

POSICIONAMIENTO POR LA IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA EN PSICOSIS



LA RELEVANCIA DE LA INTERVENCIÓN TEMPRANA EN PSICOSIS: LA SITUACIÓN EN ESPAÑA

Una de cada cuatro personas sufrirá algún tipo de problema de salud mental a lo largo de su vida. La Comisión Europea en su Libro Verde ha reclamado que la Salud Mental se convierta en prioridad estratégica en todos los países. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Internacional de Psicosis Temprana (IEPA) recomiendan la conveniencia de un abordaje precoz y preventivo dirigido a las poblaciones en alto riesgo. En función de los siguientes hechos:

- Los trastornos psicóticos **afectan al 3% de la población¹, iniciándose generalmente en personas jóvenes (entre 15-30 años)²⁻³**. Al margen del impacto sobre la salud mental y física de las personas afectadas y también de familiares y personas cuidadoras, estos trastornos suponen un coste anual de 94.000 millones de euros en Europa (incluyendo los costes sanitarios directos e indirectos y los gastos por incapacidades temporales en los puestos de trabajo)⁴.
- **Las personas que cuidan de estos jóvenes deben ser consideradas un elemento crucial** en el abordaje terapéutico integral de los trastornos psicóticos, tanto por su papel de apoyo en el tratamiento como por el riesgo elevado de sufrir algún trastorno mental.
- Los síntomas, en la mayoría de casos, presentan **un desarrollo lento y gradual** lo que hace factible una detección precoz de los mismos⁵⁻⁶. No obstante en la actualidad pueden transcurrir **dos años** entre la aparición de los primeros síntomas y el primer contacto terapéutico⁷.
- **Acortar el periodo que transcurre entre la aparición de los primeros síntomas y el primer contacto terapéutico** contribuye, como se ha demostrado repetidamente, a una más rápida recuperación, un mejor pronóstico, un menor deterioro funcional y cognitivo, un mejor desarrollo psicológico y social, una menor interrupción de los estudios y/o actividad laboral así como el incremento de la expectativa de vida⁸⁻¹⁵.
- Numerosos estudios basados en la experiencia de programas de intervención temprana en países como Australia, Dinamarca, Estados Unidos, Italia, Noruega y Reino Unido, así como iniciativas aisladas en Cantabria, Cataluña, Comunidad Valenciana, Madrid, y País Vasco, han demostrado **su eficacia, eficiencia y el ahorro de costes sanitarios y sociales¹⁶⁻¹⁹**.
- Más 200 entidades de todo el territorio español han manifestado en el Proyecto VOZ que **el tratamiento médico, psicoterapéutico y programas de rehabilitación llegan tarde para 1 de cada 3 personas con esquizofrenia²⁰**.
- **La insuficiente inversión y apoyo político para la priorización de la salud mental**, y en concreto en relación a las personas jóvenes, a pesar de los compromisos adquiridos por la Declaración de Helsinki y Plan de Acción de la OMS (2005), por el Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar (2009) y la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2009-2013).



La Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, la Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME), la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y Adolescente (AEPNyA), la Asociación Madrileña de Amigos y Familiares de Personas con Esquizofrenia (AMAFE), el Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP), la Sociedad Española de Directivos de la salud (SEDISA), la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP), la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (SEPB), la Sociedad Española en Patología Dual (SEPD), la Sociedad de Psiquiatría Infantil de la Asociación Española de Pediatría (SPI de la AEP), así como el Movimiento Rethinking, presentan la siguiente propuesta para la:

IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA EN PSICOSIS

PUNTO DE PARTIDA

Para poder implementar, de forma sostenida en el tiempo, las medidas de promoción, prevención y mejora de la Atención Socio-sanitaria necesarias en intervención temprana en psicosis es indispensable que la Administración salde la deuda histórica derivada del incumplimiento de los acuerdos suscritos en la Declaración de Helsinki y Plan de Acción de la OMS (2005), el Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar (2009) y la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2009-2013). En este contexto, consideramos prioritario dotar de los recursos necesarios a las siguientes medidas:

1 PARA LA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE LA PSICOSIS EN SUS FASES INICIALES

1.1. Implementación de **Programas Formativos de Prevención y Detección**

Temprana de la Psicosis: campañas de sensibilización en medios de comunicación y redes sociales adaptados al lenguaje de la infancia y la juventud (participación de líderes deportivos, cinematográficos y musicales, software para teléfonos móviles, videojuegos, etc.) y destinados tanto a ellos como a familiares y profesionales de la educación, atención primaria y los servicios sociales.

1.2. Incremento del conocimiento de los trastornos mentales a nivel de diagnóstico, detección precoz y derivación **entre los profesionales de Atención Primaria**, incluyendo la actualización y distribución de guías terapéuticas en estos centros.

1.3. Asegurar una **vinculación directa y una coordinación permanente** entre los profesionales de Atención Primaria y los servicios de Salud Mental.

1.4. Promoción de actividades de salud mental en los **Servicios Educativos**.

1.5. Incluir en la **Encuesta Nacional de Salud de España** (ENSE), del Instituto Nacional de Estadística (INE), una evaluación más comprensiva y periódica de diferentes parámetros del estado de salud mental de niños, niñas, adolescentes y personas jóvenes, así como la percepción social de la salud mental y la evaluación del estigma.



- 2.1.** Creación y puesta en marcha de **Programas específicos para personas con un primer episodio** y sus familiares cercanos o personas cuidadoras, a cargo de equipos multidisciplinares de psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermería especializada en salud mental, terapeutas ocupacionales, farmacéuticos, trabajadores sociales, y otros profesionales implicados en salud mental, en coordinación con centros de educación de primaria, institutos y centros de Formación Profesional y Asociaciones de Personas Afectadas.
- 2.2.** **Formación continua a los profesionales de la salud mental para ofrecer atención personalizada, flexible y adaptada** a las necesidades de las personas con un primer episodio psicótico. Asegurar una visión no restrictiva del concepto de primer episodio, que en ocasiones es considerado erróneamente sinónimo de esquizofrenia, cuando, en realidad debe ser aplicado a todos los trastornos psicóticos.
- 2.3.** Asegurar un **tratamiento integrado, intensivo e individualizado** con la participación de todo el equipo terapéutico, incluida la persona afectada y la familia, con reuniones periódicas para la toma de decisiones compartidas sobre el plan terapéutico.
- 2.4.** Asegurar un tratamiento psicosocial y médico **compatible con el proyecto de vida** de las personas con psicosis.
- 2.5.** **Coordinación de los Servicios Sociales, con los de Salud, Educación y otros** vinculados con la atención a niños, niñas y adolescentes con primeros síntomas o episodios psicóticos.
- 2.6.** **Atención a las necesidades de las familias**, generalizando los talleres de psico-educación, terapia individual, familiar y grupos de apoyo mutuo en centros de Salud Mental y otros ámbitos.
- 2.7.** Desarrollar estos programas en **entornos físicos con recursos tecnológicos** de atención adaptados a las características de las personas jóvenes, alejados del modelo médico tradicional.
- 2.8.** Asegurar un **rápido acceso a los programas de salud mental** tanto en el primer contacto, como en el seguimiento siempre garantizando la continuidad de los cuidados.
- 2.9.** Garantizar especialmente la **atención durante la transición a la vida adulta** en aquellas personas que desarrollan algún síntoma en la infancia/adolescencia.
- 2.10.** **Instaurar y fomentar la atención domiciliaria**, considerando la estructura y el funcionamiento del entorno familiar, y el nivel de gravedad sintomática y psicosocial del paciente.



2.11. Creación de itinerarios laborales personalizados que favorezcan la **no discriminación laboral**.

2.12. Creación de una **Mesa de evaluación (a nivel nacional y autonómico)**, con la presencia de las distintas administraciones, las asociaciones de personas y familiares así como profesionales de referencia en salud mental, **para realizar un seguimiento periódico** de la aplicación de las medidas de prevención, detección en fases iniciales y atención.

REFERENCIAS

1. Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI, Kuoppasalmi K, Isometsä E, Pirkola S, et al. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. Arch Gen Psychiatry. 2007;64:19-28.
2. Lee FS, Heimer H, Giedd JN, Lein ES, Sestan N, Weinberger DR, and Casey BJ. Mental health. Adolescent mental health--opportunity and obligation. Science 2014; 346: 547-9.
3. Arango C. Someone is not listening to the facts: there is little psychiatry outside child and adolescent psychiatry. Eur Child Adolesc Psychiatry 2012; 21: 475-6.
4. Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Wittchen, H. U. & Jonsson, B. 2012. The economic cost of brain disorders in Europe. Eur J Neurol, 19, 155-62.
5. Birchwood M, Todd P, Jackson C. Early intervention in psychosis: the critical period hypothesis. Brit J Psychiat. 1998;172:53-9.
6. Birchwood M. The critical period for early intervention in psychosis. In: Birchwood M, Fowler D, Jackson C, eds. Early Intervention in Psychosis: A guide to concepts evidence and intervention. Chichester: Wiley, 2000; p. 28-63.
7. Álvarez-Segura M, Llorente C, Arango C. Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis. Medicina y humanidades. 2009;1723:27-31.
8. Marshall M, Lewis S, Lockwood A, Drake R, Jones P, Croudace T. Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. Arch Gen Psychiatry. 2005; 62:975-83.
9. Perkins DO, Gu H, Boteva K, Lieberman JA. Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. Am J Psychiatry. 2005;162:1785-804.
10. Del Rey-Mejías Á, Fraguas D, Díaz-Caneja CM, Pina-Camacho L, Castro-Fornieles J, Baeza I, et al. Functional deterioration from the premorbid period to 2 years after the first episode of psychosis in early-onset psychosis. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2015;24:1447-59.
11. Fraguas D, Merchán-Naranjo J, del Rey-Mejías Á, Castro-Fornieles J, González-Pinto A, Rapado-Castro M, et al. A longitudinal study on the relationship between duration of untreated psychosis and executive function in early-onset first-episode psychosis. Schizophr Res. 2014;158:126-33.
12. Fraguas D, Del Rey-Mejías A, Moreno C, Castro-Fornieles J, Graell M, Otero S, et al. Duration of untreated psychosis predicts functional and clinical outcome in children and adolescents with first-episode psychosis: a 2-year longitudinal study. Schizophr Res. 2014;152:130-8.
13. Larsen TK, Melle I, Auestad B, Friis S, Haahr U, Johannessen JO, et al. Early Detection of First-Episode Psychosis: The Effect on 1-Year Outcome. Schizophrenia Bulletin, 2006;32:758-764.
14. Melle I, Larsen TK, Haahr U, Friis S, Johannessen JO, Opjordsmoen S, et al. Reducing the Duration of Untreated First-Episode Psychosis: Effects on Clinical Presentation. Archives of General Psychiatry, 2004;61:143-150.
15. Melle I, Larsen TK, Haahr U, Friis S, Johannessen JO, Opjordsmoen S, et al. Prevention of Negative Symptom Psychopathologies in First-Episode Schizophrenia: Two-Year Effects of Reducing the Duration of Untreated Psychosis. Archives of General Psychiatry, 2008;65:634-640.
16. Arango C. First-Episode Psychosis Research: Time to Move Forward (by Looking Backwards). Schizophr Bull. 2015;41:1205-6.
17. Berk M, Hallam K, Malhi GS, Henry L, Hasty M, Macneil C, Yucel M, Pantelis C, Murphy B, Vieta E, Dodd S, McGorry PD. Evidence and implications for early intervention in bipolar disorder. J Ment Health. 2010;19:113-26
18. Rosa AR, González-Ortega I, González-Pinto A, Echeburúa E, Comes M, Martínez-Àran A, Ugarte A, Fernández M, Vieta E. One-year psychosocial functioning in patients in the early vs. late stage of bipolar disorder. Acta Psychiatr Scand. 2012;125:335-41
19. Bernardo, M. and Mezquida, G. Disease burden. Schizophrenia: a costly illness, in Insights in the management of Schizophrenia. 2014 [accedido 7 Abr 2016]. Disponible en: www.hospitalpharmacyeurope.com
20. Arango C, Bolaños L, Cabrera A, Cid J, Crespo-Facorro B, González de Chávez I, González-Pinto A, Lahera G, Mariner Celeste, Vieta E. Necesidades de las personas con esquizofrenia/psicosis y sus cuidadores: resultados finales de la encuesta a gran escala. 2016



