

Experiencia de una psicóloga del CAS / CSMiA Les Corts CHM en el programa PAE-TPI

Delia Parellada, Psicóloga clínica
CSMiA Les Corts CHMLC

Índice

- La base y funcionamiento del PAE-TPI de LC
 - ▣ De qué forma se detectan los pacientes
 - ▣ Criterios de seguimiento
- Qué papel juega el CAS / CSMIA
- Refreir mi propia experiencia
- CSMiA: pros y contras

PAE-TPI

Objetivo general

- Detección temprana y la intervención precoz en los trastornos psicóticos para:
 - ▣ Disminuir su incidencia
 - ▣ Reducir los daños
 - ▣ Mejorar el pronóstico

Objectivos específicos

- Identificar EMAR.
- Detección temprana de los PEP y reducción del tiempo sin tratamiento (DUP).
- Mejora de la accesibilidad.
- Mejora en la valoración clínica.
- Mejora de las intervenciones específicas: tratamiento integral e integrado adaptado a las fases iniciales de la psicosis.
- Facilitar la recuperación de un episodio psicótico y prevenir recaídas durante el periodo crítico de 5 años.

Objetivos específicos

- Promover vinculación y participación.
- Contribuir a la reducción de la mortalidad y morbilidad: Mejora en salud, calidad de vida y prevención de cronicidad y dependencia.
- Ofrecer soporte familiar.
- Organización de los equipos y servicios implicados en el proceso asistencial.
- Sistemas de registro e indicadores para la evaluación del programa.

Población

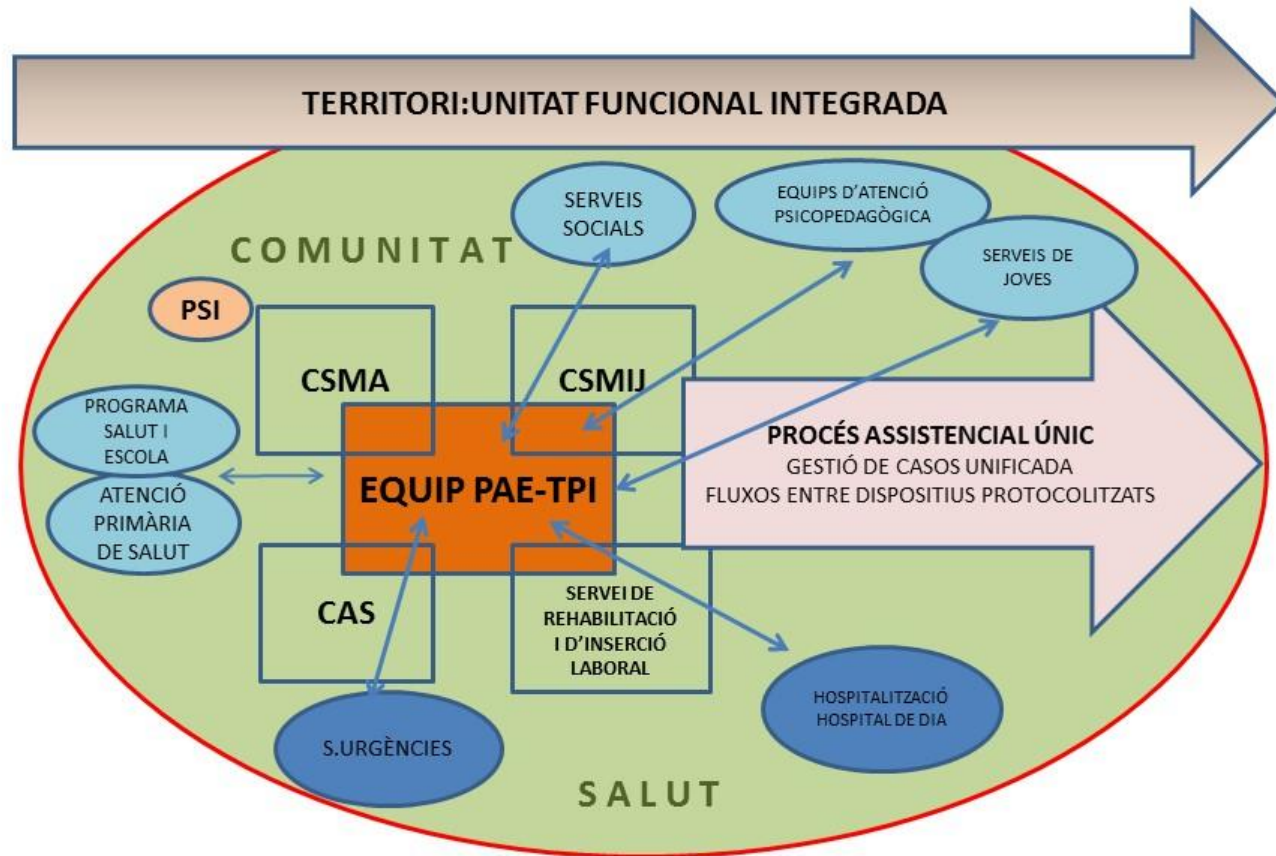
- Personas entre 14-35 años, que presentan:
 1. Estados mentales de alto riesgo de desarrollar un trastorno psicótico. **EMAR**
 2. Primeros episodios psicóticos. **PEP**
 3. Personas que se encuentran en fase de recuperación, durante el período crítico de cinco años posterior a un primer episodio psicótico. **PC**

1. **De vulnerabilidad:** Presencia de un factor de riesgo:
 1. Antecedentes familiares de 1º grado de tr. psicótico.
 2. Trastorno esquizotípico
 3. Declive funcional persistente o significativo en el último año de 30 puntos GAF
2. **De psicosis atenuada (APS) :** Síntomas positivos subumbral en intensidad o frecuencia.
3. **De síntomas psicóticos breves limitados intermitentes (BLIPS) :** Síntomas recientes psicóticos francos (+1 semana) que se resuelven espontáneamente.
4. **De síntomas negativos atenuados:** Síntomas psicóticos negativos atenuados (en ausencia de síntomas positivos psicóticos atenuados) en el último año.
5. **De bipolares:** Riesgo de psicosis afectiva:
 1. Manía subumbral
 2. Depresión tipo ciclotímica
 3. Depresión con riesgo genético en familiar 1º o 2º grado de TB.

Organización

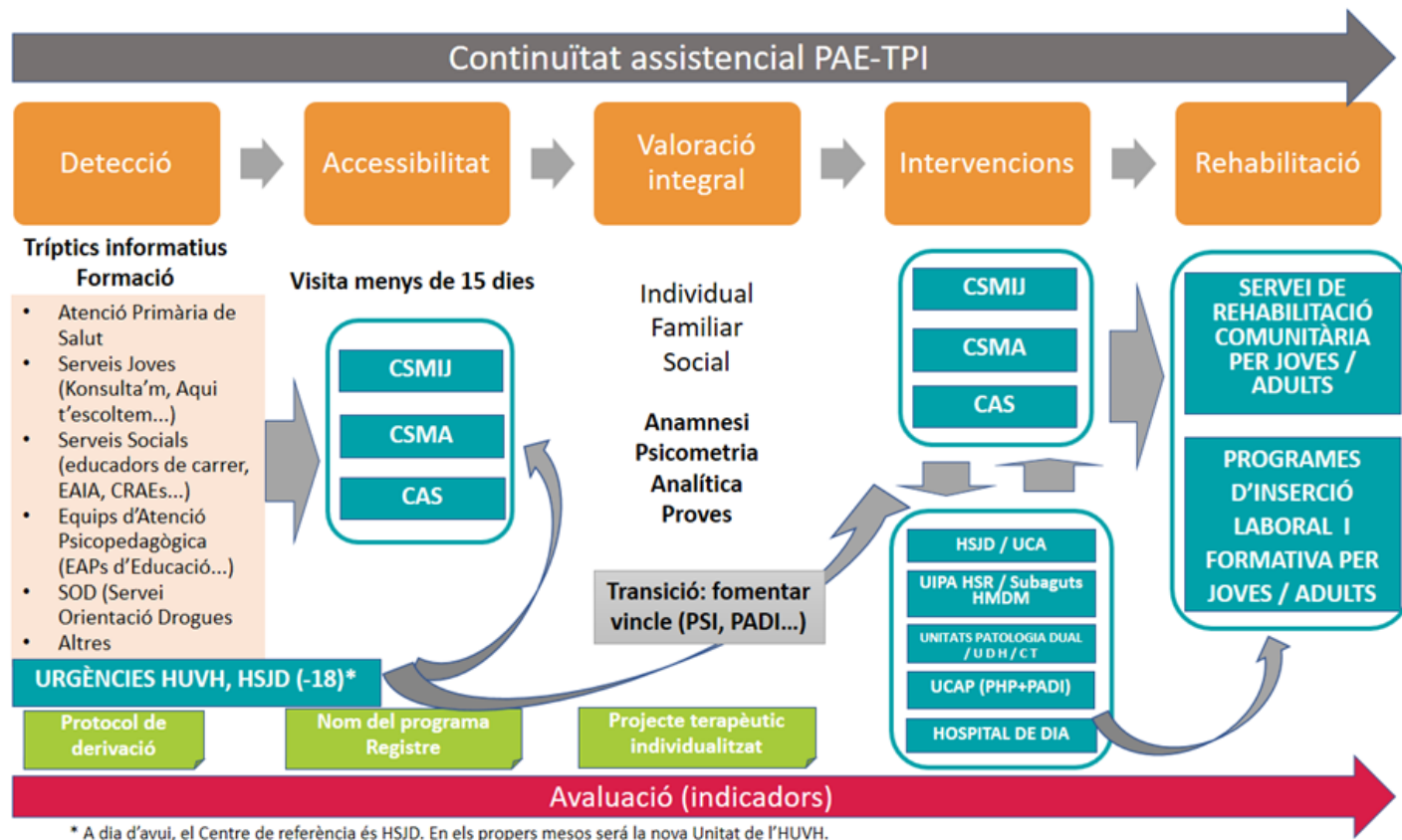
- Equipo
 - 1 Coordinadora/psiquiatra
 - 1 Psiquiatra
 - 1 Enfermera
 - 2 PSI
 - 2 Psicólogas
- Reuniones semanales: Entrada, seguimiento, derivaciones y alta.
- Reuniones interdisciplinarias e interservicios: CSMIJ, HD, SRC, laboral y formativo. 1/mes.
- Reunión circuito, se comentan los casos del PAE ingresados en otros dispositivos de la red (primaria, hospitales...).
- Coordinaciones con recursos comunitarios: Asociaciones, SSSS, CE...
- Formaciones específicas y docencia

Funcionamiento equipo



Ruta asistencial para la atención a personas con EMAR y TPI del PSMiA

Marco general del proceso de atención, 2021



¿Por qué la intervención desde
un CAS en el PAE-TPI?

Justificación

➤ **Comparado con población general:**

- ❑ Los q consumen drogas tienen hasta 7 veces más probabilidad de desarrollar un problema de salud mental.
- ❑ Cannabis consumido posterior a los 18 años aumenta 1,65 la probabilidad de desarrollar una EZ. Si es anterior a los 15 años: aumenta 4,5 veces la probabilidad de desarrollarla a los 26 años.

➤ **Comparamos Trastorno Psicótico Inducido por Sustancias (TPIS) con pacientes con otros trastornos psicóticos:**

- ❑ **Debut en psicosis es más temprano**, sobretudo con consumo de cánnabis.
- ❑ Cánnabis como factor acelerador de la fisiopatología en la psicosis, sobre todo en las no afectivas.
- ❑ **Peor pronóstico.** Peor cumplimiento terapéutico + peores condiciones neurobiológicos.
- ❑ **25-46% con TPIS que transitan al trastorno en el espectro de la EZ**, lo hacen dentro de los **3 primeros años** del debut psicótico.

Si mantienen el consumo:

- ❑ Peor pronóstico. Peor cumplimiento terapéutico + peores condiciones neurobiológicos.
- ❑ Mayor prevalencia de suicidio.
- ❑ Más síntomas negativos ?
- ❑ Mayor sintomatología positiva ?
- ❑ Más vistas a urgencias, recaídas y rehospitalizaciones.
- ❑ Más problemas de conducta, sociales.

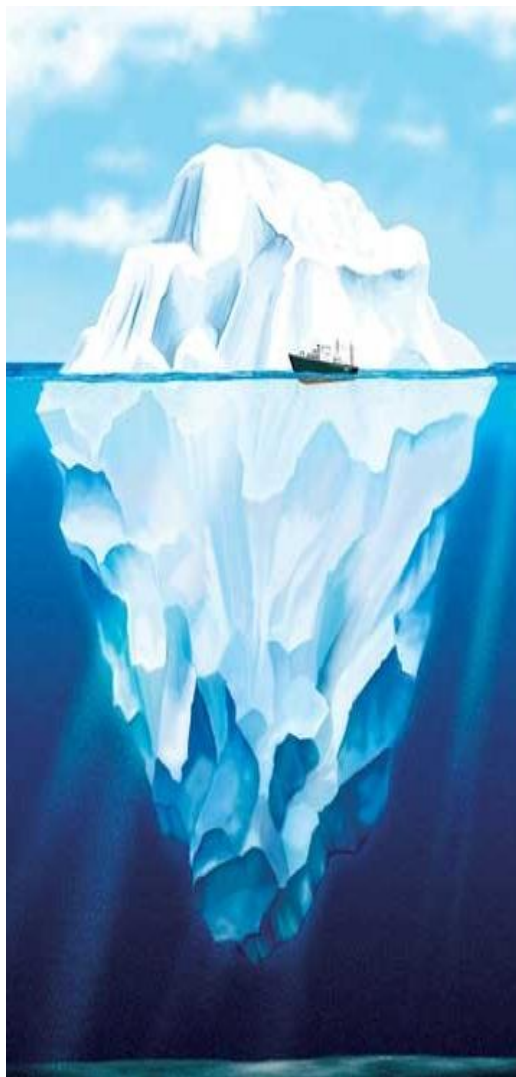
Justificación

➤ **Tesis doctoral , transición a trastorno mental grave y consumo de sustancias en primeros episodios psicóticos , D. Adrián Neyra del Rosario. 2016.**

- N: 282 (205 a los 5 años)
- La **psicosis inducida**:
 - Primera hospitalización se adelanta 7 años respecto a la q no lo es.
 - En el caso del cánnabis se adelanta hasta 8 años.
 - Si comparamos sustancias, el debut es de menor edad con el cánnabis (hasta 3 años).
 - Sustancias asociadas al primer episodio: Cánnabis ➤ Cocaína ➤ Anfetaminas VS cannabis+ tabaco ➤ Alcohol
 - Ez se desarrolla en edades más tempranas.
 - Antecedentes familiares no son factor de mal pronóstico.
 - Más días de hospitalización en las estancias medias. En las cortas no hay diferencia.
 - **No hay diferencia en la sintomatología psicótica** ni en los síntomas negativos ni en el afecto.
 - Reingresos no hay diferencia ni en la frecuencia ni en los tiempos. Pero si son menores de 30 años + cánnabis = sí.
 - Factores de reingreso (a los 5 años):
 1. Cannabís
 2. Afecto maníaco
 3. La angustia
 4. Ideación delirante de control
 - Mayor número de reingresos si mantienen consumo: 38% VS Lieberman :+80%
 - **No hay diferencias en el cambio diagnóstico a los 5 años**: 67% transita a TMG

Justificación

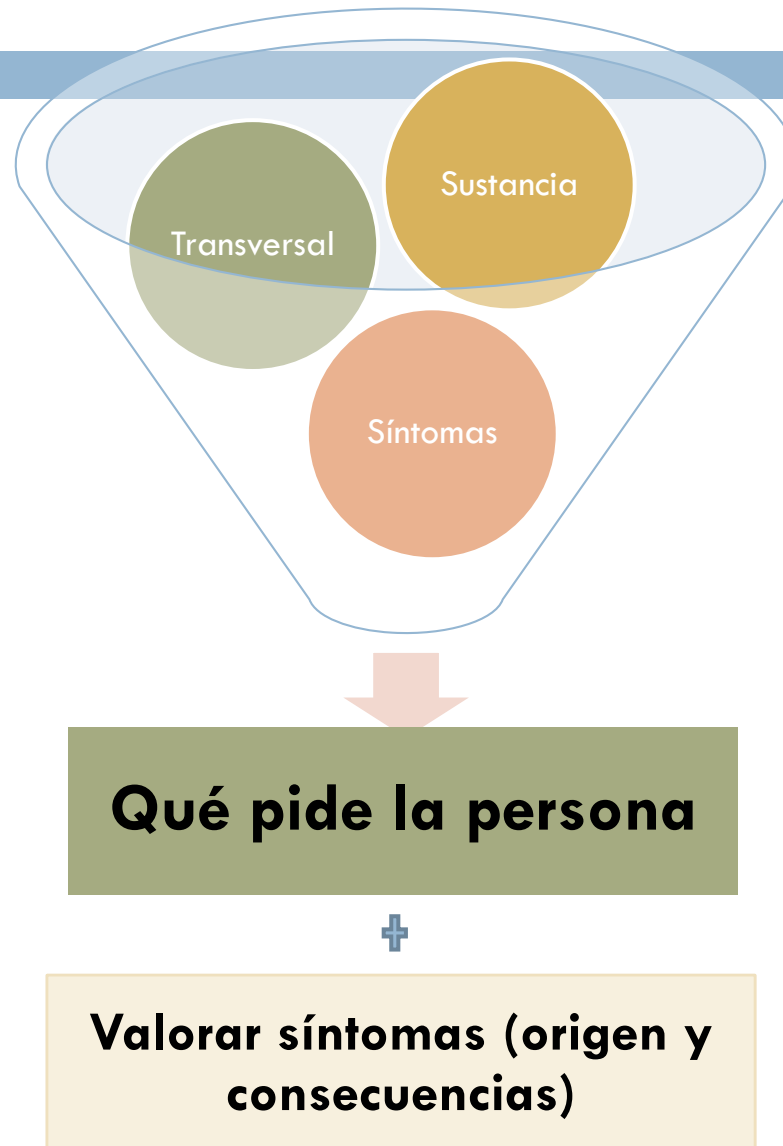
- **“Características y resultados del los jóvenes con trastorno psicótico inducido por sustancias”, J. O’Connell, M. Sunwoo, P. McGorry. B. O’Donoghue. 2018. Schizophrenia Research**
- N: 544. 15-24 años con PEP que reciben tratamiento de intervención temprana.
- 2011-2013
- Objetivo:
 - Proporción de jóvenes con TPIS
 - Características demográficas y clínicas asociadas al diagnóstico TPIS
 - Tasas de remisiones y recaídas en TPIS comparado con PEP
 - Resultados con respecto a educación y empleo en TPIS
 - Proporción que pasan de un TPIS a otro trastorno de psicótico
- Conclusiones:
 - Las personas con TPIS tenían más probabilidades de ser hombres, estar desempleados y tener un trastorno por consumo de sustancias comórbido.
 - **No hubo diferencias significativas en la duración de la psicosis no tratada, en la severidad de los síntomas psicóticos, en el tiempo hasta la remisión ni en las tasas de recaída.**
 - El 35,7% de los que tenían TPIS tuvieron un cambio de diagnóstico a un espectro de esquizofrenia o trastorno bipolar después de una mediana de 84 semanas.
 - Aquellos con TPIS tenían menos probabilidades de participar en un estudio al momento del alta.
 - **Los TPIS no reciben la misma inmediatez y duración de tratamiento** que otro tr psicótico, lo que es contradictorio con que tienen mayor probabilidad de desarrollar TMS.
 - Es necesario una **intervención temprana** e intensiva para los TPIS. Igual que en otros trastornos psicóticos.
 - Se sugiere una revisión de los criterios diagnósticos para TPIS y un modelo que sugiera la asociación con la sustancia y no la causalidad.



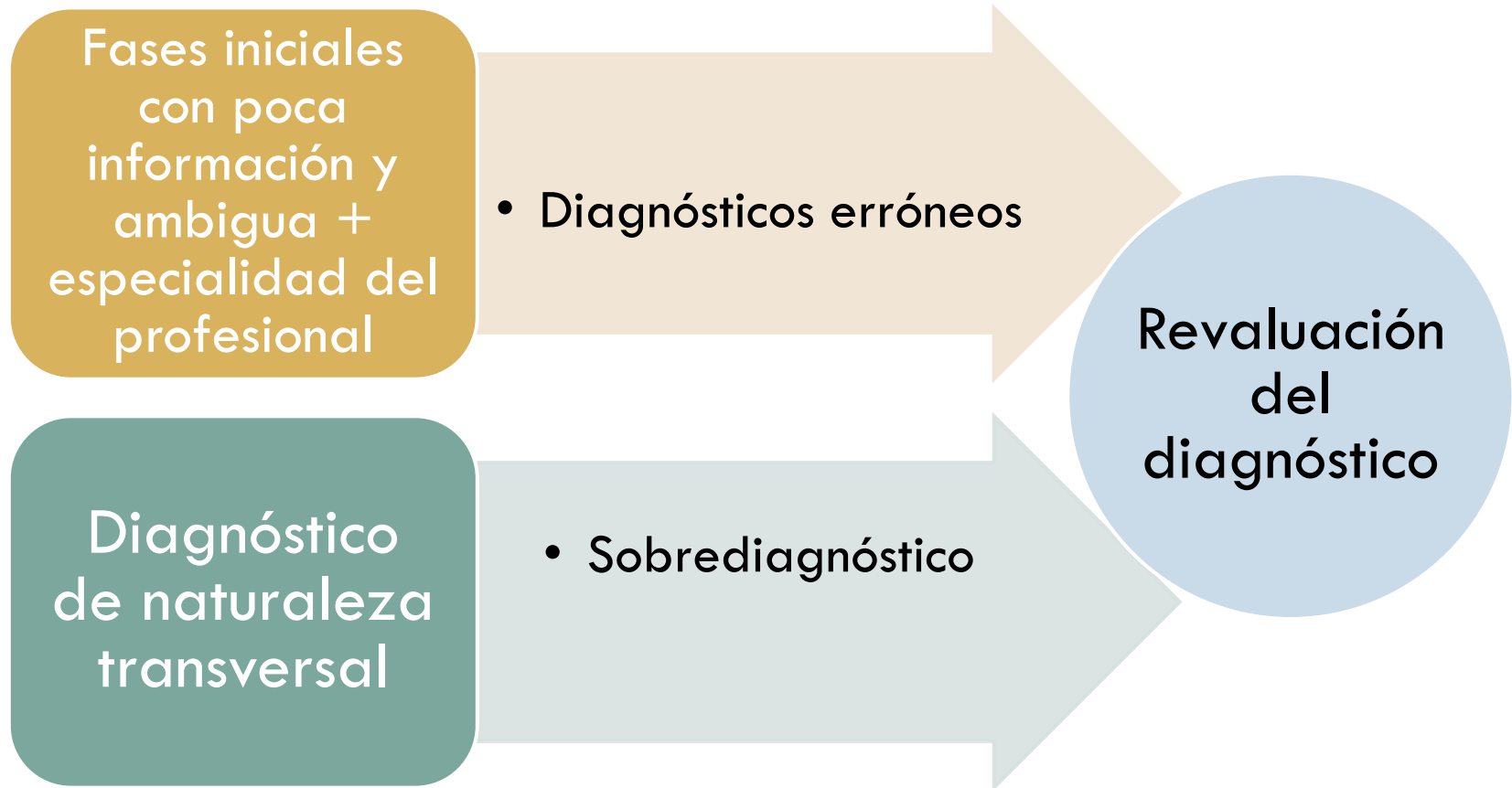
Qué es primero?



Punto de partida



Punto de partida

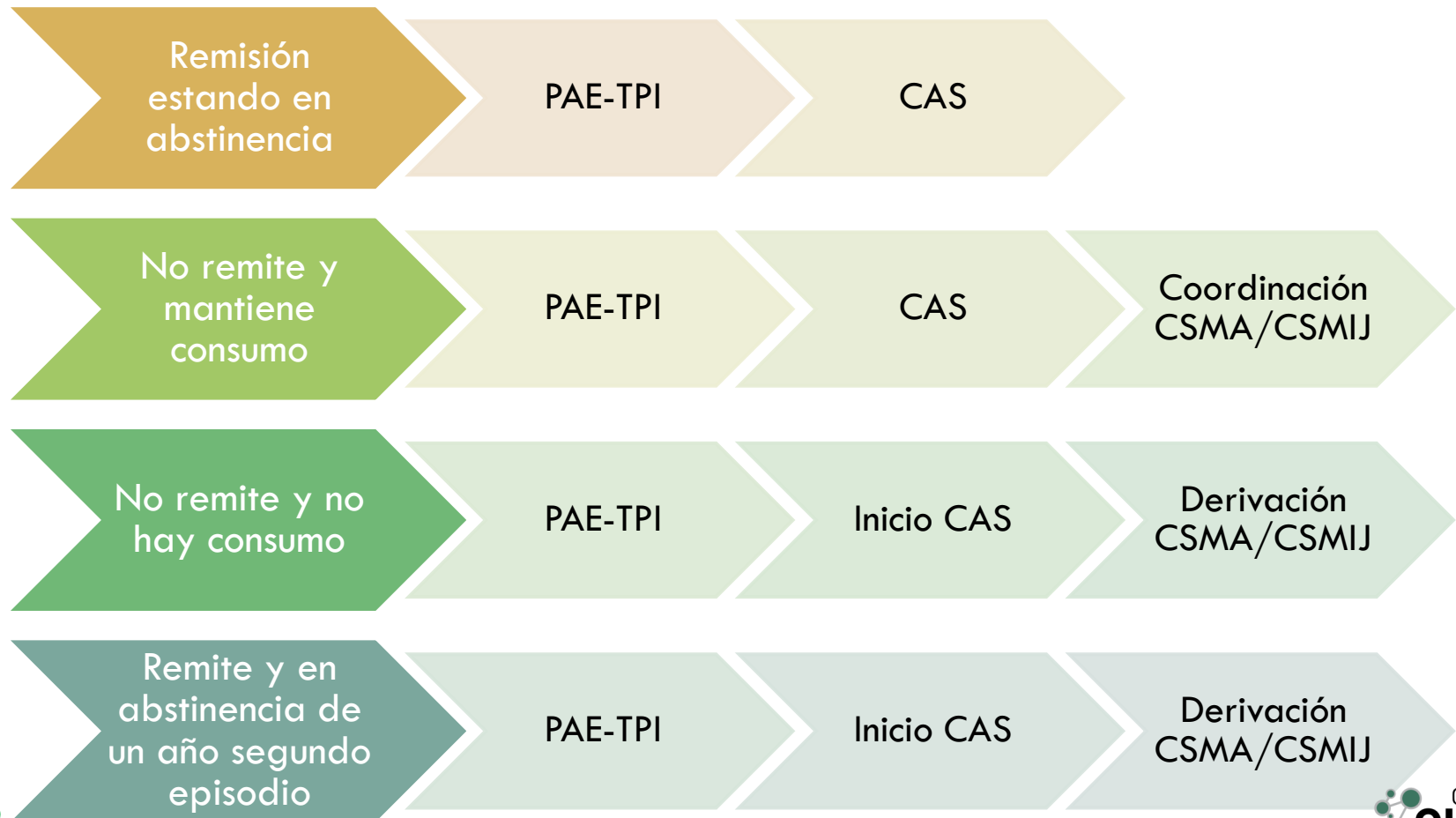


Protocolo de coordinación CSMA/CSMIJ-CAS en el PAE TPI. 2020



Àrea Integral
de Salut
Barcelona Esquerra

1. PEP en tratamiento en el CAS.

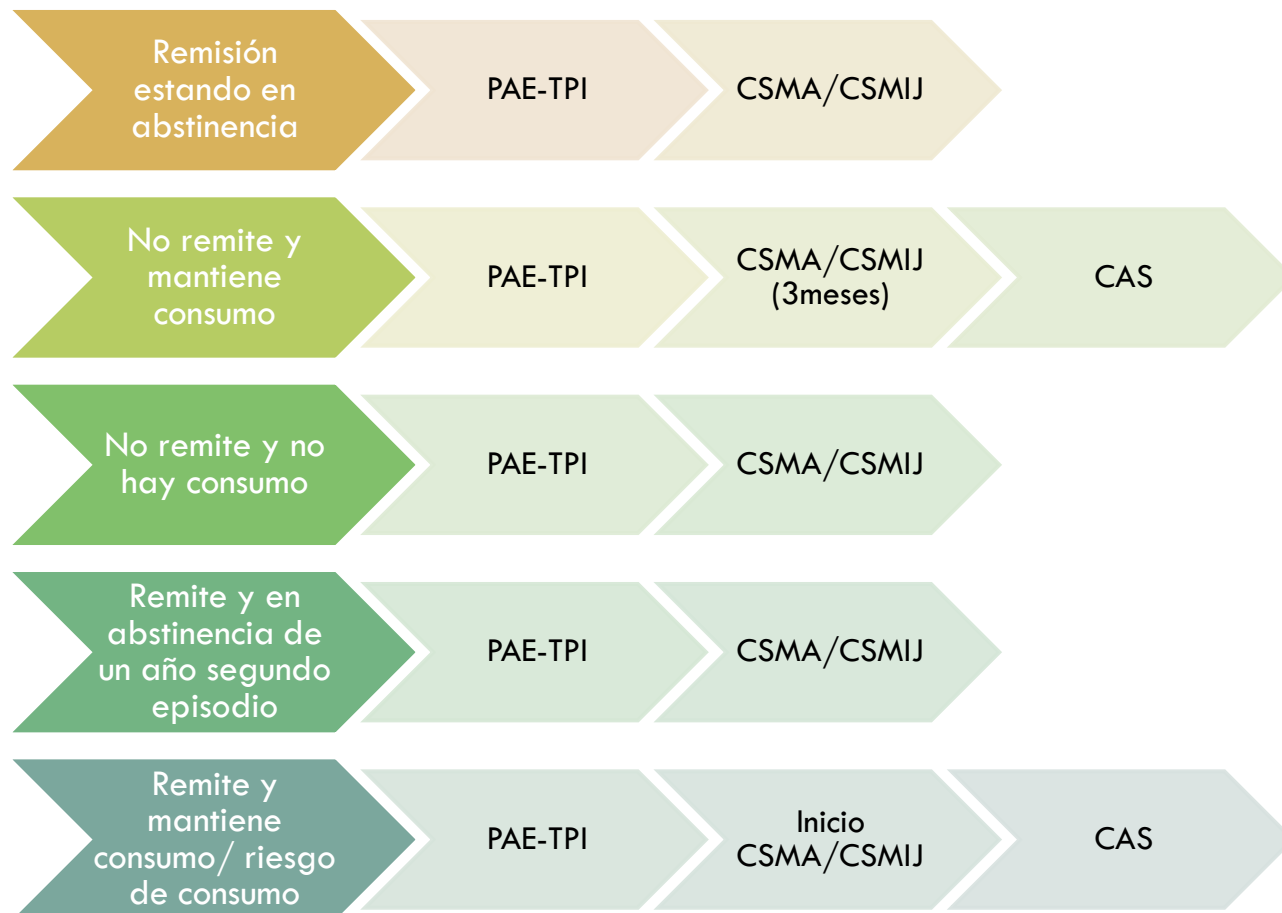


Protocolo de coordinación CSMA/CSMIJ-CAS en el PAE TPI. 2020



Àrea Integral
de Salut
Barcelona Esquerra

1. PEP en contexto de consumo en tto. en el CSMA/CSMIJ.

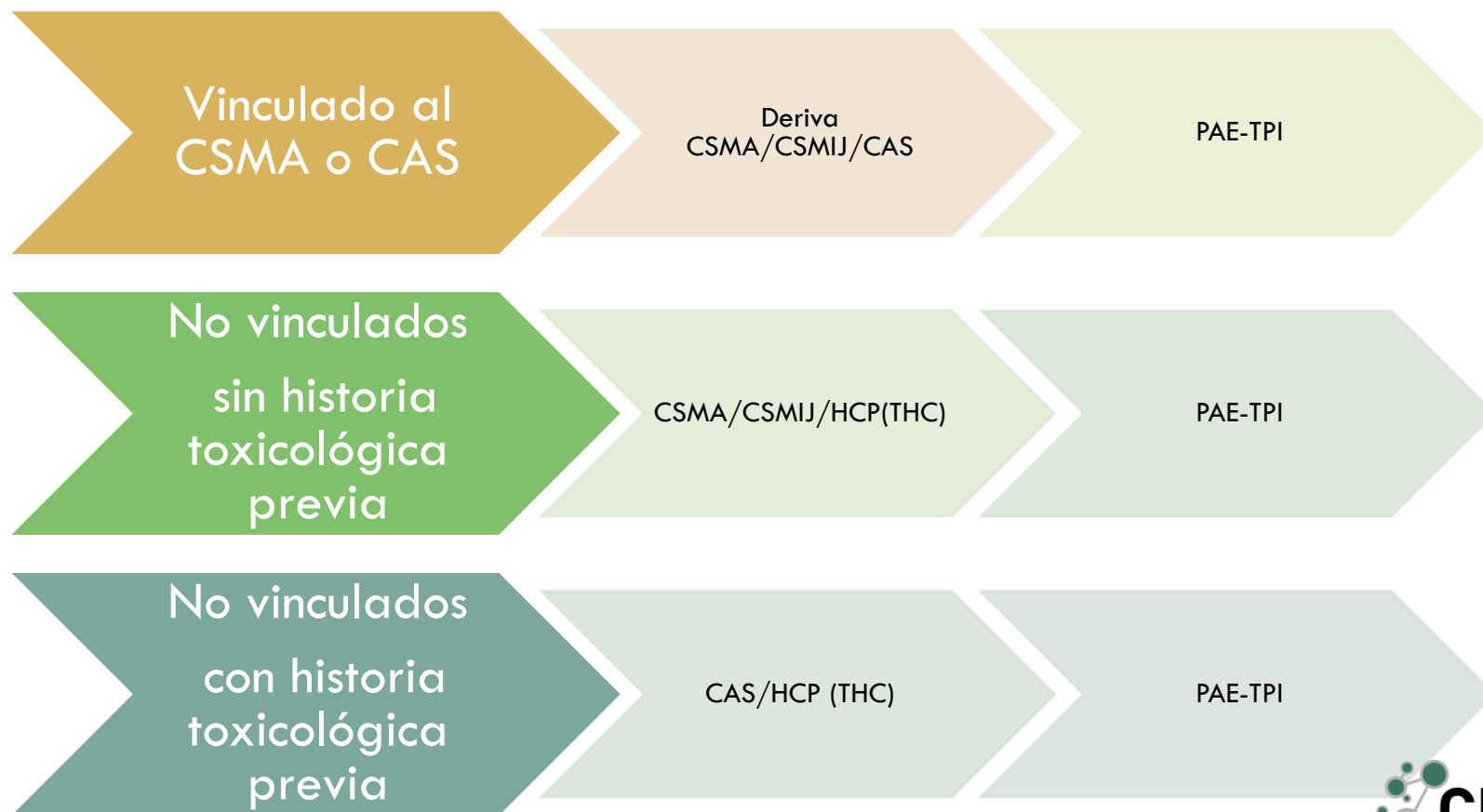


Protocolo de coordinación CSMA/CSMIJ-CAS en el PAE TPI. 2020



Àrea Integral
de Salut
Barcelona Esquerra

1. PEP en consumo atendido en urgencias.



CSMiA

Pros

- Estos protocolos dejan de existir.
- Aposta por la integración de la atención en SM y Ad. Entender las adicciones como un problema de salud mental.
- Modelo centralizado : no dispersión de pacientes, reducción de puerta giratoria...
- Ventajas de compartir un mismo espacio físico, reuniones, profesionales, coordinadores, empresa.
- Más conciencia en la sociedad en SM y adicciones.
- Reducción estigma en SM y en drogas.
- Incremento de la sensibilidad y compromiso de las administraciones.
- Más acceso a los recursos de SM para adicciones.
- Más probabilidad que se cree y se dote de recursos a PD.
- Interés de los profesionales por una atención de carácter transversal e integrador.
- Visión integrada en la evaluación y en la intervención.
- Mayor exploración en adicciones y viceversa.
- Mejoría en la cualificación de los profesionales.
- Incorporación CRS en el CAS.

Contras

- La forma de implementación.
- Escasa formación previa al cambio específica en SM /adicciones /PD.
- Falta supervisión durante el periodo de transición.
- No hay suficiente vocación “de la otra especialidad”.
- Estigmas de los profesionales.
- Dificultad de llevar a cabo un trabajo integrado y con atención cualificada.
- Riesgo a no respetar una especialidad y un tratamiento diferenciado.
- No se incorpora la idea de medicina general.
- Sensación de que es una forma de cubrir más patologías y programas con los mismos profesionales.
- Sensación que SM absorbe adicciones. Estilos y ritmos diferenciados.
- La posibilidad de asistencia no sigue la evidencia científica. Listas de espera, de seguimiento...
- Mantenimiento de las redes asistenciales diferenciadas.
- Falta de presupuesto para desarrollar el modelo de atención.

