

USO DE LA INTERVENCIÓN CRITICAL TIME INTERVENTION EN PERSONAS CON PRIMER EPISODIO DE PSICOSIS

CRITICAL TIME INTERVENTION FOR INDIVIDUALS WITH FIRST EPISODE PSYCHOSIS

Rubén Alvarado ⁽¹⁾, Sara Schilling ⁽¹⁾, María José Jorquera ⁽¹⁾

Resumen

Se ha reconocido la necesidad de brindarles a las personas que cursan con un primer episodio psicótico una atención temprana, efectiva e integral, condicionando así un mejor pronóstico a futuro. Sin embargo, a pesar de la importancia de las intervenciones psicosociales en este tratamiento, estas se proveen a sólo una parte de las pacientes, y en los casos que si la reciben, no es siempre de buena calidad, en especial en países con menos recursos. El modelo de Critical Time Intervention (CTI) ha demostrado ser efectivo en aspectos clínicos y sociales, en personas que han sufrido un episodio psicótico, a la vez que ha demostrado ser una intervención costo-efectiva. Se trata de una intervención de tiempo limitado, cuyas actividades se realizan completamente en la comunidad donde viven estas personas, y es efectuada por trabajadores comunitarios técnicos que han recibido un entrenamiento especial y son permanentemente supervisados por un equipo profesional. Todo esto hace que CTI pueda ser un buen modelo de intervención psicosocial para ser aplicado en personas que cursan un primer episodio de psicosis, en países que cuentan con recursos limitados para sus servicios de salud mental.

Abstract

The necessity of providing individuals experiencing first episode psychosis with early, comprehensive, and effective treatment, in order to improve their long-term prognosis, has been widely recognized. However, despite the important role of psychosocial interventions in treatment, only a portion of patients receive this type of care, and it is often of poor quality, especially in countries with limited resources. The Critical Time Intervention (CTI) model has been shown to effectively improve clinical and social outcomes of individuals with a history of psychosis, while also being cost-effective. It is a time-limited, community-based intervention, carried out by technical community workers who are specifically trained and continuously supervised by professionals. Therefore, CTI is a promising psychosocial intervention model for individuals experiencing a first psychotic episode, in countries with limited mental health service resources.

Palabras claves: first episode – primer episodio, psychosis – psicosis, psychosocial intervention – intervención psicosocial

(1) Unidad de Salud Mental, Instituto de Salud Poblacional “Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende”, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Autor correspondiente
Rubén Alvarado

Instituto de Salud Poblacional “Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende”. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Independencia 938 - Santiago Fono: (56-2) 9786133. Correo electrónico: ralvarado@med.uchile.cl

Financiamiento

Esta publicación fue realizada dentro del proyecto del Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud, FONIS SA12I2247, de CONICYT, Chile.

La investigación en la cual se basa esta publicación fue apoyada parcialmente por el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de USA, a través del proyecto U19MH095718 (para los autores Alvarado, Schilling y Jorquera). El contenido es de responsabilidad exclusiva de los autores y no representa necesariamente la visión de los Institutos Nacionales de Salud (NIH) de USA.

Declaración de conflicto de intereses: No existen conflictos de intereses por declarar.

Introducción

Diversos trastornos mentales pueden presentarse clínicamente con un episodio psicótico: esquizofrenia y trastornos relacionados, trastornos bipolares, trastornos por uso de sustancias, entre otros. Dentro de este grupo, la esquizofrenia ha sido una de las más estudiadas en su epidemiología, observando una prevalencia de vida cercana al 1%, con importantes variaciones entre los países [1]. El único estudio de prevalencia poblacional de trastornos mentales realizado en Chile, durante la década de los 90', encontró una prevalencia de vida para psicosis no afectivas de 1,8% y una prevalencia de últimos 12 meses de 0,7% (estimaciones puntuales) [2]. Con estas cifras, podemos suponer que la situación respecto de la prevalencia de este problema en Chile es similar a lo descrito en el resto del mundo o levemente superior.

El conocimiento de la epidemiología sobre la incidencia, prevalencia y mortalidad por esquizofrenia ha tenido avances significativos en los últimos años. Hasta hace un par de décadas atrás, se pensaba que la frecuencia de esta enfermedad era bastante homogénea en todo el mundo, y que altas tasas de prevalencia sólo se daban en poblaciones muy especiales [1]. Sin embargo, ya en el año 2002 Goldner et al [3] publicaban una revisión sistemática de los trabajos realizados desde 1980 en adelante, donde demostraban la existencia de una heterogeneidad significativa en la incidencia anual entre países, así como en la prevalencia anual y de vida, que fluctuaba entre 2 y 5 veces respectivamente [4]. Recientemente, Saha, McGrath et al llegaron a la misma conclusión, después de una extensa revisión de diversos estudios epidemiológicos, donde se incluyeron trabajos aún más antiguos [5].

Otro hecho importante es que los episodios psicóticos pueden ser mucho más frecuentes: una revisión sistemática de estudios poblacionales mostró que entre 5% y 8% de la población presentaba síntomas psicóticos a lo largo de un año, siendo cerca de 10 veces más frecuente que la prevalencia de trastornos psicóticos [6]. En síntesis, la frecuencia de síntomas y episodios psicóticos parece ser bastante más frecuente en la población general, de lo que se pensaba hasta hace pocas décadas atrás. Por su parte, el primer episodio de psicosis es considerado un problema de salud poblacional relevante, ya que su detección temprana, asociada a un tratamiento adecuado, permite modificar en forma sustancial el pronóstico de la enfermedad de base, que en la mayoría de las veces correspon-

de a esquizofrenia [7]. Esto ha sido el fundamento para que la OMS hiciera recomendaciones para que todos los países desarrollen diferentes niveles de acciones, dependiendo de sus recursos [8].

El mejor abordaje terapéutico de este problema es una combinación de tratamientos biológicos y psicosociales, con una fuerte evidencia que apoya la eficacia de ambos tipos de tratamientos [9]. Los tratamientos biológicos son insuficientes por sí solos, ya que su mayor eficacia está en el control y reducción de algunos grupos de síntomas, mientras que son las intervenciones psicosociales las que permiten lograr una mejoría más integral (abordando diferentes áreas de necesidades en la vida), un mejor funcionamiento social, una mayor inserción dentro de redes sociales y una mejor calidad de vida [10,11]. Dentro de estas intervenciones psicosociales, están las que realizan acciones más intensivas, basadas en un acompañamiento muy estrecho al paciente y su familia, desde la etapa en que se hace el diagnóstico del episodio psicótico hasta obtener un buen nivel de recuperación. Estas incluyen el trabajo con la familia, los amigos y otras organizaciones sociales con las que el paciente mantiene contacto, o que forman parte de su red social. Casi todas estas intervenciones han mostrado eficacia en personas con trastornos mentales severos (en su mayoría, con diagnóstico de esquizofrenia) [11].

Uno de estos modelos de intervención es el Tratamiento Asertivo Comunitario, para el cual se ha demostrado que mejora la adherencia a los tratamientos, disminuye las posibilidades de ser re-ingresado a una hospitalización por un episodio agudo, reduce las posibilidades de transformarse en una persona que vive en la calle, logra mayor independencia en su vida y aumenta las probabilidades de tener un empleo [10]. De igual forma, las personas que reciben este tipo de tratamiento logran una mejoría significativa de su calidad de vida y en sus síntomas psicopatológicos (aunque sólo leve, en este último aspecto) [10]. No obstante, una de las dificultades con esta intervención es que se realiza por equipos profesionales que deben estar dispuestos para actuar durante todo el tiempo, lo que implican costos elevados, que son difíciles de sostener en países de bajos y medianos ingresos, o para servicios de salud mental que atienden a grupos con menores recursos. Por esta razón, esta intervención no está disponible para la mayor parte de la población en los países de bajos y medianos ingresos.

Otro modelo psicosocial, vigente en la actualidad, es el de Critical Time Intervention (CTI) ^[12], que ha demostrado buenos resultados en varios ensayos clínicos controlados. CTI fue una intervención que originalmente se diseñó para reducir la probabilidad de que personas con trastornos mentales severos se quedaran viviendo en la calle (homeless), después de que ellos sufrieran un episodio agudo de su enfermedad ^[13]. Su nombre proviene de considerar que esta etapa – el paso de un servicio de hospitalización a la vida en la comunidad - es un “período crítico” que requiere un apoyo especial para asegurar la continuidad de los cuidados y, finalmente, mejores resultados clínicos y psicosociales ^[13].

Esta intervención se diferencia de otras en: que se trabaja en forma focalizada sobre algunas áreas que son problemáticas para la persona, que todas las actividades se realizan en la comunidad (donde transcurre la vida de estas personas), tiene una duración limitada (habitualmente 9 meses) y es realizada por trabajadores técnicos que han sido especialmente entrenados y reciben una supervisión periódica ^[13]. Estas características la transforman en una buena opción para que este tipo de intervenciones puedan estar al alcance de todos quienes la necesiten, en países de menos recursos y/o para los grupos más pobres.

En Chile, desde hace dos décadas, se viene impulsado una transformación progresiva de los servicios de salud mental hacia un modelo centrado en la comunidad. Sin embargo, los estudios que nuestro equipo ha realizado previamente han mostrado que una de las carencias más importantes en la atención de personas con trastornos mentales severos es la ausencia de intervenciones psicosociales efectivas. Por ejemplo, en una muestra de personas que comenzaban su tratamiento por un primer episodio de psicosis (con diagnóstico de esquizofrenia), la mayoría de ellos (un 86%) recibieron el antipsicótico de primera línea que estaba recomendado en la guía de práctica clínica vigente en el país; en contraste, sólo cerca del 50% de las personas en tratamiento y sus familias recibieron algún tipo de psicoeducación, y apenas un 15% tuvo alguna intervención comunitaria o laboral (a pesar que todas estas intervenciones psicosociales están también indicadas en la guía de práctica clínica) ^[14]. Además, en otro estudio previo ^[15], donde evaluamos todas las redes de servicios de salud mental del país (dentro del Sistema Público de Salud), encontramos que en sólo un 7,6% de

los casos diagnosticados durante un año se había confeccionado un Plan de Tratamiento Integral, lo que es muy bajo para las recomendaciones que se hacen. Una de las razones más importantes para esta brecha es la carencia de intervenciones psicosociales, adaptadas a la realidad del país, y la falta de competencias específicas en los equipos de estos centros ^[15].

Tal como se señaló previamente, existe bastante consenso acerca de la necesidad de brindar atención efectiva en forma temprana durante el primer episodio de psicosis ^[8,16], idea que se ha consolidado con la publicación de las International Clinical Practice Guidelines for Early Psychosis, que recomienda el desarrollo de este tipo de intervenciones en todo el mundo, con diferencias según los recursos que los países dispongan ^[17].

Hasta ahora, se han reportado varias experiencias en países de ingresos altos, que se basan en el entrenamiento de médicos de atención primaria para mejorar su capacidad de diagnóstico, complementado con una estrategia de educación a través de medios de comunicación y el desarrollo de unidades con cuidados especializados. En general, todos los reportes coinciden en que se produce un incremento de la detección de casos (mejora la cobertura), que se reduce el tiempo de psicosis no tratada en los casos, y que los resultados clínicos y funcionales en el corto y mediano plazo son mejores ^[18,19,20,21].

Nuestro equipo ya ha evaluado una intervención de este tipo en Chile, la cual se realizó en dos comunas del país y consistió en un entrenamiento teórico – práctico para los equipos profesionales de centros de atención primaria, junto con un programa de educación realizado en colegios de enseñanza media (a profesores, padres y estudiantes) de las mismas comunas. Se obtuvo un incremento significativo en la tasa de diagnósticos de primeros episodios de esquizofrenia (2,6 veces más respecto de las zonas de control) y una reducción del tiempo de psicosis no tratada (de 6 a 4 meses) ^[22].

CONTEXTO DE DESARROLLO DE C.T.I.

El modelo de Critical Time Intervention (CTI), cuya traducción literal ha sido “Intervención en Tiempo Crítico,” fue creado en la década de los 80 en la ciudad de Nueva York (EEUU), para responder a las necesidades de la población de personas viviendo en situación de calle (los denominados “homeless”). El proceso de des-institucionalización en los Estados Unidos, impulsado por la Ley Comunitaria de Salud Mental de 1963, dejó a muchas personas

que previamente estaban internadas en grandes hospitales psiquiátricos sin la atención que requerían, por la falta de servicios comunitarios para atenderlos y brindarles los cuidados que requerían, e incluso una proporción de ellos quedaron sin un lugar dónde vivir, transformándose en personas que vivían en la calle ^[23]. En los años 80, en la ciudad de Nueva York, esta población sobrepasó a la de cualquier otro centro urbano de ese país. Había aproximadamente 25.000 personas en esta situación, quienes dormían en alberges (o shelters) durante el periodo de invierno.

La situación de vulnerabilidad de estas personas comenzó a llamar la atención de profesionales de la salud, específicamente profesionales del área de la salud mental, quienes realizaron estudios de prevalencia de trastornos mentales, con la finalidad de valorar el tipo de necesidades que ellos tenían. Se excluyeron los trastornos derivados del consumo de sustancias, y se obtuvo una prevalencia de trastornos mentales de entre 20% y 30%, para la población de hombres que vivían en los alberges. Además, el 25% de ellos tenía una historia de haber padecido un cuadro psicótico. Sin embargo, sólo un quinto de ellos tenía acceso a los servicios de salud que necesitaba ^[13].

En un intento de abordar este problema, varios programas sociales y sanitarios empezaron a ofrecerles residencias comunitarias como alternativa a vivir en la calle. Uno de estos fue el Programa de Salud Mental de la Universidad de Columbia y el Hospital Presbiteriano para las personas en situación de calle (Columbia-Presbyterian Mental Health Program for the Homeless), que realizó un seguimiento de los individuos que vivían en las residencias comunitarias de su programa, encontrando que a los 18 meses después de salir de los alberges, un 41% de ellos volvían a vivir en la calle^[24]. Al ser entrevistados, estos individuos reportaron una falta de servicios de apoyo durante su tiempo de transición, desde el alberge a vivir en la comunidad.

En este contexto, un grupo de investigadores y profesionales de la Universidad de Columbia – Sarah Conover, Ezra Susser y Eliecer Valencia – crearon el modelo de CTI, para brindarles apoyo a las personas en situación de calle durante su etapa de transición a residencias comunitarias. De esta forma, se aseguraba la continuidad de los servicios de salud mental y se fortalecía el vínculo de estos usuarios a redes de apoyo en el largo plazo, con el fin de reducir su tiempo en la calle y asegurar su tratamiento continuó a largo plazo ^[13].

Descripción de C.T.I.

El modelo de CTI reconoce la importancia de actuar en los periodos críticos que son producto de una fase de transición en la vida, como por ejemplo es el paso de vivir en la calle a incorporarse en una residencia comunitaria, o al conectarse por primera vez con centros de salud mental después de un episodio psicótico. Se considera que estos son momentos de mayor vulnerabilidad, donde los usuarios están formando nuevos vínculos en la comunidad, mientras aprenden nuevas habilidades sociales y de la vida diaria que les permitirán incorporarse a su nuevo contexto. A la vez, en estos periodos de transición, los usuarios tienen la posibilidad de avanzar en su recuperación y obtener una mejor calidad de vida, si reciben los apoyos necesarios.

CTI es un modelo de intervención psicosocial de tiempo limitado, con una duración máxima de 9 meses, que busca vincular a los individuos afectados por un trastorno mental severo con las redes de apoyo formales (servicios de salud mental y salud atención primaria, municipios, etc.) e informales de su comunidad (familia, amigos, vecinos, etc.), enfocándose en las necesidades específicas de cada usuario, para remover así los factores que están obstaculizando su recuperación. Esta intervención se desarrolla en las comunidades donde viven los usuarios —sus casas, su barrio, etc.— y no en los centros de atención clínica. Por lo tanto, es una intervención complementaria a los servicios de salud mental, que busca asegurar la continuidad de los cuidados y fortalece el vínculo entre estos servicios y el usuario.

El trabajo de intervención se lleva a cabo por trabajadores comunitarios de salud mental (TCSM), sin educación superior, quienes conocen bien la comunidad y sus servicios, y tienen una vocación por el trabajo social con poblaciones vulnerables. Los TCSM reciben una capacitación extensa en el modelo de la intervención y las destrezas requeridas para su implementación. Asimismo, durante todo el tiempo en que ellos están trabajando con los usuarios, son supervisados semanalmente por profesionales de la salud mental, lo que permite asegurar la ejecución correcta del modelo. A su vez, estos profesionales han sido previamente entrenado en el modelo de CTI, así como para seleccionar a los TCSM, entrenarlos, supervisarlos y orientarlos en los lineamientos de acción. La supervisión tiene una estructura que permite el monitoreo y el análisis permanente de cada uno de los casos.

Para no generar dependencia entre los usuarios y

los TCSM, se trabaja en tres fases (que serán explicadas con mayor detalle en el acápite siguiente). La primera fase es la de más contacto entre el TCSM y el usuario, ya que se están conociendo y escogiendo en conjunto las áreas a intervenir posteriormente. La segunda y la tercera fase, cuando, cuando los apoyos ya están funcionando y el usuario está haciendo uso de su red comunitaria, el TCSM comienza a retirarse y la frecuencia de los contactos disminuyen. Es fundamental que el modelo de CTI se basa en las fortalezas de los usuarios y la posibilidad real de su recuperación, guiado por los conceptos de esperanza, empoderamiento y autodeterminación. Los TCSM trabajan en conjunto con los usuarios en base de sus intereses y le proporcionan apoyo para facilitar la comunicación entre ellos, sus familias y los centros de Salud Mental y de Atención Primaria donde ellos son atendidos. Además, fortalecen el trabajo mancomunado entre ambos niveles de atención.

Fases de la Intervención

La intervención se desarrolla en tres fases consecutivas e interrelacionadas entre sí, y tiene como objetivo principal posicionar al usuario, a su familia y a su comunidad como los principales gestores en el desarrollo de las nuevas habilidades y roles sociales de este usuario. Si bien, en un principio el contacto es más intenso, con el transcurso del tiempo y el cumplimiento de las metas, este contacto va disminuyendo, y de esta forma se busca cumplir con el objetivo de lograr una mayor autonomía del usuario, evitando que el TCSM se convierta en su principal fuente de apoyo.

La primera fase, llamada "Iniciación," tiene como objetivo establecer el vínculo entre el TCSM y el usuario, más todas las personas que sea significativas para él. En esta fase, el TCSM deberá mantener una "escucha activa," a fin de poder realizar un diagnóstico personal, familiar y comunitario, así como de la relación – y percepción – que el usuario tiene de los servicios de salud donde recibe sus cuidados. Junto al objetivo de conocer su realidad en forma integral, se debe establecer con él la elección de una o dos de las seis áreas que han sido pre-determinadas dentro del modelo, y que es aquella que el usuario considera como el principal obstaculizador para su recuperación. Luego, se confecciona en conjunto un plan de acción con personas, lugares y tiempos determinados, a fin de poder revertir el obstáculo, fortalecer sus habilidades e intereses y mejorar su calidad de vida y su rol dentro de su familia y su comunidad.

Es importante señalar, que cada contacto con el usuario no debe exceder las 3 horas y, específicamente en esta primera fase, las reuniones serán una vez por semana, aumentando a dos días a la semana si fuese necesario.

La segunda fase se llama "Probando el plan." En este período, el plan confeccionado en la primera fase es ejecutado. El TCSM evalúa "en vivo" los facilitadores y obstaculizadores del plan elaborado, e insta y anima al usuario a asumir mayores responsabilidades y autonomía. También, apoya y media entre los nuevos soportes comunitarios, formales e informales, que ha ido construyendo el usuario, con el objetivo de resolver dificultades encontradas en estas nuevas conexiones, y así evitar un potencial debilitamiento de los apoyos en el largo plazo.

En esta fase, también se realiza el llamado "Plan de preparación de crisis." Este es un momento en el cual el usuario, su familia y el equipo clínico del Centro de Salud Mental, crean en conjunto una respuesta organizada y efectiva ante una potencial desestabilización sintomática del usuario. Con este trabajo de construcción colectiva y participativa, se logra establecer un punto de encuentro que afianza el compromiso de apoyo para la recuperación del usuario, y también establece una nueva dinámica comunitaria, que evidencia la importancia de cada uno de estos actores en la vigilancia y fortalecimiento de una comunidad más inclusiva, solidaria y sana.

En esta fase, los contactos con el usuario serán más distantes, cada quince días, pudiendo ser un poco más frecuente en el caso que se requiera intervenir un factor obstaculizador que se haya detectado.

En la fase tres, llamada de "Delegación de funciones," se trabaja en la finalización del proceso. Los apoyos ya están funcionando sin problemas, y el usuario refiere mayor autonomía e integración en su comunidad. El TCSM organiza un hito de finalización, que implica el término de la intervención, al mismo tiempo que el comienzo de una nueva etapa, en donde cada uno de los apoyos con sus respectivas funciones se comprometen a mantener y potenciar la recuperación del usuario. En esta fase, el monitoreo se hace mayormente vía telefónica y la presencia del TCSM es para coordinar y organizar el hito con el usuario y sus fuentes de apoyo.

Estudios previos de C.T.I.

El primer estudio para evaluar la eficacia de CTI fue un ensayo clínico controlado aleatorio, llevado a cabo entre 1990 y 1994 en el Fort Washington

Shelter, un albergue para hombres en la ciudad de Nueva York ⁽⁴⁾. Se estudió el efecto de adicionar CTI al tratamiento usual en una población de hombres en situación de calle, con diagnóstico de un trastorno mental severo, que se encontraban en el proceso de transición a una residencia comunitaria. Al comparar los resultados clínicos y otros factores (como el tiempo de vivir en la calle), entre el grupo de intervención que recibió CTI y el grupo de control (que sólo recibió los servicios habituales que se daban en el albergue), se encontró que CTI redujo en forma significativa el tiempo viviendo en la calle: el grupo intervenido disminuyó en cerca de 2 meses el tiempo que vivió en la calle, respecto del grupo de control. Además, se observó una disminución significativa de los síntomas negativos. Por otra parte, un estudio de costo-efectividad demostró que los costos asociados a implementar CTI fueron similares a los del tratamiento habitual; concluyendo que CTI es una intervención costo-efectiva ^[12,25].

Después de este primer estudio, se ha aplicado el modelo de CTI en distintas poblaciones con trastornos mentales severos, durante diferentes etapas de transición. En un grupo de veteranos de guerra, también en situación de la calle, se realizó un estudio cuasi-experimental en 8 sitios en Estados Unidos, con una aplicación de CTI de 6 meses y con supervisión por tele-conferencia, observando que esta intervención mantenía su efectividad en varios de los parámetros estudiados: a) mayor tiempo viviendo en casa y un menor tiempo viviendo en instituciones, b) un menor consumo de alcohol y drogas, y c) un menor severidad de estas últimas, junto a un menor gasto en estas sustancias ^[26]. En otro estudio de CTI en la ciudad de Nueva York, con individuos en el momento de recibir el alta de una hospitalización psiquiátrica, se volvió a confirmar que el grupo que recibió CTI pasó significativamente menos tiempo viviendo en la calle ^[27].

Un modelo de CTI de sólo 3 meses (B-CTI), después de una hospitalización psiquiátrica, también ha mostrado ser efectivo para fortalecer la continuidad de los cuidados, donde el grupo de intervención reportó recibir significativamente más ayuda en sus visitas en los centros de salud mental, más información sobre sus medicamentos, más conexiones comunitarias y más contactos con sus familiares y mayor comprensión de ellos sobre la enfermedad ^[28].

En adición, CTI ha sido probada en una población de reos, durante el proceso de re-inserción social

en Reino Unido. El estudio piloto encontró que los reos en el grupo de CTI tenía más contacto con los servicios de salud mental y atención primaria, que aquellos que no recibieron CTI ^[29]. CTI también ha sido implementado en forma efectiva en Holanda, Australia y Brasil, para diversos grupos, incluyendo mujeres abusadas y usuarios tomando contacto con servicios comunitarios de salud mental por la primera vez ^[30,31,32].

Actualmente, en Brasil, Chile y Argentina, se está probando una adaptación de CTI, que ha sido llamada CTI-TS (TS por Task Shifting, o delegación de funciones), que incorpora a usuarios en calidad de pares (peers). Los pares son usuarios con un cierto nivel de recuperación, quienes están dispuestos a compartir sus experiencias para apoyar a otros usuarios en su propio camino de recuperación, conformando así una dupla de trabajadores comunitarios, junto a los TCSM. .

Conclusión

El período del primer episodio psicótico dentro de un trastorno mental se ha identificado como un momento clave para la evolución y pronóstico de la enfermedad. Existe un consenso acerca de la importancia de hacer el diagnóstico temprano e implementar un conjunto de intervenciones biológicas y psicosociales. A pesar de que la evidencia científica demuestra que ambas son importantes, las evaluaciones realizadas en servicios de salud mental muestran que el foco de los tratamientos está puesto en las terapias farmacológicas, las que se proveen en la gran mayoría de los casos y con una adecuada calidad. Por otro lado, la provisión de intervenciones psicosociales es más escasa y de menor calidad, en especial en países con menos recursos y con menor desarrollo de sus servicios comunitarios de salud mental.

Una de las explicaciones para lo planteado es la carencia de intervenciones psicosociales que sean adecuadas a la realidad y a los recursos de la mayoría de los países. El modelo de Critical Time Intervention (CTI) ha demostrado ser efectivo en aspectos clínicos y sociales en personas que han sufrido un episodio psicótico, a la vez que ha demostrado ser una intervención costo-efectiva. Estas características ha generado su extensión a otros países fuera de EEUU, al igual que su aplicación a otros ámbitos de problemas.

Por lo anterior, nos parece que CTI podría ser un buen modelo de intervención psicosocial para ser aplicado en personas que cursan un primer episo-

dio de psicosis, en países que cuentan con diferentes niveles de recursos para sus servicios de salud mental.

Referencias

1. World Health Organization. *Schizophrenia and Public Health*. Geneva: WHO/MSA/NAM/97.6.; 1998.
2. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Levav I, Torres S. Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Disorders in the Chile Psychiatric Prevalence Study. *American Journal of Psychiatry* 2006; 163: 1362 – 1370.
3. Goldner EM, Goldner L, Waraich P, Somers JM. Prevalence and Incidence Studies of Schizophrenic Disorders: A Systematic Review of the Literature. *Canadian Journal of Psychiatry* 2002; 47: 833–43.
4. Saha S, Chant D, McGrath J. Meta-analyses of the incidence and prevalence of schizophrenia: conceptual and methodological issues. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2008; 17 (1): 55 – 61.
5. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: A Concise Overview of Incidence, Prevalence, and Mortality. *Epidemiologic Reviews* 2008; 30: 67 – 76
6. van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I, Delespaul P, Krabbendam L. A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis-proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychol Med* 2008; 8: 1 – 17.
7. Alvarado R, Erazo C, Poblete C. ¿Es posible y útil la detección precoz como estrategia de salud pública para el primer episodio de psicosis? *Revista Chilena de Salud Pública* 2006; 10 (3): 158 – 163.
8. Bertolote j & McGorry (on behalf of the WHO & IEPS). Early intervention and recovery for young people with early psychosis: consensus statement. *Br J Psychiatry* 2005; 187 (suppl. 48): s116 – s119.
9. Nadeem Z, McIntosh A, Lawrie St. Schizophrenia. En: *Clinical Evidence Mental Health*. London: BMJ Publishing Group; 2002.
10. National Institute for Health and Clinical Excellence - NHS. *Schizophrenia. Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care*. NICE Clinical Guideline 82. London, 2009.
11. Bustillo JR, Lauriello J, Horan WP, Keith SJ. (2001). The psychosocial treatment of schizophrenia: an update. *American Journal of Psychiatry* 2001. 158: 163 – 175.
12. Susser E, Valencia E, Conover S, Felix A, Tsai WY, Wyatt RJ. Preventing Recurrent Homelessness among Mentally Ill Men: A "Critical Time" intervention after Discharge from a Shelter. *Am J Public Health* 1997; 87: 256 – 262.
13. Valencia E, Susser E, Torres E, Felix A, Conover S. Critical Time Intervention for Homeless Mentally ill Individuals in Transition from Shelter to Community Living. In: Breakey W and Thompson J (eds). *Mentally Ill and Homeless: Special Programs for Special Needs*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers: 1997. Pp. 75-94.
14. Markkula N, Alvarado R, Minoletti A. Adherence to Guidelines and Treatment Compliance in the Chilean National Program for First-Episode Schizophrenia. *Psychiatric Services* 2011; 62: 1463 – 1469.
15. Informe Final del proyecto FONIS SA08I20033. Evaluación de las redes de atención para personas con primer episodio de esquizofrenia, en Chile. 2010.
16. McGorry P, Killackey E, Yung A. Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry* 2008; 7: 148 – 156.
17. International Early Psychosis Association Writing Group. *International Clinical Practice Guidelines for Early Psychosis*. *British Journal of Psychiatry* 2005; 187 (suppl. 48): s120 – s124.
18. Larsen T, McGlashan Th, Johannessen J, Friis S, Guldberg C, Haahr U et al. Shortened Duration of Untreated First Episode of Psychosis: Changes in Patient Characteristics at Treatment. *American Journal of Psychiatry* 2001; 158: 1917 – 1919.
19. Malla A, Norman R, Scholten D, Machanda R, Mc Lean T. A community intervention for early identification of first episode psychosis: impact on duration of untreated psychosis (DUP) and patient characteristics. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 2005; 40: 337 – 344.
20. Larsen TK, Melle I, Auestad B et al. Early detection of first-episode psychosis: the effect on 1-year outcome. *Schizophrenia Bulletin* 2006; 32: 758 – 764.
21. Johannessen J, Larsen T, Joa I, Melle I, Friss S, Opjordsmoen S et al. Pathways to care for first – episode psychosis in an early detection healthcare sector. *British Journal of Psychiatry* 2005; 187 (suppl. 48): s24 – s28.
22. Alvarado R, Valenzuela MT, Aliste F, Madariaga C, Minoletti A. Intervención comunitaria para mejorar la detección de casos con primer episodio de psicosis en Atención Primaria, en Chile. En: Fernández AR & Enders J (ed). *Experiencias y reflexiones en Salud Mental Comunitaria*. Córdoba: Kronos Ed; 2014. Pp 169 - 183.
23. Rochefor DA. Origins of the "Third psychiatric revolution:" the Community Mental Health Centers Act of 1963. *J Health Polit Policy Law* 1984; 9 (1) :1 - 30.
24. Caton CLM, Wyatt RJ, Felix A, Greenberg J, Dominguez B. Follow-up of Chronically Homeless Mentally Ill Men. *Am J Psychiatry* 1992; 150 (11): 1639 – 1642.
25. Jones K, Colson P, Holter M, Lin S, Valencia E, Susser E, Wyatt RJ. Cost-Effectiveness of Critical Time Intervention to Reduce Homelessness Among Persons with Mental Illness. *Psychiatric Services* 2003; 54 (6): 884 - 890.
26. Kaspro W, Rosenheck R. Outcomes of Critical Time Intervention Case Management of Homeless Veterans After Psychiatric Hospitalization. *Psychiatric Services* 2007; 58 (7): 929 – 935.
27. Hernan D, Conover S, Gorroochurn P, Hinterland K, Hoepner L, Susser E. Randomized Trial of Criti-

cal Time Intervention to Prevent Homelessness after Hospital Discharge. Psychiatric Services 2011; 62 (7): 713 – 719.

28. Dixon L, Goldberg R, Iannoe V, Lucksted A, Brown C, Kreyenbuhl J, Fang L, Potts W. Use of a Critical Time Intervention to Promote Continuity of Care after Psychiatric Inpatient Hospitalization. *Psychiatric Services 2009; 60 (4): 451 – 458.*

29. Jarrett M, Thornicroft G, Forrester A, Harty M, Senior J, King C, Huckle S, Parrott J, Dunn G, Shaw J. Continuity of care for recently released with a mental illness: a pilot randomised trial testing the feasibility of a Critical Time Intervention. *Epidemiol Psychiatr Sci 2012; 21 (2): 187 - 193.*

30. Lako DAM, de Vet R, Beijersbergen MD, Her-

man DB, van Hemert AM, Wolf JRLM. The effectiveness of critica time intervention for abused women and homeless people leaving Dutch shelters: study protocol of two randomised controlled trials. *BMC Public Health 2013; 13: 555.*

31. Lette H. *The Ruah Intensive Housing Support Program: Adapting evidence based practice 2014: 37 - 39.* Disponible en: http://www.ruah.com.au/wp-content/uploads/Parity_Vol27-01-pp37-39_Lette-2.pdf.

32. Cavalcanti MT, Carvalho MCA, Valencia E, Dahl CM, Mitkiewicz F. Adaptation of Critical Time Intervention for use in Brazil and its implementation among users of Psychosocial Service Centers (CAPS) in the municipality of Rio de Janeiro. *Cienc Saude Colet 2011; 16 (12): 4635 - 4642.*