “Caminos hacia el Tratamiento” (*Pathways to Care*): es un formulario en el que se recoge de manera sistematizada los diversos intentos de búsqueda de ayuda/tratamiento de la persona desde que apareció la primera sintomatología. Se registra a quién acudió en primer lugar, cuándo fue la cita, quién propuso buscar ayuda, cuál era el problema, si se le prescribió medicación, si se le derivó a otro servicio, etc. Se recoge esta información de todos los servicios o intentos de tratamiento previos a la llegada al EIS.



Tanto el cálculo de la DUP como este formulario tienen como objetivo reflejar la influencia de la demora en el tratamiento sobre la enfermedad, y mejorar el acceso de personas con un primer episodio psicótico a los servicios especializados.

- Escala de Ajuste Premórbido (PAS): evalúa el nivel de "logro" de la persona con relación a objetivos de desarrollo en los distintos periodos vitales, *antes* del inicio de la psicosis. En concreto, el concepto de "premórbido" es operativizado como *seis* meses antes de evidenciarse sintomatología florida. Las áreas evaluadas son: aislamiento/relación social, relaciones con iguales, capacidad de funcionamiento fuera de la familia nuclear y capacidad de formar vínculos íntimos socio-sexuales. Los periodos vitales cubiertos son: infancia (hasta 11 años); adolescencia temprana (12-16 años), adolescencia tardía (16-18) y edad adulta. Esta escala ha mostrado su utilidad para identificar clientes en alto riesgo de ser hospitalizados.
- Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS): Se rellena en la primera o segunda entrevista del psicólogo con el cliente (en una o dos sesiones), que suele ser al menos un mes después de haber sido aceptados en el servicio. La entrevista es realizada por psicólogas de investigación o *assistant*, que han recibido un breve curso de formación sobre esta escala.

### *Evaluación psicológica completa*

Además de esta evaluación básica, durante el tiempo que el cliente permanece en el servicio, es evaluado longitudinalmente en una multitud de áreas de salud mental, reflejándose los resultados en un informe psicológico completo. Idealmente, cuando el cliente es dado de alta del servicio, la evolución en su estado de salud psicosocial queda reflejada en las distintas variables evaluadas al inicio y al final de los tres años. Las escalas principalmente empleadas han sido incluidas en el anexo, aunque no todas ni sólo éstas son utilizadas en cada caso concreto.

Esta evaluación es a menudo realizada por la residente de psicología y supervisada por el psicólogo clínico en las sesiones de supervisión. Una excepción son las escalas HoNOS y GAF que, como ya se ha comentado con anterioridad, son completadas bianualmente en las reuniones de revisión de cada paciente.

#### **2.4.4. Circuitos de derivación y servicios implicados en el cuidado de la persona**

Las personas que sufren un primer episodio psicótico pueden llegar al EIS por diversas vías:

- Médico de cabecera.
- Equipo de atención domiciliaria (*Home Treatment Team*, en adelante HTT): funciona 24 horas al día de lunes a domingo. Es generalmente el equipo que recibe a pacientes que acuden a urgencias con un episodio psicótico agudo, derivándolos al EIS o programando un ingreso hospitalario, según las circunstancias de cada caso.
- Unidades de ingreso hospitalario.
- Equipo de Salud Mental Comunitaria (*Community Mental Health Team*, CMHT), equivalente al Centro o Unidad de Salud Mental de adultos en España.
- Servicio de Salud Mental Infanto-Juvenil (*Child & Adolescent Mental Health Service*, CAMHS), en caso de pacientes menores.
- *Youth Support Team* (equipo de apoyo a los jóvenes).
- Equipo de Intervención y Detección Temprana (*Early Detection & Intervention Team*, en adelante ED:IT): éste es un programa estrechamente relacionado con el EIS, y de hecho situado en el mismo edificio, que trabaja con clientes en "pródromos" o en riesgo de desarrollar psicosis (Estado Mental de Alto Riesgo, en adelante EMAR). Se realiza con ellos una evaluación continuada y una intervención psicosocial, ya que no está demostrada la efectividad del tratamiento farmacológico en estos casos. En el momento en que se valora la transición del EMAR a un episodio psicótico, el cliente es transferido inmediatamente al EIS.
- Otros (p.ej. Equipo de Dificultades de Aprendizaje).

Desde el momento en que un cliente es aceptado en el EIS, el equipo al que corresponde por zona adquiere la responsabilidad total sobre su tratamiento. Esto incluye (además del modelo de intervención ya descrito): la coordinación del servicio de cobertura de crisis (24 horas al día, 7 días a la semana), la responsabilidad de implementar una admisión hospitalaria (voluntaria o involuntaria) en caso necesario, así como la atención regular al cliente hospitalizado y la participación en su tratamiento y plan de alta.

Los *Care Co* cubren por turnos los fines de semana, de modo que el EIS proporciona un servicio de apoyo mediante visitas a domicilio o contacto telefónico 7 días a la semana, en un

horario de 9 de la mañana a 5 de la tarde. El resto del tiempo, en los casos necesarios, es cubierto por el HTT.

Además del apoyo y la intervención específica del EIS, existen otras unidades o servicios que pueden complementar el cuidado de la persona con psicosis en diversas fases de su enfermedad:

- **Unidad de hospitalización psiquiátrica:** último recurso, utilizado en el caso de
  - a) Clientes en crisis, que suponen un claro riesgo para sí mismos o para su entorno y de difícil o inviable manejo en la comunidad.
  - b) Clientes con riesgo suicida (ideación suicida continua y estructurada/ amenazas/ intento) y poco soporte familiar.
  - c) Monitorización cambio medicación (iniciar clozapina) en el caso de pacientes menores de edad.

Existen dos opciones de hospitalización:

1. Sala de psiquiatría (en hospital general o centros psiquiátricos).
2. Unidad de cuidados intensivos (Intensive Care Unit): unidades de mayor seguridad para clientes con elevada agresividad y riesgo importante hacia sí mismos u otros.

- **Recursos de apoyo en la comunidad para pacientes agudos o en crisis:**

- HTT: disponible 24 horas al día los 7 días de la semana, por indicación y derivación del psiquiatra responsable (consultant del EIS). Proporcionan apoyo a diversos niveles de intensidad, según requerimientos de cada caso:
  - ✓ En crisis: el cliente llama cuando lo necesita.
  - ✓ Visitas diarias (por la noche) para monitorizar el estado psicopatológico del cliente "agudo" o en riesgo
  - ✓ Reparto de medicación (por las noches), esencialmente para clientes con riesgo de sobredosis y sin apoyo familiar
- PALS: es una línea de atención telefónica accesible a cualquier cliente en cualquier momento del día o la noche.

- **Respite ("casas de respiro"):**

Es un recurso intermedio y transitorio, una especie de "hospitalización en la comunidad". Inicialmente estaba emplazado en un antiguo hospital psiquiátrico.

Actualmente el EIS en Birmingham dispone de 3 casas con 5 habitaciones cada una, es decir 15 plazas. La lista de espera en el momento en que yo lo conocí era de 7 personas.

En la casa viven 1-2 profesionales durante las 24 horas. La estancia máxima planteada es 3 meses, pero a menudo debe prolongarse, en función de las necesidades del cliente y la carencia de un alojamiento alternativo

Criterios de admisión: clientes dados de alta de unidad psiquiátrica con síntomas persistentes o/y bajo nivel de funcionamiento; clientes residiendo en domicilio familiar con relaciones conflictivas entre sus miembros o incapacidad de la familia para hacerse cargo de ellos.

- **Pisos tutelados** (*supported accommodation*): recurso ofrecido a nivel de alojamiento para clientes con insuficiente capacidad de autonomía. Se trata de viviendas compartidas con otros usuarios de los servicios de salud mental, con personal de soporte a distintos niveles según el recurso concreto: 24 horas, sólo en horario laboral (de 9 a 17h), o sólo ocasional a demanda del usuario. El personal contratado monitoriza la toma de medicación y el estado psicopatológico de cada cliente, y proporciona apoyo en actividades de la vida diaria cuando es necesario. Los usuarios pueden permanecer en este recurso por un tiempo indefinido, aunque normalmente (idealmente) es un paso intermedio, provisional, hacia la adquisición de una mayor autonomía y el traslado a una vivienda propia.
- **Orden de tratamiento comunitario supervisado (SCTO)**: no se trata de un servicio o dispositivo, sino de una orden judicial que, a través de la resolución de un tribunal médico, permite que se "fuerce" el tratamiento farmacológico a clientes en comunidad. Se aplica a los usuarios con historia de baja adherencia al tratamiento y alto riesgo de recaída, poco soporte familiar, etc. Si los clientes bajo esta orden se niegan a tomar el tratamiento, se puede forzar un ingreso (de una manera más sencilla que los ingresos involuntarios fuera de la SCTO).

### 3- ACTIVIDADES REALIZADAS

A continuación presento el esquema general de actividades en las que participé durante mi estancia en el EIS.

Las actividades fijas (en negrita), programadas cada semana, consistieron en:

- Las reuniones de equipo.
- Revisiones de pacientes (cada día con uno de los psiquiatras *consultant*).
- Visitas en la clínica con los psiquiatras y el residente de psiquiatría.

El resto del tiempo lo ocupaba en visitas a domicilio con los diversos profesionales, en entrevistas de evaluación (con psiquiatra, residente de psiquiatría o psicólogas), en actividades de grupo con clientes o en actividades formativas; y, a nivel individual, estudio, lectura de artículos, libros, historias clínicas, etc.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
9.15-9.45	<b>Reunión de equipo</b>	<b>Parte del día</b>	<b>Parte del día</b>	<b>Parte del día</b>	<b>Parte del día</b>
10.00-11.30		Visitas a domicilio	<b>Revisiones dr. M</b>	<b>Revisiones dr. S</b>	Visitas a domicilio
11.30-14.00	Visitas a domicilio/ estudio	Visitas a domicilio/ estudio	Visitas a domicilio/ estudio	Visitas a domicilio/ estudio	Visitas a domicilio/ estudio
14.00-17.00	Visitas/ estudio	<b>Visitas clínica dr. M / D</b>	Visitas/ Actividades grupos	<b>Visitas clínica dr. S</b>	Visitas/ estudio

Debido a la dificultad idiomática y de desplazamiento para las visitas domiciliarias, toda mi actividad asistencial la realicé en conjunto con uno o más miembros del equipo. Mi papel fundamental fue de observadora y, aunque pude participar activamente en las sesiones (principalmente en sesiones de tratamiento con clientes a los que había ido viendo desde el principio), así como en actividades de grupo, no fui en ningún momento la profesional principal de referencia de ningún cliente.

### **3.1. ACTIVIDADES ASISTENCIALES**

#### **3.1.1. Trabajo multidisciplinar**

Durante las primeras semanas de mi rotación, con el objetivo de conocer al máximo de clientes posible y la manera de trabajar de los diversos profesionales, mi actividad principal consistió en visitas a domicilio con los *Care Coordinator* y auxiliares, así como visitas en la clínica con una de las psiquiatras.

Los *Care Co* realizan habitualmente entre 2 y 5 visitas diarias, siempre a domicilio y con diversos objetivos, ya comentados anteriormente; acompañarles diariamente me permitió introducirme en la dinámica del programa, así como conocer y seguir a clientes en las diversas fases de la enfermedad (incluyendo recaídas con y sin abandono de la medicación) y con muy variadas necesidades.

Además de las visitas individuales, tuve la oportunidad de participar de manera ocasional en diversas actividades de grupo:

- "Grupo de hombres": formado por dos o tres clientes de edades rondando los 20 años y con un nivel de funcionamiento medio-bajo, que se reúnen con un *Care Co* para ir a la bolera, propuesta como una actividad que aumenta su motivación, mejora el estado de ánimo y fomenta la interacción social, incidiendo de manera positiva en su nivel de habilidades sociales y comunicación.
- "Grupo de mujeres": formado (en el momento en que yo participé) por tres o cuatro adolescentes mujeres, que se reúnen semanalmente con una o dos *assistant* para realizar diversas actividades: cine, bolera, salida a la ciudad, etc.

Ambos grupos son abiertos, incluyendo a cualquier cliente que pueda beneficiarse del contacto con otros chicos/as de su edad y con problemática similar y de la participación en una actividad estructurada y placentera.

- Grupos pre-terapéuticos: es un programa que se inició durante mis últimas semanas de estancia en el EIS. Su objetivo es potenciar el nivel de actividad en usuarios del servicio que, debido al estadio de su enfermedad y su nivel de funcionamiento, no son objeto de una intervención psicosocial de alto nivel. Los destinatarios de este programa serían usuarios afectados por sintomatología negativa moderada, aislamiento social y emocional, baja motivación, estado de ánimo y habilidades interpersonales y que además presentan con frecuencia dificultades de adherencia a

los servicios sanitarios. Esto es, en resumen, aquellos que estarían en la franja media-baja en la escala de evaluación de la actividad global (EEAG) o de nivel de funcionamiento global (GAF <40) y que no lleven en el EIS más de dos años. El objetivo, por tanto, del programa de actividad pre-terapéutica sería promover actividades de baja intensidad para este grupo de clientes, como un paso intermedio hacia la participación en actividades terapéuticas individuales o grupales.

Como "experiencia piloto" de este nuevo programa, se propuso iniciar cinco grupos complementarios y paralelos (cine, habilidades emocionales, arte, música, juegos) con base en una de las casas de respiro, guiados por estudiantes de psicología y supervisados por un/a psicólogo/a clínico/a.

Durante mi estancia pude participar una vez en el grupo de cine y dos veces en el de música. Este último grupo, ya iniciado con anterioridad, es un magnífico espacio de convivencia y creatividad para adolescentes y jóvenes con aficiones y dotes musicales. En cuanto al resto de grupos, dificultades de infraestructura así como de motivación y vínculo con los clientes, retrasaron su puesta en marcha.

En cuanto a las visitas realizadas con psicólogos y psiquiatras, cabe distinguir:

- Visitas a domicilio: son la mayoría, pues la asistencia de la persona en su propio medio es un elemento clave en la filosofía del programa de intervención temprana. Se ha comprobado que este modelo mejora la adherencia al tratamiento y al servicio, pues minimiza los factores que pueden llevar a un paciente a fallar a su visita médica (miedo a salir a la calle, olvido, dificultades de transporte o acceso a la clínica, apatía/abulia, etc). En general la visita del profesional en el domicilio no es vivida como una "intrusión", sino como una facilidad y muestra de cercanía. Todas las visitas de psicología son realizadas en el domicilio, pudiendo incluir salidas como parte del tratamiento (exposición en pacientes con miedos, ideas de referencia, fobia social, etc.). En cuanto al psiquiatra, realiza en el domicilio las visitas de urgencia (clientes que se descompensan), visitas a clientes en estado agudo o con importante sintomatología residual, clientes recientemente aceptados en el servicio o aquellos con muy bajo nivel de funcionamiento y escaso apoyo familiar.
- Visitas en los pisos tutelados: similar a las visitas a domicilio, incluyendo en ocasiones una entrevista con el profesional responsable del piso.

- Visitas en "casas de respiro": seguimiento rutinario de psiquiatría (medicación, nivel de funcionamiento, actividades diarias, etc.).
- Visitas en unidad de hospitalización: realicé dos visitas, una con cada uno de los psiquiatras *consultant*. En estas visitas tiene lugar una sesión o "parte" con el médico o enfermera responsable de la sala, junto con una entrevista con el cliente y familiar. El *consultant* realiza visitas regulares a los pacientes hospitalizados, observando y evaluando por sí mismo el grado de mejoría sintomática, conciencia de enfermedad, etc, de su cliente, así como comentando con el responsable de hospitalización la evolución, plan de tratamiento y de alta.
- Visitas en la clínica: como ya he comentado, los psiquiatras realizan parte de sus visitas en una clínica (hospital o ambulatorio de la zona a la que pertenecen sus clientes). Las visitas en la clínica tienen el objetivo, por una parte, de permitir una mayor efectividad en cuanto a número de visitas (pueden ser atendidos hasta 6 clientes en una tarde, mientras que en domicilio difícilmente pueden ser visitados más de 4 ó 5 en todo el día); por otro lado, se programan con los clientes que tienen un grado de autonomía o un nivel de funcionamiento suficiente y/o que necesita ser estimulado, cumpliendo así la visita a la clínica una función "normalizadora". Durante mis tres meses en Birmingham, empleé una o dos tardes a la semana en las visitas psiquiátricas en la clínica.
- Entrevistas de evaluación inicial: participé en dos o tres evaluaciones iniciales, realizadas por un *consultant* o por el residente psiquiatría junto con uno de los *Care Coordinator*. En estas entrevistas se evalúa el estado psicopatológico actual y pasado (cuando el cliente o su familia pide ayuda por primera vez, al médico de cabecera u otros agentes); se recoge la historia personal y familiar, antecedentes psicopatológicos, tratamientos realizados (si alguno). Con toda la información recogida, junto con la ya registrada en la historia clínica, se confirma o desecha el diagnóstico de primer episodio psicótico. Si la información es insuficiente, se acepta al cliente por un tiempo limitado (i.e. 3 ó 6 meses) con el objetivo de hacer una evaluación continuada y clarificar el diagnóstico.
- Entrevistas conjuntas con el ED:IT: en los casos en que la información obtenida a través de la historia clínica y el profesional derivante sugiere un EMAR o posibles pródromos sin quedar clara la transición a la psicosis, la entrevista de evaluación se hace en conjunto EIS y ED:IT, rellenando en caso necesario la Entrevista Estructurada



para el Síndrome Prodrómico (SIPS). Durante mi estancia, tuve la oportunidad de participar como observadora en una entrevista de este tipo.

### **3.1.2. Intervenciones psicológicas**

- **Visitas con el psicólogo clínico.** Generalmente la intervención del psicólogo clínico se realiza a demanda del psiquiatra, con objetivos concretos.

Sesiones de exploración:

- Evaluación y clarificación de las necesidades /demanda del cliente en el momento de la solicitud de intervención, para concretar el plan terapéutico: entrevista con el cliente y su familia.
- Evaluación de las alucinaciones auditivas (en el caso de clientes en los que la demanda es la intervención específica en este ámbito):
  - Escala de medida de la topografía de las voces (*Topography of Voices Rating Scale*): mide la frecuencia, volumen, claridad, distrés e impacto de las voces.
  - Diario de Voces: persigue como objetivo evaluar la presencia de voces, su relación con el estado de ánimo y con variables situacionales, y ayudar a la toma de conciencia de "soluciones intentadas" y su efecto sobre las voces.
  - Evaluar a través del cuestionamiento directo qué ha intentado para reducir las voces.
  - Cuestionario de Creencias Sobre las Voces (*Beliefs About Voices Questionnaire*, BAVQ-R): evalúa malevolencia, benevolencia, omnipotencia, compromiso, resistencia.
- Evaluación psicopatológica y diagnóstico diferencial: según la demanda y necesidades, se evalúa a través de la entrevista abierta y diversos cuestionarios la existencia de depresión, estrés postraumático, ansiedad, etc. (Diagnóstico comórbido o diferencial).

Sesiones de tratamiento:

Durante mi estancia en el EIS, los tratamientos en los que pude participar con el psicólogo clínico se centraron principalmente en dos temas:

- a) Intervención sobre alucinaciones auditivas: para "voces" que persisten a pesar del tratamiento farmacológico. Además de dar estrategias prácticas, como el uso de walkman, en general la terapia cognitivo-conductual resulta muy efectiva para desafiar el *contenido* de las voces y para reducir el *poder* percibido (creencia en la omnipotencia de las voces). Algunas estrategias utilizadas: "desafiar" a las voces recogiendo pruebas "a favor-en contra" de lo que dicen; experimentos conductuales para poner a prueba la veracidad de las amenazas; generar tarjetas de afrontamiento con autoinstrucciones, etc.
  - b) Incremento de autoconfianza y autonomía / intervención familiar: participé en alguna sesión de este tipo con un cliente adolescente, estabilizado a nivel sintomático aunque con persistencia de alucinaciones auditivas ocasionales, que desde el inicio de la enfermedad dormía con su madre y necesitaba un contacto continuo con ella durante el día.
- **Visitas con psicóloga *Assistant*.** durante los tres meses pude participar con una de las *assistant* en
- Evaluaciones iniciales (ya comentadas).
  - Evaluaciones complementarias: nivel intelectual (WAIS-III), dificultades de aprendizaje (Test de lectura: Wechsler Test of Adult Reading, WTAR).
  - Visitas de seguimiento /creación de vínculo terapéutico.
  - Entrenamiento en técnicas de manejo de la ansiedad (entrenamiento en respiración, técnicas de distracción, etc.).
  - Técnicas de reestructuración cognitiva.
  - Entrenamiento en resolución de problemas.
  - Entrenamiento en habilidades sociales con exposición: en concreto, salidas a la calle y realización de actividades cotidianas (compra en un supermercado), previa preparación, con un cliente adolescente que durante dos años había evitado todo contacto con el exterior (con elevada sobreprotección por parte de los padres).
  - Terapia cognitivo-conductual "de baja intensidad": activación conductual para una cliente adolescente con elevada apatía/desmotivación y falta de organización en su vida cotidiana.

### 3.2. ACTIVIDADES ACADÉMICAS

Durante mi estancia en el EIS participé en las actividades de formación internas al servicio, así como en una jornada de formación externa. Además pude complementar mi formación con sesiones de supervisión con distintos profesionales y con la lectura de artículos, libros y manuales.

- Supervisión de casos: con una frecuencia aproximadamente quincenal, pude consultar dudas, comentar la evolución de clientes tratados, etc., tanto con el psicólogo clínico como con la psiquiatra *consultant*.
- Asistencia a sesiones clínicas de casos (comunes a los cinco equipos del EIS, generalmente realizadas por y para los psiquiatras): durante mi estancia hubo dos sesiones de este tipo, acerca de clientes que presentaban mala respuesta a la medicación y mala evolución, para investigar posibles explicaciones, discutir alternativas, etc.
- Taller sobre abuso sexual infantil: taller formativo de un día de duración, externo al servicio.
- Conferencias de ponentes externos al servicio:
  - "*Headspace: someone else to go*" (programa de intervención con jóvenes de Melbourne, Australia). Ponente: Nick Prendergast.
- Sesiones de formación sobre las escalas básicas empleadas en la evaluación inicial de los clientes (*baseline assessment*): dos sesiones de unas 3 horas de duración cada una, de contenido teórico-práctico, dirigidas a los psicólogos *assistant* y de prácticas, para entrenar en la administración de la PANSS y otras escalas ya comentadas.
- Sesiones de corrección/evaluación de la concordancia inter-jueces de la PANSS: tuve la oportunidad de utilizar la PANSS para evaluar a dos clientes, junto con otras psicólogas, con una posterior comparación de nuestras puntuaciones para evaluar la concordancia y corregir posibles dudas y errores.
- Reuniones de investigación: el EIS, generalmente en colaboración con la Universidad, tiene una fecunda actividad investigadora. Aunque yo no participé directamente en ningún proyecto de investigación, pude asistir a diversas reuniones en las que se comentaban los cuatro proyectos que se estaban llevando a cabo en el EIS en esos momentos. Uno de ellos, por citar un ejemplo, es el "Proyecto ENRICH: determinando la adecuación y aceptación de los servicios de Intervención Temprana para diferentes

grupos étnicos". Este estudio tiene el objetivo de evaluar lo adecuados, accesibles y aceptables que son los servicios de intervención temprana para las minorías étnicas atendidas.

#### 4- APLICABILIDAD A NUESTRO CONTEXTO

Lo primero que una piensa al intentar trasladar a España lo aprendido en el Reino Unido, es la enorme, insalvable diferencia de recursos, y la disparidad de nuestros sistemas sanitarios. A grandes rasgos, el EIS cuenta con aproximadamente un centenar de profesionales, dedicados exclusivamente al ámbito de primeros episodios psicóticos, en un rango de edad de 14 a 35 años, para una población total que ronda los dos millones de habitantes (núcleo urbano de Birmingham más municipios colindantes).

Salvando esta distancia, hay sin duda aspectos que podrían ser incorporados para mejorar nuestra práctica clínica, al menos la que conozco, de mi hospital de origen.

Uno de los elementos clave del EIS y difícilmente aplicable a nuestro contexto, al menos a corto plazo, es la intervención comunitaria. Este enfoque, entre otras cosas, mejora notablemente la vinculación a los servicios de salud mental y la adherencia al tratamiento, pero consume una enorme cantidad de recursos humanos, pues implica desplazamientos continuos para visitar a los clientes en sus casas.

Otro elemento clave del que yo he aprendido mucho y creo que podríamos mejorar aquí, es el trabajo en equipo, la coordinación constante, la comunicación fluida. Una buena organización y un coordinador de equipo eficiente permiten que el equipo sea un verdadero apoyo para el profesional, y obviamente repercute en una mejor atención al usuario. El trabajo asistencial a nivel individual es claramente menor del que se realiza en España, pero los resultados en cantidad y calidad de atención al cliente son excelentes. Me parece destacable, además, cómo las posibles discrepancias o desavenencias a nivel personal nunca constituyen un obstáculo para el trabajo conjunto y la inmejorable coordinación. Las reuniones diarias de equipo son un espacio fundamental y siempre respetado, y la responsabilidad compartida sobre todos los clientes permite que éstos sean atendidos según sus necesidades, y no según las posibilidades del profesional de turno, además de minimizar el riesgo de *burnout* del profesional sanitario.

He aprendido también sobre los distintos niveles de intervención en personas con un primer episodio psicótico. Creo que en España se debería potenciar el papel fundamental de los profesionales de enfermería y otras titulaciones como auxiliares, que forman parte crucial del proceso de recuperación de la persona con psicosis. En cuanto a la intervención psicológica, también se da a distintos niveles, y desde un enfoque amplio pero con tratamientos serios y siempre basados en la evidencia.

Por último, pero no por ello menos importante, me gustaría traer y contagiar en mi contexto la concepción de la persona y del "paciente" que tienen los profesionales británicos, al menos aquellos del ámbito en el que yo me he movido: la relación terapéutica, tanto de psiquiatras como de psicólogos, enfermeros, etc., parte de un respeto profundo y genuino y es siempre una relación de colaboración y diálogo sinceros. Del mismo modo que en el equipo todos los profesionales colaboran horizontalmente –sin obviar diferencias en la formación, grado de responsabilidad y toma de decisiones- el acercamiento a la persona enferma es también "de igual a igual" y en su marco de referencia (sistema de creencias, redes de apoyo...). Es decir, sin olvidar que el profesional posee conocimientos y herramientas que le van a permitir ayudar a la persona con psicosis, siempre va a tenerla en cuenta como persona con opiniones, sentimientos y deseos válidos y respetables. Los tratamientos, por tanto, van a "negociarse", nunca a darse por hecho; y, aunque en algunos casos el médico va a tener que tomar decisiones unilaterales, éstas serán la minoría.

## 5- VALORACIÓN PERSONAL

En el Reino Unido hay, en general, un gran interés por la excelencia en la asistencia tanto como en la investigación y un mayor respeto por la profesión del psicólogo clínico, así como por el trabajo interdisciplinar. Ya he comentado las ventajas apreciadas del trabajo en equipo, que para mí ha sido uno de los elementos más enriquecedores de mi estancia.

En cuanto al trabajo asistencial, la participación en múltiples visitas con los distintos profesionales ha sido una experiencia muy enriquecedora. Me ha permitido observar y aprender el estilo de los psiquiatras formados en Gran Bretaña, muy cercano a la entrevista motivacional y basado en el respeto profundo y genuino por las decisiones del cliente sobre su vida y su enfermedad. También he podido observar, gracias al día a día con los enfermeros, la evolución de los clientes con diversas dosis de medicación, los efectos positivos y secundarios, las dificultades cotidianas... así como el proceso de recaída y reinicio de tratamiento de varios clientes y su abordaje desde la comunidad.

Otra experiencia interesante ha sido observar la evolución de los diagnósticos de clientes que entran en el programa con un "episodio psicótico" y con los que en cierto momento se replantea el diagnóstico: a partir de las visitas y observación diaria realizadas por el Care Co, entrevistas con el psicólogo, los (escasos o extraños) efectos de las diversas medicaciones probadas por el psiquiatra, etc. va tomando forma un trastorno por estrés postraumático, trastorno de personalidad, o incluso trastornos de ansiedad con ideas "pseudo-delirantes" pero que en realidad son ideas aceptadas dentro de la cultura del cliente (i.e. espíritus, diablo, ángeles).

A este respecto, también ha sido interesante la experiencia de multiculturalidad. La dificultad del idioma era a menudo subsanada por la pluralidad racial y lingüística del propio equipo, donde diversos miembros conocían distintos idiomas asiáticos y podían así comunicarse directamente con aquellos clientes o familiares recientemente inmigrados. La diversidad de creencias, sigue constituyendo un reto a la hora de "entrar en el sistema de creencias del cliente" para trabajar desde ahí; en muchos casos, creencias propias de las religiones orientales (u otras idiosincrásicas de cada familia o persona) suponen un obstáculo para la adherencia al tratamiento farmacológico y una intervención psicológica fructífera, y hay que dar rienda suelta a la creatividad...

La participación en actividades "no profesionales" con pequeños grupos de clientes (salidas al cine, bolera, grupo de música...) me ha proporcionado una perspectiva diferente de la persona y su enfermedad.

Para terminar, con ánimos de aportar un mirada lo más objetiva y menos idealizada posible, sugiero alguna "desventaja" del estilo de trabajo en el EIS.

Por un lado, el desplazamiento al domicilio de los clientes consume tiempo que podría ser dedicado a una mayor actividad asistencial, con el agravante de que algunos olvidan o desprecian sus citas y no se encuentran en casa a la hora de la visita; para algunas personas, parece que las "facilidades" que se le dan generan una despreocupación y escasa valoración del trabajo y el tiempo del profesional. Por otro lado, desde el punto de vista del psicólogo, y aunque afrontado con gran sentido del humor, la intervención en el domicilio es a menudo complicada por la dificultad para crear un "espacio propio", sufriendo frecuentes interrupciones de familiares no invitados, distracciones como la televisión, la mascota, etc.

Por último, el trabajo burocrático, la necesidad de continua coordinación, la frecuente supervisión de otros profesionales, disminuyen de manera notable el tiempo de dedicación del psicólogo clínico a la intervención terapéutica, y se echa en falta un mayor número de estos profesionales en el servicio.



## 6- BIBLIOGRAFÍA

### 6.1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Palma Sevillano C. (2007). Intervención psicoterapéutica en la fase inicial de la esquizofrenia: diseño y desarrollo del programa PIPE. Tesis doctoral. Departamento de Psicología de la Facultad de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna. Universitat Ramon Llull.
- (2) Birchwood M; Todd P; Jackson C. (1998). Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *The British Journal of Psychiatry. Supplement 172(33):53-9.*
- (3) Sanbrook M., Harris A. (2003). Origins of early intervention in first-episode psychosis. *Australasian Psychiatry 11:215-219*
- (4) Falloon IRH (1992). Early intervention for first episodes of schizophrenia: a preliminary exploration. *Psychiatry 44:4-15*
- (5) Loebel AD, Lieberman JA, Alvir JA, Mayerhoff DI, Geisler GH & Szymanski SR (1992). Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *American Journal of Psychiatry 149:1183-1188*
- (6) McGlashan TH, Johannessen JO (1996b). Early detection and intervention in schizophrenia: rationale. *Schizophrenia Bulletin 22:201-222.*
- (7) McGorry PD (1998). "A stitch in time"... the scope for preventive strategies in early psychosis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 248(1):22-31.*
- (8) Birchwood M, Spencer E, McGovern D (2000). Schizophrenia: early warning signs. *Advances in Psychiatric Treatment, 6, 93-101.*
- (9) Birchwood M, McGorry P and Jackson H (1997). Early intervention in schizophrenia (Editorial). *British Journal of Psychiatry, 170:2-5*
- (10) McGowan S, Iqbal Z, Birchwood M. Early Interventions in Psychosis. En Charlie Brooker, Julie Repper (2008), *Mental Health: From Policy to Practice* (pp.137-150). Churchill Livingstone Elsevier.

## 6.2. BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Brewin, CR. (2006). Understanding cognitive behaviour therapy: A retrieval competition account. *Behaviour Research and Therapy* 44, 765-784.
- Chadwick, P, Lees, S & Birchwood, M (2000). The revised beliefs about voices questionnaire (BAVQ-R). *British journal of psychiatry* 177, 229-232.
- Cunningham Owens DG, Miller P, Lawrie SM & Johnstone EC.(2005) Pathogenesis of schizophrenia: a psychopathological perspective. *British Journal of Psychiatry*, 186, 386-393.
- Fowler D. et al (2006). The Brief Core Schema Scales (BCSS): psychometric properties and associations with paranoia and grandiosity in non-clinical and psychosis samples. *Psychological Medicine*, 36, 749-759.
- Malla A & Pelosi AJ (2010). Is treating patients with first-episode psychosis cost-effective? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55 (1): 3-8.
- McGlashan TH, Levy ST, Carpenter WT, (1975). Integration and sealing over: clinically distinct recovery styles from schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 32:1269-1272.
- McGlashan T, Docherty JP, Siris S (1976). Integrative and sealing-over recoveries from schizophrenia: distinguishing case studies. *Psychiatry*, 39, 325-338.
- 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, 248-251.
- Miller, TJ, McGlashan, TH, Woods, SW, Stein, K, Driesen, N, Corcoran, CM, Hoffman, R, Davidson, L. (1999). Symptom assessment in schizophrenic prodromal states. *Psychiatric Quarterly*, 70, 4: 273-287.
- Mueser KT, Lu W, Rosenberg SD, Wolfe R. (2010). The trauma of psychosis: Posttraumatic stress disorder and recent onset psychosis. *Schizophrenia Research* 116, 217-227.
- Skeate, A., Jackson, C., Birchwood, M. & Jones, C. (2004). Duration of Untreated Psychosis and Pathways to care in first episode psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 181:73-77.
- Startup M, Wilding N, Startup S (2006). Patient treatment adherence in cognitive behavioural therapy for acute psychosis: role of recovery style and working alliance. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34,191-199.
- Startup M (2006). Cognitive behaviour therapy and recovery from acute psychosis: case studies of two contrasting styles. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 36,1.

- Thompson KN, McGorry PD, Harrigan SM (2003). Recovery style and outcome in first-episode psychosis. *Schizophrenia Research* 62, 31-36.
- Tait L, Birchwood M, Trower P. (2004) Adapting to the challenge of psychosis: personal resilience and the use of sealing over (avoidant) coping strategies. *British journal of psychiatry*, 185, 410-415.

#### Libros y manuales

- Morrison A, Renton J, French P, Bentall, RP (2008). *Think you're crazy? Think again. A resource book for cognitive therapy for psychosis*. London: Routledge.
- Nelson, H.E. (2005) *Cognitive Behavioural Therapy with Delusions and Hallucinations. A practice manual* (Second edition). Cheltenham (United Kingdom): Nelson Thornes Ltd.
- De Hert M, Magiels G, Thys E (2003). *The secret of the brain chip. A self-help guide for people experiencing psychosis* (third edition). Belgium: EPO.
- Wells, A. (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders. A practice Manual and Conceptual Guide*. Chichester (United Kingdom): Wiley.
- Jackson, C & Iqbal, Z (2000). Psychological adjustment to early psychosis. En M. Birchwood, D. Fowler & C. Jackson (Eds.), *Early Intervention in Psychosis* (pp.65-99). United Kingdom: John Wiley & Sons Ltd.

#### Materiales en español

- Birchwood, M. & Tarrier, N. (1995). *El tratamiento psicológico en la esquizofrenia*. Barcelona: Ariel.
- Cirici, R. & Obiols, J. (1998). La terapia cognitivo-constructivista en el proceso de rehabilitación de la esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 26:166-171.
- Edwards, J. & 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. & McGorry P (Eds.) (2005). *Intervenciones psicológicas en la psicosis temprana. Un manual de tratamiento*. Bilbao: Desclée de Brower.

- Jackson C. & Reading B. "*En marcha de nuevo! Guía para entender y recuperarse de la psicosis*". The Birmingham Early Intervention Service. Traducido y adaptado por Dra. Cristina Merino para *Programa de Prevención de Psicosis*, Universidad de Oviedo.
- Palma, C., Ferrer, M., Farriols, N. & Cebrià, J. (2006). La recuperación en la psicosis temprana: los procesos de duelo y el sentido de la experiencia psicótica. *Anales de Psiquiatría (en prensa)*.
- Vallina, O., Alonso, M., Gutiérrez, A., Ortega, J. A., García, A. & Fernández, P. (2003). *Aplicación de un programa de intervención temprana en psicosis. Un nuevo desarrollo para las unidades de salud mental. Avances en Salud Mental Relacional*. Disponible en: <http://bibliopsiquis.com/asmr/0202/>

#### Páginas web

- <http://www.schizophrenia.co.uk>
- <http://www.changingminds.co.uk>
- <http://www.rethink.org> (National Schizophrenia Fellowship)
- <http://www.nami.org> (National alliance for the Mentally Ill)
- <http://www.headspace.org.au> (programa intervención con jóvenes, Australia)
- <http://www.eppic.org.au> (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre, Australia)
- <http://www.p3-info.es> (Proyecto Intervención Precoz Hospital Torrelavega)

## ANEXO

### **Timeline y cálculo de la DUP (Duración de Psicosis No Tratada)**

Comienzo de síntomas no específicos

- A. Inicio de la psicosis
- B. Primera decisión de buscar ayuda
- C. Primera derivación recibida por los servicios de salud mental
- D. Inicio de los criterios de tratamiento
- E. Fecha de derivación al EIS
- F. Fecha de aceptación por parte del EIS

(B-A) Duración del periodo prodrómico

(C-B) Retraso en la búsqueda de ayuda

(D-C) Retraso en las trayectorias de búsqueda de ayuda

(E-D) Retraso dentro de los servicios de salud mental

(F-C) Retraso en llegar al EIS

(E-B) Duración de Psicosis No Tratada

(E-A) Duración de Enfermedad no tratada

### **Global Assessment of Functioning (GAF)**

Considera el funcionamiento psicológico, social y ocupacional en un hipotético continuum de enfermedad mental-salud. No se incluye los déficits en funcionamiento debido a limitaciones físicas o del entorno.

Tiene dos partes:

- a) Síntomas
- b) Disfunción

Puntúa de 1 a 90, con descriptores específicos para cada franja de 10 puntos. La franja 1-10 indica "peligro persistente hacia sí mismo u otros" y más de 90 indicaría la ausencia total de síntomas y un nivel de funcionamiento excelente.

## **Otras Escalas**

- *The Beliefs About Voices Questionnaire-Revised (BAVQ-R)*. Chadwick P, Lees S & Birchwood M (2000).
- *Structured Interview for Prodromal Syndrome (SIPS) & Scale Of Prodromal Symptoms (SOPS)*. McGlashan TH, Miller TJ, Woods SW, Rosen JL, Hoffman RE, Davidson L (2002). Versión 3.1.
- *Health of Nation Outcome Scale (HoNOS)*. Wing JD, Curtis RH, Beevor AS. Royal College of Psychiatrists (1996).
- *Pre-Morbid Adjustment Scale (PAS)*. Cannon-Spoor et al. (1982).
- *Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)*. Beck AT, Steer RA, Brown GK (1996).
- *Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)*. Beck, AT, Brown G, Epstein N y Steer RA (1988).
- *Escala de Manía de Young (Young Mania Scale, YMS)*. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA (1978).
- *Escala de Depresión de Calgary (Calgary Depresión Scale for Schizophrenia, CDSS)*. Addington D y cols. (1990).
- *World Health Organization Quality of Life (WHO-QOL)*. Division of Mental Health of the World Health Organization (1993).
- *Personal Beliefs about Illness Questionnaire (PBIQ)*. Birchwood, Mason, MacMillan, & Healy (1993).
- *Cuestionario de Estilo de Recuperación (Recovery Style Questionnaire, RSQ)*. Drayton et al. (1998).
- *Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg Self-Esteem Scale, RSES)*. Rosenberg (1965).
- *Impact of Event Scale (IES)*. Horowitz, Wilner & Alvarez (1979). *Impact of Event Scale-Revised (IES-R)*; Weiss & Marmar (1997).
- *Recovery Style Questionnaire (RSQ)*. Drayton, Birchwood & Trower.
- *The Brief Core Schema Scales (BCSS)*. Fowler et al (2006).