



**ATENCIÓN TEMPRANA AL
PACIENTE CON PRIMER
EPISODIO PSICÓTICO**

**EARLY CARE TO THE PATIENT
WITH FIRST PSYCHOTIC EPISODE**

**TRABAJO DE FIN DE GRADO
GRADO EN ENFERMERÍA
CURSO 2017/18**

**AUTORA: PILAR ARIGITA MARQUÍNEZ
DIRECTORA: SARA MARTÍNEZ DE CASTRO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD DE CANTABRIA**

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido.

Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición. Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido.

Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros, La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.”

ÍNDICE

RESUMEN/ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO 1: CONTEXTUALIZACIÓN PRIMER EPISODIO PSICÓTICO	10
1.1. Definición	10
1.2. Sintomatología	10
1.3. Curso del primer episodio psicótico	11
1.4. Epidemiología	12
1.4.1. Consideraciones especiales en los primeros episodios psicóticos	13
1.4.2. Morbilidad y mortalidad	14
CAPÍTULO 2: SITUACIÓN ACTUAL EN ESPAÑA: PROGRAMAS DE ATENCIÓN A LOS PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS	15
2.1. Contextualización de la situación general en España	15
2.2. Situación en Cantabria: Torrelavega, Santander	16
2.3. Situación País Vasco: Lehenak, Gazte	18
2.4. Cuadro comparativo entre ambas CCAA	20
CAPÍTULO 3: INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA DE SALUD MENTAL EN LOS DIFERENTES NIVELES DE PREVENCIÓN	22
2.1. Contextualización histórica de la enfermería de Salud Mental	22
2.2. Competencias de la enfermera de Salud Mental (BOE)	22
2.3. Niveles de prevención en la Salud Mental	23
2.3.1. Prevención primaria	24
2.3.2. Prevención secundaria	24
2.3.3. Prevención terciaria	25
APORTACIÓN PERSONAL	27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
ANEXOS	31

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

❖ Figura 1. Criterios de búsqueda bibliográfica.....	9
❖ Figura 2. Fases del trastorno psicótico y niveles de prevención.....	26
❖ Tabla 1. Prevalencia e incidencia de la psicosis a nivel mundial y nacional.....	13
❖ Tabla 2. Prevalencia e incidencia de la psicosis por edades en Cantabria.....	13
❖ Tabla 3. Equipos de Atención Temprana a la Psicosis de Torrelavega (EATPT).....	16
❖ Tabla 4. Equipo del Programa Asistencial a Fases Iniciales de Psicosis en Cantabria (PAFIP).....	17
❖ Tabla 5. Distribución por comarcas de atención LEHENAK y los profesionales que lo conforman.....	19
❖ Tabla 6. Equipo multidisciplinar GAZTE.....	20
❖ Tabla 7. Estudio comparativo de los programas de atención temprana a primeros episodios psicóticos.....	21

RESUMEN

Los profesionales del ámbito de la Salud Mental han de tener una formación especializada para ofrecer unos cuidados de calidad al paciente psiquiátrico y, en concreto, al paciente con un primer episodio psicótico. En el curso de esta revisión bibliográfica se recogen las características propias de esta enfermedad como la sintomatología, el curso clínico, la morbilidad y la mortalidad; y se compara el perfil epidemiológico de la comunidad autónoma de Cantabria con el de España.

Como objeto de estudio de este trabajo se han escogido dos de los programas de intervención temprana en España: se exponen los de las comunidades autónomas de Cantabria (PAFIP, EATPT) y el País Vasco (LEHENAK, GAZTE), para después compararlos; en esta misma línea, se refleja el estado actual en España. Mediante la creación de programas de esta índole se beneficiaría el sistema y se mejoraría la calidad asistencial de los trastornos psicóticos.

En relación a los profesionales de enfermería Psiquiátrica, se contextualiza históricamente la trayectoria de esta especialización; y, a través de sus competencias, se refleja el papel sustancial e irremplazable que ejercen en programas de intervención precoz; y en los tres niveles de prevención, todo ello a través de la labor asistencial, docente, investigadora y gestora.

PALABRAS CLAVE

Enfermería psiquiátrica; Esquizofrenia; trastornos psicóticos.

ABSTRACT

Mental Health professionals must have specialized training to offer quality care to psychiatric patients, and specifically, to patients with a first psychotic episode. In the course of this bibliographic review the characteristics of this disease are collected, such as symptoms, clinical course, morbidity and mortality; and the epidemiological profile of the Autonomous Community of Cantabria is compared with Spain profile.

As an object of study of this Final Degree Project, the current status in Spain of the early intervention programs is reflected; and those from the Autonomous Community of Cantabria (PAFIP, EATPT) and the Basque Country (LEHENAK, GAZTE) are exposed, to later be compared; in the same vein, the current situation of Spain is reflected. Through the creation of programs of this nature, the system would benefit and the quality of care would be improved.

In relation to the mental health nursing professional, the trajectory of this specialization is historically contextualized; and through its competences the substantial and irreplaceable role that it exercises for early intervention programs is reflected; and for the three levels of prevention, all that through the assistance, teaching, research and management work.

KEY WORDS

Psychiatric nursing; Schizophrenia; Psychotic disorders.

INTRODUCCIÓN

Son muchas las definiciones que se le han otorgado a lo largo de la historia al primer episodio psicótico. Algunas de ellas, siguiendo el orden cronológico, parten de la definición de esquizofrenia, o de sus síntomas.

Es en el siglo XIX cuando el médico francés B. Morel (1809-1873) describe a los “dementes precoces” como adolescentes y adultos jóvenes que padecían un trastorno mental, que comportaba un deterioro del funcionamiento mental y la consiguiente discapacidad (Golcman, 2015). En esa misma época, otros psiquiatras europeos en Alemania, como E. Hecker (1843-1909) acopla los síntomas de este cuadro clínico al término “hebefrenia” y lo describe como un proceso patológico que *“conduce finalmente a un estadio terminal particular al que podemos calificar de estupidez hebefrénica”* (Ewald, 1995). Por otra parte, K.L. Kahlbaum (1828-1899) cede el protagonismo a los síntomas psicomotores y define la “catatonia” como un síndrome, que ensamblaba un grupo peculiar de síntomas motores, afectivos y comportamentales (Crespo y Pérez, 2005).

El psiquiatra E. Kraepelin (1856-1926) estableció que estos términos, se aunasen en uno sólo: la “demencia precoz”. Así, en su libro *“Tratado de Psiquiatría”* (1913), estableció tres subgrupos basándose en la entidad clínica: la simple -o hebefrénica-, la catatónica y la paranoide, siendo en esta última la característica principal las ideas delirantes. Este tratado ha sido editado varias veces desde finales del siglo XIX hasta mediados del XX (Bercherié, 1999; Vispe, Ruiz-Flores y García-Valdecasa, 2015).

En el siglo XX, autores como E. Bleuler (1857-1939) comenzaron a entender que este trastorno se correspondía con una disgregación de la entidad psíquica de la persona y no con una demencia, afirmando que se debilitaba cognitivamente la capacidad de asociar. Es en 1911 cuando este psiquiatra renombra la “demencia precoz” y pasa a llamarla “esquizofrenia” y “esquizofrenia aguda”, concepto que hoy en día sigue vigente (Beviá 1996; MSSSI, 2009a). De esta manera, se abrió el camino a la posibilidad de la recuperación, como establece el Dr. Henri Ey (1900-1977). Este médico hace una diferenciación entre las enfermedades mentales y distingue la “psicosis delirante aguda”, que puede llegar a la curación, de la “psicosis esquizofrénica” o “delirio crónico” (Kulhara, Banerjee, y Dutt, 2008). Esta idea también está abalada por C. Castilla del Pino (1922-2009), que define la “psicosis paranoide aguda” como *“un cuadro clínico alucinatorio de carácter benigno con tendencia a la curación sin secuelas, de evolución breve y que comienza y concluye de forma abrupta.”* (Kulhara et al., 2008; MSSSI, 2009a). Actualmente, se ha demostrado que la remisión completa de esta enfermedad no es frecuente, aunque numerosos estudios han afirmado que mediante la intervención precoz, el pronóstico cambia (Arango et al., 2017).

En España la situación para el paciente psiquiátrico no ha sido fácil. Durante la dictadura franquista (1939- 1975) la psiquiatría estuvo marginada. Se apartó a la enfermería psiquiátrica y a los manicomios de la sociedad hasta tal punto que la asistencia de los enfermos mentales no quedaba recogida en el Seguro Obligatorio de Enfermedad, teniendo que asumir el enfermo los costes del internamiento. Ni la entrada en vigor de Ley de Bases de la Seguridad Social, en la segunda mitad de la época franquista, fue capaz de modificar la atención psiquiátrica (Sancho, 2015).

Los cambios para la psiquiatría y para la enfermería psiquiátrica comenzaron en los años 70, cuando se cambió la denominación a “Servicios de Salud Mental”, aludiendo a la palabra salud y no a la enfermedad. De la misma manera, la especialización pasaría a llamarse enfermería de salud mental, que quedó integrada en la atención general como un servicio sanitario especializado coordinado con Atención Primaria y Servicios Sociales. Esta gestión de áreas sanitarias favoreció a la aparición de alternativas al modelo manicomial, que iría desapareciendo progresivamente (Sancho, 2015).

Sin embargo, es necesario esperar hasta los años noventa para encontrar un aumento del interés en la intervención en las primeras fases de aparición de las enfermedades mentales, aunque acarreasen un gran coste para el estado al ser tratamientos de carácter multidimensional (Vispe et al., 2015). En este contexto, fue necesaria la elaboración de estudios sobre los beneficios de esta intervención precoz, para demostrar su eficiencia: priorizando líneas de actuación e incluyendo parámetros que permitiesen abordar necesidades no cubiertas (MSSSI, 2009; Crespo-Facorro et al., 2017). De esta forma, surgieron numerosas corrientes que focalizaron, dentro de los primeros episodios psicóticos, la intervención sociosanitaria para cambiar el pronóstico, identificando una serie de síntomas prodrómicos, e introduciéndose la prevención secundaria de la enfermedad (Vispe et al., 2015). Además, se realizaron estudios donde se refleja una característica común: si la “duración en psicosis no tratada” era muy larga, el pronóstico empeoraba, afectándose por tanto la calidad de vida de la persona (Arango et al., 2017; Crespo-Facorro et al., 2017).

Este nuevo modelo de asistencia ha requerido una atención más adaptada, y por tanto la necesidad de crear equipos multidisciplinares especializados, formados por psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros de salud mental, que trabajan conjuntamente para la consecución de los objetivos de cada paciente (Crespo-Facorro et al., 2017). De este modo, se traslada el cuidado que realizan los hospitales psiquiátricos a centros ambulatorios de salud mental. Así, se abordaban dos necesidades: por un lado la inclusión en la comunidad y, por otro, la gestión de casos (Arango et al., 2017).

Este repaso histórico de la evolución de la psicosis en Europa y de la enfermería de salud mental en España sirve de punto de partida para el presente trabajo, que pretende recoger de manera objetiva cuál es el contexto actual de esta enfermedad en España y Cantabria. Además se describirán los programas de atención temprana en la mencionada comunidad y los del País Vasco, incluyendo un cuadro comparativo entre las Comunidades Autónomas citadas.

JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

La elección del tema para este Trabajo de Fin de Grado tiene su origen en la rotación por las consultas externas de Salud Mental, Programa Asistencial Fases Iniciales de Psicosis (PAFIP), en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Durante el periodo de prácticas he conocido el estigma que padecen estos pacientes y el efecto terapéutico del programa, que junto con las intervenciones enfermeras, favorecen a un mejor pronóstico del paciente otorgándole una atención de gran calidad. Tras observar de cerca el funcionamiento del servicio surge el interés en ahondar en dicho tema.

OBJETIVOS

El objetivo principal de este Trabajo de Fin de Grado es analizar la situación actual en España de la atención temprana en pacientes con primer episodio psicótico y las competencias específicas del profesional de enfermería en los diferentes niveles asistenciales de prevención.

Como objetivos secundarios se presentan:

-  Explicar el primer episodio psicótico: sintomatología, curso clínico y epidemiología .
-  Comparar los programas de intervención precoz de las comunidades autónomas de Cantabria y el País Vasco.
-  Identificar los planes de atención psicoeducativos aplicados al paciente con primer episodio psicótico.

ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Para la realización de la búsqueda de esta revisión bibliográfica, se utilizaron las siguientes palabras clave o Descriptores en Ciencias de la Salud DeCS /en inglés MeSH:

- ✚ Enfermería psiquiátrica/ Psychiatric nursing
- ✚ Esquizofrenia/ Schizophrenia
- ✚ Trastornos psicóticos/ Psychotic disorders

La elaboración de este trabajo se ha realizado a través de cuatro modalidades de búsqueda diferentes. La primera corresponde a las bases de datos de mayor factor de impacto, como son: *Web of Science, CUIDENplus, Scielo, Dialnet, Pubmed, , Elsevier, CiberIndex y Cochrane Library Plus.*

La segunda ha sido mediante la utilización de los buscadores online disponibles en la Biblioteca Universitaria de Cantabria (BUC): *E-revistas, Repositorio de Ucrea, Catálogo y Único*; así como *Google Académico* y la página WEB oficial de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para obtener la información más completa y actualizada.

El tercer tipo de fuente que se ha empleado para obtener datos con la mayor evidencia científica posible, ha sido mediante la búsqueda de información en las siguientes Guías de Práctica Clínica, cuyos criterios de búsqueda han sido que estuvieran en español, fueran del territorio nacional y siguieran vigentes en la actualidad:

- ✚ *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente.(2009)*
- ✚ *Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Psicosis y la Esquizofrenia manejo en Atención Primaria y Salud Mental.(2016)*
- ✚ *Guía de Práctica clínica para el Tratamiento de la Esquizofrenia en Centros de Salud Mental.(2009)*

La cuarta y última modalidad de búsqueda ha sido la realizada en las Guías nombradas a continuación, editadas en español, que datan del año 2014 hasta 2016; exceptuando la primera guía nombrada, que fue incluida por pertenecer al PAFIP (Cantabria):

- ✚ *Guía de Psicoeducación para las Familias de Personas con Psicosis (2010)*
- ✚ *PIENSA Guía para Adolescentes y Familias que quieren Entender y Afrontar la Psicosis (2015)*
- ✚ *Proyecto Voz, Necesidades de las Personas con Esquizofrenia/Psicosis y sus Cuidadores: Resultados finales de la encuesta a gran escala (2016)*
- ✚ *Comprender la psicosis y la esquizofrenia ¿Por qué a veces las personas oyen voces, creen cosas que a otros les parecen extrañas, o parecen estar fuera de la realidad, y qué es lo que puede ayudarles? (2014)*
- ✚ *Guía clínica y terapéutica para primeros episodios psicóticos en la infancia y la adolescencia. Informe de consenso de Recomendaciones (2015)*
- ✚ *Guía de Primeros Episodios Psicóticos (2014)*

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se establecieron como criterios de inclusión documentos de acceso libre y gratuito, en los idiomas español, inglés y portugués; en el periodo comprendido 2010 hasta el 2018, salvo los documentos utilizados para la elaboración de la introducción y otros dos documentos, el primero correspondiente a 2009 por ser la última actualización en Cantabria en referencia a la Salud Mental, el *Plan de Salud 2013- 2018. Estrategia de Salud Mental*; y el segundo, *Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones Efectivas y Opciones Políticas*, que data de 2005 y se ha utilizado por tratarse de un documento oficial de la Organización Mundial de la Salud.

Quiero destacar como **limitación en la búsqueda**, que las palabras que aparecen a continuación no aparecen como términos DeCS y MeSH. Independientemente de esto, se han encontrado artículos y guías utilizando las siguientes palabras, que aparecen en este Trabajo de Fin de Grado como palabras clave:

- ✚ Enfermería de salud mental / Mental health nursing.
- ✚ Primer episodio psicótico/ First psychotic episode.
- ✚ Intervención precoz/ Early intervention.
- ✚ Psicosis/ Psychosis

A continuación se muestra la Figura 1 con los criterios de la búsqueda bibliográfica:



Figura 1. Criterios de búsqueda bibliográfica (elaboración propia).

DESCRIPCIÓN DE LOS CAPÍTULOS

El primer capítulo de este trabajo de fin de grado “Contextualización del primer episodio psicótico” explica la definición de psicosis, sus síntomas y cómo surge y cursa el primer episodio psicótico. Se expondrán valores epidemiológicos de prevalencia e incidencia, y datos de perfiles psicóticos fuera de dichos valores analíticos. Y por último se hablará de la morbilidad y mortalidad que provoca dicha patología.

En el segundo capítulo, “situación actual en España: programas de atención a los primeros episodios psicóticos”, se expone la situación general en España a nivel de intervención temprana. A nivel específico se detallarán los programas de las comunidades de Cantabria y el País Vasco, que fueron escogidas debido a su proximidad tanto a nivel geográfico, como en lo referente a la regulación de los servicios de salud (Castejón, y San Martín, 2012). En dichas comunidades, es en las áreas de salud donde se han desarrollado proyectos, en colaboración con las universidades e instituciones de investigación, no teniendo coordinación ni soporte autonómico (Irurzun, Bastida, y Campos, 2010).

Y en el tercer y último capítulo, “intervención de la enfermera de salud mental en los diferentes niveles de prevención”, se comienza con una breve contextualización histórica sobre la especialización de la enfermería de Salud Mental; así mismo, se describen los ámbitos de actuación junto con sus competencias asistenciales; se relatan las intervenciones sanitarias en los niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria. Y se desarrolla la intervención psicoeducativa, por ser una de las más eficientes y con mayor aplicación en los programas de intervención temprana al paciente psicótico.

CAPÍTULO 1: CONTEXTUALIZACIÓN DEL PRIMER EPISODIO PSICÓTICO.

1.1 Definición

La psicosis, y la esquizofrenia, se definen como enfermedades que afectan a la salud mental, caracterizadas por una pérdida de contacto con la realidad. Se alteran de manera significativa la percepción, los pensamientos, el estado de ánimo y el comportamiento de la persona. Padeciendo una combinación de síntomas psicóticos, no siendo los mismos en todos los pacientes, que variarán según las experiencias y circunstancias personales. En la psicosis se ven afectados los neurotransmisores de la serotonina y la dopamina, que se encuentran en exceso. Cuando esto ocurre por primera vez lo llamamos primer episodio psicótico. El paciente experimentará un desafío a la confianza de sí mismo y de la realidad. Como consecuencia se padece por primera vez una experiencia brusca y alarmante, que puede llegara a ser dolorosa, tanto para la persona como para su entorno (García-Herrera et al., 2016).

El diagnóstico de esquizofrenia, se ha tendido a posponer de los primeros episodios, dado que, existen evidencias de que la persona padece una discriminación, estigmas, y una pérdida de capacidad de controlar su vida por esa etiqueta diagnóstica (Crespo-Facorro et al., 2010). Lo que ha llevado entre algunos profesionales a hacer mayor hincapié en la descripción psicológica de la experiencia de cada persona:

“Existe alguna evidencia de que las explicaciones psicosociales de la psicosis están menos asociadas al estigma, al deseo de aislamiento social y a la percepción de peligrosidad y falta de control (en comparación con las explicaciones biomédicas, como sería el caso de diagnosticar una enfermedad) tanto en la población general, como en los profesionales sanitarios y en los propios usuarios” (Crespo-Facorro et al., 2017).

En la misma línea, García Herrera et al (2016) afirma que “El curso futuro y la estabilidad del diagnóstico de un episodio psicótico inicial muestra mucha variación, con una proporción considerable de personas (aproximadamente el 20%) que solo tiene un episodio. Además de la falta de validez predictiva con respecto al curso y el resultado, también hay problemas significativos con la fiabilidad del diagnóstico. Está aceptado que el diagnóstico preciso es particularmente difícil en las primeras fases de la psicosis, lo que ha llevado a los equipos de intervención temprana de la psicosis a “abrazar la incertidumbre del diagnóstico”. Debido a todas las razones expuestas anteriormente, el término general menos específico de “psicosis” tiene cada vez más partidarios entre los profesionales y los grupos de usuarios/cuidadores.”

El origen de la psicosis es multifactorial. Siendo los siguientes factores los que aumentan la vulnerabilidad del individuo: genéticos, medioambientales, biológicos y la percepción del estrés (Lee et al., 2018).

1.2 Sintomatología

Los síntomas psicóticos se pueden clasificar en positivos, negativos y cognitivos; pero en ningún caso, todos los pacientes psicóticos tienen que presentarlos, ni son excluyentes unos con otros. La psicosis se caracteriza por la gran heterogeneidad entre los pacientes y en la variabilidad que pueden presentar individualmente (Ruiz y Mayoral, 2015). El inicio del primer episodio psicótico puede producirse de forma brusca o instaurarse paulatinamente. Afectando por igual a ambos sexos. Además puede suceder durante cualquier etapa de la vida, en la edad adulta, etapa puerperal, la adolescencia, o incluso en la infancia; pero se suele dar con mayor frecuencia en las primeras tres décadas de la vida a los hombres, y en las mujeres a partir de la tercera (Arango et al., 2017)

Los síntomas positivos o floridos están asociados a unas mejores probabilidades de respuesta al tratamiento, evolución y pronóstico. Los más comunes son los siguientes (García-Herrera et al., 2016; Ruiz y Mayoral, 2015):

- ✚ Alucinaciones: Alteraciones en la percepción de los estímulos de cada sentido, sin existir en realidad. Existen distintos tipos: auditivas, visuales, táctiles, olfativas y gustativas.
- ✚ Delirios: Ideas concebidas por el propio paciente que no tienen ningún sentido, lógica o razonamiento, pero que para la persona resultan reales. Existen varios tipos: de autorreferencialidad, de persecución o paranoide, de control, de difusión del pensamiento, de inserción o robo de pensamiento, de grandiosidad, somáticos y místicos o religiosos.
- ✚ Alteraciones en la forma del pensamiento: pérdida de cohesión entre una idea y otra; saltos de un tema a otro completamente diferente, sin asociación; descarrilamiento (persona pierde el hilo conductor); tangencialidad en la respuesta (exceso de detalles en la respuesta); incoherencia y desorganización del lenguaje; pobreza del pensamiento; neologismos (inventa palabras nuevas); bloqueo del pensamiento (acabar el discurso de una manera brusca y sin sentido).
- ✚ Conducta desorganizada: alteraciones en el comportamiento normal de la persona. Tales como: deterioro de la higiene personal, conductas infantiles, estados catatónicos...
- ✚ Susplicia: ideas de perjuicio, constante sospecha hacia los que rodean a la persona afectada.

Los síntomas negativos, o déficits, son aquellos en los que se refleja una pérdida de facultades sociales, afectando al funcionamiento social. El predominio de los síntomas negativos en el paciente se vincula a un peor pronóstico y mala evolución. Dentro de los más comunes, encontramos (García-Herrera et al., 2016; Ruiz y Mayoral, 2015):

- ✚ Abulia: falta de energía, de voluntad, impulso.
- ✚ Apatía: ausencia de interés, de disposición.
- ✚ Alogia: pobreza en el habla, enlentecimiento en la respuesta que se da breve y escasa.
- ✚ Anhedonia: dificultad para disfrutar de las actividades que antes le daban placer o le hacían disfrutar.
- ✚ Aislamiento social: distanciamiento del círculo cercano y afectivo.
- ✚ Embotamiento afectivo: empobrecimiento de la capacidad de expresar emociones y sentimientos. Comunicación verbal y no verbal débil. Se refleja una expresión facial inmutable, escaso o nulo contacto visual...

Los síntomas cognitivos son aquellos que afectan a la capacidad de atención y concentración; existe una disminución de la memoria; y aumenta la dificultad para organizar, ejecutar y planificar una tarea. Estos síntomas pasan más desapercibidos, a no ser que sean muy acusados; pero pueden llegar a constituir una barrera para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria del paciente. (MSSSI, 2009a; García-Herrera et al., 2016).

1.3 Curso del Primer Episodio Psicótico

El inicio de un primer episodio psicótico abarca los 5 primeros años tras el comienzo del trastorno. Las Guías de Práctica Clínica (GPC) han diferenciado distintas fases o etapas que corresponden con el desarrollo de la sintomatología anteriormente descrita. Dichas etapas, descritas a continuación, son explicadas tanto a la familia como al paciente en el momento de la captación y valoración. De tal manera, que se empodera a la familia y al paciente, para que sean capaces de identificar el momento de riesgo y desequilibrio, pudiendo solicitar la ayuda pertinente (Ruiz y Mayoral, 2015).

- ✚ 1ª fase: Fase de estado mental de alto riesgo, manifestaciones iniciales prodrómicas. Se trata del comienzo, cuando los síntomas están atenuados, son inespecíficos y apenas se perciben. Pueden pasar como características personales de la persona. Comienza la anhedonia, el retraimiento social, dificultades para conciliar el sueño, enfados bruscos. En el ámbito laboral o escolar, disminuye la capacidad de concentración, la memoria, el interés. Algunos casos comienzan a interesarse por temas como, el espiritismo, la CIA, los extraterrestres... temas que luego desencadenarán en delirio. La duración de esta fase no está descrita, va desde semanas a años, dependiendo de la persona. Aunque de manera retrospectiva puede identificarse cuando la persona ha entrado en la 2ª o 3ª fase (MSSSI, 2009a; Guía de primeros episodios psicóticos, 2014).

Es en esta fase donde identificamos “*duración del trastorno no tratado- Duration of Untreated Illness (DUI)-*” periodo de tiempo que la persona está experimentando síntomas prodrómicos previos a la aparición del Trastorno Mental Grave (TMG). Está demostrado que cuanto mayor es *DUI* mayores discapacidades puede presentar la persona en el futuro teniendo peor pronóstico (Vispe et al., 2015)

- ✚ 2ª fase: Primer episodio psicótico, episodio agudo. Tras los síntomas prodrómicos se manifiestan otros más floridos, como alucinaciones, delirios, o cualquiera de los síntomas positivos anteriormente explicados. También se manifiestan síntomas negativos, que resultan perturbadores, tanto para la persona que los padece como para su entorno. Es en esta fase cuando más pacientes son detectados y atendidos. El paciente se encuentra muy inestable y resulta necesaria una rápida actuación (MSSSI, 2009a; Bergé et al., 2014).

El periodo comprendido desde que comienza el primer episodio psicótico hasta que es tratado, se denomina “*Duración de la Psicosis no Tratada (DUP)*”; y es importante reducir este periodo ya que se ha demostrado que a mayor DUP menor reconocimiento de la primera fase, es decir, de los síntomas prodrómicos de la persona y menor accesibilidad a los equipos de tratamiento (Arango et al., 2017; Crespo-Facorro et al., 2017)

- ✚ 3ª Fase: Fase de recuperación tras el primer episodio psicótico. En ella el paciente presenta una alta vulnerabilidad. Transcurre desde los 3 a los 5 años tras el primer episodio psicótico; y las GPC describen como el periodo crítico (MSSSI, 2009a; García-Herrera et al., 2016), porque es sustancial seguir con los tratamientos pautados por el equipo multidisciplinar, para alcanzar un estado de funcionamiento óptimo en relación a la calidad de vida del paciente. También resulta importante el entorno, ya que cuanto mayor red de apoyo, mayor estabilidad y bienestar (Arango, 2015).

Las GPC describen que el 80% de los pacientes con un primer episodio de psicosis tienen una recaída en los primeros años tras el comienzo del trastorno psicótico. Sin embargo, también afirman que la remisión completa es posible en un 20% de los casos, aunque no es frecuente (MSSSI, 2009a; García-Herrera et al., 2016; Arango, 2015).

1.4 Epidemiología

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) 21 millones de personas en el mundo sufren de psicosis, siendo más frecuente esta enfermedad en los hombres. Estos datos los arroja el estudio más reciente sobre esta cuestión, que data del año 2016, donde también se afirma que la psicosis es una de las 10 primeras causas de discapacidad por enfermedad. Los síntomas de la misma suelen manifestarse entre los 15 y los 30 años y suponen un grave cambio en la calidad

de vida del enfermo y sus familiares, pues afecta y compromete la vida personal, laboral y/o educativa de ambos (Crespo-Facorro et al., 2017)

A continuación se muestra en la Tabla 1 los datos de prevalencia e incidencia del primer episodios psicótico en España; junto con la edad media de aparición por sexos. Respecto a la distribución de la población se recoge que no es uniforme, sino que se pueden encontrar bolsas poblacionales con mayor o menor prevalencia, no estando clara si la existencia de mayores factores de riesgo eleva su valor (Lee et al., 2018). En relación a la incidencia general, en España se sitúa alrededor de 0'8 casos por cada 10.000 habitantes por año, no habiendo muchas diferencias significativas en cuanto a incidencias por sexo (García-Herrera et al., 2016).

<u>Sexo</u>	<u>Edad media comienzo trastorno</u>	<u>Distribución de la población</u>	<u>Prevalencia a nivel mundial</u>	<u>Incidencia a nivel nacional</u>
Femenino	27 años	No uniforme	2,86/ 1000 habitantes	0,79/ 10.000 habitantes
Masculino	24 años		3/ 1000 habitantes	0,84/ 10.000 habitantes

Tabla 1. Prevalencia e incidencia de la psicosis a nivel mundial y nacional (elaboración propia).

Al realizar un estudio comparativo entre los datos mundiales y nacionales y los publicados en relación con la comunidad de Cantabria, observamos que no existen diferencias significativas; por lo que podemos afirmar que la muestra poblacional de Cantabria encaja con la descripción del perfil epidemiológico recogido en las GPC consultadas y los datos de la OMS. En la Tabla 2 se reflejan los datos de la incidencia de la psicosis en Cantabria, extraídos del “Plan de Salud 2013-2018. Estrategia de salud mental” (MSSSI, 2009b).

<u>Sexo</u>	<u>Edad media de padecer un primer episodio psicótico</u>	<u>Rango de edades donde existe mayor incidencia poblacional en Cantabria</u>	<u>Incidencia anual en Cantabria</u>	<u>Rango de edades donde encontramos mayor incidencia y prevalencia para padecer un primer episodio psicótico en Cantabria</u>
Femenino	Más alta	15- 54 años	1'9 /10.000 habitantes	24-27 años
Masculino	Más baja			

Tabla 2. Prevalencia e incidencia de la psicosis por edades en Cantabria (elaboración propia).

1.4.1 Consideraciones Especiales en los Primeros Episodios Psicóticos

Existen otros perfiles de pacientes que no se corresponden, debido a sus peculiaridades, con los datos recogidos en la tabla anterior; como es el caso de la psicosis puerperal, donde no es la edad lo relevante para el riesgo, sino el estado de puérpera. O bien, el perfil infanto-juvenil, en el cual el primer episodio psicótico aparece condicionado por todos los cambios acontecidos en el crecimiento, o experiencias pasadas como el abuso sexual.

- ✚ Perfil de psicosis puerperal. En el siglo XIX ya se detalló por L.V. Marcé (1828-1864) el “*quiebre psicótico en el periodo puerperal*”. Definió que este trastorno afectaba a 1 por cada 1.000 puérperas. Actualmente este dato analítico se conserva, y es constante. Está descrito que la recuperación es total excepto en el 20% de las puérperas, a quienes les

quedará una discapacidad permanente. Además, ante una primera aparición del episodio existe una posibilidad de recaída en los futuros partos, de entre un 20% y un 30% (García-Esteve, 2017). Dentro de este rango de porcentajes también se encuentran casos que puedan evolucionar hacia un diagnóstico de esquizofrenia. Pero, es durante el periodo postparto, el momento en el que se recoge el mayor índice de ingresos, dado que se estima que una mujer tiene 3 veces más probabilidad de ingresar en una unidad psiquiátrica, que en cualquier otro momento de su vida (González-Castro et al., 2016).

- ✚ Perfil de psicosis infanto-juvenil. La escasez de estudios epidemiológicos disponibles sobre la psicosis en la infancia y adolescencia dificulta su explicación. Los datos del *The National Institute for Health and Care Excellence (NICE)* sobre la prevalencia en este rango de edad hablan de alrededor de 0'4% entre personas de 5 a 18 años. Pero se admite que entrañan una gran dificultad diagnóstica, ya que se tratan de periodos de crecimiento y desarrollo emocional, social y cognitivo; pudiendo estar las conductas psicóticas inducidas por este proceso. (Arango, 2015) Recientemente se ha descrito que el hecho de enfrentarse en la niñez a adversidades como abusos sexuales, pobreza, marginación social, etc.; se asocia a una mayor probabilidad de poder padecer un trastorno psicótico (Castellotti et al., 2017). En caso del establecimiento del diagnóstico de trastorno psicótico en la infancia, se ha demostrado que estas adversidades aumentan el riesgo autolítico, el consumo de medicación, y el número de hospitalizaciones (Morales-Muñoz et al., 2018).

1.4.2 Morbilidad y Mortalidad

A nivel de morbilidad y mortalidad el paciente psicótico sufre una reducción acusada de la esperanza de vida, que va de unos 20 a 25 años; lo que significa que vive un 20% menos que la población general. Esta alta tasa se ha relacionado con la alta prevalencia de padecer factores de riesgo cardiovasculares como: la obesidad, el tabaquismo, el sedentarismo, la hiperlipidemia y la hipertensión. En decir, la ausencia de hábitos saludables en su vida cotidiana, es lo que conlleva un deterioro del estado físico, que se une a la toma de medicación y que en su mayoría el efecto adverso principal es el favorecer al desarrollo de síndromes metabólicos. La prevalencia de la población con psicosis o esquizofrenia con riesgo cardiovascular y del síndrome metabólico es del 37%, frente a la población general que se sitúa en un 24%. Esta diferencia del 13%, en el riesgo de padecer un síndrome cardiovascular o metabólico, acarrea que se deban potenciar factores que reduzcan la posibilidad de padecer dichas complicaciones como fomentar el ejercicio; programas antitabaco; y tener control sobre la tensión arterial, el peso y el colesterol (MSSSI, 2009b).

En el año 2001 la OMS afirmó que 1/3 de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) se relacionaban directamente con trastornos mentales graves como la esquizofrenia, haciendo también una previsión del 15% para el año 2020 (MSSSI, 2009a). En la misma línea, el World Health Report recoge la esquizofrenia como la octava causa de discapacidad en el mundo en el grupo de edad entre los 15 hasta los 44 años; suponiendo una sobrecarga familiar y una afectación en el entorno del paciente con psicosis (MSSSI, 2009b).

CAPÍTULO 2. SITUACIÓN ACTUAL EN ESPAÑA: PROGRAMAS DE ATENCIÓN A LOS PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS

2.1 Contextualización Situación General en España

En España se han puesto en marcha diversas estrategias de actuación dirigidas a la atención temprana de primeros episodios psicóticos, favoreciendo la prevención secundaria y terciaria de la enfermedad. Todas ellas han sido elaboradas en base a los documentos guía que abordan lo anteriormente comentado en el capítulo 1 y proponen prioridades de actuación. Dichos documentos son (MSSSI, 2009b):

- ✚ *Declaración Europea de Salud Mental* (Conferencia Ministerial de la OMS, Helsinki, 2005).
- ✚ *Libro Verde sobre Salud Mental* (Unión Europea, 2005)
- ✚ *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud* (España, 2006)
- ✚ *Pacto Europeo sobre Salud Mental y Bienestar* (Unión Europea, 2008)
- ✚ *Informe sobre la salud mental del Parlamento Europeo* (18 de Enero de 2009; 2008/2209 (INI))

Estas estrategias están encaminadas a la intervención precoz, y por lo tanto a reducir la DUP para favorecer a un mejor pronóstico y disminuir la discapacidad, con un tratamiento específico para las necesidades de cada paciente y las de su familia (MSSSI, 2009b). En esta línea, la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) ha creado un modelo estratégico con el propósito de ser adaptable a todos los servicios de intervención temprana de cada Comunidad Autónoma, que debe incluir (Castejón et al., 2012):

1. *Detección temprana y acceso rápido a los servicios de salud mental*
2. *Facilitación de la atención y la recuperación*
3. *Desarrollo de planes de formación*
4. *Promoción de la investigación*
5. *Desarrollo de planes nacionales y autonómicos*

Concretamente, respecto al primer episodio psicótico, de cara a la recuperación y atención, se ha formulado una línea de intervención específica adaptada al individuo y a la fase de la enfermedad en la que se encuentre, ya sea la fase prepsicótica, aguda, de recuperación inicial o, de recuperación posterior (Castejón et al., 2012).

Pero la situación actual es que todas las estrategias desarrolladas no están unificadas, dado que es el organismo autonómico el que ejerce en pleno derecho y asume las funciones de las mismas. Así, por ejemplo, las leyes que regulan en Cantabria este ejercicio de poder es *La Ley de Cantabria 10/2001, de 28 de diciembre, de Creación del Servicio Cántabro de Salud*. Así como, *El Decreto 3/2002, del 23 de enero, por el que se asumen las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud y se atribuye a órganos de la Comunidad Autónoma de Cantabria* (Subcomisión de Sistemas de Información del SNS, 2005).

“Se crea, con la denominación de Servicio Cántabro de Salud, un organismo público con el carácter de organismo autónomo, con personalidad jurídica y plena capacidad de obrar, dotado de tesorería y patrimonio propios, así como de autonomía de gestión. El Servicio Cántabro de Salud tiene como fines generales la provisión de servicios de asistencia sanitaria y la gestión de centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma de Cantabria” (Ley de Cantabria 10/2001).

2.2 Situación en Cantabria

En Cantabria los programas intervención temprana en psicosis se desarrollan en las ciudades de Santander y Torrelavega. Los núcleos principales de las áreas de salud de Cantabria (I y III) (Castejón et al., 2012; Psiquiatría, Recursos asistenciales HUMV, s.f.) Ambos programas pese a que no funcionan coordinadamente, ejercen un fuerte liderazgo que les ha permitido ubicarse en la vanguardia en este tipo de intervención a nivel nacional (Irurzun et al., 2010).

El programa de prevención de psicosis de Torrelavega

Este programa nace en el año 2000 gracias a la colaboración del Servicio Cántabro de Salud (SCS) con la Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo. Es llevado a cabo por el Equipo de Atención Temprana a la Psicosis de Torrelavega (EATPT) y formado por diferentes categorías profesionales que aportan una gran transversalidad al proyecto, contando con 9 trabajadores - todos ellos provenientes de la atención comunitaria- como se refleja en la Tabla 3 (Irurzun et al., 2010).

CENTRO	CATEGORÍA PROFESIONAL QUE APORTA
Centro de Salud Mental Torrelavega	1 psicólogo, 2 psiquiatras, 1 enfermera
Centro de Salud Mental Infanto- Juvenil de Torrelavega	1 psiquiatra
Centro de Rehabilitación Psicosocial	1 psicóloga, 1 educadora- monitora
Hospital de día de Torrelavega	1 psiquiatra
Centro de Atención Primaria de Torrelavega	1 trabajadora social

Tabla 3. Equipos de Atención Temprana a la Psicosis de Torrelavega (EATPT) (elaboración propia).

El programa atiende a un total de 170.000 habitantes, de las Áreas de Salud III y IV de Cantabria (Torrelavega y Reinosa). Tienen una incidencia anual de 16 a 19 primeros episodios psicóticos, dichas cifras se encuentran condicionadas por la relación con el servicio hospitalario y la captación precoz (Irurzun et al., 2010)

Los objetivos principales del programa de prevención de psicosis son (MSSSI, 2009b)

- ✚ Reducir el DUP.
- ✚ Facilitar el reconocimiento y la derivación de los individuos potencialmente en riesgo desde los Equipos de Atención Primaria (EAP).
- ✚ Evaluar los efectos de este programa.

El formato del tratamiento incluye lo siguientes elementos (Castejón et al., 2012):

- ✚ Un subprograma de educación interno para los médicos de Atención Primaria (AP), dirigido a la mejora en el reconocimiento de pródromos para una rápida derivación al EATPT.
- ✚ Un protocolo dentro del subprograma anteriormente nombrado, que evalúa el riesgo de transición de los estados prodrómicos a la psicosis.
- ✚ Terapia cognitiva dirigida a los pacientes con primer episodio psicótico.
- ✚ Un programa de intervención familiar para los pacientes y sus familias.
- ✚ Un protocolo de tratamiento con neurolépticos atípicos a dosis bajas para pacientes psicóticos con síntomas atenuados.

Programa Asistencial a Fases iniciales de Psicosis (PAFIP)

Este programa nace en el 2001, se desarrolla en las consultas externas del Servicio de Psiquiatría en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV) (Castejón et al., 2012). Sus antecedentes se basan en un estudio prospectivo sobre la esquizofrenia en el bienio 1989- 1990 (Irurzun et al., 2010). Al igual que el EATPT, se trata de un equipo transversal y multidisciplinar, formado por 8 profesionales cuyo centro de trabajo y categoría profesional se detallan en la siguiente Tabla 4.

<u>CENTRO</u>	<u>CATEGORÍA PROFESIONAL QUE APORTA AL EQUIPO PAFIP</u>
USM Vargas "Antonio López"	1 Psiquiatra
USM Montaña	1 Psiquiatra
Dedicación plena al proyecto	1 Psiquiatra
Dedicación plena al proyecto	1 Enfermera de SM
Investigación	2 Psicólogos
Compartido con la planta de PSQ del HUMV	1 Trabajador social
Coordinación del proyecto, dedicación plena PAFIP	1 Coordinadora asistencial y de investigación

Tabla 4. Equipo del Programa Asistencial a Fases Iniciales de Psicosis en Cantabria (PAFIP) (elaboración propia).

Este programa da cobertura a toda Cantabria, es decir, alrededor de unos 540.000 habitantes. Atiende anualmente a unos 45- 55 casos nuevos de primer episodio psicótico; y continua dando atención y tratamiento hasta 5 años del primer episodio, tratándose junto con la reducción del DUP, de los objetivos primordiales del programa. De manera específica pretende atender aspectos relacionados con (Castejón et al., 2012):

- ✚ La mejoría del pronóstico y la minimización de recaídas.
- ✚ La reincorporación laboral y funcional precoz.
- ✚ Programas específicos de intervención en familias.
- ✚ Prevención del suicidio.
- ✚ Adherencia al tratamiento.

"El PAFIP se ajusta a los criterios y recomendaciones internacionales más avanzadas disponibles en la actualidad en este campo de la Psiquiatría y desarrolla una potente línea de investigación" (Irurzun et al., 2010). Prueba de ello es el hecho de las numerosas publicaciones en revistas de alto impacto a nivel nacional e internacional, y que se han traducido en el reconocimiento por parte de los profesionales, al tomar al programa como modelo en investigación a nivel asistencial. Además llevan a cabo otros estudios de investigación importantes, en los que son pioneros en nuestro país, dado que en muchos de ellos se incluyen pacientes con más de 10 años de curso de la enfermedad. El camino fundamental del programa PAFIP focaliza en las bases biológicas de la esquizofrenia, integrando distintas líneas de investigación: "clínica, cognitiva, inmunológica, neuroimagen y genética", tratando de encontrar los factores etiopatogénicos que se relacionan con esta enfermedad, para dar una intervención precoz y más efectiva (MSSSI, 2009b)

Los criterios de inclusión para ser atendido por este programa asistencial son (Castejón et al., 2012):

- ✚ Edad entre 15 y 60 años.
- ✚ Diagnóstico F2 en CIE10 (F2. Esquizofrénica, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes).

- ✚ No haber sido tratado con antipsicóticos más de 12 semanas.
- ✚ Y no presentar un síndrome cerebral orgánico, ni retraso mental ni dependencia de sustancias.

2.3 Situación en el País Vasco

El programa de intervención en Salud Mental en País Vasco es vanguardista y muy analítico, se han recabado numerosos estudios y Atlas de Salud Mental de la comunidad y sus distintas zonas de salud, con objetivos de investigación y difusión del conocimiento. A continuación se describen los programas de atención temprana únicamente de las zonas de salud de Vizcaya y de Guipúzcoa, al no haberse encontrado datos de Álava (Salinas-Pérez, y Gutiérrez, 2013; Atlas de Salud Mental de Guipúzcoa, 2014).

Programa de intervención de primeros episodios psicóticos en Vizcaya

Esta unidad asistencial que nace en 2006 gracias al servicio público de salud mental vizcaíno combina la investigación con la asistencia. Y plantea los siguientes objetivos (Castejón et al., 2012):

- ✚ Hacer promoción de la importancia de la intervención precoz en la red de salud mental.
- ✚ Disminuir DUP.
- ✚ Reducir el tiempo de hospitalización.
- ✚ Minimizar el impacto de la psicosis en las familias.
- ✚ Disminuir las recaídas y promover la recuperación de la psicosis durante los cinco primeros años de la misma a través del tratamiento óptimo y adaptado a las fases iniciales de los pacientes y de sus familias, incluyendo este: Tratamiento farmacológico y psicoterapias cognitivas e intervención familiar.

La estructura asistencial se ejerce principalmente desde los centros Lehenak, nombre que se le da al programa de intervención temprana en Vizcaya. Existen cuatro centros Lehenak para cada comarca de Vizcaya (Basauri, Bilbao, Getxo y Exkerraldea). En cada uno de ellos trabajan equipos multidisciplinares que no ejercen una dedicación exclusiva al proyecto. Los equipos de primeros episodios psicóticos son de carácter ambulatorio (Pereira et al., 2013). A continuación en la Tabla 5 se muestra la distribución por comarcas de los centros y los profesionales pertenecientes a cada Lehenak.

Profesionales estandarizados (35 horas semanales)						
<u>Municipios</u>	<u>Equipos primeros episodios psicóticos</u>	<u>Trabajador social</u>	<u>Psiquiatra</u>	<u>Psicólogo</u>	<u>Enfermero</u>	<u>Administrativo</u>
Basauri	Lehenak Interior	0'5	1	0'5	0'5	1
Bilbao	Lehenak Bilbao	0'5	1	0'5	0'5	1
Getxo	Lehenak Uribe	0'5	1	0'5	0'5	1
Ezkerraldea	Dependiente H. Cruces	0'5	0'7	0'2	0'3	-
Total		2	5	3	3	3

Tabla 5. Distribución por comarcas de atención LEHENAK y los profesionales que lo conforman (elaboración propia).

Los centros Lehenak abren en jornada de tarde, y el régimen es de autoconcertación de citas, compuesto por el equipo que se muestra en la Tabla 5. Este programa tiene sus orígenes a nivel hospitalario y no ambulatorio, comenzó en el Hospital de Cruces de Bilbao, y el Lehenak del municipio de Ezkerraldea es dependiente de este centro hospitalario (Pereira et al., 2013)

Dentro de los criterios de inclusión del programa encontramos (Irurzun et al., 2010):

- ✚ Individuos que se hayan en su primer episodio psicótico dentro del diagnóstico F2 de la CIE10 “Esquizofrénica, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes” o de un “Trastorno afectivo con síntomas psicóticos”.
- ✚ También se incluyen a las personas que comparten este trastorno con una dependencia de sustancias o una psicosis inducida por ellas.

En cuanto a los criterios de exclusión del programa encontramos: “la falta de consentimiento informado, el retraso mental y la patología neurológica” (Pereira et al., 2013).

Programa de atención a personas jóvenes con psicosis (GAZTE)

Se inicia en el año 2009 en el “Centro de Salud Mental Amara de Donostia” gracias a la escisión del CSM Donostia Este. Durante este proceso se realiza una repartición de la población atendida y en el CSM Amara se decide incorporar la atención a primeros episodios psicóticos, a nivel ambulatorio, naciendo el programa GAZTE, que incorpora los principios de la intervención temprana y el tratamiento asertivo comunitario. Con la siguiente misión (Irurzun et al., 2010)

- ✚ Dar asistencia, según los principios de la intervención temprana y el tratamiento asertivo comunitario, a jóvenes entre 16 y 35 años en Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR) o con Trastorno Mental Severo (TMS), como la psicosis.
- ✚ Trabajar en base a la evidencia evaluando las necesidades del paciente y su familia.
- ✚ Formar parte del CSM con el objetivo de dar mayor accesibilidad a las personas con mayores dificultades.

El programa atiende a personas con un primer episodio psicótico y a personas con un riesgo de psicosis afectiva o no afectiva, es decir, que esté incluido en el criterio F2 (*Esquizofrénica, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes*) de la CIE10. Realizan un protocolo de evaluación global, y hacen especial hincapié en las intervenciones psicosociales a nivel grupal-familiar para el desarrollo y la intervención en los planes individuales (Castejón et al., 2012).

A nivel asistencial el programa cuenta con un equipo multidisciplinar de profesionales con una media de más de 25 años de experiencia, como se refleja a continuación en la tabla Tabla 6. Todos pertenecen al Servicio Vasco de Salud Osakidetza (Atlas de Salud Mental de Guipúzcoa, 2014).

Categoría profesional	Régimen contractual	Subequipo fijo
1 administrativa	A tiempo completo	Dentro de este programa se aseguran una atención continuada con estos miembros del equipo
2 enfermeras especialistas en SM	A tiempo completo	
1 psicólogo	A tiempo completo	
3 psiquiatras	A tiempos completo	
1 trabajador social	A tiempo completo	
2 psiquiatras	A tiempo parcial	Compartidos con el Hospital de Donostia

Tabla 6. Equipo multidisciplinar GAZTE (elaboración propia).

Los criterios de inclusión diagnóstica, se amplían , y además del F2 de la CIE 10, se incluyen los siguientes (Atlas de Salud Mental de Guipúzcoa, 2014):

- ✚ Firma del consentimiento informado
- ✚ Tener un diagnóstico dentro de las siguientes categorías de la CIE10
 - F1*.5 y F1*.7. Trastornos psicóticos inducidos por sustancias.
 - F2*. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
 - F30, F31, F32.3 y F33.3. Trastorno bipolar y Trastornos del estado de ánimo con síntomas psicóticos.

Los criterios de exclusión que se utilizan en este programa son semejantes al resto de programas: “el padecer retraso mental o trastorno generalizado del desarrollo, o cualquier enfermedad o disfunción física o neurológica que impida la participación en las intervenciones psicosociales” (Irurzun et al., 2010).

2.4 Estudio comparativo de los programas de Cantabria y País Vasco

En la Tabla 7 se detallan las principales características de los programas de atención temprana a primeros episodios psicóticos desarrollados en este trabajo: el Equipo de Atención Temprana a la Psicosis en Torrelavega (EATPT); el Programa Asistencial a Fases Iniciales de Psicosis en Santander (PAFIP); el Lehenak en Vizcaya; y el Gazte en Donostia. Para su elaboración se ha recogido la información reflejada en los apartados anteriores, con la finalidad de exponer los puntos que diferencian los cuatro programas y las características en común que tienen.

La primera columna recoge la *Ubicación del Programa*, siendo posibles dos ámbitos, el hospitalario y el ambulatorio. Se trata de una característica básica ya que según el lugar se verá afectada en mayor o menor medida la incidencia sobre la población que se atiende, el estadio de la enfermedad en el momento de iniciar el tratamiento, etc. Cabe destacar que el *Programa Lehenak*, comparte los dos ámbitos; lo que le permite dar un fuerte impulso a nivel de investigación a todos sus centros ambulatorios (Irurzun et al., 2010).

La segunda columna hace referencia al *Rango de Edad de la población Atendida* y se puede observar que todos los programas confluyen en la atención a personas jóvenes, debido a la alta prevalencia de psicosis en esta edad. En cuanto al límite superior de edades se observa que en la mayoría de los programas es variable (Irurzun et al., 2010).

Cuadro comparativo entre ambas CCAA			CARACTERÍSTICAS DE LOS PROGRAMAS						
			Ubicación del programa	Rango de edad de atención	Fase enfermedad	Carga asistencial	Equipo*	Periodo de seguimiento	Medidas de implementación
PROGRAMAS ASISTENCIALES	CANTABRIA	EATPT	Ambulatorio o CSM	No específica	Primer Episodio Psicótico (PEP) y Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR)	≈170.000 habitantes	9. 2PSL; 1ESM; 4PSQ; 1TS; 1EM. (Todos TP)	1- 5 años	Evaluar efectos del programa
		PAFIP	Hospitalario	15- 60	PEP y EMAR	≈540.000 habitantes	8. 2PSL(I); 1ESM(TC); 3PSQ(2TP); 1TS(TP); 1CAI(TC).	1-5 años	Investigación y difusión
	PAÍS VASCO	LEHE-NAK	Ambulatorio y hospitalario	15- 45*	PEP y EMAR	≈400.000 habitantes	16. 3PSL; 3ESM; 5PSQ; 2TS; 3PAS. (Todos TP)	1-5 años	Investigación
		GAZTE	Ambulatorio	16- 35	PEP y EMAR; F1.5-F1.7; F30,F31,F32.3 y F33.3.	≈20.000 habitantes	16. 1PSL(TC); 2ESM(TC); 5PSQ(2TP); 1TS(TC); 1PAS(TC). (Todos TP)	1-5 años	Investigación, evaluación de los efectos del programa y difusión

***Equipo**, en esta característica se describe el número de miembros del equipo, sus categorías profesionales (Psiquiatra: PSQ; Psicólogo: PSL; Enfermera especialista SM: ESM; Trabajador social: TS; Personal de administración y servicios: PAS; Coordinadora asistencial y de investigación: CAI; Educadora-monitora: EM) y el régimen contractual (Tiempo completo: TC; Tiempo parcial: TP; Investigación: I).

*15- 45 años, sin ser este criterio fijo, pudiéndose ampliar la edad en el rango superior.

Tabla 7. Estudio Comparativo de los Programas de Atención Temprana a Primeros Episodios Psicóticos (elaboración propia).

La tercera columna representa la *Fase de la Enfermedad sobre la que se Interviene*, figurando dos opciones, la atención en el *Primer Episodio Psicótico (PEP)* siendo una enfermedad ya instaurada, o a las personas en *Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR)* (Irurzun et al., 2010).

La cuarta columna recoge la *Carga Asistencial* del programa. Se refiere al área de cobertura y guarda relación con la ubicación (Irurzun et al., 2010).

En la quinta columna se presenta la composición del *Equipo*, donde encontramos entre todos los programas grandes diferencias y diferentes categorías. Como fijas e indispensables vemos la figura del psiquiatra, la enfermera de salud mental, el psicólogo y la trabajadora social, y como figuras añadidas y que marcan la diferencia de un programa a otro, encontramos la presencia de administrativos (*Gazte, Lehenak*); la categoría de coordinadora asistencial y de investigación (*PAFIP*); y la monitora educadora (*EATPT*). También se muestra en el cuadro los regímenes contractuales de cada programa (Irurzun et al., 2010).

La sexta columna hace referencia al *Periodo de Seguimiento*, común en todas, se trata del periodo crítico del primer episodio psicótico, donde se puede incidir sobre la enfermedad y su curso (Irurzun et al., 2010).

Como séptima y última columna se ha reflejado las *Medidas de Implementación de cara al Futuro*; basadas en la investigación, las evaluaciones de los programas, y las difusiones de los mismos (Irurzun et al., 2010).

CAPÍTULO 3. INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA DE SALUD MENTAL EN LOS DIFERENTES NIVELES DE PREVENCIÓN.

3.1 Contextualización Histórica de la Enfermería de Salud Mental

Al final de la Guerra Civil Española (1939) y el comienzo de la dictadura franquista, la enfermería psiquiátrica queda apartada del crecimiento profesional y científico. Paralelamente, en el extranjero surgían diferentes corrientes teóricas sobre la salud mental, de las cuales, destaca la encabezada por Hildegard Peplau (1909-1999); su modelo (1952) se basa en las ciencias del comportamiento, y forma parte del marco teórico actual (Sancho, 2015).

En 2003, y a través del Estatuto Marco del Personal Estatutario de Servicios de Salud, la asunción de la categoría profesional de enfermería de salud mental comienza a ser competencia de cada comunidad autónoma (B.O.E.. Ley55/2003) y la especialización se vincula al grado en enfermería y la obtención se realiza a través del examen, convocado anualmente, de enfermero interno residente (EIR).

A pesar de esto, en la actualidad la especialidad de enfermero de salud mental, según la Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME), sólo está reconocida con puesto de trabajo definido en las siguientes comunidades autónomas: Cantabria, País Vasco, Galicia, Extremadura, Castilla y León, Murcia, Aragón e Islas Baleares. Allí, la enfermera de salud mental tiene un papel sustancial dentro del equipo multidisciplinar y los programas de atención temprana a primeros episodios psicóticos, que dan servicio a las familias y al propio enfermo (ANESM, 2011; Crespo-Facorro et al., 2017). En el resto de comunidades autónomas, y según esta asociación nacional, existe por Real Decreto la categoría de especialista pero aún no se ha definido el puesto (ANESM, 2011); lo que provoca la privación al enfermo mental de una atención de calidad y especializada (Arango et al., 2017)

3.2 Competencias de la Enfermera Especialista en Salud Mental

El BOE, en la Orden de aprobación y publicación del programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental en el año 2011, a través de la ley 44/2003 del 21 de noviembre y el Real Decreto (RD) 450/2005 del 22 de abril, define así al especialista:

“La enfermera especialista en salud mental es el profesional sanitario que, con una actitud científica responsable y utilizando los medios clínicos y tecnológicos adecuados al desarrollo de la ciencia en cada momento, proporciona una atención especializada en salud mental mediante la prestación de cuidados de enfermería. Estos cuidados especializados se llevan a cabo en los diferentes niveles de atención (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud mental), teniendo en cuenta también los factores extrínsecos que intervienen en la aparición de las alteraciones de la salud mental.”

Las competencias asistenciales, redactadas en la ley, que debe asimilar y ejercer el profesional, son el marco básico de actuación basado en los conocimientos, las actitudes, la destreza y las habilidades.

- ✚ En el “apartado A” se describe la relación terapéutica “(...)como instrumento básico de comunicación y relación en el marco de los cuidados de enfermería de salud mental y de los principios éticos(...)”
- ✚ En el “apartado C” se expone los marcos de actuación en el que la enfermería de SM valora, ejecuta, diagnóstica, planifica y evalúa cuidados, siendo los marcos “(...)de la promoción, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la salud mental(...)”
- ✚ El “apartado F” se habla del trabajo de enfermería basado en la evidencia, mediante la elaboración y utilización de GPC.

- ✚ El “apartado H” trata de la programación y desarrollo de los planes de cuidados de cuidados de enfermería en el ámbito ambulatorio.
- ✚ En el “apartado J” se hace referencia al TMG *“Actuar como gestora de casos en los problemas de salud mental que requieren continuidad de cuidados (por ejemplo en trastornos mentales graves), manejando la estrategia que haya sido consensuada por el equipo de salud mental.”*
- ✚ En el “apartado K” se nombra a la enfermera de SM como personal referente y experto en el asesoramiento de los cuidados de la salud mental a otros profesionales.

En el BOE se reflejan dos competencias docentes de la enfermera de SM:

- ✚ La educación en materia de SM a la comunidad.
- ✚ El fomento en materia de SM a futuros enfermeros, como a especialistas; o colaborar en la formación de otros profesionales.

En cuanto a las competencias investigadoras también se detallan dos dentro del BOE:

- ✚ El generar conocimientos científicos en materia de SM, potenciando la investigación y divulgación de la evidencia.
- ✚ El ser líder y/o ejercer la participación en los equipos de investigación de proyectos multidisciplinares.

Y por último, las competencias de gestión:

- ✚ La dirección y/o participación en organizaciones y administraciones de servicios de SM.
- ✚ La participación en la búsqueda de objetivos y estrategias de SM.
- ✚ La gestión de los recursos disponibles para la valoración, planificación, ejecución, evaluación y diagnóstico de los cuidados de enfermería de SM, de acuerdo a la atención integral, en el marco de la prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación de la SM a lo largo del ciclo vital.

Todas estas competencias que reúne el especialista de Salud Mental son aplicadas en todos los niveles de atención (hospitalaria y ambulatoria) y también, en todos los niveles de prevención (primaria, secundaria y terciaria). Orientado a la promoción de la salud mental (MSSSI, 2009b) En este sentido, la OMS define la promoción de la salud mental como:

“Las actividades que implican la creación de condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan el óptimo desarrollo psicológico y psicofisiológico. Dichas iniciativas involucran a individuos en el proceso de lograr una salud mental positiva, mejorar la calidad de vida y reducir la diferencia en expectativa de salud entre países y grupos. Es un proceso habilitador que se realiza con y para las personas. La prevención de los trastornos mentales puede ser considerada como uno de los objetivos y resultados de una estrategia más amplia de promoción de salud mental”.

3.3 Niveles de prevención en la Salud Mental

Asimismo, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) define la prevención como una serie de medidas que se adoptan para impedir que se produzcan deficiencias mentales, físicas y sensoriales, -refiriéndose de esta manera a la prevención primaria-, o una vez instaurada la deficiencia que no tenga consecuencias negativas en la esfera de lo físico, lo psicológico y lo social, tratando de reducir los efectos de la patología instaurada -prevención secundaria y terciaria- (Castejón et al., 2012). Para tratar de entenderlo mejor, se definirán a continuación los distintos niveles de prevención juntos con las intervenciones sanitarias de cada nivel.

3.3.1 Prevención Primaria

La prevención primaria se define como el conjunto de actividades sanitarias realizadas previamente a la aparición de una enfermedad determinada; y pueden ser elaboradas por el gobierno, la comunidad, o por el personal sanitario (Castejón et al., 2012). Estas intervenciones comprenden: la promoción de la salud, que es el fomento y defensa de la salud mediante acciones que incidan sobre los ciudadanos mediante la educación para la salud, que aborda la transmisión de información y fomenta la motivación, las habilidades personales y el autoestima; todo ello necesario para la adopción de medidas destinadas a mejorar la salud. En segundo lugar, la protección de la salud, dirigida al ambiente. Por último y en tercer lugar, la quimioprofilaxis (OMS, 2005).

Como ya se ha puntualizado anteriormente, el personal sanitario tiene un papel fundamental en las actividades de prevención primaria. Podemos destacar, por ejemplo, las aportaciones en el campo de la SM de Patricia J. Mrazek y Robert J. Haggerty que en 1994 publican el libro “Reducing Risk for Mental Disorders” donde se definen tres niveles de prevención, que posteriormente la OMS recogería en 2005. Estos tres niveles se engloban dentro de la prevención primaria y están dirigidos únicamente a la salud mental:

- ✚ La prevención universal son todas las intervenciones dirigidas a toda la población o a una muestra concreta, sin riesgo específico de trastorno mental.
- ✚ La prevención selectiva se define como: todas aquellas intervenciones dirigidas a una población que sí tiene factores de riesgo psicológicos o sociales para desarrollar un trastorno mental.
- ✚ La prevención indicada corresponde a un conjunto de intervenciones que se llevan a cabo a la población con alto riesgo de padecer un trastorno mental, que ya han padecido y se han detectado un conjunto de signos y síntomas mínimos que pronostican el principio de un episodio. Y, por otra parte, las personas que mediante el análisis de sus marcadores biológicos han mostrado una predisposición genética al desarrollo de dichos trastornos, pero que en ese momento no cumplen los criterios del trastorno mental.

3.3.2 Prevención Secundaria

La prevención secundaria se refiere a todas aquellas intervenciones encaminadas a disminuir la prevalencia de una enfermedad; a través de una detección y tratamiento precoz del trastorno (Castejón et al., 2012). Específicamente, relativo a la Salud Mental, se encuentran todos los programas de atención temprana a los primeros episodios de psicosis; y la psicoeducación, elemento sustancial dentro de la atención enfermera en este perfil de paciente, formando parte de los planes de cuidados estandarizados (Anexo 1 y Anexo 2), recogido por todas las GPC utilizadas en el presente trabajo mencionadas anteriormente.

La psicoeducación es un programa que trata de empoderar al paciente y a su familia con la información suficiente sobre su diagnóstico, desde una perspectiva biológica, familiar, social, psicológica y farmacológica. Que sean capaces de desmontar los diferentes mitos sobre la enfermedad y aclarar dudas sobre situaciones o comportamientos que surgen a partir de la misma. Esta intervención puede ser individual o grupal, y debe de estar individualizada a los niveles intelectuales y culturales (Esteve et al., 2010). Además se suele complementar con estrategias de afrontamiento para tratar de desculpabilizar a los familiares e infundir esperanzas de futuro. Este tipo de intervención se utiliza en los programas de atención a primeros episodios psicóticos porque esta evidenciado el beneficio que le supone; y por la relación positiva coste-beneficio (García-Herrera et al., 2016)

Los objetivos de esta intervención a nivel individual son: dar la educación sobre el trastorno que padece; la mejora del afrontamiento ante este nuevo episodio que ha acaecido en su vida y en la de su familia; y hacer frente a conductas de auto-agresividad o hetero-agresividad (Castejón et al., 2012).

La intervención familiar es un tipo de sesión que comparte el paciente con su familia. Estas pueden ser también a nivel grupal, incluyendo más familias y pacientes con el mismo trastorno. Estas sesiones son impartidas por un profesional sanitario, que según la documentación consultada, debe de estar entrenado en intervención familiar, pudiendo ser la enfermera, el psicólogo o ambos. La temática fluctúa según el programa asistencial, pero como elementos básicos encontramos: la detección de signos y síntomas de alerta, intervención en crisis, la comunicación y la resolución de problemas.

Los objetivos de la intervención familiar o grupal son (Castejón et al., 2012):

- ✚ Aumentar la adherencia al tratamiento farmacológico.
- ✚ Detección de los elementos estresores para disminuir el impacto de las situaciones que puedan provocar estrés.
- ✚ Mejorar de la comunicación a nivel familiar y disminuir el estrés del cuidador.
- ✚ Potenciar los recursos del paciente y su familia.
- ✚ Reducir al máximo el riesgo de recaídas y así disminuir las hospitalizaciones.
- ✚ Mejorar las habilidades para resolver y afrontar problemas.

3.3.3 Prevención Terciaria

La prevención terciaria corresponde a todas aquellas intervenciones destinadas a reducir la discapacidad mediante la rehabilitación, previniendo las recaídas y recurrencias de la enfermedad (Castejón et al., 2012).

En la actualidad la mayoría de los programas de intervención precoz en primeros episodios psicóticos, actúan en base a este nivel de prevención cuando el episodio psicótico está en fase de estabilización. Las intervenciones definidas por las GPC en los planes de cuidados estandarizados de enfermería (Anexo 4 y Anexo 5) se centran a programas de salud física, ya que por el tratamiento farmacológico estos pacientes suelen padecer un síndrome metabólico secundario. A esto se le une que la mayoría de los pacientes psicóticos suelen presentar factores de riesgo cardiovasculares, como el tabaquismo, el sedentarismo, el alto consumo de grasas, diabetes mellitus tipo 2, dislipemias e hipertensión arterial. Se quieren potenciar este tipo de intervenciones porque esta demostrado que los pacientes psicóticos son tan sensibles a estos programas como la población general, es decir, que se verá una disminución del peso, un mejor control de las tensiones arteriales y una disminución de los niveles plasmáticos de glucosa y colesterol (Castejón et al., 2012).

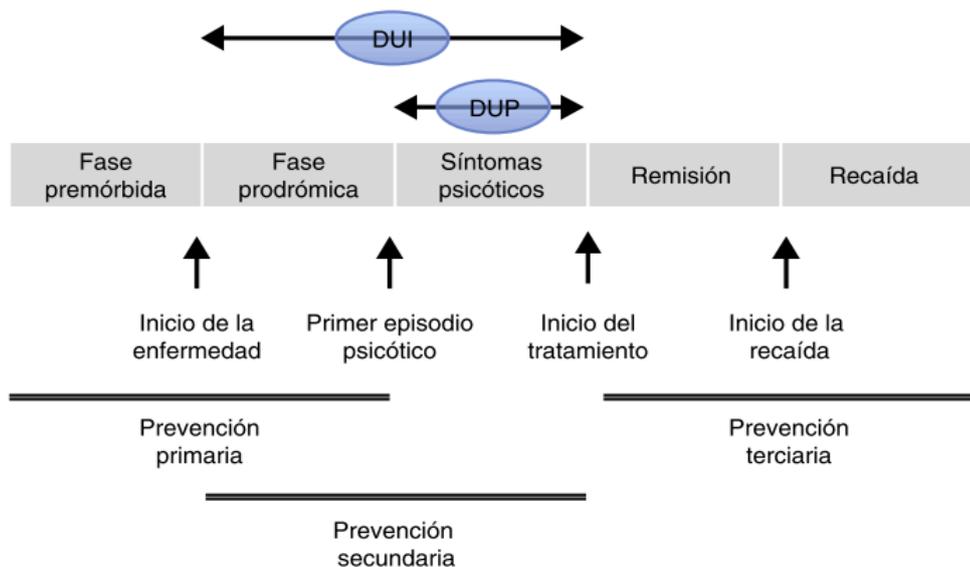
También se encuentran actividades encaminadas a la reinserción social y hacia el desarrollo de habilidades. Un ejemplo de programa que brinda un tratamiento y a la vez una manutención mientras se logra una reinserción, es el proyecto llamado “La Casa Verde” cuyo fin es atender a las madres con Trastorno Mental Grave como es la esquizofrenia o la psicosis. Está constituido por un equipo multidisciplinar que asiste a las pacientes desde el embarazo hasta el puerperio. Tratan de favorecer al vínculo madre-hijo, interviniendo si hiciera falta en el proceso de separación, brindando apoyo institucional a ambas partes, con el objetivo principal de la adaptación a la vida cotidiana, compensando los déficits derivados del trastorno y procurando la mejor calidad de vida a ambos .

Dentro de los programas de intervención precoz encontramos acciones dirigidas a la rehabilitación y desarrollo de habilidades; es una intervención que puede ser individual o grupal, y trata de proporcionar al paciente las capacidades básicas para establecer y mantener relaciones sociales, a través de (Castejón et al., 2012).

- ✚ La competencia social.
- ✚ Dotar al paciente de las herramientas para la reducción del estrés y la ansiedad que puedan ocasionarle determinadas situaciones.
- ✚ Mejorar la comunicación con el entorno y las relaciones interpersonales.
- ✚ Fomentar la autonomía del propio paciente.

Los componentes principales son: una evaluación conductual de las habilidades sociales que tenga el paciente; transmitirle la importancia de la comunicación verbal y no verbal; entrenamiento en la percepción y procesamiento de señales sociales; y por último, exigirle ejercicios fuera de la consulta para la mejora del afrontamiento (Castejón et al., 2012).

La importancia de la prevención terciaria reside en ser la base donde se sostiene el paciente en la fase de remisión para evitar la recaída; a través de la rehabilitación y desarrollo de habilidades, y la reinserción social. La figura 3 recoge la importancia que reflejan los distintos niveles de prevención en las fases del primer episodio psicótico (Arango et al., 2017).



DUI: duración de la enfermedad sin tratar
 DUP: duración de la psicosis sin tratar

Figura 2. Fases del Trastorno Psicótico y Niveles de Prevención. Fuente: C.Arango et al, 2017.

APORTACIÓN PERSONAL

Los profesionales del ámbito de la Salud Mental han de tener una formación especializada para ofrecer unos cuidados de calidad, basados en las mejores evidencias disponibles. En el curso de esta revisión bibliográfica se ha observado que la investigación especializada sobre esta cuestión es escasa. En este sentido, se espera que este trabajo sirva para generar expectativas sobre nuevas líneas de investigación sobre cuidados de enfermería en pacientes con primer episodio psicótico. En esta misma línea, se pretende visibilizar la necesidad de crear una infraestructura más sólida, a nivel económico y sanitario, que facilite la intervención y detección precoz de este tipo de enfermos, ya que desde el punto de la prevención primaria se han obtenido muy pocos datos durante la búsqueda, lo que puede dar a entender que existe una “infradetección” que repercute directamente en el paciente con un primer episodio psicótico. La enfermería mediante sus competencias docentes y asistenciales podría implicarse en este tema mediante la educación para la salud a la población en general, o mediante la formación de los distintos profesionales que se encuentren en contacto con las edades de mayor prevalencia de la enfermedad.

En esta línea cabe destacar, que durante la búsqueda de bibliografía de este TFG ha sido una barrera la escasa documentación publicada sobre los programas de intervención en primeros episodios psicóticos en Cantabria, frente a la comunidad vecina, el País Vasco, donde se han encontrado “Atlas de Salud Mental”. Se considera que la información abierta de los programas favorecería una mayor reflexión y una base para la investigación futura de otros profesionales interesados.

Por otro lado, destacar que la ley estatal permite que las CCAA gocen de cierta autonomía en cuanto a los recursos económicos que se destinan a los programas de salud y al control de los mismos. Este factor provoca desigualdades en el desarrollo de los programas dirigidos a tratar primeros episodios psicóticos, repercutiendo estas diferencias directamente en el paciente. A raíz de esta conclusión, se puede extraer también que se deberían establecer, desde los organismos responsables, unos criterios básicos de competencias asistenciales para todos los programas de intervención precoz, con el fin de facilitar la creación de los mismos en las CCAA que no gozan de este privilegio.

El desarrollo de este trabajo, a nivel personal, ha confirmado la importancia de la psicoeducación como intervención clave en el cuidado del paciente con primer episodio psicótico. Se emplea con mayor asiduidad en los programas debido a su bajo coste, lo que admite que se integre de manera más uniforme en los mismos. Se trata de algo sustancial que favorece al entorno terapéutico en el hogar del paciente, ya que no sólo cuenta con una intervención individual sino que también se amplía al ámbito familiar, convirtiendo a la familia en un agente de salud, demostrando que favorece al pronóstico de la enfermedad. Además, con la participación de la enfermera se clarifica que actúa en la esfera biopsicosocial, porque no sólo realiza técnicas (administrar el tratamiento farmacológico del paciente psicótico), o hace vigilancia de los síntomas, sino que también abarca intervenciones psicosociales. Así mismo, ha permitido afianzar y ampliar los conocimientos sobre el primer episodio psicótico y los programas de intervención temprana. Mediante el análisis comparativo de los programas pertenecientes a las CCAA de Cantabria y País Vasco, se ha podido conocer las características básicas que componen estos proyectos y las diferencias que consolidan la potencialidad de cada uno de ellos.

Finalizo este trabajo de fin de grado resaltando la importancia de la intervención precoz desde la prevención primaria al paciente de Salud Mental. En mi futuro profesional trataré de hacer ver que desde la base, mediante la educación y la promoción de la salud, es donde se puede mejorar el pronóstico de la calidad de vida de las personas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arango, C. (2015). Guía clínica y terapéutica para primeros episodios psicóticos en la infancia y adolescencia. Mental, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud. Recuperado de http://www.ciberisciii.es/ficheros/SAM/GuíaPEPinfanciaAdolescencia_v5.0.pdf
- Arango, C., Bernardo, M., Bonet, P., Cabrera, A., Crespo-Facorro, B., Cuesta, M. J., ... Melau, M. (2017). When the healthcare does not follow the evidence: The case of the lack of early intervention programs for psychosis in Spain [Cuando la asistencia no sigue a la evidencia: el caso de la falta de programas de intervención temprana en psicosis en España]. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(2), 78-86.
- Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME) (2011). Situación actual del marco normativo y legislativo en las diferentes Comunidades Autónomas del Estado Español acerca del Reconocimiento de la categoría profesional del/la enfermera/o especialista en salud mental. *Anesm*, 1-21. Recuperado de: <http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2017/01/ESTADO-NACIONAL-RECONOCIMIENTO-PROFESIONAL-09-Enero-17.pdf>
- Aznar, J. A., Balanza, P., Castillo, M. D., Martín, J., Martínez, I., Moreno, J.,... Viñas, R. (2009). Guía práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental. Servicio Murciano de Salud. [http://doi.org/10.1016/S1134-2072\(07\)71951-5](http://doi.org/10.1016/S1134-2072(07)71951-5)
- Bercherie, P. (1999) Paranoia, demencia precoz, parafrenias en la obra de Emil Kraepelin, 67.
- Beviá, B. Consejo de Redacción. (1996). Dos visiones de la esquizofrenia: Kraepelin y Bleuler. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 16(60), 565-662. Recuperado de: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15510>
- Bergé, D., Mané, A., Salgado, P., Castro, JI., Batlle, S... Merino, A. (2014) Equipo de tratamiento y seguimiento de la psicosis (ETEP). Institut de neuropsiquiatria i adiccions (INAD). Guía de primeros episodios psicóticos. Madrid: Entheos.
- Boletín Oficial del Estado (B.O.E.). (2011). Orden de aprobación y publicación del programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental. BOE 123, 51802-51822. Recuperado de https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2011-9081
- Boletín Oficial del Estado (B.O.E.). Ley 55 / 2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. TEXTO CONSOLIDADO. *Boletín Oficial del Estado*, 1-39. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-23101-consolidado.pdf>
- Castellotti, A., Mikael, L., Ferreira, E. (2017). El abuso sexual infantil como factor de riesgo en el desarrollo de psicosis. Recuperado de: <https://ddd.uab.cat/record/178206?ln=ca>
- Castejón, M. A., San Martín, R. (2012). Informe de estado actual de la prevención en salud mental. Recuperado de <https://consaludmental.org/centro-documentacion/informe-prevencion-salud-mental-15184/>
- Crespo-Facorro, B., Bernardo, M., Argimon, J. M., Arrojo, M., Bravo-Ortiz, M. F., Cabrera-Cifuentes, A.,... Arango, C. (2017). Eficacia, eficiencia y efectividad en el tratamiento multidimensional de la esquizofrenia: proyecto Rethinking. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(1), 4-20. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.09.001>
- Crespo Facorro, B., Pérez Iglesias, R., Gaité, L., Peña, M., Mata Pastor, I., Rodríguez, J., ... Vázquez-Barquero, J. (2010). Guía de psicoeducación para familias de personas diagnosticadas de psicosis. Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad. Recuperado de: <https://consaludmental.org/publicaciones/Guiapsicoeducacionfamiliaspsicosis.pdf>

- Crespo, M. L., Pérez, V. (2005). Catatonia: A Neuropsychiatric Syndrome. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(2), 251-266.
- Esteve, N., Román, N., González, M., Fraile, J. C, y García-Cabeza, I. (2010). Psicoterapia de la Psicosis: De la Persona en Riesgo al Paciente Crónico. *Clínica y Salud*, 21(3), 285-297.
- Ewald, H. (1995). La Hebefrenia: contribución a la psiquiatría clínica (1871). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 15(53), 287-293.
- García-Esteve, Ll. (2017). Depresión y psicosis puerperal: necesitamos dispositivos específicos. *Psicosomática y psiquiatría*. VI Jornada de Salud Mental Perinatal Barcelona, Abril-Junio, (1), 87-88.
- García-Herrera J.M., Hurtado M.M., Nogueras EV., Quemada C, Rivas JF., Gálvez L., Bordallo,A.. (2016). *Guía de práctica clínica para el tratamiento de la Psicosis y la Esquizofrenia. Manejo de Atención Primaria y en Salud Mental*. Servicio andaluz de salud. Recuperado de: <https://www.consaludmental.org/publicaciones/gpc-tratamiento-psicosis-esquizofrenia.pdf>
- Golcman, A. A. (2015). El diagnóstico de la demencia precoz y la esquizofrenia en Argentina, 1920-1940. *Trashumante*, 5, 150-172.
- González-Castro, PJ., Hulak, F., Sigales, S.R., Orozco, M. (2016). Psicosis puerperal. Panorama general sobre su diagnóstico, etiología e interpretación. *Perinatología y Reproducción Humana*, 30(1), 24-30. <https://doi.org/10.1016/j.rprh.2016.03.005>
- Hospital U. Marqués de Valdecilla. Servicio de Psiquiatría, S. D. E. Recursos asistenciales. Recuperado de: http://www.humv.es/estatico/ua/psiquiatria/Recursos_Assistenciales_PSIQUIATRIA.pdf
- Irurzun, J., Bastida, M., & Campos, C. (2010). Programa de atención a personas jóvenes con psicosis GAZTE 2009. *Norte de salud mental*, vol. VIII,(37), 103-112.
- Kulhara, P., Banerjee, A., & Dutt, A. (2008). Early intervention in schizophrenia. *Indian Journal of Psychiatry*, 50(2), 128–134. <http://doi.org/10.4103/0019-5545.42402>
- Lee, T. Y., Lee, J., Kim, M., Choe, E., y Kwon, J. S. (2018). Can We Predict Psychosis Outside the Clinical High-Risk State? A Systematic Review of Non-Psychotic Risk Syndromes for Mental Disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 44(2), 276-285.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2009a). Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Recuperado de: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_495_Esquizofr_compl_cast_2009.pdf%0Ahttp://www.guiasalud.es/egpc/esquizofrenia/resumida/general/copyright.html
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2009b). Plan de Salud 2013-2018. Estrategia de salud mental. Asociación Cantabra Pro Salud Mental (ASCASAM), (2), 50. Recuperado de: http://www.ascasam.org/bajando.php?ruta=descargas/plan_salud_13_18_01.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2005). Instituto de Información Sanitaria - Subcomisión de Sistemas de Información del SNS. Sistema de Información Atención Primaria Sistema Nacional de Salud (Siap). Recuperado de: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/OrganizacionAdministrativaydeGestion.pdf>

- Morales-Muñoz, I., Suvisaari, J., Therman, S., Torniainen-Holm, M., Mäntylä, T., Rikandi, E., ... Lindgren, M. (2018). Childhood adversities and cognitive deficits in first-episode psychosis. *Schizophrenia Research*. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.02.001>
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones Efectivas y Opciones Políticas*. Informe Compendiado. Ginebra.
- Pereira, C., Salinas-Pérez, J. A., & Gutiérrez, M. R. (2013). *Atlas de Salud Mental de Bizkaia*. Recuperado de: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/rsmb_difusion_conocimiento/es_rsmb/Atlas%20Salud%20Mental%20Bizkaia.pdf
- Ruiz, A.M., Mayoral, M. (Coordinación). (2015). *Guía para adolescentes y familias que quieren entender y afrontar la psicosis (PIENSA)*. Centro Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBE). Recuperado de: <http://www.infocoponline.es/pdf/GUIAPIENSA.pdf>
- Sancho, R. A. (2015). *El Enfermo Mental Y La Enfermería a Lo Largo De La Historia*. Recuperado a partir de <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/17680/1/TFG-H396.pdf>
- Vispe Astola, A., Hernández González, M., Ruiz-Flores Bistuer, M., & García-Valdecasas Campelo, J. (2015). De la psicosis aguda al primer episodio psicótico: rumbo a la cronicidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(128), 731-748. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352015000400003>

ANEXO 1:

**PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO AL PACIENTE CON UN PRIMER EPISODIO PSICÓTICO
SEGÚN LOS PATRONES DE MARJORY GORDON**

(Fuente: Aznar et al., 2009)

6.2.1. Primer episodio

PATRONES	DIAGNOSTICOS ENFERMEROS NANDA	RESULTADOS RECOMENDADOS (OBJETIVOS) NOC	INTERVENCIONES RECOMENDADAS NIC
1- Percepción/ control de la salud	- Manejo inefectivo del régimen terapéutico. - Incumplimiento del tratamiento - Mantenimiento inefectivo de la salud (consumo de tóxicos)	- Conducta de cumplimiento - Conducta de obediencia (adherencia al tratamiento) - Control de riesgos por consumo de sustancias	- Educación sanitaria (información sobre efectos secundarios) - Acuerdos y administración de la medicación.
2- Nutricional- Metabólico	Desequilibrio nutricional: defecto (como consecuencia de sus alucinaciones o delirios)	Alimentación	Se informa a la familia sobre la alimentación y modo de hacerlo
3- Eliminación	Estreñimiento	Asesoramiento	Control de la ingesta
4- Actividad/ Ejercicio	Déficit de autocuidados	Autogestión de los autocuidados	Acuerdo con el paciente
5- Sueño/Descanso	- Deterioro o privación del patrón del sueño.	- Descanso y bienestar	- Fomentar el sueño - Educación para el manejo de la medicación
6- Cognitivo- Conductual	- Trastorno proceso del pensamiento	- Control del pensamiento distorsionado	- Orientación en la realidad - Vigilancia
7-Autopercepción- Autoconcepto	- Baja autoestima - Desesperanza	- Elevar la autoestima y equilibrio emocional - Control de la depresión	- Escucha activa y aumento de la autoestima. - Apoyo emocional
8- Rol-Relaciones	- Aislamiento social y Riesgo de soledad. - Interrupción de los procesos familiares - Deterioro de la comunicación verbal	- Adaptación psicosocial de la familia: cambio de vida. - Capacidad de comunicación.	- Apoyo a la familia - Fomento de la comunicación y- Escucha activa. - Contacto y Presencia.
9- Sexualidad- Reproducción	- Disfunción sexual	- Funcionamiento sexual.	Manejo de la conducta
10- Adaptación- tolerancia al estrés	- Riesgo de violencia hacia si o hacia otros. - Afrontamiento familiar incapacitante	- Autocontención - Recuperación del abandono.	- Ambiente de seguridad - Apoyo a la familia. - Fomento de la implicación familiar (dar información)
11- valores y creencias	- Sufrimiento espiritual	- Bienestar espiritual	- Apoyo emocional - Escucha activa

ANEXO 2:

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO AL PACIENTE EN FASE AGUDA CON UN PRIMER EPISODIOS PSICÓTICO SEGÚN LOS PATRONES DE MARJORY GORDON.

(Fuente: Aznar et al., 2009)

PATRONES	DIAGNOSTICOS ENFERMeros NANDA	RESULTADOS RECOMENDADOS (OBJETIVOS) NOC	INTERVENCIONES RECOMENDADAS NIC
1- Percepción/ control de la salud	<ul style="list-style-type: none"> - Manejo inefectivo del régimen terapéutico. - Incumplimiento del tratamiento - Mantenimiento inefectivo de la salud (consumo de tóxicos) - Protección ineficaz 	<ul style="list-style-type: none"> - Conducta de cumplimiento - Conducta de obediencia (adherencia al tratamiento) - Control de riesgos por consumo de sustancias - Orientación cognitiva 	<ul style="list-style-type: none"> - Educación sanitaria (información sobre efectos secundarios) - Acuerdos y administración de la medicación. - Orientación en la realidad
2- Nutricional- Metabólico	Desequilibrio nutricional: defecto (como consecuencia de sus alucinaciones o delirios)	Alimentación	Se informa a la familia sobre la alimentación y modo de hacerlo
3- Eliminación	Estreñimiento	Asesoramiento	Control de la eliminación
4- Actividad/ Ejercicio	- Déficit de autocuidados	- Autogestión de los cuidados (aseo)	<ul style="list-style-type: none"> - Ayuda a los autocuidados y enseñanza individual. - Manejo ambiental - Acuerdos con el paciente.
5- Sueño/ Descanso	- Deterioro o privación del patrón del sueño.	- Descanso y bienestar	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar el sueño - Educación para el manejo de la medicación
6- Cognitivo- Conductual	<ul style="list-style-type: none"> - Trastorno proceso del pensamiento - Déficit de conocimiento - Deterioro en la interpretación del entorno 	<ul style="list-style-type: none"> - Control del pensamiento distorsionado - Orientación cognitiva - Elaboración de la información 	<ul style="list-style-type: none"> - Manejo ambiental: seguridad - Manejo de las alucinaciones, delirios. - Orientación en la realidad - Vigilancia
7- Auto percepción -Autoconcepto	<ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad - Temor - Trastorno de la identidad y de la imagen - Riesgo de violencia 	<ul style="list-style-type: none"> - Control de la ansiedad - Control de los impulsos 	<ul style="list-style-type: none"> - Administración de medicación. - Manejo ambiental
8- Rol-Relaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Interrupción de los procesos familiares - Cansancio del rol del cuidador 	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptación psicosocial de la familia: cambio de vida. - Bienestar del cuidador 	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo a la familia y al cuidador principal - Fomento de la comunicación y Escucha activa. - Contacto y Presencia. - Mantenimiento familiar
9- Sexualidad- Reproducción	- Disfunción sexual	- Funcionamiento sexual.	Manejo de la conducta
10- Adaptación- tolerancia al estrés	<ul style="list-style-type: none"> - Afrontamiento familiar incapacitante - Deterioro en la adaptación - Riesgo de suicidio 	<ul style="list-style-type: none"> - Recuperación del abandono. - Adaptación al cambio de vida - Autocontención 	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo a la familia. - Fomento de la implicación familiar (dar información) - Enseñanza del proceso de enfermedad - Vigilancia y seguridad
11- valores y creencias	- Sufrimiento espiritual	- Bienestar espiritual	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo emocional - Escucha activa

ANEXO 3:
PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO AL PACIENTE EN FASE DE ESTABILIZACIÓN CON UN PRIMER EPISODIOS PSICÓTICO SEGÚN LOS PATRONES DE MARJORY GORDON.

(Fuente: Aznar et al., 2009)

6.2.3. Fase de estabilización:

PATRONES	DIAGNOSTICOS ENFERMEROS NANDA	RESULTADOS RECOMENDADOS (OBJETIVOS) NOC	INTERVENCIONES RECOMENDADAS NIC
1- Percepción/control de la salud	- Incumplimiento del tratamiento - Mantenimiento inefectivo de la salud (consumo de tóxicos) - Protección ineficaz	- Conducta de obediencia (adherencia al tratamiento) - Control de riesgos por consumo de sustancias - Orientación cognitiva	- Acuerdos y administración de la medicación. - Apoyo emocional
2- Nutricional-Metabólico	- Desequilibrio nutricional: exceso.	- Control del peso	- Educación alimentaria y manejo de la nutrición
3- Eliminación	- Estreñimiento	- Control de la eliminación intestinal	- Manejo de la nutrición y ejercicio
4- Actividad/Ejercicio	- Déficit de autocuidados	- Autogestión de los cuidados (aseo)	- Ayuda a los autocuidados y enseñanza individual. - Manejo ambiental - Acuerdos con el paciente
5- Sueño/Descanso	- Deterioro o privación del patrón del sueño.	- Descanso y bienestar	- Fomentar el sueño - Facilitar la relajación - Educación para el manejo de la medicación
6- Cognitivo-Conductual	- Conflicto de decisiones - Trastorno proceso del pensamiento - Déficit de conocimiento	- Elaboración de la información - Control del pensamiento distorsionado - Orientación cognitiva	- Asesoramiento y Aumentar sistemas de apoyo - Manejo ambiental: seguridad - Manejo de las alucinaciones, delirios.
7- Autopercepción-Autoconcepto	- Baja autoestima - Ansiedad	- Elevar la autoestima y equilibrio emocional - Control de ansiedad, impulsos e inquietud	- Escucha activa y aumento de la autoestima. - Establecer límites - Técnicas de relajación.
8- Rol-Relaciones	- Aislamiento social y Riesgo de soledad. - Cansancio del rol del cuidador - Deterioro de la comunicación verbal	- Proporcionar habilidades de interacción social - Bienestar del cuidador - Capacidad de comunicación.	- Potenciación de la socialización - Apoyo a la familia y al cuidador principal - Fomento de la comunicación y Escucha activa. - Entrenamiento de asertividad
9- Sexualidad-Reproducción	- Disfunción sexual	- Funcionamiento sexual.	- Asesoramiento
10- Adaptación-tolerancia al estrés	- Afrontamiento familiar incapacitante - Deterioro en la adaptación	- Recuperación del abandono. - Adaptación al cambio de vida	- Apoyo a la familia. - Fomento de la implicación familiar (dar información) - Enseñanza del proceso de enfermedad
11- valores y creencias	- Sufrimiento espiritual	- Bienestar espiritual	- Apoyo emocional - Escucha activa

ANEXO 4:

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO AL PACIENTE EN FASE ESTABLE CON UN PRIMER EPISODIO PSICÓTICO SEGÚN LOS PATRONES DE MARJORY GORDON.

(Fuente: Aznar et al., 2009)

6.2.4. Fase estable;

PATRONES	DIAGNOSTICOS ENFERMEROS NANDA	RESULTADOS RECOMENDADOS (OBJETIVOS) NOC	INTERVENCIONES RECOMENDADAS NIC
1- Percepción/control de la salud	- Manejo inefectivo del régimen terapéutico. - Mantenimiento inefectivo de la salud (consumo de tóxicos)	- Conducta de cumplimiento (adherencia al tratamiento) - Control de riesgos por consumo de sustancias	- Educación sanitaria (Información sobre efectos secundarios) - Acuerdos y administración de la medicación.
2- Nutricional-Metabólico	- Alteración del patrón alimenticio	- Estado nutricional adecuado	- Ayuda en los autocuidados de la alimentación, motorización nutricional y dieta
3- Eliminación	- Estreñimiento	- Control de la eliminación intestinal	- Manejo de la nutrición y ejercicio
4- Actividad/Ejercicio	- Déficit de autocuidados - Deterioro en el manejo del hogar - Trastorno o riesgo de la movilidad	- Autogestión de los cuidados (aseo) - Actividad instrumental de la vida diaria - Nivel de movilidad	- Ayuda a los autocuidados y enseñanza individual. - Manejo ambiental - Asistencia en el mantenimiento del hogar. - Sistemas de apoyo - Acuerdos con el paciente - Enseñanza de actividad y ejercicios
5- Sueño/Descanso	- Deterioro o privación del patrón del sueño.	- Descanso y bienestar	- Fomentar el sueño - Facilitar la relajación
6- Cognitivo-Conductual	- Conflicto de decisiones - Deterioro de la memoria	- Elaboración de la información - Mantener la memoria	- Asesoramiento y Aumentar sistemas de apoyo - Entrenamiento de la memoria
7- Auto percepción-Autoconcepto	- Baja autoestima - Desesperanza	- Elevar la autoestima y equilibrio emocional - Control de la depresión	- Escucha activa y aumento de la autoestima. - Apoyo emocional
8- Rol-Relaciones	- Deterioro de la interacción social - Cansancio del rol del cuidador - Deterioro de la comunicación verbal	- Proporcionar habilidades de interacción social - Bienestar del cuidador - Capacidad de comunicación.	- Potenciación de la socialización - Apoyo al cuidador - Fomento de la comunicación y Escucha activa. - Aumentar sistemas de apoyo - Entrenamiento de asertividad
9- Sexualidad-Reproducción	- Disfunción sexual	- Funcionamiento sexual.	- Asesoramiento
10- Adaptación-tolerancia al estrés	- Afrontamiento inefectivo - Deterioro en la adaptación	- Manejo del estrés - Adaptación al cambio de vida	- Resolución de problemas y consecución de objetivos - Manejo de síntomas negativos.
11- valores y creencias	- Sufrimiento espiritual	- Bienestar espiritual	- Apoyo emocional - Escucha activa