

Ona Gomis¹
Carol Palma^{1,2}
Núria Farriols^{1,2}

Intervención domiciliaria en psicosis: una revisión sistemática

¹Universitat Ramon Llull. Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport. Blanquerna

²Hospital de Mataró. (Consorci Sanitari del Maresme)

Introducción. En el presente estudio teórico se revisan las principales investigaciones sobre las intervenciones domiciliarias en psicosis. El objetivo principal es analizar los diferentes tipos de servicios domiciliarios y proponer recomendaciones para la creación de un servicio que satisfaga las necesidades tanto para pacientes con un primer episodio psicótico como para pacientes resistentes a tratamiento psicológico y farmacológico. Se compara la intervención precoz de la psicosis (*Early Intervention Services*) con otras tipologías de intervención domiciliaria o semejantes y los beneficios de éstas: Intervenciones en crisis (*CRHTs: Crisis Resolution Home Teams*), *Open Dialogue Approach (ODA)*, Entrenamiento de Habilidades Sociales (*EHS*) y *Foster Homes* (o *Boarding Homes*).

Método. Se han realizado búsquedas en bases de datos electrónicas incluyendo *PubMed*, *PsycINFO* y *Discovery* de publicaciones relevantes que aparecen entre 2005 y 2015. Noventa y tres publicaciones se consideraron elegibles para su inclusión; 9 de ellas eran revisiones sistemáticas y el resto eran trabajos científicos o libros.

Discusión. En esta revisión se describen las intervenciones domiciliarias más ampliamente utilizadas, incluyendo la terapia individual y familiar, realizadas desde una perspectiva multidisciplinar. Además, se discute la inexistencia del abordaje de pacientes resistentes a tratamiento psicoterapéutico.

Conclusiones. Las intervenciones domiciliarias mejoran la adherencia al tratamiento, las actividades de la vida diaria, las habilidades sociales y tienen un efecto beneficioso sobre los conflictos familiares y sociales. Consecuentemente, el número de ingresos se reduce, la calidad de vida y la autonomía de los pacientes incrementan y la inclusión y la vida en comunidad mejoran.

Palabras clave: Trastorno Psicótico, Esquizofrenia, Intervención Domiciliaria, Pacientes resistentes, Terapia familiar

Actas Esp Psiquiatr 2017;45(6):290-302

Domiciliary intervention in psychosis: a systematic review

Background. This theoretical study reviews the main findings and research on home-based treatment for psychosis. The principal purpose was to analyze the various types of home-based service and make recommendations for a service that would meet the needs of both first-episode and resistant patients. We compare the Early Intervention Service, which aims to reduce the range of untreated psychosis (DUP) with other types of home-care and similar interventions that have already been implemented: crisis resolution home teams (CRHTs), Open Dialogue Approach (ODA), social skills training (SST) and foster homes.

Method. We searched electronic bibliographic databases including PubMed, PsycINFO, and Discovery for relevant publications appearing between 2005 and 2015. Ninety-three publications were deemed eligible for inclusion; 9 of these were systematic reviews and the rest were scientific papers or books.

Discussion. We describe in this review the most widely used home-based interventions, including individual and family therapy. Multidisciplinary teams carry out all the interventions discussed. There does not appear to be a form of psychotherapy, which is effective in treating resistant patients.

Conclusions. Home-based interventions improve adherence to treatment, everyday living and social skills and also have a beneficial impact on family conflicts and other social conflicts. As a whole result, the number of incomes is reduced, patients' quality of life and autonomy are increased and inclusion and community living are improved.

Keywords: Psychotic Disorder, Schizophrenia, Home Intervention, Resistant Patients, Family Therapy

Correspondencia:
onagz@blanquerna.url.edu
carolinaps@blanquerna.url.edu
nuriafh@blanquerna.url.edu

INTRODUCCIÓN

La intervención domiciliaria en pacientes con trastorno del espectro psicótico¹ ha sido realizada en diversos países desde hace pocas décadas. Estas intervenciones incluyen: servicios de atención precoz de la psicosis², unidades de intervención en crisis/emergencias en pacientes con psicosis³ o, más recientemente, el *Open Dialogue*, propuesto por el equipo finlandés de Jakoo Seikkula⁴.

Teniendo en cuenta que la esquizofrenia es un trastorno considerado un Trastorno Mental Severo (TMS) que por su sintomatología positiva y negativa¹ puede incidir en todas o la mayoría de áreas funcionales del paciente, tanto a nivel personal como familiar, se plantea que las intervenciones multidisciplinarias y precoces son las más adecuadas evitando que los pacientes se cronifiquen. Las fluctuaciones de los pacientes durante el transcurso de su enfermedad, con periodos de aislamiento, hospitalización, mejoría, recaídas y deterioro, afectan a la mayoría de las personas que la padecen, produciendo importantes dificultades en el funcionamiento diario y en su capacidad para vivir de forma autónoma⁵.

Desde muchos años atrás, se consiguió la desinstitucionalización de los pacientes⁶ pasando a ser tratados a nivel ambulatorio y apostándose por la convivencia en la comunidad.

Será a partir de los años 60 que, en América y Europa, se empiezan a incluir servicios domiciliarios conocidos como servicios de intervención precoz en la psicosis (*Early Intervention Services*)⁷ extendiéndose y aplicándose hasta países como Australia^{8,9}. En la revisión sistemática más reciente⁹, Marshall y Rathbone postulan que hay evidencia de que los pacientes en las fases más prodrómicas de la enfermedad, pueden beneficiarse de la intervención precoz aunque no aseguran que la recuperación del paciente se mantenga en los siguientes años. Además, estudios recientes muestran que el porcentaje de los pacientes con alto riesgo de transitar a psicosis y por lo tanto de sufrir un trastorno mental severo, en el primer año es de un 18%, llegando hasta un 23% pasados los tres años; porcentajes que podrían disminuir o demorar la evolución del trastorno en caso de aplicarse un tratamiento combinado (psicológico y farmacológico)¹⁰.

Revisando la literatura previa, se observa que la intervención domiciliaria no sólo ha sido aplicada en los servicios de intervención precoz a la psicosis, sino que ha sido planteada en otros servicios:

a) *Intervenciones en crisis (CRHTs: Crisis Resolution Home Teams)*, entendiéndose que los pacientes que sufren esquizofrenia tienden a experimentar las crisis cuando se exponen a factores estresantes¹¹. Dichos servicios pretenden evitar la hospitalización o reducir la durabilidad

del ingreso^{3,12}. Sus intervenciones incluyen tanto al paciente como a su familia^{13,14}.

b) *Open dialogue (OD)*: El objetivo principal es tratar a los pacientes psicóticos en sus domicilios con un equipo multidisciplinar, acogiendo tanto al paciente como a su familia. Todo tipo de intervención y decisión es tomada dentro de este *setting* a partir del diálogo terapéutico^{15,16} donde los planes de tratamiento están basados a partir de las experiencias de los pacientes¹⁷.

c) *Tratamiento combinado en la esquizofrenia aplicado en el ámbito domiciliario basado en el Entrenamiento de Habilidades Sociales (EHS)*. Elvira, pulido and Cabrera¹⁸ denotaron que, al realizar este tipo de intervenciones en el domicilio, se producía una mejora de las habilidades de la vida diaria, de la adhesión al tratamiento y de la sintomatología.

En líneas generales, todos los autores planteados, postulan que el hecho de hacerse el seguimiento y tratamiento en una situación normalizada del paciente abre numerosas posibilidades de atención comunitaria como alternativa al tratamiento ambulatorio o a su institucionalización.

A parte del *setting* propuesto a nivel domiciliario, no dejan de ser importantes los tipos de intervenciones que son recomendados por instituciones como APA o el *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)* para el tratamiento de un espectro psicótico¹⁹: la terapia cognitivo conductual, el tratamiento asertivo comunitario, la psicoeducación familiar e intervención familiar breve, los programas de autogestión del trastorno, la rehabilitación cognitiva, los programas de empleo protegido y el entrenamiento en habilidades sociales⁵. Aun así, los modelos de intervención planteados hasta el momento, o bien dejan de lado la intervención familiar, siendo ésta un factor muy importante en el proceso de la enfermedad y en la reducción de recidivas del paciente²⁰, o sólo se centran en un tipo de intervención (por ejemplo, EHS) y, lo más importante, no tienen en cuenta a pacientes que son resistentes a tratamiento psicológico y que por lo tanto se cronifican.

Dada la gran variedad de consideraciones que se plantean a la hora de definir qué se entiende por pacientes resistentes a tratamiento psicoterapéutico, se considerarán como resistentes a los pacientes que recaen dos o más veces durante dos años consecutivos²¹.

Teniendo en cuenta la literatura revisada expuesta anteriormente, el presente estudio tiene por objetivo:

1) Describir los servicios domiciliarios de intervención precoz a la psicosis que han sido realizados antes de la presente revisión.

- 2) Analizar la eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas domiciliarias para tratar a pacientes con trastorno del espectro psicótico.
- 3) Valorar qué tipo de tratamientos son útiles en la intervención domiciliaria, teniendo en cuenta intervenciones individuales y familiares.

- b) Tipo de tratamiento médico o psicológico (farmacología o tratamiento cognitivo-conductual, entrenamiento en habilidades sociales, psicoeducación...);
- c) Emoción expresada de la familia (EE);
- d) Calidad de vida;
- e) Adherencia a tratamiento farmacológico;
- f) Recaídas y rehospitalizaciones.

MÉTODO

La presente investigación se llevó a cabo entre septiembre y diciembre del 2015.

Estrategia de búsqueda

Las siguientes bases de datos bibliográficas fueron revisadas: PubMed, PsychInfo y Discovery. La búsqueda de datos fue comprendida entre los años 2005 y 2015.

Los descriptores utilizados para la búsqueda incluyeron: "home care" AND "psychosis"; "home services" AND "psychosis"; "open dialogue" AND "psychosis"; "early intervention service" AND "psychosis" OR "crisis intervention home treatment" AND "psychosis".

Los criterios de inclusión fueron:

- i. Pacientes adultos diagnosticados de trastorno del espectro psicótico (esquizofrenia) según el DSM-5¹.
- ii. Tratados al menos con uno de los siguientes tipos de intervención: servicios de intervención precoz de la psicosis, intervención en crisis a domicilio, foster home, open dialogue, atención comunitaria o trabajo integral psicoterapéutico.
- iii. Intervención individual y/o familiar.
- iv. Pacientes con primeros episodios psicóticos y pacientes resistentes a tratamiento.

Siguiendo estos criterios, 92 manuscritos cumplieron los criterios de inclusión; 4 de ellos eran revisiones sistemáticas y los restantes fueron artículos de publicación científica o libros de carácter científico.

Extracción de datos

Para cualquier manuscrito, las siguientes variables fueron incluidas:

- a) Tipo de trabajo multidisciplinar que se llevó a cabo (enfermería, psiquiatría, psicología, trabajo ocupacional, trabajo social...);

RESULTADOS

Los resultados de la revisión bibliográfica realizada se muestran en los siguientes párrafos, y están organizados acorde a los objetivos planteados previamente.

Intervención precoz en la psicosis

Los servicios domiciliarios conocidos como servicios de intervención precoz en la psicosis (*Early Intervention Services*), surgen en los años 60 ya que se observó que el periodo entre el primer episodio y el inicio de la aplicación de un tratamiento efectivo era demasiado extenso^{2,8}. Esta franja vendría a ser un periodo donde la psicosis no es tratada (*DUP - Duration of untreated psychosis*)^{2,8,22}. La idea de la intervención precoz de la psicosis pretende reducir esta franja cuyo objetivo sería mejorar el pronóstico a largo plazo de los pacientes⁸. Así mismo, el hecho de intervenir en los primeros 3-5 años (periodo crítico) desde la primera manifestación del trastorno, reduce el deterioro posterior psicológico, clínico y social que la enfermedad conlleva²³.

Aunque este tipo de intervención surgió en la década del 1960, no fue hasta 1980 cuando las etapas precoces de los trastornos psicóticos se convertirían en el foco de atención y que la noción del diagnóstico precoz sería una propuesta que se llevaría a cabo²³.

Además, se ha demostrado su efectividad desarrollándose en múltiples países (Australia, Estados Unidos, Canadá, Nueva Zelanda, entre otros) y siendo recomendado desde hace años en el *National Service Framework for Mental Health*²⁴ y en la guía de la esquizofrenia de Inglaterra y Gales²⁵.

En la revisión sistemática más reciente⁹, se postula que sí que hay evidencia de que los pacientes en las fases más prodrómicas de la enfermedad pueden beneficiarse de la intervención precoz, aunque no aseguran que la recuperación del paciente se mantenga en los siguientes años. Asimismo, en una revisión sistemática del equipo de Bird et al.⁹ y en los estudios de National EDEN realizados por Birchwood et al.²,

ambas partes observaron que las intervenciones reducían recaídas y readmisiones.

El tipo de intervención que se realiza es multidisciplinar e incluye tratamiento farmacológico, intervención familiar, terapia cognitivo-conductual, entrenamiento de habilidades sociales y entrenamiento de resolución de problemas e intervención en crisis²⁶.

Intervenciones domiciliarias en psicosis

A parte de las intervenciones precoces de la psicosis, existen diversos tipos de intervención domiciliaria que se han llevado a cabo en relación a dicho trastorno:

a) *Intervenciones en crisis (CRHTs: Crisis Resolution Home Teams)*

Bases

El servicio de atención domiciliaria en crisis se estableció en 1948 ofreciendo atención domiciliaria gratuita para los residentes de UK y así, una consecuente disminución de los ingresos en el hospital o de la duración de la estancia en dicho centro^{3,7,11,12}. Aun así, no ha sido hasta los últimos 10-15 años, cuando se ha oído hablar más de dicho servicio ofreciendo resultados positivos en diversidad de estudios²⁷.

Añadido a este servicio, en Inglaterra, paralelamente, también se crearon comunidades terapéuticas, hostales y pisos asistidos. El servicio consiste en ofrecer ayuda al paciente frente a la situación de crisis cuando éste se encuentra viviendo en su domicilio. Tal y como plantea el *National Institute for Mental Health* de Inglaterra⁷, el servicio es comúnmente destinado a adultos (16-65 años) que sufren TMS (Trastorno del Espectro Psicótico, Trastorno Bipolar, Depresión Mayor, etc.) los cuales, de no ser atendidos en dicha situación de crisis, serían ingresados en el servicio de Salud Mental apropiado.

Los servicios de intervención en crisis se propagaron por Reino Unido y Gales, Amsterdam y Noruega, países donde se han realizado varios estudios al respecto a lo largo de la última década. En Amsterdam, por ejemplo, como recogen los estudios de Murphy et al.³, se establecieron servicios domiciliarios de atención en crisis, 24 horas al día, justo después de la segunda Guerra Mundial.

El punto diferenciado entre Inglaterra y Noruega es que mientras que el modelo de Inglaterra ofrece una intervención más intensiva y de mayor duración, los equipos noruegos ofrecen programas menos intensivos derivando a los pacientes con mayor frecuencia a servicios ambulatorios¹³.

Este servicio también se ha aplicado de forma esporádica en Alemania²⁸, Países Bajos, Italia, Francia y Noruega. Fuera de Europa, en Estados Unidos y en Australia²⁹.

Tipología de intervenciones

Aunque la intervención multidisciplinar sea el planteamiento ideal, la realidad se aleja de este tipo de práctica. En varios estudios se denota que la intervención en crisis acaba por hacerse tan sólo con un profesional, una o dos veces por semana. Son enfermeras con especialidad psiquiátrica y trabajadores sociales quienes atienden el 95% y el 76% de los pacientes respectivamente, mientras que tan sólo un 25% son visitados por psicólogos y un 12% por psiquiatras^{13,14,30,31}.

Karlsson et al.³¹ llevaron a cabo intervenciones en crisis donde se tuvieron en cuenta varias formas de tratamiento, que incluyeron atención individual y encuentros familiares^{13,30,31}. Pudieron participar hasta un tercio de los familiares en las intervenciones con los pacientes y obtuvieron mejores resultados que aquellos pacientes cuyos familiares no participaron en el tratamiento³⁰.

Recaídas y rehospitalizaciones: resultados favorables

Son múltiples los estudios que muestran cifras de reducción de recaídas y de prevención de rehospitalizaciones^{13,32,33}.

En 2005, en un ensayo clínico aleatorizado de CRHT³⁴ encontraron que tan sólo en 8 semanas después de la introducción del servicio, las ratios de hospitalizaciones de salud mental de adultos en Reino Unido habían disminuido del 59 al 22%. En otro estudio³⁴ se demostró una reducción del 17% de las admisiones del *Mental Health Act* y del 25% de las admisiones informales en el año posterior a la introducción del programa CRHT, en comparación con los 12 meses previos. Son muchos los estudios que han demostrado la reducción de hospitalizaciones: Jethwa et al.³³ observaron una reducción del 45%, Glover et al.³² denotaron hasta una reducción del 23% en equipos que atendían 24/7 y Goud et al.³² concluyen sus estudios observando una reducción del 16%. Más estudios recientes^{3,35}, que van en la misma dirección de lo que postula el *National Institute for Mental Health* de Inglaterra, concluyeron que la intervención en crisis evita la repetición de admisión en el hospital, después de 3-6 meses de la crisis, en el 50% de los casos y que dichas intervenciones mejoraban la satisfacción de los pacientes, de sus familiares y de los cuidadores.

Aunque hay estudios que hipotetizaron que el trabajo de CRHT mantenía a los pacientes en comunidad previniendo rehospitalizaciones, consideraron que, a la larga, había muchos de ellos que requerirían hospitalización por el deterioro que comportaba su patología³⁶. Contrariamente a ellos,

los estudios noruegos de Barker et al.³⁴ consideran que el tratamiento en la comunidad mantiene a los pacientes en su condición de estabilidad, sin necesidad de requerir posteriormente ningún tipo de hospitalización.

Schöttle et al.²⁸ también mostraron la efectividad de este tipo de intervenciones. Observaron mejoría en: psicopatología, funcionamiento psicosocial, calidad de vida, satisfacción con el cuidado, adherencia al tratamiento y economía. Además, los resultados muestran una reducción del 10% de los ingresos involuntarios en el hospital.

b) *Open Dialogue Approach (ODA)*

Bases y tipología de intervenciones

El *Open Dialogue Approach (ODA)*, es el resultado de la evolución del conocido NAT (*Need Adapted Treatment*) para pacientes con trastorno del espectro psicótico. Se basa en la terapia familiar sistémica introducida por Alnanen en Finlandia (Turku) en el 1960^{17,37}.

El *Open Dialogue*, aparece sobre los años 80, a manos de Jaakko Seikkula. Aunque la intención principal es tratar a pacientes psicóticos, con el paso del tiempo se ha ido aplicando a diversidad de situaciones y diversidad de tratamientos para una gran variedad de trastornos mentales¹⁵. El ODA gira en torno a 7 pilares básicos que lo sustentan y se rigen por dos ideas principales: diálogo (*dialogicity*) y apertura (*openness*), siempre teniendo en cuenta el momento presente y el hecho de mostrar incondicionalidad por la unicidad de la otra persona^{15,37-40}.

Geekie y Read³⁹ y Seikkula⁴⁰ respaldan la idea de que es importante para la recuperación de la psicosis comprender ésta de forma narrativa ya que las reacciones psicóticas deben ser consideradas como intentos de dar sentido a la propia experiencia en formas de afrontamiento a esas experiencias que son dificultosas para la persona y que hasta el momento no ha encontrado una forma explicativa para entenderla.

Teniendo en cuenta las bases de lo que era el NAT y de su evolución (ODA), el psiquiatra participa como una parte del equipo y el tratamiento se discute y se decide de manera conjunta con los pacientes, familiares y profesionales; el tratamiento está basado en el entendimiento común de la situación y en un asesoramiento de los cambios que se necesita implantar por parte del paciente y de su familia.

Ya desde el año 2000 se cuestionaban el uso de los neurolépticos en pacientes con un primer episodio psicótico, recomendando el modelo integrativo de tratamiento poniendo el foco en la intervención psicosocial⁴¹.

Resultados favorables

Los resultados del ODA muestran que hasta un 81% de los pacientes con primeros episodios psicóticos, no mostraban ningún tipo de sintomatología psicótica residual al finalizar la terapia y, además, un 84% de ellos retomaron sus carreras o educación¹⁶.

Otros son los estudios que respaldan estos mismos resultados. En un estudio¹⁶ de primeros episodios psicóticos con un seguimiento de 5 años (1992-1997), un 35% de los pacientes del estudio al final del periodo de 5 años ya no tomaban antipsicóticos, un 81% ya no presentaba sintomatología psicótica residual, y un 81% volvieron a las tareas laborales habituales¹⁶. En un segundo estudio en el 2011, postularon que había pocos primeros episodios psicóticos entre el 2003-2005, pasando de una ratio de 33 casos cada 100.000 personas en un año, a tan sólo 2 casos³⁹.

El hecho de intervenir con la familia respalda los resultados de las intervenciones individuales y es que en estudios sistemáticos se ha concluido la eficacia del tratamiento de primeros episodios psicóticos por los hechos que ilustran que el propio diálogo y las aptitudes psicológicas de las familias movilizan más que las intervenciones convencionales guiadas por profesionales expertos⁴².

c) *Tratamiento combinado en la esquizofrenia aplicado en el ámbito domiciliario basado en el Entrenamiento de Habilidades Sociales (EHS)*

Bases y tipología de intervenciones

El equipo originario de España se centró en estudiar los beneficios de ofrecer a pacientes con esquizofrenia (siendo del tipo paranoide la mayoría de los casos) intervenciones combinadas en el entorno comunitario del paciente abordando el contexto domiciliario (incluyendo a la familia)⁴³. El objetivo de sus intervenciones era desarrollar y/o potenciar habilidades sociales en pacientes diagnosticados con trastornos mentales graves, como facilitadores de su proceso rehabilitador y de su reinserción social⁵.

El programa de Moriana et al.⁴⁴ se estructuraba en cuatro fases, caracterizándose por plantear intervenciones individualizadas.

La aplicación del tratamiento gira en torno al entrenamiento en habilidades sociales y a la modificación de la conducta. Sus familias y las figuras de apoyo participan en la intervención, que está centrada en las bases de los programas de Liberman, De-Risi y Mueser⁴⁵ para controlar y ser más autosuficientes en el uso de medicación antipsicótica. Los resultados de este estudio, junto con un estudio posterior⁴⁶, muestran resultados favorables, aumentando el número de

habilidades de la vida diaria, la adherencia al tratamiento farmacológico y consiguiendo una mejora en la sintomatología general de los pacientes.

Kopelowicz et al.⁴⁷ consideran que la eficacia de los programas de EHS para la esquizofrenia, reside en el diseño del procedimiento de la intervención donde se utilizan los siguientes métodos para generalizar lo aprendido en contextos naturales: refuerzo positivo, el establecimiento de metas, el modelado, los ejercicios o tareas para casa y la representación de papeles (*role playing*).

Resultados favorables

Moriana et al.^{5,19,43} concluyen que la intervención psicológica para la esquizofrenia formada por el módulo de medicación de Liberman, el entrenamiento en habilidades de la vida diaria y la Terapia Psicológica Integrada (ITP)⁴⁸, aplicados de forma conjunta en el domicilio del paciente reducen la sintomatología psicótica, aumentan la adherencia al tratamiento farmacológico y mejoran las habilidades básicas e instrumentales de la vida diaria. Otros estudios también confirman que los resultados de la intervención domiciliaria eran mejores (mejor adherencia a la medicación, inferiores ratios de readmisión) si el programa integraba psicoeducación e intervenciones psicosociales^{49,50}.

d) Otros servicios domiciliarios

En la ciudad de Cali (Colombia), se realiza un programa de atención domiciliaria para pacientes con esquizofrenia a lo largo de seis meses, dirigido a pacientes que no cuentan con ningún tipo de seguridad social y que poseen una red de apoyo familiar, ofreciendo un tratamiento multidisciplinar (psiquiátrico, familiar, psicoeducativo y ocupacional) que es llevado a cabo por personal de enfermería⁵¹. En este programa, se prioriza la atención a personas con baja adherencia al tratamiento farmacológico, psicoterapéutico y con tendencia a recaer frecuentemente.

En Taiwán cada vez son más comunes las intervenciones a domicilio por los resultados favorables obtenidos en diversidad de estudios, relacionados sobre todo con la potenciación de la calidad de vida de los pacientes, así como con la reducción de hospitalizaciones^{40,52-55}. En las sesiones se evalúa la sintomatología clínica, las posibles reacciones que puedan causarles los psicofármacos y el funcionamiento social, con el objetivo de controlar la adherencia al tratamiento farmacológico y ofrecer psicoeducación tanto al paciente como a la familia, ofreciendo un servicio de asistencia durante las 24 horas en caso de ser necesario. Aunque el equipo de Chang et al.⁵² en su estudio no tuvieron en cuenta variables relacionales y de funcionamiento social, Kao y Huang⁵⁴ sí que lo hicieron. Estos últimos compararon la intervención

domiciliaria con intervenciones diarias en la comunidad (*Day Care*), obteniendo mejores resultados en cuanto a variables sociales en la segunda tipología de intervención. La razón de estos resultados fue por el hecho de ofrecer oportunidades de trabajo y por potenciar el entrenamiento de habilidades sociales y estar rodeados de otros pacientes⁵⁴. Por otro lado, en el estudio de Huang et al.⁴⁹ concluyen que los servicios domiciliarios muestran beneficios a nivel de funcionamiento social y generan mayor confianza en los servicios psiquiátricos por parte de los cuidadores de los pacientes.

Casas de acogida (*Foster Homes*)

En varios países se lleva a cabo un servicio que es conocido como *Foster Home*, en español vendría a ser como un lugar de acogida⁵⁶. En Misuri, concretamente un servicio similar recibe el nombre de *Boarding Home* (BH), teniendo como finalidad la reducción de rehospitalizaciones de pacientes que sufren esquizofrenia⁵⁷. Al ser como una residencia, se ofrece asistencia con las actividades básicas e instrumentales diarias y supervisión las 24 horas del día. Aunque generalmente los resultados de los estudios no han sido favorables, sí que es cierto que los pacientes que son derivados a esta tipología de servicios son pacientes crónicos y graves que tienen un nivel de funcionamiento global inferior que aquellos pacientes que viven en sus domicilios. Por lo tanto, el principal foco de atención cuando se deriva a estos servicios es el bajo funcionamiento global de la persona⁵⁷.

En Francia, el servicio de *Foster Home* se ofrece desde 1989, definido como una modalidad de hospitalización completa. Aunque ha recibido críticas por el hecho de ser visto como un servicio donde los pacientes se cronifican en mayor medida, se han empezado a implantar técnicas de rehabilitación, como en el *Ainay-le-Chateau Hospital*, junto con programas de Entrenamiento de Habilidades Sociales, psicoeducación y adaptación a los déficits cognitivos que puedan sufrir como consecuencia del TMS⁵⁸.

También es aplicado en Croacia⁵⁹ y son varios los estudios realizados que pretendían denotar si se veía afectada la calidad de vida del paciente al ingresar en dicho servicio. Kallert et al.⁵⁸ encontraron un aumento en la calidad de vida, mejor funcionamiento físico, social y emocional y menor número de recaídas en comparación con los pacientes que no ingresaban en dicho servicio (5 recaídas frente 11).

Tratamientos útiles en la intervención domiciliaria: intervención individual y familiar

El bloque que se plantea a continuación pretende dar respuesta al tercer y último objetivo de la presente revisión sistemática, ofreciendo resultados de diversidad de estudios

donde se han comentado tipos de intervenciones tanto en el domicilio del paciente o fuera de él que han sido efectivas para el tratamiento de la esquizofrenia, frente a un abordaje tanto individual como familiar. Además, se plantean las preferencias de los pacientes y familiares que han sido estudiadas o referidas por varios investigadores.

Una revisión publicada en 2001⁶⁰ planteó que las siguientes intervenciones psicológicas eran efectivas para el tratamiento de la esquizofrenia: intervenciones familiares basadas en el psicoeducación de familiares y enfermos, entrenamientos en habilidades sociales, tratamientos cognitivo-conductuales y paquetes integrados multimodales, destacando la Terapia Psicológica Integrada (IPT) de Roder et al.⁴⁸

En un estudio realizado sobre intervención domiciliaria aplicando un programa de EHS, enumeran diversas investigaciones que han obtenido resultados positivos aplicando sus modelos de intervención en el domicilio del paciente⁴⁶. Entre ellos encontramos programas psicoeducativos tanto para familiares como para pacientes aplicados en el domicilio⁶¹, entrenamiento en habilidades sociales en contextos comunitarios⁶², programas de habilidades de la vida diaria⁶³, módulo de medicación de Liberman^{46,47}, Terapia de Psicología Integrada (IPT)⁴³ e intervención en crisis y *home-care packages*⁴⁶. Podrían trabajarse gran variedad de temáticas, tanto a nivel comunitario como domiciliario, con pacientes psicóticos⁴⁶.

Otros aspectos a trabajar que ya se han nombrado anteriormente pero que en la presente revisión se han encontrado estudios que los sustentan, son presentados seguidamente:

Rehabilitación cognitiva en el domicilio

Se estudió la efectividad de un programa de rehabilitación cognitiva (junto con tratamiento farmacológico, psicopatológico y mejora del funcionamiento global) llevado a cabo en el domicilio de pacientes que presentaran un primer episodio psicótico⁶⁵. También se evaluó en este mismo estudio el nivel de influencia que tenía dicho trastorno en el funcionamiento familiar. Los resultados muestran que el entrenamiento cognitivo, mejora las funciones ejecutivas y que, en consecuencia, se reduce la sintomatología negativa; Wykes et al.⁶⁶ también apuntaron que la sintomatología negativa va asociada a los bajos resultados de las funciones ejecutivas. Asimismo, frente los resultados obtenidos en el estudio de Hedge et al.⁶⁵, se propone que, si se incrementara la duración del programa de rehabilitación cognitiva a domicilio, combinado con el entrenamiento en habilidades sociales, se mejoraría la cognición, la sintomatología y el funcionamiento general del paciente.

Psicoeducación

Son muchos los estudios que se han planteado, en los resultados anteriores los que integran en la tipología de tratamientos, la psicoeducación a nivel individual y familiar^{5,10,49,53-55,58,60,67}. Es por ello que la psicoeducación debe constar como un elemento más en las intervenciones domiciliarias.

Terapia cognitivo-conductual

La terapia Cognitivo-Conductual ha sido la tipología de intervención más aplicada para el tratamiento de la esquizofrenia; usada principalmente para reducir las alucinaciones y delirios persistentes en los pacientes^{43,67,68}. Aunque la efectividad de ésta a veces ha sido y sigue estando en controversia en varios estudios y es difícil de generalizar los resultados de ésta en la vida cotidiana del paciente⁶⁹, sigue siendo la terapia más recomendada en las guías de intervención de trastornos del espectro psicótico⁷⁰.

Una revisión⁷¹ mostró que la terapia cognitivo-conductual y el entrenamiento en habilidades sociales, son las tipologías de tratamiento que mayor evidencia empírica presentan. Aun así, la terapia cognitivo-conductual es la que va más asociada con el mantenimiento de la sintomatología negativa seis meses después de finalizar el tratamiento.

Seguimiento telefónico

El seguimiento telefónico con pacientes esquizofrénicos ha sido estudiado por Palmier-Claus et al.⁷² para atender a la sintomatología que puedan presentar, con el objetivo de que ésta sea tratada de forma rápida y eficaz. Se han denotado resultados positivos tanto para la reducción de clínica alucinatoria⁷³ como para la reducción de recaídas⁷⁴.

En Sharifi et al.⁷⁵ se realizó un protocolo para realizar un seguimiento telefónico durante tres meses, cada dos semanas, para pacientes con trastornos de ansiedad y de depresión después de haber recibido la psicoterapia correspondiente.

Tratamiento farmacológico

Los estudios muestran que las intervenciones que mejoran en mayor medida la adherencia al tratamiento farmacológico son las terapias cognitivo-conductuales, las intervenciones familiares (técnicas conductuales y psicoeducativas para integrar a la familia en facilitar la administración y supervisión de la toma de los fármacos) y las intervenciones realizadas en servicios comunitarios⁶⁸. Aun así, medir la adherencia al tratamiento farmacológico es imprecisa y poco objetiva.

Cognición social

En los últimos años, uno de los procesos que se ha estudiado más del trastorno mental psicótico, ha sido la cognición social, propuesta como una variable mediadora entre la neurocognición y el funcionamiento global del paciente⁷⁶. Sabiendo que el término 'cognición social' engloba varios subdominios (reconocimiento de emociones y percepción social) y que es una pieza clave para entender el trastorno mental de la esquizofrenia, el equipo de Gil et al.⁷⁶ realizó un estudio piloto con la implantación de un programa de entrenamiento de cognición social; programa que integra el entrenamiento en el reconocimiento de emociones y de la percepción social. Los resultados de dicho estudio demostraron que el grupo experimental mejoró en la percepción e interpretación social pero no en el reconocimiento de emociones.

Intervención familiar

Los pacientes con esquizofrenia, en general, no llegan a conseguir nunca una autosuficiencia tanto personal como económica y en consecuencia la familia es quien tiene que cuidar de ellos. Por este motivo, una vez se estabiliza la fase aguda del episodio, la convivencia familiar tendrá que crearse o mantenerse como un hábito para toda la vida⁷⁶. Se ha demostrado que el rol de cuidador normalmente lo adquiere la madre (52.6%) principalmente, pero también la hermana (10.5%) y el padre (10.5%). Los pacientes con esquizofrenia son personas que, normalmente, permanecen solteras por la disfuncionalidad social derivada de la enfermedad.

Es por este motivo que el hecho de incidir en el tratamiento familiar es de gran importancia para prevenir recaídas ya que se ha demostrado que dichas intervenciones reducen las rehospitalizaciones y promueven la rehabilitación del paciente^{5,8,27,67}. En caso contrario, una alta Emoción Expresada (EE) en la familia, aumenta el riesgo de padecer recaídas^{77,78}. Por ello, como la sobrecarga de los cuidadores y el afrontamiento de los pacientes, podría ser más efectivo si se aplicara terapia familiar o psicoterapia⁴⁹. Garnica⁷⁶ comenta que el equipo de profesionales que trate al paciente debe realizar psicoeducación con la familia de éste ya que, de no hacerlo, la familia podría convertirse en una fuente de estrés emocional que condujera a un mayor número de recaídas. Además, la familia también puede ser clave para reducir riesgos como la conducta suicida en el paciente esquizofrénico⁷⁹ o para contribuir a la reducción de la sintomatología negativa⁸⁰.

La terapia familiar, pues, se centra en examinar y cambiar formas de funcionamiento o dinámicas que se dan entre los miembros de la familia que juegan un papel importante en la creación y en el mantenimiento de comportamientos

problemáticos a nivel interpersonal como el hecho de mantener la sintomatología del propio trastorno mental⁷¹. Dichas intervenciones se establecen entorno a la psicoeducación del trastorno, recomendaciones de afrontamiento, entrenamiento en habilidades comunicativas, solución de problemas e intervenciones en caso de crisis^{46,71}. Además, las intervenciones no sólo implican a la familia, sino que se puede integrar en el tratamiento tanto a amigos allegados, vecinos como a agentes sociales de la comunidad que puedan ser influyentes en las relaciones sociales del paciente^{29,81,82}.

En varias modalidades de intervención estas ideas ya se están aplicando. En un estudio sobre la intervención precoz en la psicosis, ya se propone que las intervenciones deberían hacerse a nivel individual pero también intervenciones psicosociales, que integraran a la familia básicamente por la incidencia que ésta tiene en el buen pronóstico del paciente y en la reducción de las recaídas⁸. Lo mismo ocurre en los programas de intervención en crisis, que consideran el contexto familiar como un factor importante^{82,83}.

Por estos mismos motivos, el hecho de vivir en un ambiente estructurado con la familia, donde se interaccione a nivel social, es una buena opción para prevenir la pérdida de habilidades sociales^{56,57}.

Intervención multidisciplinar

Los resultados más concluyentes de Moriana et al.⁴⁶ confirman que la utilización conjunta de tratamientos en paquetes terapéuticos formados por varias intervenciones son más efectivos utilizados de manera conjunta y facilitan la generalización y mantenimiento de resultados a su medio socio-familiar y comunitario.

Preferencias de tratamiento de los pacientes

Farrelly et al. estudiaron qué prioridades de tratamiento tenían los pacientes⁸³. Aunque algunos de los pacientes prefirieron ser hospitalizados, la mayoría prefirieron alternativas, siendo la intervención domiciliaria la modalidad de intervención más demandada (67%) ya que para ellos, permanecer cuanto más tiempo fuera posible en su domicilio, era importante, refiriendo la importancia de no entorpecer en mayor medida la vida de sus familiares. Para muchos de ellos, el hecho de ingresar en el hospital y tener que enfrentarse a nuevos entornos, era un factor estresor añadido que empeoraba la experiencia de su recaída. Además, el hecho de poder superar una crisis en un entorno conocido, comunitario o rodeado de otras personas supone una mayor calidad de vida para los pacientes⁸⁴. Dichas preferencias también fueron estudiadas y corroboradas por otros autores^{36,49,57}.

Resultados finales

En general, se pueden obtener resultados muy positivos de los estudios realizados sobre programas domiciliarios, tanto a nivel de recaídas, de preferencias de los pacientes o de la calidad de vida que éstos refieren. Por ejemplo, en el estudio de Birchwood et al.² muestran que el 75% de los pacientes integrados en su servicio y tratados a domicilio (1027 personas), después de la intervención pertinente, se les realizó un seguimiento de 12 meses de los cuales el 100% de los casos no recayeron durante este periodo de tiempo. Otro ejemplo, referente a la intervención domiciliaria, lo encontramos en la revisión literaria de Sjølie et al.²⁹ que recogen varios estudios que hacen referencia a la efectividad de dicha tipología de intervención en un 80% de los casos^{85,86}. Además, si se comparan con tratamientos hospitalarios, también hay estudios que muestran mayores ventajas en las intervenciones domiciliarias⁸⁷⁻⁸⁹.

DISCUSIÓN

En los últimos años se promueve la intervención precoz de la psicosis como una intervención destinada a reducir el futuro deterioro posterior psicológico, clínico y social que la enfermedad conlleva para el paciente²³. De esta forma el pronóstico del paciente mejora ya que se interviene en el primer episodio psicótico^{2,8,22}. No obstante, este planteamiento, aun siendo muy prometedor y preventivo, no tiene en cuenta los pacientes resistentes a tratamiento psicoterapéutico. En las últimas revisiones sistemáticas, se ha demostrado que la intervención precoz es efectiva, aunque no se asegura que la recuperación del paciente se mantenga en los siguientes años^{8,9}. Consecuentemente, se necesita contar con intervenciones que puedan ser aplicadas a pacientes crónicos o que no hayan recibido tratamiento precoz⁸.

Una posible solución a la reflexión planteada sobre los pacientes resistentes a tratamiento, en un principio parece ser remediada con las intervenciones en el domicilio cuando éste tiene una crisis (CRHTs). De esta forma, se plantea que, al ser atendidos en dicha situación de crisis, no serán ingresados de nuevo en el hospital⁷. Sin embargo, CRHT son capaces de prevenir la recaída y el reingreso^{13,32,33}, pero no de prolongar los resultados de dicha intervención o generalizarlos en su vida cotidiana por la condición de deterioro que provoca la patología³⁶.

Como se ha planteado en el apartado de Resultados, son múltiples los estudios que avalan resultados favorables en cuanto a la reducción de rehospitalizaciones una vez introducido este servicio^{3,28,32-34}. No obstante, la discusión que se plantea es que dichas intervenciones son breves –concordando con la nomenclatura de dicho servicio– y por eso éstas deberían ser más intensivas y prolongadas¹³.

En el caso del *Open Dialogue Approach* (ODA), pone el foco en el paciente como persona, no como patología y en el entorno próximo de éste (familia, amigos, cuidadores...) ^{17,37}. Parece ser que ODA es la tipología de intervención que tiene más en cuenta el presente y la capacidad de adaptabilidad a cualquier naturaleza de sistema que se presente (amigos, red social, vecinos...) ^{15,37-40}. Es un concepto diferente, novedoso, por la forma de entender la psicosis^{39,40,90} abordándola desde la sencillez por dar sentido a la propia experiencia¹⁷ e interviniendo de manera personalizada en el sistema que esté frente involucrando a la familia y al equipo profesional⁹¹.

Pese a que los resultados muestran una disminución de la incidencia de la esquizofrenia tratándola desde el inicio de la aparición del trastorno³⁷, ODA no parece dejar de lado a aquellos pacientes más resistentes.

Se podría pensar que uno de los principales motivos por los que tiene tan buenos resultados es por la rapidez de actuación; en menos de 24 horas ya se está interviniendo con el paciente, su familia y red social.

Desde hace poco más de una década, se ha comentado previamente que el equipo de Moriana et al.⁴⁴ promueve el EHS para desarrollar y/o potenciar habilidades sociales en pacientes diagnosticados con trastornos mentales graves. Siguiendo la idea del ODA, Moriana et al.⁴⁴ consideran que las intervenciones deben ser individualizadas y que, en este entorno, se deberán promover los recursos sociales del paciente. Sin embargo, precisamente la debilidad del tratamiento en habilidades sociales puede residir en este punto, entendiéndose que más allá del EHS, hay otros tipos de intervenciones que quedan un tanto olvidadas, como, por ejemplo, la terapia familiar psicoeducativa y sistémica o la reestructuración cognitiva. No obstante, se entiende que la intervención en habilidades sociales es una pieza fundamental para ser integrada en el plan de trabajo teniendo por objetivo generalizar lo aprendido en los diferentes ámbitos de la vida del paciente^{49,50}.

Aunque el concepto de intervención domiciliaria tiene sus orígenes en los países anglosajones, éstas se han ido extendiendo de Occidente a Oriente. Es en Oriente, concretamente en Taiwán, donde la intervención domiciliaria está adquiriendo mucho protagonismo y el estudio de la calidad de vida de los pacientes con psicosis es donde se está investigando más. Lo siguen investigando y aplicando ya que son una gran cantidad de estudios que llegan a resultados favorables^{49,52-55}, no sólo respecto a la calidad de vida, sino también a la mejora de habilidades sociales⁴⁹.

Sin ser propiamente un servicio que se lleva a cabo en el domicilio del paciente, las *Foster Homes*, podrían ser planteadas como una alternativa a la atención ambulatoria. Ciertamente las rehospitalizaciones disminuyen⁵⁷ y es mejor ingresar a los pacientes en este servicio respecto a las futu-

ras recaídas que no ingresarlos en él⁵⁶. Aun así, no parece que se acaben integrando en la comunidad o que haya una continuidad después de un periodo de residencia en la casa de acogida.

Así pues, llegados a este punto y en vista de los resultados expuestos, se observa que aparte del *setting* propuesto a nivel domiciliario, no dejan de ser importantes los tipos de intervenciones que son recomendados por instituciones como APA o NICE para el tratamiento de un espectro psicótico¹⁹. No obstante, los modelos de intervención planteados hasta el momento, o bien dejan de lado la intervención familiar, siendo ésta un factor muy importante en el proceso de la enfermedad y en la reducción de recidivas del paciente²⁰, o sólo se centran en un tipo de intervención (por ejemplo, en EHS) y, lo más importante que se viene comentando hasta el momento, es que no tienen en cuenta a pacientes que son resistentes a tratamiento psicológico.

Por lo tanto, quizás es más importante definir previamente a quien se dirige el abordaje psicoterapéutico más que el hecho de escoger qué técnica o tratamiento vamos a utilizar. Una vez definido el contexto (domicilio), a quién se dirige (paciente con un primer episodio psicótico o paciente resistente a tratamiento, a la familia, o bien a ambos), es importante proponer qué intervenciones vamos a realizar.

En vista de los resultados planteados, muchos son los estudios que obtienen mayor evidencia de beneficios en el paciente y su familia si las intervenciones se combinan: rehabilitación cognitiva combinada con EHS (mejoraría la cognición, la sintomatología y el funcionamiento general del paciente)⁶⁵; psicoeducación como complemento a cualquier intervención^{5,19,49,52-55,58,60,67}; TCC y EHS (posiblemente se reduciría la sintomatología)⁷¹; TCC e intervenciones familiares (para integrar a la familia en facilitar la adherencia al tratamiento farmacológico)⁶⁸. Viendo la diversidad de autores que defienden las intervenciones combinadas, añadimos propiamente los estudios que defienden las intervenciones combinadas desde el abordaje familiar: psicoeducación, entrenamiento en habilidades comunicativas y sociales, programa de solución de problemas e intervención en caso de crisis^{43,71}; técnicas conductuales, psicoeducación, programa de solución de problemas e implicación de las familias con la medicación⁶⁸.

Asimismo, tan importante es un buen abordaje individual como el poder atender a las familias y acogerlas para integrarlas consecuentemente en una intervención conjunta. Los resultados planteados sobre la intervención familiar hablan por sí solos cuando promueven la integración de los cuidadores y del entorno inmediato del paciente en la recuperación de éste^{5,8,29,39,40,49,67,71,79-81,83,89}.

Por lo tanto, concluimos que un planteamiento multidisciplinar, que integre la intervención individual y familiar,

puede ser compartido por varias tipologías de intervención: la intervención precoz en la psicosis²⁶, la intervención en crisis (CHRTs)^{13,30,31}, el *Open Dialogue Approach* (ODA)⁹⁰; EHS en el domicilio⁴⁴.

No obstante, pese a compartir un mismo planteamiento, a la hora de la verdad, las intervenciones multidisciplinares en algunos casos no son llevadas a cabo por psicólogos y psiquiatras, sino que son llevadas por personal de enfermería. Este es el caso de las intervenciones en crisis¹³ y de otras intervenciones domiciliarias⁵¹. La propuesta es abordar los casos de forma multidisciplinar, tanto en relación al equipo como al tipo de intervención. Lo que está claro es que las múltiples recaídas de dichos pacientes, por la falta de conciencia de enfermedad y por el abandono de tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos, suponen un gasto sanitario muy elevado y hacen que el paciente se vuelva más dependiente y reduzca su funcionalidad.

Además, fijándonos en las preferencias de atención y en la consecuente vinculación afectiva del paciente con el equipo para promover la adherencia a tratamiento, los pacientes prefieren intervenciones domiciliarias que promuevan la generalización de los resultados para evitar más recaídas^{49,57,67,84}.

Pese a los múltiples beneficios y preferencias por parte de los pacientes, es evidente que, como en toda intervención, también ésta tiene sus limitaciones: a) la posible negativa de colaboración por parte de la familia o de los cuidadores de ser visitados y tratados en el domicilio⁵⁴; b) que el paciente en cuestión no disponga de un soporte familiar que pueda hacerse cargo de él económicamente y pueda participar en una intervención domiciliaria a la vez que convive con esta persona⁶⁷.

Por lo tanto, lo que hace falta para un buen abordaje domiciliario, teniendo en cuenta que éste es beneficioso por facilitar la generalización y mantenimiento de resultados a su medio socio-familiar y comunitario^{5,43}, se plantea la necesidad de realizar: a) intervenciones individuales y familiares; b) intervenciones multidisciplinares (psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales...) durante un periodo extendido de tiempo (un año de intervención); c) seguimiento presencial y telefónico una vez acabada la intervención⁷⁵ (durante, al menos, seis meses).

Se concluye que la intervención domiciliaria es una propuesta ambiciosa que ha demostrado ser beneficiosa en varios países y que da la posibilidad de ofrecer un mejor servicio al paciente y reducir el gasto sanitario. Se consigue mejorar la adherencia al tratamiento, aumentar habilidades para que viva de forma independiente y abordar los conflictos sociales y familiares en el domicilio. Como consecuencia, se reduce el número de ingresos, se aumenta la calidad de

vida y autonomía de éste, tratando de que no quede excluido de la comunidad.

CONCLUSIONES

- Un periodo largo de intervención domiciliaria ofrece a los pacientes la posibilidad de asimilar las habilidades aprendidas e incorporar las mejoras conseguidas en el tratamiento.
- Las intervenciones domiciliarias deben ser realizadas por un equipo multidisciplinar y deben incluir en ellas, a los familiares y otras relaciones del entorno próximo del paciente.
- La intervención domiciliaria puede mejorar la adherencia al tratamiento, la autonomía, la calidad de vida, las habilidades sociales y las relaciones familiares en el ambiente natural del paciente.
- El número de hospitalizaciones se reducen y los pacientes pueden beneficiarse de una mejor inclusión en la comunidad.
- En este artículo se evidencia la falta de más investigaciones relacionadas con los pacientes resistentes a tratamiento y las intervenciones domiciliarias.

CONFLICTO DE INTERESES

El autor primer firmante del manuscrito de referencia, Ona Gomis Zalaya, en su nombre y en el de todos los autores firmantes, declara que no existe ningún potencial conflicto de interés relacionado con el artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5ª ed. American Psychiatric Association: Author; 2013.
2. Birchwood M, Lester H, McCarthy L, Jones P, Fowler D, Amos T, et al. The UK national evaluation of the development and impact of Early Intervention Services (the National EDEN studies): study rationale, design and baseline characteristics. *Early Interv Psychiatry*. 2014; 8(1):59–67.
3. Murphy S, Irving CB, Adams CE, Driver R. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;5,CD001087.
4. Seikkula J, Arnkil TE, Hoffman L. *Dialogical Meetings in Social Networks*. London: Karnac; 2006.
5. Moriana JA, Liberman RP, Kopelowicz A, Luque B, Cangas AJ, Alós F. El entrenamiento en habilidades sociales en la esquizofrenia. *Psicol Conductual*. 2015;23(1):5–24.
6. IASAM. La población hospitalizada en instituciones psiquiátricas en Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud y Consumo, Junta de Andalucía; 1987.
7. National Institute for Mental Health in England. *Crisis resolution home treatment or closer to home*. England: NIMHE; 2006.
8. Bird V, Premkumar P, Kendall T, Whittington C, Mitchell J, Kuipers E. Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *Br J Psychiatry*. 2010;197(5):350–6.
9. Marshall M, Rathbone J. Early intervention for psychosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;6:CD004718.
10. Lemos-Giráldez S, Vallina-Fernández O, Fernández-Iglesias P, Vallejo-Seco G, Fonseca-Pedrero E, Paino-Piñero M, et al. Symptomatic and functional outcome in youth at ultra-high risk for psychosis: a longitudinal study. *Schizophr Res*. 2009;115(2-3):121–9.
11. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR, et al. Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychol Med*. 1999;29(1):9–17.
12. Department of Health of the UK. *The NHS Plan*. London: Author; 2000.
13. Hasselberg N, Gråwe RW, Johnson S, Ruud T. Treatment and outcomes of crisis resolution teams: a prospective multicentre study. *BMC Psychiatry*. 2011;11:183.
14. Ness O, Karlsson B, Borg M, Biong S, Hesook SK. A crisis resolution and home treatment team in Norway: a longitudinal survey study Part 1. Patient characteristics at admission and referral. *Int J Ment Health Syst*. 2012;6(1):18.
15. Arnkil TE, Seikkula J. Developing Dialogicity in Relational Practices: Reflecting on Experiences from Open Dialogues. *Aust N Z J Fam Ther*. 2015;36(1):142–54.
16. Seikkula J, Aaltonen J, Alakare B, Haarakangas K, Keränen J, Lehtinen K. Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychother Res*. 2006;16(2):214–28.
17. Borchers P. "Issues like this have an impact": the need-adapted treatment of psychosis and the psychiatrist's inner dialogue. University of Jyväskylä; 2014. Available in: <https://jyx.jyu.fi/dspace/handle/123456789/44396>.
18. Elvira JAM, Pulido EA, Cabrera JH. Tratamiento combinado de la esquizofrenia aplicado en el ámbito domiciliario. *Psicothema*. 2004;16(3):436–41.
19. Moriana JA, Martínez VA. La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2011;16(2):81–100.
20. Estepa-Zabala MB, Casín-Galván G, González-Nuñez R, Fernández-León M, León-Gómez E, Jiménez-Membrilla C. Abordaje multidisciplinar de un caso de especial dificultad: esquizofrenia paranoide y rechazo activo al tratamiento. *Psychosoc Rehabil*. 2001;8(1-2):44–50.
21. Nose M, Barbui C, Gray R, Tansella M. Clinical interventions for treatment non-adherence in psychosis: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2003;183(3):197–206.
22. Penttilä M, Jääskeläinen E, Hirvonen N, Isohanni M, Miettunen J. Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2014;205(2):88–94.
23. Birchwood M, McGorry P, Jackson H. Early intervention in schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 1997;170:2–5.
24. Department of Health. *National service framework for mental health: Modern Standards and Service Models*. Department of Health: Author; 1999.
25. National Institute for Health and Clinical Excellence. *Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management*. Inglaterra and Gales: NICE; 2009.
26. Craig TK, Garety P, Power P, Rahaman N, Colbert S, Fornells-Ambrojo M, et al. The Lambeth Early Onset (LEO) Team: randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis. *Br J Med*. 2004;329:1067–70.

27. Johnson S. Crisis resolution and intensive home treatment teams. *Psychiatry*. 2007;6:339–42.
28. Schöttle D, Ruppelt F, Karow A, Lambert M. Home treatment –a treatment model of integrated care in Hamburg. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2015;65(3–4):140–5.
29. Sjølie H, Karlsson B, Kim HS. Crisis resolution and home treatment: structure, process, and outcome – a literature review. *Int J Ment Health Nurs*. 2010;17(10):881–92.
30. Biong S, Ness O, Karlsson B, Borg M, Kim HS. A crisis resolution and home treatment team in Norway: a longitudinal survey study Part 3. Changes in morbidity and clinical problems from admission to discharge. *Int J Ment Health Syst*. 2012;6(1):17.
31. Johnson S, Nolan F, Pilling S, Sandor A, Hoult J, McKenzie N, et al. Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the north Islington crisis study. *Br Med J*. 2005;331:599–604.
32. Glover G, Arts A, Babu KS. Crisis resolution/home treatment teams and psychiatric admission rates in England. *Br J Psychiatry*. 2006;189:441–5.
33. Jethwa K, Galappathie N, Hewson P. Effects of a crisis resolution and home treatment team on in-patient admission. *Psych Bull*. 2007;31:170–2.
34. Barker V, Taylor M, Kader I, Stewart K, Le Fevre P. Impact of crisis resolution and home treatment services on user experience and admission to psychiatric hospital. *The Psychiatrist*. 2011; 35(3):106–10.
35. Vázquez J, Salvador, L, Vázquez JL. Alternativas comunitarias a la hospitalización de agudos para pacientes psiquiátricos graves. *Actas Esp Psiquiatr*. 2012;40(6):323–32.
36. Tyrer P, Gordon F, Nourmand S, Lawrence M, Curran C, Southgate D, et al. Controlled comparison of two crisis resolution and home treatment teams. *The Psychiatrist*. 2010;34(2):50–4.
37. Aaltonen J, Seikkula J, Lehtinen K. The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: I. The incidence of non-affective psychosis and prodromal states. *Psychosis*. 2011; 3(3):179–91.
38. Kłapciński M, Wojtynska R. Open Dialogue Approach – An Alternative to Neuroleptics or Development of Pharmacologically Cautious Treatment of Schizophrenia? *J Schizophr Res*. 2015; 2(2).
39. Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J. The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis*. 2011;3(3):192–204.
40. Seikkula J, Laitila A. Making sense of multi-actor dialogues in family therapy and network meetings. *J Marital Fam Ther*. 2012; 38(4):667–87.
41. Borchers P, Seikkula J, Arnkil TE. The Need Adapted Approach in psychosis: The impact of psychosis on the treatment, and professionals. *Ethical Hum Psychol Psychiatry*. 2014;16:5–19.
42. Seikkula J. Inner and outer voices in the present moment of family and network therapy. *J Fam Ther*. 2008;30(4):478–91.
43. Borchers P, Seikkula J, Lehtinen K. Psychiatrists' inner dialogues concerning workmates during Need Adapted treatment of psychosis. *Psychosis*. 2013;5:60–70.
44. Moriana JA, Alarcón E, Herruzo J. Aplicación de un programa de intervención lógica en un caso de esquizofrenia. Análisis y modificación de conducta. 2006;32(146):719–42.
45. Hodgkins J, Birchwood M, Christopher R, Marshall M, Coker S, Everard L, et al. Investigating trajectories of social recovery in individuals with first episode psychosis: a latent class growth analysis. *Br J Psychiatry*. 2015;1–8.
46. Moriana JA, Alarcón E, Herruzo J. Tratamiento combinado de la esquizofrenia aplicado en el ámbito domiciliario. *Psicothema*. 2004;16(3):436–41.
47. Liberman RP, De Risi WJ, Mueser KT. Social skills training for psychiatric patients: Psychology practitioner guidebooks. New York: Pergamon Press; 1989.
48. Moriana JA, Alarcón E, Herruzo J. In-Home Psychosocial Skills Training for Patients with Schizophrenia. *Psychiatric Serv*. 2006; 57(2):260–2.
49. Kopelowicz A, Liberman RP, Zárata R. Recent advances in social skills training for schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2006;32:12–23.
50. Roder V, Brenner HD, Hodel B, Kienzie N. Terapia integrada de la esquizofrenia. Barcelona: Ariel; 1996.
51. Huang XY, Lin MJ, Yang TC, Sun FK. Hospital-based home care for people with severe mental illness in Taiwan: a substantive grounded theory. *J Clin Nurs*. 2009;18(21):2956–68.
52. Agius M, Shah S, Ramkisson R, Murphy S, Zaman R. Three year outcomes of an early intervention for psychosis service as compared with treatment as usual for first psychotic episodes in a standard community mental health team – final results. *J Clin Nurs*. 2007;19:130–8.
53. Castaño Y, Chávez E, Piedrahita L. Aplicación del proceso de enfermería en la atención domiciliaria de personas con enfermedad mental. *Enfermería Global*. 2012;28:41–51.
54. Chang LR, Lin YH, Wu Chang HC, Chen YZ, Huang WL, Liu CM, et al. Psychopathology, rehospitalization and quality of life among patients with schizophrenia under home care case management in Taiwan. *J Formos Med Assoc* 2013;112(4):208–15.
55. Cheng JF, Huang XY, Lin MJ, Yang TC, Hsu YS. Intervening conditions of hospital-based home care for people with severe mental illness. *Public Health Nurs (Boston, Mass)*. 2012; 29(4):320–9.
56. Kao CC, Huang HM. A comparison of the quality of life of patients with schizophrenia in daycare and homecare settings. *J Nurs Res*. 2014;22(2):126–35.
57. Tsai SL, Chen MB, Yin TJC. A Comparison of the Cost-Effectiveness of Hospital-Based Home Care with That of a Conventional Outpatient Follow-up for Patients With Mental Illness. *J Nurs Res*. 2005;13(3):165–73.
58. Kallert TW, Lisse M, Winiecki P. Comparing the effectiveness of different types of supported housing for patients with chronic schizophrenia. *J Public Health*. 2006;15(1):29–42.
59. Bota RG, Munro JS, Sagduyu K. Benefits of boarding home placement in patients with schizophrenia. *South Med J*. 2007; 100(2):145–8.
60. Petitjean F, Muller G, Dabat B. Accueil familial thérapeutique et réhabilitation psychosociale. Mise en œuvre de techniques de remédiation cognitive dans un établissement spécialisé. *Ann Med Psychol*. 2013;171(8):556–60.
61. Press D. Quality of life of patients with schizophrenia treated in foster home care and in outpatient treatment. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2015;11:585–95.
62. Vallina Ó, Lemos S. Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*. 2001;13:345–64.
63. Montero I, Asencio A, Hernández I, Masanet MJ, Lacruz M, Bellver F, et al. Two strategies for family intervention in schizophrenia: A randomized trial in a Mediterranean environment. *Schizophr Bull*. 2001;27:661–70.
64. Glynn SM, Marder SR, Liberman RP, Blair K, Wirshing WC, Ross D, et al. Supplementing clinic-based skills training with manual-based community support sessions: Effects on social adjustment 01 patients with schizophrenia. *American J Psychiatry*. 2002; 159:829–37.
65. Moriana JA, Alarcón E. Entrenamiento en habilidades de la vida diaria para enfermos mentales crónicos. Madrid: Fund. T. APMIB; 2000.

66. Joy CB, Adams CE, Rice K. Crisis intervention for people with severe mental illnesses: A cochrane systematic review. *Schizophr Res.* 2006;3:41-53.
67. Hegde S, Rao SL, Raguram A, Gangadhar BN. Addition of home-based cognitive retraining to treatment as usual in first episode schizophrenia patients: a randomized controlled study. *Indian J Soc Psychiatry.* 2012;54(1):15-22.
68. Wykes T, Newton E, Landau S, Rice C, Thompson N, Frangou S. Cognitive remediation therapy (CRT) for young early onset patients with schizophrenia: An exploratory randomized controlled trial. *Schizophr Res.* 2007;94:221-30.
69. Burns T. Community psychiatry's achievements. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2014;23(4):337-44.
70. Farooq S, Naeem F. Tackling nonadherence in psychiatric disorders: current opinion. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2014; 10:1069-77.
71. Jauhar S, McKenna P, Radua J, Fung E, Salvador R, Laws K. Cognitive-behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. *Br J Psychiatry.* 2014;204:20-9.
72. Turkington D, Kingdon D, Rathod S, Hammond K, Pelton J, Mehta R. Outcomes of an effectiveness trial of cognitive-behavioural intervention by mental health nurses in schizophrenia. *Br J Psychiatry.* 2006;189:36-40.
73. Elis O, Caponigro JM, Kring AM. Psychosocial treatments for negative symptoms in schizophrenia: Current practices and future directions. *Clin Psychol Rev.* 2013;33(8):914-28.
74. Palmier-Claus JE, Rogers A, Ainsworth J, Machin M, Barrowclough C, Lavery L, et al. Integrating mobile-phone based assessment for psychosis into people's everyday lives and clinical care: a qualitative study. *BMC Psychiatry.* 2013;13(1):34.
75. Granholm E, Ben-Zeev D, Link PC, Bradshaw KR, Holden JL. Mobile Assessment and Treatment for Schizophrenia (MATS): A Pilot Trial of An Interactive Text-Messaging Intervention for Medication Adherence, Socialization, and Auditory Hallucinations. *Schizophr Bull.* 2011;38(3):414-25.
76. Španiel F, Vohlídka P, Kožený J, Novák T, Hrdlička J, Motlová L, et al. The Information Technology Aided Relapse Prevention Programme in Schizophrenia: an extension of a mirror design follow up. *Int J Clin Pract.* 2008;62:1943-6.
77. Gil D, Diego M, Bengochea R, Arrieta M, Lastra I, Sánchez R, et al. Efficacy of a social cognition training program for schizophrenic patients: a pilot study. *The Spanish J Psychol.* 2009;12(1):184-91.
78. Garnica R. Alternativas Terapéuticas para la Esquizofrenia. *Salud Ment.* 2013;36(1):85-6.
79. Ballús-Creus C. Diez años de orientación familiar terapéutica en la esquizofrenia. *Revista de psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona.* 1998;25(69):172-6.
80. Leff J, Vaughn C. Expressed emotion in families: Its significance for mental illness. London: The Guildford Press; 1985.
81. Girón M, Fernández-Yañez A, Mañá-Alvarenga S, Molina-Habas A, Nolasco A, Gómez-Beneyto M. Efficacy and effectiveness of individual family intervention on social and clinical functioning and family burden in severe schizophrenia: A 2-year randomized controlled study. *Psychol Med.* 2010;40(1):73-84.
82. Doherty WJ, McDaniel SH. Family therapy. Washington, DC: American Psychological Association; New York, NY: Oxford University Press; 2010.
83. Seikkula J. Becoming dialogical: psychotherapy or a way of life. *Aust N Z J Fam Ther.* 2011;32(3):179-93.
84. Winnes MC, Borg M, Kim, HS. Service users' experiences with help and support from crisis resolution teams. A literature review. *J Ment Health.* 2010;19:75-87.
85. Farrelly S, Brown G, Rose D, Doherty E, Henderson RC, Birchwood M et al. What service users with psychotic disorders want in a mental health crisis or relapse: thematic analysis of joint crisis plans. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2014;49(10):1609-17.
86. Carnegie M. Effects of Hospital Based and Community Based Treatment on Quality of Life in Adult Mental Health Clients. *Ment Health CATs*, 24; 2011. Available in: <http://commons.pacificu.edu/otmh/24>.
87. Crisholm A, Ford R. Transforming Mental Health Care. Assertive Outreach and Crisis Resolution in Practice. The Sainsbury Centre of Mental Health/National Institute for Mental Health in England, London; 2004.
88. Karlsson B, Hultberg KB. Brukererfaringer med kriseintervensjon i eget hjem. (In Norwegian). *J Norwegian Psychologist Association.* 2007;7:900-5.
89. Bridgett C, Polak P. Social systems intervention and crisis resolution. Part 2: intervention. *Adv Psychiatr Treat.* 2003;9:432-8.
90. Johnson S. Crisis resolution and intensive home treatment teams. *Psychiatry.* 2007;6:339-42.
91. Geekie J, Read J. Making sense of madness: contesting the meaning of schizophrenia. London: Routledge; 2009.