ABORDAJE INTEGRAL DE LAS FASES INICIALES DE LAS PSICOSIS. EVIDENCIAS, CONTROVERSIAS Y CONSIDERACIONES BÁSICAS PARA EL DISEÑO DE UNA UNIDAD DE PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS.

Miércoles, 25 Enero 2017.

9.30-9.45 Bienvenida. Objetivos específicos del Curso.

Rafael Segarra Echebarría
Iñaki Eguíluz Uruchurtu

9.45-11.00 Lectura crítica del marco conceptual actual en el ámbito del abordaje de las fases iniciales de las psicosis ¿De dónde partimos? ¿Hasta dónde podemos llegar siendo realistas?

Rafael Segarra Echebarría

11.30-12.30 Actualización sobre modelos etiopatogénicos y fisiopatológicos de las psicosis. Aproximaciones endofenotípicas. Neurodesarrollo versus neurodegeneración.

Jon García Ormaza

12.30-13.00 Pausa café.

13.00-14.30 El escabroso abordaje del pródromos en los PEPs. El individuo (que no paciente) UHR. Evidencias y controversias.

Rafael Segarra Echebarría

14.30.-15.30 Comida de trabajo.

15.30-16.30 Consideraciones clínicas y diagnósticas en el ámbito de los PEPs. Hacia un nuevo paradigma psicopatológico (neurocientífico) y nosológico (dimensional) basado en biomarcadores.

Rafael Segarra Echebarría

16.30-17.30 Menos optimismo y más realismo. Remisión clínica, recuperación funcional y determinantes pronósticos del curso evolutivo de los PEPs.

Rafael Segarra Echebarría

17.30-18.30 PEPs desde la perspectiva de sexo / género. Trauma, psicosis, disociación y resiliencia. Desatinos fenomenológicos y el papel de las Psicosis Atípicas.

Rafael Segarra Echebarría

18.30-19.00 Debate, conclusiones y recapitulación de la jornada.

Rafael Segarra Echebarría

Jueves, 26 Enero 2017.

9.00-9.15 Bienvenida.

9.15-10.30 PEPs, embarazo, psicofármacos, y consejo genético. La experiencia del Hospital Universitario de Cruces.

Oihane Mentxaka Solozabal

10.30-11.30 El papel de la cognición desde las fases iniciales de las psicosis. Luces y sombras sobre el endofenotipo cognitivo. Instrumentos de evaluación cognitiva de un PEP.

Arantzazu Zabala Rabadán

11.30-12.15 Abordaje psicoterapéutico individualizado racional de un PEP. Teoría y evidencia clínica. El papel de la psicoeducación, de la rehabilitación cognitiva y de otras modalidades psicoterapéuticas.

Arantzazu Zabala Rabadán

12.15-12.45 Pausa café.

12.45-14.00 Abordaje terapéutico racional de las psicosis tempranas en la población infantojuvenil.

Daniel Betancor Pérez

14.-15.00 Comida de trabajo.

15.00-16.15 Abordaje farmacológico racional e individualizado de un PEP. Teoría y evidencia clínica. El papel de otros tratamientos biológicos no farmacológicos.

Rafael Segarra Echebarría

16.15-18.00 Aspectos jurídicos en el abordaje terapéutico de los PEPs. El papel del Tratamiento Ambulatorio Involuntario (TAI).

Guillermo Portero Lazcano

18.00-18.30 Debate, conclusiones y recapitulación de la jornada.

Viernes, 27 Enero 2017.

9.00-9.15	Bienvenida.
9.15-11.30	Diseño de una Unidad de PEPs en base a la optimización de recursos en cada entorno asistencial. Ejercicios prácticos partiendo del Programa CRUPEP (I). Rafael Segarra Echebarría Arantzazu Zabala Rabadán
11.30-12.00	**Pausa café.**
12.00-14.00	Diseño de una Unidad de PEPs en base a la optimización de recursos en cada entorno asistencial. Ejercicios prácticos partiendo del Programa CRUPEP (II). Rafael Segarra Echebarría Arantzazu Zabala Rabadán
14.00-14.30	Debate, conclusiones y recapitulación de la jornada. Despedida y cierre del Curso. Rafael Segarra Echebarría Arantzazu Zabala Rabadán Iñaki Eguíluz Uruchurtu
14.30	**Comida de trabajo.**

CARTA DE PRESENTACIÓN DEL CURSO

1. - Los antecedentes -

El Programa CRUPEP, en marcha desde 2004, tiene como objetivo principal ofertar a la población diana, cualquier usuario residente en el área asistencial del Hospital Universitario de Cruces afectado por un Primer Episodio de Psicosis, desde el ámbito del Sistema Público de Salud, el mejor plan asistencial posible acorde con los recursos disponibles, con los principios de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) y con la aplicación de la "lex artis".

Tras adaptar los objetivos generales de nuestra Organización a nuestro Plan Funcional específico adoptamos los siguientes propósitos:

Mejorar la Salud Mental de cualquier usuario afectado por un PEP (a nivel clínico-psicopatológico y funcional) y de su entorno socio-familiar más próximo.

Adaptarnos de forma dinámica y permanente a los continuos cambios y transformaciones que derivan de la sociedad en que vivimos y de los organismos reguladores autonómicos, nacionales y europeos que gestionan la asistencia sanitaria y la investigación biomédica reglada.

Adaptarnos a la perspectiva de los usuarios-familiares con objeto de satisfacer sus demandas y/o necesidades, con vocación de mejora continua, fomentando la profesionalidad del equipo, el trabajo eficiente y coordinado (internamente así como con los demás servicios asistenciales y académicos-universitarios implicados en nuestros procedimientos habituales). Estructurar un equipo eficaz, responsable y transparente en sus actuaciones.

Desarrollar nuevas estrategias asistenciales basadas en nuestras propias observaciones, tras ser puestas en perspectiva con los hallazgos del resto de la comunidad científica, apoyándonos en un estándar de innovación biotecnológica permanente.

Incentivar la investigación en neurociencias en el ámbito de las psicosis.

Transferir nuestros resultados objetivos a la comunidad científica, y de forma particularmente práctica y didáctica a la sociedad en su conjunto (representada directamente por el grupo de usuarios y familiares-cuidadores subsidiarios de ser atendidos en nuestro Programa).

2. - El por qué del Curso -

Desde el año 2007, desde el marco del Hospital Universitario de Cruces y en el ámbito del Programa CRUPEP, tras detectar en nuestro entorno un cierto vacío formativo y una creciente demanda en el área asistencial y organizativa de la atención a los Primeros Episodios de Psicosis (PEPs), venimos desarrollando de forma ininterrumpida y sistemática diferentes actividades docentes y formativas tanto en el ámbito autonómico como nacional e internacional.

En este contexto se articula la oferta del presente Curso, heredero de diferentes actividades y experiencias previas, gestadas a lo largo de más de 10 años de trabajo asistencial, investigador y docente. En él pretendemos condensar en un formato reducido (15 asistentes máximo), exhaustivo e intensivo (dos días y medio) el acerbo teórico-práctico de conocimiento acumulado hasta el momento actual en el ámbito de los PEPs.

3. - Objetivos de la Actividad -

El Curso tiene dos objetivos básicos y complementarios

a. **Analizar de forma teórica, crítica, metanalítica y matizada desde nuestra experiencia particular, la evidencia acumulada en el momento actual en los diferentes ámbitos del conocimiento dentro del área asistencial de los Primeros Episodios Psicóticos (PEPs)**.

Ámbitos como: los modelos epistemológicos actuales sobre las psicosis; las evidencias-controversias en el abordaje del pródromos; el papel de los biomarcadores en los nuevos paradigmas psicopatológicos y nosográficos; el papel del género, el trauma, la disociación y de las psicosis atípicas en el ámbito de los PEPs; la remisión clínica, la recuperación funcional y los determinantes pronósticos del curso evolutivo de los PEPs; el manejo de los psicofármacos durante el embarazo y el consejo genético en esta cohorte clínica; la relevancia del endofenotipo cognitivo desde las fases iniciales de las psicosis; los principales instrumentos de evaluación cognitiva de un PEP; el abordaje terapéutico racional y comprensivo farmacológico-biológico y psicoterapéutico de un PEP; el abordaje de las psicosis tempranas en población infantojuvenil; los aspectos jurídicos y legales en el abordaje terapéutico de los PEPs; entre otros …

b. **Partiendo del modelo del Programa CRUPEP, establecer en base a ejercicios y situaciones prácticas una sistemática de**

trabajo que permita a los asistentes al Curso diseñar un Programa de Intervención integral sobre los PEPs adaptado y optimizado para su entorno sociosaniario particular.

Para esta actividad se plantearán diferentes escenarios clínicos reales que representarán la diversidad asistencial de los distintos participantes en el Curso.

A partir de dichos escenarios reales se implementarán las opciones estratégicas más adecuadas optimizando los recursos disponibles con vistas a orquestar una Unidad de Intervención Asistencial sobre Primeros Episodios Psicóticos acorde a cada entorno clínico particular.

4. - Cuestiones prácticas -

Para el desarrollo del Curso contamos con un equipo docente constituido por profesionales de reconocida solvencia tanto en el ámbito clínico (prioritario) como investigador y docente, y que colaboran de forma directa y regular en el engranaje del Programa CRUPEP.

El Curso está dirigido específicamente a especialistas en Psiquiatría con interés particular en el área temática de los Primeros Episodios Psicóticos, considerando específicamente una perspectiva tridimensional: asistencial, investigadora y traslacional.

La acreditación formativa del Curso ya ha sido solicitada a las autoridades competentes.

Para la inscripción en el Curso cada participante deberá rellenar los datos personales solicitados en la página web del Instituto de Investigación Biosanitaria Biocruces. También es necesario adjuntar un breve CV en formato libre así como responder a las cuestiones formuladas en la web sobre las motivaciones particulares que le llevan a matricularse en el Curso y las expectativas a desarrollar durante el mismo.

Una vez finalizados los plazos de inscripción los organizadores procederán a la selección de los participantes en el Curso, y contactarán individualmente con cada uno de ellos para concretar aquellos aspectos relativos a la gestión de su matrícula así como a las necesidades logísticas particulares.

COORDINADOR

Rafael Segarra Echebarría.
Psiquiatra. Responsable de la Unidad de Primeros Episodios Psicóticos, Hospital Universitario de Cruces. Osakidetza.
Profesor Asociado Psiquiatría. Universidad del País Vasco, UPV/EHU.
IP Grupo Fases Iniciales de las Psicosis. Instituto de Investigación Sanitaria Biocruces.
CIBERSAM G 16.

DOCENTES

Jon García Ormaza.
Psiquiatra. Unidad Primeros Episodios Psicóticos. Hospital Universitario de Cruces, Osakidetza.
Profesor Asociado Psiquiatría. Universidad del País Vasco, UPV/EHU.
Instituto de Investigación Sanitaria Biocruces.

Arantzazu Zabala Rabadán.
Neuropsicóloga. Profesora Asistente de Psiquiatría. Universidad del País Vasco, UPV/EHU.
Instituto de Investigación Sanitaria Biocruces. CIBERSAM G 16.

Oihane Mentxaka Solozabal.
Psiquiatra. Unidad Primeros Episodios Psicóticos. Hospital Universitario de Cruces. Osakidetza.
Profesora Asociada Psiquiatría. Universidad del País Vasco, UPV/EHU.
Instituto de Investigación Sanitaria Biocruces.

Daniel Betancor Pérez.
Psiquiatra infantojuvenil. Red de salud Mental de Vizcaya. Osakidetza.

Guillermo Portero Lazcano.
Médico Especialista Medicina Legal y Forense. Psicólogo. Jefe Servicio Clínico, Instituto Vasco de Medicina Legal. Subdirección de Vizcaya.

Iñaki Eguíluz Uruchurtu.
Psiquiatra. Jefe del Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Cruces.
Profesor Titular de Psiquiatría. Universidad del País Vasco, UPV/EHU.
Instituto de Investigación Sanitaria Biocruces. CIBERSAM G 16.

Plan Funcional para la implantación y desarrollo de un Programa Coordinado de Intervención Multidisciplinar sobre los Primeros Episodios Psicóticos [Programa CRỤPEP] correspondiente al área asistencial del Hospital Universitario de Cruces.

Autor

Rafael Segarra Echebarría.
Médico. Psiquiatra. Hospital Universitario de Cruces.
Coordinador Programa CRỤPEP

Última revisión: octubre 2016

1. Breve introducción.

Cuando nos centramos en el marco conceptual de los primeros episodios psicóticos (PEPs), desde el prisma de la psiquiatría, cerca del 80% de los casos se ven representados por un grupo heterogéneo de trastornos, englobados en el llamado espectro, *cluster* o síndrome esquizofrénico, que aglutina entre otros la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno esquizoafectivo, el trastorno psicótico breve, el trastorno por ideas delirantes, el trastorno esquizotípico de la personalidad, el trastorno esquizotípico de la personalidad y las psicosis atípicas.

La prevalencia para cualquier trastorno psicótico (población general) ronda el 3.5% (0.9% esquizofrenia, 0.32% trastorno esquizoafectivo, 0.1% trastorno esquizofreniforme, 0.18% trastorno por ideas delirantes, 0.42% trastornos psicóticos inducidos por sustancias tóxicas, 0.21% trastornos psicóticos secundarios a patología médica, 0.24% trastorno bipolar tipo I, y 0.35% para el trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos). Del total, aproximadamente el 71.5% obedecen al denominado espectro esquizofrénico, y el 17,2% al espectro afectivo de las psicosis. Si incluimos (como hace el DSM 5) el trastorno esquizotípico de la personalidad, las cifras se amplían, dada su prevalencia de hasta el 1.9% en muestras clínicas.

Estudios de seguimiento de 10 años de una muestra de primeros episodios psicóticos muestran una inestabilidad diagnóstica en el 50.7% de la muestra, siendo los diagnósticos más estables el de esquizofrenia (estabilidad diagnóstica a 10 años del 89.2%) y el de trastorno afectivo bipolar con síntomas psicóticos (estabilidad diagnóstica a los 10 años 77.8%).

Atendiendo a los costes directos, indirectos y laborales en España (2002, 2008), la esquizofrenia por ejemplo supone un gasto anual de unos 2098 millones de euros, más 141 millones de horas de trabajo desarrolladas por cuidadores no profesionales. Todo ello obviando el debate epistemológico sobre si la esquizofrenia existe o no y sobre cómo debe denominarse este síndrome proteiforme.

Obviando el período premórbido y prodrómico de enfermedad, el debut de la mayor parte de las manifestaciones clínicas sintomáticas del síndrome esquizofrénico, se produce habitualmente en la adolescencia o durante los primeros años de la vida adulta (entre los 15 y 30 años debutan aproximadamente el 75% de los pacientes). Dicho debut es más precoz entre los varones, y resulta sumamente infrecuente en edades prepuberales o superiores a este rango:

> Acontece en 2 de cada 100.000 niños por debajo de los 12 años; en un 0.2% de los que tienen entre 13 y 19 años; y llega al 1.3% en esta misma franja de edad si coexiste un retraso mental.
>
> Sólo el 2% de los hombres y el 17% de las mujeres esquizofrénicas debutan por encima de los 35 años, al tiempo que las formas de

esquizofrenia de debut tardío (mayores de 45 años, según criterios) suponen el 10% del total.

El debut del síndrome esquizofrénico suele acompañarse de la hospitalización de la persona afectada, a causa de la ruptura biográfica acontecida. Incluso en entornos asistenciales en los que se han potenciado programas específicos de detección e intervención ambulatoria precoz, la tasa de hospitalización en los tres primeros meses tras el diagnóstico puede alcanzar el 63% de los casos. Un 80% de los pacientes esquizofrénicos ingresarán al menos una vez a lo largo de su vida en un centro hospitalario, y el 15% de ellos lo harán más de tres veces durante los primeros cinco años de enfermedad. Además, tras un primer episodio psicótico, los pacientes esquizofrénicos pasarán entre un 15%-20% de su vida en hospitales psiquiátricos, a causa de la aparición de recidivas y/o recaídas, así como del establecimiento del tan temido *defecto* psicótico**.**

El período comprendido entre dos y cinco años tras el debut de las psicosis ("período crítico") resulta crucial para muchos autores. Puede presentar un alto valor predictivo (en ausencia actual de biomarcadores específicos) del curso que seguirá el trastorno en el futuro, pudiendo llegar a producirse una estabilización, e incluso una cierta mejora del defecto neuropsicológico, del funcionamiento psicosocial y del número de recaídas a partir de este momento, dentro de lo que se denomina efecto *plateau*. Aún así, muchas voces reclaman una mayor cautela en este punto, hasta disponer de estudios de seguimiento a más largo plazo. Todavía no ha podido demostrarse que los programas de intervención precoz sobre las psicosis modifiquen el curso evolutivo de las mismas. Y que dicho curso evolutivo, y por tanto pronóstico, depende en buena medida de aspectos particulares del neurodesarrollo y de la reserva cognitiva premórbida, a fecha de hoy inmodificables.

Respecto al curso del síndrome esquizofrénico, aunque variable, tiende a ser crónico, continuo o recurrente, con grandes diferencias interpersonales (aunque existe una agrupación significativa de pacientes en torno a ciertas dimensiones sintomáticas, la distribución muestral es marcadamente continua y por tanto polimorfa). Se caracteriza por la aparición de episodios psicóticos agudos o "brotes", en ocasiones (las menos) únicos, con un ulterior desarrollo fásico tendente hacia: la recuperación completa (20%-30% de los casos); la cronificación, término que alude más a una dimensión temporal que pronóstica; y/o las recaídas, que pueden reducir el nivel y duración de las siguientes remisiones, empeorar la discapacidad del paciente, y aumentar su refractariedad a tratamientos futuros. También hemos de considerar que un subgrupo de pacientes no son incluidos en las estadísticas de recaídas ("muerte muestral"), entre otras causas porque no llegan a recuperarse del primer episodio psicótico (PEP).

El inicio precoz de la esquizofrenia, la cronicidad, complejidad y gravedad de sus manifestaciones clínicas, el alto número de ingresos psiquiátricos que genera, el relativamente bajo tanto por ciento de pacientes (claramente inferior al 30%) que presentan una recuperación "total", entendida como vuelta al funcionamiento premórbido tras el primer brote y sin recaídas, y el grave coste

personal, familiar, sanitario y la marginación social que produce, hace de este síndrome uno de los problemas socio-sanitarios de mayor magnitud conocida.

Aproximadamente un 20% de los pacientes esquizofrénicos son incapaces de funcionar de forma independiente, y hasta un 50% muestran disfunciones importantes en su devenir cotidiano, presentando a lo largo de los años una menor expectativa de vida debido, entre otras causas, a:

Un aumento de la incidencia de patologías médicas concurrentes, con su morbi-mortalidad correspondiente.

Un incremento en el abuso / dependencia de sustancias tóxicas, que puede llegar a alcanzar al 40%-60% de los pacientes.

Un riesgo incrementado de suicidio, utilizándose a tal efecto métodos altamente letales.

El síndrome esquizofrénico, dado su mal pronóstico, cronicidad, comorbilidad con trastornos depresivos y/o cognitivos, y el progresivo desgaste de los recursos del paciente y/o de su entorno, constituye una entidad clínica con un riesgo de suicidio equiparable (o incluso superior) al de los trastornos afectivos mayores. La tasa de suicidio consumado entre pacientes esquizofrénicos ronda el 15%, alcanzando el 21% si hablamos de varones que debutan en la adolescencia.

Entre un 18%-55% de pacientes con esquizofrenia intentarán suicidarse en algún momento de du vida, siendo los principales factores de riesgo para ello:

La edad inferior a los 30 años.

La primera semana de ingreso psiquiátrico (el 40% de suicidios entre pacientes esquizofrénicos se producen durante la hospitalización, suponiendo la esquizofrenia el 50% de la tasa global de suicidios cometidos en un hospital general).

Los seis meses posteriores al primer alta.

El sexo masculino (cuatro veces más frecuente en hombres, y a edades más tempranas, habitualmente antes de los 30 años).

La raza caucásica.

Un nivel elevado de agresividad y/o impulsividad premórbida.

Vivir solo, según el gradiente: solteros, divorciados, viudos.

El aislamiento social.

Síntomas afectivos de tipo depresivo (presentes en un 30-50% de los pacientes esquizofrénicos).

Los momentos de transición brusca en el estado mental (el paso del pródromos a la psicosis activa, la fase de recuperación precoz, o las recaídas).

Las ideas de desesperanza, junto con el miedo a la desintegración de la capacidad mental y/o de juicio.

La falta de empleo.

La dependencia y/o abuso de sustancias.

El haber sufrido recientemente una pérdida significativa.

La presencia de antecedentes personales y/o familiares de intentos de suicidio previos.

El riesgo de suicidio es mayor entre aquellos individuos con un coeficiente intelectual elevado, un buen funcionamiento psicosocial y/o cognitivo premórbido, un curso crónico de su enfermedad (deterioro progresivo, o múltiples exacerbaciones), una clara percepción ("insight") de la pérdida de capacidades funcionales, ¡y ojo!, una excesiva dependencia de la terapia y/o de la figura del terapeuta. También ha sido asociado un mayor riesgo de suicidio con el subtipo paranoide de la esquizofrenia (suprimido en los criterios diagnósticos DSM 5), con predominio de la suspicacia y escasa presencia de síntomas negativos. Los pacientes con una dominancia de síntomas negativos (reflejo de una mayor disfunción cognitiva y presumiblemente de un peor funcionamiento premórbido), por su parte, parecen presentar un menor riesgo suicida.

Sin embargo, no todos los trabajos encuentran una asociación directa entre el "insight" clínico y un mayor riesgo de auto / heteroagresividad en pacientes esquizofrénicos.

En resumen, desde una perspectiva metanalítica, el nivel de evidencia con que contamos en la actualidad a la hora de abordar aspectos particulares del síndrome esquizofrénico, nos habla de una entidad crónica, con tendencia a las recaídas y a la remisión incompleta, en base a la alta reproductibilidad de los resultados presentados.

Ante augurios tan poco alentadores, vamos a introducir un matiz, en nuestra opinión crucial: la diferencia entre remisión sintomática y recuperación funcional.

Entendemos por "respuesta terapéutica" un cierto grado de mejoría clínico-psicopatológica-funcional en un paciente esquizofrénico sometido a tratamiento, dentro de unos parámetros previamente establecidos. Si

dicha respuesta se mantiene en el tiempo de forma prolongada podemos hablar de “remisión clínica”, concepto que en nuestra opinión debiera operativizarse incluyendo no sólo criterios de mejoría psicopatológica, sino también de funcionalidad y/o de calidad de vida, a lo largo de un determinado lapso de tiempo.

Entendemos por “recuperación funcional” aquél objetivo final deseable por el que un paciente esquizofrénico alcanza un estándar óptimo de autonomía funcional y social sostenida, el cuál no depende necesariamente de su estado psicopatológico actual.

En nuestro medio parecen ganar terreno en cuanto al estándar de remisión sintomática los criterios propuestos por los grupos liderados por Andreasen y Van Os, mientras que para la recuperación funcional resultan particularmente operativos los criterios establecidos por el grupo de Liberman (Criterios UCLA), y que incluyen:

Cierto nivel de remisión sintomática (ausencia o presencia mínima de síntomas positivos y negativos, ≤ moderados, en 6 ítems de la escala BPRS).

Autonomía personal (capacidad para realizar actividades diarias sin supervisión).

Funcionamiento ocupacional (mantenimiento de trabajo remunerado (parcial o total), estudiante o ama de casa con funcionamiento adecuado).

Participación en actividades sociales, familiares o recreativas placenteras, al menos 1 vez / semana, que incluyen la capacidad para manejar la salud propia y/o las finanzas sin supervisión regular.

Todos estos criterios han de mantenerse un período de tiempo no inferior a 2 años consecutivos (este criterio resulta tan arbitrario como los 6 meses de remisión sintomática propuestos por Andreasen y Van Os).

La remisión clínica de los síntomas psicóticos supone un criterio necesario, pero no suficiente, para alcanzar la recuperación funcional. Otro problema deriva del énfasis depositado en la posibilidad de una vuelta al funcionamiento “normal”, “pleno”, o cuando menos tan “normal” como el funcionamiento “premórbido” del individuo esquizofrénico, el cual en muchos casos dista de esa pretendida normalidad, al menos si atendemos a determinados dominios funcionales. Parece más apropiada la propuesta de Liberman de manejarnos en términos de “recuperación parcial”, dentro del modelo dimensional de enfermedad.

Varios factores dificultan la recuperación funcional del paciente esquizofrénico: déficits cognitivos y ajuste pemórbido en función de la reserva cognitiva; la severidad clínica (en menor medida que el punto anterior); el elevado

porcentaje de consumo de sustancias; y la falta de soporte familiar y/o comunitario. El tratamiento farmacológico aislado no parece una estrategia terapéutica suficiente a la hora de conseguir el estándar de recuperación funcional, siendo necesario un abordaje integral del paciente (farmacológico, psicoterapéutico, rehabilitador), desde el PEP hasta los estados crónicos y/o defectuales de su proceso mórbido. El objetivo principal es dotar al paciente de herramientas apropiadas para el manejo tanto de sus síntomas como de las circunstancias estresantes de su vida cotidiana.

Estudios recientes, con diseños metodológicos controlados, arrojan resultados poco optimistas cuando se combinan conceptos como remisión clínica y recuperación funcional.

Un buen predictor del funcionamiento social (y también de calidad de vida) final de un individuo esquizofrénico es la medida previa del mismo, en cuanto a su capacidad de establecer contactos sociales (competencia social), funcionamiento laboral, y organización del tiempo de ocio en el período premórbido. El ajuste premórbido, no sólo entendido desde un punto de vista clínico, sino también neuropsicológico (estimación premórbida del rendimiento cognitivo en base al índice Barona, modelos neuropsicológicos basados en el resultado de análisis factoriales que delimiten distintas dimensiones cognitivas: atención, memoria visuo-espacial, memoria de trabajo y verbal, funciones ejecutivas, velocidad de procesamiento de la información, etc.), resulta determinante sobre la funcionalidad última del paciente esquizofrénico, por encima de variables coyunturales como la propia sintomatología clínica presente en un momento determinado del curso evolutivo del proceso mórbido, más vinculada a aspectos relacionados con la calidad de vida del paciente y de su entorno.

Conviene además tener en cuenta que, pacientes que se están recuperando de una psicosis, pueden presentar un amplio número de síntomas comórbidos, que en ocasiones pueden cristalizar en todo un complejo sindrómico (ansiedad, depresión, pánico, fobias, estrés postraumático, síntomas obsesivo-compulsivos, insomnio). No encontramos estudios que aborden la evolución de los síntomas no psicóticos a medio y largo plazo en los pacientes esquizofrénicos, ni siquiera su valor pronóstico, aunque el sentido común parece indicar que la persistencia de los mismos presumiblemente empeora el pronóstico, y en ese sentido deben tratarse adecuadamente, ya que pueden interferir en el proceso último de remisión clínica y/o recuperación funcional.

Otro aspecto relevante es observar que la recuperación funcional del paciente esquizofrénico fluctúa en el tiempo.

También conviene reflexionar sobre cómo los factores socio-económicos y culturales pueden ejercer gran influencia sobre el estado funcional de los pacientes esquizofrénicos. Concretamente, cómo en nuestro medio resulta poco realista considerar la vuelta a un trabajo remunerado como criterio para definir la recuperación funcional.

La tasa de recaídas tras un PEP del espectro esquizofrénico oscila entre el 15%-35% a lo largo del primer año, y el 30%-60% a los dos años. Para Robinson et al. la tasa de recaídas alcanza el 56% a los dos años, y el 82% a los cinco años.

Lieberman apunta un dato preocupante: una primera recaída aumenta el riesgo de nuevas recaídas. En un estudio prospectivo de 104 pacientes afectados por un PEP del espectro esquizofrénico y un seguimiento de 10 años, la tasa acumulada de recaídas entre aquellos pacientes que se recuperaron completamente del primer episodio psicótico tras 5 años fue del 81.9%; para los 63 pacientes que se recuperaron del segundo episodio psicótico la tasa de recaída a los 5 años fue del 78%; y para los 20 pacientes que se recuperaron del tercer episodio psicótico la tasa de recaída en los siguientes 4 años fue del 86%.

Puede deducirse que más de dos tercios de los pacientes se recuperarán de un PEP. Sin embargo, la mayor parte de ellos desarrollarán en el futuro nuevos episodios, y en el curso de estas nuevas recaídas probablemente la recuperación no será tan buena, manteniéndose activos ciertos síntomas, y produciéndose un deterioro cada vez más acusado en el funcionamiento global del individuo (defecto) y en su calidad de vida.

La tasa de respuesta al tratamiento antipsicótico tras un PEP es superior a la observada en pacientes que presentan múltiples episodios, cuya recuperación final ronda el 60% de los casos, debido al desarrollo de “resistencias” al tratamiento a medida que progresa el curso de su enfermedad. Por tanto hemos de ser más incisivos en el tratamiento de la fases iniciales de los trastornos psicóticos, así como en la prevención de recaídas.

De hecho hoy en día los programas asistenciales sobre PEP resultan más eficaces a la hora de prevenir una segunda recaída psicótica que la primera. A ello ayudan recomendaciones terapéuticas excesivamente optimistas como las de la WPA (*World Psychiatric Association*) (2010), que con lo que considera un nivel de evidencia alto, invitan a tratar farmacológicamente un PEP (afectiva o no afectiva) durante un período de 12 meses tras la remisión sintomática de la misma. Sin embargo esta estrategia, cuando menos para pacientes del espectro esquizofrénico, parece resultar ineficaz.

Para Lieberman los resultados de su estudio muestran un patrón de disminución de la respuesta al tratamiento en los siguientes episodios de la enfermedad. Este fenómeno puede explicarse por la progresión de la enfermedad hacia un nivel fisiopatológico y / o psicopatológico, o por los efectos del propio tratamiento antipsicótico (tolerancia, toxicidad). Sea cual fuere la causa última, los resultados sugieren que existen al menos dos formas de resistencia al tratamiento desde el PEP: la primera de ellas secundaria al desarrollo de alteraciones neuro-evolutivas irreversibles; la segunda observada en pacientes que inicialmente respondieron al tratamiento, pero que fueron respondiendo cada vez peor en el contexto de episodios recurrentes.

Este autor aventura la hipótesis tentativa de que los procesos fisiopatológicos de la esquizofrenia se despliegan en tres estadios a lo largo de la vida del paciente, cada uno de los cuales se corresponde con una fase específica de la enfermedad:

> Estadio 1: la alteración inicial del sistema nervioso central no desemboca en una psicosis hasta que se produce una combinación de acontecimientos evolutivos adversos y de disregulación neuroquímica.
>
> Estadio 2: tales acontecimientos pueden producir una sensibilización (*sensitisation*) que puede conducir al inicio formal (sintomático) del trastorno psicótico.
>
> Estadio 3: si los acontecimientos adversos evolutivos y de disregulación neuroquímica son persistentes y/o recurrentes, los episodios de enfermedad pueden progresar hacia una fase degenerativa y autolimitante, manifestada por: morbilidad persistente, resistencia al tratamiento, y deterioro clínico-funcional.

Esta hipótesis sugiere que una mayor duración del DUP se asocia con una peor respuesta al tratamiento, y con una mayor presencia de síntomas psicóticos residuales y de morbilidad secundaria. Además, y aún cuando los pacientes exhiben una mayor sensibilidad al estrés en las primeras fases de la enfermedad, las formas psicopatológicas más graves se asocian con una mayor duración de los síntomas psicóticos, y se producen en los estadios posteriores de la enfermedad. La resistencia al tratamiento antipsicótico se desarrolla a medida que evoluciona la enfermedad, y es más prevalente en los últimos estadios de la misma.

Lieberman afirma, por último, que los principios óptimos del tratamiento para prevenir resistencias son:

> La identificación e intervención precoz sobre los síntomas psicóticos.
>
> El tratamiento eficaz, con un esfuerzo máximo para prevenir las recaídas y minimizar los efectos secundarios deletéreos.
>
> El uso de la dosis mínima eficaz del fármaco elegido.
>
> Y el uso de la clozapina desde el momento en que un paciente presenta los primeros indicios de resistencia al tratamiento psicofarmacológico.

De lo expresado hasta este punto podemos extraer una serie de conclusiones (evidencias) respecto al curso evolutivo y/o pronóstico del síndrome, *cluster* o espectro esquizofrénico.

> Un 20% de los pacientes con un primer episodio psicótico del espectro esquizofrénico no recaerán en un plazo de seguimiento de cinco años.

Una primera recaída no conducirá inexorablemente a una nueva recaída, aunque esto sí sucede en cerca de un 80% de los casos.

El período de máximo riesgo de recaída va más allá del primer año propuesto por la APA. Esto debiera de hacer revisar las recomendaciones terapéuticas con vistas a prolongar el tratamiento farmacológico tras un primer episodio psicótico del espectro esquizofrénico, durante un período mínimo de entre dos y cinco años ("período crítico").

Resulta imprescindible identificar variables (clínicas y biológicas) que, desde el mismo debut de la psicosis, nos permitan discriminar con cierta fiabilidad qué pacientes van a presentar un curso continuo o con alta probabilidad de recaídas, y llevarnos a instaurar el tratamiento más adecuado, intensivo y en la medida de lo posible específico. También conviene identificar los factores de buen pronóstico, para intentar evitar someter innecesariamente a tratamiento a aquellos pacientes con un bajo potencial de recaída y/o de mala evolución clínica.

Respecto al pronóstico a largo plazo de los pacientes afectados por un síndrome esquizofrénico, Jablensky recoge los resultados extraídos de cinco estudios, en los cuales se analiza la evolución de 1300 pacientes evaluados durante una media de entre 23 y 37 años. En resumen, se puede afirmar lo siguiente:

La recuperación completa y duradera oscila entre un 20%-26% de los casos.

Un 43% muestran anomalías residuales leves, que no interfieren con su vida en la comunidad.

Un 14-24% establecen estados crónicos y defectuales graves.

Un 50-70% de los pacientes alcanzan un estado clínico estable después del quinto año tras el debut de la esquizofrenia, sin un deterioro significativo posterior (efecto *plateau*).

Un 22% presenta una evolución remitente, con episodios múltiples y/o remisiones completas, mientras que entre el 1%-4% presentan una evolución catastrófica (rápido inicio del deterioro crónico).

La tasa de suicidio a los 22 años oscila entre el 14%-22%.

En 2016, y pese a la visión pesimista que muchos clínicos mantienen respecto a la irreversibilidad del síndrome esquizofrénico, así como a su curso inevitablemente deteriorante y defectual, se puede defender con suficiente fuerza empírica, que una notable proporción de los pacientes evaluados en los estudios de seguimiento a largo plazo presentarán un cierto nivel de recuperación (total o parcial), más o menos fluctuante, que les permitirá un adecuado funcionamiento dentro de su entorno psicosocial y laboral, y una aceptable calidad de vida. Ello, pudiera acompañarse en algunos casos de una

estabilización en cuanto al nivel del defecto esquizofrénico establecido, e incluso de una cierta recuperación del mismo a largo plazo.

Hemos decidido centrar los datos arriba aportados en base a considerar la esquizofrenia el extremo más severo del espectro de los trastornos psicóticos. Obviamente dichos datos se matizan notablemente al considerar el conjunto de los fenotipos psicóticos.

2. Programa CRUPEP - MISIÓN

Ofertar a la población diana, usuarios residentes en el área asistencial del Hospital Universitario de Cruces [O.S.I. Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces + O.S.I. Barakaldo-Sestao] afectados por un primer episodio de psicosis, desde el ámbito del Sistema Público de Salud, el mejor plan asistencial posible acorde con nuestros recursos disponibles, con los principios de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) y con la aplicación de la “lex artis”.

El propósito del Plan Funcional que se expone, en concordancia con los propósitos de nuestra Organización, es gestionar de la forma más eficaz y eficiente todos aquellos procesos a nuestro alcance (administrativos, socio-asistenciales y de investigación) relacionados con la atención de cualquier usuario residente en área asistencial del HUC [O.S.I. Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces + O.S.I. Barakaldo-Sestao] afectado por un PEP, aplicando en su integridad de los criterios de calidad, profesionalidad y atención personalizada vigentes en cada momento.

Tras adaptar los objetivos generales de la Organización a nuestro Plan Funcional adoptamos los siguientes propósitos:

Mejorar la Salud Mental de cualquier usuario afectado por un PEP (a nivel clínico-psicopatológico y funcional) y de su entorno socio-familiar más próximo.

Adaptarnos de forma dinámica y permanente a los continuos cambios y transformaciones que derivan de la sociedad en que vivimos y de los organismos reguladores autonómicos, nacionales y europeos que gestionan la asistencia sanitaria y la investigación biomédica reglada.

Adaptarnos a la perspectiva de los usuarios-familiares con objeto de satisfacer sus demandas y/o necesidades, con vocación de mejora continua, fomentando la profesionalidad del equipo, el trabajo eficiente y coordinado (internamente así como con los demás servicios asistenciales y académicos-universitarios implicados en nuestros procedimientos habituales). Estructurar un equipo eficaz, responsable y transparente en sus actuaciones.

Incentivar la investigación en neurociencias en el ámbito de las psicosis.

Desarrollar nuevas estrategias asistenciales basadas en nuestras propias observaciones, tras ser puestas en perspectiva con los hallazgos del resto de la comunidad científica, apoyándonos en un estándar de innovación biotecnológica permanente.

Transferir nuestros resultados objetivos a la comunidad científica, y de forma particularmente práctica y didáctica a la sociedad en su conjunto (representada directamente por el grupo de usuarios y familiares-cuidadores subsidiarios de ser atendidos en nuestro Programa).

3. Programa CRUPEP - VISIÓN

Consolidar el Programa CRUPEP como un modelo de Unidad Asistencial Multidisciplinar pionero, dinámico y referente en la Comunidad Autónoma Vasca y en el Estado en general, en el marco de la atención integral de aquellos usuarios y de sus familiares-cuidadores afectados por un PEP.

Trabajar con procesos de gestión que aboquen a una mayor eficacia, eficiencia, calidad y mejora continua, comprometidos con las necesidades del usuario, de su entorno socio-familiar y del propio profesional, simplificando aquellos trámites administrativos innecesarios o redundantes en los procedimientos, adecuándolos hacia una administración ágil capaz de afrontar los procesos y necesidades cambiantes derivados de la demanda de la profesión sanitaria, del mundo académico-universitario, del sector empresarial-biotecnológico y en todo momento de la sociedad en su conjunto.

Desarrollar un Programa de atención dirigido a los pacientes afectados por un Primer Episodio Psicótico así como a sus familiares y/o cuidadores desde el Hospital Universitario de Cruces [O.S.I. Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces + O.S.I. Barakaldo-Sestao], dialéctico y que obedezca a las siguientes bases fundacionales:

Llamado a cubrir un espacio inédito y necesario en nuestro entorno asistencial.

Programa jerárquico, estructurado, integral-multidisciplinar y abierto.

Sustentado en una financiación mixta pública / privada.

Fundamentado en la Medicina Basada en la Evidencia y en la realidad asistencial particular [O.S.I. Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces + O.S.I. Barakaldo-Sestao].

Con una estructura tridimensional: asistencial, investigadora, y traslacional.

4. Programa CRŲPEP - descripción de usuarios.

El Programa CRŲPEP está destinado a la asistencia integral y multidisciplinar durante 5 años (período crítico de Bleuler) de todos los usuarios afectados por un PEP así como de sus familiares y/o cuidadores incluidos en el Área Asistencial del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Cruces [O.S.I. Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces + O.S.I. Barakaldo-Sestao], integrada por unos 350.000 habitantes.

Incluye también la atención de aquellos usuarios afectados por episodios de psicosis secundarios al trastorno por uso de sustancias.

Y si bien el protocolo inicial recoge un margen de edad de inclusión, entre 18 y 65 años, no descartamos la inclusión en una segunda fase de individuos que traspasen dicha franja de edad (somos conscientes de la existencia de psicosis infanto-juveniles, así como de inicio tardío en mayores de 65 años).

La expectativa de reclutamiento en el Programa en base a nuestros datos epidemiológicos contrastados con las fuentes bibliográficas ncionales e internacionales contempla un mínimo de unos 50 usuarios nuevos / año, de forma que el Programa pueda absorber un mínimo de 250 usuarios afectados por un PEP (familiares y cuidadores aparte) de forma permanente.

Las necesidades inherentes a este colectivo de usuarios y/o familiares-cuidadores, tanto desde su óptica particular como desde la de los propios profesionales del Programa, incluyen su acompañamiento durante estos 5 años considerados críticos en el devenir de su proceso mórbido en (al menos) las siguientes áreas:

Abordaje farmacológico + psicoterapéutico de las dimensiones sintomáticas psicopatológicas presentes, sean de naturaleza psicótica o no psicótica (remisión clínica).

Evaluación neuropsicológica estandarizada y seriada (anual) con el fin de calibrar y circunscribir el grado de disfunción cognitiva subsidiario de programas de estimulación y/o rehabilitación cognitiva (recuperación funcional).

Intervenciones psicoterapéuticas específicas individualizadas en función de las necesidades particulares de cada usuario y de su entorno. Pueden ser en formato individual y/o grupal.

Estrategias psicoeducativas que ahonden en la comprensión de la naturaleza del proceso mórbido, de su tratamiento y pronóstico, y que promuevan el insight y el cumplimiento terapéutico, así como información sobre recursos socio-sanitarios autóctonos, consejo genético e información legal incluyendo a usuarios y a sus familiares y/o cuidadores.

Abordaje activo del consumo de tóxicos en colaboración con los Módulos de Toxicomanías adscritos a la OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces + O.S.I. Barakaldo-Sestao.

Desarrollo de estrategias de rehabilitación social y laboral, que incluyan figuras como un trabajador social, terapeutas ocupacionales, hospital de día, etc. El objetivo final al igual que con la rehabilitación / estimulación cognitiva es la promoción de la funcionalidad y la mejora de la calidad de vida.

Identificación y tratamiento precoz de las recaídas. Aprovechar en este sentido el abordaje psicoeducativo y el rol de familiares / cuidadores.

Colaboración con los dispositivos de Atención Primaria (adultos y pediátricos) fomentando la comunicación y el intercambio de información.

Colaboración con las asociaciones de usuarios y cuidadores-familiares fomentando espacios de comunicación dialéctica y de intercambio de información.

5. Programa CRUPEP - objetivos asistenciales.

Los objetivos asistenciales derivan de lo explicitado para la misión, la visión y la descripción de los usuarios, de sus familiares y/o cuidadores, de sus necesidades y planteamientos dialécticos y bidireccionales así como de los de los profesionales del Programa.

Entre estos objetivos se encuentran:

Consolidar el Programa CRUPEP como una Unidad Asistencial pionera, dinámica, y referente en la Comunidad Autónoma Vasca y en el Estado en general, en el marco de la atención integral de aquellos usuarios afectados por un PEP:

- Ofertar a la población diana residente en el área asistencial del Hospital Universitario de Cruces [O.S.I. Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces + O.S.I. Barakaldo-Sestao] afectada por un PEP, desde el ámbito del Sistema Público de Salud, el mejor plan asistencial posible acorde con los recursos disponibles, con los principios de la MBE y con la aplicación de la “lex artis”. Dicho plan se planteará de forma dialéctica desde la perspectiva del usuario, de sus familiares y/o cuidadores y de los profesionales involucrados en el mismo.

- Cubrir un espacio inédito y desde el ámbito de la prevención secundaria (hoy en día la prevención primaria en el ámbito de los PEPs resulta inviable fuera del ámbito de la investigación) necesario en nuestro entorno asistencial.

- Aplicar un modelo de Programa jerárquico, estructurado, integral, multidisciplinar y abierto. Este punto se detallará más adelante.

- Un Programa sustentado en la medida de lo posible sobre una financiación mixta pública-privada.

- Con una estructura tridimensional: asistencial, investigadora, y traslacional.

Gestionar de la forma más eficaz y eficiente todos aquellos procesos a nuestro alcance (socio-asistenciales, administrativos y de investigación) relacionados con la atención de cualquier usuario residente en área asistencial del HUC [O.S.I. Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces + O.S.I. Barakaldo-Sestao] afectado por un PEP, atendiendo a los criterios de calidad, profesionalidad y atención personalizada vigentes en cada momento.

Mejorar la Salud Mental del usuario (a nivel clínico-psicopatológico y funcional) y en la medida de lo posible de su entorno socio-familiar más próximo, atendiendo a sus necesidades y expectativas.

Incentivar la investigación cooperativa en neurociencias en el ámbito de las fases iniciales de las psicosis.

Desarrollar nuevas estrategias asistenciales basadas en nuestros propios resultados, puestos en perspectiva con los hallazgos del resto de la comunidad científica, apoyándonos en un estándar de innovación biotecnológica permanente.

Transferir nuestros propios resultados a la comunidad científica, y de forma más práctica y didáctica a la sociedad en su conjunto (representada por el conjunto de usuarios de nuestro Programa así como a sus familiares y/o cuidadores, atendiendo siempre sus demandas desde una perspectiva bidireccional).

Adaptarnos de forma dinámica (dialéctica) a los continuos cambios y transformaciones que derivan de los organismos reguladores autonómicos, nacionales y europeos que gestionan la asistencia sanitaria y la investigación en ciencias biomédicas.

Entre las características fundacionales del Programa CRUPEP se encuentran:

- Programa jerárquico y estructurado.

El diagnóstico y despistaje inicial del paciente con un PEP (desde el principio decidimos asumir la evidencia y eludir la intervención en pródromos así como en estados mentales de alto riesgo, pacientes UHR), debe efectuarse por parte de un médico especialista en psiquiatría, cualificado por tanto para:

Emitir un juicio clínico.

Poner en marcha un protocolo estructurado de evaluación e intervención terapéutica, acorde con la MBE propia de cada época.

Plantear un diagnóstico diferencial de potenciales procesos mórbidos concurrentes, no necesariamente psiquiátricos, y proceder a su despistaje.

Inferir y transmitir un pronóstico (clínico-psicopatológico y/o funcional) individualizado.

Asumir la responsabilidad asistencial sobre cada individuo particular, integrando de inmediato su entorno / realidad socio-familiar y/o laboral.

Y propiciar desde el principio un marco de apoyo e información lo más sólido y bidireccional posible.

Hasta este momento nos estamos moviendo, estrictamente, dentro del ámbito de una especialidad médica conocida como Psiquiatría.

Por si alguien muestra dudas al respecto, se proponen varios ejemplos extraídos de la práctica clínica cotidiana de nuestra profesión médica, y amparados a todos los efectos en la legislación vigente:

El ingreso de un paciente psiquiátrico. Puede ser voluntario o involuntario. En el primer caso el criterio de ingreso es médico. Si éste fuera negativo, el paciente no ingresará, al igual que ocurre con cualquier otro paciente de cualquier otra especialidad médica. Si tuviese criterios médicos de ingreso se procederá a su internamiento. El problema se plantea cuando el paciente desea el alta voluntaria y no tiene capacidad para tomar dicha decisión. En tal caso, se deberá transformar el ingreso, inicialmente voluntario, en otro de carácter involuntario. El ingreso involuntario también descansa sobre criterios médicos, pero está tutelado por la autoridad judicial, ya que es una medida de restricción de un derecho fundamental como es la libertad. En España está regulado por la Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC) en su artículo 763 (internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico).

La información y el consentimiento informado. La relación médico-paciente, en cualquier especialidad, es una relación asimétrica. El profesional dispone del conocimiento relativo a la enfermedad del paciente, lo que le sitúa en un plano superior. La única forma de paliar (no igualar) esa desproporción es poner sobre la mesa toda la información necesaria y relativa al padecimiento del enfermo para que éste pueda otorgar un consentimiento, en este caso, a la hora de aceptar o no un tratamiento. Estamos así ante el binomio derecho-deber de información. Al derecho a disponer de toda la información necesaria por parte del paciente, se contrapone el deber del médico de proporcionársela.

La Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente en materia de información y documentación clínica, dedica una serie de artículos al derecho a la información. En todos ellos se recoge de forma clara y explícita la obligación por parte de los médicos de informar a los pacientes, y el derecho de éstos a disponer de la información sobre su padecimiento. Los enfermos mentales, entre los que hay que incluir a los que presentan un PEP, no suponen excepción alguna a la norma. Sin embargo, dadas sus características psíquicas, no siempre están en condiciones de comprender tal información o puede, según el tipo de información, la extensión de la misma y el momento de dársela, que ésta les ocasione algún perjuicio. En ambos casos, se contemplan legalmente tales posibilidades debiendo el médico trasladar la información a los familiares y/o personas vinculadas por relaciones de hecho. La información asistencial ha de versar sobre todo el proceso morboso del paciente: diagnóstico, pronóstico y tratamiento que se propone. Sobre este último hay que informar de otras alternativas, con sus ventajas e inconvenientes, los riesgos de su asunción y de su rechazo, y las contraindicaciones.

> Obviamente no se puede consentir un tratamiento si no se tiene información. Ambos son conceptos inseparables. Por esta razón, toda la regulación a la que hemos hecho referencia al tratar la información es aplicable y trata del consentimiento. La ley 41/2002 en su artículo 3 la define como: "la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información médica adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud". En el artículo 2.2 se hace mención expresa a la obligación de obtener el consentimiento del paciente en toda actuación sanitaria; el artículo 8 recoge los principales aspectos del consentimiento, atendiendo a su forma de obtención, y al derecho a revocar dicho consentimiento en cualquier momento; el artículo 9 se refiere a los límites del consentimiento informado y a las excepciones al mismo. El consentimiento informado tiene su fundamento en la autonomía del paciente. Es decir, en la capacidad de toda persona, incluidos los enfermos de todo tipo, a tomar sus propias decisiones, también, las que atañen a su salud.

Queda suficientemente claro el rol del médico (en este caso del psiquiatra) en todo el proceso asistencial.

- Programa integral.

Como sinónimo de interdisciplinariedad. Una vez se efectúa el diagnóstico de un PEP, resulta imprescindible el arbitraje de una colaboración corporativa entre diferentes estamentos profesionales: psiquiatría, psicología, enfermería, servicios administrativos, trabajo social, terapia ocupacional, etc. Y en el papel del etcétera se incluyen genetistas, neuro-radiólogos, internistas, neurólogos, biólogos, farmacólogos, epidemiólogos, y de nuevo etc.

La labor de cada uno de estos estamentos profesionales, dentro de su ámbito de actuación particular, resulta crucial, y desde luego equiparable en cuanto a relevancia en todos los casos. Para algunos autores, el conjunto de profesionales recogido antes del primer etcétera se enmarca dentro del concepto altamente ideologizado de Salud Mental. En nuestra opinión, este término resulta inapropiado, equívoco, y puede generar confusión, tanto entre los propios profesionales como entre los usuarios del sistema sanitario (no así en el ámbito jurídico, donde roles y responsabilidades profesionales y/o particulares están bien establecidos).

Ninguna otra disciplina médica adopta semejante nomenclatura, y la Psiquiatría no debe suponer una excepción. Nunca hemos oído hablar de Salud Urológica, Salud Traumatológica, Salud Cardiológica, Salud Oncológica, etc., pese a que en tales especialidades los equipos que cooperan en la acción asistencial y/o investigadora y/o traslacional de los pacientes son igualmente multidisciplinares.

- Programa abierto.

Sin exclusiones. El Programa está destinado a la asistencia integral y multidisciplinar durante 5 años (período crítico) de todos los usuarios así como de sus familiares y/o cuidadores incluidos en el Área Asistencial del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Cruces [O.S.I. Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces + O.S.I. Barakaldo-Sestao] afectados por un PEP. Se incluye la atención de aquellos episodios de psicosis secundarios al consumo de sustancias. Y si bien el protocolo inicial recoge un margen de edad de inclusión, entre 18 y 65 años, no descartamos la inclusión en una segunda fase de individuos que traspasen dicha franja de edad hacia abajo y arriba.

- Programa con financiación mixta.

Aunque este aspecto es más propio del apartado "Mecanismos Organizativos" lo traemos a colación ya que aprovechando el marco de un Hospital Clínico Universitario como Cruces el equipo de profesionales será invitado a complementar su labor asistencial con la propuesta de hipótesis de investigación que habiliten la participación en proyectos y/o becas de investigación, nacionales o internacionales, públicas o privadas, auditadas y evaluadas en base a resultados, que permitan financiar puntales de la asistencia clínica e investigadora que se consideren novedosos, oportunos, y sobre todo accesibles y extrapolables a la propia práctica profesional (intervenciones psicofarmacológicas, psicológicas multidimensionales, incluyendo el desarrollo de programas psicoeducativos y de rehabilitación cognitiva, colaboración con enfermería, estudios farmacogenéticos y/o de biomarcadores, etc.).

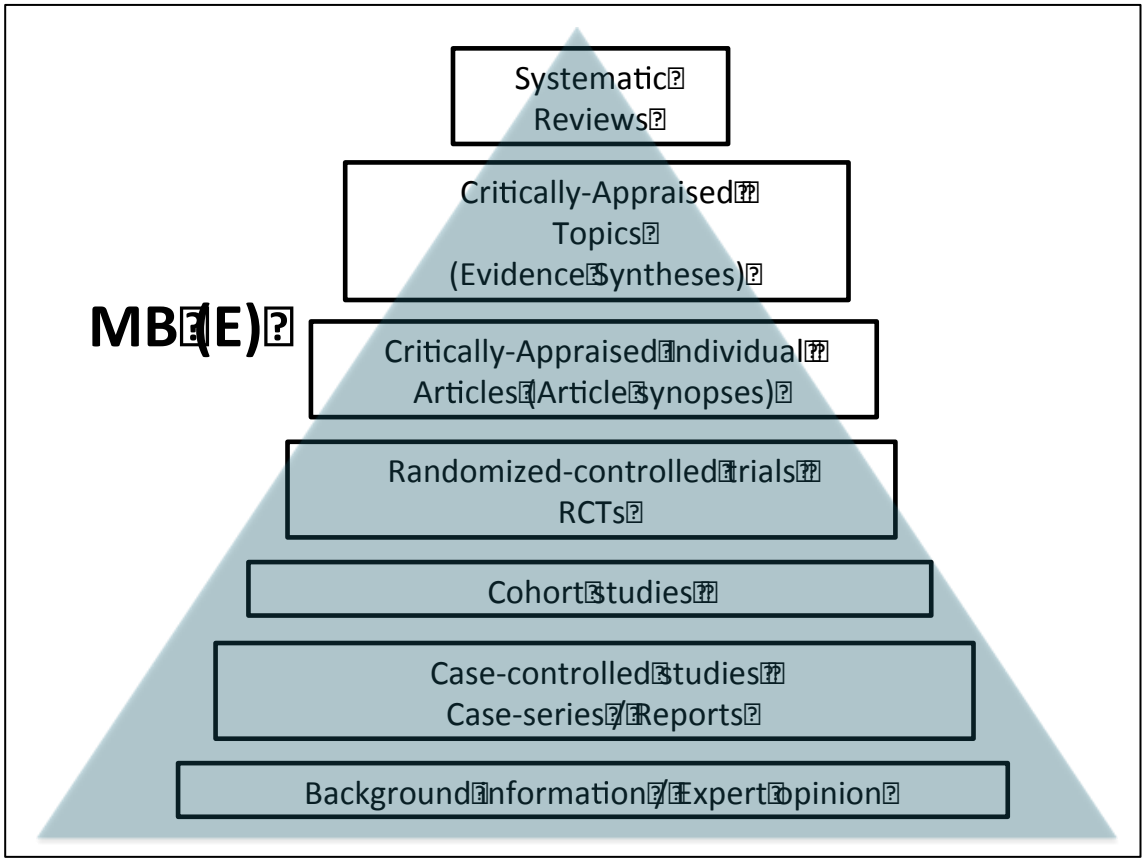
Semejante actividad permite implementar y evaluar nuestras prestaciones asistenciales en base a observaciones propias, compartidas y contrastadas a través de los cauces académicos habituales dentro de la comunidad científica especializada, descargando en la medida de lo posible los mermados fondos de financiación pública (Departamento de Sanidad de Gobierno Vasco, así como del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza) destinados al Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Cruces.

- Programa fundamentado en la MBE.

Acorde con los conocimientos actualizados y asumidos (en base a una estructura piramidal) por la comunidad científica (psiquiátrica) internacional, fruto de la aplicación del método científico, que permiten que nuestras actuaciones se adecúen al principio jurídico de la *lex artis*.

Ello no excluye una interpretación particular crítica y dialéctica de dichos principios y/o recomendaciones por parte de los profesionales del Programa, siempre sustentada en argumentos documentados. Somos conscientes de la inexistencia de verdades absolutas, al menos en nuestro ámbito profesional.

Estructura piramidal de los principios de la MBE.



- Programa acorde a nuestro potencial asistencial particular.

Fruto del modelo social del que nos hemos dotado como ciudadanos, de nuestra forma de entender como Organización la salud y la enfermedad, desde un ámbito tanto académico (universitario) como de estructura del sistema sanitario, de los principios éticos y de solidaridad que sin duda compartimos, del entramado político coyuntural, y de nuestra realidad socioeconómica cambiante.

Ya ha sido comentado cómo la expectativa de reclutamiento en el Programa en base a nuestros datos epidemiológicos contrastados con las fuentes bibliográficas ncionales e internacionales contempla un mínimo de unos 50 usuarios nuevos / año, de forma que el Programa pueda absorber un mínimo de 250 usuarios afectados por un PEP (familiares y cuidadores aparte) en activo de forma permanente, con posibilidad de ampliar dichas cifras hasta un máximo potencial de 325 usuarios.

- Programa tridimensional.

Nuestro modelo es principalmente asistencial: trabajamos con personas, con su realidad existencial, clínica, socio-familiar, laboral, etc. Aunque también está orientado en paralelo hacia el ámbito académico y el de la investigación.

Es el principal motivo por el cual pensamos que este tipo de Programas deben desarrollarse desde el ámbito de los Hospitales Universitarios, donde concurre un cruce de caminos necesario entre los ámbitos socio-sanitario, académico y financiero (especialidades médicas clínicas y preclínicas, sociedades científicas, institutos de investigación biosanitaria [en nuestro caso BioCruces Health Research Institute], industria farmacéutica y/o biotecnológica, programas de I+D+i, etc.).

La dimensión traslacional se obtiene tras años de experiencia y empirismo, cuando los resultados obtenidos a través de las líneas de investigación propias, y las que compartimos con otros Centros nacionales e internacionales, dentro de macroestructuras acreditadas de colaboración en investigación [por ejemplo el CIBERSAM], se procesan, se integran, se publican y finalmente se evalúan, se devuelven y se aplican a nuestro ámbito de actuación sanitaria particular (en forma de nuevas herramientas diagnósticas, pronósticas y/o terapéuticas contrastadas, así como de programas estructurados de intervención), con vistas a mejorarlo.

Programa CRUPEP

Como ya se ha dicho en varias ocasiones está destinado a la asistencia integral y multidisciplinar durante 5 años (período crítico) de todos los usuarios afectados por un PEP, así como de sus familiares y/o cuidadores, integrados en el Área Asistencial del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Cruces [O.S.I. Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces].

Se incluye la atención de aquellos episodios de psicosis secundarios al trastorno por uso de sustancias.

Y si bien el protocolo inicial recoge un margen de edad de inclusión, entre 18 y 65 años, no descartamos la inclusión en una segunda fase de individuos que traspasen dicha franja de edad.

Las necesidades inherentes a este colectivo de usuarios y/o familiares-cuidadores, tanto desde su óptica como la de los profesionales del Programa incluyen su acompañamiento durante 5 años en las siguientes áreas:

> Abordaje farmacológico + psicoterapéutico de las dimensiones sintomáticas psicopatológicas presentes, sean de naturaleza psicótica o no psicótica (remisión clínica).
>
> Evaluación neuropsicológica estandarizada y seriada (anual) con el fin de calibrar y circunscribir el grado de disfunción cognitiva subsidiario de programas de estimulación y/o rehabilitación cognitiva (recuperación funcional).
>
> Intervenciones psicoterapéuticas específicas individualizadas en función de las necesidades particulares de cada usuario y de su entorno. Pueden ser en formato individual y/o grupal.

Estrategias psicoeducativas que ahonden en la comprensión de la naturaleza del proceso mórbido y que promuevan el insight y el cumplimiento terapéutico, así como información sobre recursos sociosanitarios, consejo genético e información legal incluyendo a usuarios y a sus familiares y/o cuidadores.

Abordaje activo del consumo de tóxicos, en colaboración con los profesionales integrados en los Módulos de Toxicomanías subsidiarios de nuestra OSI.

Desarrollo de estrategias de rehabilitación social y laboral, que incluyan figuras como un trabajador social, terapeutas ocupacionales, hospital de día, etc. El objetivo final al igual que con la rehabilitación / estimulación cognitiva es la promoción de la funcionalidad y la mejora de la calidad de vida.

Identificación y tratamiento precoz de las recaídas. Aprovechar en este sentido el abordaje psicoeducativo y el rol de familiares / cuidadores.

Colaboración con los dispositivos de Atención Primaria (adultos y pediátricos) fomentando la comunicación y el intercambio de información.

Colaboración con las asociaciones de usuarios y cuidadores-familiares fomentando espacios de comunicación y de intercambio de información.

El Programa CRUPEP deberá someterse periódicamente a una evaluación / auditoría de los resultados obtenidos y que se sustentan en sus propios objetivos asistenciales. Dichos objetivos deben de medirse en base a unos indicadores de eficacia / eficiencia del Programa (se analizarán de nuevo en el apartado “Mecanismos Organizativos”), entre los que se incluyen:

Evaluar aquellos usuarios que alcanzan un estándar de Remisión Clínica y de Recuperación Funcional. En condiciones óptimas ambas dimensiones debieran de estar por encima del 50% de los usuarios atendidos en el Programa.

Evaluar las Recaídas. En condiciones óptimas la tasa de recaídas a los 5 años de seguimiento debiera ser inferior al 50% de los usuarios atendidos en el Programa.

Evaluar la Tasa de Reingresos. En condiciones óptimas debiera ser inferior al 20% de los usuarios del Programa.

Evaluar la Estancia Media durante los reingresos. En condiciones óptimas debiera estar por debajo de la estancia media del Servicio (13.7 días, año 2015), más aún por debajo de 10 días.

Evaluar Utilización de Servicios Asistenciales al margen de los establecidos por el Programa. En este sentido menos es más.

Evaluar la Tasa de Abandono del Programa. En condiciones óptimas debiera ser inferior al 5% de los usuarios del Programa.

Evaluar Indicadores de Agresividad así como la Tasa de Suicidio de los usuarios del Programa. La Tasa de Suicidio óptima debiera situarse por debajo del 1% de los usuarios del Programa.

Analizar parámetros de Coste / Efectividad del Programa. La evaluación de estos parámetros de orden económico se puede extraer de las memorias económico-financieras y de actividad del propio Hospital.

- Gasto farmacéutico
- Gasto en otras modalidades terapéuticas
- Gasto indirecto
- ILTs - Discapacidades

Analizar el cumplimiento de Expectativas / Eficiencia del Programa:

- Reinserción laboral / social / familiar
- Calidad de vida (cuestionario)
- Satisfacción: pacientes, familiares (encuesta)

Los datos en condiciones óptimas son como su propio nombre indica, un deseo potencial más que una realidad, y en cualquier caso las cifras establecidas se muestran mucho más favorables que las esperables en base a la literatura especializada y a las experiencias de otros Programas similares nacionales e internacionales.

6. Programa CRỤPEP - organización.

6.a. Descripción de las estructuras físicas.

El Programa CRỤPEP está destinado a la asistencia integral y multidisciplinar durante 5 años (período crítico) de todos los usuarios así como de sus familiares y/o cuidadores incluidos en el Área Asistencial del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Cruces [O.S.I. Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces + + O.S.I. Barakaldo-Sestao], equivalente a unos 350.000 habitantes, afectados por un PEP.

Dicha OSI cuenta con en general los siguientes dispositivos que atienden la Salud Mental de la población de referencia:

1 Hospital Terciario Universitario (Cruces) + 1 H Comarcal (San Eloy).

6 Centros de Salud Mental (CSM)

2 Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ)

1 Programa PEPs – Programa CRỤPEP

1 Programa de Trastornos de la Conducta Alimentaria

1 Comedor Terapéutico

2 Programas de Trastorno por Uso de Sustancias TUS

2 Hospitales Día de Trastornos Psicóticos

1 Programa Terapia Asertiva Comunitaria

El Programa CRỤPEP se desarrolla en el marco físico del Hospital Universitario de Cruces (950 camas). Para ello se dispone de:

Un Servicio de Urgencias Psiquiátricas activo 24 horas al día, 365 días al año, atendido permanentemente por dos especialistas en Psiquiatría de presencia física.

Una Unidad de Hospitalización Aguda, con 21 camas disponibles más 3 camas adicionales de Observación Psiquiátrica. Cuando ingresa un PEP en una de dichas camas es atendido por miembros del Programa CRỤPEP.

Un despacho dedicado a tiempo completo para la evaluación y tratamiento ambulatorio de los usuarios afectados por un PEP así como para la atención de sus familiares y/o cuidadores.

Un despacho dedicado a tiempo parcial (75%) a reuniones del equipo CRỤPEP así como a labores de enfermería (control de salud física,

clínica de litio, administración de inyectables, pruebas complementarias, etc.)

Un despacho dedicado a tiempo parcial (75%) para las intervenciones psicológicas (psicoterapias, evaluaciones neuropsicológicas, programas de rehabilitación o estimulación cognitiva, etc.).

Un despacho a tiempo completo para labores administrativas.

Una sala grupal utilizada a tiempo parcial (50%) para las intervenciones grupales (psicoeducación, psicoterapia grupal) que eventualmente también se utiliza para reuniones de equipo.

A nivel físico también contamos con los dos dispositivos de área que atienden los Trastornos por Uso de Sustancias (externos al Hospital) y cuyos recursos propios están a nuestra disposición en aquellos casos de predominio de patología dual.

También disponemos de un Hospital de Día para PEPs ubicado en el Hospital Universitario de Basurto (Bilbao) con 18 plazas compartidas sobre las que tenemos libre disposición de acceso.

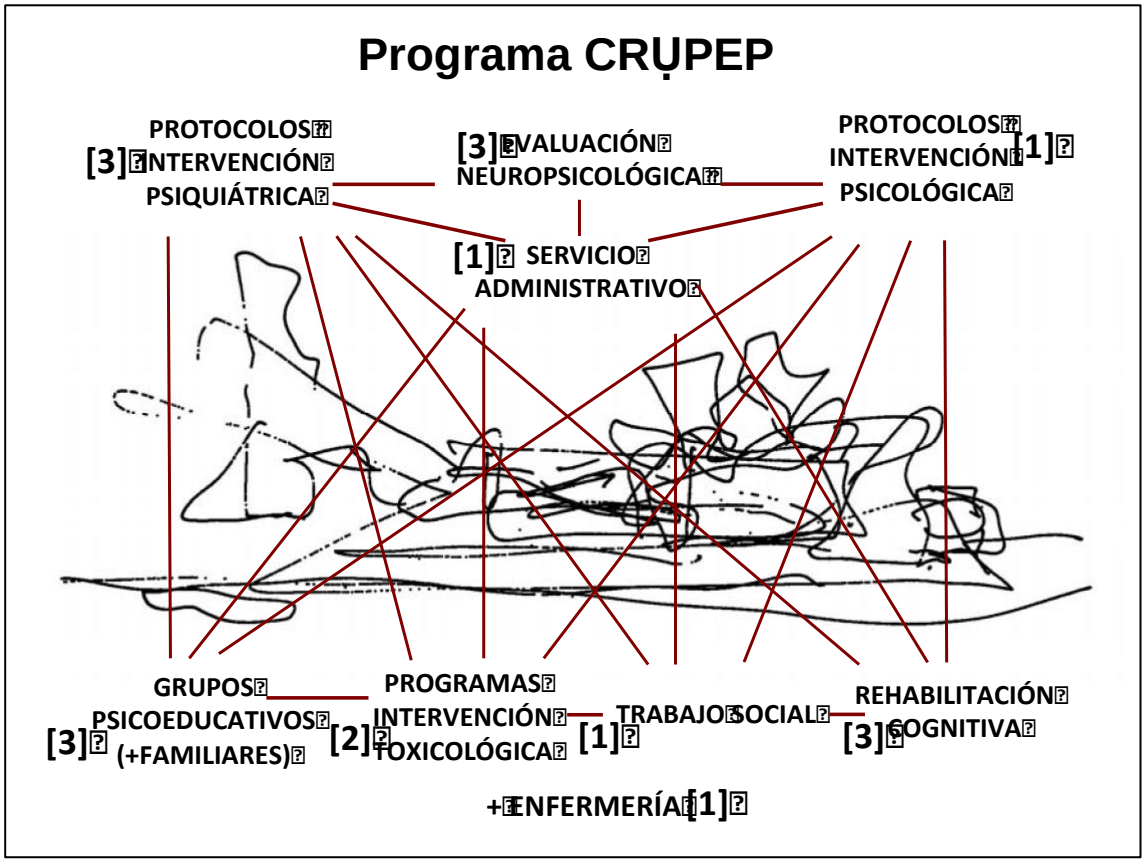
También disponemos de una Trabajadora Social ubicada en un despacho a tiempo completo en el Centro de Salud de Ronda (Bilbao) dedicada a tiempo parcial (compartido) a la atención de lunes a viernes de 8 AM a 15 PM a los PEPs derivados desde el Programa CRỤPEP.

En caso necesario disponemos de un Servicio de Terapia Asertiva Comunitaria, con vehículo propio, que se desplaza a los domicilios de usuarios con dificultades de abordaje ambulatorio y que consta de un psiquiatra, un enfermero, un psicólogo y un trabajador social. Dicho dispositivo está a disposición a tiempo parcial (compartido) para los PEPs indicados desde el Programa CRỤPEP.

Un edificio integrado en el propio Hospital Universitario de Cruces correspondiente al Instituto Biosanitario BioCRUCES Health Research Institute en el que los miembros del Programa CRỤPEP participan desde el Grupo de las Fases Iniciales de las Psicosis con cobertura física (un despacho, una sala de reuniones, ambos a tiempo parcial 50%) así como metodológica, burocrática (formación continuada), administrativa y legal.

6.b. Descripción del equipo humano.

De forma gráfica el equipo humano que conforma el Programa CRỤPEP se recoge en el siguiente gráfico.



De forma explícita el capital humano con que contamos se resume en:

Un psiquiatra a tiempo completo y dos psiquiatras a tiempo parcial (50%) para cualquiera de las intervenciones propias de la especialidad así como para establecer un protocolo de intervención individualizada en cada caso particular. Dichos psiquiatras participan también en tareas docentes y de investigación, así como en la colaboración con atención primaria y con las asociaciones de usuarios y familiares. Puntualmente también participan en los grupos psicoeducativos.

Una psicóloga a tiempo parcial (50%) para las intervenciones psicoterapéuticas específicas individualizadas en función de las necesidades particulares de cada usuario y de su entorno, individuales o grupales, que incluyen el abordaje psicoterapéutico de las dimensiones sintomáticas psicopatológicas presentes, sean de naturaleza psicótica o no psicótica. Dicha psicóloga participa también en tareas docentes y de investigación y puntualmente en los grupos psicoeducativos.

Una neuropsicóloga a tiempo parcial (40%) compartida con la Universidad del País Vasco, y dos psicólogas a tiempo completo con contratos de investigación a través de BioCRUCES HRi renovables periódicamente a expensas de nuestros fondos de investigación que se encargan de la evaluación neuropsicológica estandarizada y seriada (anual) de los usuarios así como de los programas de estimulación y rehabilitación cognitiva. Dichas psicólogas participan también en tareas docentes y principalmente de investigación, estando al cuidado de la

base de datos propias de los proyectos de investigación y al margen de los datos administrativos del Centro.

Una enfermera a tiempo parcial (50%) encargada de la filiación de los pacientes, de la administración de medicación inyectable, de las extracciones analíticas, del control de salud física, de la clínica de litio, y de los grupos psicoeducativos entre otras actividades. La enfermera participa también en tareas docentes y de investigación.

Una auxiliar administrativo que dedica aproximadamente un 30% de su jornada al Programa CRỤPEP administrando citas, recogiendo llamadas, filiando pacientes y elaborando informes.

Una trabajadora social a tiempo parcial (30%) dedicada a atender aquellos usuarios del Programa CRỤPEP subsidiarios de intervención por parte de los servicios Sociales con vistas a trámites de discapacidades, incapacidades, orientación laboral y formativa, recursos sociales, etc.

Dos terapeutas ocupacionales a tiempo completo ubicado en el Hospital de Día de PEPs sito en el Hospital Universitario de Basurto a donde eventualmente derivamos pacientes en función de sus necesidades particulares.

También contamos con la colaboración externa de otros dispositivos activos en nuestra OSI:

En caso necesario disponemos de un Servicio de Terapia Asertiva Comunitaria, con vehículo propio, que se desplaza a los domicilios de usuarios con dificultades de abordaje ambulatorio y que consta de un psiquiatra, un enfermero, un psicólogo y un trabajador social. Dicho dispositivo está a disposición a tiempo parcial (compartido) para los PEPs indicados desde el Programa CRỤPEP.

El abordaje activo del consumo de tóxicos se suele efectuar en colaboración con los Módulos de Toxicomanías adscritos a la OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces + O.S.I. Barakaldo-Sestao.

El Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Cruces forma un MIR por año de forma permanente, y recibe MIRes externos rotantes en el Programa CRỤPEP por períodos de 2-4 meses (a fecha actual han rotado por nuestro Programa más de 40 MIRes nacionales y extranjeros) que participan de las tareas asistenciales, formativas e investigadoras de forma proporcional a sus intereses formativos particulares.

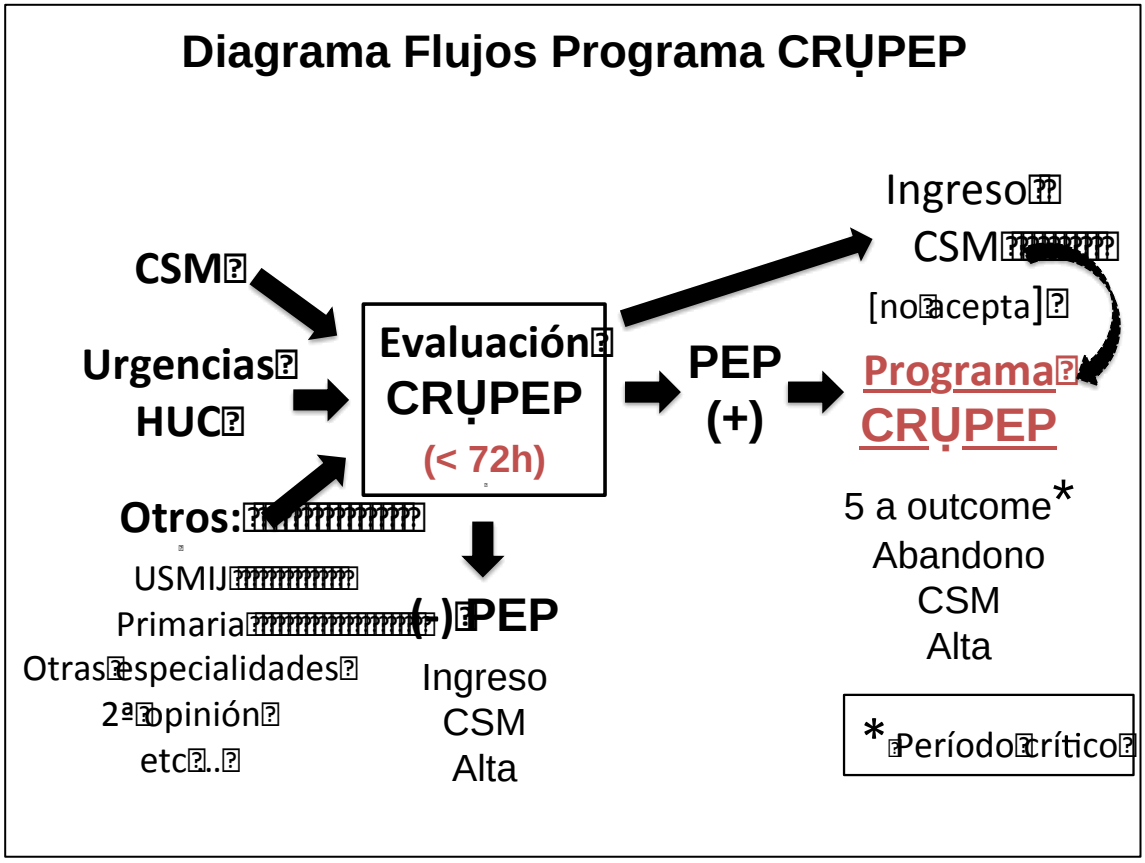
Lógicamente el hecho de enmarcar un Programa de estas características en un Hospital Universitario permite acceso discrecional de los usuarios a otras especialidades médicas en caso de patología comórbida intercurrente o proyectos de investigación conjuntos (vía interconsulta) así como a cualquier

tipo de exploración complementaria (analítica, radiológica, genética … etc.) que fuera precisa.

Y contamos con el apoyo logístico del Instituto Biosanitario BioCRUCES Health Research Institute en tareas metodológicas, burocráticas (formación continuada), administrativas y legales en el ámbito de la asistencia e investigación.

6.c. Mecanismos Organizativos.

Existe un diagrama de flujos de derivación de usuarios al Programa CRUPEP que se recoge en la siguiente figura.



Los usuarios acceden al Programa CRUPEP a través de ser atendidos en el Servicio de Urgencias del propio Hospital, o bien son derivados por un psiquiatra desde un CSM de nuestra OSI, y en menor medida acuden derivados desde el psiquiatra de la USMIJ, desde otro especialista ajeno a la psiquiatría e incluso desde el facultativo de Atención Primaria. La valoración se efectúa por un psiquiatra del Programa en las primeras 72 horas, y si finalmente se decide que estamos ante un PEP, de forma ambulatoria o tras un ingreso en la Unidad de Agudos si el paciente firma el consentimiento informado se le incluye en el Programa.

Una vez incluido en el Programa CRUPEP se procede a una actuación protocolizada que se aplica a todo usuario que entra en el Programa y que se detalla a continuación:

Consentimiento informado.

Historia clínica general y anamnesis física (exploración neurológica incluida, si así procede).

Diagnóstico, plan terapéutico e inferencia pronóstica.

Pruebas complementarias: analítica de sangre y orina (incluye función hepática, renal, férrica, vitamina B12, folato, hormonas tiroideas, serologías (lues, VHB, VHC, VIH), test de embarazo (si aplica); ECG; EEG + Potenciales Evocados; TAC craneal (cabe la posibilidad de RM o RMf en función de hallazgos o de protocolos específicos, al igual que de SPECT, PET o Imagen por Difusión de Tensores, DTI). Tóxicos en sangre y orina.

Un aspecto evaluativo sobre el que estamos reflexionando en la actualidad obedece al hecho de estudiar más en profundidad la posible relación del cluster esquizofrénico con diversos trastornos autoinmunes. En este sentido, y desde hace 36 meses, hemos abierto una vía activa de colaboración con el Servicio de Enfermedades Autoinmunes del Hospital Universitario de Cruces, así como con el Departamento de Farmacología de la Universidad del País Vasco (ya hemos comentado cómo este tipo de Unidades debieran ubicarse en el seno de un Hospital Universitario, y éste es un ejemplo de por qué). Por el momento hemos decidido no incluir biomarcador de autoinmunidad alguno dentro de nuestro Protocolo de evaluación, dada la escasa especificidad de los mismos (ANAs +), en ausencia de otros signos clínicos. Pero sin duda la literatura y nuestra experiencia clínica observan diferencias en cuanto a una mayor prevalencia de diferentes respuestas inmunológicas y de enfermedades autoinmunes entre pacientes esquizofrénicos frente a la población general, como es el caso del psoriasis, enfermedad celíaca, enfermedad de Graves, anemia perniciosa, vasculitis por hipersensibilidad, diabetes tipo I, miastenia gravis, poliarteritis nodosa, o cistitis intersticial (la cual parece tener además relación genética con el trastorno por crisis de pánico). En relación al hipertiroidismo, Kraepelin fue pionero en observar y documentar clínicamente la esquizofrenia junto a alteraciones autoinmunes (en su caso tiroideas), mencionando el aumento de la glándula tiroidea en pacientes con dementia praecox. Más recientemente varios estudios han revelado que los pacientes con esquizofrenia tienen una mayor prevalencia de la enfermedad de Graves respecto a la población general. Cuarenta años después de las observaciones de Kraepelin en referencia a la autoinmunidad, se amplía la bibliografía con la documentación de casos de enfermedad celíaca entre pacientes esquizofrénicos, y dos décadas más tarde Dohan continúa el bosquejo de dicha relación a través de casos surgidos en la Europa de la segunda Guerra Mundial y en el Pacífico oeste, proponiendo el gluten como el desencadenante ambiental de la enfermedad mental en pacientes con un defecto genético. Estas hipótesis son la fuente de investigaciones más recientes, donde se

muestra una asociación estadísticamente significativa entre ambas patologías. En el caso de la artritis reumatoide, por el contrario, se ha observado una relación inversa en un grupo de mujeres con esquizofrenia frente a un grupo control. Como explicación se propone la interacción genética, la vida sedentaria debida a síntomas negativos, o el efecto anti-inflamatorio y analgésico de los antipsicóticos. Hombres y mujeres presentan, probablemente, diferencias significativas en la prevalencia de las inmunopatías, apareciendo la enfermedad de Graves, la dermatomiositis y el psoriasis en el grupo de hombres con esquizofrenia, mientras que la diabetes tipo I, la enfermedad celíaca y la vasculitis por hipersensibilidad se asocian al grupo femenino de la esquizofrenia. En el caso de padres de hijos afectos por esta patología mental, la prevalencia de tirotoxicosis, tiroiditis, diabetes tipo I, celiaquía, psoriasis, anemia perniciosa, anemia hemolítica adquirida, dermatomiositis o cistitis intersticial son más frecuentes que en el grupo control. En relación al componente genético de estos procesos, existen resultados que confirman una asociación genética del complejo mayor de histocompatibilidad (HLA) compartida por enfermedades mentales y varias patologías autoinmunes. Continuar la investigación entre las relaciones genéticas y los mecanismos fisiopatológicos comunes (por ejemplo autoanticuerpos específicos) de estas patologías parece necesaria a la hora de aportar mayor información sobre la compleja etiopatogenia esquizofrénica.

De forma experimental en pacientes con criterios clínicos de (Lupus Eritematoso Sistémico, LES) hemos decidido solicitar anticuerpos antinucleares (ANAS), anti-DNA y anti-ENA, y factores del complemento C3 y C4 bajo la supervision del Servicio de Enfermedades Autoinmunes de nuestro Centro, con la esperanza de identificar potenciales biomarcadores endofenotípicos e implementar nuestros protocolos terapéuticos de forma más eficiente. También solicitamos en este grupo de usuarios Citocinas: IL6, TNFalfa; bioomarcadores de actividad inflamatoria periférica: roteína C reactiva, enzima indolamina dioxigenasa (IDO); biomarcadores periféricos de lesión en el sistema nervioso central: proteína sérica S100B, enolasa neuronal, factor neurotrófico BDNF; marcadores del estado del eje hipotálamo-hipofiso-adrenal: cortisol, ACTH, prolactina, beta-endorfina; anticuerpos anti-receptor de glutamato (NMDA); anticuerpos anti triosa fosfato isomerasa; anticuerpos anti V alfa internexina; variante alélica del polimorfismo Val158Met del gen de la COMT; presencia de la variante alélica ApoE4.

Evaluación psiquiátrica: antecedentes familiares; exploración psicopatológica exhaustiva; psicobiografía; evaluación clínico-psicométrica (principales tests aplicados: entrevistas diagnósticas SCID I y II, escala de ajuste premórbido de Cannon-Spoor, PANSS, escala de estrés psicosocial, escala tipo Likert sobre consumo de tóxicos, escala de Fagerström (junto a niveles de cotinina en plasma), GAF, DAS-WHO, escala PSP de funcionalidad, CGI, escala Montgomery-Asberg de depresión, escala de manía de Young, escalas de efectos adversos (Simpson Angus, UKU, AIMS), escala de insight clínico SUMD); registro

farmacológico; utilización de servicios (asistencia a urgencias, hospitalizaciones); cumplimiento terapéutico (subjetivo y ocasionalmente estudio de niveles plasmáticos de fármacos); test fármaco-genético; etc.

El Protocolo recoge una serie de elementos comunes básicos, y otros (escalas, baterías psicométricas, intervenciones terapéuticas, biomarcadores) que se adaptan a los diferentes estudios e hipótesis de investigación que venimos testando a lo largo del tiempo en nuestra Unidad de PEP, y que redundan a posteriori en modificaciones del propio Protocolo asistencial (dimensión traslacional).

En cuanto a los tiempos de evaluación, se establecen de la siguiente forma:

La entrevista basal se efectúa por un psiquiatra del Programa dentro de las primeras 72 horas tras la derivación al mismo. Se firma el consentimiento informado, y se aplica el Protocolo diagnóstico y de despistaje de todo PEP.

A partir de este momento, una vez esbozado un diagnóstico de psicosis primaria, las consultas psiquiátricas son flexibles, en función de la demanda planteada, pudiendo ser semanales, quincenales o mensuales según la evolución. Se incluyen en las mismas y desde el principio a los familiares y/o cuidadores, respetando el derecho de todo usuario a la privacidad, a la confidencialidad así como a la información.

Inmediatamente se ponen en marcha los servicios administrativos y de enfermería para filiar al usuario.

Las consultas psicológicas comienzan, una vez lo establece el psiquiatra, por una evaluación neuropsicológica (seriada, una vez/año, durante los 5 años de seguimiento) cuando el paciente se encuentra suficientemente estabilizado y es capaz de colaborar desde el punto de vista clínico.

En función de las circunstancias y demandas / necesidades particulares, se arbitran abordajes psicoterapéuticos específicos: individuales, grupales, de pareja o familiares (CBT, motivación para el cambio, exposición a estímulos, control de contingencias, terapia conductual familiar y de pareja, etc.).

Se aplica un Programa de Psicoeducación de diseño propio, diferenciado (pacientes, familiares), con una periodicidad quincenal, estructurado en módulos de trabajo (síntomas, diagnóstico, pronóstico, fármacos, otras terapias, identificación de recaídas, tóxicos, recursos asistenciales, etc.).

Eventualmente aplicamos un programa de rehabilitación cognitiva (REHACOP®) en cuyo diseño y validación participamos desde su gestación (en la Facultad de Psicología de la Universidad de Deusto), y que se desarrolla en función de déficits específicos individuales detectados en los pacientes. Se trata de un programa que aplica principios SMART de la APA. Consta de 7+3 Módulos, que cubren todas las funciones cognitivas teóricamente deterioradas en PEP y esquizofrenia. Cada Módulo está jerarquizado por niveles de dificultad, y subtipos de procesos cognitivos. Conlleva una sección específica

en cada área para la generalización funcional de lo aprendido. Entre ejercicios y variantes caben 560 posibilidades por paciente. Destaca la flexibilidad del terapeuta de cambiar de área de rendimiento, o saltar de nivel en función de progresos. Permite una adaptación en el calendario del paciente, y se desarrolla en tandas de tres meses de duración, 3 días por semana, durante períodos de unos 90 minutos / sesión.

No obstante, en vista a los resultados obtenidos con el uso del REHACOP® en nuestro Centro, y ante el papel controvertido de la rehabilitación cognitiva formal en estos pacientes, su tamaño de efecto terapéutico y su estabilidad en el tiempo, el entusiasmo inicial observado al respecto con el paso del tiempo ha disminuido sustancialmente, y en el momento actual nos estamos planteando un cambio de estrategia que habilite la utilización de recursos rehabilitadores más flexibles, actualizados y eficientes.

Por último, cuando las circunstancias individuales así lo demandan (y realmente es un hecho frecuente) recurrimos al trabajador social y a los Servicios Sociales de zona (en el sentido más amplio del término), así como al terapeuta ocupacional y/o al dispositivo de Hospital de Día.

En cuanto al Protocolo psicométrico de evaluación de los pacientes, se adecúa periódicamente a los distintos plazos de los proyectos de investigación en que nos vemos inmersos. Como mínimo todas las pruebas recogidas se evalúan una vez al año en cada usuario durante su permanencia en el Programa.

La fase de evaluación / auditoría de los resultados obtenidos con nuestro Programa, así como de publicación de los mismos con vistas a difundirlos y compararlos con otros Programas de características similares, incluyen la recogida sistemática de una serie de indicadores que se recogen en la siguiente tabla:

principales indicadores...

- **Remisión (C) / Recuperación (F)**
- **Recaídas / Reingresos / Estancia media**
- **Utilización de servicios asistenciales**
- **Abandono del Programa**
- **Agresividad / Suicidio**
- **Coste / Efectividad de servicios**
  - Gasto farmacéutico
  - Gasto en otras modalidades terapéuticas
  - Gasto indirecto
  - ILTs Discapacidades
- **Expectativas / Eficiencia del Programa**
  - Reinserción laboral / social / familiar
  - Calidad de vida
  - Satisfacción: pacientes, familiares
- **Reuniones Equipo**
- **Investigación Traslación Docencia**

Para los criterios de remisión clínica y de recuperación funcional se aplican criterios estandarizados internacionales que se recogen en las siguientes tablas.

Los criterios sistematizados de Remisión Sintomática incluye una puntuación igual o menor a 3 puntos en 8 ítems de la escala PANSS durante un período de tiempo no inferior a 6 meses. Dichos ítems son: ideas delirantes; contenidos inusuales del pensamiento; conducta alucinatoria; desorganización conceptual; manierismos; afecto aplanado; retraimiento social; falta de espontaneidad en discurso y conducta.

Los criterios sistematizados de Recuperación Funcional propuestos por Liberman incluyen: puntuación en la escala BPRS de psicopatología de igual o menor a 4 puntos en todos los ítems de síntomas psicóticos positivos y negativos; trabajo o estudios cuando menos a tiempo parcial; administración independiente de las finanzas y de la medicación; al menos una vez a la semana socializar con compañeros; todos los ítems deben cumplirse durante un período de tiempo no inferior a dos años.

Diversidad de Criterios de REMISIÓN SINTOMÁTICA

		Proposed Remission Criteria Items					
		Scale for Assessment of Positive Symptoms (SAPS) and Scale for Assessment of Negative Symptoms (SANS) Items		Positive and Negative Syndrome Scale Items		Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) Items	
Dimension of Psychopathology	DSM-IV Criterion	Criterion	Global Rating Item Number	Criterion	Item Number	Criterion[b]	Item Number
Psychoticism (reality distortion)	Delusions	Delusions (SAPS)	20	Delusions	P1	Grandiosity	8
						Suspiciousness	11
				Unusual thought content	G9	Unusual thought content	15
	Hallucinations	Hallucinations (SAPS)	7	Hallucinatory behavior	P3	Hallucinatory behavior	12
Disorganization	Disorganized speech	Positive formal thought disorder (SAPS)	34	Conceptual disorganization	P2	Conceptual disorganization	4
	Grossly disorganized or catatonic behavior	Bizarre behavior (SAPS)	25	Mannerisms/ posturing	G5	Mannerisms/ posturing	7
Negative symptoms (psychomotor poverty)	Negative symptoms	Affective flattening (SANS)	7	Blunted affect	N1	Blunted affect	16
		Avolition-apathy (SANS)	17	Social withdrawal	N4	No clearly related symptom	
		Anhedonia-asociality (SANS)	22				
		Alogia (SANS)	13	Lack of spontaneity	N6	No clearly related symptom	

Andreasen NC et al., Am. J. Psychiat.,2005; VanOs J.et al., Acta Psych. Scand., 2006.

Diversidad de Criterios de RECUPERACIÓN

Algunos criterios publicados para la **recuperación** de la esquizofrenia
(más de **18 definiciones de recuperación**, **Farden A et al. Psychopathol. 2008; 41:271-278.**)

	Estudio			
Variable	Harding et al., 1987	Liberman et al., 2002	Torgalsboen et al., 1987	Whitehorn et al., 2002
Psicopatología	Sin síntomas y no tomando medicación psicotrópica	Puntuación BPRS de 4 o menor en todos los items positivos y negativos[a]	Sin hospitalización psiquiátrica durante 5 años	Puntuación PANSS de 4 o menor en todas las escalas[b]
Funcionamiento psicosocial	Vida social indistinguible de la de sus vecinos: trabajo remunerado o voluntario	Al menos trabajo o estudios a tiempo parcial: administración independiente de los fondos y medicaciones: una vez a la semana socializados con compañeros.	Puntuación GAF de más de 65[c]	Puntuación GAF de más de 50[c]
Duración	Sin listar	Dos años	Cinco años	Dos años

[a] Brief Psychiatric Rating Scale. Rango de puntuaciones de 24-168, mayor puntuación indica mayores síntomas.
[b] Positive and Negative Syndrome Scale. Rango de puntuaciones de 30-210, mayor puntuación indica mayores síntomas.

Liberman & Kopelowicz, 2005.

El Programa CRŲPEP debe someterse periódicamente a una evaluación / auditoría de los resultados obtenidos, que debe reflejarse en forma de publicaciones científicas como paradigma a seguir (o a no seguir). Se deben recoger una serie de indicadores de eficacia / eficiencia de cada modelo de intervención, y compararlos abiertamente con otros modelos alternativos basados en distintas filosofías asistenciales, con vistas a extraer conclusiones sólidas al respecto.

Entre ellos:

Criterios de Remisión Clínica y de Recuperación Funcional [Anual]

Evaluación de Recaídas. Tasa de Reingresos. Estancia media [Anual]

Utilización de Servicios Asistenciales [Anual]

Tasa de abandono del Programa [Anual]

Indicadores de Agresividad. Tasa de Suicidio [Anual]

Coste / Efectividad de Servicios: [Anual]

- Gasto farmacéutico
- Gasto en otras modalidades terapéuticas
- Gasto indirecto
- ILTs - Discapacidades

Expectativas / Eficiencia del Programa [Anual]

- Reinserción laboral / social / familiar (evaluación anual con trabajadora social).
- Calidad de vida (cuestionario calidad de vida, anual)
- Satisfacción: pacientes, familiares (encuesta anual; feedback extraído de las entrevistas clínicas).

Reuniones de Equipo.

- Una reunión semanal del equipo del Programa CRŲPEP: psicóloga, neuropsicólogas y psiquiatras.

- Una reunión mensual que incluye además a la enfermera.

- Una reunión trimestral con la trabajadora social, a la que acuden los psiquiatras y la psicóloga.

- Una reunión semestral-anual de los psiquiatras del Programa con psiquiatras representantes de los CSMs de la OSI para compartir información y planning de posibles derivaciones al Programa.

- Una reunión semestral-anual de los psiquiatras del Programa con representantes médicos de los Centros de Atención Primaria.

- Una reunión semestral-anual de los psiquiatras del Programa con representantes psiquiatras de las USMIJs de la OSI.

- Una reunión anual de los psiquiatras, la psicóloga, y la trabajadora social del Programa con asociaciones de usuarios y de familiares o cuidadores. Habitualmente la reunión se produce en la sede de AVIFES (Asociación Vizcaína de Familiares y Enfermos Psíquicos).

Indicadores de Investigación - Traslación – Docencia [Memoria Anual de Actividad; memoria anual de BioCruces HRi; memoria anual CIBERSAM]

Atendiendo al protocolo específico de evaluación cognitiva aplicado, recogemos una propuesta estándar (una matriz común), si bien se trata de un protocolo flexible, en función de las expectativas coyunturales y las necesidades de cada paciente, así como de cada momento (protocolos particulares de investigación).

7. Conclusiones.

Estamos inmersos en tiempos difíciles, y pese a la ilusión y esfuerzo de nuestro joven equipo sabemos que el camino está sembrado de obstáculos. En un ejercicio de autoanálisis del Programa CRUPEP sometimos nuestro cometido a una Matriz DAFO en la que participamos todos los miembros del equipo multidisciplinar y de la que dedujeron los siguientes resultados:

Debilidades:

Saturación Asistencial del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Cruces.

Dependencia notable de financiación externa para mantener contratos de neuropsicología.

Inestabilidad laboral de la plantilla “motivable”

Amenazas:

Indefinición y duplicidad de la estructura jerárquica asistencial de la psiquiatría en el País Vasco, con dos redes paralelas, una extra y otra intrahospitalaria funcionando como compartimentos estanco y en ocasiones enfrentados.

Instauración de un Programa asistencial (LEHENAK) sobre PEPs en la Red de Salud Mental Extrahospitalaria con una dimensión netamente asistencial.

Fortalezas:

Participar de la estructura de un Hospital Universitario con un Instituto de Investigación Biosanitaria propio (BioCruces HRi).

Participar de redes colaborativas de investigación en PEPs (CIBERSAM)

Ser un Centro referencia en el abordaje e investigación de los PEPs consolidado.

Existencia de un hábito y cultura de investigación.

Acceso más fácil a una financiación mixta (industria farmacéutica, industria biotecnológica, becas de investigación nacionales e internacionales, etc.)

Oportunidades:

Ampliación del Servicio en 2017, con 15 camas más y ampliación / consolidación / renovación de la plantilla.

Posible reorganización jerárquica de la Red de Salud Mental Extrahospitalaria integrada en estructuras de dirección Hospitalarias.

Posibilidad de ampliar la colaboraciones externas con otros Servicios del Hospital y con otros Centros nacionales e internacionales.

Tras la puntuación y representación gráfica de nuestra Matriz DAFO llegamos a un resultado de centralidad ubicado dentro del espacio de ilusión, que da pie a fortalecer ciertas debilidades de nuestra estructura organizativa motivando en base a una perspectiva de ampliación de recursos futura a los miembros del Programa y del Servicio. Está claro que hemos de centrarnos en el desarrollo y fortalecimiento de la línea fundacional del Programa CRUPEP, ampliando nuestras alianzas externas e internas, y fomentando nuevas alianzas. Y por último debemos priorizar el desarrollo de aquellas estrategias adaptativas que permitan la consecución de nuestra misión y de nuestra visión.

8. Bibliografía recomendada.

Segarra R. Antecedentes históricos y marco conceptual actual. En Segarra R. Abordaje integral de las fases iniciales de las psicosis. Una visión crítica. 2014. Ed. Médica Panamericana. Madrid. ISBN 978-84-9835-797-4. Págs. 1-22.

Segarra R, Crego M, García JM. Incidencia, prevalencia, estabilidad diagnóstica e impacto sociosanitario de los primeros episodios de psicosis. En Segarra R. Abordaje integral de las fases iniciales de las psicosis. Una visión crítica. 2014. Ed. Médica Panamericana. Madrid. ISBN 978-84-9835-797-4. Págs. 23-30.

Segarra R, Delarze L. El pródromos y su tratamiento. Estadiaje de las psicosis. Aproximaciones dimensionales sintomáticas sobre las mismas. En Segarra R. Abordaje integral de las fases iniciales de las psicosis. Una visión crítica. 2014. Ed. Médica Panamericana. Madrid. ISBN 978-84-9835-797-4. Págs. 49-64.

Segarra R. Abordaje diagnóstico. En Segarra R. Abordaje integral de las fases iniciales de las psicosis. Una visión crítica. 2014. Ed. Médica Panamericana. Madrid. ISBN 978-84-9835-797-4. Págs. 83-93.

Protocolo clínico de intervención sobre un primer episodio psicótico. Programa CRUPEP. En Segarra R. Abordaje integral de las fases iniciales de las psicosis. Una visión crítica. 2014. Ed. Médica Panamericana. Madrid. ISBN 978-84-9835-797-4. Págs. 94-104.

Segarra R, Arrillaga A, Mentxaka O. Cuándo, cómo, y cuánto tiempo se debe tratar farmacológicamente un primer episodio psicótico. En Segarra R. Abordaje integral de las fases iniciales de las psicosis. Una visión crítica. 2014. Ed. Médica Panamericana. Madrid. ISBN 978-84-9835-797-4. Págs. 119-126.

Segarra R. Utilización de antipsicóticos inyectables atípicos de larga duración desde el primer episodio psicótico. En Segarra R. Abordaje integral de las fases iniciales de las psicosis. Una visión crítica. 2014. Ed. Médica Panamericana. Madrid. ISBN 978-84-9835-797-4. Págs. 127-137.

Segarra R, Eguíluz I, Gutiérrez M. Curso evolutivo y pronóstico de los primeros episodios psicóticos del espectro esquizofrénico. En Segarra R. Abordaje integral de las fases iniciales de las psicosis. Una visión crítica. 2014. Ed. Médica Panamericana. Madrid. ISBN 978-84-9835-797-4. Págs. 175-194.

García J, Pérez I. Etiopatogenia de los primeros episodios psicóticos. En Segarra R. Abordaje integral de las fases iniciales de las psicosis. Una visión crítica. 2014. Ed. Médica Panamericana. Madrid. ISBN 978-84-9835-797-4. Págs. 31-48.

Portero G. Aspectos jurídicos en el abordaje de los primeros episodios psicóticos. En Segarra R. Abordaje integral de las fases iniciales de las psicosis. Una visión crítica. 2014. Ed. Médica Panamericana. Madrid. ISBN 978-84-9835-797-4. Págs. 241-261.