

# Memoria 2018

## Unidad de Atención Temprana Integrada y Comunitaria



Atención integral a personas con trastorno mental

## 1. ATENCIÓN TEMPRANA EN PSICOSIS

Estudios epidemiológicos sugieren que el debut de los trastornos del espectro psicótico (TEP) ocurre a lo largo de la adolescencia, con un pico entre los 20 y los 30 años, justo en la transición a la vida adulta y cuando el impacto en la vida psicológica, social, afectiva y laboral de la persona es mayor y de más difícil recuperación.

Utilizamos el término psicosis, desde una perspectiva psicológica, para describir una serie de experiencias que en mayor o menor medida han experimentado o experimentan las personas que atendemos. Las experiencias psicóticas, según las describe la recomendable guía “Comprender la psicosis y la esquizofrenia” (Cooke, 2015), incluyen escuchar voces (“alucinaciones”), creer en cosas que otros encuentran extrañas (“delirios”), hablar de una manera que para otros resulta difícil de seguir (“trastorno del pensamiento”) y experimentar periodos de confusión donde uno parece perder el contacto con la realidad (“psicosis aguda”).

Estas experiencias suelen coexistir junto a otras no tan llamativas como las dificultades para pensar y concentrarse, la falta de energía o el exceso, la depresión, la angustia y la ansiedad, el aislamiento dejando de ver a los amigos y a la familia, y la falta de rendimiento escolar o laboral, que podrían anunciar una primera crisis psicótica. En la mayor parte de los casos, el sufrimiento es tan grande que las propias personas o las más cercanas buscan ayuda profesional en el sistema público de salud.

En la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente del Sistema Nacional de Salud (2009), se recomiendan programas específicos de atención temprana que puedan disminuir y/o retrasar la transición a la psicosis. Esta recomendación ha sido respaldada en el Plan Estratégico de Salud

Mental de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid 2010-2014 y en el nuevo plan para 2018-2020, donde se establece como objetivo la consolidación y desarrollo de programas específicos de intervención precoz en psicosis, para facilitar la detección y el acceso a servicios especializados en primeros episodios psicóticos, así como la sensibilización de la población y formación de profesionales.

El nacimiento de la UAT está relacionado con la observación de la actividad de la Red de Servicios de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Madrid, que cuenta con algunos programas especializados en primeros episodios psicóticos, elaborados y llevados a cabo por los profesionales y los dispositivos de la red sanitaria como parte de una dinámica asistencial previamente establecida, sobrecargándola y adaptándola a instalaciones diseñadas para otro tipo de atención.

La atención temprana de las personas con trastornos del espectro psicótico disminuye el número de ingresos, la estancia media, las consultas a urgencias, y las recaídas, y mejora la calidad de vida, evitando o retrasando la progresión a un trastorno mental grave como la esquizofrenia o el trastorno bipolar. Cuyo impacto social en términos de estigma, laborales, familiares y de coste económico en prestaciones sanitarias y sociales es muy significativo.

## 2. INTRODUCCIÓN A LA UAT

Fundación Manantial, comprometida con la asistencia a los pacientes con Trastorno Mental Grave, en junio de 2014 firmó un convenio con el Servicio Madrileño de Salud, para el desarrollo de la experiencia piloto denominada "Unidad de Atención Temprana para personas con primeros episodios psicóticos", que fue emplazada en el Centro de Salud La Garena e incluida en la Red de Servicios de Salud Mental del Hospital Universitario Príncipe de Asturias (HUPA).

La Unidad de Atención Temprana (UAT) se definió como una unidad específica de referencia para la prevención y la atención temprana a personas que hubieran sufrido un primer episodio psicótico. Durante estos años ha dispuesto de un equipo de profesionales dedicados a la atención intensiva, integral, interdisciplinar y especializada, ofreciendo a los pacientes, familiares y allegados una intervención orientada a la recuperación y salida de la crisis, dentro de un modelo de trabajo comunitario.

En esta memoria presentamos el resumen de los datos recogidos a lo largo del año 2018 de la Unidad de Atención Temprana (UAT).

La UAT IC, en este durante el año 2018 ha tratado de introducir las modificaciones necesarias para continuar con la tarea de definir las condiciones más adecuadas para el desarrollo de la atención temprana, apuntando al objetivo de ofrecer una atención ajustada a las necesidades de las personas que por primera vez enfrentan una experiencia psicótica.

Entre **los pilares de la UAT IC**, que ya se ponen en relieve en este corto periodo, se encuentran los puntos que describimos a continuación:

- **Atención inmediata**, reduciendo eficazmente el tiempo de psicosis sin tratar. Este punto está siendo el más valorado por las personas atendidas y sus familias, que son recibidas en un plazo máximo de 48 horas. Además, disponen de un teléfono de contacto con disponibilidad inmediata en el horario de la UAT IC y reciben la visita del equipo a demanda.
- **Movilidad del equipo** para atender en los domicilios y en la comunidad con un acercamiento natural a la psicosis al emplear, como primera opción, los recursos propios y de la comunidad. También muy valorado por las personas y las familias porque dialogan con más confianza si la reunión es en casa y porque además podemos acompañarlos en la Unidad de Hospitalización Breve, Centro de Salud Mental, Centro de Salud y otros servicios para realizar reuniones con los profesionales que les atienden.
- **Ampliar el tratamiento a la red sociofamiliar** de la persona en crisis. Entendiendo la crisis psicótica como una crisis compartida en la que las personas del entorno más cercano pueden verse envueltas al mismo tiempo que pueden ayudar. Muy valorado, especialmente por las familias que no pueden evitar sentirse gravemente preocupadas por las experiencias psicóticas que acompañan la crisis y los riesgos que conlleva. Acuden a las reuniones las personas que contribuyen a definir la crisis y que están dispuestas a apoyar el proceso de recuperación.
- **Consensuar un tratamiento** suficientemente flexible para adaptarse a las necesidades cambiantes de la persona y su red sociofamiliar según evoluciona el proceso de salida de la crisis. Este punto está resultando de gran utilidad en cuanto a consolidar un buen vínculo terapéutico y una buena adherencia al

tratamiento de las personas en crisis, asegurándonos así que vuelvan a pedir ayuda cada vez que lo necesiten.

- Dar tiempo y espacio a la atención psicosocial, lo que implica **descentralizar el fármaco como eje del tratamiento** integrándolo como una herramienta más a emplear cuando sea necesario. Este punto es también muy valorado porque incluye la posibilidad de pensar la medicación de manera informada y tranquila en función de las necesidades de cada persona según el momento que está viviendo. Este reordenamiento de las herramientas terapéuticas deja en el eje del proceso de salida de la crisis el acompañamiento de los profesionales a través de las Reuniones Dialógicas, en las que se decide cada paso en el tratamiento.

Teniendo en cuenta estas coordenadas, podemos decir que la UAT IC funciona como un **paracaídas** para las personas en crisis, ayudándolas a aterrizar de la mejor manera posible tras la crisis psicótica y amortiguando la entrada en el sistema de salud mental a través de una atención desarrollada en su propia comunidad. Que, al mismo tiempo, se adapta a las necesidades individuales de cada persona atendida al diseñar el tratamiento como un **traje a medida** según las circunstancias particulares y la evolución personal.

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1 Objetivo General

El objetivo más ambicioso de nuestra Unidad es **apuntar a la recuperación tras la crisis y a la emancipación de la persona atendida para que no establezca dependencias ni del entorno familiar ni de la Red de Salud Mental**, y en todo caso tratar de desviar el curso de una posible cronificación del sufrimiento y sus consecuencias.

Este objetivo se puede desglosar en los siguientes objetivos específicos.

#### 3.2 Objetivos Específicos

1. **Acompañar en el sufrimiento intrínseco** y en el entendimiento de la experiencia psicótica. Amortiguando y disminuyendo el impacto emocional en la persona atendida y su red sociofamiliar, tras el inicio de los síntomas psicóticos.
2. **Reducir el periodo de psicosis sin tratar.** Durante el 2018 la UAT IC tiene capacidad para iniciar el contacto con la persona atendida y su familia, con un límite máximo de 48h.
3. **Reducir otros sufrimientos asociados** al primer episodio psicótico, como la depresión, los intentos de suicidio y el consumo de drogas. Gracias a la contención a demanda realizada por el equipo se espera una disminución del número y de la duración de los ingresos psiquiátricos, del uso de las urgencias, permitiendo además un uso racional de la medicación. En todo caso, hacer un uso realista de los recursos de salud mental del Área, que puede ser mayor al inicio y que irá disminuyendo con el paso de la crisis que les llevó a tratamiento en la UAT.

4. **Garantizar una atención integral e interdisciplinar** sostenida durante el periodo crítico. De acuerdo a los estudios, una intervención adecuada produce una mejora si se lleva adelante durante los 5 años tras los primeros síntomas psicóticos.
5. Nuestra intervención se desarrolla a través de un **tratamiento basado en las necesidades individuales y familiares**, consensuado con la persona atendida y su red personal que incluye diversos abordajes psicoterapéuticos dentro del contexto familiar y comunitario, además del psicofarmacológico cuando resulta indicado.
6. Al mismo tiempo, se pretende **facilitar el uso y la continuidad de la atención en la Red de Servicios de Salud Mental** del Servicio Madrileño de Salud y la Consejería de Asuntos Sociales.
7. **Disminuir la ratio de absentismo escolar, desempleo u ocupacional** entre las personas en tratamiento. Acompañando cada proyecto personal con un programa específico dentro del proceso terapéutico integral y apoyándonos en los proyectos ocupacionales, el empleo y los estudios como herramienta terapéutica.
8. **Ofrecer tratamiento a la red sociofamiliar** entendiendo la crisis psicótica como una crisis compartida. Intervenir en las dinámicas familiares para mejorar el clima emocional necesario para promover la salud de todos sus miembros y en específico para evitar factores de desestabilización como el abuso y la violencia. De esta forma se pretende disminuir la probabilidad de un sufrimiento psíquico grave consecuente como la depresión, la ansiedad y las conductas adictivas en los familiares que comparten la experiencia de crisis con la persona en tratamiento.



9. Colaborar con las personas atendidas para **reducir el efecto del estigma** asociado a la psicosis, enfocando en la importancia de las relaciones significativas dentro y fuera de la UAT IC, a través de actividades comunitarias, el empleo y la formación para prevenir la desconexión y la exclusión social. De especial importancia por la etapa vital en la que se encuentran la mayoría de las personas atendidas que se hallan en plena construcción de su identidad como adultos.
10. Contribuir al mantenimiento y desarrollo en la Red de Servicios de Salud Mental de una cultura psicoterapéutica de **horizontalidad y de respeto hacia las personas que sufren crisis psicóticas.**
11. **Ofertar formación en este tipo de intervenciones a los residentes** de enfermería especialista en salud mental, psicología clínica, psiquiatría y a otro personal en formación o de plantilla que lo solicite.
12. **Realizar trabajos de investigación** que permitan abogar por la diseminación del modelo.

#### 4. PERFIL

En cuanto a los detalles del perfil de las personas atendidas en la UAT IC, el tratamiento está indicado para **personas mayores de 16 años que debutan con sintomatología psicótica hasta 3 años después de la aparición de las primeras experiencias psicóticas**. Siendo necesario que el cociente intelectual, el consumo de tóxicos o posibles rasgos de personalidad psicopáticos no supongan un inconveniente para el tratamiento, y que la crisis psicótica no se justifique por la presencia de algún trastorno orgánico.

#### 5. CAPACIDAD ASISTENCIAL

Actualmente la UAT IC tiene el encargo de **atender a toda la población incidente de Alcalá de Henares y los pueblos pertenecientes al Área de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital Universitario Príncipe de Asturias**, que soliciten ayuda tras una primera experiencia psicótica. Ofreciendo un tratamiento durante el tiempo que la persona atendida y su red de apoyo estime adecuado siempre y cuando no sobrepase los 2 años de tratamiento.

La frecuencia de asistencia de las personas atendidas en la UAT IC se desarrolla a **demanda**, es variable y depende de las necesidades individuales de cada persona, según la etapa del tratamiento en la que se encuentran. Puede desarrollarse desde una atención intensiva diaria, a una atención más pausada que suele coincidir con una etapa de mayor estabilidad y que se ralentiza en los meses previos a la finalización del tratamiento.

## 6. EQUIPO

La atención temprana en la UAT IC durante el 2018 es llevada a cabo por un equipo de **5 profesionales de salud mental y 1 experta en primera persona**. Se trata de un equipo de doble dependencia en el que dos de los profesionales provienen de la plantilla de Hospital Universitario Príncipe de Asturias y 4 de la de Fundación Manantial. Todos ellos trabajan a jornada completa menos la Experta por experiencia (o Par) que es contratada a media jornada.

- **Directora/Psicóloga Clínica: Silvia Parrabera García.** Coordinación y dirección técnica del equipo interdisciplinar de la UAT IC. Coordinación de las relaciones externas, gestión clínica y administrativa de la Unidad. Psicoterapia individual de las personas atendidas y participación en las Reuniones Dialógicas y conducción de la Terapia de Grupo Multifamiliar y posterior Grupo de Aprendizaje Colectivo.
- **Experta en Primera Persona/Par: Rus Moreno Martínez.** Realiza funciones de agente de apoyo mutuo para las personas en crisis, asistiéndolas con atención individual, Acompañamientos en la comunidad, facilitando el Grupo de Apoyo Mutuo y participando en las Reuniones Dialógicas de la persona en crisis y su familia cuando es invitada. Además de integrar las conexiones con los recursos comunitarios en cuanto a empleo, formación y ocio, y su participación en la coordinación con otros servicios.
- **Psiquiatra: Olaia Fernández Fernández.** Profesional de referencia en las Reuniones Dialógicas, participación en el Terapia de Grupo Multifamiliar y Grupo de Aprendizaje Colectivo. Apoyo Farmacológico de las personas atendidas y coordinación sanitaria con otros dispositivos.

- **Psicólogo: Pablo Fernández Córdón.** Profesional de referencia en las Reuniones Dialógicas, Acompañamiento Terapéutico y Grupo de Deportes. Coordinación sanitaria con otros dispositivos.
- **Terapeuta Ocupacional: Carlos Martín Fernández de la Cueva.** Profesional de referencia en las Reuniones Dialógicas, Acompañamiento Terapéutico y Grupo de Deportes. Coordinación sanitaria con otros dispositivos.
- **Enfermera Especialista en Salud Mental: María Chico González.** Profesional de referencia en las Reuniones Dialógicas, Acompañamiento Terapéutico. Coordinación sanitaria con otros dispositivos.

## 7. HORARIO

El horario de la UAT IC, durante el año 2018 se acota entre las **9.00h de la mañana y las 16.00h** de la tarde, aunque dependiendo del día y de las circunstancias se amplían excepcionalmente a las 18.00h.

Por fuera del horario descrito, la UAT IC actualmente se mantiene en estrecha **coordinación con las Urgencias Psiquiátricas** del hospital de referencia por si las personas en tratamiento necesitan pedir ayuda durante las tardes, noches o fines de semana.

Del mismo modo, si reciben a una persona que esté experimentando una crisis psicótica por primera vez durante el horario de tarde, noche o fin de semana, el equipo de la UAT IC tiene reservada la primera hora de cada mañana para realizar Reuniones Dialógicas en el servicio de Urgencias con la persona en crisis, su red personal y el profesional que solicita la atención.

## 8. PROCESO TERAPÉUTICO

### 8.1. Derivación. Solicitud de atención en la UAT IC

#### Vía ordinaria

Las personas en crisis llegan a la UAT IC a través de los médicos de Atención Primaria que solicitan atención en el Centro de Salud Mental en coordinación con la figura del Especialista Consultor, que visita periódicamente el Centro de Salud, o por medio de un volante para la solicitud de tratamiento en el Centro de Salud Mental de referencia, que especifique “sospecha PEP”.

Durante el año 21018 la UAT IC ha funcionado como un **programa de Centro de Salud Mental**. De esta forma el coordinador se ha puesto en contacto con la UAT IC, y el equipo, que siempre que es posible, se ha desplazado a una primera cita en el Centro de Salud en que se desarrolló una primera reunión con la persona en crisis, su red personal y el médico de Atención Primaria que realizaba la solicitud de atención.

#### Vía Urgente

Para cumplir con la premisa de atención inmediata se estableció una vía rápida de derivación a la UAT IC a través de una llamada directa al teléfono 652 682 459 desde servicios como la **unidad de hospitalización breve, las urgencias psiquiátricas, hospitalización domiciliaria, interconsulta hospitalaria o el Centro de Atención Integral a la Drogodependencia**. El equipo de la UAT IC se desplazó al servicio solicitante para realizar una primera reunión con el facultativo derivante, la persona en crisis y su red familiar.

Esta flexibilidad y rapidez de respuesta, justo cuando las personas en crisis sienten mayor vulnerabilidad ha permitido el acompañamiento en los momentos más difíciles de la crisis personal y familiar y el abordaje de la crisis compartida para la

elaboración de la experiencia, facilitando el establecimiento de una buena alianza terapéutica y una mayor disposición al cambio en los implicados cuando es necesario.

### Derivaciones recibidas en 2018

Durante el año 2018 en la UAT IC se han recibido 24 derivaciones de diversos dispositivos.

**Tabla. Derivaciones recibidas en 2018**

CAID	1
UAT IC antiguos pacientes	2
CSM Francisco Díaz	3
CSM Puerta de Madrid	1
Urgencias Hospitalarias	8
Unidad de Hospitalización Breve	6
Interconsulta Hospitalaria	2
Hospitalización Domiciliaria	1
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>

**Tabla. Admitidos en tratamiento en 2018**

UAT IC Llamada directa de antiguos pacientes	2
CSM Francisco Díaz	3
CSM Puerta de Madrid	1
Urgencias Hospitalarias	4
Unidad de Hospitalización Breve	5
Interconsulta Hospitalaria	2
Hospital Domiciliaria	1
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>

## Familias en la UAT IC

Cuando hablamos de personas atendidas en la UAT IC hay que tener en cuenta que se refiere a la persona y a su entorno sociofamiliar más cercano. Por la forma de desarrollar el proceso terapéutico y la premisa de crisis compartida del que parte nuestro modelo, **el tratamiento lo recibe la persona que se experimenta la crisis psicótica pero también sus familiares o allegados más cercanos. Lo que implica que además de asistir al grupo de terapia multifamiliar, en ocasiones han sido receptores de psicoterapia individual, acompañamiento terapéutico o apoyo psicofarmacológico según sus necesidades.**

**Tabla. Familiares en tratamiento 2018**

	TOTAL
Familiares atendidos 2018	<b>94</b>

**Tabla. Personas Atendidas en 2018**

Pacientes en crisis 2018	Familiares 2018	Personas atendidas TOTAL
22	94	<b>116</b>

## 8.2 Valoración Inicial

### Acogida

**Durante el 2018 se ofrece un primer encuentro con la persona que solicita atención y su red de apoyo, junto al personal especializado de la UAT IC, en el plazo de 48 horas en su domicilio,** servicio derivante o lugar escogido por ellos.

A través de la Reuniones Dialógicas se trabaja para asegurar la vinculación de la persona atendida incluyendo a su red sociofamiliar y buscando siempre su implicación personal. Para ello la acogida se puede desarrollar tanto en la planta

psiquiátrica, como en las Urgencias, en el Centro de Salud Mental como en la Unidad, en el domicilio o en el medio comunitario. Haciendo partícipes en primera instancia a los profesionales que realizaron la derivación, para escuchar junto a la persona en crisis y a sus allegados, las impresiones y preocupaciones por las que se le deriva a la Unidad.

### Valoración

**A través de sucesivas Reuniones Dialógicas en el domicilio** o lugar escogido, con la frecuencia necesaria y durante el tiempo preciso se escuchan las necesidades de la persona atendida y de su familia. Las reuniones se desarrollan con el mismo equipo y con las incorporaciones (otros profesionales que participen en el tratamiento) que sean necesarias, facilitando que el proceso de atención pueda incorporarlas cada vez que se les solicite.

En esta fase se acoge a la persona atendida y su red personal dando inicio a la construcción de una relación de confianza y del clima de seguridad. Se recoge la información necesaria acerca de lo que ha pasado en la crisis compartida que atraviesan y las necesidades a atender. Tras las primeras Reuniones Dialógicas (entre 5 y 15) se toman decisiones acerca de las intervenciones que responderían a las necesidades que se perfilan, atendíéndolas a través de una serie de actividades comunitarias y/o terapéuticas a las que asistirá la persona y en su caso la familia.

**Los cuidados son acordados por consenso** entre todos los asistentes a las Reuniones Dialógicas respetando los recursos propios, las necesidades y las preferencias de la persona atendida y la familia en cuanto a cómo atenderlas, y se van modificando según cambian las necesidades expresadas.

### 8.3 Tratamiento

En el Plan de tratamiento o “Pactos de Cuidados” se especifican los recursos



comunitarios y terapéuticos acordados para la recuperación tras la crisis de la persona atendida y de sus allegados.

Es importante señalar que el tratamiento y los cuidados no sólo se ofrecen a las personas que atraviesan la crisis psicótica, **también se ofrece a los familiares y allegados que se encuentren en la necesidad de recibir ayuda especializada** para salir del proceso de crisis compartida.

El tratamiento depende en primer lugar de la valoración de las necesidades de las personas que asisten a la Reuniones Dialógicas. Contexto en el que se decide de forma consensuada los recursos que se ponen en marcha para responder a la situación en crisis.

En un primer lugar se trata de poner en juego los recursos propios (psíquicos, emocionales, sociales) de la persona en crisis psicótica y los recursos de la familia para responder a la situación de crisis compartida. En un segundo momento se trata de pensar acerca de las actividades que ofrece la UAT IC para el proceso de salida de la crisis, y por último si son necesarios los recursos de la Red de salud Mental en un sentido más amplio.

Desde la UAT IC se puede recibir atención en el Grupo de Terapia Multifamiliar y posterior Grupo de Aprendizaje Colectivo, en espacios de relación como el Grupo de Deportes, también a través de la facilitación de grupos para la autogestión de la salud mental, como los de Grupos de Apoyo Mutuo. Por otro lado, ofrece consulta para el Apoyo Farmacológico, Psicoterapia Individual, Acompañamiento Individual en la comunidad, además de establecer puentes con los recursos comunitarios en relación a la búsqueda de empleo y/o formación.

Independientemente del empleo de recursos comunitarios y de la UAT IC, se realizan derivaciones, cuando es necesaria una mayor estructura, a otros recursos

de la Red de Salud Mental del Área como la rehabilitación psicosocial y laboral, el apoyo residencial y la atención al consumo de tóxicos a través de la colaboración con el Centro de Atención Integral a la Drogodependencia. También se valora la posibilidad de participar en grupos concretos que ofrece los Centros de Salud Mental y el Hospital del área como el Grupo de Mindfulness, el Grupo de Psicosis y otros.

#### 8.4 Evaluación Continua

A través de la secuencia de Reuniones Dialógicas se realiza **una integración de la información y una valoración continuada** del proceso de salida de la crisis y de la red de apoyo conformada por las diferentes actividades comunitarias y/o terapéuticas elegidas, en familia e individuales. Lo que apunta a una toma de decisiones flexible y continuada acerca de los cambios pertinentes en los cuidados diseñados, en función de las necesidades de cada momento.

#### 8.5 Pre-alta

Previo al Alta (6 meses) se da una **consolidación del proyecto individual y desvinculación progresiva de las actividades en la UAT IC** en paralelo a la integración en actividades propias del proyecto vital de cada persona, espaciando el desarrollo de las Reuniones Dialógicas a demanda, según van desapareciendo las preocupaciones de los asistentes y la persona atendida se incorpora a sus estudios, trabajo u otros proyectos.

Cuando es necesario, porque la emancipación total de la Red de Salud Mental aún no es posible, se realiza una intervención terapéutica en la transición al programa general del Centro de Salud Mental, para un seguimiento ambulatorio. Se lleva a cabo a través de visitas acompañadas al Centro de Salud Mental por los profesionales de referencia de la UAT IC con el fin de afianzar el vínculo con el facultativo de referencia que le atenderá a su marcha de la Unidad.

Por otro lado, si aun habiendo recibido el tratamiento en la UAT IC la persona atendida continúa requiriendo apoyos de la Red de Salud Mental como dispositivos de rehabilitación u otros cuidados, se deriva y acompaña a la persona atendida al recurso elegido en el Proceso Asistencial de Trastorno Mental Grave del Área.

## 8.6 Alta

**Cuatro posibles situaciones** a tener en cuenta para el alta:

1. **Alta terapéutica y emancipación de la Red de Salud Mental:** Cuando la persona atendida, tras el proceso de la salida de la crisis psicótica, ha logrado dar sentido a la experiencia, retoma su proyecto personal (empleo, formación, lo social) y en el momento del alta no requiere de apoyo específico en cuanto a su salud mental.
2. **Alta terapéutica y seguimiento en Centro de Salud Mental:** Cuando la persona atendida requiere un seguimiento en el Centro de Salud Mental de referencia por continuar con el apoyo psicofarmacológico y/o en psicoterapia individual y/o familiar.
3. **Alta terapéutica y paso a otros procesos:** Derivación al Proceso Asistencial de Trastorno Mental Grave u otros procesos de la Red de Salud Mental (trastorno de personalidad, trastornos alimentarios, etc.) con la finalidad de que las personas atendidas pueden ser derivadas a dispositivos adaptados a la gravedad de su sufrimiento tras el proceso de salida de la crisis psicótica.
4. **Alta Voluntaria:** Cuando la persona atendida o su red familiar deciden el alta en la UAT IC de manera unilateral por razones diversas, como la elección de otra forma de tratamiento, por ejemplo, en el circuito privado.

**Tabla. Altas 2018**

	TOTAL
Alta Voluntaria	0
Abandono en Valoración Inicial	0
Alta Terapéutica	0
No Admitidos	2
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>

A lo largo de este primer año se han producido X altas terapéuticas, X abandonos al inicio y 2 no admisiones.

### **Formulario de Decisiones Anticipadas en Salud Mental**

En sincronía con el resto de la Red de Salud Mental del Área de Alcalá de Henares, la UAT IC ofrece la posibilidad de completar un documento que quedará en la historia clínica denominado “Formulario de Decisiones Anticipadas en salud Mental”. En este documento quedan reflejadas las preferencias de la persona en cuanto a la atención necesaria ante una situación de crisis que le lleve a pedir ayuda en la Red de Salud Mental. Actualmente estamos incorporando esta actividad al desarrollo de las Reuniones Dialógicas y el resto del tratamiento en la UAT IC, siendo de especial utilidad cuando se trata de que las personas atendidas hagan uso de las Urgencias Psiquiátricas fuera del horario de la UAT IC y al término del tratamiento.

### **8.7 Seguimiento al Alta**

Al alta, las personas atendidas y las familias que lo deseen, pueden seguir en contacto con la UAT IC a través del Grupo de Terapia Multifamiliar, el Grupo de Aprendizaje Colectivo, el Grupo de Deportes y/o la formación de un Grupo de Apoyo Mutuo. De forma individual o familiar, las personas atendidas tras el alta, si lo desean podrán realizar entrevistas de seguimiento a los 6 meses, al año y a los dos años.

## 9. ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS EN LA UAT IC

### 9.1 Reuniones Dialógicas

Secuencia de reuniones que acompaña todo el proceso de tratamiento. Encuentros que cuentan con la asistencia de dos o tres profesionales de referencia en el equipo, la persona atendida y las personas pertenecientes a la red sociofamiliar más cercana que puedan comprometerse a acompañar la salida de la crisis. Estos encuentros, de hora y media o dos de duración, serán el eje del tratamiento recibido en la UAT IC en los que se deciden e integran el resto de las actividades comunitarias y terapéuticas realizadas a lo largo del proceso de salida de la crisis.

Son de frecuencia variable y las puede demandar cualquiera de los asistentes preocupado por cualquier circunstancia que se relacione con el episodio psicótico o la crisis compartida.

La atención dedicada persigue comprender la situación de crisis compartida a través de la escucha de las experiencias individuales de cada asistente, la definición de las necesidades de los asistentes y la toma de decisiones conjunta acerca del tratamiento a seguir.

En paralelo, en las mismas reuniones se trabaja terapéuticamente para restablecer una comunicación genuina entre los asistentes y se emplea el diálogo como medio para abordar la dinámica familiar y así restablecer un sistema equilibrado y saludable. Se trata de elaborar aspectos anteriores a la crisis, de la familia y la persona, las consecuencias en cada uno de la experiencia vivida y sus proyecciones en el futuro. Tratando de movilizar los recursos psíquicos de los asistentes y los apoyos comunitarios a través de un diálogo continuado acerca de las experiencias personales en torno a la crisis, estableciendo como hilo conductor los sentimientos, preocupaciones, miedos y conflictos de cada asistente.

## 9.2 Psicoterapia Individual

Realizada con los psicólogos de la UAT IC, facultativos colaboradores de la Red de Salud Mental o residentes (PIR, MIR a través de un programa aprobado por la Comisión de Docencia del Área). De frecuencia y duración variable, de media semanal, tiene como finalidad ofrecer un espacio de confidencialidad donde contener, apoyar y elaborar aspectos específicos de la vida de cada persona. Se trabajan acontecimientos traumáticos, el miedo a las recaídas, las dificultades y los acontecimientos vitales personales anteriores y posteriores a la crisis que pudieron contribuir a su desarrollo, de forma que se puedan integrar con los aspectos más sanos y con el desarrollo del potencial en los diferentes ámbitos de la vida de la persona atendida.

## 9.3 Grupo de Terapia Multifamiliar Abierto

Conducida por la coordinadora del equipo de la UAT IC. Reuniones semanales comunitarias, de una hora y media o dos, de todos los implicados en el tratamiento, las familias y allegados junto con las personas atendidas y el equipo de la Unidad para compartir las experiencias personales en torno a la salud mental, la comunicación y las relaciones significativas, en un contexto de grupo grande que se acerca a lo social. Con la intención de facilitar todo tipo de identificaciones cruzadas que ayude a tomar conciencia acerca de la forma de sentir, pensar y actuar de uno mismo para pensar sobre aspectos de las relaciones familiares que habría que mejorar en esta nueva etapa que atraviesa la vida familiar favoreciendo así la recuperación.

## 9.4 Grupo de Deportes Abierto

Realizado con dos profesionales del equipo una vez a la semana con una hora y media de duración. Un espacio de interacción donde los jóvenes **asisten solos o con**

**las personas que les apetezca de su entorno, junto con antiguos pacientes de la UAT IC que mantienen su participación estando de alta.** En este espacio compartido no sólo aprenden a conocer la relación con su cuerpo y a sí mismos, sino también con la gente con la que comparte esa actividad en el entorno comunitario. Los profesionales acompañan al grupo en la toma de decisiones para que la planificación de las actividades sea a través de la horizontalidad.

### **9.5 Apoyo Psicofarmacológico**

Realizado con la psiquiatra del equipo. Seguimiento y revisión de la medicación acordada. Atiende los aspectos psiquiátricos del tratamiento y el estado de salud. Siempre de forma consensuada e informada, y dando prioridad a una dosis mínima efectiva que permita un mayor rendimiento cognitivo y funcional.

### **9.6 Facilitación de Grupos de Apoyo Mutuo**

A través de la figura del Experto en Primera Persona del equipo (gracias a su experiencia de recuperación en relación a problemas graves de salud mental y su experiencia en el sistema de salud mental habitual como paciente) se facilita la puesta en marcha de grupos para aprender a autogestionar la salud mental a través del cuidado mutuo entre las personas en crisis interesadas en compartir sus experiencias personales y dando lugar a una red de referencia entre iguales que funciona como sostén en los momentos de mayor dificultad.

### **9.7 Acompañamiento Terapéutico**

Se lleva a cabo a través de la figura de los profesionales de referencia del equipo o de residentes de psiquiatría, psicología y enfermería de la Red de Salud Mental que colaboran con la UAT IC, de una hora aproximadamente de duración. Consistente en atender a la persona y a su red en su propio entorno, ayudándoles a vincularse al tratamiento en etapas iniciales o críticas (momentos de crisis que requieren de

mayor contención), y a emplear los recursos aprendidos y los cambios logrados en etapas avanzadas. Se emplea en casos individuales según las necesidades personales.

### **9.8 Acompañamiento en Ingreso hospitalario o Ingreso Domiciliario**

El equipo de la UAT IC mantiene la atención a las personas en tratamiento que se encuentran ingresados temporalmente en la unidad de hospitalización breve, ingreso domiciliario o en la unidad de media estancia. Las visitas son realizadas por los profesionales de referencia y tienen por objetivo continuar el proceso de Reuniones Dialógicas, el acompañamiento en un momento de alta vulnerabilidad, y el mantenimiento del vínculo con su proceso terapéutico.

### **9.9 Asistencia Telefónica**

El equipo de la UAT IC está disponible al teléfono durante las horas de apertura de la Unidad con el compromiso de responder a las llamadas de forma inmediata. Además, dispone de un servicio de contención telefónica que está disponible 24 horas cuando la dirección lo autoriza según las necesidades particulares de las personas atendidas que se encuentran en tratamiento. Se emplea en circunstancias excepcionales. Hacer uso de este recurso en caso de necesitar apoyo tiene la intención de contener momentos de crisis que no necesariamente requieren de los servicios de urgencias.

### **9.10 Formación y Empleo**

A través de la solicitud de cada persona atendida que considere que ha llegado el momento de afrontar este aspecto de su vida. La UAT IC ofrece toda la información disponible de los recursos comunitarios dedicados a facilitar empleo y formación orientándoles en la definición de sus necesidades y acompañándoles a las citas si así lo desean.

La reconstrucción de un proyecto de vida personal es uno de los objetivos en la



experiencia vivida en el tratamiento en la UAT IC. Retomar la vida laboral, iniciarla o volver a estudiar ha resultado un factor terapéutico de gran utilidad, que impulsa el proceso de salida de la crisis. Es decir, no es únicamente un objetivo que apunta a la recuperación conseguida sino un factor, que desde los 6 meses aproximadamente tras la crisis, funciona como motor de recuperación impulsando y centrando el deseo de vuelta a la vida cotidiana.

Este aspecto vital es entendido como un factor terapéutico que se trabaja desde muy temprano en el tratamiento. Como un lugar para experiencias significativas que repercutirán en la construcción de una identidad libre de estigma. Para ello hemos establecido todo tipo de **sinergias** en coordinación con diferentes entidades, empleando y compartiendo recursos con otras entidades como **el Programa Incorpora de Fundación La Caixa**, con quien Fundación Manantial mantiene un Convenio de colaboración para facilitar la intermediación laboral con empresas a las personas atendidas de la UAT IC. Además, la Unidad recoge los recursos ofrecidos por **la Concejalía de Acción Social, Deportes, Juventud y Familia del Ayuntamiento de Alcalá de Henares**, y **el Servicio de Empleo para Jóvenes del Ayuntamiento de Alcalá de Henares “Alcalá Desarrollo”**.

## 10. LISTA DE ESPERA

Como adelantábamos en la Introducción del informe, el modelo de tratamiento incluye responder a la solicitud de atención de forma inmediata de manera que las personas en crisis sean atendidas cuando lo necesiten y sin generar lista de espera.

La UAT IC no tiene lista de espera respondiendo al principio de inmediatez. El tratamiento se ofrece con el compromiso de organizar una primera reunión con la persona en crisis y su red sociofamiliar en menos de 48 horas y en adelante responder con el mismo plazo cada vez que se solicita una reunión de las personas implicadas en el tratamiento.

En este primer año se ha dado ocasiones en las que no se han cumplido el plazo de 48h, pero siempre debido a las personas atendidas que, por circunstancias propias, han propuesto fechas más dilatadas para los encuentros.

## 11. OBSERVACIONES PARA LA REFLEXIÓN

### 11.1 Hospitalizaciones y uso de las Urgencias

El uso de las urgencias en las personas atendidas en la UAT IC tiene una clara relación con el horario de atención del equipo. Durante el año 2018 las Urgencias han sido empleadas como medio de contención a partir de las 16.00h de los días laborables y en los fines de semana. Lo que nos lleva a pensar en la importancia de la coordinación con el servicio de urgencias y en la necesidad de ampliar el horario de atención.

Los ingresos realizados en 2018 pertenecen a 3 personas, los 3 antiguos pacientes de la UAT cuando trabajaba como Comunidad Terapéutica.

Por un lado, una paciente que solicitó atención por encontrarse atravesando una segunda crisis habiendo sido dada de alta unos meses antes. Otro antiguo paciente con un ingreso breve que se mantenía en tratamiento en la UAT IC por la gravedad de sus circunstancias. Y, por último, el ingreso de un joven en crisis que necesitaba separarse de la familia por no poder soportar la dinámica de la convivencia y que a falta de otros recursos pidió en Urgencias que le ingresaran. En el ingreso se realizaron las Reuniones Dialógicas en la Unidad de Hospitalización Breve a la que asistió el joven junto a su facultativo de referencia en el ingreso y la familia para trabajar los aspectos que impedían la convivencia.

Es importante destacar que ninguna de las personas tratadas por primera vez en la UAT, desde que trabaja con el marco de Diálogo Abierto, han necesitado un ingreso psiquiátrico.

Por último, comentar que en este primer año no se ha producido ningún ingreso involuntario desde la UAT IC.

### **11.2 Consumo de Tóxicos**

El consumo de drogas entre las personas que atraviesan un primer episodio psicótico en Alcalá de Henares es de un 80% entre los pacientes de la UAT IC, llegando al tratamiento con un consumo habitual de alcohol, cannabis y en menor proporción otras drogas. Aunque para comparar y analizar los datos deberíamos conocer los porcentajes de la población general de la misma área.

La relación de algunas de las personas atendidas con las drogas en ocasiones es de una grave dependencia lo que dificulta introducir cambios necesarios en el proceso terapéutico. En estos casos trabajamos en coordinación con el Centro de Atención Integral a Drogodependientes del Área.

De cualquier forma, parece que tras el episodio psicótico y durante el tratamiento la mayoría de las personas atendidas logran dejar el consumo. Aunque habría que destacar que las personas que mantienen el consumo, el 17%, parecen enfrentar problemas de conducta propia y de la familia (violencia en el entorno familiar) de mayor gravedad.

### 11.3 Situaciones de riesgo

Queríamos dejar constancia de algunas de las características de las personas y los entornos familiares en los que conviven. Quizá pueda ayudarnos a pensar acerca de las necesidades de estas familias y de la relación entre las experiencias vividas y el grave sufrimiento psíquico que desemboca en una crisis psicótica.

Cabe destacar la necesidad de una parte de las personas atendidas de separarse temporalmente de su entorno familiar. En este 2018, 2 personas atendidas en la Unidad han llegado a dormir en la calle ante las dificultades de convivencia, 1 se buscó una pensión y otra pidió ingreso en la UHB. Otros lo han expresado abiertamente. La situación de crisis compartida puede llevar a extremos en los que **la separación temporal aparece como una medida de contención necesaria.**

En cuanto a la observación relativas al género decir que es importante pararnos a reflexionar sobre lo que ocurre en la solicitud de tratamiento, cuando a pesar de conocer, a través de los estudios, una incidencia similar de la psicosis en cuanto a género, **las solicitudes cuando se trata de mujeres son significativamente menores.**

En relación a la **alta incidencia de las ideas de muerte** entre las personas que atendemos comentar que no se ha producido **ningún intento en este año 2018.**

## 12. COORDINACIÓN EXTERNA

El equipo de la UAT IC está integrado en todas las comisiones propias del Área de Gestión de Salud Mental del Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Además de manera periódica, cada dos meses aproximadamente, ha realizado reuniones de coordinación con los diferentes servicios con los que trabaja habitualmente como los dos Centros de Salud Mental del Área o las Urgencias psiquiátricas, aunque de forma cotidiana se coordinan de forma telefónica y mediante correos de manera regular.

Del mismo modo se coordina con Fundación Manantial realizando reuniones de seguimiento mensuales generales, además de realizar reuniones con el Departamento de Empleo para acompañar la búsqueda de trabajo de las personas interesadas. E igualmente se hacen reuniones con el Grupo de Investigación encargado de acompañar las dos investigaciones abiertas de la UAT IC que tienen por objetivo demostrar la eficacia de la Unidad.

Es importante destacar la **introducción de un nuevo formato para las reuniones de coordinación según el marco de las Reuniones Dialógicas**. A lo largo de este año hemos podido visitar los diferentes servicios de salud mental que están implicados en el tratamiento de las personas atendidas en la UAT IC en numerosas ocasiones, realizando reuniones en las que se incluye no sólo a los profesionales que participan en el proceso de recuperación sino también a la persona y a su red familiar.

Este formato facilita la escucha de todas las partes implicadas y una toma de decisiones consensuada que aumenta las posibilidades de éxito, la adherencia al tratamiento y da lugar a una experiencia indispensable para la recuperación. La vivencia de estar conduciendo el propio proceso de salida de la crisis, experiencia

especialmente significativa cuando se trata de sentirse capaz de enfrentar posibles momentos de crisis, si se dieran en el futuro.

En el Hospital Universitario Príncipe de Asturias, el equipo de la UAT IC se ha **incorporado** junto con el resto de dispositivos de la Red, a las siguientes comisiones de trabajo en red:

- Proceso de Primeros Episodios Psicóticos
- Comisión de Asistencia
- Comisión de Docencia
- Comisión de Investigación
- Comisión de Derivación y Continuidad de Cuidados
- Sesiones Clínicas
- Reunión de Coordinaciones con los dos Centros de Salud Mental
- Reunión de Coordinación con Unidad de Hospitalización Breve
- Reunión de coordinación con el servicio de Urgencias, Centro de Atención Integral a la Drogodependencia, Hospitalización Domiciliaria y otros.

La UAT IC también participa de la Comisión de Seguimiento de la Oficina Regional de Salud Mental y se coordina habitualmente con los distintos responsables como el Departamento de Proyectos y Cooperación de Fundación Manantial y la Jefatura de la Red de Salud Mental del Área de Gestión del Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

Del mismo modo se coordina con otros dispositivos sanitarios de la Comunidad de Madrid cuando es necesario, además de con los Servicios Sociales o servicios educativos según las necesidades de cada persona atendida. Así mismo la UAT IC colabora con la Administración de Justicia cuando es requerida.

### Otras coordinaciones habituales

- Desarrollo Local Empleo
- Programa Incorpora de La Caixa
- Institutos de Formación
- Ciudad Deportiva Municipal
- Concejalía Delegada de Acción Social
- Seguridad Social
- CIDAJ Alcalá

### 13. RESIDENTES EN ROTACIÓN Y ALUMNOS DE PRÁCTICAS

El equipo interdisciplinar de la UAT IC, comprometido con la formación de jóvenes profesionales que se interesan por la psicosis y la atención temprana, forma parte de la Comisión de Docencia del Servicio de Salud Mental vinculado al Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Participa en la **formación de médicos internos residentes, psicólogos internos residentes y enfermeros especialistas de salud mental residentes**. Todo ello de acuerdo con la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y con las respectivas Unidades de Docencia Posgraduada.

Del mismo modo colabora con la Fundación Manantial y sus **convenios universitarios** para la formación de alumnos de grado o posgrado de las diferentes disciplinas representadas en el equipo interdisciplinar.

Con el inicio de la fase UAT IC, nuevas rotaciones libres volvieron a solicitarse y durante 2018 nos acompañan residentes interesados en la atención temprana y en el modelo que estamos empleando para desarrollarla.

En este periodo hemos incorporado a nuestro equipo 3 residentes PIR, 1 residente

MIR Y 2 residentes EIR que nos han acompañado hasta diciembre, y tenemos confirmadas las rotaciones de otros 9 profesionales.

Por otro lado, tenemos lista de espera para participar en el Grupo de Terapia Multifamiliar que se cerró con el fin de la etapa anterior pero que vuelve a iniciarse después del verano de 2019.

Finalmente destacar que se aprobó, en la Comisión de Asistencia del Área, la incorporación de la UAT IC como programa de Centro de Salud Mental. Este cambio de lugar también implicará, entre otros, la necesidad de reorganizar la rotación de los residentes en la Unidad, teniendo en cuenta que la UAT IC ha pasado a formar parte de su rotación obligatoria a su paso por el Centro de Salud Mental.

**Tabla. Residentes en rotación libre o transversal 2018**

	Residentes MIR	Residentes PIR	Residentes EIR	TOTAL
Rotación Libre	1	3	2	6
Grupo de Formación y Supervisión	2	2	6	10
TOTAL	3	5	8	16

**Tabla. Residentes y profesionales confirmados y en espera**

	Residentes MIR	Residentes PIR	Residentes EIR	TOTAL
Rotación Libre	4	5	5	14

### Grupo de Estudio y Supervisión de casos

La UAT IC ha desarrollado un Grupo de Estudio y Supervisión de hora y media semanal que se imparte en una de las aulas del Hospital de referencia, al que puede asistir cualquier residente MIR, PIR, EIR interesado en aprender acerca del modelo de Atención Temprana que se desarrolla en la UAT IC y/o colaborar con la Unidad.



De esta forma algunos de los asistentes, bajo supervisión, se prestan como colaboradores transversales de la UAT IC para desarrollar el Acompañamiento o la Psicoterapia individual de las personas en tratamiento en la Unidad, personas en crisis o familiares.

#### 14. INVESTIGACIÓN

LA UAT IC participa en varias investigaciones en curso, elegidas para recoger los resultados de la experiencia de modo que tras el tiempo necesario se puedan desprender conclusiones acerca de la eficacia del tratamiento y los beneficios de la Atención Temprana en el caso de personas con primeros episodios psicóticos.

En primer lugar, se realiza una **investigación para evaluar el impacto clínico** en una Unidad de Atención Temprana en personas que por primera vez enfrentan un episodio psicótico. La hipótesis de inicio es que la UAT IC puede mejorar aspectos relevantes para la recuperación de estas personas. Se evaluará su efecto sobre la sintomatología, la funcionalidad y otras variables como el funcionamiento familiar. El seguimiento de esta cohorte tratada en la UAT IC se complementará con un seguimiento a una cohorte similar tratada de la forma habitual en su Centro de Salud Mental.

En segundo lugar, a través de FUNCAS, la Fundación Manantial realiza una segunda **investigación acerca del impacto económico del tratamiento**, contrastando los recursos y gastos realizados en el proceso de recuperación de las personas con psicosis y su deriva en un menor consumo de recursos sanitarios y sociales futuros al evitar la dependencia y cronicidad propia del curso que siguen las personas no tratadas en Atención Temprana y que desembocan en un trastorno mental grave de larga duración.

## 15. DIFUSIÓN DE LA LABOR REALIZADA EN LA UAT IC

A lo largo de 2018 hemos iniciado la difusión del nuevo modelo, la UAT IC, y hemos tenido la oportunidad de participar en los siguientes encuentros para dar a conocer el trabajo que estamos desarrollando.

1. Clase de 4 horas sobre el modelo de la UAT IC en Intervención Temprana en psicosis, en el **Curso Acompañamiento Terapéutico: Teoría y Método** en Madrid. Equipo de la UAT IC, 3 de marzo de 2018.
2. Presentación y debate sobre el modelo de la UAT IC en Intervención Temprana en psicosis, en el **Primer Encuentro Andaluz de Profesionales Implicados en la Intervención Temprana en Psicosis** en Granada. Silvia Parrabera, 18 de mayo de 2018.
3. Clase de 4 horas sobre los Grupos de Terapia Multifamiliar en Atención Temprana a personas con psicosis, en el **Máster de Psicoterapia Psicoanalítica de la Universidad Complutense** en Madrid. Silvia Parrabera, 12 de mayo de 2018.
4. Clase de 4 horas sobre el modelo de la UAT IC en Atención Temprana a personas con psicosis, en el **Máster de Psicoterapia Psicoanalítica de la Universidad Complutense** en Madrid. Silvia Parrabera, 12 de mayo de 2018.
5. Presentación de una reflexión sobre la figura de la Experta en Primera Persona en el equipo de la UAT IC en el **Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría** en Córdoba. Rus María Moreno, 8 de junio de 2018.
6. Presentación sobre las dificultades y el proceso de aprendizaje durante el primer año de experiencia de la UAT IC en el **XIII Congreso Mundial de Rehabilitación**

**Psicosocial** (WAPR, WorldCongress) que se celebra en Madrid. Silvia Parrabera, 6 de julio de 2018.

7. Publicación del artículo “El Marco de Diálogo Abierto en la Unidad Temprana a la Psicosis (UAT IC) de Alcalá de Henares”, que reflexiona acerca de este primer año de UAT IC. Se encuentra en el *Boletín* núm. 43 de la **Asociación Madrileña de Salud Mental**. Pág. 20-29. Silvia Parrabera, primavera de 2018.
8. Presentación en el **23 Encuentro Internacional de Diálogo Abierto** en Tornio, Finlandia. Silvia Parrabera, 29-2 septiembre de 2018.
9. Visita al **Proyecto Parachute** de Nueva York y a la Clínica Flatiron. Pablo Fernández, 27 de agosto de 2018.
10. Presentación del marco de Diálogo Abierto en el **Hospital Universitario Ramón y Cajal** de Madrid en los cursos de Formación Continuada para residentes psiquiatría y psicología. Silvia Parrabera y Rus Moreno, 19 de septiembre de 2018.
11. Presentación en **Sesión Técnica para los profesionales de salud mental de la Fundación Manantial**. Equipo de la UAT IC, octubre de 2018.
12. Presentación en **Sesión Clínica para la Red de Salud Mental del Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares**. Equipo de la UAT IC, octubre de 2018.
13. Docencia de 8 horas para la **formación de profesionales de salud mental del SESCAM** en Castilla la Mancha en noviembre de 2018.

14. Presentación sobre Intervención Temprana en psicosis, en las **Jornadas Máster de Psicoterapia Psicoanalítica de la Universidad Complutense** en Madrid, noviembre de 2018. Silvia Parrabera.

#### 16. PROPUESTA DE OBJETIVOS 2019

1. Coordinar la puesta en marcha en la Red de Salud Mental de Alcalá de Henares del Proceso Asistencial de Primeros Episodios documentado en los dos años anteriores.
2. Puesta en marcha del Grupo de Terapia Multifamiliar en un espacio de la Comunidad (no específico de salud mental) y abierto a la Comunidad.
3. Incrementar el número de Reuniones Dialógicas con la participación de profesionales externos a la UAT IC como forma de coordinación de caso único en los Centros de Salud Mental, La Unidad de Hospitalización Breve, las Urgencias Psiquiátricas y los Centros de Salud.
4. Mantener el esfuerzo para la difusión del marco de Diálogo Abierto en la Atención Temprana a la psicosis y en la Salud Mental en general.

## 17. REFERENCIAS ACTUALES

### Recursos sobre Atención Temprana a la Psicosis:

1. Addington J (2007) The promise of early intervention *Early Intervention in Psychiatry*;1:294-307
2. Birchwood M, Fowler D and Jackson C (2000) (eds) *Early Intervention in Psychosis. A Guide to Concepts, Evidence and Interventions*. John Wiley and Sons Ltd., Chichester
3. EARLY PSYCHOSIS DECLARATION <http://www.iris-initiative.org.uk/the-early-psychosis-declaration/>
4. Edwards J and McGorry P.D. (2002) *Implementing Early Intervention in psychosis. A guide to Establishing Early Psychosis Services*. Martin Dunitz Ltd., London
5. Sainsbury Centre for Mental Health (2003) *A Window of Opportunity: A Practical Guide for Developing Early Intervention in Psychosis Services*. SCMH, London
6. [WWW.IRIS.INITIATIVE.ORG.UK](http://WWW.IRIS.INITIATIVE.ORG.UK) UK site promoting good practice in EIP services. Guidance on early detection and intervention, downloadable factsheets and power point presentations.
7. [www.eppic.org.au](http://www.eppic.org.au) – Website of influential Australian EIP service for people with first episode psychosis with comprehensive downloadable information sheets for young people and families.
8. [www.am-i-ok.co.uk](http://www.am-i-ok.co.uk) – Buckinghamshire EIP service website
9. [www.wheres-your-head-at.com](http://www.wheres-your-head-at.com) Birmingham Youth mental health service mental health awareness website.

### Lecturas Recomendadas:

1. Aderhold, V., & Statsny, P. (2015). *A Guide to Minimal Use of Neuroleptics: Why and How*. New York: Mad in America. Retrieved from <http://www.madinamerica.com/wp-content/uploads/2015/08/Guide-to-Minimal-Use-of-Neuroleptics-.pdf>
2. AEN, G. expertos. (2009). Consenso sobre la atención temprana a la psicosis de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. *Cuadernos Técnicos de La AEN*, 10.
3. Cooke, A. (2014). *Comprender la psicosis. ¿Por que a veces las personas oyen voces, creen cosas que a otros les parecen extrañas, o parecen estar fuera de la realidad, y que es lo que puede ayudarles?*

4. *Dialogo Abierto: un abordaje finlandés alternativo para sanar la psicosis*<https://youtu.be/4Xvp5vpwWf4>
5. Erro, J. (2016). *Saldremos de esta. Guía de salud mental para el entorno de la persona que está en crisis*. Granada: Primeravocal.org & Biblioteca Social Hnos Quero.
6. Hall, W. (2007). *Discontinuación del uso de drogas psiquiátricas: Una guía basada en la reducción del daño*. New York: The Icarius Project.
7. Inchauspe, J. A., & Valverde, M. A. (2015). *El uso de antipsicóticos en la psicosis. Alcance, limitaciones y alternativas*. Madrid: AEN.
8. kauko Haarakangas, K., Seikkula, J., Alakare, B Aaltonen, J. () *Diálogo Abierto: Una aproximación al tratamiento psicoterapéutico de la psicosis en Finlandia del norte*. Capt. 9. Traducción: Arratia, M.
9. Maria Sampietro, H. M., & Ferrer Carbonell, C. (2016). *Grupos de Ayuda Mutua. Documento guía para la constitución y gestión de Grupos de Ayuda Mutua en Salud Mental*. 2016: ActivaMent. Retrieved from <http://www.activament.org/es/2014/04/03/guia-per-a-la-constitucio-i-gestio-de-grups-dajuda-mutua-en-salut-mental/#sthash.Di7yByBF.dpbs>
10. Martín López Andrade, L. (2017) *Manual de instrucciones para la deconstrucción de un dispositivo*. Revista Átopos
11. May, R. (2005). Dar sentido a la experiencia psicótica y trabajar por la recuperación. In J. F. Gleeson & P. D. McGorry (Eds.), *Intervenciones psicológicas en la psicosis temprana*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
12. Moncrieff, J. (2009). *Hablando claro: Una introducción a los fármacos psiquiátricos*. Barcelona: Herder.
13. Seikkula, J. (2008). Interior y exterior. Voces en el momento presente de la familia y la red de terapia. *Diario de Terapia Familiar*, 30(4), 478–491.
14. Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., & Lehtinen, K. (2006). Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research*, 16(2), 214–228. <https://doi.org/10.1080/10503300500268490>
15. Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J. (2000). “A 2 year follow up on Open Dialoguetreatment in first episode psychotic: Need for hospitalization and neuroleptic medication decrease.” *Social and Clinical Psychiatry* 10 (2): 20 29.
16. Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J., Holman, J., Rasinkangas, A. and Lelithinen, V.(2003). “Open Dialogue approach: Treatment principles and

preliminary results of a 2 year follow up on first episode schizophrenia.”  
Ethical Human Sciences and Services. 5(4): 163-182.

17. Seikkula, J., & Arnkil, T. E. (2015). *Dialogical meetings in social networks (Trad cast: Diálogos terapéuticos en la red social. Barcelona, Herder, 2016)*. London: Karnac.
18. Seikkula, J., & Trimble, D. (2005). Healing Elements of Therapeutic Conversation: Dialogue as an Embodiment of Love (trad cast: Los elementos curativos de la conversación terapéutica: el diálogo como una encarnación del amor). *Family Process*, 44, 461–475. Retrieved from <https://es.scribd.com/document/270743337/Elementos-Curativos-de-La-Conversacion-Terapeutica-El-Dialogo-Como-Una-Encarnacion-Del-Amor>