

# EFFECTIVIDAD DE LAS UNIDADES DE PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS (PEP)



José Antonio Monreal  
Meritxell Tost, Javier Labad

Salut Mental Parc Taulí  
Universitat Autònoma de Barcelona

[jmonreal@tauli.cat](mailto:jmonreal@tauli.cat)

# Índice

Efectividad Programas PEP internacionales

Programa TEIP3 del Parc Taulí

# Duración de psicosis no tratada (DUP) y peor pronóstico en esquizofrenia



Acta psychiat. scand. (1975) 52, 49–57

Psychiatric and Neurological Department (Head: Professor G. Huber), Lübeck University of Medicine, Lübeck, West Germany

## A LONG-TERM FOLLOW-UP STUDY OF SCHIZOPHRENIA: PSYCHIATRIC COURSE OF ILLNESS AND PROGNOSIS

G. HUBER, G. GROSS AND R. SCHÜTTLER

"...low intelligence, abnormal primary personality, premorbid disturbances in social behavior, broken homes, **prolonged prodromal stages**, pneumoencephalographically measurable atrophic or dysplastic changes in the brain ventricles as well as somatic and auditory hallucinations and predominance of hebephrenic symptoms at the onset of the illness tended to **lead to an unfavorable prognosis.**"

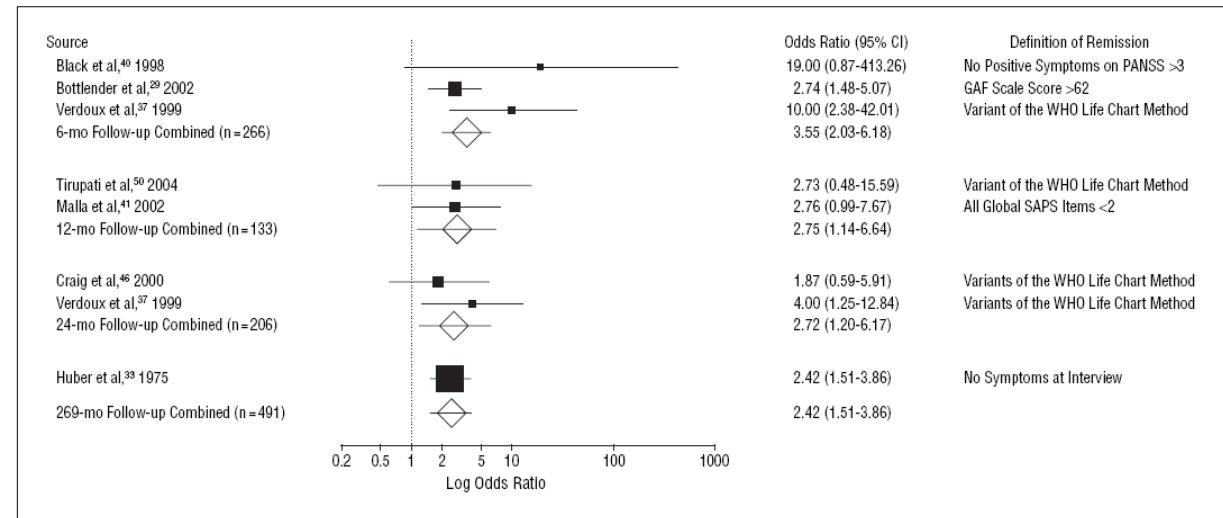
### ORIGINAL ARTICLE

## Association Between Duration of Untreated Psychosis and Outcome in Cohorts of First-Episode Patients

### A Systematic Review

Max Marshall, MD; Shon Lewis, MD; Austin Lockwood, RMN; Richard Drake, PhD; Peter Jones, PhD; Tim Croudace, PhD

Arch Gen Psychiatry. 2005;62:975-983



**Figure 2.** Odds of no remission in the long vs short duration of untreated psychosis (DUP) groups. An odds ratio greater than 1 indicates that individuals in the long DUP group were more likely not to be in remission at the follow-up point. CI indicates confidence interval; PANSS, Positive and Negative Syndrome Scale; GAF, Global Assessment of Functioning; WHO, World Health Organization; and SAPS, Scale for the Assessment of Positive Symptoms. Squares indicate the size of the contribution to the study of the summary odds ratio (diamonds).

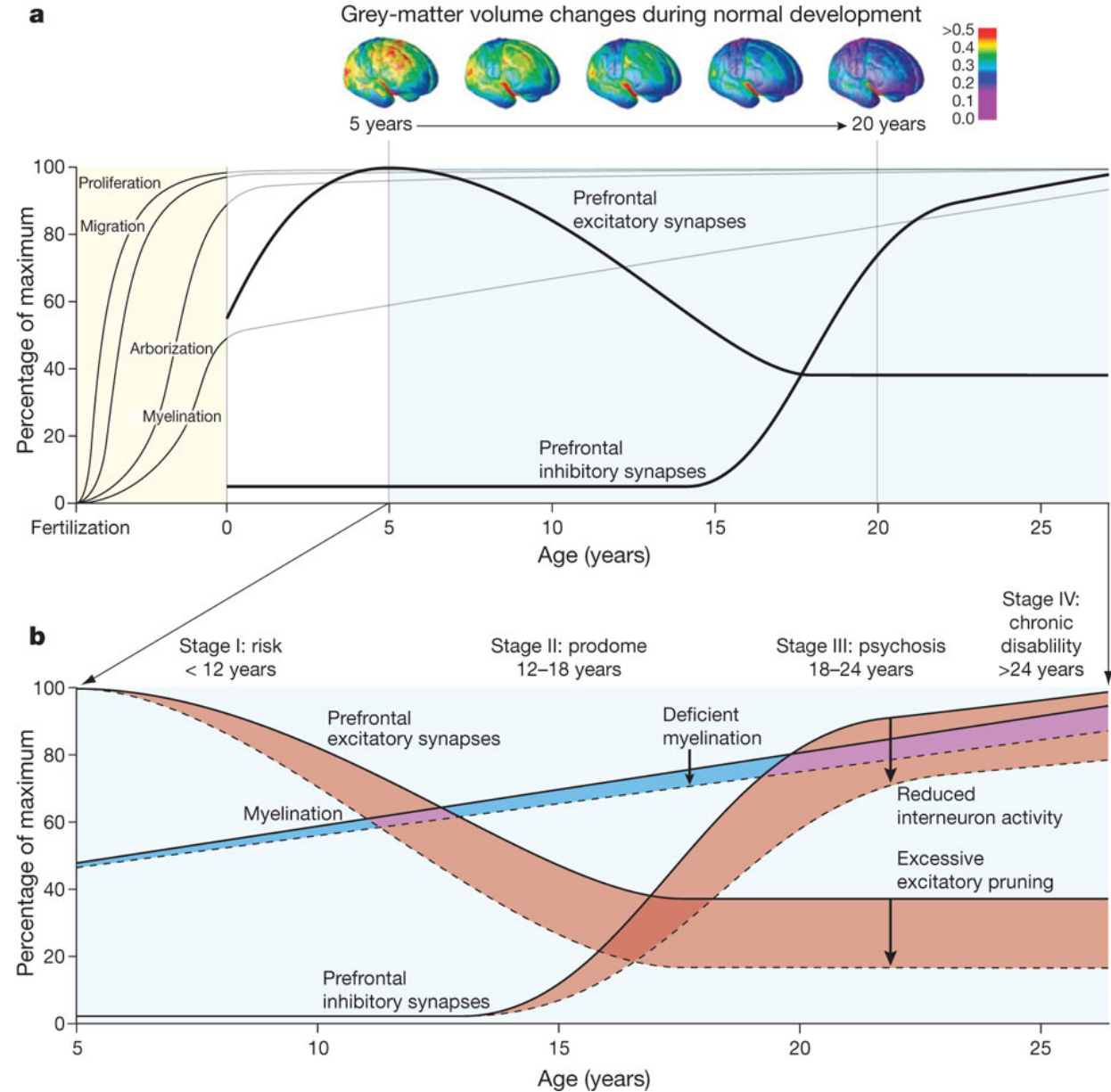
## Rethinking schizophrenia

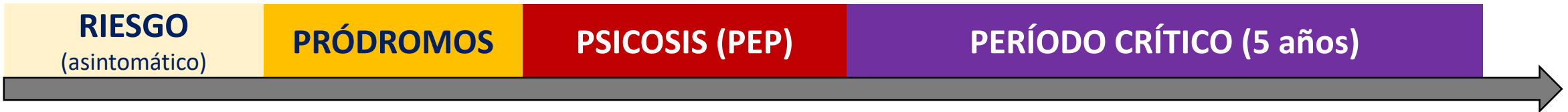
Thomas R. Insel<sup>1</sup>



### OPORTUNIDAD PARA EL CAMBIO

Planteamiento de los trastornos psicóticos y esquizofrenia como estadios de una enfermedad del desarrollo potencialmente prevenibles.





**EIP-UHR**

**PROGRAMAS PEP**

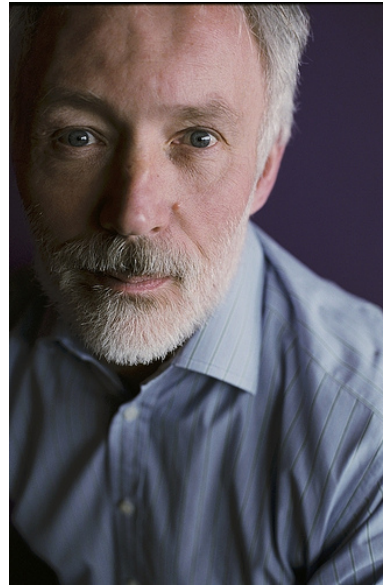


	<b>Equipos de Intervención Precoz (EIP) en UHR</b>	<b>Programas de Primeros Episodios Psicóticos (PEP)</b>
Población de estudio	EMAR	PEP (EMAR, Período crítico)
Objetivos "ideales"	Evitar el desarrollo de psicosis	Evitar la recaída psicótica
Objetivos realistas	Acortar la DUP Mejorar insight sobre factores de riesgo de psicosis Recuperación funcional	Aumentar el tiempo hasta la recaída (2º episodio) Recuperación funcional Mejorar insight sobre enfermedad y factores recaída

# IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS PEP A NIVEL MUNDIAL

1980's-

Australia



 **EPPIC**

Early Psychosis Prevention and Intervention Centre

**Atención  
focalizada en  
población joven**

**Abordaje  
multidisciplinar**



1990's-

Implementación en otros países, especialmente Europa  
Destacan equipos en Reino Unido que se globalizan en todo el territorio  
Evidencia con proyectos randomizados (OPUS, LEO) o cuasi-  
experimentales (TIPS)

2000-

Globalización de Programas PEP  
Creación de equipos específicos en España  
NIMH RAISE

# EPPIC: An Evolving System of Early Detection and Optimal Management

305

*Schizophrenia Bulletin* 1996; 22 (2)

by *Patrick D. McGorry, Jane Edwards, Cathrine Mihalopoulos, Susan M. Harrigan, and Henry J. Jackson*

La intervención precoz en psicosis se acompaña de un mejor pronóstico funcional a corto plazo

**Table 5. Process, symptomatic, and functional outcome variables during first 12 months of treatment**

Variable	Pre-EPPIC	EPPIC	<i>p</i>
Frequency of admission			
0	0 (0.0%)	8 (15.7%)	
1-2	42 (82.4%)	39 (76.5%)	< 0.01
> 3	9 (17.6%)	4 (7.8%)	
Inpatient bed days			
Total	79.5 (61.6)	42.0 (31.3)	< 0.001
Excluding first admission	25.4 (45.1)	9.6 (20.3)	0.026
Neuroleptic dosage in chlorpromazine equivalents			
Maximum initial dosage	776.9 (640.7)	354.0 (217.6)	< 0.001
Cases on neuroleptics only			
On discharge	398.9 (266.8)	267.2 (179.0)	0.016
At 3/6 months	346.4 (266.9)	235.0 (133.6)	0.058
At 12 months	388.7 (295.6)	215.7 (143.3)	0.012
All cases			
On discharge	350.3 (282.4)	253.5 (184.2)	0.072
At 3/6 months	247.4 (274.8)	117.5 (151.2)	0.010
At 12 months	306.3 (307.1)	122.4 (152.1)	0.003
BPRS			
Entry	25.5 (7.5)	27.5 (8.1)	NS
Recovery	9.8 (6.1)	11.5 (5.6)	NS
3/6 months	11.2 (6.9)	8.1 (6.0)	0.031
12 months	11.4 (9.0)	10.7 (6.4)	NS
SANS			
Entry	29.7 (19.2)	34.5 (24.5)	NS
Recovery	15.3 (15.7)	26.5 (20.6)	0.003
3/6 months	27.1 (17.9)	17.7 (18.5)	0.024
12 months	27.8 (21.6)	18.8 (18.1)	NS
QLS			
Entry	—	—	
Recovery	—	—	
3/6 months	66.0 (21.9)	82.7 (24.2)	< 0.001
12 months	68.8 (27.3)	84.7 (22.6)	0.009

*Note.*—EPPIC = Early Psychosis Prevention and Intervention Centre. Values are mean (standard deviation). BPRS = Brief Psychiatric Rating Scale (Overall and Gorham 1962); SANS = Scale for the Assessment of Negative Symptoms (Andreasen 1982); QLS = Quality of Life Scale (Heinrichs et al. 1984). NS = not significant.

# PROYECTO OPUS

N=275

## Ten-Year Follow-up of the OPUS Specialized Early Intervention Trial for Patients With a First Episode of Psychosis

Rikke Gry Secher<sup>1</sup>, Carsten Rygaard Hjorthøj<sup>\*1,2</sup>, Stephen F. Austin<sup>3</sup>, Anne Thorup<sup>1,2</sup>, Pia Jeppesen<sup>4</sup>, Ole Mors<sup>2,5</sup>, and Merete Nordentoft<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Mental Health Center Copenhagen, Copenhagen University Hospital, Copenhagen, Denmark; <sup>2</sup>The Lundbeck Foundation Initiative for Integrative Psychiatric Research, iPsych, Aarhus, Denmark; <sup>3</sup>Mental Health Center North Zealand, Copenhagen University Hospital, Copenhagen, Denmark; <sup>4</sup>Child & Adolescent Mental Health Center, Copenhagen University Hospital, Glostrup, Denmark; <sup>5</sup>Research Department P, Aarhus University Hospital, Risskov, Denmark

Copenhague y Aarhus  
Marzo 1998-Diciembre 2000

### Criterios inclusion

Edad 18-45

Diagnóstico espectro

esquizofrenia (CIE-10: F2X.X)

Como máximo 12 semanas de  
tx antipsicótico



N=547

### TRATAMIENTO OPUS – 2 años

Centros y equipos específicos PEP

Tratamiento asertivo comunitario

Case mánager, carga 10:1

Equipo multidisciplinar: enfermería, T. Social,

Psicología, PSQ, terapia ocupacional.

Grupos multifamiliares (18 meses, mensual)

Entrenamiento en habilidades sociales y  
psicoeducación

### TRATAMIENTO ESTÁNDAR - indefinido

Centro de salud mental

Carga habitual 25:1

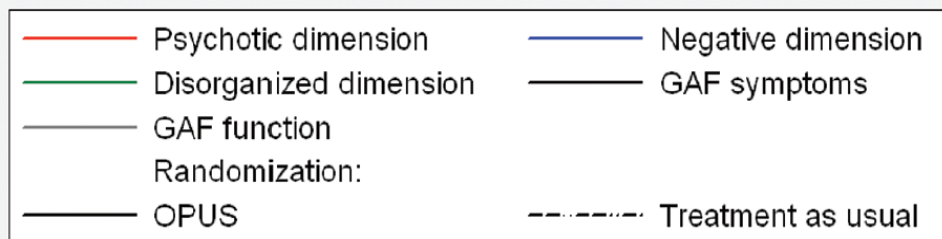
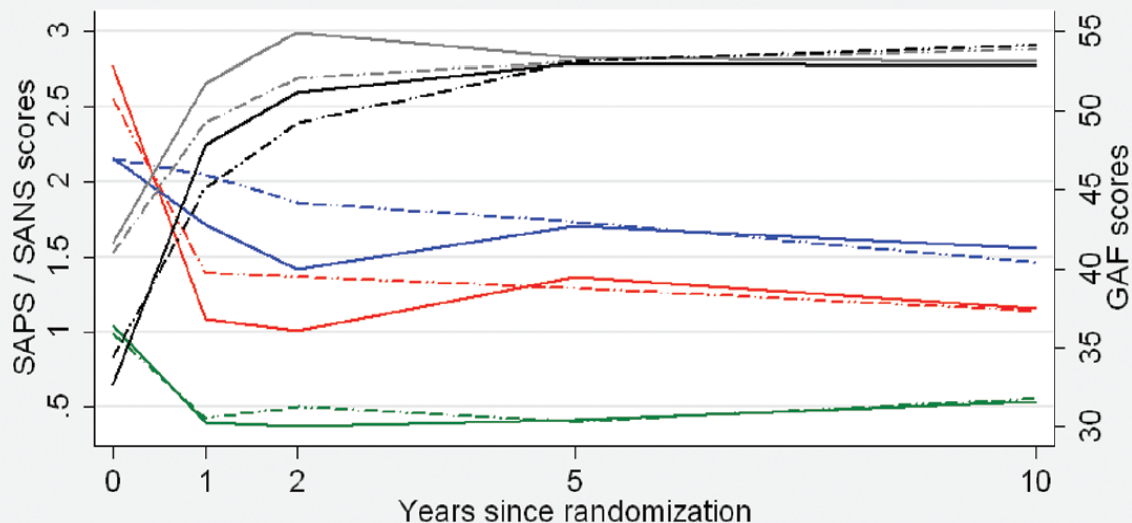
Seguimiento enfermería mensual, PSQ control  
medicación

Acceso a T.Social por consulta

N=272

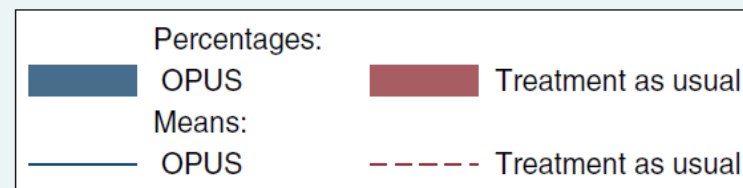
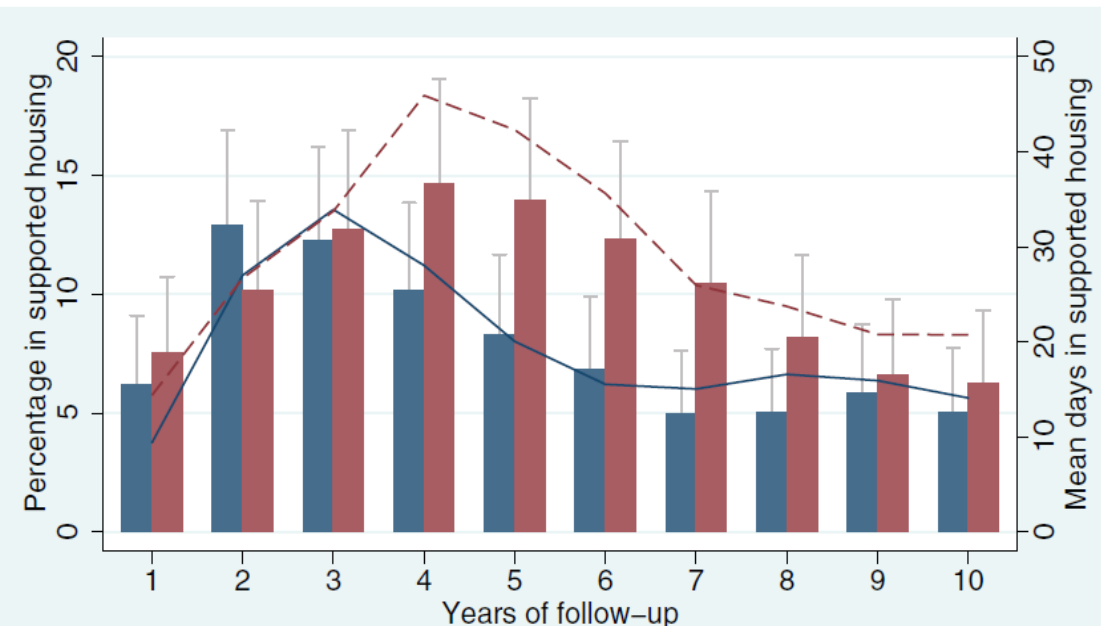


# PROYECTO OPUS – RESULTADOS 10 AÑOS



SANS / SANS: Scale for the Assessment of Positive / Negative Symptoms  
 GAF: Global Assessment of Functioning scale

Diferencias significativas a favor del OPUS a los 2 años (no a 5 y 10 años):  
 Síntomas psicóticos positivos, desorganizados, negativos y funcionalidad



Menor uso de viviendas protegidas en grupo OPUS (hasta los 6 años)

# LAMBETH EARLY ONSET (LEO)

## The Lambeth Early Onset (LEO) Team: randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis

Tom K J Craig, Philippa Garety, Paddy Power, Nikola Rahaman, Susannah Colbert, Miriam Fornells-Ambrojo, Graham Dunn

Cite this article as: *BMJ*, doi:10.1136/bmj.38246.594873.7C (published 14 October 2004)

### What this study adds

Patients receiving specialised care for early psychosis maintained better contact with services and had fewer readmissions to hospital than patients receiving standard care

Potentially eligible patients (n=319)

Excluded (n=175)  
Not resident in Lambeth, too old or too young (n=38)  
Did not meet diagnostic criteria (n=90)  
Already engaged with services (n=35)  
Lost before confirmed (n=12)

Patients randomised (n=144)

Allocated to early intervention service (n=71)

Allocated to standard care (n=73)

Notes missing or lost to follow up (n=2)

Notes missing or lost to follow up (n=6)

Number of patients who relapsed or were readmitted to hospital (n=69)

Number of patients who relapsed or were readmitted to hospital (n=67)

**Table 2** Contact with mental health services and uptake of treatment over 18 months for patients receiving care for early psychosis. Values are numbers (percentages) of patients unless stated otherwise

Variable	Specialised care group (n=71)	Standard care group (n=73)	Odds ratio (95% CI)
In contact with index team	54 (76)	43 (59)	2.4 (1.2 to 4.9)
In contact with any mental health service	60 (85)	46 (63)	2.9 (1.2 to 6.7)
Psychosocial treatment:			
Psychological interventions	39 (55)	20 (27)	3.2 (1.6 to 6.5)
Family interventions	40 (56)	17 (33)	4.3 (2.1 to 8.7)
Vocational interventions	36 (51)	17 (23)	3.4 (1.6 to 6.9)
Uptake of intervention:			
One	18 (25)	34 (47)	—
Two	29 (41)	6 (8)	—
All	13 (18)	2 (3)	—

**Table 3** Primary outcome measures for patients receiving specialised care or standard care for early psychosis. Values are numbers (percentages) of patients unless stated otherwise

Outcome	Specialised care group	Standard care group	Regression coefficient or odds ratio (95% CI)	P value	Adjusted regression coefficient or odds ratio (95% CI)*	P value
Full or partial recovery at 18 months	55/66 (83)	43/65 (66)	0.41 (0.18 to 0.94)	0.035	0.46 (0.19 to 1.12)	0.087
Recovery (full or partial)	61/69 (90)	61/67 (91)	1.15 (0.36 to 3.61)	0.814	1.76 (0.51 to 6.09)	0.371
Relapse (full or partial)†	18/61 (30)	29/61 (48)	0.46 (0.21 to 0.97)	0.042	0.55 (0.24 to 1.26)	0.157
Any readmission‡	23/69 (33)	33/67 (51)	0.48 (0.24 to 0.97)	0.041	0.53 (0.26 to 1.12)	0.095
Mean (SD) No of readmissions	0.4 (0.7)	0.8 (1.0)	0.39 (0.10 to 0.68)	0.010	0.36 (0.04 to 0.66)	0.030
Mean (SD) No of bed days in follow up	35.5 (78.9)	54.9 (93.6)	19.4 (-10.6 to 48.6)	0.197	20.7 (-10.9 to 55.8)	

\*Adjusted for sex, past episode, and ethnicity.

†Excludes those who never recovered.

‡Regardless of whether initially recovered.

# THE TREATMENT AND INTERVENTION IN PSYCHOSIS (TIPS)

## Long-Term Follow-Up of the TIPS Early Detection in Psychosis Study: Effects on 10-Year Outcome

Wenche ten Velden Hegelstad, M.Sc.

Tor K. Larsen, M.D., Ph.D.

Bjørn Auestad, Ph.D.

Julie Evensen, M.D.

Ulrik Haahr, M.D.

Inge Joa, Ph.D.

Jan O. Johannesen, M.D., Ph.D.

Johannes Langeveld, Ph.D.

Ingrid Melle, M.D., Ph.D.

Stein Opjordsmoen, M.D., Ph.D.

Jan Ivar Rossberg, M.D., Ph.D.

Bjørn Rishovd Rund, Ph.D.

Erik Simonsen, M.D., Ph.D.

Kjetil Sundet, Ph.D.

Per Vaglum, M.D., Ph.D.

Svein Friis, M.D., Ph.D.

Thomas McGlashan, M.D.

### Detección precoz

2 sectores de Rogaland (Noruega)

Población referencia: 370.000

Tratamiento especializado 2 años incluyendo psicoterapia de apoyo y psicoeducación multifamiliar

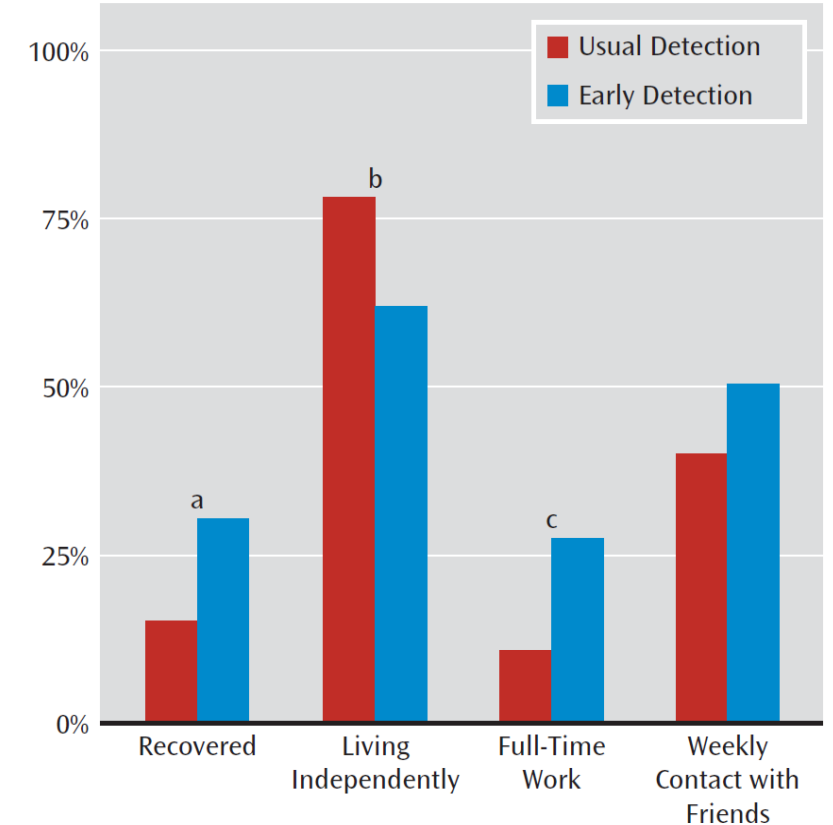
### Detección usual

2 sectores de Oslo (Noruega) y Roskilde (Dinamarca)

Población referencia: 295.000

**Mejoría en el pronóstico funcional a los 10 años en el grupo de intervención precoz**

FIGURE 2. Functional Outcome and Recovery in a 10-Year Follow-Up Study of Early Detection in Psychosis



<sup>a</sup> Early-detection compared with usual-detection odds ratio=2.5, 95% CI=1.2–5.4,  $p=0.017$ .

<sup>b</sup> Early-detection compared with usual-detection odds ratio=0.5, 95% CI=0.2–0.9,  $p=0.027$  (corrected  $\alpha=0.017$ ).

<sup>c</sup> Early-detection compared with usual-detection odds ratio=3.1, 95% CI=1.3–7.3,  $p=0.007$  (corrected  $\alpha=0.017$ ).

## Early detection and integrated care for adolescents and young adults with psychotic disorders: the ACCESS III study

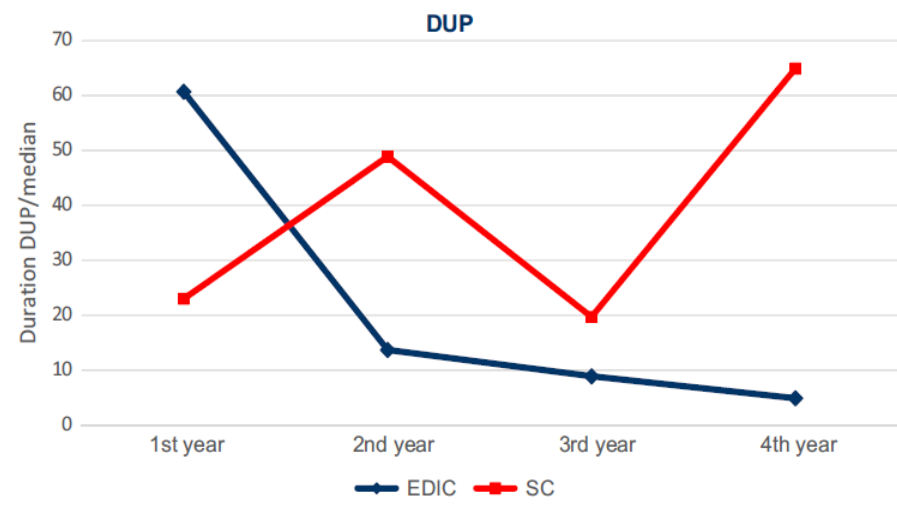
M. Lambert<sup>1,\*</sup>, D. Schöttle<sup>1,\*</sup> ,  
F. Ruppelt<sup>1</sup>, A. Rohenkohl<sup>1</sup>,  
M. Sengutta<sup>1</sup>, D. Luedecke<sup>1,2</sup>,  
L. A. Nawara<sup>1</sup>, B. Galling<sup>3</sup>,  
A.-L. Falk<sup>1</sup>, L. Wittmann<sup>1</sup>,  
V. Niehaus<sup>1</sup>, G. Sarikaya<sup>1</sup>,  
L. Rietschel<sup>4</sup>, C. Gager<sup>5</sup>,  
M. Schulte-Markwort<sup>2</sup>,  
H.-P. Unger<sup>6</sup>, S. Ott<sup>7</sup>, G. Romer<sup>8</sup>,  
A. Daubmann<sup>9</sup>, K. Wegscheider<sup>9</sup>,  
C. U. Correll<sup>3</sup>,  
B. G. Schimmelmann<sup>2,4</sup>,  
K. Wiedemann<sup>1</sup>, T. Bock<sup>1</sup>,  
J. Gallinat<sup>1</sup>, A. Karow<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Psychosis Centre, Department of Psychiatry and Psychotherapy, Centre for Psychosocial Medicine, University Medical Center Hamburg-Eppendorf (UKE),



### MODELO ACCESS

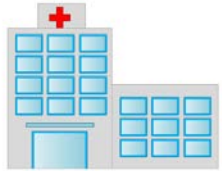
Modelo integrado de atención en PEPs (EDIC)  
 Área 300.000 habitantes (Hamburgo)  
 Máxima carga (FTE): 15-25  
 Equipo multidisciplinar: PSQ, Psicología, Enf, TS  
 Case manager, tratamiento domicilio, psicoterapia (I/G), psicoeducación, farmacoterapia, TS  
 12-29 años, Psicosis no afectivas y afectivas  
 Criterio de gravedad por BPRS



- ### Significant outcomes
- Offering early detection plus integrated care to young patients with psychotic disorders led to a significant higher rates of a combined symptomatic and functional remission compared to treatment in standard care and a better outcome after 1 year of treatment.
  - Remission was predicted by EDIC (OR = 6.8,  $P < 0.001$ ), while younger age predicted non-remission (OR = 1.1,  $P = 0.038$ )
  - Although no direct causal relationship to certain interventions can be drawn, in our opinion, the clinically meaningful effects were mainly related to the highly intensive and need-adapted integrated care interventions

# RAISE

Iniciativa NIMH: Recovery After an Initial Schizophrenia Episode (RAISE)



34 centros de salud mental en USA



PROGRAMA NAVIGATE

ATENCIÓN ESTÁNDAR

## NAVIGATE

Manejo tx farmacológico personalizado  
 Psicoeducación familiar  
 Terapia individual focalizada en la resiliencia  
 Soporte al trabajo y educación



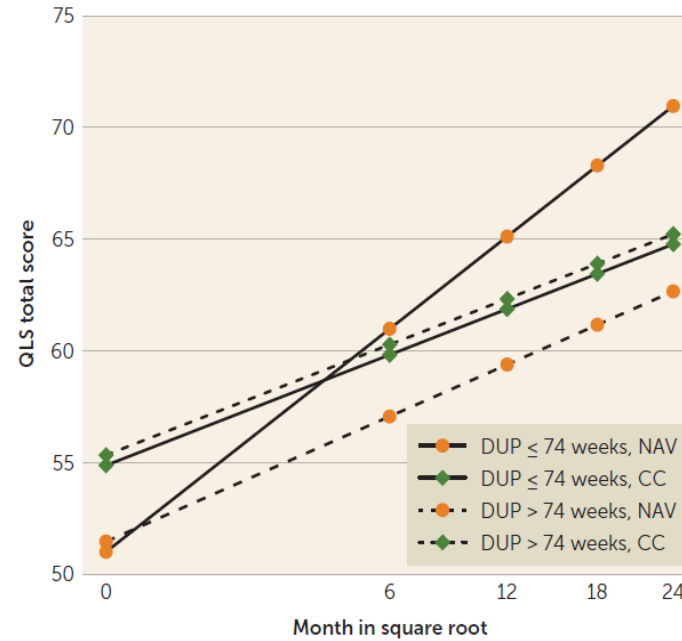
404 PEPs (Psicosis no afectivas)  
 15-40 años

# Comprehensive Versus Usual Community Care for First-Episode Psychosis: 2-Year Outcomes From the NIMH RAISE Early Treatment Program

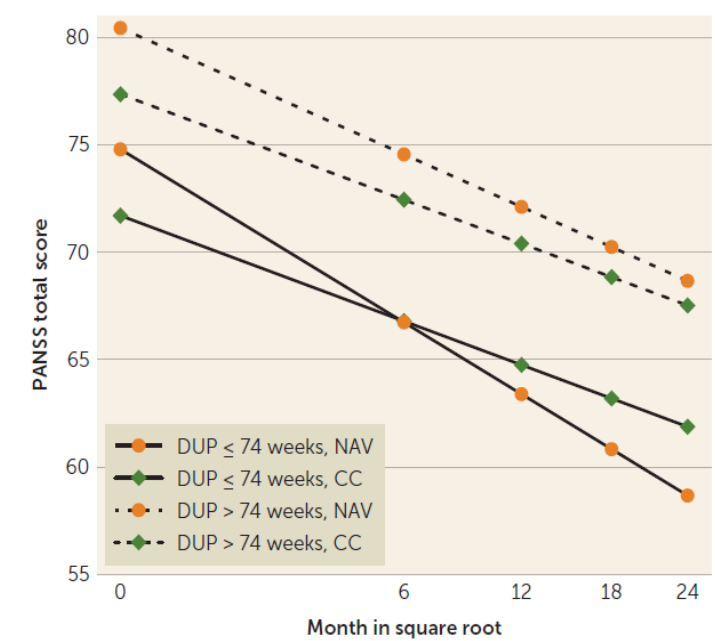
John M. Kane, M.D., Delbert G. Robinson, M.D., Nina R. Schooler, Ph.D., Kim T. Mueser, Ph.D., David L. Penn, Ph.D., Robert A. Rosenheck, M.D., Jean Addington, Ph.D., Mary F. Brunette, M.D., Christoph U. Correll, M.D., Sue E. Estroff, Ph.D., Patricia Marcy, B.S.N., James Robinson, M.Ed., Piper S. Meyer-Kalos, Ph.D., L.P., Jennifer D. Gottlieb, Ph.D., Shirley M. Glynn, Ph.D., David W. Lynde, M.S.W., Ronny Pipes, M.A., L.P.C.-S., Benji T. Kurian, M.D., M.P.H., Alexander L. Miller, M.D., Susan T. Azrin, Ph.D., Amy B. Goldstein, Ph.D., Joanne B. Severe, M.S., Haiqun Lin, M.D., Ph.D., Kyaw J. Sint, M.P.H., Majnu John, Ph.D., Robert K. Heinssen, Ph.D., A.B.P.P.

FIGURE 3. Heinrichs-Carpenter Quality of Life (QLS) Total Score and PANSS Total Score: Effects of Shorter or Longer Duration of Untreated Psychosis (DUP) Based on a Model With Square Root Transformation of Months<sup>a</sup>

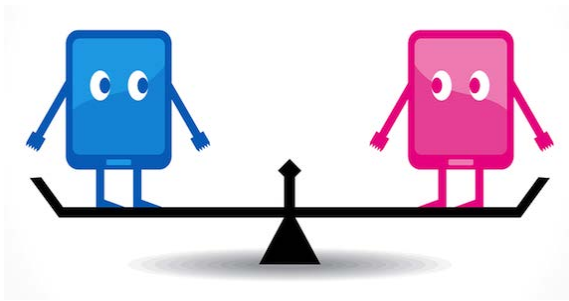
A. QLS total score<sup>b</sup>



B. PANSS total score<sup>c</sup>



La implementación de un programa específico en PEPs mejora el pronóstico clínico y funcional, especialmente si DUP es menor



## ¿SON TODOS LOS PROGRAMAS PEP COMPARABLES?

### ELEMENTOS COMUNES

- Modelo asertivo comunitario
- Rápida accesibilidad
- Equipos multidisciplinarios
- Ratios FTE (Full Team Equivalent) bajos por casos atendidos
- Psicoterapia de apoyo
- Psicoeducación y habilidades sociales
- Trabajo con familias

### ELEMENTOS DIFERENCIADOS

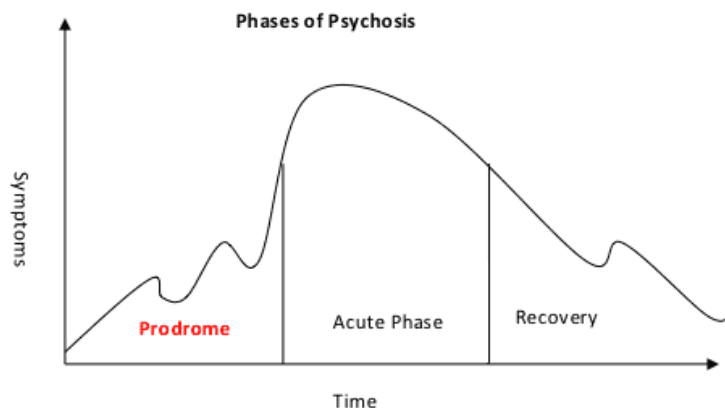
- Duración de seguimiento: 2, 3 o 5 años?
- Edades de atención (infantil, adultos jóvenes)
- Equipos de adultos vs infanto-juvenil vs mixtos
- Diagnósticos: psicosis no afectivas vs afectivas
- Inclusión de EMARs, PEPs, Período crítico
- Criterios de exclusión de pacientes

# Una característica esencial de los Programas PEP es la PREVENCIÓN

PREVENCIÓN PRIMARIA



PREVENCIÓN SECUNDARIA



PREVENCIÓN TERCIARIA

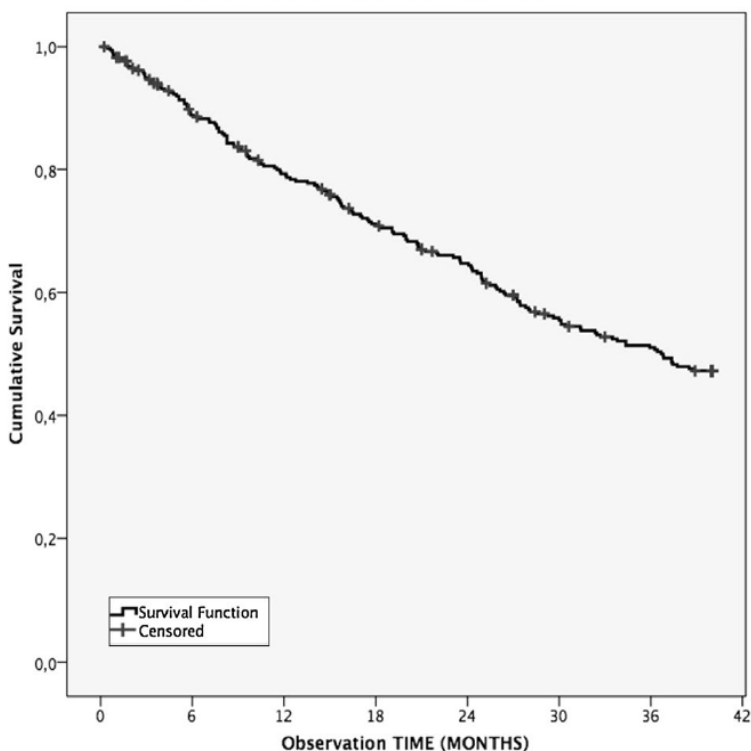




## Rates and predictors of relapse in first-episode non-affective psychosis: a 3-year longitudinal study in a specialized intervention program (PAFIP)

José María Pelayo-Terán<sup>1,2</sup> · Virginia Gajardo Gajardo Galán<sup>1,3</sup> · Víctor de la Ortiz-García de la Foz<sup>1,2</sup> · Obdulia Martínez-García<sup>1,2</sup> · Rafael Tabarés-Seisdedos<sup>2,4</sup> · Benedicto Crespo-Facorro<sup>1,2</sup> · Rosa Ayesa-Arriola<sup>1,2</sup>

Kaplan Meier Relapse Survival Function



48.7% al menos una recaída en 3 primeros años

33.7% de los pacientes con una recaída presentan como mínimo otra recaída en los 3 primeros años

## PREDICTORES DE PRIMERA RECAÍDA

Predictor	<i>B</i>	Wald	OR	95% CI	<i>p</i>
Logistic regression (dependant variable: relapse)					
Non-adherence	1.092	16.882	2.979	1.770–5.015	<0.001
Schizophrenia diagnosis	0.776	10.068	2.173	1.345–3.509	0.002
DUP (years)	0.141	5.508	1.151	1.023–1.295	0.019
Age of onset (years)	0.022	2.835	1.022	0.996–1.048	0.092
Predictor	<i>B</i>	Wald	HR	95% CI	<i>p</i>
Cox regression (dependant variable: relapse by observation time)					
Non-adherence	1.034	39.373	2.812	2.036–3.885	<0.001
Schizophrenia diagnosis	0.659	15.361	1.933	1.390–2.687	<0.001
DUP (years)	−0.076	2.921	1.079	0.989–1.177	0.087
Age of onset (years)	−0.020	4.549	1.020	1.002–1.038	0.033

## PREDICTORES DE SEGUNDA RECAÍDA

Logistic regression (dependant variable: second relapse vs. one relapse)

Predictor	<i>B</i>	Wald	OR	95%CI	<i>p</i>
Schizophrenia diagnosis	0.681	3.198	1.975	0.937–4.165	0.074
Age of onset (years)	−0.075	8.657	1.078	1.026–1.133	0.003
SAPS total initial score	−0.147	8.573	0.863	0.782–0.953	0.003



# El haber sido atendido en un Programa PEP se asocia con una reducción precoz de la mortalidad

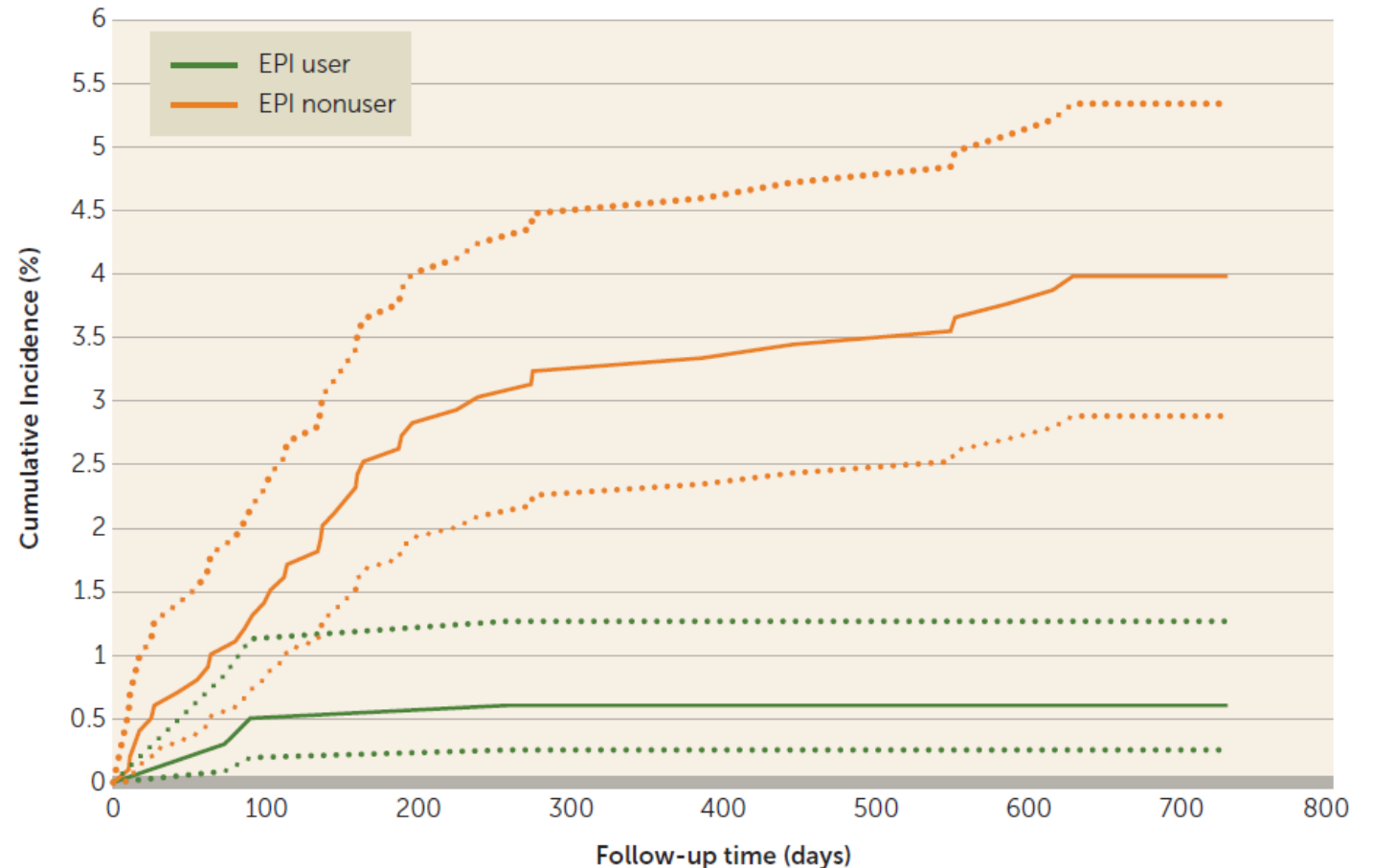
## Effectiveness of Early Psychosis Intervention: Comparison of Service Users and Nonusers in Population-Based Health Administrative Data

Kelly K. Anderson, Ph.D., Ross Norman, Ph.D., Arlene MacDougall, M.D., M.Sc., Jordan Edwards, M.Sc., Lena Palaniyappan, M.D., Ph.D., Cindy Lau, M.Sc., Paul Kurdyak, M.D., Ph.D.

Am J Psychiatry. 2018 May 1;175(5):443-452.

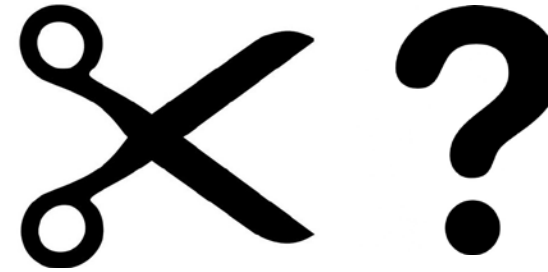
doi: 10.1176/appi.ajp.2017.17050480. Epub 2018 Mar 2

FIGURE 3. Cumulative Incidence Function Showing the Rate of All-Cause Mortality Among Early Psychosis Intervention (EPI) Service Users and Nonusers in the First 2 Years After Admission<sup>a</sup>



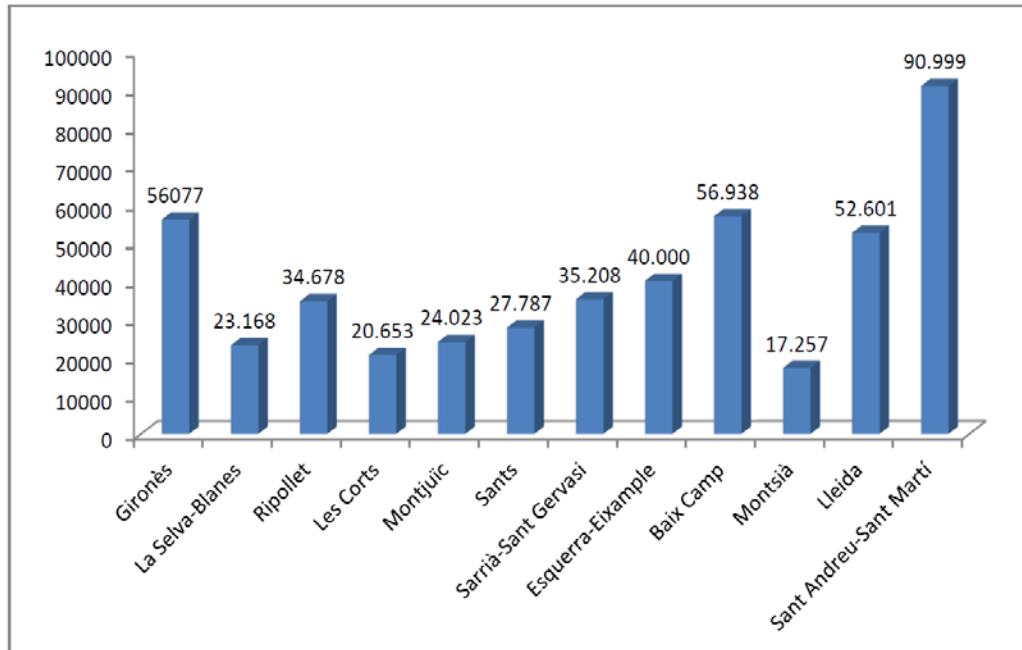
<sup>a</sup> Dotted lines represent 95% confidence intervals.

# EL MODELO CATALÁN



2007-2016

12 Programas piloto (PAE-TPI) en Catalunya  
Población de referencia 14-35 años  
(479.387; 27% población)



redacción médica



Buscar en Redacción

POLÍTICA SANITARIA ESPECIALIDADES CONOCIMIENTO EMPRESAS SOCIO SANITARIO AUTONOMÍAS OPINIÓN LA REVISTA VIRICO



AUTONOMÍAS > Cataluña

## Cataluña incrementa en 70 millones su presupuesto destinado a salud mental

El Esmes aumentará su personal de 2,5 psiquiatras a 4,5 profesionales

El cosejero de Salud, Antoni Comin, durante la presentación del plan de Salud Mental.



Finales 2017 – Inicio 2018  
Generalización de Programas PEP en todo el territorio



**PSEUDOPROGRAMA  
PEP "Low Cost" TAULÍ  
2015-2017**

**TEIP<sup>3</sup>  
2018-**

Número de profesionales

10

10

FTE (Full Team Equivalent)

1.3

4.5

Agendas específicas



Espacio específico



Reunión equipo semanal



Seguimiento en Programa

16-35 a; 2 a

16-35 a; 3-5 a

Divulgación a EAP



Case management (ENF)



Visitas domicilio



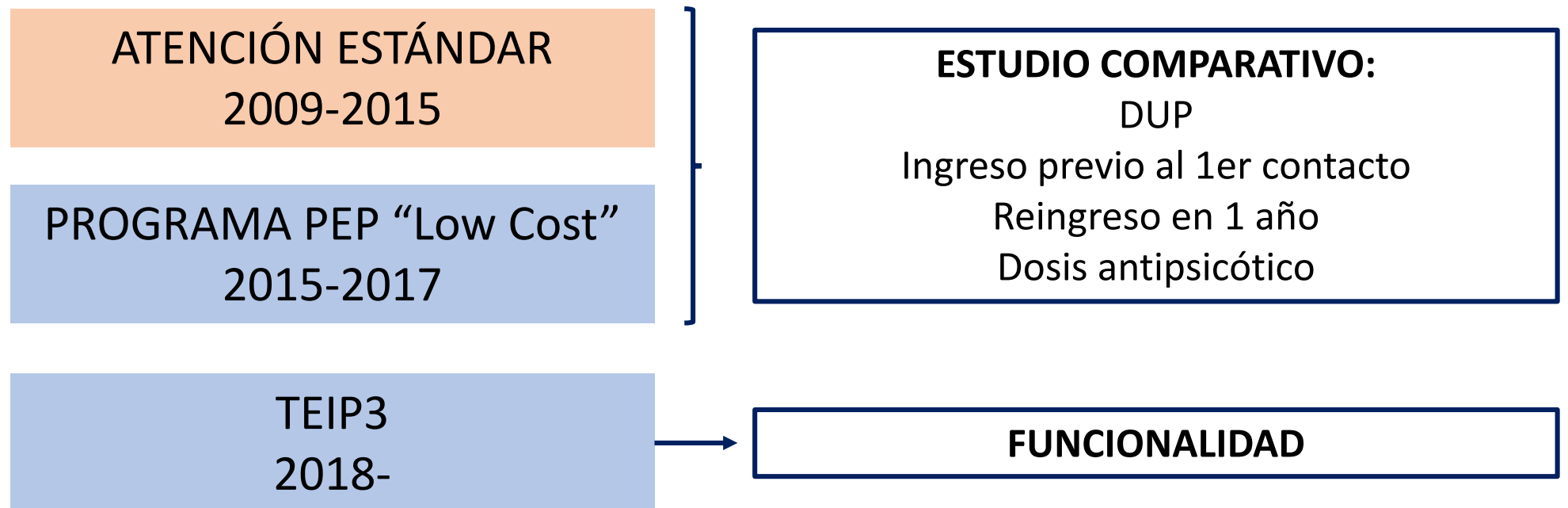
**HDOM**

Cartera servicios  
específica

**Grupos pacientes (Psicoeducación + Metacognición): 16 sem.;  
Grupos familias (PE, Apoyo); Evaluación + Rehabilitación cognitiva**

**Psicoterapia individual**

# RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA PEP EN EL TAULÍ



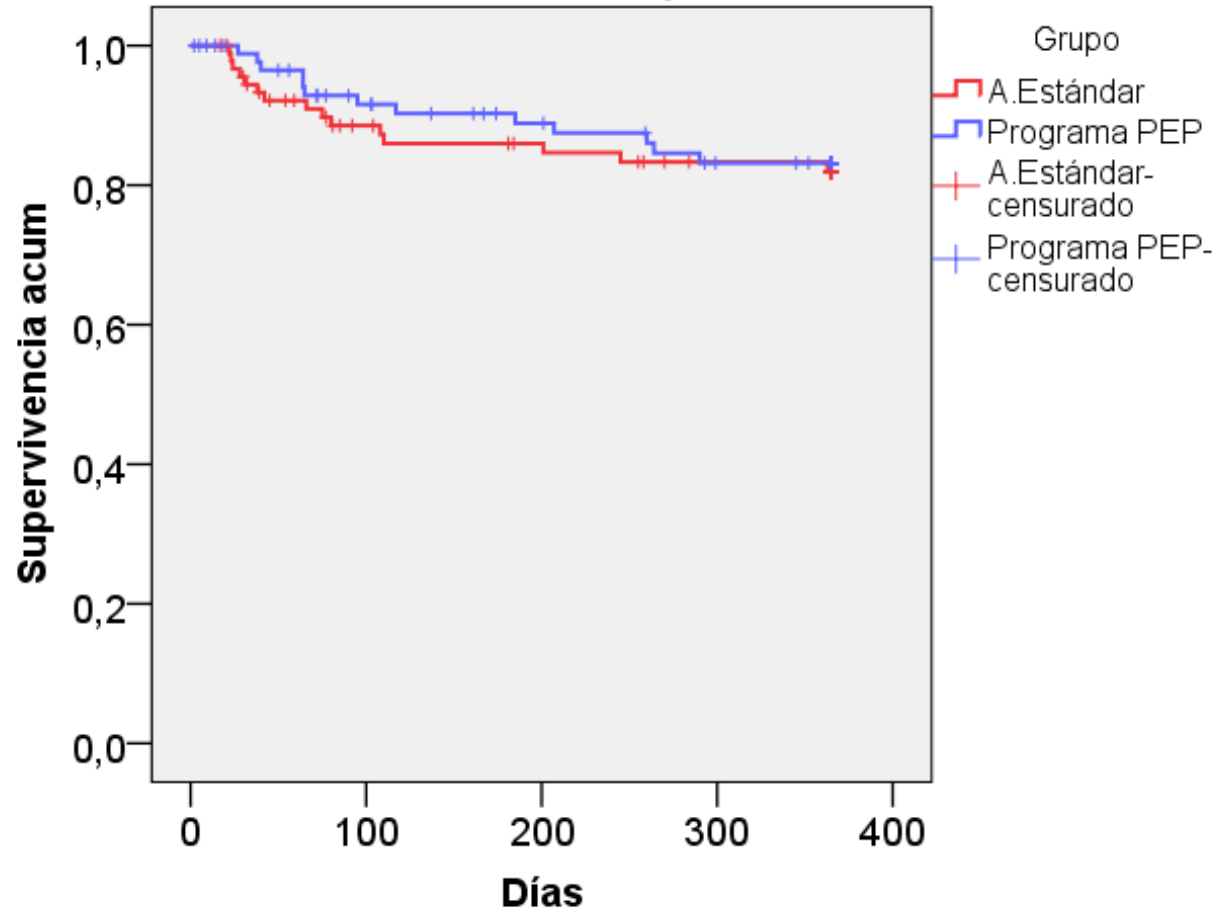
	Grupo		
	A.Estándar	Programa PEP	Total
DUP >= 4 semanas	44 47.8%	30 33.3%	74 40.7%
DUP < 4 semanas	48 52.2%	60 66.7%	108 59.3%
Total	92 100.0%	90 100.0%	182 100.0%

En el programa PEP, existe una menor proporción de pacientes con DUP mayor de un mes respecto a la atención estándar (p= 0.047)

	Grupo		
	A.Estándar	Programa PEP	Total
No ingreso (1er vínculo ambulatorio)	13 14.1%	31 34.4%	44 24.2%
Ingreso previo (Agudos/HDia)	79 85.9%	59 65.6%	138 75.8%
Total	92 100.0%	90 100.0%	182 100.0%

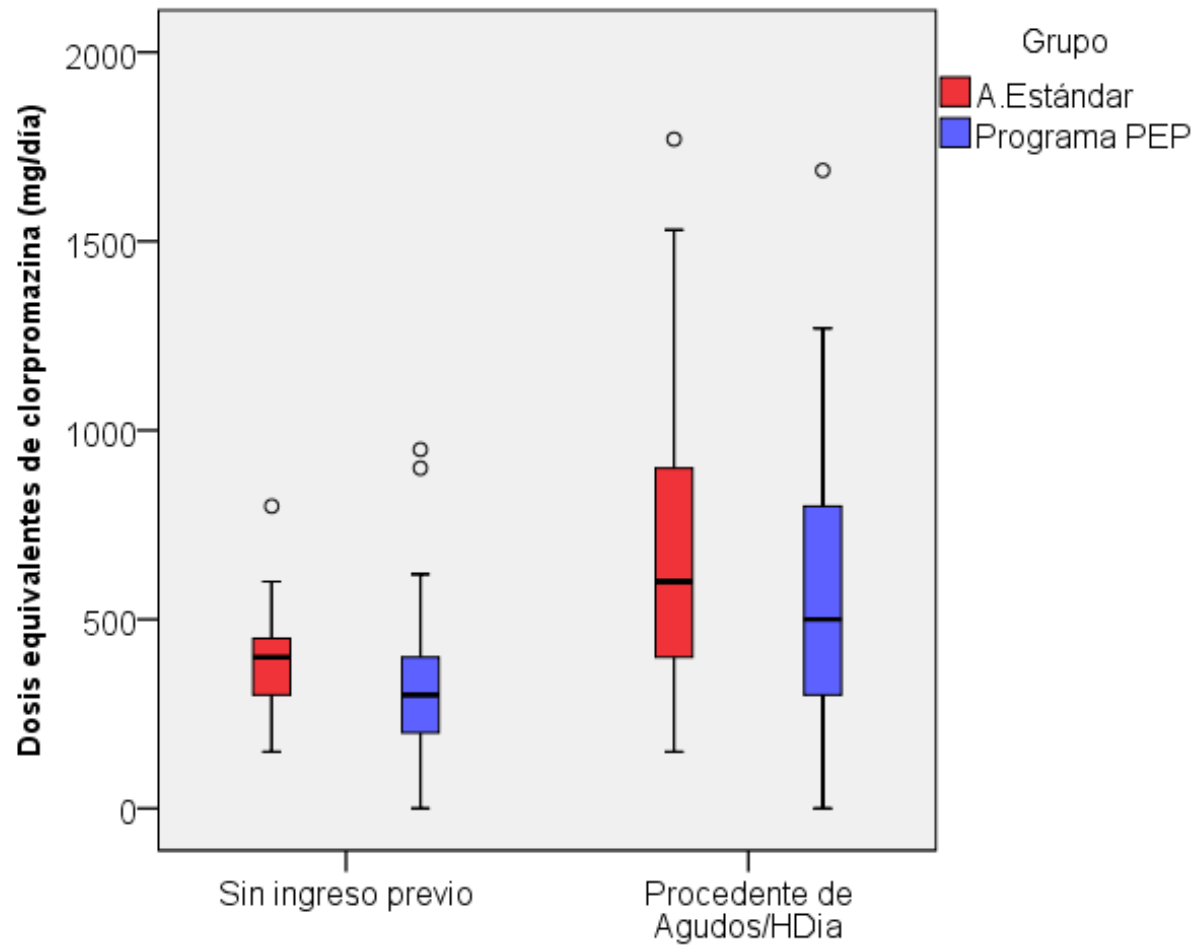
Mayor proporción de primer contacto ambulatorio en el Programa PEP respecto a la atención estándar (p= 0.001)

**Funciones de supervivencia**



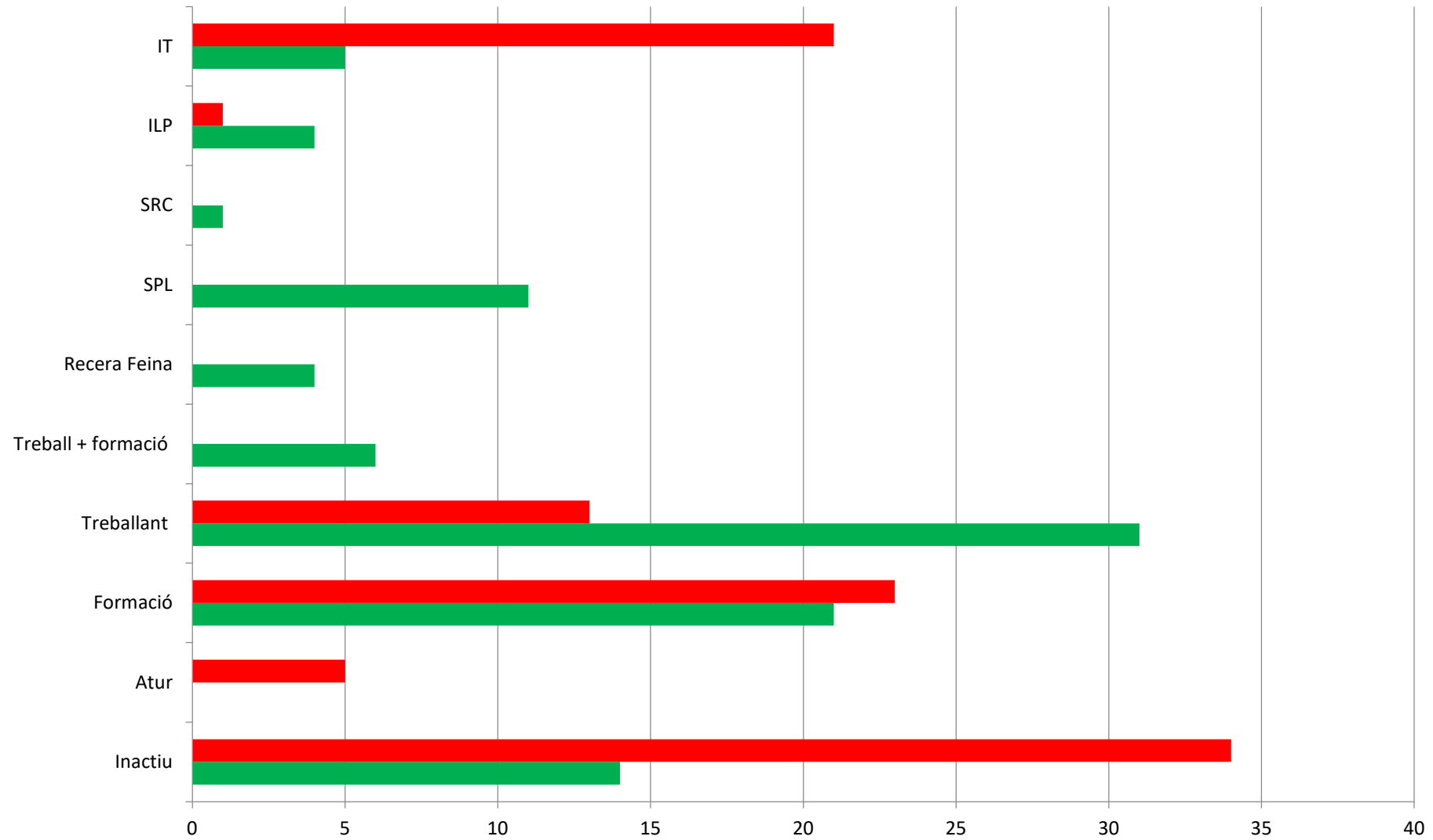
No existen diferencias en tiempo hasta el reingreso en el primer año entre atención estándar y Programa PEP ( $p= 0.713$ )

## DOSIS DE ANTIPSICÓTICO EN LA PRIMERA VISITA AMBULATORIA



Menor dosis de antipsicótico en  
pacientes atendidos en el  
Programa PEP ( $p= 0.002$ )

# Comparativa funcionalitat: Entrar programa vs Després Programa







# UNA REFLEXIÓN...

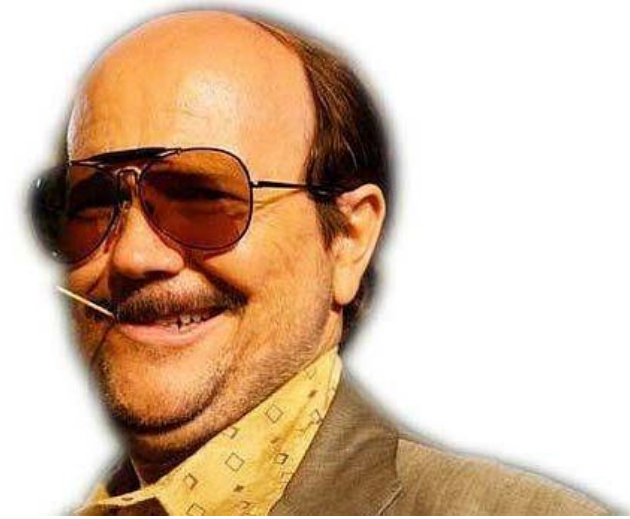
## Similitudes y diferencias

Luchan contra el crimen organizado

Realizan investigaciones

Llevan pistola

Solteros que intentan practicar el arte de la seducción



Tienen recursos diferentes  
Utilizan una distinta metodología de trabajo



**DIFERENTE  
EFECTIVIDAD**



# CONCLUSIONES

La intervención precoz permite reducir la DUP y mejorar el pronóstico funcional de los pacientes con un PEP

La mejoría en síntomas clínicos es más evidente durante el período de intervención intensiva aunque un tratamiento especializado en Unidades PEP se acompaña de una mejoría en funcionalidad a largo plazo

Entre los beneficios clínicos de los pacientes atendidos en Unidades PEP se encuentran la reducción de los ingresos, menor dosis de tratamiento, adquisición de mayores tasas de remisión y mejoría en la calidad de vida (especialmente en pacientes con una DUP menor).

# Equip d'Intervenció Precoç en la Prevenció de Psicosis del Parc Taulí (TEIP3)



Meritxell Tost  
Sara Pérez  
Raquel Aguayo  
Itziar Montalvo  
Juan David Barbero  
Nora Mesa  
Irina Olasz  
Estefania Gago  
Mara José Miñano  
Javier Labad

