

Protocolo de
**Intervención
Temprana**
en **Psicosis** de
Cantabria
ITPCan



CRÉDITOS

EDITA: Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria
Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria

CORREO: dgordsanitaria@cantabria.es

WEB: www.saludcantabria.org

ISBN: 978-84-09-09170-6

IMPRESIÓN: 10/1043





BENEDICTO CRESPO FACORRO, Psiquiatra
HU Marqués de Valdecilla, UC, IDIVAL, CIBERSAM

JAVIER VÁZQUEZ BOURGÓN, Psiquiatra
HU Marqués de Valdecilla, UC, IDIVAL, CIBERSAM

ROSA AYESA ARRIOLA, Psicóloga
HU Marqués de Valdecilla, UC, IDIVAL, CIBERSAM

JESÚS ARTAL SIMÓN, Psiquiatra
HU Marqués de Valdecilla, UC

ÓSCAR VALLINA FERNÁNDEZ, Psicólogo clínico
Hospital Sierrallana

ANA MARÍA GUTIÉRREZ PÉREZ, Psiquiatra
Hospital Sierrallana

LOURDES LASA AZNAR, Psiquiatra
Hospital de Laredo





PRESENTACIÓN

Para la Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria la atención a las personas con problemas de salud mental es una de sus áreas de actuación prioritarias. Nuestro objetivo es que la atención a las personas con problemas de salud mental se realice en las mismas condiciones de calidad, seguridad y equidad que en cualquier otro problema de salud.

La detección y la intervención temprana de las enfermedades mentales, y específicamente de la psicosis, son necesidades de pacientes y de su entorno familiar y social ampliamente reconocidas, pero insuficientemente cubiertas. Para su desarrollo y puesta en marcha son necesarios programas asistenciales multidisciplinares, coordinados e intensivos.

Este modelo asistencial, implantado ampliamente para otro tipo de enfermedades (como el cáncer o la diabetes), no suele estar integrado dentro de la atención a las personas que padecen por primera vez una enfermedad mental.

Esta nueva perspectiva en la atención a la psicosis, centrada en la detección y la atención temprana e intensiva, tiene por objetivo alcanzar la mejor calidad de vida posible para las personas con psicosis, pero también para sus familiares y cuidadores, que a menudo soportan una gran carga personal.

Comenzar a actuar mediante protocolos de intervención integrales y personalizados tras un primer episodio de psicosis, es clave para minimizar las consecuencias asociadas al retraso en el tratamiento adecuado de estos trastornos psiquiátricos.

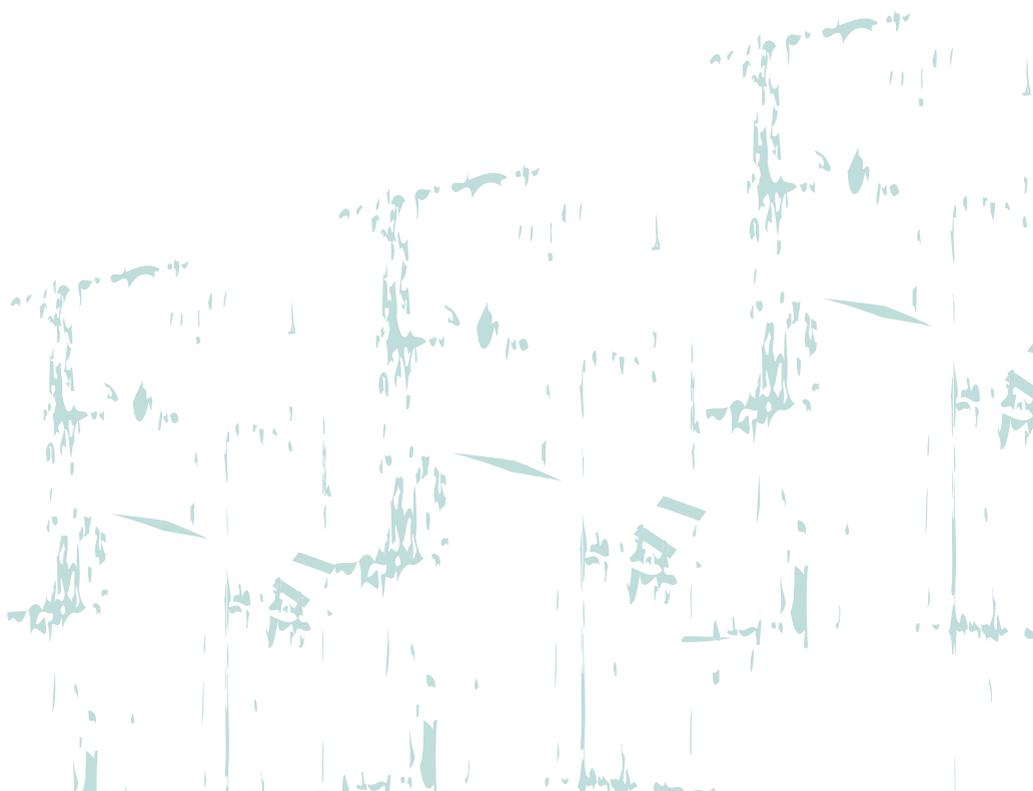
En la actualidad ya nadie cuestiona la necesidad de poner en marcha estos protocolos asistenciales. El centro del debate está en su diseño y desarrollo para alcanzar los mejores resultados en salud, y también en la manera de organizar los servicios y los recursos para que la detección y la intervención precoz llegue de manera óptima a toda la población.

Este cambio en el paradigma asistencial se basa en los resultados obtenidos durante las últimas dos décadas, a partir de las experiencias de varios programas específicos, tanto a nivel nacional e internacional, puestos en marcha para el tratamiento de las psicosis desde sus fases iniciales. Cantabria ha sido pionera a nivel nacional en el establecimiento de esta visión innovadora en la detección e intervención precoz de las psicosis. Los programas asistenciales PAFIP (Programa Asistencial de las Fases Iniciales de Psicosis, desarrollado en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla) e IP3 (programa desarrollado en el Hospital Sierrallana) se instauraron hace ya casi dos décadas y han sido reconocidos nacional e internacionalmente por su excelencia, tanto por los pacientes como por los profesionales.

La evidencia y la experiencia acumuladas en estas décadas nos hace ser ambiciosos y poner en marcha en Cantabria el presente protocolo asistencial para la detección e intervención temprana de los primeros episodios psicóticos. Un protocolo enfocado a conseguir una asistencia de alta calidad e intensidad, accesible de manera homogénea para toda la población de Cantabria.

Estoy convencida que la implementación de este protocolo es una garantía de mejores expectativas y calidad de vida para muchos jóvenes y sus familias de nuestra Comunidad que, tras ser diagnosticados de una enfermedad psicótica, necesitan de los mejores y más intensos cuidados para que puedan desarrollar una vida plena.

María Luisa Real González
Consejera de Sanidad del Gobierno de Cantabria



PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN TEMPRANA EN PSICOSIS DE CANTABRIA

PRESENTACIÓN	5
1. JUSTIFICACIÓN	14
2. DEFINICIÓN DEL PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN TEMPRANA EN PSICOSIS DE CANTABRIA (ITPCan)	20
2.1. Definición	20
2.2. Población	20
2.3. Misión	21
2.4. Visión	21
2.5. Valores	21
3. ASPECTOS GENERALES DEL FUNCIONAMIENTO DEL PROTOCOLO	22
3.1. Organización de los equipos	22
3.2. Accesibilidad y capacitación asistencial	23
3.3. Alianza terapéutica: información, confianza, respeto, consideración	24
3.4. Evaluación dimensional del caso: quién, dónde y cómo	25
3.4.1. Protocolo de admisión	25
3.4.2. Evaluación y diagnóstico	26
3.5. Diseño de Intervención-Recuperación Personalizado	27
3.5.1. Elaboración del plan terapéutico	27
3.5.2. Revisión del plan terapéutico	28
3.5.3. Programación asistencial	28

3.6. Cartera de intervenciones	29
3.6.1. Protocolo de tratamiento farmacológico	29
3.6.2. Discontinuación del tratamiento farmacológico	30
3.6.3. Intervenciones psicoterapéuticas	31
3.6.4. Programa de Atención a Familias	33
3.6.5. Programa de Salud Física	34
3.6.6. Protocolo de analíticas y determinaciones físicas/biológicas	36
3.6.7. Programa de Detección e Intervención sobre el Consumo Comórbido de Drogas...	37
3.6.8. Programa de Intervención en Situaciones de Riesgo de Suicidio	38
3.6.9. Programa de Adherencia Terapéutica	39
3.6.10. Recuperación actividades formativas y vocacionales. Trabajo multidisciplinar con oficinas de empleo, centros académicos y centros de trabajo	40

4. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO **42**

4.1. Proceso de derivación	42
4.1.1. Unidades asistenciales implicadas	42
4.1.2. Otras instituciones y dispositivos no sanitarios	43
4.1.3. Procedimiento de derivación	43
4.2. Fases de la intervención	44
4.2.1. Fase de clínica aguda y subaguda	44
4.2.2. Fase de estabilización y recuperación (personalizada)	45



4.2.3. Fase de mantenimiento o rehabilitación	46
4.2.4. Manejo de situaciones de crisis	47
4.3. Alta y transición a otros dispositivos	47
4.4. Profesionales y metodología de las intervenciones	49
4.5. Asignación de tiempos	49
4.6. Organización y coordinación interna	49
4.6.1. Coordinador del protocolo	50
4.6.2. Coordinador asistencial del equipo	50
4.6.3. Designación del responsable de cuidados para las distintas fases de la intervención	51
4.6.4. Diseño y establecimiento de protocolos comunes de intervención para los tres nodos	51
4.6.5. Información compartida: Historia Clínica Electrónica (Altamira)	52
4.6.6. Tiempos y espacios que facilitan la comunicación	52
4.7. Coordinación externa	53
4.8. Integración y participación activa de los pacientes y cuidadores en el diseño del protocolo	54
5. PROCESO DE PUESTA EN MARCHA	55
5.1. Divulgación y puesta en marcha	55
5.1.1. Objetivos	55
5.1.2. Niveles de actuación	55

5.1.3. Actividades	56
5.1.4. Materiales	56
5.2. Desarrollo por áreas sanitarias	58
5.3. Desarrollo de la cartera de servicios	58
5.4. Desarrollo en la dotación de recursos humanos e infraestructuras	58
6. EVALUACIÓN	59
6.1. Evaluación de caso	59
6.2. Evaluación del protocolo	59
6.2.1. Sistema de calidad	59
6.2.2. Gestión de quejas y reclamaciones	60
7. FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	62
7.1. Formación del equipo del protocolo	62
7.2. Docencia	62
7.2.1. Cursos de formación continuada	62
7.2.2. Programa de formación de residentes	62
7.2.3. Docencia en el pregrado	62
7.3. Investigación	63
8. ANEXO. Documentación clínica complementaria	64



ABREVIATURAS

ASM: Área de salud mental.

CAP: Centro de atención primaria.

IM: Intramuscular.

HUMV: Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla".

ITP: Intervención temprana en Psicosis.

ITPCan: Protocolo de Intervención Temprana en Psicosis de Cantabria.

MAP: Médico de atención primaria.

PAFIP: Programa Asistencial de las Fases Iniciales de Psicosis.

PEP: Primer episodio de psicosis.

PIRP: Plan de Intervención-Recuperación Personalizado.

RM: Resonancia magnética.

SCS: Servicio Cántabro de Salud.

SMet: Síndrome metabólico.

TCC: Terapia cognitivo-conductual.

UARH: Unidad de Alta Resolución Hospitalaria.

USM: Unidad de Salud mMental.



1 | JUSTIFICACIÓN

Se considera que la prevalencia de los trastornos psicóticos en la población general es de aproximadamente 2-3% (Simeone y cols, 2015). La incidencia de los trastornos psicóticos varía en función de la edad, sexo, raza y área urbana, así como en virtud de otras variables ambientales y socioculturales. Una investigación realizada en Programa Asistencial a las Fases Iniciales de Psicosis (PAFIP) de Cantabria detectó una incidencia anual de psicosis de alrededor de 14 casos por 100.000 habitantes (Pelayo- Terán et al, 2009). Cada año más 6.500 personas sufren, por primera vez en su vida, un episodio psicótico en España. Grupos étnicos/raciales minoritarios y personas jóvenes, particularmente hombres, presentan mayor riesgo de desarrollar un primer episodio psicótico. Los primeros síntomas de la psicosis habitualmente comienzan en la infancia o adolescencia (su vulnerabilidad se puede remontar a la primera infancia, o incluso al desarrollo uterino), con una máxima incidencia del primer episodio de psicosis (PEP) entre los 15 y los 30 años, y con un 80% de los debuts antes de los 35 años (datos PAFIP).

Estas enfermedades tienen un gran impacto tanto en las personas afectadas como en sus familias y en la sociedad. En España, son responsable del 0.94% de todos los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), del 1.78 % de todos los años vividos con discapacidad (AVDP) y del 1.1 % del gasto nacional de salud. Se genera así una elevada carga de enfermedad, con altas tasas de desempleo, dificultad para adaptarse al entorno social y a sus demandas, disminución de la esperanza de vida de aproximadamente 15-20 años, incremento de tasa de suicidio, aislamiento social, etc.

En Europa, se estima que los costes totales asociados a la psicosis superaron, en 2010, los 94 mil millones de euros, afectando a 5 millones de personas, con unos costes por paciente cercanos a 19.000 euros anuales. En un estudio reciente, Mayoral- van Son y colaboradores (2018) describen como el 75 % de los gastos generados por un primer episodio de psicosis durante su primer año de tratamiento se asocia a gastos indirectos, y solo el 25 % a gastos directos relacionados con la enfermedad y su tratamiento.

La psicosis se consolida como la tercera enfermedad cerebral con mayor coste, únicamente por detrás de los trastornos de personalidad y demencia.



Los costes totales asociados a la psicosis son mayores que en algunas enfermedades con alta prevalencia, como la ansiedad o la epilepsia. De hecho, los costes indirectos asociados a los trastornos psicóticos fueron similares a los atribuibles a la diabetes mellitus en Estados Unidos en 2002. Estas cifras reflejan la magnitud actual del impacto humano, clínico y económico de la esquizofrenia en nuestra sociedad.

Así pues, las psicosis constituyen un grave problema de salud pública, con importantes consecuencias para las personas afectadas y para su entorno (especialmente familiares o cuidadores) si no se trata adecuadamente en intensidad y duración (McGorry y cols, 2008).

Un informe sobre la situación de los cuidadores de las personas con psicosis revela que en la Unión Europea hay aproximadamente 10 millones de familiares que cuidan y apoyan a diario a sus hijos o hermanos con un trastorno mental grave, como la psicosis. Tres de cada cuatro (72 %) cuidadores de personas con esquizofrenia ejercen su cuidado con mínima (38 %) o nula ayuda (34 %), lo que supone una gran carga emocional y física para ellos. Los familiares cuidadores desempeñan su rol de cuidador durante una media de 16 años, aunque en muchos casos lo hacen de por vida.

INTERVENCIÓN TEMPRANA EN PSICOSIS

La intervención temprana en psicosis es un concepto veterano, defendido por distintos autores desde hace más de un siglo, aunque su éxito ha sido muy desigual en la historia y solo recientemente ha sido redescubierto. Consiste en la implementación en los primeros meses o semanas, desde el reconocimiento de los síntomas, de un plan integral y multidisciplinar con medidas terapéuticas destinadas al tratamiento de las personas con psicosis (Crespo-Facorro y cols. 2005).

Los primeros meses o años desde el comienzo de los síntomas de un PEP (e incluso desde la aparición de síntomas prodrómicos) constituyen el momento de mayor oportunidad terapéutica. La evolución funcional de las psicosis depende, en gran medida, de la atención que se proporcione en los primeros años después del inicio de los síntomas. Tradicionalmente, se ha considerado que los 2-5 primeros años (algunos grupos lo elevan hasta 8 años)



que siguen al debut sintomático constituyen un “periodo crítico” durante el cual tanto el riesgo de deterioro como la oportunidad de recuperación son mucho mayores, sugiriendo que se trata de una etapa de mayor plasticidad neuronal y psicosocial (Birchwood, 1998). Los datos disponibles demuestran que la intervención temprana mejora el pronóstico clínico y funcional, y es eficiente en términos económicos. De hecho, el pronóstico y la respuesta al tratamiento farmacológico son peores cuanto más tiempo se retrasa el tratamiento especializado una vez iniciada la psicosis, tanto en adultos como en niños y adolescentes.

Por ello, la correcta detección temprana de personas con PEP (e incluso con EMR) cobra una especial relevancia en el pronóstico. La detección temprana de los casos de PEP permitirá una atención temprana que redundará en un mejor pronóstico, con mejoría sintomática y funcional (incluyendo mayores tasas de remisión), incremento de la calidad de vida y disminución de la morbi-mortalidad. A nivel internacional son muchos los países que ya han establecido decididas políticas sanitarias para el desarrollo de programas de intervención precoz en psicosis con el fin de asegurar el mejor pronóstico posible de la enfermedad (Libro Blanco de Intervención Temprana en Psicosis en España, 2018).

En la Comunidad Autónoma de Cantabria esta es un área de intervención clínica considerada prioritaria desde hace tiempo. Existen desde hace varios años dos protocolos consolidados de asistencia a primeros episodios de psicosis: el Programa de Atención a Fases Iniciales de Psicosis (PAFIP), en Santander, y el Programa de Prevención de Psicosis (P3), en Torrelavega. Ambos programas llevan a cabo su actividad clínica de forma autónoma e independiente en las Áreas de Salud I-II y III-IV respectivamente.

El Gobierno de Cantabria, a través de su Consejería de Sanidad, ha identificado esta área también como prioritaria en el diseño de su estrategia de desarrollo de la sanidad en Cantabria. Así, como recoge el Atlas de Salud Mental de Cantabria, elaborado en el año 2010 (Vázquez-Barquero y cols., 2010), se identifica la ausencia de una estructura formal asistencial en la comunidad que integre los protocolos específicos de primeros episodios de psicosis ya en funcionamiento, y recomienda, en sus consideraciones finales, la dotación de una estructura funcional normalizada y en red de los protocolos de atención a las fases iniciales de las psicosis en la Comunidad de Cantabria.



El Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019 (Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, Gobierno de Cantabria), también señala como uno de los objetivos principales de desarrollo de la salud mental durante ese periodo “Consolidar y potenciar los protocolos de intervención temprana en psicosis afectivas y no afectivas”, así como “Desarrollar en todas las áreas sanitarias de Cantabria un protocolo integral de detección y atención temprana a la psicosis”.

Estos antecedentes, junto al compromiso conjunto de la Consejería de Sanidad de Cantabria, del Servicio Cántabro de Salud y de sus profesionales, con la mejora de la atención a la salud mental en la CCAA, garantizando una atención equitativa en todas las áreas sanitarias, justifican la elaboración de un protocolo asistencial cuidadosamente diseñado en su estructura y funcionamiento, integrado y en red, para la atención a las fases iniciales de psicosis para toda la Comunidad de Cantabria.





REFERENCIAS

- Birchwood M, Todd P, Jackson C. Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *Br J Psychiatry Suppl.* 1998; 172(33):53-9.
- Crespo-Facorro B, Gonzalez-Blanch C, Pelayo-Terán JM, editores. Programa asistencial para las fases iniciales de psicosis de Cantabria (PAFIP). Barcelona: Masson; 2005.
- Libro Blanco de Intervención Temprana en Psicosis. 2019.
- Mayoral-van Son J, et al. Clinical outcome after antipsychotic treatment discontinuation in functionally recovered first-episode nonaffective psychosis individuals: a 3-year naturalistic follow-up study. *J Clin Psychiatry.* 2016;77(4):492-500.
- McGorry PD, Killackey E, Yung A: Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry* 2008; 7(3):148-56.
- Pelayo-Terán JM, et al. Epidemiological factors associated with treated incidence of first-episode non-affective psychosis in Cantabria: insights from the Clinical Programme on Early Phases of Psychosis. *Early Interv Psychiatry.* 2008;2(3):178-87.
- Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019. Edita Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, Gobierno de Cantabria. Santander, 2014. Depósito legal: SA- 771-2014
- Simeone J, et al. An evaluation of variation in published estimates of schizophrenia prevalence from 1990–2013: a systematic literature review. *BMC Psychiatry* 2015; 15: 1–14.
- Vázquez-Barquero JL, Gaité Pindado L, Salvador Carulla L, Salinas Pérez JA (Eds). Atlas de Salud Mental de Cantabria. Edita Dirección General de Ordenación, Inspección y Atención Sanitaria (Consejería de Sanidad), Gobierno de Cantabria. Santander 2010. ISBN: 978-84-693-6768-1
- Programa de intervención precoz en primeros episodios de psicosis de Navarra. Gerencia de Salud Mental. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. 2017.



2 | DEFINICIÓN DEL PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN TEMPRANA EN PSICOSIS DE CANTABRIA (ITPCan).

2.1. DEFINICIÓN

Se trata de un protocolo esencialmente asistencial con el objetivo de establecer y organizar una serie de procedimientos y acciones encaminados a ofrecer un abordaje comunitario y multiprofesional (psiquiatría, psicología, enfermería, trabajo social, educación social) en las fases iniciales de psicosis, que dé cobertura a toda la Comunidad de Cantabria. Desarrollará intervenciones intensivas con un enfoque multidimensional encaminadas a la identificación, diagnóstico y tratamiento precoz de las personas que debutan con un primer episodio de psicosis no afectiva y que no hayan recibido un tratamiento antipsicótico adecuado por un periodo mayor de 6 meses (tiempo acumulado). El protocolo también se centrará en la detección de necesidades y cuidados de los familiares y cuidadores de los pacientes. Dicho protocolo asistencial tendrá una duración mínima de 3 años desde su comienzo, y podrá extenderse hasta un máximo recomendado de 5 años.

2.2. POBLACIÓN

Se incluirá en el protocolo a residentes en la Comunidad Autónoma de Cantabria con edades entre **16-60 años** que debutan con un episodio psicótico no afectivo (diagnósticos del espectro de la esquizofrenia: esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno psicótico breve, trastorno psicótico no especificado), y que **no hayan recibido previamente tratamiento antipsicótico por un periodo superior a 6 meses** en otros dispositivos. Se excluirán de esta definición personas con discapacidad intelectual y dependencia de sustancias (diagnósticos CIE-10).



2.3. MISIÓN

Establecer, en consonancia con la estrategia asistencial del Servicio Cántabro de Salud, un protocolo asistencial multiprofesional, intensivo y de excelencia para el tratamiento de todas las personas (pacientes y cuidadores) que debutan con un primer episodio de psicosis en la Comunidad de Cantabria.

2.4. VISIÓN

Debemos conseguir, desde las fases iniciales y mediante el desarrollo e implementación de un protocolo intensivo y multiprofesional de intervención temprana en psicosis, la mejor evolución posible de la enfermedad con el objetivo final de alcanzar la recuperación funcional de las personas que la sufren.

2.5. VALORES

El protocolo se debe desarrollar con arreglo a los siguientes valores: el respeto y salvaguarda de la dignidad de los pacientes, la accesibilidad, la oportunidad, la equidad, el compromiso, la personalización del tratamiento y la calidad asistencial. Debe incluir una evaluación continua de la calidad y una organización de las intervenciones que permita introducir modificaciones para asegurar la mejor oferta de servicios y resultados en salud.

3 | ASPECTOS GENERALES DEL FUNCIONAMIENTO DEL PROTOCOLO

3.1. ORGANIZACIÓN DE LOS EQUIPOS

Principios generales de los cuidados

Los equipos darán cobertura a **toda la población de Cantabria** entre **16-60 años** que presente un **primer episodio de psicosis no afectiva** (criterios ya descritos), atendiendo a las diversas necesidades **de los pacientes y sus cuidadores**. Los equipos deben ser multiprofesionales (psiquiatría; psicología clínica, enfermería, trabajo social, educación social) y muy accesibles, asegurando la **equidad y la homogeneidad en la asistencia**.

Número y distribución geográfica de los equipos

Se podrán en marcha de manera sucesiva al menos **tres equipos de Intervención Temprana en Psicosis (ITP)** coordinados en forma de red (nodos) en la Comunidad Autónoma de Cantabria. Dichos equipos se distribuirán por Gerencias de Atención Especializada (GAE) del SCS, de la siguiente manera: GAE Área 1 (población: 317.237 habitantes), GAE Área 2 (población: 97.904 habitantes), y GAE Áreas 3 y 4 (población:

20.241 y 146.756 habitantes, respectivamente) (ICANE, 2008), y estarán adscritos funcionalmente a las mismas.





3.2. ACCESIBILIDAD Y CAPACITACIÓN ASISTENCIAL

Es fundamental reducir el tiempo entre la derivación y la primera consulta dentro del protocolo ITPCan, estableciendo el objetivo de limitar a **72 horas** el tiempo máximo desde derivación hasta la primera consulta especializada.

Los servicios de ITPCan deben ser accesibles y proporcionar una evaluación oportuna de las personas que experimentan su primer episodio de psicosis (o se sospecha de ello) en el menor tiempo posible desde su identificación dentro de los dispositivos sanitarios (de atención primaria o especializados) o no sanitarios (justicia, educativos, sociales).

Los equipos especializados de ITPCan estarán ubicados preferentemente en las unidades de salud mental (USM), y en todo caso coordinados con estas.

Se recomienda indicar un ingreso hospitalario en una unidad atendida por profesionales expertos en el diagnóstico y tratamiento de PEP, en las siguientes situaciones:

- Necesidad de observación continuada del paciente y establecer un diagnóstico diferencial, cuando no pueda hacerse de forma ambulatoria.
- Insuficiente nivel de apoyo y atención en su entorno que dificulte el manejo y tratamiento ambulatorio.
- Conductas agresivas (o alto riesgo de que se produzcan) que pongan en peligro la integridad física del paciente o de otras personas.
- Casos con gravedad clínica que requieran niveles de atención intensiva.
- Necesidad de garantizar la administración terapéutica y/o monitorizar su efecto.

Durante el ingreso deberá atenderse adecuadamente la presencia de riesgo de suicidio y la historia de uso/abuso de sustancias. El abuso de sustancias nunca debe ser motivo para no ingresar a un paciente, sino que, por el contrario, debe ofrecerse una atención conjunta a ambos trastornos, en centros competentes y adecuados a la edad del paciente.



3.3. ALIANZA TERAPÉUTICA: INFORMACIÓN, CONFIANZA, RESPETO, CONSIDERACIÓN

La relación (alianza) terapéutica se podría definir como una negociación intersubjetiva en la que, a través del diálogo que se establece entre el equipo de profesionales y el paciente, se va construyendo-reconstruyendo el binomio salud-enfermedad. Por lo tanto, es considerada como un proceso de comunicación por medio del cual se transmite la información entre los pacientes, sus familiares y los profesionales. Se debe sustentar en la mejora de la información, la confianza generada mediante la escucha y la empatía, el respeto y la consideración de la opinión del paciente.

La deficiente comunicación entre los profesionales y los pacientes suele dar lugar a que estos no sigan el tratamiento, dificultando su recuperación. Está demostrado que el establecimiento de una adecuada interacción entre el equipo profesional, los pacientes y sus familiares, garantiza la aceptación del tratamiento.

En todo proceso comunicativo influyen factores personales, tanto del emisor como del receptor, ya que ambos aportan sus propios valores, cualidades y biografía personal. Los factores personales más relevantes son: la orientación teórica, el uso del lenguaje, las variables socioculturales (edad, género, grupo étnico) y las variables individuales, que son las características de la personalidad manifestadas a través de la conducta y la apariencia.

Por otra parte, el entrenamiento y aplicación de habilidades sociales es fundamental para conseguir el bienestar del paciente. Entre dichas habilidades podemos destacar las siguientes: autoconocimiento, observación, asertividad, empatía, respeto, observación, escucha activa, consciencia de las propias facultades y de los propios límites. Todos los profesionales deben adquirir y desarrollar estas habilidades y conocimientos para establecer una comunicación efectiva con el paciente, superando el modelo tradicional en busca de una relación terapéutica basada en el diálogo abierto, la interacción y la escucha activa.



3.4. EVALUACIÓN DIMENSIONAL DEL CASO: QUIÉN, DÓNDE Y CÓMO

La evaluación del caso requiere una evaluación continua que incluya la temporalidad de las necesidades de los pacientes y, por tanto, de las intervenciones a desarrollar, con la consiguiente flexibilidad en el diseño del plan terapéutico y en la adjudicación de responsables de las acciones e intervenciones.

La admisión al protocolo se formalizará al realizarse la entrevista inicial, consistente en una entrevista psiquiátrica y con enfermería.

El paciente puede ser admitido en el protocolo durante el ingreso hospitalario, si es precisa la hospitalización tanto en unidad de hospitalización a tiempo completo (HUMV) como en hospitalización parcial (hospital de día del H. Sierrallana, Laredo o del HUMV), o bien en los nodos ambulatorios específicos de ITPCan.

3.4.1. PROTOCOLO DE ADMISIÓN

A la llegada de los pacientes al protocolo se realiza el proceso de admisión, consistente en:

- Entrevista con enfermería

En ella se realiza la evaluación inicial de enfermería. Su objetivo es definir las necesidades de cuidados de enfermería. Incluye además el inicio de la relación terapéutica y de apoyo a los familiares.

- Entrevista psiquiátrica

En ella se lleva a cabo la evaluación clínica inicial. Su objetivo es iniciar el proceso de evaluación y diagnóstico y establecer el plan terapéutico Inicial y el compromiso manifiesto del paciente de adherirse al programa.

- Entrevista con trabajador social

En ella se formaliza el contacto inicial con los familiares o cuidadores. Se efectúa también la evaluación social y familiar del paciente, definiendo las necesidades de intervención social.



3.4.2. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

La evaluación debe de ser multidimensional (bio-psico-social) y eminentemente continuada para facilitar la modificación del proceso terapéutico cuando resulte necesario. Se deberá realizar idealmente en ámbito ambulatorio en las consultas de los diferentes nodos (equipos) de la red, o en la unidad de hospitalización (hospitalización parcial o unidad de agudos a tiempo completo) en aquellos casos que requieran un ingreso. A partir de los datos obtenidos en estas evaluaciones se podrá efectuar una formulación diagnóstica que permita clasificar de manera estandarizada el estado actual del paciente en las distintas áreas y ámbitos establecidos. Por último, el proceso de alta de la unidad ha de ir, necesariamente, acompañado de una evaluación final.

El terapeuta que coordina el proceso de evaluación y diagnóstico podrá recabar de otros terapeutas la información disponible, según las necesidades y expectativas del paciente establecidas en primera instancia o tras el proceso de valoración básica descrito. Finalmente, el terapeuta que coordina el proceso integrará toda la información aportada individualmente, o a través de reuniones del equipo terapéutico, a fin de establecer el correspondiente plan de intervención.

Evaluación dimensional y continua de necesidades

Como se ha indicado, la evaluación y el diagnóstico son procesos dinámicos que se realizarán en diferentes momentos del tratamiento para guiar de forma efectiva el proceso terapéutico.

Evaluación con escalas psicométricas¹

Las evaluaciones psiquiátricas irán apoyadas por escalas de evaluación psicopatológica. Estas aportan una medida cuantitativa del cambio clínico durante el tratamiento. También se administrarán escalas o test de evaluación del funcionamiento, así como del nivel de satisfacción:

¹ Se establece un listado de escalas/cuestionarios obligatorios en el protocolo arriba descrito. Los distintos nodos pueden incluir además aquellas escalas o cuestionarios que consideren oportunos, siempre y cuando quede reflejado en el protocolo asistencial.





- Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): escala de evaluación encaminada fundamentalmente a medir los cambios en la gravedad de la psicopatología, evaluando un listado de síntomas psiquiátricos clave.
- Clinical Global Impresión (CGI): dirigida a realizar una evaluación clínica global en dos escalas: gravedad psicopatológica y mejoría clínica global.
- Escala UKU (Udvalg für Kliniske Undersogelser): efectos secundarios.
- Escala Barnes de Acatisia.
- Simpson-Angus Scale (SAS): evalúa síntomas extrapiramidales.
- GAF y DAS: escala de funcionamiento global y escala de discapacidad.
- Escala visual analógica de satisfacción del paciente (tipo Likert).

3.5. DISEÑO DE INTERVENCIÓN-RECUPERACIÓN PERSONALIZADO

El Plan de Intervención-Recuperación Personalizado (PIRP) es el conjunto de intervenciones multiprofesionales que, coordinadas por el terapeuta responsable, se ejecutan y revisan para la consecución de objetivos específicos relacionados con las necesidades y expectativas del paciente. Dado que el abordaje del paciente debe considerar su salud de forma integral, teniendo en cuenta la interacción de lo biológico con lo psicológico y lo social, las intervenciones del plan reflejarán dicha filosofía.

3.5.1. ELABORACIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO

A partir de los déficits y necesidades detectados en la evaluación se diseñará una serie de intervenciones terapéuticas integradas, conformando un plan terapéutico individualizado para cada paciente.

El coordinador de la elaboración del plan terapéutico, como en el caso de la evaluación-diagnóstico, es el facultativo especialista de cada nodo. Para ello recopila la toda la información obtenida en la evaluación y la aportada por otros profesionales. A partir de la evaluación-diagnóstico de cada terapeuta se determinará:



- Las áreas de intervención.
- Los objetivos a conseguir.
- Las intervenciones concretas a realizar que configuran el plan terapéutico.
- El miembro del equipo responsable de implementar cada intervención.

El plan terapéutico ha de establecerse y consensuarse en la reunión clínica por el equipo terapéutico, siendo competencia del coordinador del proceso integrar toda la información e incluir el plan en la documentación clínica del paciente.

3.5.2. REVISIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO

El plan terapéutico inicial se irá modificando según evolucione la situación clínica del paciente.

Resultan fundamentales las reuniones periódicas del equipo terapéutico, donde los distintos profesionales aportan las valoraciones de sus intervenciones y los resultados de las mismas, para tomar las decisiones que justifiquen la revisión del plan terapéutico o la modificación de sus objetivos. Los planes terapéuticos se podrán revisar con periodicidad semanal.

3.5.3. PROGRAMACIÓN ASISTENCIAL

La ejecución del plan terapéutico se realiza, de forma prioritaria, mediante la inclusión del paciente en los distintos programas y actividades terapéuticas, individuales o grupales.





3.6. CARTERA DE INTERVENCIONES

3.6.1. PROTOCOLO DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El tratamiento farmacológico en el primer episodio persigue la recuperación funcional de los pacientes, y se realiza en base a la experiencia adquirida en PAFIP y también en base a la literatura existente en este ámbito. Las dosis necesarias para el tratamiento de un primer episodio son menores que en casos de múltiples episodios, y a pesar de ello la aparición de efectos secundarios es alta y representa un factor determinante de abandono de tratamiento y mala adherencia terapéutica.

En base a estos hechos el protocolo ITPCan refleja una guía de decisiones a la hora de elegir el fármaco, las dosis, los posibles efectos secundarios y las situaciones que justifican cambios durante la evolución.

Los pacientes empezarán a criterio médico con **aripiprazol o risperidona/paliperidona** en formulación oral o IM. Las dosis iniciales serán 2mg/día de risperidona, 3 mg/día de paliperidona o 10 mg/día de aripiprazol, llegando a dosis máximas de 6 mg, 12 mg y 30 mg/día, respectivamente, en los primeros 5 días (régimen hospitalario) o en los primeros 10 días (régimen ambulatorio). El escalado de dosis y la indicación de cambio estrá siempre sujeto al criterio del responsable clínico del paciente, considerando factores de eficacia, tolerabilidad y aceptabilidad.

Recomendaciones durante fases tempranas de tratamiento:

- Si hay buena respuesta terapéutica y no aparecen efectos secundarios graves, se recomienda que se mantenga la medicación inicialmente pautada. El cambio de formulación oral a IM no se considera un cambio de fármaco antipsicótico.
- Durante la fase de seguimiento, superada la fase aguda, se recomienda una reducción gradual de la dosis hasta la **mínima dosis eficaz** que sea tolerable.
- La duración recomendada del tratamiento antes de decidir cambio por falta de respuesta es de 3 semanas, atendiendo al criterio de no respuesta, que se establece cuando no se ha producido una reducción del 30 % en el BPRS o CGI total \geq 5).



- La adherencia correcta al tratamiento debe ser monitorizada en todas las entrevistas.
- Se iniciará **tratamiento con clozapina** tras dos intentos fallidos con tratamientos antipsicóticos que han resultado ineficaces a pesar de dosis y tiempos suficientes.
- Se recomienda la propuesta y **uso de formulación inyectable de larga duración de manera proactiva** en etapas tempranas y no solo en casos demostrados de mala adherencia.
- Antes de cualquier cambio por efectos secundarios o mala tolerabilidad de la medicación, se implementará una la estrategia de reducción de dosis.
- El cambio a un segundo antipsicótico (de segunda generación) dependerá del criterio del responsable clínico del paciente, siendo recomendable el intento con olanzapina.
- Se deberá mantener o incluso aumentar el cuidado y la frecuencia de consultas en aquellos pacientes que abandonen o no tomen adecuadamente el tratamiento, entendiendo que el no cumplimiento es una situación esperable en el proceso terapéutico.

Recomendaciones ante la aparición de efectos secundarios:

- Aumento de peso: medidas sobre estilo de vida saludable.
- Acatisia/parkinsonismo: reducción de dosis, si es posible, seguida de asociación de anticolinérgicos, mirtazapina o benzodiazepinas.
- Problemas de sedación o somnolencia: reducción de dosis, si es posible, o cambio de hora de la toma.
- Hiperprolactinemia o problemas sexuales: iniciar aripiprazol o valorar la indicación de añadir aripiprazol al tratamiento antipsicótico de base.

3.6.2. DISCONTINUACIÓN DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- El periodo mínimo de tratamiento farmacológico establecido será de dos años.



- En el caso de la existencia de una recaída o exacerbación clínica durante el seguimiento se recomendará la continuidad del tratamiento antipsicótico de manera crónica a dosis mínima eficaz.
- En aquellos casos que hayan presentado un solo episodio de enfermedad y en los cuales no concurren factores de riesgo (consumo de sustancias ilícitas, situaciones crónicas de estrés, antecedentes familiares) y además exista el expreso deseo del paciente de discontinuar el tratamiento antipsicótico, se procederá a la reducción gradual del mismo hasta su suspensión después de haber informado suficientemente al paciente del riesgo de recaída avalado por la literatura científica. Durante los meses siguientes a la discontinuación se aumentará la frecuencia de consultas y la vigilancia ante posibles cambios que sugieran la aparición de una recaída.

3.6.3. INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS

El trabajo psicológico consistirá en la integración de tres tipos básicos de intervenciones: psicoeducación, terapia cognitivo-conductual e intervención psicoterapéutica familiar.

a) Psicoeducación

Es una aproximación terapéutica que no se identifica con un único modelo teórico. Proporciona a pacientes y familiares información específica acerca de la enfermedad y entrenamiento en técnicas para afrontar los problemas que de ella se derivan. Su objetivo es mejorar la calidad de vida del paciente y de los cuidadores creando ambientes con muy bajo nivel de estrés, disminuyendo la probabilidad de recaída y carga familiar.

La psicoeducación se puede llevar a cabo de manera individual o en grupo, e incluye el abordaje dinámico e interactivo de los siguientes contenidos específicos adaptados a las circunstancias personales de cada paciente y de cada familia: 1.- ¿Qué es la psicosis? Síntomas positivos y negativos. Fases de las psicosis. Modelo de vulnerabilidad-estrés. Factores protectores para la recuperación y factores de riesgo de recaída, 2.- Señales de alarma o recaída. 3.- ¿Cómo se trata la psicosis? El tratamiento de la psicosis es farmacológico,



psicológico y rehabilitador. 4.-¿Cómo hacer frente a los síntomas psicóticos?. Alteraciones de conducta. El suicidio como un síntoma que puede presentarse. 5.- El consumo de tóxicos.

b) Terapia cognitivo conductual (TCC)

Intervención dirigida a ayudar a los pacientes a reevaluar sus percepciones, creencias o razonamientos y a promover las adaptaciones y cambios conductuales necesarios ligados a los objetivos relacionados con la comprensión, manejo y recuperación de la sintomatología psicótica y de los efectos del impacto psicológico de la psicosis (trauma, estigma, pérdida, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad). Los principales objetivos de la TCC en la psicosis consisten en eliminar o minimizar la intensidad e interferencia de las experiencias psicóticas (ideas delirantes y alucinaciones), así como el malestar emocional asociado y su interferencia con un funcionamiento normalizado; reducir los trastornos emocionales comórbidos asociados y estimular la colaboración activa del paciente para reducir el riesgo de recaída y promover su participación en la regulación de los niveles de discapacidad asociados a la psicosis a lo largo de las diferentes etapas de su periodo crítico inicial.

Su aplicación puede ser individual, grupal o mixta, e incluye aplicar los siguientes procesos terapéuticos: establecimiento de una alianza terapéutica basada en el empirismo colaborador, análisis funcional del caso, desarrollo de un modelo de psicosis adaptativo, potenciar el desarrollo de estrategias autorreguladoras (cognitivas, metacognitivas, emocionales y conductuales), análisis de evidencias y cuestionamiento socrático, desarrollo de pruebas de realidad, normalización, reducción del aislamiento social, mantenimiento de mejoría y prevención de recaídas.

c) Intervención psicoterapéutica familiar.

Se detalla en el siguiente apartado.



3.6.4. PROGRAMA DE ATENCIÓN A FAMILIAS

Esta intervención deberá considerar la atención a las familias, atendiendo a las necesidades derivadas de su papel como cuidadores de los pacientes, así como al impacto emocional causado por la irrupción de la psicosis en su familia. Al mismo tiempo, la intervención se orienta a potenciar el importante papel que pueden desempeñar en el control de los síntomas y en la rehabilitación del paciente. Los familiares de las personas que sufren síntomas psicóticos por primera vez se encuentran en una situación que nunca habían previsto y ante la cual les resulta difícil saber cómo deben o pueden actuar. Es fundamental hacerles parte activa del tratamiento y de la recuperación de sus seres queridos.

Resulta de gran utilidad que los familiares reciban información clara y adecuada a su comprensión sobre la duración y las fases del tratamiento. Para esto son invitados a acudir a las consultas y se pondrá a su disposición un teléfono de contacto para consultar sus dudas y transmitir sus preocupaciones.

La intervención se centrará en el abordaje de los problemas de adaptación emocional, interpersonal y de convivencia familiar, en el desarrollo de estilos de afrontamiento eficaces frente a la psicosis y sus efectos y en el funcionamiento adaptivo de la familia en un entorno estable y seguro. Podrán realizarse de manera individual, grupal o mixta e integrarán los siguientes elementos terapéuticos: 1.- Psicoeducación; 2.- Manejo de problemas de conducta; 3.- Entrenamiento en habilidades de comunicación y solución de problemas; 4.- Manejo de estrés, 5.- Prevención de recaídas; y 6.- Apoyo emocional y mantenimiento de redes sociales.

Las intervenciones se adaptarán a las distintas fases por la que pasan las familias en las fases iniciales de la psicosis.

Una vez alcanzada la estabilización clínica de los pacientes se establecerá un programa de psicoeducación, y se invitará a los familiares a participar en grupos de psicoeducación específicos. Se trata de una intervención en grupo cerrado (unos 10 familiares) que participan en un total de 8 sesiones con una periodicidad semanal.

Los objetivos de la psicoeducación son: informar y orientar, a los familiares en el afrontamiento de las consecuencias del trastorno psicótico; aumentar la



confianza en sus propias habilidades como cuidadores efectivos de su familiar; compartir y superar con otras familias los sentimientos de culpabilidad, soledad o incomprensión. El contenido de las sesiones será: 1. Psicosis: definición y comparación con otras enfermedades; 2. Síntomas de la psicosis; 3. Causas y precipitantes: modelo de vulnerabilidad-estrés; 4. Factores de riesgo y de recuperación; 5. Reconocimiento de señales individuales de alarma; 6. Medicación y efectos (terapéuticos y secundarios); 7. Habilidades de comunicación; 8. Resumen de todas las sesiones y revisión.

3.6.5. PROGRAMA DE SALUD FÍSICA

Los pacientes diagnosticados de psicosis son más vulnerables y padecen en mayor medida problemas físicos que conllevan una reducción en la esperanza de vida, hasta 20 años menor que en la población general. Parte de este exceso de mortalidad proviene de un grupo de factores de riesgo que confluyen en el llamado síndrome metabólico (SMet). El SMet se da cuando aparecen tres o más de las siguientes anomalías metabólicas: obesidad abdominal, triglicéridos altos, hipertensión arterial, intolerancia a la glucosa, o niveles bajos de colesterol HDL. La prevalencia del SMet en pacientes con psicosis es cercana al doble que en la población general. Además, los niveles de actividad física y de ejercicio físico están reducidos en pacientes con psicosis comparados con sujetos sanos. El 70–75 % de los pacientes con psicosis se califican como físicamente inactivos y no cumplen las recomendaciones mínimas de actividad física. La suma de estas alteraciones metabólicas y la falta de actividad física suponen un factor de riesgo para sufrir enfermedades cardiovasculares o diabetes tipo II.

Además, sabemos hoy en día que el aumento de peso y la aparición de alteraciones metabólicas relacionadas aparecen en fases tempranas de la enfermedad, siendo el periodo más crítico el primer año desde el inicio del tratamiento.

Debido a todo esto es necesario, desde las fases iniciales de la psicosis, hacer especial hincapié en la detección de aumento de peso y alteraciones metabólicas. Se implementará lo antes posible (incluso de forma preventiva) un programa de intervención integral, que incluya terapia farmacológica cuando sea preciso (ej.: metformina, estatinas, anti-hipertensivos), y medidas





para promover hábitos de vida saludables. Entre estas últimas, se ha descrito claramente el efecto beneficioso del ejercicio físico moderado y regulado.

La implementación del ejercicio físico se llevará a cabo con un programa de cuyo principal objetivo es forjar el hábito del ejercicio de la forma más progresiva, asumible, didáctica y efectiva posible. El programa se lleva a cabo en 12 semanas, tiempo que ha demostrado los efectos positivos del ejercicio físico en PEP.

Los objetivos específicos de este programa son:

- Disminuir la prevalencia del SMet.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes.
- Disminuir la morbo-mortalidad de las enfermedades cardiovasculares-
- Aumentar la capacidad física del paciente.
- Disminuir los síntomas positivos, negativos y afectivos propios de la psicosis.
- Conseguir un control óptimo de los factores de riesgo.

Como objetivos secundarios:

- Fomentar el conocimiento y la práctica de las diferentes modalidades de ejercicio terapéutico efectivas en los pacientes diagnosticados de psicosis.
- Mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.
- Facilitar un rol más activo por parte del paciente.

Cada sesión de entrenamiento constará de las siguientes partes: calentamiento, parte principal y vuelta a la calma. Duración: se comienza con sesiones de 20-30 minutos y se irá aumentando progresivamente hasta los 45-50 minutos.

Frecuencia: de tres a cinco veces por semana.



3.6.6. PROTOCOLO DE ANALÍTICAS Y DETERMINACIONES FÍSICAS/BIOLÓGICAS

Se realizará una exploración física y se solicitarán las pruebas complementarias que se consideren necesarias para la orientación diagnóstica del PEP. Se incluirá:

- Medición de peso y talla.
- Medición del perímetro abdominal.
- Medición de frecuencia cardiaca y presión arterial.
- Valoración de la movilidad.
- Valoración del estado nutricional, dieta y nivel de actividad física.

La exploración neurológica básica es necesaria en todos los casos, ya que puede condicionar el abordaje diagnóstico y terapéutico.

La aplicación de las técnicas de neuroimagen (resonancia magnética, RM) en el diagnóstico del PEP debe plantearse en todos los casos, dada la relevancia del diagnóstico diferencial en estas edades.

La analítica de rutina a todo paciente debe incluir: bioquímica general con glucemia, Hb1A, PCR ultrasensible, perfil lipídico, función tiroidea, cortisol, homocisteína, función renal, función hepática, hematemetría (con recuento y fórmula) y detección de tóxicos en orina.

Se debe establecer el patrón de consumo de tabaco, alcohol y otros tóxicos (edad de inicio y cantidad habitual).

Las determinaciones se deben realizar de manera repetida comenzando en momento basal (idealmente en situación de no toma previa de tratamiento psicofarmacológico o antipsicótico), a los 3 meses, al año, a los 2 años y a los 3 años.

Se recomienda, además:, realizar electrocardiograma (ECG) y la extracción de DNA, RNA y células (biobanco del Hospital Valdecilla), con consentimiento informado expreso en este último caso.

Se recomienda reservar el EEG para pacientes con antecedentes personales o familiares de epilepsia, asociación de episodios aparentemente epilépticos o sospecha de etiología neurológica específica (por ejemplo: encefalitis).



3.6.7. PROGRAMA DE DETECCIÓN E INTERVENCIÓN SOBRE EL CONSUMO COMÓRBIDO DE DROGAS

La alta prevalencia (50 %) de consumo de tóxicos entre la población afectada por un primer episodio de psicosis, principalmente cannabis pero también otras drogas de uso recreacional, y la clara relación entre el consumo y patrones de mala evolución clínica hacen imprescindible programar e implementar intervenciones dirigidas a la prevención, así como a la detección de pacientes consumidores, con el objetivo de que abandonen este consumo.

Las actuaciones se deberán llevar a cabo en colaboración con las UAD (unidades de atención a drogadicción).

Intervenciones de prevención.

El programa de psicoeducación, en su formato individual y grupal, permitirá trabajar con los pacientes y sus familias este aspecto crucial, con el fin de ayudar a los pacientes a no consumir tóxicos.

Intervenciones de detección

Deberá realizarse un despistaje a través de la historia clínica y la evaluación continuada a lo largo del seguimiento en el programa. Podrán solicitarse pruebas analíticas de toxicología en orina o sangre cuando se considere necesario, con especial cuidado de no menoscabar la relación terapéutica y de confianza con el paciente.

Intervenciones de manejo del consumo o deshabitación

- Intervenciones iniciales: en aquellos pacientes en los que se detecte consumo de tóxicos deberá abordarse lo antes posible (en función de prioridades clínicas). Se deberán realizar intervenciones clínicas individualizadas en el contexto del seguimiento clínico en el programa, basadas en un modelo motivacional y con apoyo en intervenciones psicofarmacológicas para algunas sustancias concretas.
- Manejo coordinado con las unidades de atención ambulatoria al drogodependiente cuando el consumo sea importante y de difícil manejo en la consultas del programa, requiriendo una intervención más especializada en patología dual. En estos casos el seguimiento y tratamiento especializado se realizará en paralelo y de forma coordinada.



3.6.8. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN SITUACIONES DE RIESGO DE SUICIDIO

El riesgo de suicidio en los PEP es particularmente alto entre el anterior y los dos meses posteriores al primer contacto con los servicios especializados, así como en aquellos casos en los que se produce una exacerbación o una recaída psicótica. La aparición de un episodio depresivo después de un primer episodio de psicosis es frecuente, especialmente en los primeros meses y también incrementa el riesgo de suicidio.

Detección del riesgo.

Para poder determinar el riesgo de suicidio es importante realizar una evaluación individual exhaustiva de los factores individuales de riesgo y de protección, intentos suicidas o autolesivos previos (número de intentos previos y la gravedad de los mismos) y el riesgo actual. En general, y aunque en ocasiones resulte difícil preguntar directamente a la persona sobre sus ideas suicidas, en los PEP se ha de proceder considerando que tales indicios existen y que el paciente puede encontrarse en riesgo. Teniendo en cuenta la información obtenida sobre los principales factores de riesgo presentes, grado de planificación y elaboración de la ideación suicida, así como estado de ánimo del paciente, se establece la siguiente valoración:

- Riesgo alto: en cualquier caso con planificación suicida, método específico y estado de ánimo depresivo "grave".
- Riesgo medio-alto: en cualquier caso con planificación suicida sin método específico y estado de ánimo depresivo "grave".
- Riesgo medio: si no hay planificación suicida y hay un estado de ánimo depresivo "bajo-moderado".
- Riesgo bajo: si no hay planificación suicida, pero sí presencia de desesperanza, culpa, falta de apoyos percibidos o de valores que le ayuden, y ánimo depresivo "bajo-moderado".
- Sin riesgo: si no presenta ningún factor de riesgo.

¿Qué hacer?

Ante un caso de posible riesgo de suicidio se intensificarán las visitas hasta una o dos a la semana. A medida que el riesgo disminuye se espaciarán del



siguiente modo: cada 2 semanas, cada 3 semanas, al mes, a los 3 meses y a los 6 meses. Si el riesgo aumentase de nuevo se recuperaría la frecuencia de sesiones anterior hasta comprobar que se puede continuar con el distanciamiento de las sesiones de seguimiento. No se dará por finalizado el tratamiento hasta al menos 6 meses sin ideación suicida o riesgo 0.

¿Cómo?

Aplicar el esquema de pasos para el control del riesgo de suicidio y reducción de la ideación:

- Desarrollo e implementación de un plan para reducir el riesgo y/o proteger a la persona, incluyendo el ingreso hospitalario.
- Evaluación semanal de la ideación suicida.
- Priorización del buen manejo y control de la conducta suicida en los momentos de malestar hasta que se instauren conductas alternativas más adaptadas.
- Mejoría del ánimo depresivo hasta conseguir que participe en actividades a un nivel similar al que realizaba antes del primer episodio.
- Reducción de la desesperanza y falta de expectativas positivas.
- Ampliación de las alternativas y solución de los problemas.
- Reflexión sobre sus valores orientada a enriquecer y reequilibrar su vida, así como fortalecer sus relaciones y mejorar la percepción de apoyo social.
- Prevención de recaídas, ayudando al paciente a cambiar la espiral disfuncional o suicida en favor de una orientación funcional y adaptativa. Una vez alcanzada una mejoría en la sintomatología depresiva conviene reforzar el buen manejo y control de las situaciones de riesgo e ir reduciendo la medicación antidepresiva hasta su supresión.

3.6.9. PROGRAMA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Conocer y potenciar el grado de adherencia del paciente al programa y al tratamiento constituye un objetivo primordial del programa. Más del 50 % de los pacientes con PEP serán malos adherentes a lo largo del curso de la enfermedad.



Debemos identificar las causas que pueden determinar una mala adherencia:

- Problemas cognitivos, deficiente entorno social o estructura de vida.
- Actitud negativa hacia el tratamiento o efectos secundarios.
- Adaptación inadecuada al episodio, con negación del mismo.
- Presencia de un cuadro depresivo.
- Estigmatización o actitud de desconfianza hacia los efectos preventivos del tratamiento.

Se debe diseñar un plan individualizado, en el que la acción de enfermería y trabajo social es importante.

Debemos, también, potenciar el uso precoz de antipsicóticos inyectables de larga duración.

3.6.10. RECUPERACIÓN DE ACTIVIDADES FORMATIVAS Y VOCACIONALES. TRABAJO MULTIDISCIPLINAR CON OFICINAS DE EMPLEO, CENTROS ACADÉMICOS Y CENTROS DE TRABAJO

La educación y el empleo deben de ser objetivos centrales para los programas de intervención temprana en los PEP. Menos del 25 % de los pacientes con enfermedad mental grave reciben algún tipo de asistencia para la reinserción laboral, y sólo una parte de esos pacientes tienen acceso al empleo. En muchos casos los pacientes necesitan apoyo para afrontar el desafío que supone la enfermedad para la reincorporación laboral, así como en la búsqueda de un nuevo empleo o formación. También necesitan asesoramiento sobre las ventajas e inconvenientes que puede representar la discapacidad. Por eso es importante contar con servicios especializados en estas áreas desde el inicio de la enfermedad y a lo largo del seguimiento. En este sentido, hay que favorecer la comunicación activa con los centros académicos y de trabajo, en aquellos casos en los que sea posible retomar la actividad anterior al PEP, y el contacto con profesionales de la comunidad educativa (**www.educantabria.es**) y del Servicio Cántabro de Empleo (www.empleacantabria.es). De este modo se facilitará la accesibilidad a los



programas existentes de inserción educativa y laboral, con el objetivo final de promocionar una búsqueda de ocupación convenientemente orientada y ajustada a la situación y las capacidades del paciente.

Destacamos como ejemplo de iniciativa de innovación y alta calidad en esta área el proyecto de inserción laboral "InsertaMENTE", liderado por el Centro Hospitalario Padre Menni de Santander, que persigue mejorar la empleabilidad de las personas con trastorno mental grave. Los objetivos específicos son:

- Realizar una intervención intensiva para prevenir la pérdida de funcionalidad o para lograr la recuperación funcional
- Promover la implicación de los familiares en la recuperación laboral y psicosocial del paciente.
- Realizar acciones de intermediación educativa y/o laboral con usuarios e instituciones formativas y empresas.





4 | ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

4.1. PROCESO DE DERIVACIÓN

4.1.1. UNIDADES ASISTENCIALES IMPLICADAS (DERIVANTES)

Las principales unidades implicadas en el proceso de derivación serán:

a) Centros de atención primaria del SCS

Los médicos de equipo (MAP) y de urgencias (SUAP) de atención primaria podrán derivar a aquellos pacientes con sospecha de presentar un episodio psicótico.

b) Servicios de urgencias (área de psiquiatría) de HUMV, Sierrallana y Laredo.

Los psiquiatras responsables de la asistencia en las unidades de urgencias de los tres hospitales podrán realizar derivaciones al protocolo, ya sea para atención ambulatoria temprana en el nodo correspondiente o, en caso de ser necesario, para su atención clínica en unidades de hospitalización (total o parcial).

c) Unidades de salud mental de las áreas sanitarias de Cantabria (USM de Sierrallana en Torrelavega; de Laredo; de Puertochico, López Albo I, López Albo II y Nueva Montaña, en Santander).

Estas unidades pueden derivar a los pacientes al nodo de ITP correspondiente.

d) Equipos de salud mental infanto-juvenil

Los facultativos de los equipos de psiquiatría infanto-juvenil de las tres áreas podrán derivar pacientes detectados durante su labor clínica habitual y que cumplan los criterios de inclusión establecidos.

e) Equipos de psiquiatría de enlace

Los psiquiatras de los equipos de psiquiatría de enlace de los tres hospitales podrán derivar pacientes detectados de forma incidental durante su labor



clínica con pacientes ingresados en unidades de hospitalización de los servicios médico- quirúrgicos.

4.1.2. OTRAS INSTITUCIONES Y DISPOSITIVOS NO SANITARIOS (DERIVANTES).

Los dispositivos no sanitarios relacionados con el sistema educativo y judicial, organizaciones humanitarias y servicios sociales en contacto con personas dentro de la franja etaria de riesgo son potenciales derivadores de casos.

4.1.3. PROCEDIMIENTO DE DERIVACIÓN.

La derivación debe llevarse a cabo con la máxima agilidad para minimizar los tiempos de espera, que en ocasiones están asociados a pérdida de pacientes antes de ser atendidos.

a) Derivación desde atención primaria

- Derivación urgente: a través de los servicios de urgencias correspondientes por Área de Salud en aquellos casos en los que se identifique la necesidad de una intervención urgente, o directamente al servicio de urgencias del HUMV ante la sospecha de que el paciente requiera un ingreso en unidad de agudos para recibir una atención más intensiva en la unidad de agudos.
- Derivación de alta resolución: derivación directa al protocolo ITPCan a través del sistema informático de historia clínica de atención primaria (OMI o APCantabria), o programa integrado con la historia clínica electrónica del SCS (programa de interconsulta MAS). Esta derivación deberá ser atendida de forma ultra-rápida, en menos de 48 horas (72 horas en caso de derivar en viernes). Cada centro de atención primaria derivará al nodo correspondiente del programa, según el área de salud de la que dependa.

b) Derivación desde USM

Las derivaciones de los casos detectados en USM se podrá realizar a través de contacto telefónico con la persona responsable de cada nodo, o a través del programa de interconsulta MAS.



c) Derivación desde unidades de ingreso

La derivación de los casos detectados durante su ingreso en la unidad psiquiátrica de agudos del HUMV, en la UARH del HUMV, o por los equipos de psiquiatría de enlace de los tres hospitales (durante ingresos en servicios médico-quirúrgicos) se realizará directamente antes de ser dados de alta al equipo del protocolo ITPCan del nodo correspondiente en función de su área de salud. De forma excepcional, cuando por criterios clínicos y de continuidad de cuidados se considere oportuno, algunos pacientes continuarán siendo atendidos de forma temporal por el equipo del nodo de Santander, en unidades de ingreso parcial o incluso ambulatoriamente. Esto se llevará siempre a cabo de forma coordinada con los profesionales del nodo correspondiente (Laredo o Sierrallana).

d) Derivación desde instituciones no sanitarias

- Derivación urgente: a través los servicios de urgencias de cada área sanitaria en aquellos casos en los que se identifique la necesidad de una intervención urgente, o directamente al servicio de urgencias del HUMV.
- Derivación de alta resolución: derivación directa al protocolo ITPCan a través de contacto telefónico con la persona responsable de cada nodo.

4.2. FASES DE LA INTERVENCIÓN

Las siguientes fases de intervención deben entenderse como orientativas y ajustadas a un porcentaje alto de pacientes y familias. Del mismo modo, su duración y cronología es orientativa, sabiendo que cada paciente en su evolución transitará entre ellas de una manera personalizada.

4.2.1. FASE DE CLÍNICA AGUDA Y SUBAGUDA

Periodo cercano al primer contacto que se caracteriza por síntomas activos y riesgos elevados de abandono, recaída, suicidio y heteroagresividad. La necesidad de hospital de día en este periodo es frecuente. Corresponde aproximadamente a los primeros tres meses.





Pacientes

Los objetivos principales serán: enganche terapéutico, tratamiento farmacológico óptimo, adherencia, evitar conductas disruptivas y autolesivas, evitar contención (minimizar riesgo de ingreso traumático).

En base a la experiencia previa, un porcentaje alto de pacientes contactará por primera vez con los servicios de urgencias, y en muchos casos la primera intervención se realizará en régimen de hospitalización completa. Es un objetivo principal del protocolo revertir esta situación, con mayor porcentaje de pacientes en tratamiento ambulatorio y domiciliario, limitando en lo posible el régimen de hospitalización completa.

Intervención psicoterapéutica con el paciente. Se pretende conseguir una reducción más rápida de la clínica positiva y del malestar psicológico secundario a ésta, a la vez que favorecer el enganche y mantenimiento posterior del paciente con el tratamiento.

Cuidadores

Se llevarán a cabo intervenciones explicativas y educativas, y de reducción de estrés, trabajando para evitar la estigmatización.

La intervención psicoterapéutica con cuidadores se concentrará en ofrecer tanto ayuda práctica en el manejo de la crisis como ayuda emocional frente al impacto que suele provocar. Para ello, se proporcionará un modelo explicativo inicial que facilite la comprensión de lo que le está pasando a su familiar y les ayude a modular la exigencia emocional que ese periodo de crisis exige, tanto a la unidad familiar, como a cada uno de sus miembros.

El plan de intervenciones en esta fase puede variar en pacientes que no requieren hospitalización en el primer episodio.

4.2.2. FASE DE ESTABILIZACIÓN Y RECUPERACIÓN (PERSONALIZADA)

Corresponde a un periodo posterior a la fase aguda, en el que la sintomatología positiva es mínima y pueden coexistir síntomas negativos y/o afectivos (depresivos) con la aceptación de la situación y la asunción de conciencia de enfermedad. Su duración se estima entre 3 y 9 meses.



Pacientes

Se debe alcanzar la mínima dosis eficaz de tratamiento antipsicótico y establecer intervenciones para lograr la recuperación psicosocial del episodio psicótico, diseñando un plan de recuperación que incluya la promoción de la adherencia al tratamiento, la conciencia de enfermedad y necesidad de tratamiento, el no uso de drogas ilícitas, el tratamiento de la comorbilidad (depresión, ansiedad social, trauma, estigma, ideación suicida) y el restablecimiento del funcionamiento social y laboral.

La evaluación de dicho plan de recuperación personalizado es un elemento crucial en esta fase.

Cuidadores

Se llevará a cabo la evaluación de sus necesidades y una serie de intervenciones psicoeducativas y de reducción de estrés.

4.2.3. FASE DE MANTENIMIENTO O REHABILITACIÓN

En este periodo el objetivo es conseguir la recuperación funcional y controlar los factores de riesgo de recaídas. Su duración es muy variable, como lo son las necesidades de los pacientes, siendo necesario desarrollar un programa multiprofesional, coordinado y flexible, con replanteamiento continuo de plan de necesidades, y designando un coordinador de cuidados.

Pacientes

En esta fase, el plan de intervenciones dependerá del grado de remisión de los síntomas positivos y negativos, del impacto de la enfermedad en la funcionalidad, aspectos personales de aceptación y adaptación a la situación, así como de experiencias estigmatizadoras.

Cuidadores

En esta etapa las intervenciones tienen como fines fundamentales:

- Implicar a la familia en la recuperación activa de las habilidades y roles del paciente.



- Manejo del estrés asociado.
- Fortalecer la resiliencia familiar.

4.2.4. MANEJO DE SITUACIONES DE CRISIS

El manejo de las situaciones de crisis que aparecen durante las primeras etapas de la enfermedad es una parte muy relevante del programa, basado en las siguientes premisas:

- Fácil y rápido contacto: pacientes, familiares, profesionales sanitarios, profesionales educativos y fuerzas de orden público deben de disponer de un número de teléfono en horario laboral que permita un contacto rápido y sencillo con los profesionales responsables del caso. En horario no laboral ese contacto se deberá realizar con los servicios de urgencias pertinentes (ambulatorios u hospitalarios).
- Disponer de una valoración rápida de la situación por personal cualificado del programa, con recomendaciones claras que deben conducir a la resolución de la crisis.
- Garantizar una consulta presencial con un profesional del programa en menos de 24 horas (urgencias, consulta USM, consulta ITPCan, ...) si la situación de crisis no se resuelve tras la consulta telefónica.
- Puesta en marcha del protocolo habitual de traslado involuntario, con intervención del 061 y/o fuerzas de seguridad, en caso de crisis no resuelta o con un paciente no colaborador.
- Toda intervención en crisis realizada fuera de ITPCan debe ser comunicada por el profesional implicado, con la mayor brevedad posible, al responsable de caso para su registro y conocimiento.

4.3. ALTA Y TRANSICIÓN A OTROS DISPOSITIVOS

El seguimiento clínico se desarrollará al menos durante los 3 primeros años tras el debut del episodio psicótico. Por regla general, a los 3 años los



pacientes serán derivados a la red de salud mental para continuar con un seguimiento y tratamiento especializado estándar. De forma excepcional, los pacientes podrán tener un seguimiento en el programa más allá de los 3 años, pero siempre hasta un máximo de 5 años.

El proceso asistencial del alta de un dispositivo a otro, con la necesidad de garantizar la continuidad de cuidados, resulta de una relevancia y en gran medida condiciona el curso evolutivo del paciente. Es por ello que se ha de tomar especial cuidado tanto en su preparación como en su ejecución.

Preparación y planificación del alta

Como se ha indicado, la planificación del alta ha de estar precedida no solo de una evaluación específica, sino además de entrevistas preparatorias tanto con el paciente como con la familia.

A lo largo del proceso de preparación del alta, se realizará una última consulta con el paciente y sus familiares (tras obtener el consentimiento del paciente) para informarles del alta y del plan terapéutico a seguir y hasta la primera consulta con su psiquiatra de referencia.

En esta fase se debe salvaguardar la continuidad de cuidados y realizar una derivación eficiente del paciente a su unidad ambulatoria (USM) de referencia, evitando que el paciente discontinúe el tratamiento.

El protocolo de alta, que describimos brevemente a continuación, permite asegurar los aspectos mencionados.

Protocolo de alta

El alta del protocolo debe ir acompañada de un informe clínico en el cual se especificarán el juicio diagnóstico, las actuaciones realizadas durante el periodo de seguimiento, las recomendaciones terapéuticas y la cita con su psiquiatra de referencia, así como con enfermería si fuera necesario.

Los pacientes deberán estar citados con su psiquiatra de referencia en un plazo máximo de 15 días desde el alta del programa.

Al alta, el paciente deberá tener cumplimentada la receta electrónica para garantizar la toma de medicación durante todo el periodo de espera hasta la próxima consulta.



4.4. PROFESIONALES Y METODOLOGÍA DE LAS INTERVENCIONES

En cada uno de los tres nodos del protocolo ITPCan se establecerá un equipo funcional constituido por personal administrativo, psiquiatra, psicólogo clínico, profesional de enfermería, trabajador social, terapeuta ocupacional y educador.

La metodología de las intervenciones se ajustará al protocolo general descrito, aunque queda abierta la posibilidad de la instauración y desarrollo de intervenciones específicas para las cuales los distintos nodos establezcan su idoneidad y priorización (protocolo específico).

4.5. ASIGNACIÓN DE TIEMPOS

Las primeras consultas de los distintos profesionales tendrán una asignación de 1 hora, siendo las consultas sucesivas de 20 a 45 minutos, dependiendo del tipo de intervención.

4.6. ORGANIZACIÓN Y COORDINACIÓN INTERNA

Los miembros del equipo recibirán formación para homogeneizar sus actuaciones, asumiendo la misión, la visión y los objetivos del programa. También recibirán formación para la aplicación del protocolo, incluyendo la administración de escalas. El plan de formación se llevará a cabo con carácter previo a la puesta en marcha del protocolo, incluyendo a todos los miembros del equipo. Se mantendrán reuniones o jornadas de trabajo periódicas, al menos con frecuencia trimestral. Para asegurar la calidad de las intervenciones. La organización y coordinación entre los distintos profesionales que comparten los mismos objetivos es fundamental para alcanzar una asistencia de excelencia y continuada, que dé cobertura a las necesidades de los pacientes y sus familias en las distintas etapas de la evolución de la enfermedad.



4.6.1. COORDINADOR DEL PROTOCOLO (ÚNICO)

La figura del director es fundamental y tiene como objetivos:

- Conseguir la motivación y apasionamiento del equipo en el trabajo diario con los pacientes y sus familias.
- Infundir y defender en todo momento los valores especificados en el protocolo.
- Mantener unos estándares de funcionamiento y calidad que se ajusten al protocolo aprobado.
- Ser referente ante situaciones de conflicto dentro del equipo.
- Preparar el plan de análisis de resultados, análisis DAFO y estratégico de las acciones del protocolo para su continua mejora.
- Procurar el buen clima laboral entre los profesionales.

La persona que ocupe esta responsabilidad será elegida por los equipos que configuran ITPCan y deberá ser uno de sus miembros del equipo asistencial, con experiencia laboral en el protocolo de intervención temprana en psicosis. El puesto tendrá carácter temporal y podrá ser rotatorio.

4.6.2. COORDINADOR ASISTENCIAL DE CADA EQUIPO

La figura de coordinador asistencial del equipo multiprofesional es crucial para el desarrollo de una atención intensiva, integrada, eficiente y continua de los pacientes y sus familias, favoreciendo la comunicación bidireccional entre todos los profesionales.

La figura del coordinador de cada equipo es relevante, y tiene como objetivos:

- Ser persona de referencia y de fácil acceso para los pacientes y sus familias.
- Centralizar toda la información relevante del protocolo y de los pacientes, que será compartida en las reuniones semanales.



- Coordinar el plan de actuaciones y las intervenciones diseñadas por los distintos profesionales en cada caso.
- Detectar y coordinar actuaciones urgentes dentro del protocolo.
- Ser enlace con la coordinación externa.
- Velar por mantener unos estándares de funcionamiento y calidad que se ajusten al protocolo aprobado.

Se nombrará un coordinador por cada nodo asistencial.

4.6.3. DESIGNACIÓN DE RESPONSABLE DE CUIDADOS PARA LAS DISTINTAS FASES DE LA INTERVENCIÓN

La persona del equipo multiprofesional responsable de los cuidados para cada fase de la intervención será, preferentemente, profesional de enfermería, trabajo social o terapia ocupacional, con formación específica en este ámbito, accesible en todo momento y con elevado grado de compromiso con el trabajo multidisciplinar y las necesidades de los pacientes y cuidadores (sanitarias, psicológicas, sociales, laborales, ocio, etc.). Debe basar sus actuaciones en el principio fundamental de la recuperación funcional del paciente a la hora de diseñar el plan de cuidados, trabajando directamente con los pacientes de forma flexible y creativa para cubrir sus necesidades, pero fomentando su autonomía y la consecución de los objetivos vitales que ellos mismos se marquen para alcanzar una vida plena.

4.6.4. DISEÑO Y ESTABLECIMIENTO DE PROTOCOLOS COMUNES DE INTERVENCIÓN PARA LOS TRES NODOS

Se diseñarán protocolos asistenciales, comunes para los tres nodos y desarrollados en un único centro, para cubrir necesidades muy específicas en un pequeño grupo de pacientes o cuidadores. Algunos ejemplos de estas intervenciones específicas y comunes son:

- Protocolo de comorbilidad con trastorno obsesivo compulsivo (TOC).



- Protocolo de comorbilidad con trastorno de personalidad límite (TPL).
- Protocolo para pacientes con discapacidad sensorial.

4.6.5. INFORMACIÓN COMPARTIDA: HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA ALTAMIRA

Los sistemas de información disponibles en el entorno del SCS deberán ser las herramientas de uso común para registrar y compartir la información relevante entre todos los profesionales implicados en cada caso (trabajo social, psicología, psiquiatría, enfermería, educadores), y serán también utilizados para las tareas de evaluación del protocolo y de las actuaciones. Las evaluaciones, diagnóstico e intervenciones planeadas o desarrolladas deben estar perfectamente recogidos y fechados. El objetivo es que cualquier profesional del equipo pueda tener acceso a la información relevante del caso e incorporar su contribución al mismo.

4.6.6. TIEMPOS Y ESPACIOS QUE FACILITEN LA COMUNICACIÓN

a) Intra-nodos

Se programará al menos una reunión semanal, que se debe realizar en un espacio específico y bien acondicionado, con todos los miembros del equipo multiprofesional. Se hará una puesta en común de aspectos clínicos relevantes y toma de decisiones consensuadas sobre determinados aspectos del caso que se hayan detectado durante la semana. Dichas reuniones se deberán realizar a primera o última hora de la jornada laboral para permitir la presencia del mayor número de profesionales.

Además de esta reunión semanal, se conformará un sistema de comunicación mediante correo electrónico que permita a los miembros del equipo estar informados de aspectos importantes o que necesiten toma de decisiones inmediatas.

El contacto dentro del equipo debe ser continuo. Los profesionales compartirán la información cotidiana con tanta frecuencia como sea necesaria para acordar las intervenciones. Para ello se dispondrá en las instalaciones de espacios adecuados que faciliten la comunicación.



b) Inter-nodos

Se realizará una reunión trimestral a la que asistirá al menos un representante de cada nodo, preferiblemente el coordinador asistencial de cada equipo. Tendrá como objetivo facilitar la coordinación entre los equipos de la red y servirá para poner en común aspectos clínicos, pero también organizativos y estratégicos. También servirá para revisar el plan de funcionamiento, discutir los indicadores de resultados del protocolo y modificar en consecuencia los aspectos organizativos necesarios.

4.7. COORDINACIÓN EXTERNA

El protocolo ha de mantener un contacto fluido y frecuente con las unidades asistenciales derivantes y receptoras de pacientes. La coordinación con dichas unidades se realizará de forma directa (telefónica) con los coordinadores de dichas unidades, pudiéndose establecer reuniones periódicas en aquellos casos en los que se requiera de una mayor interacción. Entre estas unidades podemos señalar:

- Urgencias
- Dispositivos ambulatorios de salud mental: unidades de salud mental de adultos e infanto-juveniles.
- Dispositivos de hospitalización: unidad de hospitalización completa, unidades de hospitalización parcial de adultos e infanto-juvenil, hospital de media estancia.
- Dispositivos de atención primaria (AP).
- Recursos sociosanitarios: centros de rehabilitación psicosocial (CRPS), educativos y organismos judiciales (fiscalía, forense, penales, menores).
- Recursos de atención a drogodependencias.
- Recursos rehabilitación laboral.
- Recursos residenciales.



El objetivo principal de la coordinación con estas unidades será clínico, para asegurar una mejor continuidad de cuidados, pero también organizativo y divulgativo. A nivel organizativo, estas reuniones de coordinación crearán un espacio en el que poder explorar e identificar deficiencias o áreas de mejora en el funcionamiento del protocolo en lo relativo a sus interacciones con otras unidades asistenciales.

4.8. INTEGRACIÓN Y PARTICIPACIÓN ACTIVA DE LOS USUARIOS, PACIENTES Y CUIDADORES EN EL DISEÑO DEL PROTOCOLO

El protocolo se fundamenta sobre los principios de asistencia sanitaria centrada en el paciente, postulados por la OMS en su "Framework on integrated people-centred health services". Así, el protocolo tiene el compromiso adoptar un enfoque centrado en los pacientes y sus familias, y de promover de una manera progresiva la incorporación de los pacientes y sus familias en la organización y funcionamiento del mismo.

Esto podrá realizarse aplicando políticas o implementando intervenciones orientadas hacia alguna de las 5 estrategias propuestas por la OMS:

- Involucrar y empoderar a las personas y las comunidades.
- Fortalecimiento de la gobernabilidad y responsabilidad (accountability).
- Reorientar el modelo de cuidados.
- Coordinar servicios dentro y a través de sectores.
- Crear un ambiente rehabilitador.

Siguiendo la primera estrategia, el protocolo potenciará una comunicación directa y fluida con las asociaciones de pacientes y familiares de la comunidad autónoma (por ejemplo, ASCASAM) como sujetos de intermediación directa, y para detectar posibles necesidades o mejoras no resueltas por el protocolo, desde el punto de vista de los pacientes y las familias.





5 | PROCESO DE PUESTA EN MARCHA

5.1. DIVULGACIÓN Y PUESTA EN MARCHA

La divulgación tendrá dos niveles de actuación:

1. Sobre la red de atención temprana en primeros episodios de psicosis: divulgación institucional, de estructura y de funcionamiento.
2. Sobre la enfermedad: divulgación formativa (médicos de AP) y de sensibilización (sociedad, población general, asociaciones de usuarios y familiares).

5.1.1. OBJETIVOS

1. Dar a conocer la red y su funcionamiento a las diferentes unidades clínicas o instituciones sanitarias de Cantabria para facilitar la derivación de pacientes y su manejo conjunto con otros ámbitos sanitarios (AP).
2. Sensibilizar a la población y hacer prevención (por ejemplo, sobre el consumo de cannabis y otros tóxicos).
3. Fortalecer vínculos con asociaciones de pacientes y familiares para facilitar un modelo centrado en el paciente.

5.1.2. NIVELES DE ACTUACIÓN

La divulgación de la red de atención temprana en primeros episodios de psicosis debe configurarse a diversos niveles, lo cual implicará a su vez niveles de actuación diferenciados:



1. Equipos de atención especializada.
2. Equipos de atención primaria.
3. Instituciones sanitarias concertadas proveedoras de servicios de salud mental en la Comunidad Autónoma de Cantabria.
4. Asociaciones y organizaciones de pacientes y familiares.

5.1.3. ACTIVIDADES

Se facilitará la divulgación de la actividad clínica que realiza la red a través de jornadas periódicas, con carácter anual, de información acerca de la red y formación continuada sobre psicosis a profesionales de atención primaria. Estas actividades podrán contar con el apoyo organizativo y de difusión del Colegio de Médicos de Cantabria.

5.1.4. MATERIALES

Se podrán editar materiales divulgativos en colaboración con la Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria, así como re-editar (o utilizar) materiales ya elaborados, como la "Guía para Médicos de Atención Primaria sobre Primeros Episodios de Psicosis" o la "Guía de Psicoeducación en Psicosis para Familiares".





Divulgación	Objetivo	Destinatarios	Actividad	Frecuencia
Funcional	Dar a conocer el funcionamiento. Facilitar la derivación.	USM	Presentación en sesiones generales de los servicios de psiquiatría de los 3 hospitales.	Anual
		MAP	Actividades formativas. Circular desde las gerencias de atención primaria. Elaboración de protocolos y vías clínica con AP.	Anual
		Organismos o instituciones no sanitarias	Edición de guías divulgativas y educativas. Reuniones de presentación en organismos e instituciones.	Anual
Formativa	Aumentar capacidad de detección desde AP. Facilitar el manejo clínico.	MAP	Actividades formativas. Re-edición de manuales y guías.	Anual
Sensibilización	Dar a conocer la enfermedad. Combatir el estigma. Fortalecer lazos con las asociaciones de usuarios y familiares.	Población general. Asociaciones de familiares y usuarios	Acción conjunta con la Escuela Cántabra de Salud ("Escuela de Salud para la Ciudadanía"). Participación en jornadas divulgativas en colaboración con asociaciones (ASCASAM)	Anual



5.2. DESARROLLO POR ÁREAS SANITARIAS

De manera óptima el desarrollo se producirá en paralelo en las tres áreas sanitarias, procurando la equidad y calidad de los recursos, así como la accesibilidad de los usuarios a los mismos. La dotación inicial quedará establecida mediante acuerdo con la Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria y asegurará el mínimo de dotación necesaria para alcanzar un impacto en los indicadores de salud.

5.3. DESARROLLO DE LA CARTERA DE SERVICIOS

El protocolo en su versión actual recoge una serie de intervenciones o acciones (cartera de servicios) obligatorias y que deberán ser desarrolladas de manera obligatoria por todos los equipos de ITPCan. La implementación de estas acciones será progresiva durante el primer año desde la puesta en marcha del protocolo y concluirá con su completa operatividad.

Las acciones catalogadas como recomendables o deseables serán asumidas a lo largo del tiempo por los distintos nodos de acuerdo con su disponibilidad recursos, de tiempo, o criterios internos.

5.4. DESARROLLO EN LA DOTACIÓN DE RECURSOS HUMANOS E INFRAESTRUCTURAS

Mediante acuerdo de gestión con la consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria se establecerá un calendario para el pleno desarrollo de los tres equipos de ITPCan y de la disponibilidad de los recursos e infraestructuras necesarias para el óptimo desarrollo de la actividad clínica, docente e investigadora.





6 | EVALUACIÓN

6.1. EVALUACIÓN DE CASO

Para asegurar la eficacia de las intervenciones se realizará una evaluación clínica y social de cada caso, de forma continuada e individualizada, por parte de los miembros del equipo. Un aspecto importante en esta valoración será el grado de recuperación funcional conseguido, y los objetivos alcanzados a nivel de integración y autonomía socio-laboral.

6.2. EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO

La evaluación del protocolo en su conjunto requiere la utilización de medidas objetivas. Para ello se aplicarán escalas de medición de gravedad de la sintomatología, calidad de vida, y carga de la enfermedad. Para medir y evaluar la eficiencia del protocolo se recogerán datos relacionados con el coste de las intervenciones.

6.2.1. SISTEMA DE CALIDAD

El protocolo ITPCan asume como una de sus líneas de actuación fundamentales el fomento de la calidad asistencial. Para ello incorpora dentro de su esquema organizativo un sistema de medida de la Calidad. En él se incluyen como aspectos más relevantes los siguientes:

a) Indicadores de actividad

- N° de admisiones/año.
- Actividad consulta ambulatoria: n° primeras consultas, n° consultas sucesivas, índice sucesivas/primeras.
- Gravedad clínica y social al ingreso: escalas BPRS, CGI, ... otras.



- Demora para la inclusión en el protocolo: deberá ser menor de 72 horas.
- % derivación con diagnóstico correcto.
- % alta tras primera consulta.
- Carga asistencial por GRDs.
- Continuidad de cuidados. Monitorizar porcentaje de casos con:
- Alta con cita concertada: 100%.
- Tiempo transcurrido entre el alta y la primera visita en el equipo de salud mental ambulatorio: inferior a 15 días.
- Autoagresiones: menos del 5%.

b) Indicadores de resultados

- Tasa de remisión y recuperación (criterios habituales PAFIP).
- % de discontinuación del protocolo.
- Tasa de recaídas.
- Número de ingresos y re-ingresos.
- % de pacientes con mejoría clínica al alta: mejoría absoluta en escalas BPRS y CGI.
- % de pacientes con mejoría en funcionamiento: escala DAS, GAF.
- Satisfacción del paciente: escala visual analógica (tipo Likert).
- Número de reclamaciones y tiempo de respuesta.

6.2.2. GESTIÓN DE QUEJAS Y RECLAMACIONES

De producirse alguna queja, los miembros del equipo se mostrarán disponibles y accesibles para poderlas tratar personalmente con el paciente o familiar en cuestión. Si esto no fuese suficiente, o el paciente prefiriese usar



otros mecanismos para expresar su desacuerdo, los pacientes y familiares tienen a su disposición, en los servicios de atención al paciente de los diferentes hospitales, formularios de reclamación en los que podrán hacer constar sus posibles quejas o discrepancias acerca del tratamiento recibido. Estas reclamaciones serán trasladadas al jefe de servicio, que analizará con el responsable clínico de cada nodo la reclamación y dará contestación, indicando las medidas adoptadas.





7 | FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

7.1. FORMACIÓN DEL EQUIPO DEL PROTOCOLO

El protocolo ITPCan promueve la formación continua del personal que compone cada nodo con el fin de mantener un nivel asistencial de alta calidad y actualizado, conforme al conocimiento y evidencia a nivel internacional en este campo de la salud mental.

7.2. DOCENCIA

7.2.1. CURSOS DE FORMACIÓN CONTINUADA

Desde el protocolo ITPCan se organizarán periódicamente actividades formativas dirigidas a los médicos de atención primaria (MAP) y facultativos especialistas de área (FEA) de psiquiatría y psicología clínica del Servicio Cántabro de Salud (SCS).

7.2.2. PROGRAMA DE FORMACIÓN DE RESIDENTES

Los nodos del protocolo ITPCan podrán ser receptores de residentes de psiquiatría y psicología clínica que estén realizando su formación en el HUMV o en otras unidades docentes a nivel estatal, y que deseen realizar parte de su formación especializada en intervención temprana en psicosis.

7.2.3. DOCENCIA EN EL PREGRADO

El protocolo ITPCan puede ser receptor de alumnos de Medicina durante su formación práctica en las asignaturas de 5º y 6º curso (Psiquiatría General y Clínica Psiquiátrica) de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cantabria.



7.3. INVESTIGACIÓN

El protocolo ITPCan promoverá la realización de investigación clínica y básica de excelencia y con repercusión en la práctica clínica, realizada por todos los componentes del equipo multidisciplinar. Esto solo es posible en base a un trabajo clínico riguroso y a la recogida sistemática de datos y muestras, tanto biológicas como clínicas.

El establecimiento de líneas de investigación basadas en el trabajo clínico y la recogida rigurosa y detallada de la información sobre este trabajo clínico es intrínseco y obligatorio en el protocolo actual. Los términos concretos de dichas investigaciones deberán ser objeto de reuniones posteriores al comienzo de protocolo asistencial.

Del mismo modo, es recomendable la implementación y desarrollo compartido por los tres nodos de investigaciones clínicas, sociales, psicoterapéuticas y biológicas (básicas) que requieran protocolos adicionales específicos.



8 | ANEXO. Documentación clínica complementaria

Se recogen en este anexo aquellos documentos y guías considerados relevantes para la implementación de las intervenciones descritas, y que serán la guía para el desarrollo de las mismas.

- Programa Asistencial Para las Fases Iniciales de las Psicosis de Cantabria PAFIP. Crespo Facorro B, Artal Simón J, Vázquez Barquero JL, et al. En: Vázquez-Barquero JL, Crespo Facorro B, Herrán A (Editores). Cap 17, pp. 133 - 142. Barcelona: Masson. 2005. ISBN 8445815059.
- Guía de Psicoeducación para las Familias de Personas Diagnosticadas de Psicosis. Crespo Facorro B, Pérez Iglesias R, Gaité L, Peña M, Mata Pastor I, Rodríguez Sánchez JM, Martínez García O, Pardo García G, Ayesa Arriola R, González-Blanch C, Caseiro Vázquez O y Vázquez-Barquero JL. Edita: Dirección General de Ordenación, Inspección y Atención Sanitaria. Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria. Santander, 2010. ISBN: 978-84-693-9547-9.
- Guía para Médicos de Atención Primaria sobre Primeros Episodios de Psicosis. Crespo Facorro B, Vázquez Bourgon J, Gaité Pindado L y Vázquez- Barquero JL (grupo de trabajo: Ayesa Arriola R, Martínez García O, Pardo García G, Rodríguez Sánchez JM, Ramírez Bonilla ML). Edita: Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria. Santander, 2011. ISBN: 978- 84-695-3162-4.
- Guía de hábitos de vida saludables para personas con trastorno mental grave. Crespo Facorro B, Gaité Pindado L, Ayesa Arriola R, Martínez García O, Mayoral Van Son J, Rius Teixidó M, Suárez Pinilla P. Edita: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria. Santander, 2014. ISBN: 978-84-697-1243-6.
- Guía de ejercicio terapéutico para personas con enfermedad mental grave. Cortés J, Ayesa-Arriola R, Setién-Suero E, Vázquez-Bourgon J, Crespo-Facorro B. Edita: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria. Santander, 2019 (en prensa).



- Libro Blanco de intervención temprana en psicosis. 2018.
- Consenso sobre la atención temprana a la psicosis de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (2009). Cuaderno Técnico de la AEN, 10. Madrid. Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente (2009). Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas. Fórum de Salud Mental. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Informe del estado actual de la prevención en salud mental (2014.) Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.





