

LA ATENCIÓN A LA PSICOSIS INCIPIENTE: ROL DE LA TERAPIA OCUPACIONAL.

ATTENTION TO INCIPIENT PSICOSIS: ROLE OF OCCUPATIONAL THERAPY.

Palabras clave del autor: Terapia Ocupacional, Psicosis Incipiente, Intervenciones psicosociales

Key words: Occupational Therapy, Incipient psychosis, psychosocial interventions

DECS: Terapia Ocupacional, Trastornos Psicóticos, Apoyo Social

Mesh: Occupational Therapy, Psychotic Disorders, Social Support



Autor:

D. José Ramón Bellido Mainar

Licenciado en Ciencias del Trabajo. Diplomado en Terapia Ocupacional. Diplomado en Trabajo Social Terapeuta Ocupacional y Responsable de Formación Continuada de GSS-Hospital de Santa María. Lleida

Texto Recibido: 5/11/08

Texto Aceptado: 3/06/09

RESUMEN

Desde principios de los años 90, se ha configurado el concepto de intervención en la psicosis incipiente. Este nuevo planteamiento de entender la psicosis se basa en explicar la enfermedad en las siguientes fases: premorbida, prodómica, primer brote, psicosis, remisión y recaída. Tradicionalmente la psiquiatría y en especial la Terapia Ocupacional ha intervenido en la última fase, en la recaída, momento donde los niveles de deterioro funcional son ya muy significativos. El nuevo paradigma plantea el tratamiento de la psicosis

en sus manifestaciones más incipientes. ¿Cuál sería la aportación de la Terapia Ocupacional las fases iniciales de la psicosis? la Terapia Ocupacional pretende minimizar el proceso psicotóxico y sociotóxico de la psicosis que tantos estragos genera en la funcionalidad del paciente psicótico. La Terapia Ocupacional proporciona al paciente la oportunidad de habilitar al paciente en las competencias básicas para el afrontamiento del estrés, imprescindibles para alcanzar una funcionalidad óptima. El rasgo distintivo de la Terapia Ocupacional es el trabajo de estas habilidades de afrontamiento del estrés desde las áreas ocupacionales consensuadas por nuestra profesión. Además aportamos nuestras intervenciones dirigidas a generar y consolidar una motivación ocupacional dañada por los efectos de la enfermedad y que impacta en la proyección futura de un proyecto de vida. La intervención de la Terapia Ocupacional tiene que estar enmarcada en el tratamiento global de las fases iniciales de la psicosis.

SUMMARY

Since the early 90s, has configured the concept of intervention in emerging psychosis. This new approach to understanding the psychosis is based on explaining the disease in the following phases: premorbid, Prodomo first outbreak, psychosis, remission and relapse. Traditionally, psychiatry, and particularly the Occupational Therapy has intervened at the last stage, relapse, time in which the levels of functional impairment are already very significant. The new paradigm raises the treatment of psychosis in its most nascent. What would be the provision of the Occupational Therapy the initial stages of psychosis? Occupational Therapy aims to minimize the process and psicotóxico sociotóxico of psychosis that generates so much havoc on the functionality of the psychotic patient. The Occupational Therapy gives the patient an opportunity to empower the patient in basic skills for coping stress, essential to achieve an optimum functionality. The distinctive feature of the Occupational Therapy is the work of these coping skills from the areas of occupational stress by consensus of our profession. In addition we provide our interventions to build and consolidate an occupational motivation damaged by the effects of the disease and that impacts on the future projection of a life plan. The

intervention of the Occupational Therapy has to be framed in the comprehensive treatment of the early stages of psychosis.

Como citar este texto en sucesivas ocasiones:

Bellido Mainar JR. La atención a la Psicosis Incipiente: Rol de la Terapia Ocupacional. TOG (A Coruña) [Revista en Internet]. 2009 [fecha de la cita]; Vol 6, Supl. 5: p 263-282 Disponible en:
<http://www.revistatog.com/suple/num5/psicosispdf>

INTRODUCCIÓN

El concepto de Psicosis Incipiente se encuentra enmarcado en el paradigma de las fases tempranas en las enfermedades mentales. Dicho paradigma entiende la enfermedad mental como un continuum (figura 1) que presenta una primera fase denominada premorbida donde la enfermedad comienza a gestarse de forma insidiosa y difícilmente detectable, continua en lo que se denomina la fase prodrómica, caracterizada por la aparición de los primeros síntomas significativos en compañía de otros síntomas inespecíficos. La enfermedad puede estancarse en la fase prodrómica o evolucionar hacia la aparición de los síntomas propios de la enfermedad mental. Los últimos estadios, serían la fase de remisión donde se produce una estabilización de los síntomas psicopatológicos y la fase de la recaída.(1) La intervención desde este paradigma se basa en intervenir en las primeras fases iniciales para prevenir la aparición de la enfermedad y si no ha sido posible diseñar e implantar un conjunto de intervenciones que permitan reducir al máximo el tiempo que se tarda en llegar a la estabilización de los síntomas para minimizar las consecuencias de la enfermedad y evitar posibles recaídas futuras. (1)

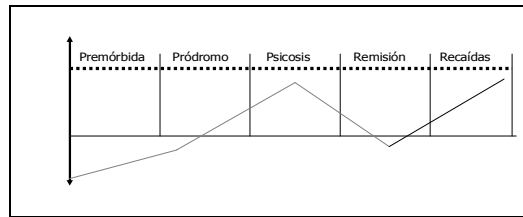


Figura 1. Evolución de la enfermedad mental

METODOLOGÍA

Las hipótesis de trabajo que sostienen autores como Vázquez-Barquero (1) son las siguientes:

1. Se ha elaborado un concepto de psicosis sesgado y distorsionado por que en la mayoría de las muestras de pacientes estudiadas se han mezclado: La enfermedad mental establecida + los efectos de los fármacos antipsicóticos + la cronicidad.
2. La no intervención en las fases iniciales de la psicosis o inmediatamente después del primer brote psicótico ha "permitido" el desarrollo de los efectos psicotóxicos, neurotóxicos y sociotóxicos propios de la psicosis. La suma de estos tres efectos provoca la cronicidad o deterioro tan difícil de mejorar y que tanto afecta a la calidad de vida de los pacientes.

La intervención en la psicosis incipiente pretende reducir el tiempo de la enfermedad sin tratar (DUI), que es el periodo que comprende desde el inicio de las fases pre-psicótica, generalmente largas y con síntomas confusos, hasta que se instaura el primer tratamiento. Algunos autores piensan que gran parte de la discapacidad se establece y se acumula en estas fases prepsicóticas y puede durar entre 2-5 años (2). Si se reduce la DUI podremos prevenir la toxicidad de la psicosis gracias a la plasticidad del psiquismo humano (Larsen et. al., 2001). También la intervención en la psicosis incipiente persigue reducir el tiempo de duración de la psicosis sin tratar (DUP), que es el periodo que comprende desde que se inicia el primer episodio psicótico hasta que se comienza el tratamiento. Existe un periodo crítico después del primer brote

psicótico que oscila entre 2-5 años donde se cristalizan el deterioro funcional que caracteriza a la psicosis. La intervención en este periodo nos permitiría prevenir la cronicidad de la psicosis (2).

Por lo tanto tenemos que pasar de un modelo basado en la remisión de síntomas a un modelo de la recuperación (Lieberman y Kopelowicz 2005) basado en:

1. Remisión sintomatológica
2. Orientar las intervenciones hacia la recuperación del paciente de sus roles productivos.
3. Consecución por parte del paciente de un estilo de vida independiente
4. Mantenimiento de las relaciones sociales.
5. Recuperar el 36-45% de los pacientes psicóticos sin tratar.

Un conjunto de autores cuestionan la intervención temprana en psicosis ya que afirman que solamente un 41% de los pacientes detectados con síntomas prodómicos pasan a una psicosis, por tanto puede suponer un conflicto ético la instauración de un tratamiento psicofarmacológico y la estigmatización que supone el diagnóstico de psicosis a un elevado número de pacientes que no desarrollarían la psicosis (Yung et al., 2003). Por otro lado estos autores si que defienden las intervenciones psicosociales, ya que disminuyen el deterioro, el sufrimiento y recuperan una narrativa de esperanza.

RESULTADOS

Desde los años 90 se están implantando progresivamente programas específicos para la atención de la psicosis en sus fases incipientes. Estas intervenciones se articulan en programas para la atención de los pródomos y programas dirigidos al primer episodio psicótico.

Programas Fase de Pródornos

El grupo de Melbourne (3) desde finales de los años 90 ha elaborado un programa de intervención basado dos estrategias (Figura 2):

1. **Estrategias de Detección:** Se incluyen intervenciones dirigidas a informar y educar a la población general de esta forma la sensibilizar en especial a los adolescentes y padres de la importancia de detectar a tiempo los signos iniciales de la psicosis y de esta forma acudir a los servicios médicos antes de que aparezca el primer brote psicótico. Además se organiza un programa formativo a profesionales tanto de las redes sociosanitarias como educativas que tiene un contacto directo con la población diana, por lo tanto pueden detectar y derivar a los servicios de salud mental a los adolescentes que presenten signos susceptibles de ser clasificados en una fase prodrómica.

2. **Estrategias de Intervención:** Se incluyen un abanico de intervenciones. En primer lugar es fundamental estrategias que refuercen la alianza terapéutica, clave para mantener la adherencia al tratamiento de un sector de población resistente a los tratamientos de salud mental como son los adolescentes. En segundo lugar iniciar un trabajo de psicoeducación al paciente y fundamente a la familia para minimizar el impacto emocional que supone la palabra psicosis. Seguidamente se introducen la terapia cognitiva para el manejo de los síntomas psicóticos atenuados o intermitentes y el tratamiento psicofarmacológico basado en antipsicóticos atípico. Imprescindible iniciar un tratamiento para abordar la problemática de abuso de sustancias que presentan estos pacientes, ya que debido a los altos niveles de angustia y ansiedad que soportan han encontrado en los tóxicos unos "ansiolíticos" de fácil acceso y aceptados en sus grupos de iguales. El programa de Melbourne aconseja sesiones de orientación de apoyo laboral y vocacional. Me gustaría nombrar al grupo de Colonia (1), porque es de los pocos programas para las fases de pródomos que

incluyen la terapia grupal, concretamente 15 sesiones donde se abordan temas de habilidades sociales y resolución de problemas. (Ver figura 2)

Programas Primeros Brotes Psicóticos

En este punto se describen tres programas dirigidos al primer episodio psicótico.

Servicio de Intervención Temprana de Birmingham (1)

Es un programa (figura 3) basado en una intervención continuada de 24 horas donde se combinan servicios de atención ambulatoria dirigidos a la detección e intervención de los primeros brotes psicóticos con intervenciones de carácter residencial en aquellos casos que sea necesario una hospitalización completa. Se procura implantar la atención en entornos no estigmatizantes por tanto la atención ambulatoria como la hospitalaria no se realiza en entornos sanitarios. Incluso se crea un centro de acogida para aquellos pacientes que requieran un ingreso residencial pero el formato, la localización y la estructura difiere de las unidades de hospitalización psiquiátrica. El tratamiento psicosocial esta incorporado tanto en la intervención ambulatoria como en la residencial. (Ver figura 3)

Estrategias de Detección	Estrategias de Intervención
Información y educación a la población general	Alianza Terapéutica
Formación a profesionales en contacto con población diana	Psicoeducación al paciente y familia
Formación a profesionales de la red sanitaria	Terapia Cognitiva para el manejo de los síntomas psicóticos intermitentes o atenuados
	Antipsicóticos "atípicos"
	Tratamiento del Abuso de sustancias
	Orientación/consejo/apoyo vocacional y laboral
	Grupo de Colonia: 15 sesiones grupales donde se incluyen sesiones de HH.SS. Y Resolución de Problemas

Figura 2: Programas Fase Prodrómica

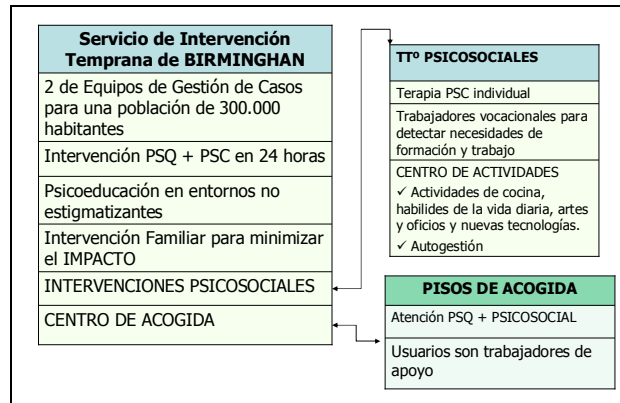


Figura 3: Programa Intervención Temprana de Birmingham

Programa Asistencial para las Fases Iniciales de Psicosis de Cantabria

Dentro del ámbito español el programa de Cantabria (1) es unas de las intervenciones en primeros brotes psicóticos con más años de experiencia y mayor evidencia científica. Se base en un equipo de trabajo conformado por un psiquiatra, psicólogo, enfermera y trabajadora social que interviene en el primer episodio psicótico desde el primer momento que es derivado por la red ambulatoria u hospitalaria. Dicho programa se ordena en tres fases cronológicas (Figura 4). Existe una fase inicial que se busca la alianza terapéutica y la estabilización clínica de los síntomas. Después viene una fase intermedia entre 6 meses y 1 año de duración. En dicha fase el tratamiento se basa en la recuperación de las habilidades de afrontamiento y el manejo de los síntomas positivos y negativos. De esta forma se pretende evitar las recaídas y trabajar en el periodo crítico. Por ultimo una fase final que puede durar hasta 3 años en los que se refuerzan los aspectos trabajados en las fases anteriores intentando prevenir el deterioro que ocasiona en la persona la toxicidad de la enfermedad. Durante el proceso de intervención se articula un protocolo de evaluación funcional donde se valora el ajuste premorbid y su evolución posterior. También en el programa encontramos un protocolo de intervención (Figura 5) donde se combinan la intervención farmacológica, psicológica y en menor medida la social.

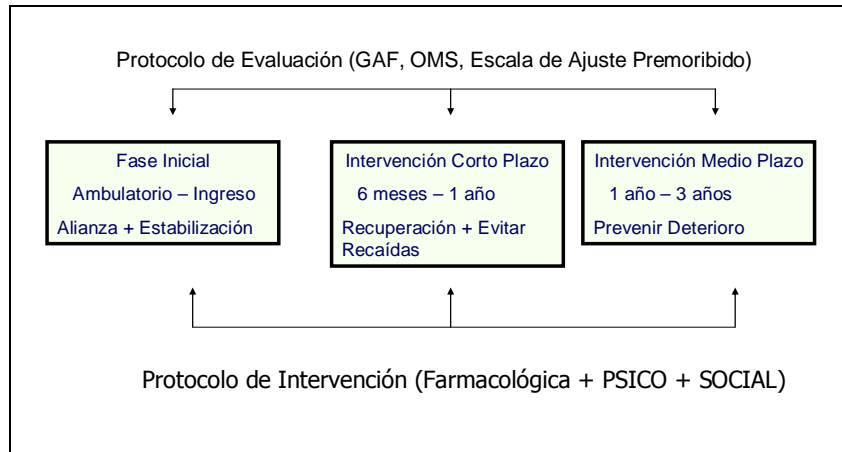


Figura 4: Programa Asistencial Cantabria (I)

TRATAMIENTO PSICOLOGICO
Terapia PSC individual y familiar
Manejo de Sintomatología Positiva
Sesiones de orientación conductual para la mejora de HH.SS y Resolución de Problemas
Sesiones sobre el consumo de tóxicos
INTERVENCIÓN SOCIAL
Orientación Laboral
Coordinación con otros dispositivos asistenciales

Figura 5: Programa Asistencial Cantabria (II)

Equipos de Atención al Trastorno Psicótico Incipiente (4)

En la Comunidad Autónoma de Cataluña impulsado por el Plan Director de la Salud Mental en Cataluña, se están implantando progresivamente en las distintas regiones sanitarias unos equipos de atención al trastorno psicótico incipiente (EATPI) ubicados en los Centros de Salud Mental (Figura 6). La dedicación profesional es parcial, el Plan Director no marca las figuras profesionales que tienen que participar, cada servicio escoge los perfiles profesionales. En el caso del Servicio de Salud Mental y Drogodependencias del Hospital de Santa Maria, en Lérida los profesionales son: psiquiatra, psicóloga y trabajadora social a dedicación parcial. Además en coordinación con este equipo en los distintos dispositivos asistenciales donde acudir pacientes con un primer episodio psicótico existe un profesional de enlace con el equipo de atención a la psicosis incipiente. Este profesional enlace realiza las labores de detección y derivación progresiva a los EATPI. En una primera fase se prioriza por estrategias de intervención cuyos tratamientos están en consonancia con los distintos programas nombrados anteriormente. El Plan Director contempla una segunda fase donde se diseñen estrategias de detección precoz y sensibilización comunitaria.

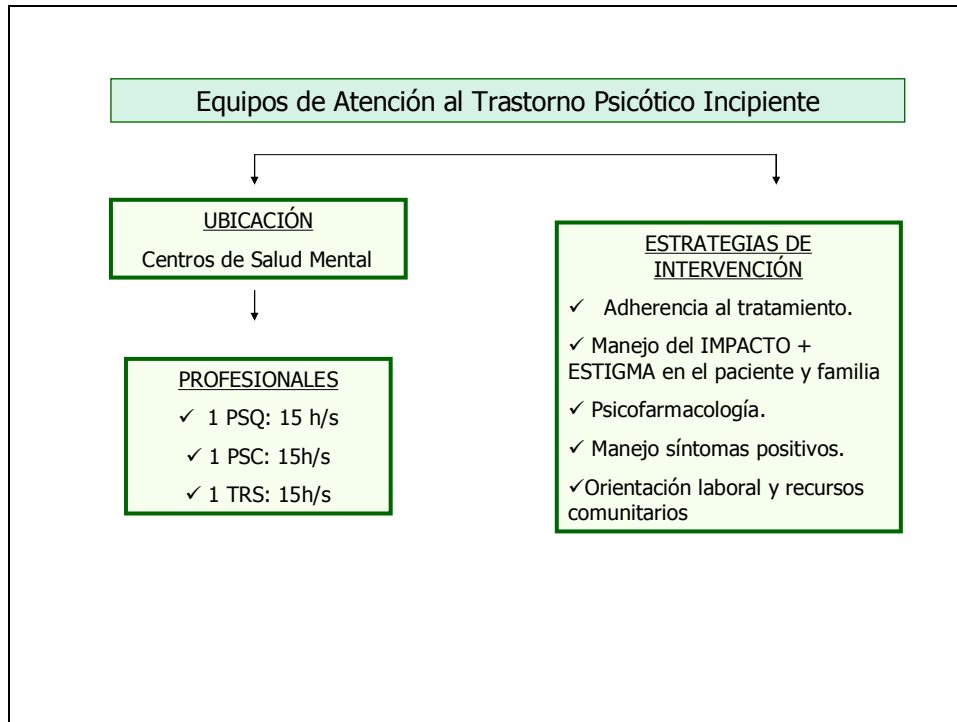


Figura 6: Programas de los EATPI

RESULTADOS

Tal como estamos viendo a lo largo del artículo el deterioro funcional ocasionado por la psicosis se concentra en la fase prodrómica, que puede durar de 2-5 años, e incluso puede llegar a una disminución de 30 puntos en la *GAF* y en los cinco años siguientes desde el primer episodio psicótico. Además el nivel de recuperación funcional después de un primer brote psicótico viene dado por el nivel de funcionalidad previa. Por tanto la intervención en la psicosis incipiente queda plenamente justificada si nos atenemos al grave deterioro funcional que se produce en las primeras fases de la psicosis. Las guías clínicas (5) internacionales recomiendan programas dirigidos a una recuperación integral, donde la recuperación de la funcionalidad se convierte en uno de los ejes de los programas de atención a la psicosis incipiente. Pero habiendo revisado los programas de intervención en nuestro contexto europeo nos encontramos que el abordaje orientado a recuperar y favorecer la funcionalidad presenta varias carencias. Podemos observar una escasez de

intervenciones grupales donde se trabajan los componentes del desempeño de una forma estructurada y continuada. Únicamente el grupo de Colonia en el caso de los programas para la fase prodómica contempla sesiones grupales, centradas en la mejora de las habilidades sociales y en la resolución de problemas. En el caso de los programas de intervención en primeros episodios psicóticos desarrollados en España las intervenciones psicosociales grupales no aparecen y las individuales pasan a un segundo plano debido a la poca "dedicación" asistencial de profesionales con un perfil más psicosocial. Nos encontramos con una reducción de la funcionalidad al área laboral sin profundizar en áreas tan importantes como son las áreas educativas, autonomía personal y ocio/tiempo libre. El área de participación social se contempla desde la psicoterapia individual dirigida a mejorar las habilidades sociales. Incluso desde la perspectiva de las habilidades personales, la mejora en las habilidades emocionales no aparece de forma estructurada. Los distintos programas no contemplan adaptaciones de los recursos existentes a las necesidades específicas de la psicosis incipiente. Por la revisión bibliográfica efectuada, únicamente el grupo de Melbourne nombra la figura del Terapeuta Ocupacional. Por tanto la Terapia Ocupacional puede realizar aportaciones muy interesantes en el abordaje de la funcionalidad. Proporciona al paciente la oportunidad de habilitar al paciente en las competencias básicas para el afrontamiento del estrés, imprescindibles para alcanzar una funcionalidad óptima. El rasgo distintivo de la Terapia Ocupacional es el trabajo de estas habilidades de afrontamiento del estrés desde las áreas ocupacionales consensuadas por nuestra profesión desde un formato grupal e individual. Además aportamos nuestras intervenciones dirigidas a generar y consolidar una motivación ocupacional dañada por los efectos de la enfermedad y que impacta en la proyección futura de un proyecto de vida, vinculando al paciente a un proyecto de recuperación funcional sostenido en el tiempo enfocando el tratamiento desde una óptica de la recuperación que contribuye a minimizar el impacto que supone para el paciente y la familia el diagnóstico de psicosis. En el presente artículo un modelo de intervención desde la óptica de la Terapia Ocupacional

3.1 Rol de la Terapia Ocupacional en la Fase de Pródromos

Esta fase podemos observar lo que se denomina (6) el "síndrome avanzadilla" caracterizado por un deterioro de la función cognitiva/emocional y la aparición de las primeras alteraciones corporales unido a un conjunto de síntomas ansioso-depresivos agravados con conductual más impulsivas como las autolesiones y abuso de sustancias. Lo que subyace en estos cambios conductuales es un "fracaso" de las habilidades de afrontamiento del estrés. Nuestra intervención puede responder a la necesidad de dotar a los adolescentes de mayores estrategias de manejo del estrés. Es fundamental habilitar a los pacientes dos capacidades imprescindibles para el manejo del estrés: la habilidad para la resolución de problemas (función ejecutiva) y las habilidades para manejarse en las relaciones sociales (habilidades socio/emocionales). Un ejemplo de trabajo de las capacidades para la resolución de problemas (figura 7) sería el siguiente:

- a) Identificación de problemas más significativos para el paciente por áreas ocupacional
- b) Diseño de planes cognitivos orientados a la resolución de los problemas identificados, contemplando las distintas alternativas para trabajar la flexibilidad de respuesta.
- c) Revisión de los planes cognitivos después de la ejecución de los mismos.

(Ver figura 7)

Respecto a las habilidades socio/emocionales debido a la flexibilidad pensamiento existente en los adolescentes la intervención se divide en dos pasos:

- a) Potenciar y favorecer el razonamiento social (figura 8)
- b) Reforzar el razonamiento social a través de técnicas de ensayo de conducta.

(Ver figura 8)

AUTOMANTENIMIENTO	EDUCATIVA	PARTICIPACIÓN SOCIAL
Preparar el desayuno	Buscar por Internet	Organizar una fiesta de cumpleaños
Recoger la habitación	Preparar un examen	Iniciar una conversación con un amigo
Comprar el material escolar	Preguntar al profesor	Expresar un problema a los padres
Desplazarse en transporte público	Realizar los deberes	Expresar un deseo a un hermano/a
Pedir ayuda a un vecino..	Apuntarse a una actividad extraescolar	Decir que NO a tóxicos
Revisión de planes: huelga de autobuses, no funciona Internet, etc..		

Figura 7: Resolución de Problemas y Terapia Ocupacional

¿Qué deberías hacer si?	Razones por las cuales la mayoría de la gente....	¿Qué cosas diferentes serían probables que te ocurrieran si...?	¿Cuándo sería socialmente apropiado y socialmente inapropiado que..?	¿Qué sería lo apropiado cuando...?
Estas presenciando una pelea	Se hacen regalos a personas importantes	Te irritas y gritas demasiado en un grupo	Hicieras una llamada a cobro revertido	Un amigo te dice que le gusta tu móvil
Algo te gusta de un amigo	Intenta cuidar su aspecto	Bebes demasiado	Gritaras o te rieras	Un profesor te llama la atención
Te han hecho una crítica	Le gustaría dejar de fumar	No cumples lo comprometido	Dieras un consejo	Surge un imprevisto

Figura 8: Razonamiento Social

Estas intervenciones de Terapia Ocupacional se pueden encuadrar en un formato grupal e individual e incluso e un entorno de trabajo "institucional"

tanto en el medio escolar como en una hospitalización parcial. No debemos olvidarnos de realizar un trabajo individual dirigido a una orientación ocupacional sobre alternativas constructivas de organización del tiempo libre y una orientación vocacional ya que es muy probable que el paciente se encuentre muy confundido en dichas áreas. En definitiva la finalidad de la Terapia Ocupacional en la fase de pródromos es minimizar el impacto de los síntomas en la funcionalidad, y en el caso de que ocurre el brote psicótico, que el paciente parta de un nivel máximo de funcionalidad, indicador de mejor pronóstico.

3.2 Rol de la Terapia Ocupacional en el Primer Episodio Psicótico: Unidad de Agudos

Cuando un paciente con un primer brote psicótico entra por primera vez en una unidad de agudos se siente totalmente impactado y percibe el entorno hospitalario como una "cárcel" rodeado de personas que no le comprenden ni entienden. La existencia de un programa de actividades de Terapia Ocupacional contribuye a crear un espacio terapéutico que favorece la disminución de las defensas y reticencias del paciente y el inicio desde el primer momento de las intervenciones dirigidas a una recuperación integral, tal como recomiendan las guías clínicas (5). Un posible programa de actividades indicado para pacientes con un primer episodio psicótico podría ser el siguiente:

- Fomento de las Actividades de Autocuidado.
- Actividades de Estimulación Cognitiva.
- Actividades de descarga y control de la ansiedad.
- Actividades de orientación a la realidad
- Actividades de expresión y prevocacionales o educativas

3.3 Rol de la Terapia Ocupacional en el Primer Episodio Psicótico: Hospitalización Parcial

La hospitalización parcial es un dispositivo asistencial que presenta una serie de características que le hace ser un candidato idóneo para empezar a trabajar el periodo crítico tan importante en el caso en los primeros episodios psicóticos (4). Estos rasgos del Hospital de Día son:

- No romper sus vínculos comunitarios.
- Introducir de manera intensiva un tratamiento muy variado:
 - Tratamiento y ensayos farmacológicos.
 - Terapia cognitiva-conductual para el manejo de los síntomas positivos.
 - Conciencia de enfermedad
 - Tratamiento de la disfunción ocupacional y construcción de función la función ocupacional
 - Manejo del impacto emocional en la familia

Desde la Terapia Ocupacional podríamos trabajar paralelamente la habilitación/rehabilitación de las habilidades funcionales imprescindibles para un manejo adaptativo del estrés, la recuperación de la funcionalidad en las cinco áreas de la ocupación humana y un trabajo individual orientado acompañar en la comunidad todo el trabajo realizado en las actividades de carácter grupal.

Las actividades indicadas para trabajar la habilitación/rehabilitación de las habilidades funcionales podrían ser las siguientes:

- Programa de estimulación cognitiva.
- Programa de Resolución de problemas.
- Programa de Habilidades de comunicación e interacción:
 - Identificación de emociones.
 - Expresión de emociones y opiniones.
 - Decir que NO.
 - Aceptar la crítica.

Las actividades descritas en la fase de los pródomos también podrían ser validas en pacientes con un primer episodio psicótico

Para la recuperación de la funcionalidad en las cinco áreas de la ocupación humana podríamos tener en cuenta las siguientes indicaciones:

- A. Productiva/Estudios:
 - Variedad de actividades prevocacionales.
- A. Automantenimiento:
 - Cuidado de la Salud
 - Abuso de Tóxicos.
- A. Ocio/Participación Social:
 - Abanico de actividades de ocio individual.
 - Actividades de ocio comunitarias.

La orientación ocupacional individual tendría basarse en los siguientes principios:

- "Radiografiar" su motivación ocupacional
- Orientación Vocacional y en ocio/tiempo libre
- Pactar y acompañar el establecimiento por parte del paciente de una rutina ocupacional eficiente y flexible.
- Incidir en el equilibrio ocupacional: ciclos de actividad-descanso-sueño.

En definitiva la intervención desde la Terapia Ocupacional permite al paciente:

- Comience a construir un "hacer" con sentido: Ocupación Significativa.
- Un "hacer" adaptado a la sintomatología: Terapia.
- Un proyecto de vida
- Vínculos familiares y amigos

3.4 Rol de la Terapia Ocupacional en el Primer Episodio Psicótico: Servicios de Rehabilitación Comunitaria

Algunos de los pacientes con un primer brote psicótico necesitan continuar su recuperación integral desde los dispositivos rehabilitadores de carácter comunitario. En un principio la situación más adecuada sería derivar a pacientes previamente trabajados desde los Hospitales de Día. La intervención de carácter psicosocial se podría encuadrar de la siguiente manera:

1. **Habilitación/rehabilitación de las habilidades funcionales:**
 - Programa de Psicoeducación
 - "Paquete" Terapéutico para el manejo del estrés.
 - Programa tratamiento de la Patología Dual (7).
 - Actividades prevocacionales.
2. **Orientación y apoyo en actividades ocupacionales comunitarias:**
 - Actividades de Ocio vinculados o no al centro.
 - Actividades formativas.
 - Actividades de Empleo Protegido.
 - Grupo de Soporte.
 - Orientación en la Inserción laboral

3.5 Rol de la Terapia Ocupacional en el Primer Episodio Psicótico: Equipos de Atención al Trastorno Psicótico Incipiente (EATPI)

El rol de la Terapia Ocupacional en los EATPI consistirá en contestar a las siguientes preguntas relacionadas con las necesidades ocupacionales de estos pacientes:

1. ¿Quién puede ofrecer una valoración de la funcionalidad a nivel integral?
2. ¿Quién puede ofrecer una intervención en los componentes del desempeño/habilidades funcionales en un contexto grupal?

3. ¿Quién puede ofrecer una “reparación” de la fractura de la narrativa volicional provocada por el impacto que supone la enfermedad?
4. ¿Quién puede ofrecer un acompañamiento en sus desafíos ocupacionales que le permita reforzar la autoconfianza?

CONCLUSIONES

Respecto al tratamiento global las conclusiones son las siguientes:

- La atención integral a la psicosis incipiente basada en un modelo de recuperación integral nos permite prevenir el efecto “devastador” de la psico-neuro-socio toxicidad de la Psicosis.
- Todos los autores coinciden en la importancia capital de las intervenciones psicosociales pero en los programas actuales no están lo suficientemente consolidadas por lo tanto se da la paradoja de que los niveles de funcionalidad previos y posteriores al primer episodio psicótico son un indicador de primer rango a la hora de valorar el pronóstico de la psicosis pero los programas específicos para mejorar la funcionalidad están escasamente organizados y dotados de profesionales con un perfil más psicosocial.
- Es necesario diseñar e implementar una investigación paralela, para confirmar el paradigma actual de la enfermedad mental establecida y por motivos éticos debido al alto número de “falsos positivos.

Respecto a Terapia Ocupacional:

- Somos una oportunidad para “Reparar” la identidad ocupacional.
- Somos sus acompañantes en el desarrollo de su competencia ocupacional y la búsqueda de desafíos.

- Situar en igualdad de condiciones el abordaje de lo "cotidiano" frente a la importancia que se le concede el tratamiento más psicofarmacológico y psicoterapéutico de la sintomatología positiva y negativa
- Tenemos que conocer de forma exhaustiva la Psicosis, nos proporciona el rol de clínico ante nuestros compañeros y el rol de experto ante el paciente y familiares.
- Los programas de atención a la psicosis incipiente son un "nicho de mercado" para la expansión de la Terapia Ocupacional.
- Para evitar conflictos de competencias con otros profesionales con un perfil psicosocial debemos conocer nuestros modelos y herramientas propias de intervención.

AGRADECIMIENTOS

Luis Maria Berrueta Maeztu a todo el equipo del Hospital de Día de Salud Mental del Hospital de Santa María.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Vázquez Barquero JL, Crespo Facorro B, Herrán A. Las Fases Iniciales de las enfermedades mentales: Psicosis. 1ª ed. Barcelona: Masson; 2005.
- (2) Laculat L, coordinador. Proposta de Desenvolupament d'un model d'atenció als trastorns psicòtics incipients: Documents de Treball. 2ª ed. Barcelona: Forum Salut Mental; 2006.
- (3) Gleeson J, McGorry P. Intervenciones psicológicas en psicosis tempranas. 1ª ed. Madrid: Desclée de Broker; 2006.
- (4) Comité d'expert de Salut Mental a Catalunya. Plà Director de Salut Mental a Catalunya. Barcelona: Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya; 2006.
- (5) American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. 2ª ed. Washington: APA; 2004.
- (6) Vallina O, Alonso M, Gutiérrez A, Ortega JA, García A, Ferrandez P, et al. Aplicación de un programa de intervención temprana en psicosis: Un nuevo desarrollo para las unidades de salud mental. ASMR [revista en Internet] 2003 [Marzo 2005]; 2 (2). Disponible en: <http://bibliopsiquis.com/asmr/0202/0202adu.htm>
- (7) Roberts L, Shaner A, Eckaman T. Cómo superar las adicciones: Entrenamiento de habilidades para pacientes con esquizofrenia y patología dual. Barcelona: Fundació Seny; 2001