

EL EAPPP, UNA PERSPECTIVA COMUNITARIA DE ATENCIÓN A LA PSICOSIS.

Jordi Artigue. Psicólogo y Psicoterapeuta del Equipo de Atención al Paciente en riesgo de Psicosis (EAPPP).

INTRODUCCIÓN.

En la sociedad actual, especialmente en el ámbito del mundo occidental, los datos que se aportan sobre la incidencia y prevalencia de este trastorno no presentan grandes discrepancias. Estudios alemanes, estadounidenses y españoles, entre otros, cifran la prevalencia entre el 0.9 i el 1.3 % (Tizón, JL., Ferrando, J., Parés, A., Artigue, J., Parra, B. y Pérez, C. et al. 2007), siempre alrededor del famoso 1% de esquizofrenia. Pasados los años en que la locura era repudiada asistimos a un interés cada vez más creciente entorno a determinar, por un lado, los orígenes específicos del trastorno y, por otro, a analizar los costes y repercusiones personales, familiares y sociales del mismo. La evidencia del alto coste económico que genera este tipo de trastorno (Mangalore, R. y Knapp, M. 2006) ha permitido que los gestores sanitarios faciliten el estudio de nuevas estrategias de detección y prevención. En este sentido la cuantificación detallada de dichos costes realizada en Inglaterra cuyos datos fueron publicados en el 2006, cifra en 54.596 libras (65.164 €) el coste total, directo e indirecto, por persona y año. Por este motivo, que el EAPPP trabaje en la detección precoz y la prevención puede dar una idea del ahorro en consumo de servicios y en cargas familiares que puede generar.

El estudio de la aparición de los primeros síntomas prodrómicos y de los primeros contactos con los sistemas sanitarios ha permitido establecer que los síntomas psicóticos son el resultado de una trayectoria de desarrollo anormal (Bentall, RP., y Fernyhough, Ch. 2008). En este sentido la falta de estructuración de un sistema de pensamiento (Bion, W.R. 1962) y la ausencia de una organización del self, facilitan que determinados factores de riesgo y acontecimientos vitales generen ansiedades catastróficas y alteren un desarrollo normal. Al mismo tiempo se ha constatado que la aparición de dichos síntomas es bastante anterior al diagnóstico de primer episodio psicótico (Häfner, H., Der Heiden, W., Behrens, S., Gattaz, WF., Hambrecht, M., Löffler, W., et al. 1998). En ambos aspectos ya podemos adelantar que en el EAPPP, en pacientes con Primeros Episodios psicóticos, encontramos una acumulación de

factores de riesgo superior a 20 cuya diferencia es estadísticamente significativa con respecto a otras muestras (Artigue, J. 2009). Y que entre los 3 y 11 años antes del inicio del trastorno encontramos pródromos como, por ejemplo, el aislamiento social, la inestabilidad emocional, la conducta extraña y la ansiedad. Son inespecíficos pero una agrupación de ellos, se encuentra siempre en los antecedentes de las personas que padecen esquizofrenia (Tizón, J.L., Quijada, Y., Gassó, J.M., Antoranz, A., Morales, N., Artigue, J. En prensa).

A pesar de la diversidad de estudios existentes (Olsen, K.A. y Rosenbom, B. 2006) todos muestran que existe un período de tiempo de meses y años entre la aparición del primer síntoma y el primer tratamiento específico administrado. Es lo que se ha denominado DUP (Duration of Untreated Psychosis) por sus iniciales en inglés. El consenso también es amplio en relación a que períodos de DUP largos pronostican peor evolución del trastorno y mayor cronicidad (McGorry P.D., Edwards J., Mihalopoulos C et al. 1996).

La aceptación de este planteamiento implica mejorar las estrategias de captación desde los servicios de atención primaria de salud y mejorar la accesibilidad de los servicios especializados. Con esta finalidad intermediadora se crea, en el año 2005, en Barcelona, el Equipo de Atención Precoz al Paciente en riesgo de Psicosis (EAPPP). Es un servicio del Instituto Catalán de la Salud, anterior a la concreción pero coincidente con las líneas que desarrolla el Programa de Atención Específica al Trastorno Psicótico Incipiente (PAE – TPI, Lalucat, L. y Tizón, J.L. Coord. 2007) del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. El EAPPP es un equipo singular, dedicado exclusivamente a esta doble vertiente de detección y tratamiento, con la finalidad de captar y facilitar el acceso al sistema sanitario a aquellas personas que, por ejemplo, permanecían inaccesibles a él hasta el momento en que eran diagnosticados en un servicio de urgencias, de un hospital general. Estas personas que sufren enormemente a nivel emocional pero que pueden permanecer “ocultas” son los denominados en inglés estados o situaciones UHR (Ultra High Risk), que ha sido traducido al castellano como EMAR (Estado Mental de Alto Riesgo). Estados sobre los que hemos investigado sus características en nuestro entorno debido a que se requiere, por una parte, un importante trabajo en red para su detección (Quijada, Y., Tizón, J.L., Artigue, J. y Parra,

B. 2010) y, en segundo lugar, delimitar correctamente los criterios diagnósticos para evitar confusiones con primeros episodios psicóticos mal diagnosticados (Nelson B, Yung AR. 2007).

OBJETIVOS Y POBLACIÓN ASISTIDA.

Los objetivos generales del servicio son:

- 1) Atender los síntomas prodrómicos y primeros episodios (PE) de trastornos psicóticos.
- 2) Prevenir, si es posible, el desarrollo del trastorno psicótico atendiendo a los Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR).
- 3) Disminuir el sufrimiento mental individual, familiar y social que comporta este tipo de trastornos.

El EAPPP lo componen dos médicos psiquiatras, un psicólogo-psicoterapeuta, un trabajador social, dos enfermeros especializados en salud mental y personal administrativo. Su población asignada es de 83.567 habitantes, ubicada en un sector urbano céntrico de la ciudad de Barcelona. Trabaja en red con los servicios sanitarios (primarios, secundarios y terciarios), educativos (equipos de atención psicopedagógica y centros de educación primaria y secundaria,) y sociales (equipos de atención precoz, equipos de atención social primaria, instituciones de justicia para la protección de menores en riesgo) dentro de su sector, tanto en actividades de detección y tratamiento conjunto como en actividades formativas y de sensibilización sobre la psicosis.

Las bases sobre las que se fundamenta nuestro trabajo son:

- ▶ Una atención precoz a las personas en riesgo de psicosis integrando los aspectos bio-psico-sociales del individuo.
- ▶ La disminución del sufrimiento individual, familiar i social que comportan estas situaciones: Primeros Episodios y Estados Mentales de Alto Riesgo.
- ▶ La prevención y disminución de la posible cronicidad del trastorno.

- ▶ La disminución de los costes económicos y sociales de estos tipos de trastornos.
- ▶ La prevención de los trastornos mentales en los niños altamente vulnerables.
- ▶ La participación activa en la integración de las diversas redes asistenciales: sanidad, educación y servicios sociales, en nuestro sector geodemográfico de referencia.
- ▶ La reducción de las hospitalizaciones psiquiátricas.

La población a la que está dirigido el servicio se agrupa en estos perfiles:

- Primer Episodio (PE) de un trastorno psicótico, de no más de un año de evolución.
- Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR) para el trastorno psicótico.
- Menores Altamente Vulnerables: niños y niñas con acumulación excesiva de factores de riesgo.

Para alguno de ustedes puede causarles sorpresa que atendamos a niños y niñas en situaciones de riesgo (MAV). En nuestros propios estudios de investigación (Tizón JL, Parra B, Artigue J, Ferrando J, Catalá L, Sorribes M et al. 2006) comunicamos un hecho preocupante: los descendientes de personas que padecen un trastorno psicótico no se suelen visitar, ni a nivel preventivo, en un servicio de salud mental. En nuestros datos, tan sólo el 25 % de ellos tuvo algún contacto con este tipo de servicios y las cifras de fecundidad y fertilidad no fueron inferiores a las medias de la población general en Cataluña. Entendemos que se debe cubrir, a nivel preventivo este hecho que algunos investigadores denominan riesgo genético y nosotros preferimos denominar riesgo familiar.

Este tipo de servicios no pueden estar dedicados exclusivamente a personas adultas o sufrir la desintegración que supone el "corte" de los 18 años en la asistencia. La investigación muestra como los primeros síntomas aparecen entre 1 y 5 años antes del primer episodio y, además, que los europeos tienden a presentar el primer signo del trastorno a los 22 '5 años en hombres y a los 25'4 años en mujeres (Häfner et al. 1998). Por tanto parece lógico reducir los límites de edad por debajo de los 18 años y estudiar

la evolución de estos menores que acumulan factores de riesgo y que pueden ser más sensibles a una trayectoria de desarrollo alterada en cuanto a la salud mental.

ESTRATEGIAS DE DETECCION.

La detección se hace difícil debido a la complejidad del trastorno psicótico. Los síntomas prodrómicos se solapan fácilmente con los de otros trastornos como la depresión mayor, el trastorno bipolar, algunos trastornos de la personalidad y los trastornos generalizados del desarrollo, en especial el autismo. Sin embargo si afinamos nuestros esfuerzos preventivos sí que se puede detectar una fase prodrómica donde intervenir. Es decir, como propusieron Yung y McGorry, no estudiar los casos de forma retrospectiva sino detectar esos síntomas prodrómicos y estudiarlos de forma prospectiva. Por ejemplo, nos referimos a la disminución de la concentración, al estado de ánimo depresivo, al retraimiento emocional, a la desconfianza y otros (Edwards, J. y McGorry, P. 2004)

De acuerdo con los hallazgos de diferentes grupos de investigación (Vallina, O., Lemos, S. y Fernández, P. 2006; Klosterkötter, J., Ruhrmann, S., Schultze-Lutter, F., et al. 2005) en las exploraciones se pueden diferenciar tres grupos de síntomas:

- Síntomas básicos: se muestran a través de trastornos cognitivos y sólo los percibe el paciente.
- Síntomas negativos: como el aislamiento y el deterioro en capacidades laborales.
- Síntomas positivos: grandiosidad, delirios, suspicacia y otros. Estos, a su vez, se diferencian en atenuados (APS, en inglés) y síntomas psicóticos breves limitados e intermitentes (BLIPS en inglés).

Con el objetivo de facilitar este proceso de detección en el EAPPP se utiliza un “check-list”, el Eriao (Early recognition inventory) de sólo 15 ítems, traducido al castellano por el mismo equipo (Tizón, JL. y Oriol, 2006 y 2008). En él se valora la presencia/ausencia de síntomas inespecíficos, del pródromo tardío y de síntomas psicóticos durante los últimos 12 meses, así como también sus cambios de intensidad,

y la presencia o ausencia de algunos factores de riesgo. Este cuestionario está dirigido a médicos, enfermeras, profesores, trabajadores sociales, educadores, etc. Una vez rellenado pueden constatar sus impresiones sobre la gravedad de los síntomas e indicar la derivación al EAPPP donde, de entrada, se analiza y contrasta la información vertida en dicho cuestionario. Así los ítems más frecuentes en un estudio inicial son el humor depresivo, la reducción de la motivación, la disminución de las habilidades para mantener relaciones sociales y el retraimiento social.

A partir de esta información y junto a las exploraciones realizadas en el EAPPP se valora el perfil diagnóstico del paciente: PE, EMAR o MAV. EL protocolo de exploración incluye una serie de exámenes médico-biológicos y pruebas psicológicas según una adaptación de los criterios del Estudio EPOS (Klosterkötter J, Ruhrmann S, Schultze-Lutter F et al. 2005): se utiliza la escala PANSS, el índice GAF, la entrevista semiestructurada SIPS-SOPS (Structured Interview for Prodromal Syndromes) (Miller TJ, McGlashan TH, Woods SW et al. 1999), una escala de calidad de vida y un cuestionario sobre factores de riesgo, el LISMEN (Listado de Ítems en Salud Mental; Tizón JL, Artigue J, Parra B et al. 2008).

En los estados EMAR, la complejidad diagnóstica es importante, más si la comparamos con los claros criterios existentes para los PE en las clasificaciones actuales más habituales, el ICD o la DSM. Por este motivo en el servicio EAPPP se utiliza una adaptación de los criterios del estudio Europeo EPOS ya citado:

Estudio EPOS, tres criterios:

- Riesgo familiar más deterioro funcional, medido con el GAF.
- Síntomas BLIPS: medidos con el PANSS.
- Síntomas APS: medidos con la SIPS/SOPS.

EAPPP, se añaden cinco más en base a nuestra experiencia clínica:

- Puntuar positivo en el instrumento de cribado ERlraos.
- Acumular 20 o más factores de riesgo según el cuestionario LISMEN (versión experimental).
- Estar desvinculado de las redes de servicios asistenciales.
- Familia desestructurada, "en mosaico", con funciones paternas deficitarias.
- Consecuencias de perturbaciones cognitivas: fracaso escolar o laboral.

Para considerar una persona en estado EMAR debe cumplir al menos 4 de estos 8 y uno debe ser de entre los tres primeros.

INTERVENCIÓN Y TRATAMIENTO.

Se realizan bajo un modelo multidimensional que integra el nivel individual, familiar y social de base psicoanalítica. Las primeras intervenciones se producen en las fases de acogida y exploración. En ellas participan diferentes profesionales de enfermería, trabajo social, psicología y psiquiatría. Se incluye también una entrevista familiar diagnóstica que, en algunos casos, se ha realizado a domicilio y ha resultado enormemente rica en cuanto a la observación del nivel de organización familiar concreto que, de otra forma, no suele captarse en las entrevistas en el centro.

Cuando se ha acabado la fase de exploración se realiza una propuesta de intervención denominada Tratamiento Adaptado a las Necesidades del paciente y la Comunidad (TANC). También es una entrevista familiar el marco escogido para plantear el TANC, aunque en algunos casos se incluya a las personas con las que conviven sino lo hacen con la familia o se han roto los lazos con esta. En dicha entrevista se explican los resultados de las exploraciones iniciales, se propone una combinación de las técnicas terapéuticas y se informa de que habrá un profesional, el clínico referente, que será el encargado de seguir y cuidar el proceso terapéutico. Las diferentes intervenciones pueden combinar desde la psicoterapia individual, la psicofarmacología integrada en la terapia combinada, la orientación socio-laboral, los grupos psicoeducativos y multifamiliares hasta las entrevistas familiares. Además el servicio mantiene un dispositivo de "Atención abierta" donde la persona o sus familiares pueden consultar sin cita previa.

Los objetivos de las técnicas psicoterapéuticas son:

- Ayudar en las dificultades de vincularse y separarse.
- Trabajar los conflictos de confianza/desconfianza.
- Mantener activas las capacidades emocionales.
- Mantener las capacidades relacionales y sus relaciones.

- Ayudar a desarrollar una identidad más segura.
- Ayudar a desarrollar estrategias para contener las ansiedades, las crisis y las recaídas.
- Trabajar con el paciente (y con el microgrupo social y familiar) la tendencia a la pérdida del control y el miedo a esta pérdida.
- Trabajar con el paciente (y con el microgrupo social y familiar) la tendencia a las recaídas: *indicadores, ansiedades que les acompañan, sistema de los niveles para la contención en estas situaciones...*
- Ayudar en la elaboración de los procesos de duelo.
- Ayudar a realizar adaptaciones más realistas.
- Ayudar a la diferenciación paciente-familia (y a la diferenciación familiar global)
- En general, proporcionar medios emocionales y cognitivos para cuidarse a sí mismos.

A nivel individual se trabajan en aquellos objetivos que favorecen la comprensión y expresión de las ansiedades y que dan un significado al síntoma. No nos centramos en la curación de este sino en la necesidad de reequilibrar el funcionamiento psíquico. Se realiza en la modalidad de psicoterapia breve de una o dos sesiones semanales. También se trabaja de forma coordinada con otros servicios de intervenciones psicoterapéuticas, concertados con el ICS y a donde se derivan algunos casos.

A nivel familiar es interesante observar su dinámica realizándonos y respondiéndonos las siguientes preguntas:

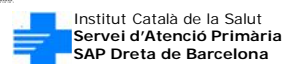
- ¿Quién promueve la esperanza?
- ¿Quién contiene el síntoma?
- ¿Quién escucha?
- ¿Cómo se manejan las urgencias?

El abordaje familiar se hace en series de entrevistas, mínimo de 4 visitas de 45 minutos, con dos terapeutas y con una frecuencia que oscila entre quincenal y mensual. Si es necesario se realizan en el domicilio de la familia.

Las técnicas grupales van desde un enfoque semidirigido como el grupo psicoeducativo y el multifamiliar, hasta un enfoque abierto a la expresión de las emociones como el grupo de adolescentes en estado EMAR o el grupo de personas en PE. Pero siempre desarrollando el objetivo de promover el pensamiento a través de mostrar cómo es posible hablar de aquello que a menudo permanece encapsulado: sus ansiedades, delirios y alucinaciones. No solo se trata de hablar, también se promueve el respeto entre las personas al “escuchar” al otro. Compartir los problemas, saber que los de uno también los puede sufrir otro, reduce la ansiedad y el aislamiento y aumenta la autoestima.



eappb.bcn.ics@gencat.cat



BIBLIOGRAFÍA.

1. Artigue, J. (2009). Factores de riesgo en la detección y prevención de los trastornos psicóticos. Comunicación en las Jornadas Internacionales Baetulae: L'Atenció Integral a la Psicosis. Badalona (Barcelona), 2 y 3 d'Octubre de 2009.
2. Bentall, R.P y Fernyhough, Ch. (2008). Social predictors of psychotic experiences: specificity and psychological mechanisms. *Schizophr Bull*, 34, 1012-20.
3. Bion, W.R. (1962). *Aprendiendo de la Experiencia*. Barcelona: Paidós. 1980.
4. Edwards, J. y McGorry, P. (2004). *La intervención precoz en la Psicosis: Guía para la creación de servicios de intervención*. Madrid: Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis.
5. Häfner, H., Der Heiden, W., Behrens, S., Gattaz, W.F., Hambrecht, M., Löffler, W., et al. (1998). Causes and consequences of the gender difference in age at onset of schizophrenia. *Schizophrenia Bull*, 24, 99-113.
6. Klosterkötter, J., Ruhrmann, S., Schultze-Lutter, F., et al. (2005). The European Prediction of Psychosis Study (EPOS): integrating early recognition and intervention in Europe. *World Psychiatry*, 4, 161-7.
7. Lalucat, L., Tizón, J.L. (Coords.). (2007). *Programa d'Atenció Específica al Trastorn Psicòtic Incipient del Plá Director de Salut Mental i Adiccions de la Generalitat de Catalunya*. Barcelona: Servei Català de la Salut.
8. Mangalore, R. y Knapp, M. Cost of Schizophrenia in England. (2006). PSSRU Discussion Paper 2376.
9. McGorry, P.D., Edwards, J., Mihalopoulos, C., et al. (1996). EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management. *Schizophr Bull*, 22, 305-26.
10. Nelson, B. y Yung, A.R. When things are not as they seem: Detecting first-episode psychosis upon referral to ultra high risk ('prodroma?') clinics. (2007). *Early Intervention in Psychiatry*, (1), 208-211.
11. Olsen, K.A. y Rosenbaum, B. (2006). Prospective investigations of the prodromal state of schizophrenia: review of studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 247-272.
12. Quijada, Y., Tizón, J.L., Artigue, J. y Parra, B. (2010). At-risk mental state (ARMS) detection in a community service center for early attention to psychosis in Barcelona. *Early Intervention in Psychiatry*, 4(3): 257-262.
13. Tizón, J.L., Ferrando, J., Parés, A., Artigue, J., Parra, B. y Pérez, C. (2007). Los trastornos esquizofrénicos en la atención primaria a la salud mental. *Atención Primaria*, 39, 119-126.
14. Tizón, J.L., Quijada, Y., Gassó, J.M., Antoranz, A., Morales, N. y Artigue, J. (2010). *Síntomas iniciales de las psicosis delirantes ("no afectivas")*. En prensa.
15. Tizón, J.L., Parra, B., Artigue, J., Ferrando, J., Catalá, L., Sorribes, M., et al. (2006). Hijos de pacientes con psicosis en el Proyecto SASPE: Investigar para cuidar un futuro comprometido. *Archivos de Psiquiatría*, 69 (1), 59-80.
16. Tizón, J.L., Oriol, A. y Rosenberg, S. (2008). *Chequeo ERlraos: Inventario de detección precoz*. Barcelona: Institut Català de la Salut.
17. Tizón, J.L., Artigue, J., Parra, B., Sorribes, M., Ferrando, J., Pérez, C., et al. (2008). Factores de riesgo para padecer trastornos psicóticos: ¿Es posible realizar una detección preventiva?. *Clínica y Salud*, 19(1), 27-58.
18. Vallina, O., Lemos, S., y Fernández, P. (2006). Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis. *Apuntes de Psicología*, 24(1-3), 185-221.