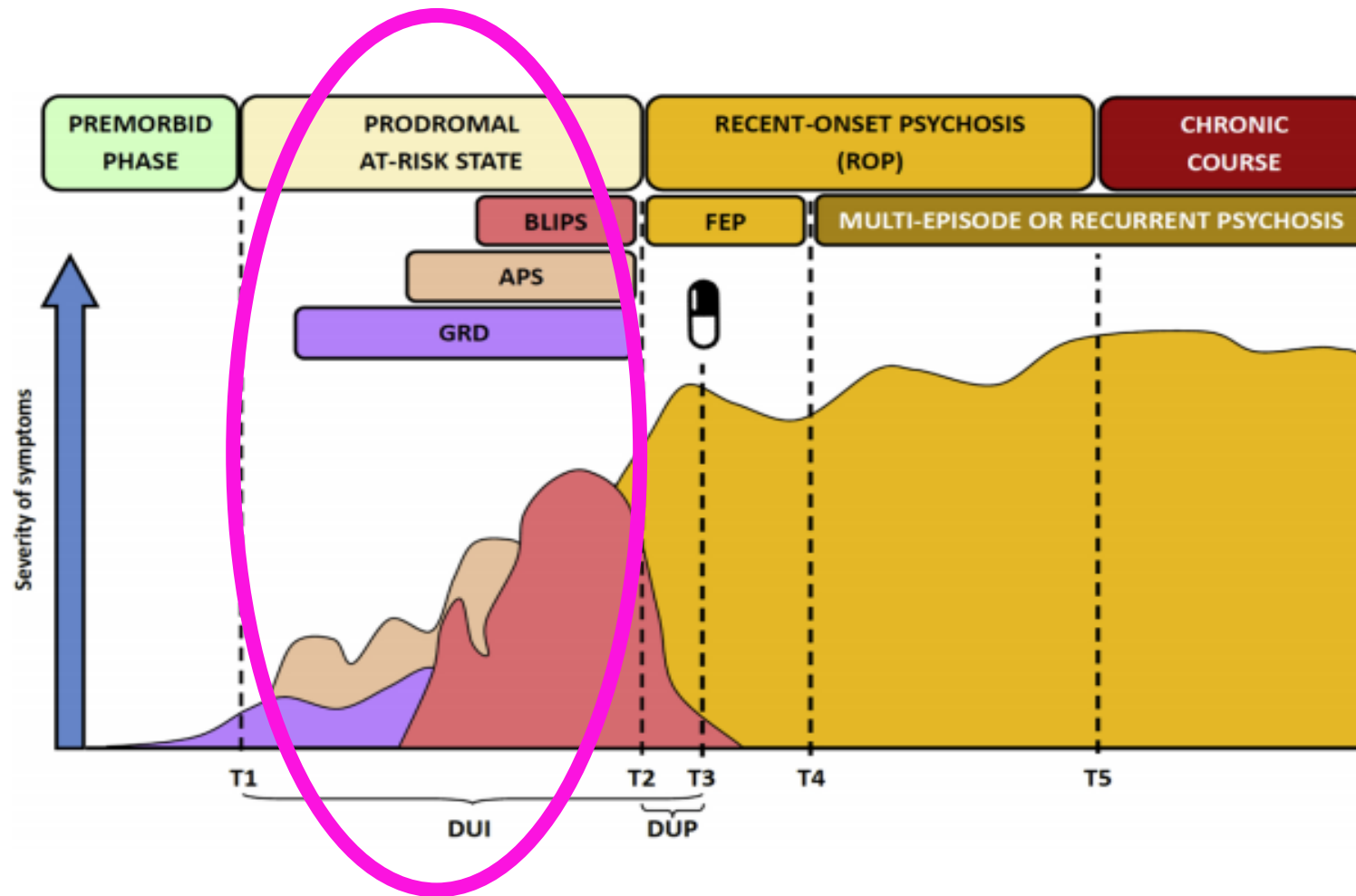


TRACTAMENT DELS ESTATS MENTALS D'ALT RISC

Itziar Montalvo

Psiquiatra

Hospital Universitari Parc Taulí



Objetivos:

- Control de los síntomas y problemas por los que consulta la persona.
- Disminuir el riesgo de transición a una enfermedad psicótica.

Is early intervention for psychosis a waste of valuable resources?

ANTHONY PELOSI / MAX BIRCHWOOD

En contra de los EIPs:

No todos los pacientes desarrollan una psicosis:

- Sobretratamiento
- Estigma
- Consumo excesivo de recursos

Los servicios de intervención precoz atenderían solo una parte de pacientes en riesgo de psicosis

A favor de los EIPs:

La DUP es un claro factor pronóstico negativo

Importante realizar una intervención precoz para reducción del riesgo de suicidio en población joven

Un abordaje intensivo y multidisciplinar facilita la vinculación y maximiza la respuesta (evita cronificación de síntomas)

SAUD

Tratamiento preventivo de la esquizofrenia

Polémica sobre varios programas que tratan la enfermedad mental antes de que se produzca el brote psicótico

ERICA GOODE / NYL Nueva York Cuando la mayoría de los psiquiatras se encuentran con la esquizofrenia, los síntomas ya están plenamente desarrollados. Pero los científicos llevan tiempo supo-

niendo que la enfermedad comienza mucho antes, y que los demonios empiezan a cebarse en los jóvenes mucho antes de que aparezca la psicosis flagrante. Ahora los investigadores están comenzando a in-

vestigar de manera sistemática las primeras fases de la esquizofrenia, intentando descubrir signos que pudieran ayudar a predecir su aparición. Y dos grupos de investigación están adoptando una estrat-

egia mucho más audaz: identificar jóvenes con riesgo de padecer la enfermedad y tratarlos con dosis bajas de fármacos antipsicóticos, incluso cuando no muestran todos los síntomas de la misma.

Comparando a aquellos sujetos de alto riesgo sometidos a tratamiento con sujetos que no lo siguen, los investigadores de la Facultad de Medicina de Yale y de la Universidad de Melbourne, en Australia, esperan descubrir si el tratamiento preventivo puede mantener controlada la enfermedad y aprender más sobre los factores que predicen la vulnerabilidad frente a ella. Los investigadores utilizan los fármacos antipsicóticos más modernos, que provocan menos efectos secundarios. Aun así, los estudios son controvertidos y han tropezado con no pocas críticas.

Thomas H. McGlashan, director del estudio de Yale, decidió comenzar este experimento preventivo al convencerse, tras muchos años de trabajo con pacientes de esquizofrenia, que "el 80% del daño, si no más, se produce antes de que el desorden se manifieste". McGlashan cita al menos doce estudios que indican que, cuanto más pronto se trate la esquizofrenia, más posibilidades hay de que el paciente se recupere. Y se convenció de que podía haber "una forma de prevenir la cronicidad con los tratamientos ya disponibles" tras visitar la experiencia australiana.

Tratar a las personas con fármacos contra una dolencia que todavía no padecen es algo muy infrecuente en psiquiatría, aunque hay precedentes en otras patologías —por ejemplo, el uso del tamoxifeno como tratamiento profiláctico para mujeres con alto riesgo de cáncer de mama—, y se está probando también para la enfermedad de Alzheimer.

La esquizofrenia es una enfermedad mental tan devastadora que pocos pondrían objeciones a la meta final del tratamiento preventivo. Sin embargo, no todos están de acuerdo en que éste sea un momento adecuado para intentar algo tan ambicioso porque, a pesar de los esfuerzos científicos, todavía no hay un grupo de indicadores que puedan predecir con fiabilidad cuándo ocurrirá la enfermedad.

Riesgo de estigma

investigadores si los fármacos son eficaces en cada caso concreto. "Si se trata a personas sin síntomas convincentes y nunca desarrollan la enfermedad, ¿en qué circunstancias sería ético interrumpir el tratamiento?", pregunta Steven E. Hyman, director del Instituto Nacional de Salud Mental. Los detractores expresan además su preocupación por el estigma que puede suponer el ser etiquetado de persona con alto riesgo de padecer psicosis, y también por los posibles efectos secundarios, incluso de los antipsicóticos más avanzados.

Cuestiones éticas

"Es preciso que avancemos poco a poco con mucha precaución", indica Laura Lee Hall, directora de investigación de la asociación National Alliance for the Mentally Ill (Alianza Nacional de Enfermos Mentales). "Pienso que es muy importante que determinemos experimentalmente si podemos prevenir las consecuencias más discapacitadoras de la esquizofrenia y del trastorno bipolar. Por la otra parte, me preocupa que se medicque innecesariamente a niños que quizá no lleguen a enfermar". Una alternativa, sugiere Hall, podría ser controlar a las personas consideradas de alto riesgo, pero administrándoles el tratamiento sólo en la medida en que sea necesario.

Hall y Cornblatt estaban entre un grupo de especialistas en ética médica, representantes de organizaciones de defensa e investigadores psiquiátricos —incluidos McGlashan y Patrick D. McGorry, director del estudio australiano— que se reunieron el 19 y 20 de noviembre en un congreso convocado en Washington para tratar las cuestiones éticas y científicas suscitadas los estudios de intervención precoz en psiquiatría. Entre las cuestiones analizadas estaban el consentimiento informado, la confidencialidad y el impacto de los fármacos antipsicóticos.

Se trata de cuestiones apremiantes, según los expertos en salud mental, y no solo por los estudios que ya se están llevando a cabo. En un futuro no muy lejano, es posi-



Jardines de un centro psiquiátrico de Madrid. / MARISA FLOREZ

ble que los investigadores descubran los genes que predisponen a dolencias como la esquizofrenia y la psicosis maníaco-depresiva, abriendo el camino al análisis genético, como los que hay disponibles para la enfermedad de Huntington. Y es probable que se produzca una nueva generación de antipsicóticos más eficaces y seguros.

Estos avances harán más fácil determinar y cuantificar el riesgo, y ofrecerán nuevas posibilidades de tratamiento precoz. Pero los especialistas en ética y los investigadores afirman que también suscitaban decisiones más complicadas a pacientes, familiares y médicos, que deberán sopesar los pros y los

o no con una persona". Además, explicó, el saber que uno tiene un alto riesgo de padecer esquizofrenia u otra enfermedad mental grave puede afectar drásticamente a la propia imagen, especialmente en los adolescentes. Un adolescente calificado de alto riesgo, afirmó Appelbaum, podría preguntarse: "¿Debería decidir no casarme, no ir a la universidad, rebajar mis propias expectativas?".

Sin embargo, McGlashan cree firmemente que las personas tienen derecho a saber si son vulnerables a la esquizofrenia o a cualquier otra enfermedad grave. "¿De qué libertades públicas estamos hablando?", pregunta. "Si son las de las personas que padecen el riesgo, parece que deberían conocer la información. Pueden decidir negarse si lo desean, pero al menos debería dárseles la oportunidad de negarse".

Acercas del consentimiento informado, los investigadores están también divididos. Los escépticos dicen que la cuestión de si los sujetos incluidos en los experimentos de prevención son plenamente conscientes de las consecuencias de aceptar el tratamiento es especialmente delicada en estudios en los que se trata a adolescentes o niños pequeños, en los que son los padres quienes deben dar el consentimiento.

A McGorry, el director del estudio australiano, no le cabe duda de que los sujetos de su estudio —los menores con más de 15 años, y los mayores de treinta— estaban plenamente capacitados para dar un consentimiento informado. McGorry, coautor de The Recognition and Management of Early Psychosis (Cambridge University Press, 1999), afirma que su estudio ha suscitado poca controversia en Australia, quizá porque dicho país dispone de una red comunitaria más avanzada para las enfermedades mentales en adolescentes, y porque allí no son tan graves las consecuencias sociales del diagnóstico de una enfermedad mental. Aun así, tanto él como McGlashan son conscientes de las difíciles cuestiones planteadas por sus estudios.

contras en una sociedad cuya actitud hacia los enfermos mentales dista mucho de ser neutral. "Los riesgos del tratamiento precoz en psiquiatría son diferentes de los del tratamiento de cáncer de mama u otras enfermedades", afirma Paul S. Appelbaum, director de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Massachusetts, en Worcester. "Debemos plantearnos qué consecuencias tendrá etiquetar a una persona como 'preesquizofrénica'. Entre esas consecuencias, señaló Appelbaum, se pueden incluir reacciones negativas de empresarios, seguros médicos, colegios "y cualquiera que tenga que decidir si arriesgarse

Dos estudios la desaconsejan para quienes no han tenido un evento previo:

Una aspirina diaria como prevención de un primer infarto tiene más riesgos que beneficios

El consumo habitual de dosis bajas eleva el riesgo de hemorragias gástricas y cerebrales, anulando los potenciales beneficios cardiovasculares.

PAULA LEIGHTON

Pese a la arraigada creencia de que una aspirina de baja dosis —entre 75 y 150 mg— ayudaría a prevenir un primer infarto, dos estudios publicados en los últimos días advierten que para personas con riesgo cardiovascular moderado, su consumo puede tener consecuencias que sobrepasan ese beneficio. Ambos estudios se dieron a conocer durante el Congreso de la Sociedad Europea de Cardiología, que concluye mañana en Múnich (Alemania).

Uno de ellos, ASCEND, que publicó simultáneamente en la revista New England Journal of Medicine, analizó el efecto de una dosis diaria de 100 mg de aspirina (ácido acetilsalicílico) en pacientes diabéticos, pero sin enfermedad cardiovascular evidente. Tras un seguimiento de 7,4 años a 15.480 pacientes mayores de 40 años con diabetes, 8,5% de los que recibieron aspirina sufrieron un evento vascular serio, en comparación con el 9,6% de los que tomaron un placebo. Así, el equivalente a 11 de cada 1.000 participantes que tomaron aspirina evitaban eventos como infarto cardíaco, derrame cerebral o infarto cerebral durante el estudio.

Sin embargo, el 4,1% de las personas que tomó aspirina tuvo una hemorragia (cerebral, gastrointestinal, ocular u otra) que requirió hospitalización,



El rol de la aspirina para prevenir un primer infarto cardíaco o cerebral ha sido controvertido. Los estudios recién presentados zanjaron las dudas, según expertos.

transfusión o fue fatal, en comparación con 3,2% de quienes no la tomaron.

"Esto demuestra que el beneficio de tomar aspirina para prevenir el riesgo de un primer infarto cardíaco o cerebral es pequeño y es neutralizado por el riesgo aumentado de hemorragia. Por lo tanto, no se puede recomendar", dijo Jeremy Pearson, director médico de la Fundación Británica del Corazón, que financió el estudio.

Cuándo sí ayuda

Desde no hay discusión sobre el beneficio de la aspirina en dosis bajas para prevenir un nuevo infarto cardíaco o cerebrovascular trombótico en quienes ya han presentado uno de estos eventos, destaca el doctor Juan Carlos Prieto.

vascular moderado y sin antecedentes de diabetes ni enfermedades vasculares como infartos cardíacos y cerebrales, insuficiencia cardíaca, arritmias o intervenciones de stent o bypass coronario. La mitad de ellos tomó 100 mg diarios de aspirina. En un período de cinco años, en promedio, 4,2% tuvo un evento cardiovascular importante en comparación con 4,48% de quienes tomaron un placebo. Sin embargo, el grupo que tomó aspirina tuvo el doble de hemorragias gastrointestinales (9,7 personas por cada mil vs. 4,6 por mil de los que no usaron aspirina).

"Es importante que las personas sepan que su uso no es inocuo. Hay gente automedicándose pensando que una dosis baja de aspirina los beneficiará, pero desconocen el riesgo de complicaciones, hemorragias o alergias", advierte el doctor Juan Carlos Prieto, vicepresidente de la Sociedad Chilena de Cardiología y profesor titular de Cardiología y Farmacología en la U. de Chile.

El doctor Rolando González, cardiólogo de la Clínica Universidad de los Andes y jefe del Departamento de Cardiología de esa casa de estudios, subraya además que el riesgo de enfermedad coronaria depende solo en parte de la coagulabilidad, que busca prevenirse con aspirina. "Son más importantes la diabetes, hipertensión e hipercolesterolemia no controlada, el sedentarismo y el tabaquismo. Es ahí donde se deben poner los esfuerzos de prevención".

Doble de hemorragias

Un segundo estudio, denominado ARRIVE, y publicado el domingo en la versión en línea de The Lancet, incluyó a 12.500 personas con riesgo cardio-

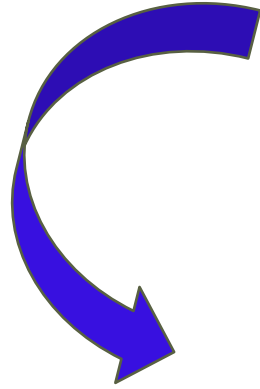
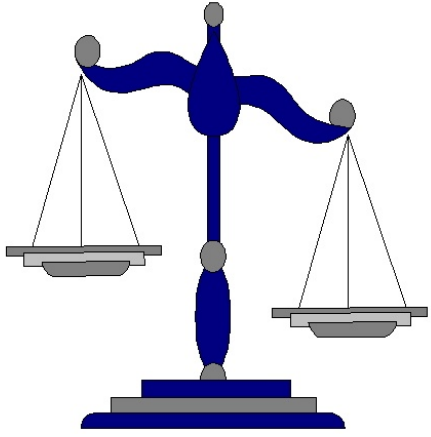
MODELO DE ESTADIAJE CLÍNICO

TABLE 1 Clinical staging model of ischaemic heart disease: an example of illness and treatment progression

| Stage | Common characteristics | Typical interventions |
|------------------------------|--|---|
| 0 (at-risk or latency stage) | Increased risk: family history (clinical examination, genetic tests) | Try to minimise risk, encourage healthy diet and exercise |
| 1 | Obesity, smoking, high cholesterol | Use diet and exercise plus statins |
| 2 | Increased blood pressure | Use anti-hypertensives, e.g. beta-blockers |
| 3 | Angina | Use anti-angina drugs, e.g. glyceryl trinitrate |
| 4 (late or end stage) | Heart attack (myocardial infarction) | Surgery to insert cardiac stents (to bypass damaged arteries) |

BJPsych Advances (2017), vol. 23, 292–299 doi: 10.1192/apt.bp.116.016436

- Esta adaptado de la medicina general
- Asegura que las intervenciones sean proporcionales



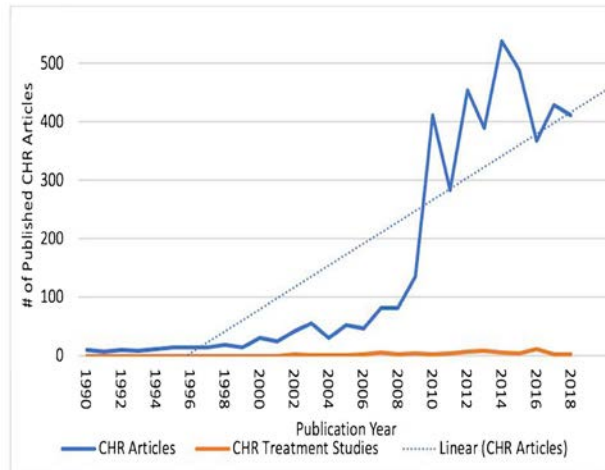
Modelo médico centrado en el
tratamiento antipsicótico

Intervenciones psicosociales son una parte esencial del
tratamiento.



Tratamiento

Estudios sobre EMARS publicados entre 1990-2018 (Addington, 2019)



24 RCT sobre tratamiento EMARS :

| Treatment Modalities | Randomized Controlled Studies | Other Study Designs | Total |
|-------------------------------------|-------------------------------|---------------------|-----------|
| Cognitive Behavioral Therapy | 6 | 2 | 8 |
| Family Therapy | 1 | 4 | 5 |
| Cognitive Remediation | 4 | 3 | 7 |
| Integrated Psychological Therapy | 3 | 0 | 3 |
| Antipsychotics | 3 | 13 | 16 |
| Omega-3 | 3 | 0 | 3 |
| Glycine, D-serine, N-acetylcysteine | 2 | 2 | 4 |
| Antidepressants | 0 | 2 | 2 |
| Antidepressants & Antipsychotics | 0 | 4 | 4 |
| Combinations (AP, AD, CBT, Family) | 2 | 3 | 5 |
| Total | 24 | 33 | 57 |

Abbreviations: AD= Antidepressants; AP= Antipsychotics; CBT= Cognitive Behavioral Therapy

TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL

La mayoría de estudios siguen la TCC desarrollada por French and Morrison (basado en los principios de Beck)

OBJETIVOS:

- Manejo del estrés
- Mejorar conciencia de las experiencias anómalas
- Mejorar funcionamiento social, vocacional, e identificar el soporte
- Reconocimiento de creencias disfuncionales y metacognición

| Author, Year | Country | Design | Intervention | Comparison | N | n | Mean (SD) | n |
|------------------------------|------------------------|--------------|------------------|-------------------------------------|----|-----|---------------------------------|----------|
| (Addington et al., 2011b) | Canada | | | | | | | |
| (Bechdolf et al., 2017) | Germany | | | | | | | |
| (Fusar-Poli et al., 2015) | United Kingdom | Naturalistic | CBT | CBT + AP / CBT + AD / CBT + AP + AD | 10 | 258 | 22.9±4.5 | 148 (57) |
| (Kim et al., 2011) | Korea | Open label | CBT | None | 10 | 22 | 19.4±4.4 | 11 (50) |
| (Morrison et al., 2004) | United Kingdom | RCT | CBT | TAU | 24 | 58 | 22±4.5 | 40 (69) |
| (Morrison et al., 2012b) | United Kingdom | RCT | CBT + Monitoring | Monitoring | 24 | 288 | 20.7±4.3 | 180 (63) |
| (Stain et al., 2016) | Australia, New Zealand | RCT | CBT + TAU | NDRL + TAU | 24 | 57 | CBT: 16.2±2.7 NDRL: 16.5±3.2 | 23 (40) |
| (Van Der Gaag et al., 2012a) | Netherlands | RCT | CBT + TAU | TAU | 24 | 201 | CBT: 22.9±5.6 TAU: 22.6±5.5 | 99 (49) |

TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL

Superioridad
TCC

| Author, Year | Country | Study Design | Intervention | Control | Treatment Duration (weeks) | CHR Patients | | |
|---|------------------------|--------------|------------------|---|----------------------------|--------------|---------------------------------------|----------------------|
| | | | | | | <i>N</i> | Age <i>M±SD</i> | Male <i>N (%)</i> |
| Cognitive Behavioral Therapy (n=8) | | | | | | | | |
| (Addington et al., 2011b) | Canada | RCT | CBT | Supportive therapy | 24 | 51 | CBT: 20.8±4.5 Supportive: 21.1±3.7 | 36 (71) |
| (Bechdolf et al., 2017) | Germany | RCT | CBT | Aripiprazole: 5-15 mg/day + CM / placebo + CM | 52 | 280 | 24.4±5.1 | 143 (66) |
| (Fusar-Poli et al., 2015) | United Kingdom | Naturalistic | CBT | CBT + AP / CBT + AD / CBT + AP + AD | NR | 258 | 22.9±4.5 | 146 (57) |
| (Kim et al., 2011) | Korea | Open label | CBT | None | 10 | 22 | 19.4±4.4 | 11 (50) |
| (Morrison et al., 2004) | United Kingdom | RCT | CBT | TAU | 24 | 58 | 22±4.5 | 40 (69) |
| (Morrison et al., 2012b) | United Kingdom | RCT | CBT + Monitoring | Monitoring | 24 | 288 | 20.7±4.3 | 180 (63) |
| (Stain et al., 2016) | Australia, New Zealand | RCT | CBT + TAU | NDRL + TAU | 24 | 57 | CBT: 16.2±2.7 NDRL: 16.5±3.2 | 23 (40) |
| (Van Der Gaag et al., 2012a) | Netherlands | RCT | CBT + TAU | TAU | 24 | 201 | CBT: 22.9±5.6 TAU: 22.6±5.5 | 99 (49) |



TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL

Superioridad
TCC

| Author, Year | Country | Study Design | Intervention | Control | Treatment Duration (weeks) | CHR Patients | | |
|------------------------------|------------------------|--------------|------------------|------------|----------------------------|--------------|---------------------------------|------------|
| | | | | | | N | Age M±SD | Male N (%) |
| (Addington 2011b) | | | | | | | | |
| (Bechdolf 2017) | | | | | | | | |
| (Fusar-Po 2015) | | | | | | | | |
| (Kim et al.) | | | | | | | | |
| (Morrison et al., 2004) | Kingdom | | | | | | | |
| (Morrison et al., 2012b) | United Kingdom | RCT | CBT + Monitoring | Monitoring | 24 | 288 | 20.7±4.3 | 180 (63) |
| (Stain et al., 2016) | Australia, New Zealand | RCT | CBT + TAU | NDRL + TAU | 24 | 57 | CBT: 16.2±2.7 NDRL: 16.5±3.2 | 23 (40) |
| (Van Der Gaag et al., 2012a) | Netherlands | RCT | CBT + TAU | TAU | 24 | 201 | CBT: 22.9±5.6 TAU: 22.6±5.5 | 99 (49) |

Hay cierta evidencia que sugiere que la TCC podría tener un efecto positivo en la reducción de los síntomas atenuados y de la transición a la psicosis



Terapia familiar

OBJETIVOS.
 Gestión de los síntomas
 Resolución de problemas
 Psicoeducación, Identificar la posible transición
 Establecer alianza terapéutica
 Evaluar necesidades de la familia

| | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------|---------------------------------|--|---------------|-----|-----|----------|----------|
| (Grano et al., 2016) | Finland | | | | | | | |
| (Landa et al., 2016) | USA | | | | | | | |
| (McFarlane et al., 2015) | USA | Regression discontinuity design | Family aided assertive community treatment | None | 104 | 205 | 16.4±3.5 | 110 (57) |
| (Miklowitz et al., 2014) | USA + Canada | RCT | Family focused therapy | Enhanced care | 24 | 129 | 17.4±4.1 | 74 (57) |
| (O'Brien et al., 2007) | USA | Open label | Psychoeducational multi-family group | None | 36 | 16 | 15.7±NR | 8 (50) |

Terapia familiar

Superioridad
TF

| Family Therapy (n=5) | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------|---------------------------------|--|---------------|-----|-----|--------------------------------|----------|
| (Grano et al., 2016) | Finland | Naturalistic | Family- and community-oriented integrative treatment model | TAU | 52 | 56 | FCTM:15.5±1.6 TAU: 16.3±0.8 | 18 (32) |
| (Landa et al., 2016) | USA | Open label | Group and family-based CBT | None | 15 | 6 | 19.5±1.5 | 2 (33) |
| (McFarlane et al., 2015) | USA | Regression discontinuity design | Family-aided assertive community treatment | None | 104 | 205 | 16.4±3.3 | 116 (57) |
| (Miklowitz et al., 2014) | USA + Canada | RCT | Family focused therapy | Enhanced care | 24 | 129 | 17.4±4.1 | 74 (57) |
| (O'Brien et al., 2007) | USA | Open label | Psychoeducational multi-family group | None | 36 | 16 | 15.7±NR | 8 (50) |



Terapia familiar

Superioridad
TF

Individuos con EMAR podrían beneficiarse de las terapias familiares orientadas a la psicoeducación y entrenamiento en resolución de problemas

| | | | | | | | | |
|-----------------------------|--------------|------------|---|---------------|----|-----|----------|------------|
| (Gran | | | | | | | | (32) |
| (Land | | | | | | | | (33) |
| (McFa 2015) | | | | | | | | 16 (57) |
| (Miklowitz et al., 2014) | USA + Canada | RCT | Family focused therapy | Enhanced care | 24 | 129 | 17.4±4.1 | 74 (57) |
| (O'Brien et al., 2007) | USA | Open label | Psychoeducational multi-family group | None | 36 | 16 | 15.7±NR | 8 (50) |



ENTRENAMIENTO COGNITIVO

Ejercicios cognitivos computerizados para mejorar rendimiento en diferentes dominios cognitivos.

Existen packs: BrainFitness, CogPack,...

Variable de estudio: rendimiento cognitivo

| | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|-------------|------------|----|----------------|----|----|---------------------------------|--|---------|
| (Choi et al., 2017) | USA | | | | | | | | 0 (48) |
| (Hooker et al., 2014) | USA | Open label | CR | Computer games | 8 | 14 | 21.9±4.2 | | 7 (50) |
| (Loewy et al., 2016) | USA | RCT | CR | Computer games | 8 | 83 | CR:17.8±3.1 Control:18.7±4.6 | | 42 (51) |
| (Nemoto et al., 2010) | Japan | Open label | CR | None | 24 | 6 | 19.50±2.5 | | 4 (66) |
| (Piskulic et al., 2015) | Canada | RCT | CR | Computer games | 12 | 43 | CR:19.7±5.7 Games:17.5±3.5 | | NR |
| (Rauchensteiner et al., 2011) | Germany | Open label | CR | None | 4 | 10 | 27.2±5.3 | | 7 (70) |
| (Urban et al., 2012) | Switzerland | RCT | CR | Computer games | 8 | 12 | NR | | NR |

ENTRENAMIENTO COGNITIVO

Superioridad
EC

| Cognitive Remediation (n=7) | | | | | | | | |
|-------------------------------|-------------|------------|----|----------------|----|----|---|---------|
| (Choi et al., 2017) | USA | RCT | CR | Active control | 8 | 62 | CR: 18.2±3.8 Active Control: 18.5±3.7 | 30 (48) |
| (Hooker et al., 2014) | USA | Open label | CR | Computer games | 8 | 14 | 21.9±4.2 | 7 (50) |
| (Loewy et al., 2016) | USA | RCT | CR | Computer games | 8 | 83 | CR:17.8±3.1 Control:18.7±4.6 | 42 (51) |
| (Nemoto et al., 2010) | Japan | Open label | CR | None | 24 | 6 | 19.50±2.5 | 4 (66) |
| (Piskulic et al., 2015) | Canada | RCT | CR | Computer games | 12 | 43 | CR:19.7±5.7 Games:17.5±3.5 | NR |
| (Rauchensteiner et al., 2011) | Germany | Open label | CR | None | 4 | 10 | 27.2±5.3 | 7 (70) |
| (Urban et al., 2012) | Switzerland | RCT | CR | Computer games | 8 | 12 | NR | NR |



Terapia psicológica integrada

Es un modelo que integra varios tratamientos psicológicos.

Por ejemplo:

Abordaje individual

Entrenamiento en habilidades sociales

Psicoeducación grupal para familias

| | | | | | | | | | |
|---------------------------|---------|-----|-----|--------------------|-----|-----|---------------------------------------|--|---------|
| (Albert et al., 2016) | Denmark | | | | | | | | 38 (46) |
| (Nordentoft et al., 2006) | Denmark | RCT | IPT | TAU | 104 | 79 | 24.9±4.9 | | 53 (67) |
| (Wessels et al., 2015) | Germany | RCT | IPT | Supportive therapy | 52 | 128 | IPT: 25.2±5.4 Supportive: 26.8±6.2 | | 81 (63) |

Terapia psicológica integrada

Superioridad
TPI

| Integrated Psychological Therapy (n=3) | | | | | | | | |
|--|---------|-----|-----|--------------------|-----|-----|---------------------------------------|---------|
| (Albert et al., 2016) | Denmark | RCT | IPT | TAU | 104 | 83 | 26.6±4.4 | 38 (46) |
| (Nordentoft et al., 2006) | Denmark | RCT | IPT | TAU | 104 | 79 | 24.9±4.9 | 53 (67) |
| (Wessels et al., 2015) | Germany | RCT | IPT | Supportive therapy | 52 | 128 | IPT: 25.2±5.4 Supportive: 26.8±6.2 | 81 (63) |



Ácidos grasos Omega-3

Superioridad
Omega-3

| Omega-3 (<i>n</i> = 3) | | | | | | | | |
|------------------------------|-----------------|-----|---|----------------|----|-----|--|----------|
| (Amminger et al. 2010) [16] | Austria | RCT | Omega-3 ω-3 PUFAs: 1.2 g/day | Placebo | 12 | 81 | Omega, 16.8 ± 2.4 Placebo, 16.0 ± 1.7 | 27 (33) |
| (Cadenhead et al. 2017) [17] | USA + Canada | RCT | Omega-3 FAs: 740 mg EPA, 400 mg DHA/day | Placebo | 24 | 127 | NR | NR |
| (McGorry et al. 2017) [18] | Multinational | RCT | Omega-3 ω-3 PUFAs: 1.4 g/day + CBCM | Placebo + CBCM | 24 | 304 | 19.1 ± 4.6 | 139 (46) |



ANTIPSIKÓTICOS

Superioridad
AP

| Antipsychotics (<i>n</i> = 3) | | | | | | | | |
|--------------------------------|-----------------|-----|---|---------|----|-----|---|---------|
| (Ruhrmann et al. 2007) [21] | Germany | RCT | Amisulpride: mean dose 118.7 mg/day + NFI | NFI | 12 | 124 | 25.6 ± 6.3 | 70 (57) |
| (McGlashan et al. 2006) [22] | USA + Canada | RCT | Olanzapine: 5–15 mg/day | Placebo | 52 | 60 | Olanzapine, 18.2 ± 5.5 Placebo, 17.2 ± 4.0 | 39 (65) |
| (Woods et al. 2017) [23] | USA | RCT | Ziprasidone: 20–160 mg/day | Placebo | 24 | 50 | 22.3 ± 4.2 | 32 (64) |



Antipsicóticos + TCC

Superioridad
AP+TCC

| Risperidone plus CBT (<i>n</i> =2) | | | | | | | | |
|-------------------------------------|-----------|-----|--|--|----|-----|----------|---------|
| (McGorry et al., 2002) | Australia | RCT | Risperidone: 1-2 mg/day + CBT | NBI | 24 | 59 | 20±4.0 | 34 (58) |
| (McGorry et al., 2013) | Australia | RCT | Risperidone: 0.5-2 mg/day + CBT or CBT + placebo | Supportive therapy + placebo or monitoring | 52 | 193 | 18.1±3.0 | 76 (39) |



META -ANALISIS EN RED

RESEARCH REPORT *(World Psychiatry 2018;17:196–209)*

Lack of evidence to favor specific preventive interventions in psychosis: a network meta-analysis

Cathy Davies¹, Andrea Cipriani², John P.A. Ioannidis³⁻⁷, Joaquim Radua^{1,8,9}, Daniel Stahl¹⁰, Umberto Provenzano¹¹, Philip McGuire^{12,13}, Paolo Fusar-Poli^{1,11,13,14}

¹Early Psychosis: Interventions & Clinical-detection (EPIC) Lab, Department of Psychosis Studies, Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, King's College London, London, UK; ²Department of Psychiatry, University of Oxford, and Oxford Health NHS Foundation Trust, Oxford, UK; ³Department of Medicine, Stanford Prevention Research Center, Stanford, CA, USA; ⁴Department of Health Research and Policy, Stanford University School of Medicine, Stanford, CA, USA; ⁵Department of Biomedical Data Science, Stanford University School of Medicine, Stanford, CA, USA; ⁶Meta-Research Innovation Center at Stanford, Stanford University, Stanford, CA, USA; ⁷Department of Statistics, Stanford University School of Humanities and Sciences, Stanford, CA, USA; ⁸FIDMAG Germanes Hospitalàries, CIBERSAM, Sant Boi de Llobregat, Spain; ⁹Department of Clinical Neuroscience, Centre for Psychiatry Research, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden; ¹⁰Biostatistics Department, Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, King's College London, London, UK; ¹¹Department of Brain and Behavioral Sciences, University of Pavia, Pavia, Italy; ¹²Department of Psychosis Studies, Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, King's College London, London, UK; ¹³National Institute for Health Research (NIHR) Maudsley Biomedical Research Centre, London, UK; ¹⁴OASIS Service, South London and Maudsley NHS Foundation Trust, London, UK

LIMITACIONES:
Estos meta-análisis han incluido un pequeño número de estudios. La inclusión de nuevos estudios podrían cambiar completamente los resultados actuales.

Actualmente no hay evidencia que sugiera que ninguna de las intervenciones sea superior a las demás previniendo la transición a psicosis
Ninguna intervención específica fue significativamente más efectiva reduciendo los síntomas psicóticos atenuados
Ninguno de los tratamientos es eficaz para mejorar los síntomas negativos

RECOMENDACIONES GUÍAS CLÍNICAS

NICE 2013

➤ Tratamiento:

- TCC individual +/- intervención familiar
- **NO** usar antipsicóticos
- Tratar comorbilidades



The British
Psychological Society





EPA 2015

- Tratamiento:
 - 1º: TCC
 - 2º: Antipsicóticos atípicos a bajas dosis para tratamiento de síntomas resistentes a intervención psicológica pero NO de forma preventiva
 - Tratar las comorbilidades



CANADIAN 2017

- Tratamiento:
 - 1º: TCC +/- TF
 - 2º: Antipsicóticos atípicos a bajas dosis para tratamiento de síntomas resistentes a intervención psicológica pero NO de forma preventiva
 - Tratar comorbilidades

AUSTRALIAN GUIDELINES 2016

Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis

Second edition
updated June 2016

- Tratamiento:
 - 1º: TCC
 - 2º: Ácidos grasos Omega-3 podrían retrasar o prevenir la transición a psicosis.
 - NO prescribir antipsicóticos si no ha desarrollado una psicosis franca (excepto si hay riesgo auto o heterolesivo)
 - Tratar las comorbilidades

Consens per a la millora de l'atenció a les persones amb Trastorn Psicòtic Incipient

Abril 2018

Els objectius del programa a Catalunya es determinen per:

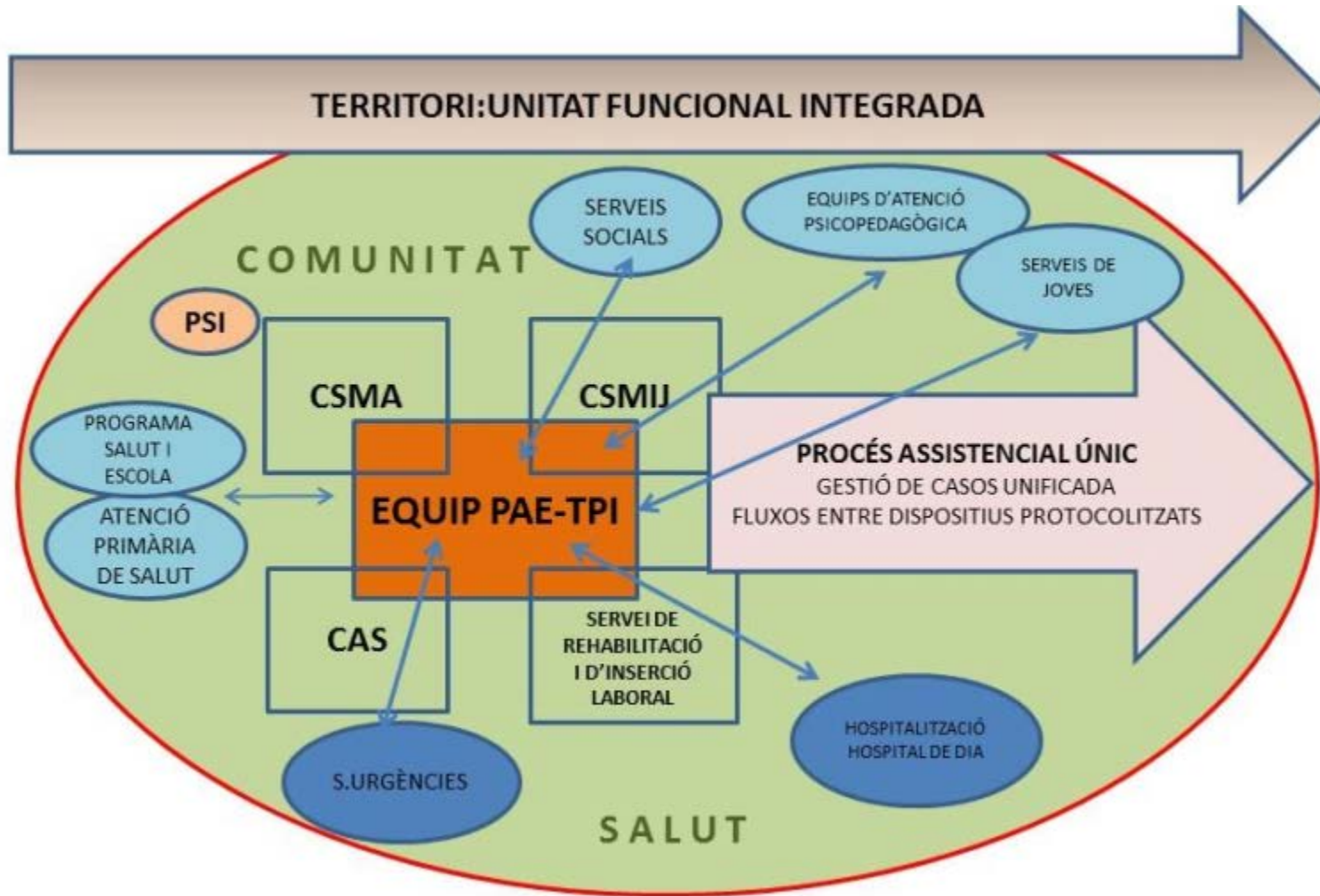
- Identificar els estats mentals de risc, denominats clàssicament manifestacions prodròmiques d'un trastorn psicòtic, i els trastorns psicòtics, per a promoure intervencions preventives que puguin evitar la transició a un primer episodi.
- Detectar precoçment els primers episodis psicòtics i reduir-ne la duració del temps que pot transcórrer fins que la persona afectada pugui ser diagnosticada i rebre tractament el més aviat possible.
- Oferir un tractament integral i integrat, adaptat a les característiques de les fases inicials de les psicosis.
- Facilitar la recuperació d'un episodi psicòtic i prevenir-ne les recaigudes durant el període crític de cinc anys posteriors al primer episodi.

Consens per a la millora
de l'atenció a les
persones amb Trastorn
Psicòtic Incipient

COM INTERVENIR EN ELS EMAR?

Les diferents guies de pràctica clínica consultades recomanen estratègies d'intervenció en els àmbits psicosocials, psicològics i farmacològics. Per una identificació de les principals recomanacions en cadascun d'aquests àmbits recomanem que es consultin les guies de pràctica clínica d'àmbit estatal i internacional més actualitzades.

**Consens per a la millora
de l'atenció a les
persones amb Trastorn
Psicòtic Incipient**



Consens per a la millora de l'atenció a les persones amb Trastorn Psicòtic Incipient

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



Xavi Labad – psiquiatra coordinador

Txell Tost – psiquiatra TEIP3

Raquel Aguayo – DUI TEIP3

Sara – psicóloga TEIP3

Irina Olasz – psicóloga CASD

Nora Mesa – Treballadora social

Juanda Barbero – psiquiatra HDOM

Fanny Gago – psiquiatra CSMIJ

Cesc Estrada – psiquiatra CSMA

Itziar Montalvo – psiquiatra UHPA

Process, outcome and experience of transition from child to adult mental healthcare: multiperspective study

Swaran P. Singh, Moll Paul, Tamsin Ford, Tami Kramer, Tim Weaver, Susan McLaren, Kimberly Hovish, Zobia Islam, Ruth Belling and Sarah White

Background

Many adolescents with mental health problems experience transition of care from child and adolescent mental health services (CAMHS) to adult mental health services (AMHS).

Aims

As part of the TRACK study we evaluated the process, outcomes and user and carer experience of transition from CAMHS to AMHS.

Method

We identified a cohort of service users crossing the CAMHS/AMHS boundary over 1 year across six mental health trusts in England. We tracked their journey to determine predictors of optimal transition and conducted qualitative interviews with a subsample of users, their carers and clinicians on how transition was experienced.

Results

Of 154 individuals who crossed the transition boundary in 1 year, 90 were actual referrals (i.e. they made a transition to AMHS), and 64 were potential referrals (i.e. were either

not referred to AMHS or not accepted by AMHS). Individuals with a history of severe mental illness, being on medication or having been admitted were more likely to make a transition than those with neurodevelopmental disorders, emotional/neurotic disorders and emerging personality disorder. Optimal transition, defined as adequate transition planning, good information transfer across teams, joint working between teams and continuity of care following transition, was experienced by less than 5% of those who made a transition. Following transition, most service users stayed engaged with AMHS and reported improvement in their mental health.

Conclusions

For the vast majority of service users, transition from CAMHS to AMHS is poorly planned, poorly executed and poorly experienced. The transition process accentuates pre-existing barriers between CAMHS and AMHS.

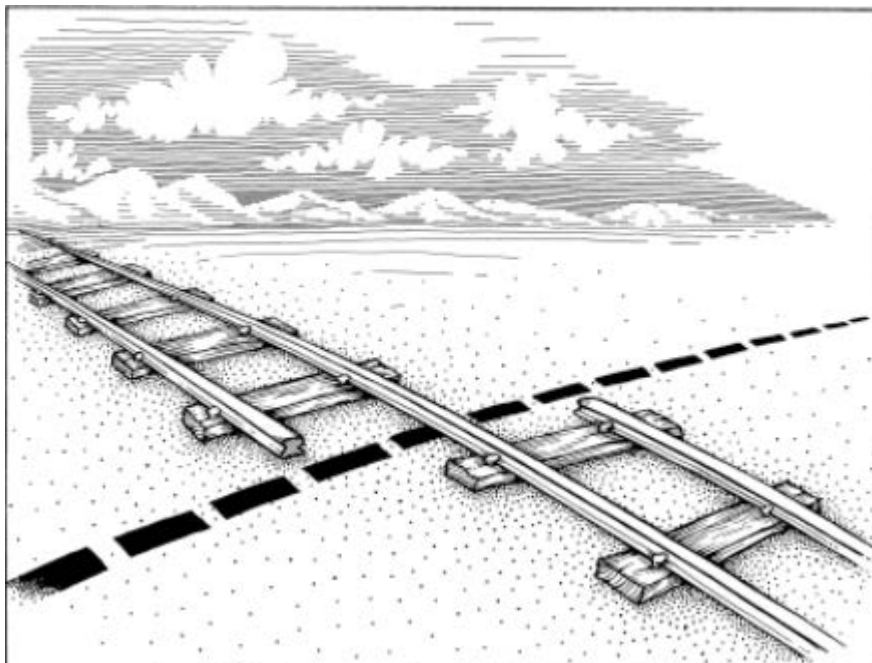
Declaration of interest

None.

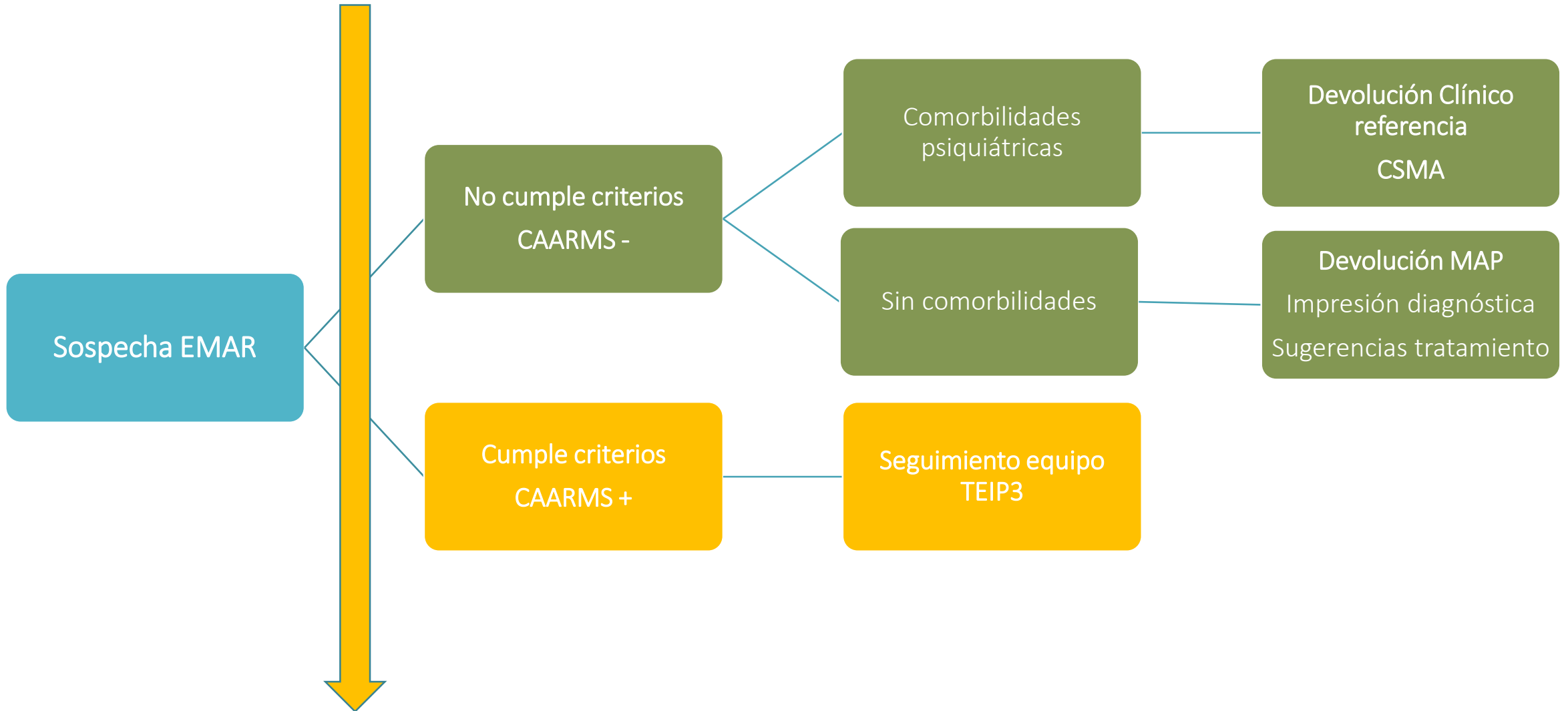
Equipo multidisciplinar y multidispositivo
- Facilita la coordinación

Reunió d'equip setmanal

- Revisió dels casos nous
- Discussió de casos complexos
- Coordinació entre professionals
- Revisions articles Nous
- Estat dels projectes de recerca actius



CAARMS



SEGUIMIENTO DE LOS EMAR EN TEIP3

Objetivos:

- Tratamiento centrado en mejorar la clínica que presenta
- Abordaje psicológico con TCC individual
- Ofrecemos intervención familiar
- Tratamiento de las comorbilidades, si las presenta

Priorizar la vinculación. Visitas e intervención multidisciplinar según necesidad.

FUTURO...

SEGUIR INVESTIGANDO

Mejorar el valor predictivo de los criterios EMAR

Generar evidencia sobre intervenciones preventivas eficaces, que hagan disminuir la tasa de transición



Identificar marcadores que puedan predecir mejor la transición a psicosis

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

THANK YOU

