

TRATAMIENTO Y DIAGNÓSTICO PRECOZ EN JÓVENES Y ADOLESCENTES CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL: UNA VISIÓN DESDE LA TERAPIA OCUPACIONAL.

EARLY DIAGNOSIS AND TREATMENT IN CHILD AND YOUNG WITH MENTAL HEALTH PROBLEMS: A VIEW FROM THE OCCUPATIONAL THERAPY.

DESH: Psicosis Precoz, Tratamiento, Diagnostico, Adolescentes, Terapia Ocupacional.

MESH: Early psychosis, Treatment, Diagnosis, Teens, Occupational Therapy.



Autores:

Dña. Beatriz Poza Puertas

Terapeuta Ocupacional. Facultad de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería de Talavera de la Reina (Universidad de Castilla – La Mancha).
beatriz.poza@hotmail.com

D. Pablo A. Cantero Garlito

Terapeuta Ocupacional. Educador Social. Sexólogo. Ayuntamiento de Plasencia. Presidente del Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Extremadura (COPTOEX). Profesor Facultad de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería de Talavera de la Reina (Universidad de Castilla – La Mancha).
pablo@erasesunavez.com

D. Noel Bermejo Riera

Terapeuta Ocupacional. Coordinador del Departamento de Terapia Ocupacional del Hospital de Día Madrid.
noelbermejoriera@gmail.com

Como citar este documento:

Poza Puertas B, Cantero Garlito PA, Bermejo Riera N. Tratamiento y diagnóstico precoz en jóvenes y adolescentes con problemas de salud mental: una visión desde la terapia ocupacional. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2013 [fecha de la consulta]; 10(18): [24 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num18/pdfs/original7.pdf>

Texto recibido: 24/03/2013

Texto aceptado: 25/10/2013

Texto publicado: 28/11/2013

Introducción

La adolescencia es una de las etapas evolutivas clave en el desarrollo humano; supone una serie de cambios (físicos, cognitivos, emocionales y sociales) que afectarán al transcurso de sus vidas ⁽¹⁾. Una mala salud mental en la adolescencia puede incidir de forma directa en el desarrollo de esta etapa y limitar el potencial del adolescente produciéndose consecuencias negativas como el deterioro de la función social, un logro educativo pobre, desempleo, abuso de sustancias, autolesiones, violencia y suicidio ⁽¹⁾.

Existen evidencias para sugerir que los problemas de salud mental en los jóvenes producen angustia y discapacidad ⁽²⁾. Sin embargo son reacios a buscar ayuda y su primer contacto con los servicios de salud a menudo es a través de los médicos de

RESUMEN

Desde sus orígenes la idea de crear unos servicios especializados para la intervención temprana en psicosis ha ido evolucionando hasta alcanzar un nivel mundial. Tanto los estudios sobre la duración de la psicosis sin tratar como los que abordan el primer episodio, apuntan a una conclusión de fracaso tanto a la hora de introducir a los pacientes en los tratamientos, como de prevenir recaídas y deterioro. La investigación sobre psicosis temprana ha avanzado a grandes pasos en los últimos años y la figura del terapeuta ocupacional se ha ido introduciendo de manera progresiva dentro de los recursos asistenciales. Se ha realizado una revisión bibliográfica con el fin de conocer cuáles son esos servicios que prestan atención a adolescentes con problemas de Salud Mental, cómo son los tratamientos que se están llevando a cabo, cuáles son los que han demostrado evidencia y qué papel representa dentro del tratamiento el terapeuta ocupacional.

ABSTRACT

Since its inception, the idea of creating specialized services for early intervention in psychosis has evolved to reach worldwide. Both studies on the duration of untreated psychosis treated as the first episode that they show failure to introduce the patients in treatment, as prevent recurrences and deterioration. Research on early psychosis has made great strides in recent years and the figure of the occupational therapist has been introduced progressively into care resources. It has conducted a literature review to know what these services that provide care for adolescents with mental health problems, such as treatments being carried out, which ones have shown evidence and what role is within the occupational therapist treatment.

avanzado de forma considerable. Varios autores han llevado a cabo estudios donde defienden la idea de que llevar a cabo un diagnóstico precoz e implantar un tratamiento en los inicios de la psicosis (etapa adolescente), es más efectivo que intervenir una vez que la enfermedad mental se encuentra instaurada (etapa adulta) (5-9).

De esta manera se conseguirá una disminución de los fracasos escolares y laborales, de las autoagresiones, de las angustias familiares así como del consumo de drogas y conductas delictivas. Impidiendo así la limitación del posterior nivel de recuperación de la enfermedad (5). Algunos estudios señalan la existencia de un "período crítico" (aproximadamente los 5 primeros años de la enfermedad), que son cruciales para el desarrollo futuro de la misma (6) (7) (8). Además defienden que existen personas que, por sus características emocionales y personales, son más propensas a desarrollar una mala salud mental, y que poseen un "estado mental de alto riesgo". Estos factores de alto riesgo unidos a factores secundarios (ambientales) darán lugar a la enfermedad

Atención Primaria (AP) (3). La enfermedad y el tratamiento se producen en un momento del ciclo evolutivo donde las capacidades para hacer frente a las situaciones y la identidad personal no son lo suficientemente maduras. También las relaciones con los padres y con los iguales, están cambiando y son inestables (4).

En los últimos años, la investigación en el campo de la salud mental adolescente ha

mental, la cual tiene su inicio en la adolescencia y comienza con una serie de manifestaciones clínicas o "pródromos" (Síntomas psicóticos atenuados – suspicacia o cambios perceptivos; Síntomas inespecíficos afectivos y neuróticos – ansiedad, humor deprimido, alteraciones del sueño; Cambios conductuales – aislamiento, abandono de actividades habituales y síntomas básicos; Trastornos del pensamiento y la percepción) que no conducen necesariamente a la psicosis, sino que pueden desencadenar en otras patologías mentales tales como trastornos depresivos, trastornos obsesivos compulsivos (TOC), trastornos de la conducta (TC), entre otros ⁽⁶⁾.

Por el momento los estudios de eficacia realizados en Terapia Ocupacional (TO) y que estén relacionados con la Salud Mental son escasos. Algunas revisiones han demostrado que el número de artículos de investigación publicados de TO frente a la práctica general en Salud Mental, eran muy limitados y de poca evidencia ⁽¹⁰⁾; además la mayoría de los artículos centrados en los jóvenes y adolescentes se centran más en otro tipo de patologías (físicas, cognitivas, neurológicas) ⁽¹¹⁾.

En España este campo de actuación no está tan avanzado como en otros países de Europa, en Estados Unidos o en Australia. Hace unos años la Asociación Española de Neuropsiquiatría publicó un Consenso sobre Atención Temprana a la psicosis ⁽¹²⁾ que define objetivos, actividades, instrumentos de evaluación, estándares de atención e indicadores de proceso y resultado en el abordaje de las fases tempranas de la psicosis. La estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2006-2009), incluye planes dirigidos a los jóvenes ⁽¹³⁾. En ella se dice que «Las Comunidades Autónomas establecerán procedimientos de apoyo desde la atención especializada en Salud Mental hasta la Atención Primaria (AP) para la detección y tratamiento precoz de trastornos mentales».

Según el Estudio Europeo de la Epidemiología de los Trastornos Mentales (EsEMED), se estima que el 19,5% de los españoles presentaron, alguna vez en

su vida, algún trastorno mental (prevalencia-vida), el 15,7% de los hombres y el 22,9% de las mujeres ⁽¹⁴⁾. En cuanto a la prevalencia de enfermedad mental en los adolescentes, el trastorno depresivo mayor tiene una prevalencia de un 11,5% entre los jóvenes ⁽¹⁵⁾; el TOC se suele iniciar en la adolescencia y los resultados muestran prevalencia de 2 hasta el 3,5 % ⁽¹⁶⁾; los TC se consideran una patología cada vez más prevalente en el adolescente, se piensa que afectan al menos al 6-16% de los varones y al 2-9% de las mujeres ⁽¹⁷⁾ ⁽¹⁸⁾.

2. METODOLOGÍA

Se hizo una búsqueda en las siguientes bases de datos electrónicas: Biblioteca Cochrane Plus, Medline Pubmed, Trip Database, Web of Knowledge (WOK), Guía Salud. Además se incluyeron otros recursos electrónicos: Buscadores electrónicos como Google y Google Académico y revistas electrónicas como The American Journal of Occupational Therapy (AJOT), Australian Occupational Therapy Journal. Se establecieron como límites de búsqueda los artículos publicados en los diez últimos años, iniciando la búsqueda en Noviembre de 2011, y que los descriptores aparecieran en el título y en el resumen. La búsqueda se dividió en dos partes, por un lado se hizo una búsqueda general sobre el tema (enfermedades, prevalencia, tratamientos) y por otro lado una búsqueda específica de intervención en TO.

2.1. Objetivos de la revisión

- Clasificar y describir los recursos asistenciales y los diferentes enfoques terapéuticos que se describen en la bibliografía de evidencia, para la atención en materia de Salud Mental de adolescentes y jóvenes (14 a 30 años).
- Determinar en qué consiste la efectividad de cada uno de los tratamientos y cuál es la figura del terapeuta ocupacional dentro de la red asistencial.

2.2. Búsqueda Bibliográfica

2.2.1. Criterios para la valoración de los estudios de esta revisión

2.2.2.1. Tipos de estudios:

En la búsqueda se incluyeron todo tipo de estudios (ensayos controlados aleatorios, estudios de cohortes, casos y controles, estudios de revisión sistemática, estudios cualitativos), que tuvieran como tema principal la Salud Mental adolescente y sus tratamientos, tanto específicos de Terapia Ocupacional como por parte de otros profesionales. Se incluyeron estudios publicados en todos los idiomas.

2.2.2.2. Tipos de participantes:

Adolescentes y jóvenes de entre 14 y 30 años edad, diagnosticados de enfermedad mental, independientemente de la fase de evolución en la que se encuentren, que estén recibiendo tratamiento en un centro especializado de salud mental para adolescentes y jóvenes.

2.2.2.3. Tipos de intervenciones:

Servicios de Salud Mental que proporcionaban atención especializada a jóvenes y adolescentes con problemas de salud mental, sin tener en cuenta la gestión del centro (público-privado); los servicios que prestan (hospitalización, hospital de día, consultas externas, intervenciones domiciliarias y/o comunitarias); el tipo de tratamiento y el profesional que lo llevaba a cabo, haciendo hincapié en la figura que el terapeuta ocupacional representaba en el caso de que formara parte del equipo multidisciplinar.

3. RESULTADOS

El tratamiento de la psicosis está presenciando una importante transformación en los últimos diez años. El desplazamiento del foco de atención desde la fase estable o residual de la enfermedad hacia los inicios de la misma, está suponiendo una serie de innovaciones y avances, tanto en la evaluación y diagnóstico, como en las modalidades terapéuticas y en la consiguiente reordenación de los servicios asistenciales ⁽¹⁹⁾. La sensación de optimismo creciente sobre la posibilidad de mejores resultados para la esquizofrenia y la

psicosis relacionadas, ha producido una reforma sustancial y existe un impulso en la práctica clínica de muchos países para desarrollar estrategias de intervención temprana ⁽⁴⁾.

La International Early Psychosis Association (IEPA) junto con la Organización Mundial de la Salud (OMS), formularon la declaración de Consenso OMS-IEPA sobre Intervención Temprana y Recuperación para Jóvenes con Psicosis Temprana que propone una serie de principios ⁽²⁰⁾:

- Proporcionar tratamiento en atención primaria: detección temprana y acceso rápido a servicios de Salud Mental comunitarios.
 - Atención en la comunidad, en servicios lo menos restrictivos y coercitivos posibles.
 - Educar a la población: promover conciencia sobre la importancia de la detección temprana y del tratamiento de la psicosis, implicando a la comunidad, familias y usuarios.
 - Colaborar con otros sectores sociales (trabajo en red) para facilitar la recuperación.

Programas para la intervención precoz

Los programas para la intervención precoz se centran en la recuperación global de la persona adolescente, a través de tratamientos por parte de un equipo multidisciplinar, donde se incluye a la familia ⁽⁴⁾ ⁽²¹⁾, y una combinación de neurolépticos a dosis bajas junto con tratamientos psicológicos y terapias basadas en las necesidades de la persona ⁽⁴⁾ ⁽²²⁾. Los tratamientos han de ser divididos según la fase de la enfermedad (fase prodrómica o pre-psicótica; fase aguda del primer episodio de psicosis; fase de recuperación o fase post-psicótica) ⁽⁴⁾.

Intervenciones en la fase prodrómica o pre-psicótica

En significativo número de individuos antes del inicio de los síntomas psicóticos positivos severos y persistentes, se produce un período prolongado de síntomas

y de incapacidad creciente, denominado "pródromo", suficientes para permitir el diagnóstico de esquizofrenia o de primer episodio de psicosis (23). Los tratamientos se basan en prevenir el desarrollo de psicosis en los pacientes con síntomas prodrómicos (personas con probabilidad de contraer psicosis u otras patologías mentales o personas con psicosis que aún no han sido tratadas) o en mejorar los resultados tras el primer episodio psicótico (estadios iniciales de la enfermedad) (22).

Existen evidencias de que jóvenes que han sido identificados en situación de alto riesgo de psicosis han informado de un conjunto de síntomas variados durante la fase prepresicótica (24) (25). Se considera que es importante empezar a tratar en esta fase, ya que la bibliografía nos muestra la evidencia de que el retraso en el inicio del tratamiento una vez desarrollados los síntomas psicóticos (DUP: Duration of Untreated Psychosis), conllevará a un peor pronóstico (26).

Todos los programas y centros de investigación clínica en esta fase, tienen en común varios aspectos (19) (27) (28):

- a) Identificar a jóvenes en situación del alto riesgo de desarrollar una psicosis en un futuro cercano, utilizando estrategias educativas y de captación centradas en la comunidad (formando de forma intensiva a los profesionales médicos de los dispositivos de AP y a los centros escolares).
- b) Identificar los factores de riesgo de los estados mentales y factores de riesgo genéticos o de rasgo mediante la escala de síntomas prodrómicos (Scale of Prodromal Symptoms, SOPS).
- c) Es necesario que sean los propios pacientes los que busquen ayuda para su entrada en estos programas. No se trabaja con aquellas personas asintomáticas o que no demandan ayuda.
- d) Estos centros o programas se financian habitualmente por medio de becas de investigación.
- e) Todos los centros proporcionan un servicio clínico además

de investigar y de evaluar las intervenciones.

f) Existen dos focos clínicos de atención: manejo de las situaciones actuales, monitorización y posible prevención o atenuación de la psicosis emergente.

g) Uso de dosis bajas de neurolépticos (risperidona, amisulprida).

h) Los programas están vinculados a servicios de psicosis temprana o son ellos mismos los que proporcionan tratamiento para los primeros episodios psicóticos.

i) Las tasas de transición a la psicosis abarca un rango de entre el 22% y el 54% en un período de un año.

En esta fase destacamos varios estudios de evidencia donde los tratamientos que han sido efectivos son: Tratamiento "específico de fases", que consisten en la administración de neurolépticos (risperidona) a dosis bajas en combinación con Terapia Cognitivo Conductual (TCC) lo cual conseguirá retardar, pero no prevenir la aparición de la psicosis ⁽²²⁾ ⁽²⁶⁾; también se llevan a cabo tratamientos por parte de un equipo multidisciplinar (con psicólogos y terapeutas ocupacionales, entre otros) centrado en la necesidades de las personas a tratar (relaciones sociales, problemas familiares, ocio y tiempo libre), donde los Terapeutas ayudan en aspectos como el alojamiento, empleo, educación y apoyo familiar ⁽²²⁾.

Hasta el momento los estudios llevados a cabo con enfermedad mental iniciada en la adolescencia han sufrido sesgos de selección en la representatividad de la muestra ⁽²⁹⁾ ⁽³⁰⁾. La mayoría de estos estudios indican un peor pronóstico a largo plazo de la esquizofrenia de aparición en la adolescencia en comparación con la edad adulta ^(29- 32). Pero éstos pueden estar sujetos a un sesgo de selección ya que por norma general los adolescentes y adultos se suelen tratar en centros diferentes, por tanto los centros y los tratamientos no son iguales. Finalmente el centro de atención integral a adolescentes EPPIC de Melbourne, publica un estudio prospectivo comparativo de los resultados de individuos con inicio

temprano (antes de los 18 años) y de edad adulta que fueron diagnosticados y tratados en el mismo centro ⁽³³⁻³⁵⁾. Cuenta con una población diana de 723 participantes y un equipo de atención integral donde se incluye al terapeuta ocupacional ⁽³⁵⁾.

Intervenciones en la fase aguda del primer episodio psicótico.

En este periodo es donde se produce una mayor desestructuración de los procesos cognitivos del individuo, de su comportamiento y de su funcionamiento social y ocupacional. Los objetivos de tratamiento van encaminados a impedir el daño del paciente hacia los demás o hacia sí mismo, a controlar sus conductas alteradas, a reducir la severidad de la sintomatología psicótica y de los síntomas asociados a ésta (agitación, agresividad, ansiedad, miedo, disforia, depresión) y a intentar conseguir un retorno rápido al nivel de funcionamiento, anterior a la aparición de la enfermedad ⁽¹⁹⁾. La IEPA recomienda que el tratamiento se realice en dispositivos comunitarios ambulatorios o a domicilio siempre que sea posible ⁽³⁶⁾.

Según los estudios consultados podemos dividir los servicios de atención en cinco tipos: el Tratamiento Multisistémico (TMS) en el domicilio donde el terapeuta trabaja con la familia y el adolescente en su entorno cotidiano (casa, escuela, comunidad). Se lleva a cabo una intervención centrada en el contexto social del adolescente, reduciendo así todos los factores externos que estén propiciando el deterioro de los síntomas. Va dirigido a jóvenes que cumplan los requisitos para un ingreso hospitalario (psicosis, ideas suicidas u homicidas) ⁽³⁷⁾ ⁽³⁸⁾ ⁽²¹⁾. El tratamiento intensivo domiciliario ⁽³⁹⁾ ⁽⁴⁰⁾ donde se usa un enfoque de solución de problemas centrado en el niño y la familia y con prioridad en las dificultades con el ambiente psicosocial y en aliviar los síntomas psiquiátricos individuales. Servicios especializados de pacientes ambulatorios basados en la elaboración de programas de orientación y TCC para los padres y administración de fármacos a los niños que padecen trastornos emocionales y conductuales ⁽⁴¹⁾. Programas de detección precoz dentro de los servicios

integrales (22). Intervención intensiva domiciliaria durante las crisis (programa "homebuilders") (42).

Intervenciones en la fase de recuperación o fase post-psicótica

La fase post-psicótica es el momento de remisión y estabilización sintomatológica y del inicio de la recuperación clínica y personal. Aproximadamente abarca un periodo comprendido entre los 3 a 18 meses tras la estabilización de la crisis psicótica, y se divide en dos etapas. La recuperación temprana que va de los 3 a los 9 primeros meses y la recuperación prolongada que va de los 9 a los 18 meses siguientes (36). Es esencial que se proporcione una atención biopsicosocial intensiva y de alta calidad, de forma continuada y activa durante los años críticos posteriores al inicio de la psicosis. Difícilmente se cumple este estándar, dado que los pacientes no reciben atención hasta que manifiestan secuelas negativas tales como recaídas, intentos de suicidio o discapacidad severa (43).

Los estudios que han demostrado evidencia en esta fase están relacionados con los llevados a cabo durante la fase aguda del primer episodio de psicosis (21) (22) (37-42). En los enfoques de tratamiento se incluyen terapias de psicoeducación, intervenciones familiares, prevención de recaídas, de compensación del déficit en el manejo de la información, manejo de las alucinaciones y del impacto del trastorno psicótico en la propia identidad.

Intervenciones específicas de Terapia Ocupacional

El desarrollo y fortalecimiento de la conducta ocupacional de las personas, se ha demostrado a través de la implementación de las actividades de la vida diaria y de las experiencias comunes de cada sujeto en su vida cotidiana (44), es decir, el cuidado personal, habilidades de organización, el juego, el ocio, el trabajo y la participación social teniendo en cuenta el papel fundamental que tiene la familia y la comunidad como apoyo a la persona (45).

En la mayoría de los estudios no aparece reflejada la figura del terapeuta ocupacional, bien porque no se tiene en cuenta dentro del equipo de atención o porque no se especifica si forma parte del mismo ⁽¹⁹⁾⁽²¹⁻³⁰⁾. Esto puede ser debido a que la mayoría de tratamientos de los hay evidencias están llevados a cabo generalmente por psicólogos, aunque sí aparecen términos relacionados con la TO: calidad de vida, área educacional y empleo ⁽²²⁾, independencia y autonomía, recuperación y estado del funcionamiento social ^{(19) (22)}, actividades de la vida diaria, artes y oficios ⁽⁴⁶⁾, programas vocacionales, de expresión creativa, recreativo-sociales ⁽⁴⁷⁾.

Solo 8 de todos los artículos de esta revisión están elaborados por terapeutas ocupacionales y tienen como tema principal el tratamiento desde la perspectiva de la terapia ocupacional ^{(11) (35)(48-53)}. Consisten en programas de actividades estructuradas y participación ⁽⁴⁸⁾ donde se llevan a cabo el uso de diarios de tiempo, actividades de Ocio y actividades productivas (tareas del hogar, escuela, empleo); Programa de intervención centrado en la familia en entornos reales ⁽⁴⁹⁾; Programa basado en el Modelo de desarrollo Positivo de la Juventud (PYD) ⁽¹¹⁾ para garantizar su bienestar y el éxito de la manera más saludable posible a través de la mejora de comportamientos específicos y de deficiencias que pueden impedir el desarrollo normal; Programas comunitarios ⁽⁵⁰⁾⁽⁵¹⁾; Programas de intervención dentro de los servicios integrales ⁽³⁹⁾ y otros estudios relacionados ⁽⁵²⁾⁽⁵³⁾.

Resultados de las diferentes intervenciones en el tratamiento de la psicosis precoz

Resultados de las intervenciones en la fase prodrómica o pre-psicótica

Como mencionábamos en el apartado de descripción de tratamientos el tratamiento "específico de fases" que combina risperidona con TCC, puede retardar pero no prevenir la aparición de la psicosis ⁽²²⁾. En cuanto a la función global medida con la Evaluación Global del Funcionamiento (GAF) un estudio

(LIPS-Germany) obtiene puntuaciones positivas a favor del grupo de intervención temprana ⁽²²⁾ y otro (PACE-Australia) no detecta diferencias significativas entre ambos grupos ⁽²²⁾. Se han producido mejoras en las puntuaciones globales de los síntomas positivos de la Escala para la evaluación de síntomas positivos y negativos (PANSS), a favor de los pacientes de inicio temprano tratados con amisulprida (LIPS-Germany). Y en ambos estudios mejoras en la calidad de vida y en la adherencia al tratamiento, a pesar de los efectos secundarios de la risperidona y la amisulprida ⁽²²⁾. Los siguientes estudios encontrados no muestran evidencia ya que no hay diferencias significativas en la comparación de los grupos de estudio y además la muestra es muy pequeña: PRIME-USA, EDIE-Germany, Amminger-Australia, LifeSPAN-Australia, Linszen-Ámsterdam, Zhang-China ⁽²²⁾.

El tratamiento por parte de un equipo multidisciplinar y centrado en las necesidades ha demostrado que los centros entrenados para la detección temprana de los problemas mentales en los adolescentes derivan mejor a los pacientes que lo profesionales no preparados ⁽⁵⁴⁾. Un estudio prospectivo de grupo único ⁽⁵⁵⁾ con 30 pacientes demostró que sólo un 26,7% de los participantes llegaron a desarrollar una psicosis; mejoría psicopatológica en la escala de síntomas prodrómicos (Scale of Prodromal Symptoms - SOPS) en los pacientes que no transitaron a la psicosis; aumento en la recuperación funcional evaluada con la GAF.

El estudio prospectivo de seguimiento que se llevó a cabo en el centro EPICC ⁽³⁵⁾, es el mejor estudio encontrado en el tratamiento de la fase pre-psicótica, tiene una alta representatividad de la muestra y no existe ningún otro estudio de seguimiento tan a largo plazo (+/- 5 años). Hay que destacar que en este estudio no se explica en qué consiste la figura del terapeuta ocupacional, pero sabemos que forma parte del equipo y que utiliza como herramienta estandarizada la Escala de Evaluación del Funcionamiento Social y Ocupacional (SOFAS). Como resultados de evidencia destacamos que el grupo de inicio precoz:

- 1) Mejora en los resultados sintomáticos y funcionales medidos con la GAF, SOFAS, Escala para la Evaluación de los Síntomas Negativos (SANS) y la Brief Psychiatric Rating Scale-Expandida (BPRS-E): menos síntomas, mejor funcionamiento global y una mayor calidad de vida.
- 2) Mejoras en el ámbito profesional ya que tenían más posibilidades de reportar un resultado positivo profesional y de permanecer mayor tiempo en el mismo.
- 3) Tras el tratamiento se produjo una reducción en el número de hospitalizaciones; un menor porcentaje de episodios psicóticos, episódicos y continuos; disminución en el número de personas que a largo plazo reciben tratamiento psiquiátrico.

Resultados de las intervenciones en la fase aguda del primer episodio psicótico.

Tratamiento Multisistémico

- 1) Mejora en el comportamiento de los pacientes medido con la Chil Behaviour Checklist: a los cuatro meses mejora de los síntomas externos evaluados por los profesores y no diferencia en los síntomas internos ⁽³⁷⁾ y no mejoras en los síntomas evaluados por los cuidadores ⁽³⁷⁾⁽²¹⁾; pequeñas diferencias significativas al inicio (4 a 6 semanas) en el apoyo de las redes sociales ⁽⁴⁶⁾.
- 2) Mejora en la relación y adaptabilidad familiar medida con la Family Adaptability and Cohesión Evaluation Scale (FACES): diferencias significativas autoinformadas por los jóvenes a favor del grupo control y autoinformada por los cuidadores a favor del grupo que recibe TMS ⁽³⁷⁾.
- 3.) Otras mejoras significativas: a los cuatro meses del tratamiento se produjo una reducción de los días que pasaron fuera de la escuela y del consumo de alcohol ⁽³⁷⁾; mayor satisfacción de los jóvenes y de los cuidadores ⁽³⁷⁾; mayor adherencia al tratamiento y reducción en el número de hospitalizaciones ⁽³⁷⁾⁽²¹⁾; disminución en el consumo de drogas, delincuencia y delitos menores ⁽²¹⁾.

Tratamiento intensivo domiciliario

Dos de los estudios encontrados estudian el tratamiento intensivo domiciliario frente al tratamiento hospitalizado ⁽³⁹⁾⁽⁴⁰⁾ pero su grado de evidencia es bajo. Sólo uno de los estudios demostró que el 50% de los jóvenes hospitalizados vivían en casa al año y medio tras el tratamiento y el 72% de los que se les atendió en la comunidad vivían en casa ⁽⁴⁰⁾. Ambos estudios no demostraron diferencias significativas en ninguno de los aspectos siguientes: síntomas positivos y negativos, adaptación dentro de la escuela, adaptación en el trabajo ⁽³⁹⁾; satisfacción de los padres con el tratamiento, datos psicosociales no valorables ⁽⁴⁰⁾.

Servicios especializados de pacientes ambulatorios

Un ensayo controlado aleatorio evaluó la efectividad de los servicios intensivos ambulatorios comparados con la orientación general proporcionada a pacientes ambulatorios (con o sin farmacoterapia) con trastornos emocionales y conductuales ⁽⁴¹⁾. No hubo diferencias significativas entre los grupos ya que se consiguió un reclutamiento de 26 niños atendidos en la comunidad pero 22 de los padres solicitaron ingreso hospitalario.

Programas de detección precoz dentro de los servicios integrales

El estudio de identificación y tratamiento temprano de los jóvenes con psicosis (OPUS-Scandinavia) demostró que la educación y la colaboración intensiva con la atención primaria de salud y con otros dispositivos sociales, reduce el tiempo de demora en el inicio del tratamiento de la psicosis y un programa de tratamiento asertivo comunitario, adaptado a los primeros episodios de psicosis, puede modificar su curso y resultado. De tal manera que se produjeron mejoras en el número de personas que abandonaron el estudio, en los síntomas positivos medidos con la Escala para la Evaluación de síntomas Positivos (SAPS), en la satisfacción de los participantes, en la educación y el empleo, una menor comorbilidad en el consumo de drogas y del funcionamiento social medido con la GAF ⁽²²⁾.

Intervención intensiva domiciliaria durante las crisis

Un estudio ha demostrado que el programa "homebuilders", como alternativa a la hospitalización, mejora el comportamiento y las competencias sociales del niño medido con la Child Behaviour Checklist, tras seis meses de tratamiento intensivo y, además, aumento de la autoestima entre los jóvenes tratados ⁽⁴²⁾.

Resultados de la intervenciones en la fase de recuperación o post- psicótica

Como ya hemos señalado en el apartado de descripción de las intervenciones los tratamientos que han sido efectivos en esta fase están en concordancia con los llevados a cabo en la fase aguda del primer episodio psicótico y por tanto se pueden llevar a cabo en ambas etapas pero con objetivos diferentes ⁽²¹⁾⁽²²⁾⁽³⁷⁻⁴²⁾.

Resultados de las intervenciones específicas de Terapia Ocupacional

Programas de actividades estructuradas y participación

Un estudio demostró que el uso de la actividad productiva como parte esencial del tratamiento, mejoró en su satisfacción y en la percepción de control en los retos personales entre los jóvenes ⁽⁴⁸⁾. Dedicar tiempo a la participación activa en actividades estructuradas de ocio se asocia con menos síntomas depresivos en la infancia y adolescencia; las actividades de autocuidados proporcionan menos problemas en el comportamiento exteriorizado; un buen patrón de sueño (8 horas durante la noche) está relacionado con menos problemas de conducta ⁽⁴⁸⁾.

Programa de intervención centrado en la familia en entornos reales

Según un estudio donde la familia forma el pilar principal del tratamiento, cuando se incluye a ésta desde un primer momento se pueden observar diferencias significativas en cuanto a la actitud de la misma frente al tratamiento del adolescente ⁽⁴⁹⁾. Un tratamiento de orientación familiar intrapersonal, interpersonal, cultural y teórico puede ayudar a potenciar el

cambio en los roles familiares, la alianza terapéutica (padre-terapeuta; adolescente-terapeuta) y el cambio en el punto de vista de los padres hacia las conductas de sus hijos. Todo ello teniendo en cuenta la relación entre padre e hijos como parte del plan de intervención y dar un apoyo continuo a los padres para promover la realización de actividades en común y proporcionar esperanza.

Programas basado en el Modelo de desarrollo Positivo de la Juventud (PYD)

Una revisión sistemática en la práctica de TO en niños y jóvenes de la AJOT concluye que un tratamiento basado en la facilitación de habilidades, competencias y características integrales del desarrollo en el adolescente es beneficioso para su evolución hacia la vida adulta ⁽¹¹⁾. Facilita el desarrollo de auto-eficacia y aumenta la confianza personal aunque no hay datos sobre la influencia en la competencia emocional, conexión de autodeterminación o desarrollo de la identidad.

Programas comunitarios

Encontramos dos estudios que han mostrado evidencia en este tipo de tratamientos. En primer lugar un estudio que pretende identificar la incidencia de la conducta desadaptativa en los jóvenes mediante un programa comunitario de formación y de apoyo ⁽⁵⁰⁾. Como resultados obtenemos que los participantes poseen una alta incidencia de violencia y de inadecuación sexual con una tasa aceptable en el incumplimiento de tareas y en el comportamiento fuera del tratamiento.

Por otro lado se llevo a cabo un estudio de revisión sobre los terapeutas ocupacionales que trabajan en un entorno comunitario ⁽⁵¹⁾. La atención se basa en las fortalezas de la persona; el cliente es visto como el director y el terapeuta como guía a lo largo del proceso de tratamiento; las escalas de valoración recomendadas fueron el AMPS, la Medida Canadiense del

Rendimiento Ocupacional (COMP) y la escala de evaluación de habilidades DaCSA.

Programas de intervención dentro de los servicios integrales

Destacamos un estudio prospectivo de seguimiento del centro EPPIC, el cual ya hemos explicado en el apartado de resultados específicos de la fase pre-psicótica ⁽⁴⁰⁾. Podemos añadir que la función que desempeña el terapeuta ocupacional está relacionada con la evaluación y tratamiento del funcionamiento, el empleo y la calidad de vida, aunque no se especifican con qué tratamientos.

Otros estudios relacionados

Un seguimiento de doce años mostró graves deficiencias en varios niveles de funcionamiento en las personas con esquizofrenia de inicio precoz ⁽⁵²⁾. Los resultados sugieren que las intervenciones deben iniciarse tan pronto como sea posible a fin de prevenir la progresión de la enfermedad, el deterioro ocupacional, decadencia de las interacciones sociales y la dependencia socioeconómica en la edad adulta. No se especifica qué tratamientos se llevan a cabo.

Por último encontramos un estudio cualitativo sobre la calidad de vida subjetiva de personas con esquizofrenia cuyo objetivo es construir un modelo predictivo de la misma y si ésta influye en la participación activa de las ocupaciones ⁽⁵³⁾. El predictor más potente de la calidad de vida subjetiva era el sufrimiento asintomático (33%); se ha encontrado que los síntomas psiquiátricos tienen una importante relación con la calidad de vida subjetiva ⁽⁵⁶⁾.

3. DISCUSIÓN

Con esta revisión hemos conseguido aportar una visión más clara sobre qué es la psicosis temprana y cómo es entendida por cada uno de los investigadores relevantes; cuáles son los servicios de atención, los tratamientos y los

profesionales clínicos que se encarga de prestar atención a los jóvenes y adolescentes.

La investigación en psicosis temprana ha avanzado considerablemente en los últimos diez años, pero aun así existen varias lagunas dentro de la eficacia de los tratamientos. En cuanto a las intervenciones en la fase prodrómica o prepsicótica podemos destacar que, a pesar de la existencia de escalas de valoración en pródromos (SOPS) ⁽²⁴⁾⁽²⁵⁾, identificar precozmente los síntomas prodrómicos es difícil, y por lo tanto se siguen produciendo retrasos en el inicio del tratamiento. A pesar de ello podemos afirmar que los centros que se dedican a este tipo de intervención cada vez están más especializados y se consiguen mejores resultados, destacamos el estudio prospectivo del centro EPPIC de Melbourne como el de mayor evidencia científica en esta fase ⁽³⁵⁾.

En la fase aguda o de primer episodio psicótico y la fase de recuperación o postpsicótica hemos encontrado más estudios pero pocos con grandes evidencias, destacando la mejora en el funcionamiento, en los síntomas psicóticos y en la relación con las familias; y además una reducción en el número de reingresos hospitalarios y un aumento de los días de asistencia a la escuela ^{(37) (21)}. Se recomienda que estas intervenciones se lleven a cabo en medios comunitarios o en el domicilio ^{(39) (40)}. Como estudio de mayor evidencia destacamos el realizado por el centro OPUS que, al igual que el centro EPPIC, es uno de los servicios principales de atención integral que hay a nivel mundial para la atención de adolescentes y donde se tiene en cuenta la figura del terapeuta ocupacional, principalmente en la evaluación y tratamiento del funcionamiento social y global, el empleo, la educación y las actividades de la vida diaria ⁽²²⁾.

Todo esto nos hace preguntarnos acerca de la importancia que se le da al terapeuta ocupacional en este tipo de intervenciones. La terapia ocupacional, independientemente del modelo y marco de referencia, tiene dentro de sus principales objetivos conseguir que la persona en situación de dependencia sea

capaz de llevar a cabo una vida "normalizada" dentro de su entorno y en la comunidad, basándose en la ocupación como medio de terapéutico a través de las Actividades de la Vida Diaria, el Ocio, la Participación Social, la educación y el empleo. Por lo tanto ¿Por qué el terapeuta ocupacional, en la mayoría de los casos, se encuentra en un segundo plano, o directamente no aparece, en los tratamientos de Salud Mental para adolescentes?

Una vez más hemos podido comprobar la escasez de estudios de investigación que se llevan a cabo desde TO, quizás esta sea la respuesta a la pregunta anterior, pues si nosotros mismos no demostramos que nuestras intervenciones son efectivas, no será el resto de profesionales quienes lo hagan. Estamos en una época influenciada de manera directa por la Ciencia del Conocimiento e Investigación y la única manera de dar a conocer los buenos tratamientos que se llevan a cabo desde la TO es llevando a cabo estudios de evidencia que lo demuestren. En nuestra mano está que optemos por seguir siendo una profesión conformista que no investiga y que hace que ésta siga sin avanzar o que investiguemos y demos a conocer todos aquellos buenos resultados sobre tratamientos que se están llevando a cabo actualmente y que no se conocen por no demostrar su evidencia científica.

De los ocho estudios encontrados destacamos limitaciones a la hora de describir detalladamente las intervenciones, pues dentro de un taller de ocio, de creatividad o de deporte, entre otros, se pueden desarrollar multitud de actividades y abordar diferentes objetivos; además el tamaño muestral no es lo suficientemente representativo como para poder generalizar los resultados. Así que partiendo de este tipo de estudios deberíamos motivarnos para seguir investigando sobre éstos tratamientos, aunque no sean de gran evidencia, y así comprobar y demostrar su efectividad dentro de la Salud Mental en la adolescencia.

La sociedad y el estado exigen un tratamiento que pueda ayudar a las personas con enfermedad mental a participar en todo lo posible dentro de su vida cotidiana en la comunidad y de esta manera sean capaces de convertirse en agentes activos de la sociedad, y es ahí donde debemos hacer hincapié para poder ir introduciéndonos cada vez más en el campo de la Salud Mental. La Terapia Ocupacional está destinada a ser una profesión basada en satisfacer las necesidades de las personas, pero somos nosotros los que debemos hacer esfuerzos para documentar nuestra profesión y para identificar qué es lo que la Terapia Ocupacional puede hacer en la vida real de las personas con enfermedad mental ⁽¹¹⁾.

Bibliografía

1. McGorry PD, Goldstone S. Is this normal? Assessing mental health in young people. *Aust Fam Physician*. 2011;40(3):94-7.
2. Gibb SJ, Fergusson DM, Horwood LJ. Burden of psychiatric disorder in young adulthood and life outcomes at age 30. *Brit J Psychiat*. 2010; 197 (2):122-7.
3. Rickwood DJ, Deane FP, Wilson CJ. When and how do young people seek professional help for mental health problems? *Med J Australia*. 2007; 187 (7):S35-S9.
4. Gleeson J, McGorry P (eds). *Intervenciones psicológicas en la psicosis temprana. Un manual de tratamiento*. Biblioteca de Psicología. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2005.
5. McGorry PD, Yung A, Phillips L. Ethics and early intervention in psychosis: keeping up the pace and staying in step. *Schizophr Res*. 2001; 51(1):17-29.
6. Yung AR, McGorry PD. The initial prodrome in psychosis: Descriptive and qualitative aspects. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 1996;30(5):587-9. En McGorry PD, Yung A, Phillips L. Ethics and early intervention in psychosis: Keeping up the pace and staying in step. *Schizophr Res*. 2001; 51(1):17-29
7. Birchwood M, Todd P, Jackson C. Early intervention in psychosis - The critical period hypothesis. *Brit J Psychiat*. 1998; 172:53-9.
8. Birchwood M, Fowler D, Jackson C. Early intervention in psychosis: A guide to concepts, evidence and interventions. *Brit J Psychiat*. 2000;28-63.
9. McGlashan T. Duration of untreated psychosis in first-episode schizophrenia: Marker or determinant of course? *J Psychiatr Neurosci*. 1999; 46: 899-907.
10. D'Amico M, JaffeL, Gibson R. Mental Health Evidence in the American Journal of Occupational Therapy. *Am J Occup Ther*. 2010; 64: 660-669.
11. Bendixen R, Kreider C. Review of Occupational Therapy Research in the Practice Area of Children and Youth. *Am J Occup Ther*. 2011; 65:351-359.
12. Bravo M, Vallina O, San Emeterio M, Cid J, Ibáñez V, González J, Fernández A. Grupo de Consenso AEN sobre la atención temprana a la psicosis Cuaderno Técnico. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2009.
13. Jimenez JF. Informe descriptivo de la situación de la atención a la salud mental en las comunidades autónomas. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2011.
14. Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad. Estrategia en Salud Mental Sistema Nacional de Salud 2009 – 2013. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2011.
15. Camacho P, Rueda-Jaimes G, Latorre J, Navarro-Mancilla A, Escobar M, Franco J. Validity and reliability of the Center for Epidemiologic Studies-Depression scale on Colombians adolescent students. *Biomedica* 2009; 29:260-269.
16. Ulloa R, De la Peña F, Higuera F, Palacios L, Nicolini, Ávila JM. Estudio de validez y confiabilidad de la versión en español de la escala de Yale-Brown del Trastorno obsesivo-compulsivo para niños y adolescentes. *ACTAS ESP PSIQUIATRI*. 2004; 32:216-221.

17. Fernandez A, Gonzalez M, Abeijon J, Bravo B, Fernandez de Legaria J, Guadilla M, Gutierrez J, Hernanz M, Larrinaga M, Lasa A, Mugica M, Palomo J, Rey F. Abordaje integrado intra y extrahospitalario de los trastornos de conducta en la adolescencia. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco; 2010.
18. Tcheremissine OV, Cherek DR, Lane SD. Psychopharmacology of conduct disorder: current progress and future directions. *Pharmacother.* 2004; 5(5): 1109- 1116.
19. Vallina O, Lemos S, Fernandez P. estado actual de loa detección e intervención temprana en psicosis. *APUNT PSI.* 2006; 24: 185-221.
20. Bertolote J, McGorry P. Early intervention and recovery for Young people with early psychosis: consensus statement. *BRIT J PSYCHIAT* 2005; 187 Supl 48: 116 – 119.
21. Rowland MD, Halliday-Boykins CA, Henggeler SW, Cunningham PB, Lee TG, Kruesi MJP, et al. A randomized trial of multisystemic therapy with Hawaii's Felix Class Youths. *J EMOT BEHAV DISORD.* 2005;13(1):13-23.
22. Marshall M, Rathbone J. Intervención temprana para la psicosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011. Issue 6. DOI: 10.1002/14651858.CD004718.
23. Agerbo E, Byrne M, Eaton WW, Mortensen PB. Schizophrenia, marital status, and employment: A forty-year study. *SCHIZOPHR RES.* 2003;60(1):3
24. Yung AR, McGorry PD. The prodromal phase of first-episode psychosis: Past and current conceptualizations. *Schizophrenia Bulletin.* 1996;22(2):353-70. En Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP, Francey SM, McFarlane CA, Hallgren M, et al. Psychosis prediction: 12-month follow up of a high-risk ("prodromal") group. *Schizophr Res.* 2003;60(1):21-32
25. Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP, Francey SM, McFarlane CA, Hallgren M, et al. Psychosis prediction: 12-month follow up of a high-risk ("prodromal") group. *SCHIZOPHR RES.* 2003;60(1):21-32
26. Harrigan SM, McGorry PD, Krstev H. Does treatment delay in first-episode psychosis really matter? *Schizophr Res.* 2003;60(1):323-
27. McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ. The "close-in" or ultra high-risk model: A safe and effective strategy for research and clinical intervention in prepsychotic mental disorder. *Schizophrenia Bull.* 2003;29(4):771-90.
28. Phillips LJ, McGorry PD, Yung AR, McGlashan TH, Cornblatt B, Klosterkotter J. Prepsychotic phase of schizophrenia and related disorders: recent progress and future opportunities. *Brit J Psychiat.* 2005;187:S33-S44
29. McClellan J, Werry J, Bernet W, Arnold V, Beitchman J, Benson RS, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. *J Am Acad Child Psy.* 2001;40(7):4S-23S
30. Reichert A, Kreiker S, Mehler-Wex C, Warnke A. The psychopathological and psychosocial outcome of early-onset schizophrenia: preliminary data of a 13-year follow-up. *Child Adol Psych Cl.* 2008;2(1):6.
31. Fleischhaker C, Schulz E, Tepper K, Martin M, Hennighausen K, Remschmidt H. Long-term course of adolescent schizophrenia. *SCHIZOPHRENIA BULL.* 2005;31(3):769-80.
32. Correll C. Time course and relevance of early treatment response in adolescents with schizophrenia-spectrum disorders. *Schizophr Res.*

2010;117(2-3):131-2.

33. Robinson J, Harris M, Cotton S, Hughes A, Conus P, Lambert M, et al. Sudden death among young people with first-episode psychosis: An 8-10 year follow-up study. *Psychiatry Research*. 2010;177(3):305-8.

34. Schimmelmann BG, Conus P, Cotton S, McGorry PD, Lambert M. Pre-treatment, baseline, and outcome differences between early-onset and adult-onset psychosis in an epidemiological cohort of 636 first-episode patients. *SCHIZOPHR RES*. 2007;95(1-3):1-8.

35. Amminger GP, Henry LP, Harrigan SM, Harris MG, Alvarez-Jimenez M, Herrman H, et al. Outcome in early-onset schizophrenia revisited: Findings from the Early Psychosis Prevention and Intervention Centre long-term follow-up study. *Psychiat Res*. 2011;131(1-3):112-9.

36. Addington J, Amminger GP, Barbato A, Catts S, Chen E, Chhim S, et al. International clinical practice guidelines for early psychosis. *Brit J Psychiat*. 2005;187:S120-S4.

37. Henggeler S, Rowland M, Randall J, Ward D, Pickrel S, Cunningham P, et al. Home-based multisystemic therapy as an alternative to the hospitalisation of youths in psychiatric crisis: clinical outcomes. *J Am Acad Child PSY*. 1999;38: 1331-9.

38. Shepperd S, Doll H, Gowers S, James S, Fazel M, Fitzpatrick R, Pollock J. Alternativas de tratamiento para niños y jóvenes hospitalizados con enfermedades mentales (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd.

39. Matthejat F, Hirt B, Wilken J, Schmidt M, Remschmidt H. Efficacy of inpatient and home treatment in psychiatrically disturbed children and adolescents. *Eur Child Adoles Psy*. 2001;10:71-9.

40. Winsberg B, Bialer I, Bupietz S, Botti E, Balka E. Home vs hospital care of children with behaviour disorders. *Archives of General Psychiatry* 1980; 37: 413-8. En Shepperd S, Doll H, Gowers S, James S, Fazel M, Fitzpatrick R, Pollock J. Alternativas de tratamiento para niños y jóvenes hospitalizados con enfermedades mentales (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd.

41. Silberstein R, Dalack J, Cooper A, Island S. Avoiding institutionalisation of psychotic children. *Archives of General Psychiatry*. 1968;19:17-21. En Shepperd S, Doll H, Gowers S, James S, Fazel M, Fitzpatrick R, Pollock J. Alternativas de tratamiento para niños y jóvenes hospitalizados con enfermedades mentales (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd.

42. Evans M, Boothroyd R, Armstrong M, Greenbaum P, Brown E, Kuppinger A. An experimental study of the effectiveness of intensive in-home crisis services for children and their families: Program outcomes. *J Emot Behav Disord*. 2003;11:92-102.

43. Edwards J, McGorry PD. La intervención precoz en la psicosis: Guía para la creación de servicios de intervención precoz en la psicosis. Madrid: Fundación para la Investigación y Tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis; 2004.

44. Mosey, A. Psychosocial Components of Occupational Therapy. New York: Raven Press; 1981. En Rowena S. A community development role for occupational therapists working with children, adolescents and their families: A mental health perspective. *Aust Occup Ther J*. 1999; 46:43-51.

45. Rowena S. A community development role for occupational therapists working with children, adolescents and their families: A mental

health perspective. *Aust Occup Ther J.* 1999;46:43-51.

46. Birchwood, M. Intervención temprana en psicosis: investigación, práctica clínica y reforma de los servicios en el Reino Unido. En J. L. Vázquez Barquero, V. Crespo y A. Herrán (Eds.), *Las fases tempranas de la psicosis* (págs. 145-159). Barcelona: Masson; 2005.

47. McGorry P, Edwards J, Mihalopoulos C, Harrigan S, Jackson H. EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia Bull.* 1996;22(2):305-26

48. Desha L, Ziviani J. Use of time in childhood and adolescence: A literature review on the nature of activity participation and depression. *Aust Occup Ther J.* 2007; 54:4-10

49. Schultz-Krohn W, Cara E. Occupational Therapy in Early Intervention: Applying Concepts From Infant Mental Health. *AM J OCCUP THER.* 2000; 54: 550-554.

50. Quake-Rapp C, Miller B, Ananthan G, Chiu EC. Direct observation as a means of assessing frequency of maladaptive behavior in youths with severe emotional and behavioral disorder. *AM J OCCUP THER.* 2008;62(2):206-11. En D'Amico M, JaffeL, Gibson R. *Mental Health Evidence in the American Journal of Occupational Therapy.* *Am J Occup Ther.* 2010; 64: 660-669.

51. Hitch D, Hevern D, Cole M, Ferry C. A review of the selection for occupational therapy outcome measures in a community mental health rehabilitation setting. *Aust Occup Ther J.* 2007; 54:221-224.

52. Lay B, Blanz B, Hartmann M, Schmidt M. The Psychosocial Outcome of Adolescent-Onset Schizophrenia: A 12-Year Followup. *Schizophrenia Bull.* 2000; 26 (4):801-816.

53. Chan P, Krupa T, Lawson J, Eastabrook S. An Outcome in Need Of Clarity: Building a Predictive Model Of Subjective Quality of Life for persons With severe mental illness living in the community. *Am J Occup Ther.* 2005; 59: 181-190.

54. Vallina O, Alonso M, Gutierrez A, Ortega J, García A, Fernández P, Lemos, S. Aplicación de un programa de intervención temprana en psicosis. Un nuevo desarrollo para las unidades de salud mental. *Avances en Salud Mental Relacional* 2003. Vol 2.

55. Vallina O, Ortega JA, Gutiérrez A, García P, García A, Fernández P, Lemos, S. Intervención temprana en psicosis: La experiencia en Torrelavega. En: *AEN. X Curso Anual de Esquizofrenia. Psicoterapias e intervenciones precoces en la esquizofrenia.* Madrid: AEN; 2004.

56. Evenson R, Vieweg G. Using a quality of life measure to investigate outcome in outpatient treatment of severely impaired psychiatric clients. *Comprehensive Psychiatry* 1998; 39:57-62. En Chan P, Krupa T, Lawson J, Eastabrook S. An Outcome in Need Of Clarity: Building a Predictive Model Of Subjective Quality of Life for persons With severe mental illness livin in the community. *AM J OCCUP THER.* 2005; 59: 181-190.

57. Gutman SA. Special Issue: Effectiveness of Occupational Therapy Services in Mental Health Practice. *Am J Occup Ther.* 2011;65(3):235-7.