



FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD DE CANTABRIA



TRABAJO FIN DE GRADO

“Papel de la enfermería en el primer episodio psicótico”
“Role of the nurse in the first psychotic episode”

GRADO EN ENFERMERÍA
Curso académico 2022/2023

Autora:

Marina Varela Gómara

Directora:

Virginia Alvarez Garcia

AVISO DE RESPONSABILIDAD DE LA 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.....	4
INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO 1: CONTEXTUALIZACIÓN DEL PRIMER EPISODIO PSICÓTICO	8
1.1 Sintomatología	9
1.2 Fases primer episodio psicótico	11
1.3 Programas Primeros Episodios Psicóticos	11
CAPITULO 2: ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO	12
2.1 Etiología	12
2.2 Factores de riesgo	13
2.3 Consumo de cannabis	15
CAPÍTULO 3: PAPEL DE LA ENFERMERÍA	15
3.1 Intervención temprana	15
3.2 Relación terapéutica	17
3.3 Adherencia al tratamiento	18
3.4 Psicoeducación.....	18
3.5 Intervenciones familiares.....	19
3.6 Prevención de recaídas	20
CONCLUSIONES.....	21
BIBLIOGRAFÍA	23
ANEXOS.....	27

RESUMEN

En este trabajo se ha evidenciado la importancia del papel de la enfermería en las diferentes fases de los primeros episodios psicóticos. La psicosis se considera un síntoma común e incapacitante que está presente en varias patologías psiquiátricas graves. El primer episodio psicótico (PEP), se refiere al primer momento en el que una persona experimenta una pérdida de contacto con la realidad (alucinaciones, delirios, comportamiento anómalo, pensamiento desorganizado o síntomas negativos), deteriorándose consecuentemente su funcionalidad diaria. Si bien es cierto que su etiología es aún desconocida, han surgido numerosos estudios que intentan explorar los factores que aumentan el riesgo de desarrollar la enfermedad y su abordaje desde varias perspectivas terapéuticas. Se ha demostrado que la intervención temprana favorece la detección precoz, así como el desarrollo de una relación terapéutica enfermera-paciente que facilite un abordaje integral, multidisciplinar y especializado en las fases iniciales de la enfermedad. Entre los objetivos principales de enfermería se incluyen asegurar una adherencia terapéutica efectiva, realizar intervenciones psicoeducativas y prevenir recaídas.

Palabras clave: Psicosis, Enfermería psiquiátrica, Papel de las enfermeras

ABSTRACT

This aim of this work is to show the importance of the nurse's role in the different phases of the first psychotic episodes. Psychosis is considered a common and disabling symptom that is present in several serious psychiatric pathologies. The term first psychotic episode is referred to the initial moment of a person experiencing a loss of contact with reality (hallucinations, delusions, abnormal behavior, disorganized thinking or negative symptoms), with a consequent deterioration on their daily function. Although its etiology is still unknown, several studies have emerged that attempt to explore the factors that increase the risk of developing the disease and its approach from various therapeutic perspectives. It has been shown that early intervention favors early detection, as well as the development of a therapeutic nurse-patient relationship that facilitates a comprehensive, multidisciplinary and specialized approach in the initial stages of the disease. The main goals of nursing include ensuring effective therapeutic adherence, psychoeducational interventions and relapse prevention.

Key words: Psychosis, Mental Health Nursing, Nurse's Role

INTRODUCCIÓN

La psicosis es un trastorno mental que se caracteriza por la pérdida de contacto con la realidad (Organización Mundial de la Salud, 2019). El primer episodio psicótico se refiere al primer momento en el que una persona experimenta síntomas psicóticos: delirios, alucinaciones, comportamiento anormal, aislamiento social, pensamiento desorganizado o apatía. El PEP aparece como síntoma en diferentes enfermedades psiquiátricas graves entre las que se incluyen: el trastorno esquizotípico (de la personalidad), el trastorno psicótico breve, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno esquizoafectivo, el trastorno inducido por sustancias/medicamentos, el trastorno psicótico inducido debido a otra afección médica y la esquizofrenia (Sala Estrada, 2020).

El término psicosis fue utilizado por primera vez por el doctor Ernst Freiherr Von Feuchtersleben en el libro “Los principios de la psicología médica” publicado en 1845. Feuchtersleben creía que los trastornos mentales eran “enfermedades de la personalidad”, una combinación de causas que afectaban a la personalidad como un todo y no solo enfermedades del cuerpo y la mente (Dominic Beer, 1996). Es en el siglo XIX cuando el psiquiatra Emil Kraepelin establece la dicotomía de la psicosis diferenciando entre la “locura maníaco-depresiva” curable y la “demencia precoz” incurable. Ambas se consideraban un conjunto de cuadros clínicos que tenían la particularidad común de conducir a estados de deterioro psiquiátrico característico. Esta diferenciación se convirtió en el objeto de estudio de varios autores a principios y mediados del siglo XX.

A partir de entonces, la pérdida de contacto con la realidad que precede a la sintomatología adquirió importancia a la hora de definir la enfermedad y el concepto psicosis denotaba un síndrome central de alucinaciones, delirios y pensamiento desorganizado. En un sentido más amplio, abarcaba todos los síntomas de trastornos mentales severos (Gaebel y Zielasek, 2015). En el contexto de tal diversidad y variabilidad clínica, Kurt Schneider introdujo una serie de manifestaciones o “síntomas de primer rango” que ayudarían a distinguir entre la esquizofrenia y otros tipos de psicosis. Tal y como formuló en 1950, estos síntomas incluían “la sonorización del pensamiento, la audición de voces que opinan y replican al sujeto, la audición de voces que comentan sus acciones, las experiencias corporales de influencia, el robo del pensamiento y otras influencias ejercidas sobre el pensamiento, la difusión del pensamiento, la percepción delirante y la convicción de ser influenciado en los sentimientos, tendencias y voliciones” (Enric J. y Rafael, 2010).

La situación para el paciente psiquiátrico a lo largo de la historia no ha sido fácil. En particular, las personas con sintomatología psicótica requerían hospitalizaciones frecuentes y presentaban grandes dificultades para recibir tratamiento y atención de calidad. Los cuidados de enfermería se caracterizaban por ser actividades de observación, vigilancia y recogida de información acerca de conductas y discursos que servían de apoyo al trabajo médico (Alvario Marques et al., 2012).

Con la aprobación en 1986 de la Ley General de Sanidad, se inició una reforma psiquiátrica que lleva varios años en proceso, y que trajo cambios tanto para la enfermería psiquiátrica como para los pacientes con psicosis. Esta ley integraba por primera vez las intervenciones de salud mental en el sistema sanitario general. A partir de este momento, se potenciaron los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y en sistemas de hospitalización parcial para reducir al máximo la necesidad de hospitalización, se integraron unidades psiquiátricas en hospitales generales y se introdujeron servicios de rehabilitación y reinserción social con el objetivo de proporcionar atención integral a los pacientes con enfermedades mentales (BOE 14/1986, 1986).

Actualmente, la psicosis se considera un síntoma común y funcionalmente perturbador de muchas afecciones psiquiátricas, neurológicas y médicas; por lo que es un importante objetivo de evaluación y tratamiento en la práctica clínica (Arciniegas, 2015). Afecta al 3% de la población mundial (Arango et al., 2017) y más del 40% de los casos se inician en la adolescencia, una etapa crítica del desarrollo de la personalidad, el rol social, la educación y la vocación (Gouveia et al., 2023).

Esta enfermedad genera un gran impacto tanto en las personas afectadas como en su familia y en la sociedad. En España, es responsable del 0,94% de todos los años ajustados por discapacidad (AVAD), del 1,7% de todos los años vividos con discapacidad (AVDP) y del 1,1% del gasto nacional de salud. Como consecuencia, se producen dificultades de adaptación al entorno social, incremento del aislamiento social, elevadas tasas de morbilidad y disminución de la esperanza de vida debido al elevado riesgo de suicidio asociado a las fases iniciales de la enfermedad (Crespo-Facorro et al., 2019).

En este contexto, los primeros episodios psicóticos son uno de los principales retos para la investigación en salud mental ya que plantean numerosas incógnitas y necesidades no cubiertas en su asistencia (Bernardo et al., 2019). Sin un diagnóstico diferencial adecuado y una intervención temprana, la evolución clínica después de un PEP puede conducir a un cuadro crónico y de clínica variable (Merchán-Chóco et al., 2023).

La combinación de antipsicóticos con otros tipos de abordaje terapéutico hace que ambos métodos se influyan y se potencien (Esteve *et al.*, 2010). La psicoterapia, la terapia ocupacional, el seguimiento terapéutico, la orientación familiar o los grupos de autoayuda, son tratamientos no farmacológicos que comparten el objetivo de reinsertar al paciente en la familia y la sociedad permitiendo el ejercicio de roles previamente desarrollados. Es por ello esencial abordar al paciente y a su entorno desde una perspectiva integral y un equipo sanitario multidisciplinar (Arango y Crespo-Facorro, 2018).

Hoy en día, las guías de tratamiento al paciente psicótico ofrecen poca información sobre el papel de la enfermera de salud mental en la prevención, la detección y el tratamiento de pacientes con un PEP. Aunque todos los profesionales que trabajan en servicios de salud mental desempeñan un papel importante a la hora de garantizar cuidados de calidad, en muchas ocasiones las enfermeras asumen la responsabilidad de proporcionar un apoyo adicional. La evidencia hasta el momento ha demostrado que establecer una relación recíproca de confianza y apoyo es esencial para ayudar a pacientes con psicosis en general y, en un primer episodio en particular. Por todo lo anteriormente comentado, se considera necesario analizar el papel de la enfermería en el curso de los primeros episodios psicóticos (Alayanhya, Muro y Moss, 2022).

Objetivos

Objetivo general: Analizar el papel del personal de enfermería en el tratamiento de pacientes que experimentan un primer episodio psicótico.

Objetivos específicos:

- Contextualizar el primer episodio psicótico: definición, sintomatología, curso clínico y programas asistenciales.
- Determinar los factores de riesgo y las causas vinculadas a la psicosis.
- Describir los cuidados de enfermería al paciente con un primer episodio psicótico.

Justificación del tema

La elección del tema para este trabajo tiene su origen en la rotación por las consultas externas de salud mental en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Durante varias semanas tuve la oportunidad de observar el impacto emocional que produce un primer episodio psicótico en los pacientes, el estigma que padecen y el efecto terapéutico que tienen las intervenciones de la enfermera de salud mental en el proceso de recuperación de la enfermedad. Tras conocer el buen funcionamiento de la consulta de enfermería y ser consciente del sufrimiento que acompaña a pacientes y familiares, surge el interés por aprender y profundizar en el tema.

Estrategias de búsqueda bibliográfica

El trabajo de Fin de Grado (TFG) presentado consiste en una revisión bibliográfica basada en la evidencia científica. La búsqueda de información se ha realizado a través de diversos recursos disponibles en la biblioteca virtual de la Universidad de Cantabria, haciendo uso de bases de datos como PubMed, Scielo, Elsevier y Web of Science.

Para realizar la búsqueda se utilizó el vocabulario específico de los descriptores de Medical Subject Heading (MeSH): Psychosis, Mental Health Nursing, Nurse's Role, Early Intervention y los correspondientes Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS): Psicosis, Enfermera Psiquiátrica, Papel de las Enfermeras, Intervención Temprana. Para delimitar la búsqueda se usaron los operadores booleanos "AND" y "OR" entre los descriptores.

Entre los artículos encontrados, se seleccionaron aquellos escritos en inglés, español y portugués que estuvieran completos. Se tuvieron en cuenta mayoritariamente artículos publicados en los últimos 10 años, a excepción de aquellos de mayor antigüedad que resultaran relevantes por su contenido. Entre la bibliografía encontrada se excluyeron determinados artículos por no ser de acceso gratuito al texto completo o por no aportar información de interés para el trabajo.

De la misma forma, se han revisado publicaciones, guías de práctica clínica y recomendaciones de sociedades científicas y organizaciones nacionales e internacionales como son la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, la Confederación de Salud Mental de España y el Ministerio de Sanidad, entre otras.

Descripción de los capítulos

El trabajo de fin de grado presentado engloba el tema del papel de la enfermería en los primeros episodios psicóticos basándose en tres aspectos:

- Capítulo 1: contextualización del primer episodio psicótico. Aborda datos acerca de su clasificación, epidemiología, curso clínico y programas de intervención temprana.
- Capítulo 2: etiología y factores de riesgo. Explica los diferentes factores de riesgo que pueden contribuir al desarrollo de un primer episodio.
- Capítulo 3: papel de la enfermería. Se analiza el papel de las enfermeras en la intervención temprana, la relación terapéutica, la adherencia al tratamiento, la psicoeducación, las intervenciones familiares y la prevención de recaídas en los primeros episodios psicóticos.

CAPÍTULO 1: Contextualización del primer episodio psicótico

El primer episodio psicótico se refiere al primer momento en el que una persona experimenta síntomas psicóticos: delirios, alucinaciones, comportamiento anormal, aislamiento social, pensamiento desorganizado o apatía (Sala Estrada, 2020). Ocurren generalmente en la adolescencia tardía o en la edad adulta temprana. Más del 40% de los casos se inician en la adolescencia, entre los 15 y los 18 años, una etapa crítica del desarrollo de la personalidad, el rol social, la educación y la vocación (Abdel-Baki et al., 2012)

El impacto emocional que sufren los pacientes durante el transcurso del primer episodio psicótico puede ser inmenso. El trauma asociado a la vivencia psicótica, los síntomas perturbadores, la interrupción de la funcionalidad diaria o el tratamiento en sí, aumenta el riesgo físico y psicológico. Comparado con la población general, estos pacientes presentan mayor riesgo de suicidio especialmente en las fases iniciales de la enfermedad. Se estima que 2 de cada 3 suicidios ocurren durante los primeros años posteriores a la aparición de síntomas psicóticos (Van Dusseldorp et al., 2011).

Así mismo, esta vivencia supone un gran impacto en la vida de los familiares y cuidadores del paciente. Hasta el 80% afirma tener una sensación constante de carga y desasosiego. Refieren a su vez sentimientos de angustia, miedo y confusión ante los nuevos comportamientos del paciente y culpabilidad por no haber ayudado antes, no haber identificado los primeros síntomas o incluso por haber podido contribuir a causar la enfermedad. En consecuencia, soportan la carga física y emocional del cuidador y a su vez, se enfrentan al estigma asociado a las enfermedades mentales (Gouveia et al., 2023).

Clasificación de los trastornos psicóticos

De acuerdo con el *DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition)* los síntomas psicóticos se engloban en cinco dominios: delirios, alucinaciones, pensamiento o discurso desorganizado, comportamiento motor desorganizado o anómalo y síntomas negativos (Llinàs Mallol et al., 2023). El PEP aparece como síntoma en diferentes enfermedades psiquiátricas entre las que se incluyen: el trastorno esquizotípico (de la personalidad), el trastorno psicótico breve, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno esquizoafectivo, el trastorno inducido por sustancias/medicamentos, el trastorno psicótico inducido debido a otra afección médica y la esquizofrenia. La gravedad de un primer episodio puede definirse por el número, la complejidad y la duración de los signos y síntomas psicóticos (Sala Estrada, 2020).

Epidemiología de los trastornos psicóticos

La *prevalencia mundial* de los trastornos psicóticos es de aproximadamente el 3% (Arango et al., 2017). En España no se ha realizado hasta la fecha ningún estudio de *incidencia* representativo a nivel nacional. En 2022, un estudio de primer contacto en Cantabria estimó unos 20 casos anuales por cada 100.000 habitantes entre 15-54 años, mientras que otro estudio en Barcelona encontró 51 casos para el mismo denominador. Cada año más de 6500 personas en España sufren, por primera vez en su vida, un primer episodio psicótico (Romero-Pardo et al., 2022).

Son trastornos de *origen multifactorial* cuya incidencia varía en función de la edad, sexo, raza y área urbana, así como de otras variables ambientales y socioculturales. Si bien repercute en la población general, hombres jóvenes, personas en situación de desempleo o de bajo nivel educativo, residentes de zonas urbanas y consumidores de cannabis, presentan mayor riesgo de desarrollar un primer episodio psicótico (Llinàs Mallol et al., 2023).

La *edad de inicio* es temprana. El promedio se estima entre los 15 y los 18 años. Varios autores recogen que el 40% de los casos se inician en la adolescencia (Morse y Procter, 2011). Su *pico de máxima incidencia* se da entre los 15 y los 30 años, con un 80% de los debuts antes de los 35 años (Crespo-Facorro et al., 2019).

La *duración* de estos trastornos varía según el inicio del tratamiento y la atención que reciba el paciente en las fases iniciales de la enfermedad (Consejería de Sanidad, 2022). La remisión completa no es frecuente. Alrededor del 20%-30% de los pacientes no vuelven a experimentar un PEP y pueden llevar una vida relativamente normal, otro 20-30% experimenta síntomas moderados y el 40-60% restante mantendrá síntomas graves que repercutirán en su vida diaria significativamente (Ruiz Sancho y Mayoral Aragón, 2015). En este contexto, un diagnóstico diferencial y una atención precoz pueden evitar la progresión de la enfermedad y mejorar el pronóstico. Desde la perspectiva de enfermería, es esencial la identificación de factores de riesgo, la detección precoz de los primeros síntomas y la intervención temprana (Arango et al., 2017).

Las elevadas *tasas de mortalidad* se relacionan con la alta proporción de pacientes que recurren al suicidio durante las fases tempranas de la enfermedad. Además, existe un amplio porcentaje de pacientes para los que la enfermedad cursa asociada a una serie de factores de riesgo, denominados en conjunto “síndrome metabólico”, que incluyen obesidad abdominal, hiperlipidemia, hipertensión arterial, intolerancia a la glucosa y niveles bajos de colesterol HDL. Todo ello, sumado al sedentarismo y a la ausencia de hábitos saludables, aumenta el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 y patologías cardiovasculares, y reduce la esperanza de vida hasta 20 años con respecto a la población general (Martínez Rodríguez y Quintana Abreu, 2020).

1.1 Sintomatología

Los síntomas psicóticos se pueden clasificar según su sintomatología en positivos, negativos y cognitivos; varían de unas personas a otras y pueden cambiar a lo largo del tiempo (Crespo-Facorro et al., 2010). No todos los pacientes tienen que presentar todos los síntomas, ni son excluyentes unos de otros. Aunque el PEP puede desarrollarse de forma brusca, la mayoría de los pacientes presentan una fase prodrómica, anterior a la fase aguda o primer episodio, que se caracteriza por un desarrollo lento y gradual de los síntomas (Arango et al., 2017).

Signos y síntomas de un PEP

Los síntomas positivos pueden definirse como manifestaciones floridas de distorsión de la realidad (Ruiz Sancho y Mayoral Aragón, 2015) . Entre los más comunes encontramos:

- Alucinaciones: alteraciones de la percepción o percepciones de estímulos que no existen.
 - *Auditivas*: la persona escucha “voces” o ruidos (insultos, críticas, amenazas, órdenes o comentarios) cuando en realidad nadie está hablando. Es el tipo de alucinación más frecuente.
 - *Visuales*: la persona ve objetos o personas que no existen.
 - *Olfativas*: la persona percibe olores que no son reales.
 - *Táctiles*: la persona tiene sensaciones por todo el cuerpo: hormigueos, cosquillas o “pequeños animales que andan por la piel”.
 - *Gustativas*: la persona experimenta sabores cuando no está comiendo nada.

- Delirios: creencias reales para quien las experimenta, pero no para los demás.
 - *De referencia*: la persona siente que la observan, hablan de ella o le lanzan mensajes o señales.
 - *De persecución*: la persona se siente perseguida o espiada.
 - *De control*: la persona siente que no controla sus propios sentimientos o sensaciones y que alguna fuerza externa intenta dominarla.
 - *De difusión del pensamiento*: por algún mecanismo, la persona cree que sus pensamientos son conocidos inmediatamente por otras personas.
 - *De inserción o robo del pensamiento*: la persona cree que sus pensamientos son introducidos en su mente o sustraídos.
- Alteraciones en la forma del pensamiento (desorganización): incluye alteraciones en la forma de comunicar y estructurar las ideas.
 - *Descarrilamiento*: pérdida de asociación entre una idea y la siguiente.
 - *Tangencialidad en la respuesta*: falta de relación entre la pregunta y la respuesta o exceso de detalles.
 - *Incoherencia y desorganización del lenguaje*: discurso extraño y sin sentido o ecolalia (repetición rápida e involuntaria de una palabra o frase).
- Comportamiento anómalo o desorganizado: agitación impredecible, excitación, repetición de movimientos estereotipados, catatonía, negativismo, mutismo, estupor, irritabilidad...
- Suspiciousia: estado de sospecha o desconfianza constante ante las personas del entorno.

Los síntomas negativos pueden definirse como la ausencia o disminución de los pensamientos o sentimientos. Son los síntomas más incapacitantes y a menudo no se reconocen ni se tratan lo suficiente (Lyne et al., 2018). Entre los más comunes encontramos:

- Embotamiento afectivo: empobrecimiento de la capacidad de expresar emociones, comunicación verbal y no verbal escasa, expresión facial disminuida y contacto pobre con la mirada.
- Abulia: falta de energía o voluntad para realizar actividades.
- Aislamiento social: falta de relación o vinculación con los demás.
- Anhedonia: pérdida del interés y de la capacidad de disfrutar.
- Alogia: pobreza o bloqueo del habla.
- Cambios en el comportamiento habitual
- Deterioro de la higiene corporal

Los síntomas cognitivos son déficits o alteraciones en la atención, la memoria y el funcionamiento ejecutivo (planificación, abstracción, toma de decisiones, flexibilidad mental, razonamiento verbal...) que tienen especial importancia en la adaptación social y ocupacional.

En algunos casos, además de la sintomatología psicótica, aparecen manifestaciones clínicas características de otras enfermedades mentales como los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de la personalidad, los trastornos bipolares, los trastornos por abuso de sustancias o la depresión, que requerirán tratamiento específico (Merchán-Chóco et al., 2023).

1.2 Fases primer episodio psicótico

La mayor parte de los pacientes alternan en su curso clínico episodios agudos con fases estables o de remisión (ya sea parcial o total). Los síntomas residuales son frecuentes entre episodios agudos. Las guías de práctica clínica recogen tres fases de duración variable según la persona y el diagnóstico:

- A) Fase prodrómica o periodo de alto riesgo: Este estadio más temprano se denomina pródromo y se considera precursor de la fase aguda. En este contexto, varios autores han identificado una serie de características clínicas o síntomas básicos que permiten identificar “sujetos de alto riesgo” o pacientes con mayor probabilidad de desarrollar un primer episodio psicótico. Esta fase marca el inicio de la enfermedad y precede al PEP, es decir, a la aparición por primera vez de sintomatología franca. Se considera una forma atenuada de psicosis y se caracteriza por un periodo prolongado de síntomas psiquiátricos inespecíficos, síntomas psicóticos atenuados y deterioro funcional (González et al., 2022).
- B) Fase aguda o primer episodio psicótico: Esta segunda fase tiene lugar en el período posterior a la aparición de la psicosis propiamente dicha. Durante esta fase los pacientes experimentan alucinaciones, delirios, pensamientos desorganizados y conductas motoras anómalas (Llinàs Mallol et al., 2023). Si la fase aguda remite después del tratamiento, por lo general los síntomas positivos desaparecen o disminuyen. Es frecuente que persistan síntomas negativos como la falta de motivación, deterioros cognitivos o déficits en el autocuidado. Esto puede interferir negativamente en la funcionalidad del paciente y en su capacidad para gestionar las actividades diarias (García-Herrera Pérez et al., 2016).
- C) Fase de mantenimiento o recuperación: Esta tercera fase transcurre entre los 3-5 primeros años posteriores al PEP y se considera un periodo crítico debido al alto riesgo de recaídas, la escasa adherencia terapéutica y el elevado riesgo de suicidio. Aunque la remisión completa de los síntomas positivos suele alcanzarse rápidamente tras el primer episodio, la disfunción social continúa siendo un problema importante durante este periodo. Esta etapa requiere maximizar en el paciente las posibilidades de compromiso, la continuidad de la atención, los cambios en el estilo de vida, la adherencia al tratamiento, el apoyo familiar y la recuperación funcional (Onwumere et al., 2011).

1.3 Programas Primeros Episodios Psicóticos

El objetivo de los programas de primeros episodios psicóticos está centrado en la identificación de los factores de riesgo genéticos y ambientales y su interacción en la aparición de un PEP, para contribuir a desarrollar estrategias más efectivas de diagnóstico diferencial, tratamiento y prevención de recaídas (Bernardo et al., 2019).

En 1980 se establecieron los primeros servicios clínicos de psicosis temprana en Melbourne y, poco después, en otros lugares como Reino Unido, Europa, América del Norte y Asia. En la actualidad, existen cientos de programas de intervención temprana en todo el mundo, de diversa intensidad y duración, que se centran en las necesidades especiales de los pacientes y sus familias (McGorry et al., 2008).

Es en 2019 cuando la consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria pone en marcha el Protocolo de Intervención Temprana en Psicosis en Cantabria (ITPCan). Se trata de un protocolo asistencial que tiene como objetivo establecer una serie de procedimientos y acciones dirigidas a ofrecer un abordaje comunitario y multidisciplinar (psiquiatría, psicología, enfermería, trabajo social, educación social) en las fases iniciales de la psicosis.

Se ofrece atención intensiva desde un enfoque multidimensional encaminado a la identificación, el diagnóstico y el tratamiento precoz de la psicosis. Los criterios de inclusión para ser atendido en este programa asistencial son (Crespo-Facorro et al., 2019).

- Residir en la Comunidad Autónoma de Cantabria.
- Edad entre 16 y 60 años.
- Primer episodio de psicosis no afectiva (diagnósticos del espectro de la esquizofrenia, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno psicótico breve y trastorno psicótico no especificado).
- No haber recibido previamente tratamiento antipsicótico por un periodo superior a 6 meses en otro dispositivo.
- No presentar discapacidad intelectual ni dependencia de sustancias.

La implementación del Plan de Salud Mental en la Comunidad de Cantabria (2015-2019) ha hecho posible el desarrollo de este protocolo asistencial, así como la dotación de una estructura integrada y en red para una atención equitativa y de calidad en las fases iniciales de psicosis en toda la comunidad de Cantabria.

En Santander, El Hospital Universitario Marqués de Valdecilla cuenta con uno de los 3 equipos de intervención temprana en psicosis de Cantabria que, desde 2019, ha recibido a más de 300 pacientes con un PEP. Los pacientes reciben atención especializada en menos de 72 horas a partir del momento de ser derivados al programa. Son atendidos por un equipo multidisciplinar formado por un profesional en psiquiatría, uno en enfermería especializada en salud mental, uno en psicología, un profesional en el campo del trabajo social y uno en terapia ocupacional. El seguimiento posterior tiene una duración mínima de 3 años desde su comienzo y se extiende hasta un máximo recomendado de 5 años (Consejería de Sanidad, 2022).

La evidencia demuestra que la intervención temprana que promueven estos programas se asocia con detección precoz y menor periodo de enfermedad no tratada, sintomatología de menor gravedad, menores tasas de suicidio y mortalidad, menor riesgo de progresión a niveles más avanzados de la enfermedad, mayores tasas de recuperación y prevención de recaídas, menores tasas de hospitalización, mayor satisfacción e implicación de los pacientes, mejores niveles de funcionamiento global, mayor calidad de vida y menores costes económicos asociados (Gouveia et al., 2023).

CAPITULO 2: Etiología y factores de riesgo

2.1 Etiología

La etiología de los trastornos psicóticos todavía es desconocida. Aunque existen varias teorías, ninguna explica completamente la fisiopatología, lo que puede justificar su abordaje desde varias perspectivas terapéuticas. Sin embargo, es necesario considerar que estos trastornos también pueden desarrollarse secundarios a determinadas condiciones médicas como intoxicaciones agudas, crisis epilépticas, infecciones del sistema nervioso central, enfermedades

autoinmunes, síndromes genéticos o neoplasias. No obstante; los delirios, las fluctuaciones del estado mental, los síntomas físicos o neurológicos y la exposición a fármacos, sustancias de abuso o tóxicos, justifican una evaluación médica más extensa. Estas patologías, a excepción de la psicosis inducida por abuso de sustancias, no son comunes (McClellan, 2018).

En la actualidad, una de las teorías más extendidas es el modelo de vulnerabilidad-estrés de Zubin y Spring. La vulnerabilidad se define como el grado de susceptibilidad para desarrollar una enfermedad y se relaciona con la capacidad disminuida de un individuo para hacer frente a factores de riesgo en un momento determinado. Esta puede ser innata (factores de predisposición genética o biológica) o adquirida (factores psicosociales). Esto implica, a su vez, que una persona con vulnerabilidad o predisposición al estrés tiene mayor facilidad para desarrollar psicosis que el resto de la población. Por todo ello, la combinación de estos factores puede conducir al desarrollo de un primer episodio psicótico (*consultar figura 1*) (García-Herrera Pérez-Bryan et al., 2021).

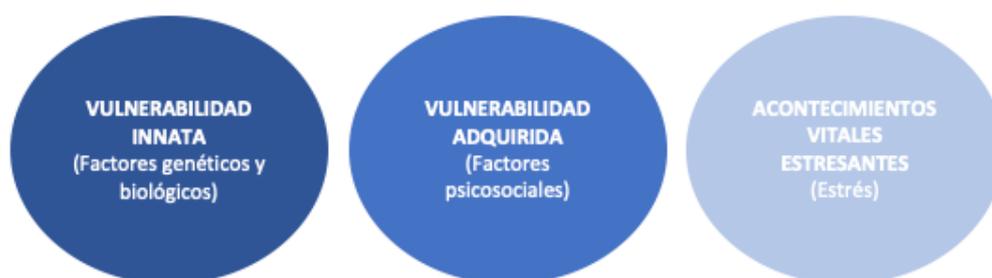


Figura 1: Modelo de vulnerabilidad-estrés (Fuente: elaboración propia)

2.2 Factores de riesgo

Los trastornos psicóticos cuentan con un complejo origen multifactorial, es decir, existe un conjunto de factores genéticos, biológicos y psicosociales que interaccionan unos con otros y que pueden predisponer, mantener o precipitar la aparición de un primer episodio psicótico (*consultar figura 2*).

- Factores genéticos

Aunque el componente genético de estos síntomas aún resulta desconocido, tener un familiar cercano con psicosis es el mayor factor de riesgo para desarrollar la enfermedad (García-Herrera Pérez-Bryan et al., 2021). Se ha estimado que existe una probabilidad del 13% si existe un progenitor afectado y del 46% si ambos lo están. Cuando es un hermano o un gemelo no idéntico es del 10% y en el caso de ser idéntico del 48%. Sin embargo, la mayoría de las pacientes no tienen ningún familiar afectado, por tanto, esta hipótesis no es suficiente para explicar por qué algunas personas desarrollan psicosis (García-Herrera Pérez et al., 2016)

Estudios recientes revelan la importancia de un grupo de marcadores epigenéticos que activan o desactivan el gen del factor de crecimiento insulínico tipo 2 (IGF-2). Este gen potencia la síntesis de dopamina a nivel cerebral, cuya hiperactividad aumenta el riesgo de desarrollar un primer episodio psicótico (Pai et al., 2019). A su vez, se ha estudiado la relación entre el síndrome de delección del cromosoma 22q11.2 y la psicosis. Esta anomalía cromosómica afecta al desarrollo de la corteza cerebral a nivel de los lóbulos frontal y temporal. En consecuencia, se producen alteraciones en las funciones cognitivas y el pensamiento que podrían desencadenar una pérdida de contacto con la realidad y la

aparición de síntomas psicóticos. Por lo anteriormente comentado, la psicosis no estaría relacionada con la alteración de un único gen, sino por la combinación de varias alteraciones genéticas y cromosómicas (Bagautdinova et al., 2021).

- **Factores biológicos**

Una de las teorías más extendidas a menudo descrita como “la hipótesis de la dopamina” propone que la psicosis puede desencadenarse por una sobreactividad en el sistema dopaminérgico mesolímbico. La principal evidencia es que el tratamiento antipsicótico bloquea los receptores dopaminérgicos y, en consecuencia, reduce los niveles de dopamina a nivel cerebral. Sin embargo, la evidencia no es clara. Entre otros factores biológicos encontramos:

- Complicaciones anteriores o posteriores al parto que pueden afectar al neurodesarrollo (infecciones, traumatismos craneales, déficits alimenticios, estrés maternal o trauma en el parto)
- Consumo de cannabis, especialmente en la adolescencia (Ksir y Hart, 2016)
- Padres de edad avanzada
- Hombres jóvenes

- **Factores psicosociales**

Aquellas experiencias o circunstancias externas que aumentan la probabilidad de experimentar un episodio psicótico como pueden ser los sucesos traumáticos en la infancia, problemas familiares, sociales o laborales y consumo de sustancias tóxicas (Consejería de Sanidad, 2022).

- Nacer y residir en zonas urbanas
- Acontecimientos vitales estresantes durante la infancia o adolescencia (malas condiciones de vida, abuso sexual, violencia física, maltrato psicológico...)
- Inmigración, especialmente de países en desarrollo o de raza negra
- Situación de desempleo o bajo nivel educativo

- **Estrés**

La OMS define el estrés como un estado de preocupación o tensión generado por una situación compleja. Un cierto grado de estrés resulta beneficioso para el organismo, ya que se trata de una respuesta fisiológica natural a las amenazas y a otros estímulos que nos mantienen alerta. A pesar de no ser una causa directa de psicosis, el estrés puede actuar como desencadenante para la aparición o el empeoramiento de los síntomas en personas con mayor vulnerabilidad a acontecimientos vitales estresantes.



Figura 2: Factores de riesgo más frecuentes (Fuente: elaboración propia)

2.3 Consumo de cannabis

En los últimos años ha surgido un importante interés en la relación entre los trastornos por abuso de sustancias y los trastornos psicóticos. En particular, el consumo de cannabis se considera un factor de riesgo establecido para el desarrollo de un primer episodio psicótico. Se estima que alrededor del 25% de los pacientes con psicosis presentan consumo concomitante de cannabis. Sin embargo, no existe evidencia científica que considere el consumo de cannabis como factor causal de la enfermedad (Rentero et al., 2021).

Una vez se establecen los primeros síntomas, el consumo de cannabis produce un importante efecto negativo en el curso de la enfermedad. Varios estudios asocian este consumo a baja adherencia farmacológica, peor respuesta al tratamiento, sintomatología positiva persistente, peor funcionalidad global y elevadas tasas de recaídas. Por consiguiente, la psicosis asociada al consumo de cannabis supone un problema multifactorial y de complejo abordaje terapéutico (Maddigan et al., 2018).

Desde la perspectiva de enfermería, establecer una relación terapéutica con este tipo de pacientes puede ser complicado. No obstante, está demostrado que la intervención temprana, la identificación de sustancias de abuso y la psicoeducación, mejoran el funcionamiento global y disminuyen el riesgo de suicidio, las tasas de hospitalización y las recaídas. De la misma forma, está demostrado que la inclusión de la familia en el plan terapéutico y la posibilidad de formar parte de un grupo de apoyo, favorecen el proceso de recuperación (Maldonado, 2019).

CAPÍTULO 3: Papel de la enfermería

El manejo terapéutico convencional de los pacientes con un primer episodio psicótico suele comprender dos ámbitos diferenciados: el tratamiento farmacológico con antipsicóticos y la psicoterapia. El papel principal de la enfermería en este tipo de patologías de salud mental es el acompañamiento y el cuidado del paciente a lo largo de todo el curso de su enfermedad. El personal de enfermería se convierte, en muchas ocasiones, en un referente para los pacientes, estableciéndose así una relación terapéutica y de confianza entre ambos. Durante las fases iniciales es fundamental conseguir una buena adherencia al tratamiento farmacológico que mejore la sintomatología y facilite la intervención.

En este sentido, una de las principales barreras que se encuentra la enfermería es la falta de adherencia, situándose como principales motivos la falta de conciencia sobre la enfermedad y los numerosos efectos secundarios al tratamiento farmacológico. Para impedir la cronicidad y reducir el riesgo de recaídas, las enfermeras trabajan la conciencia de la enfermedad y refuerzan los riesgos que conlleva abandonar el tratamiento. Para ello, es esencial la psicoeducación sobre la enfermedad, el tratamiento y los efectos secundarios tanto a los pacientes, como a sus familias y cuidadores (Caminero Luna et al., 2021).

3.1 Intervención temprana

En los años 90, debido al retraso en el inicio del tratamiento y la ausencia de fármacos antipsicóticos eficaces, el pronóstico después de un primer episodio era generalmente desfavorable. Es entonces cuando surge el interés por investigar y desarrollar la intervención temprana. La evidencia generada en estas investigaciones demostró que favoreciendo la

detección precoz y el tratamiento intensivo tras la aparición de un primer episodio psicótico, se podía impedir el deterioro funcional del paciente en las fases iniciales de la enfermedad y mejorar su pronóstico (Llinàs Mallol et al., 2023).

Por consiguiente, el concepto de intervención temprana en el curso de la enfermedad psicótica ha sido, en los últimos años, un importante objetivo de estudio en las guías de práctica clínica de salud mental (Morse y Procter, 2011). Sin un diagnóstico diferencial adecuado y una intervención temprana, la evolución clínica después de un PEP puede conducir a un cuadro crónico y de clínica variable. Esto puede causar gran impacto en la calidad de vida de los pacientes y de sus familias, así como suponer un elevado coste para la sociedad (Bernardo et al., 2019).

Para asegurar una completa valoración de enfermería física, mental y de riesgos, es necesario tener en cuenta factores de comorbilidad asociados como pueden ser otras patologías físicas y mentales, el suicidio o los efectos secundarios del tratamiento farmacológico. A su vez es importante detectar precozmente los primeros síntomas, valorar el estado psicológico de los pacientes e identificar factores psicosociales que pueden influir negativamente en la respuesta al tratamiento (*el anexo incluido en este trabajo recoge las alteraciones y los diagnósticos de enfermería más frecuentes en la valoración a pacientes con un primer episodio psicótico, siguiendo el modelo de los patrones funcionales de la salud de Marjory Gordon*) (Caminero Luna et al., 2021).

A menudo existe un periodo de tiempo significativo entre la aparición de los primeros síntomas y el inicio del tratamiento. Las investigaciones han demostrado que las personas pueden tardar hasta 2 años en recibir las intervenciones necesarias para aliviar la sintomatología. Este retraso tiene una doble naturaleza: las personas no buscan ayuda porque no comprenden el origen de sus síntomas y, cuando lo hacen, los profesionales sanitarios retrasan el inicio del tratamiento. Aunque en los últimos años ha aumentado el acceso al tratamiento en entornos comunitarios, el estigma aún es una barrera importante para la búsqueda de ayuda, especialmente entre los jóvenes, que influye negativamente en el desarrollo de su autonomía e identidad personal (Duran I López y Juliá-Sanchis, 2021).

La intervención temprana se basa en la evidencia de que una mayor duración del periodo no tratado (DUP) se asocia a una peor respuesta farmacológica, mayor severidad de síntomas positivos y negativos y peor funcionamiento global. El objetivo fundamental que se persigue a la hora de practicar intervenciones en estas primeras fases de la enfermedad es evitar la cronificación del paciente por lo que es sumamente importante reducir al máximo el DUP. Además, el deterioro es más rápido en los 2-3 años posteriores al inicio los síntomas, por lo que una intervención temprana puede detener este declive (Llinàs Mallol et al., 2023).

En psiquiatría, así como en otras áreas de la salud, se distinguen tres niveles básicos de prevención (*consultar figura 3*). La prevención primaria se centra en la reducción de la incidencia de la enfermedad. En el caso de la psicosis, incluye aquellas intervenciones que se realizan antes de la aparición del PEP y que se centran en la disminución de los factores de riesgo y en la identificación de sujetos de alto riesgo. Por otro lado, la prevención secundaria está orientada a la detección temprana de la enfermedad, bien para evitar su progresión o para disminuir su gravedad. Los primeros años son claves para intentar impedir o limitar el potencial deterioro de la enfermedad a través de intervención temprana. Finalmente, la prevención terciaria tiene como objetivo reducir la discapacidad y prevenir las recaídas a través de la rehabilitación social y la resocialización (Arango et al., 2017).

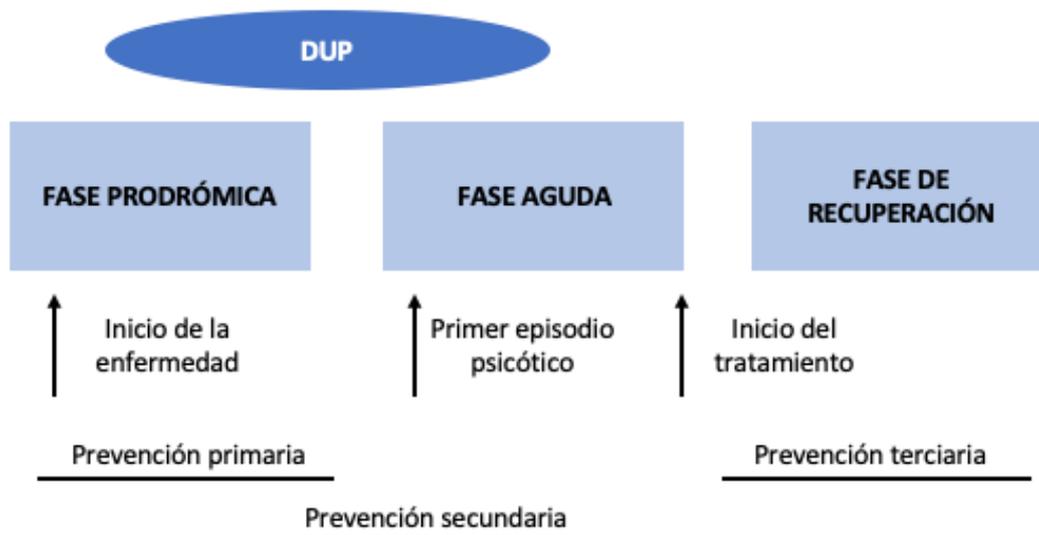


Figura 3: Niveles de prevención (Fuente: elaboración propia)

3.2 Relación terapéutica

Establecer una relación terapéutica con el paciente constituye la base de los cuidados de enfermería en salud mental. Establecer una relación recíproca de confianza y apoyo es esencial para ayudar a pacientes con psicosis en general y, en un primer episodio en particular. De esta forma, las enfermeras pueden proporcionar apoyo individual y familiar para prevenir recaídas, mejorar el funcionamiento social y estimular la adherencia farmacológica (Van Dusseldorp et al., 2011).

El objetivo de las enfermeras es desarrollar una relación de confianza, libre de confrontaciones y prejuicios, en la que el paciente sienta que puede hablar abiertamente de sus preocupaciones. Para conseguir esto, son imprescindibles el apoyo emocional, la empatía, la autenticidad, la transparencia y la fiabilidad. Es responsabilidad de las enfermeras fomentar la relación terapéutica y la educación de los pacientes.

En ocasiones, establecer este vínculo puede ser complicado teniendo en cuenta que la naturaleza del trastorno se caracteriza por el aislamiento social, la desconfianza y la falta de conciencia sobre la propia enfermedad. La confianza es un elemento clave en la relación terapéutica y esto puede ser especialmente difícil de alcanzar con los adolescentes. Por ello, las enfermeras deben identificar las barreras de recuperación, especialmente las relacionadas con el estigma, y tratar de reducir el impacto emocional que este tiene en sus vidas y en las de sus familiares (Alyahya et al., 2022).

Es necesario también informar honestamente sobre la posibilidad de que el episodio se repita y enseñar estrategias para prevenirlo. Esto ayuda a los pacientes a lidiar con la incertidumbre y el miedo a las recaídas. Las enfermeras incluyen entre estas estrategias: educación sobre la enfermedad, opciones de tratamiento, entrenamiento de las habilidades sociales, prevención de recaídas, entrenamiento en habilidades básicas para la vida diaria y para la resolución de problemas (McClellan, 2018). Un enfoque orientado a la recuperación, que ofrezca la posibilidad de intervenir en las decisiones del tratamiento, es esencial para las personas que padecen psicosis y para sus familias y cuidadores (Merchán-Chóco et al., 2023).

A su vez, el trauma asociado a la vivencia psicótica, la hospitalización y el tratamiento en sí, puede hacer que los pacientes rechacen o eviten la intervención de los profesionales y que el periodo de la enfermedad no tratada incremente. Está demostrado que una relación terapéutica eficaz ayuda a aliviar la ansiedad y la confusión y facilita al paciente un mayor control de sus pensamientos (Reed, 2008).

3.3 Adherencia al tratamiento

Los fármacos neurolépticos o antipsicóticos constituyen la primera línea de tratamiento en pacientes con psicosis. Aunque el 70% de los pacientes presentan mejoría sintomatológica a las dos o tres semanas de iniciar el tratamiento, el 30% restante continúa presentando síntomas angustiantes y recurrentes. Actualmente no existe evidencia suficiente de que una medicación antipsicótica muestre eficacia superior a otra, con la posible excepción de la clozapina. Otros tratamientos farmacológicos coadyuvantes prescritos incluyen los estabilizadores del humor o eutimizantes, los antidepresivos, los ansiolíticos y los hipnóticos o sedantes (Llinàs Mallol et al., 2023).

La falta de adherencia a la medicación plantea uno de los mayores desafíos para la enfermería en el tratamiento de un PEP. Se estima que el 50% de los pacientes no se adhiere al tratamiento durante el primer año, aumentando esta cifra durante los 3-6 primeros meses (Kuipers et al., 2006). Esta falta de adherencia está asociada a mayor riesgo de recaídas, falta de respuesta al tratamiento, altas tasas de hospitalización, peor funcionamiento global y elevados costes para la sociedad. De la misma forma, se relaciona con otros factores como el uso continuado de sustancias, la depresión, la falta de apoyo familiar, la escasa alianza terapéutica, la dificultad para establecer relaciones sociales y una menor conciencia de la enfermedad (Merchán, 2023).

Algunos autores recogen como principal motivo de mala adherencia la presencia de efectos secundarios. Estos incluyen sedación, disforia, disfunción sexual, ganancia ponderal, efectos en el sistema endocrino e inmunológico, patologías cardiovasculares, efectos anticolinérgicos y crisis convulsivas, así como otros problemas asociados. Como resultado, muchos pacientes rechazan el tratamiento o lo abandonan por completo (McClellan, 2018).

Los efectos secundarios de la medicación deben manejarse en colaboración con el paciente. Las enfermeras de salud mental desempeñan un papel fundamental en la administración y gestión de medicamentos. No solo se encargan de administrar la medicación, sino que deben conocer las indicaciones, contraindicaciones y efectos secundarios de la medicación prescrita (McCann, 2001). Deben monitorizar los efectos terapéuticos y secundarios de los fármacos e identificar las razones por las cuales los pacientes no toman la medicación. A través de la psicoeducación y el desarrollo de un plan de prevención de recaídas, estimulan la adherencia al régimen terapéutico y facilitan una mayor comprensión del paciente sobre la enfermedad y la importancia de adherirse al tratamiento (Van Dusseldorp et al., 2011)

3.4 Psicoeducación

La psicosis se ha entendido durante muchos años como una enfermedad esencialmente biológica no susceptible a intervenciones psicológicas. En los últimos años, la psicoeducación por parte de las enfermeras de salud mental ha demostrado tener un impacto positivo en las cifras de recaídas, la reducción de síntomas psicóticos, las tasas de hospitalización y el funcionamiento social.

Las intervenciones psicoeducativas, de apoyo, vocacionales y familiares son elementos importantes del tratamiento. Entre los objetivos principales se incluyen la reducción de los síntomas, la mejora del funcionamiento social/ocupacional, la mejora de la calidad de vida y la reducción del riesgo de recaídas. También son necesarias para abordar comorbilidades comúnmente asociadas a la psicosis como son el abuso de sustancias o el riesgo de suicidio (McClellan, 2018).

La combinación de antipsicóticos con este tipo de abordaje terapéutico hace que ambos métodos se influyan y se potencien. La base de una psicoeducación eficaz es la información que las enfermeras transmiten al paciente. La comprensión de la enfermedad y el plan terapéutico potencia los efectos del tratamiento farmacológico, amortigua el impacto que las propias experiencias psicóticas tienen en los pacientes y permite trabajar sobre los contenidos delirantes, las alucinaciones y la pérdida de contacto con la realidad (Dillinger y Kersun, 2020).

Las enfermeras informan al paciente sobre la existencia de otros puntos de vista y soluciones alternativas a los problemas, ayudan a identificar ventajas y desventajas de cada alternativa, facilitan la toma de decisiones en colaboración, instruyen sobre métodos que disminuyen la ansiedad en situaciones de crisis e incluyen a los familiares y cuidadores en el proceso de recuperación (Caminero Luna et al., 2021).

En este aspecto, existe otro tipo de terapia psicológica denominada terapia cognitiva conductual (TCC). Se trata de un tipo de intervención basada en la aplicación de los principios del funcionamiento de los procesos cognitivos sobre el desarrollo, el mantenimiento y la modificación de la conducta. Se ha planteado como una estrategia eficaz de intervención en las fases iniciales y podría influir positivamente en el curso de la enfermedad disminuyendo la sintomatología y mejorando el pronóstico. La evidencia demuestra que reduce la angustia, la incapacidad y el impacto emocional asociados a la vivencia psicótica. No obstante, no todos los pacientes responden positivamente a este tipo de terapia (González et al., 2022).

Es importante destacar que estos tipos de abordaje terapéutico pueden causar cierta dependencia y aumentar la vulnerabilidad de los pacientes o, por el contrario, ser recibidos como una manipulación, intrusión o amenaza. En consecuencia, aumentan los niveles de ansiedad, empeora la sintomatología y la intervención terapéutica se vuelve más compleja. Es por ello esencial que las enfermeras que trabajen con estos pacientes tengan la formación necesaria y los conocimientos especializados en salud mental que garanticen una correcta intervención (Alyahya et al., 2022).

3.5 Intervenciones familiares

Las familias de los pacientes desempeñan un papel activo y clave a la hora de garantizar el cuidado y el compromiso terapéutico durante las distintas fases de la enfermedad. Aunque algunos familiares se adaptan bien a su nuevo papel de cuidador, otros no cuentan con los conocimientos y las estrategias necesarias para afrontar esta compleja situación. Durante las fases iniciales, el dolor y la preocupación se unen a la culpa por no haber reconocido antes los primeros síntomas y no haber evitado su progreso. Esto podría explicar que aproximadamente 2 de cada 3 cuidadores sufran depresión o ansiedad (Dillinger y Kersun, 2020).

Las intervenciones familiares se han establecido como uno de los tratamientos psicoeducativos más eficaces. Está demostrado que, en las fases iniciales, las intervenciones familiares son fundamentales para ayudar al paciente a expresar sus emociones y reducir el estrés psicológico. A largo plazo son útiles para mejorar la adherencia farmacológica, reducir el riesgo de recaídas y reducir el nivel de estrés en el hogar. A diferencia de la mayoría de las terapias familiares, en este caso la familia no es el objeto de terapia, sino más bien el ejecutor clave. El objetivo de esta intervención es incorporar a los familiares, cuidadores y amigos en el tratamiento y el proceso de recuperación. De esta forma, se adaptan más rápido a su nuevo e inesperado papel de cuidador para el que a menudo se sienten poco preparados (Gouveia et al., 2023).

Las enfermeras abordan dinámicas intrafamiliares, recogen explicaciones que cada familiar atribuye a los comportamientos del paciente, tratan de solventar los conflictos existentes y ofrecen apoyo emocional y psicoeducación. En las intervenciones se incluyen los siguientes conceptos: educación sobre la enfermedad, la medicación y la gestión del tratamiento, coordinación con el equipo multidisciplinar, atención a las expectativas, gestión de reacciones emocionales y angustia de ambas partes, fomento de la comunicación familiar, se ofrecen estrategias de resolución estructurada de problemas y afrontamiento del estrés, ampliación de las redes de apoyo social y planificación explícita de la gestión de las crisis agudas (McFarlane, 2016).

3.6 Prevención de recaídas

La mayoría de los pacientes con un primer episodio psicótico alcanzan la remisión completa de los síntomas en respuesta a la medicación antipsicótica. Alrededor del 20-30% de los pacientes no vuelven a experimentar un episodio, el 20-30% experimenta síntomas residuales y el 40-60% restantes mantendrán sintomatología grave que repercutirá en su vida significativamente (Ruiz Sancho y Mayoral Aragón, 2015).

Varios autores sostienen la existencia de un periodo crítico, que abarcaría los 5 primeros años posteriores al primer episodio, donde las recaídas pueden darse con mayor facilidad (Sala Estrada, 2020). El 80% de los pacientes experimentan una recaída psicótica en los primeros 5 años desde el episodio inicial. Cada recaída aumenta el riesgo de cronicidad, la sobrecarga del cuidador y el coste económico asociado a la enfermedad (Alvarez-Jimenez et al., 2012)

Se estima que el 72% de los pacientes presenta síntomas prodrómicos 2 semanas antes de la recaída y el 59% durante 4 semanas o más. Entre estos síntomas podemos encontrar depresión, disforia, ansiedad, sensibilidad interpersonal, delirios, suspicacia y sentimientos de no encajar con los demás. La monitorización de síntomas y comportamientos durante el seguimiento de enfermería facilita la identificación temprana de estas señales de alarma (McCann, 2001).

Aunque la sintomatología suele remitir con la medicación antipsicótica, la disfunción social continúa siendo un problema importante durante las primeras fases de la enfermedad. Los pacientes tienden al aislamiento tras el diagnóstico y sus contactos sociales pueden quedar restringidos a familiares cercanos y a profesionales de salud mental. Por todo esto, el papel de la enfermera en la prevención de recaídas es clave, al igual que el de sus familiares. Varios autores encuentran una reducción de hasta el 20% en las recaídas cuando se incluye a los familiares en el tratamiento (Dillinger y Kersun, 2020).

El papel de la enfermera en la prevención de recaídas se centra generalmente en los siguientes aspectos: educación sobre los síntomas positivos y negativos, educación sobre las consecuencias del consumo de sustancias, información sobre los síntomas de alarma y los estresores desencadenantes, desarrollo de estrategias de afrontamiento y establecimiento de un plan de acción terapéutica. En situaciones de crisis, las enfermeras ayudan a los pacientes a establecer una comunicación que rebaje los niveles de ansiedad que puedan desencadenar un nuevo brote, y a reducir el sufrimiento emocional en momentos de descompensación aguda (Van Dusseldorp et al., 2011).

CONCLUSIONES

Actualmente, las enfermedades mentales constituyen uno de los problemas más importantes de salud pública en España. En particular, la psicosis se considera un síntoma común y funcionalmente incapacitante de varias enfermedades psiquiátricas graves y que, además, afecta cada vez a más jóvenes. Por consiguiente, los primeros episodios psicóticos son uno de los principales retos para la investigación en salud mental.

Sin un diagnóstico diferencial y una intervención temprana, la evolución clínica después de un PEP puede conducir a un cuadro crónico y de sintomatología variable. Esto quiere decir que, con los conocimientos y la formación especializada en salud mental, los profesionales sanitarios tienen un importante papel en el tratamiento de estos pacientes.

Como afirman numerosas investigaciones, el origen de esta enfermedad es aún desconocido. Aunque existen varias teorías, ninguna explica completamente las causas que desencadenan la enfermedad. Esto puede justificar que existan numerosos factores genéticos, biológicos y psicosociales que aumenten la vulnerabilidad de determinadas personas y las hagan más susceptibles de desarrollar un primer episodio. En consecuencia, las enfermas se enfrentan a un problema multifactorial y de complicado abordaje terapéutico.

En los últimos años, los programas de intervención temprana en los primeros episodios psicóticos han supuesto un gran avance en salud mental a nivel nacional e internacional. Como relata la literatura, las fases iniciales de la enfermedad constituyen un periodo crítico para la intervención de los profesionales y el inicio del tratamiento. Este periodo puede considerarse un momento clave para ofrecer una atención temprana, individualizada, multidisciplinar y especializada en las primeras fases de la enfermedad, y que además, centre sus cuidados tanto en las necesidades de los pacientes como en las de sus familias.

Este trabajo trata de explicar el papel que tienen las enfermeras en el curso de la enfermedad psicótica. Aunque todos los profesionales sanitarios son importantes, las enfermeras asumen en muchos casos la responsabilidad de ofrecer un apoyo adicional. Hasta el momento, la evidencia demuestra que el papel de las enfermeras influye positivamente en el curso de los primeros episodios psicóticos.

A través de la intervención temprana, las enfermeras establecen el primer nexo entre los pacientes y las unidades de salud mental. Es entonces cuando se establece la prevención primaria, secundaria y terciaria para identificar factores o sujetos de riesgo, detectar precozmente la enfermedad en sus fases iniciales y reducir la cronicidad. Una vez se ha producido el primer episodio, la base del inicio del tratamiento es establecer una relación terapéutica efectiva. Los objetivos de la recuperación se centran en reducir la sintomatología

psicótica, amortiguar el impacto emocional, favorecer la recuperación funcional, ofrecer apoyo emocional, garantizar la adherencia al tratamiento, alcanzar la reinserción social y tratar los problemas asociados.

Finalizo este trabajo de fin de grado aportando una pequeña reflexión personal. Después de revisar la bibliografía y haber visto la evidencia reflejada en la práctica, considero que las enfermeras son un pilar fundamental en el tratamiento de pacientes que experimentan un primer episodio psicótico. Aunque no existe tratamiento curativo, está demostrado que se pueden ofrecer otros tipos de abordaje terapéutico que mejoran en gran medida la calidad de vida de los pacientes.

En líneas generales, teniendo en cuenta que el principal motivo de mala adherencia terapéutica es la cantidad de efectos secundarios asociados a la medicación antipsicótica, considero importante investigar nuevos fármacos que reduzcan este problema y permitan a los pacientes seguir con el tratamiento sin que los efectos secundarios sean un inconveniente y empeoren su calidad de vida. Desde la perspectiva de enfermería, considero esencial avanzar en la especialización de enfermería en salud mental para poder tratar a estos pacientes con la formación y los conocimientos específicos. En mi opinión, está en cada enfermera investigar y formarse en un área tan compleja y desconocida como es la salud mental y, en especial, los primeros episodios psicóticos.

BIBLIOGRAFÍA

- Abdel-Baki, A., Ouellet-Plamondon, C., y Malla, A. (2012). Pharmacotherapy challenges in patients with first-episode psychosis. *Journal of Affective Disorders*, 138, 3-14.
- Alvarez-Jimenez, M., Priede, A., Hetrick, S. E., Bendall, S., Killackey, E., Parker, A. G., McGorry, P. D., y Gleeson, J. F. (2012). Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. In *Schizophrenia Research*, 139(1), 116–128.
- Alvario Marques, N., Pellegrino Toledo, V., y Rigon Francischetti Garcia. (2012). Significação da psicose pelo sujeito e seus efeitos para a clínica da Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(1), 116–120.
- Alyahya, N. M., Munro, I., y Moss, C. (2022). The experience of psychosis and recovery from consumers' perspectives: An integrative literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29(1), 99–115.
- Arango, C., Bernardo, M., Bonet, P., Cabrera, A., Crespo-Facorro, B., Cuesta, M. J., González, N., Parrabera, S., Sanjuan, J., Serrano, A., Vieta, E., Lennox, B. R., y Melau, M. (2017). When the healthcare does not follow the evidence: The case of the lack of early intervention programs for psychosis in Spain. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*, 10(2), 78–86.
- Arango, C., y Crespo-Facorro, B. (2018). *Libro Blanco de la Intervención Temprana en psicosis en España*.
- Arciniegas, D. B. (2015). Psychosis. *Continuum Journal*, 1(3), 715–736.
- Bagautdinova, J., Zöllner, D., Schaer, M., Padula, M. C., Mancini, V., Schneider, M., y Eliez, S. (2021). Altered cortical thickness development in 22q11.2 deletion syndrome and association with psychotic symptoms. *Molecular Psychiatry*, 26(12), 7671–7678.
- Bernardo, M., Cabrera, B., Arango, C., Bioque, M., Castro-Fornieles, J., Cuesta, M. J., Lafuente, A., Parellada, M., Saiz-Ruiz, J., y Vieta, E. (2019). One decade of the first episodes project (PEPs): Advancing towards a precision psychiatry. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*, 12(3), 135–140.
- BOE 14/1986. (1986). Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial Del Estado Capítulo III Artículo 20*, 17.
- Caminero Luna, P., Villalba Borruel, A. M., y Luna Navarro, M. L. (2021). *Manual de procedimientos de enfermería de salud mental 2ª edición*, 2, 249-260.
- Consejería de Sanidad. (2022). *Plan de salud mental de Cantabria 2022-26*, 93-100.
- Crespo Facorro, B., Pérez Iglesias, R., Gaité, L., Peña, M., Rodríguez, J. M., Martínez García, O., Ayesa Arriola, R., González Blanch, C., Caseiro Vázquez, O., y Vázquez-Barquero, J. L. (2010). *Guía de Psicoeducación para las Familias de Personas Diagnosticadas de Psicosis*, 1-49.

- Crespo Facorro, B., Vázquez Bourgón, J., Ayesa Arriola, R., Artal Simón, J., Vallina Fernández, Ó., Gutiérrez Pérez, A. M., y Lasa Aznar, L. (2019). Protocolo de intervención temprana en psicosis de Cantabria. *ITPCan*, 1-69.
- Dillinger, R. L., y Kersun, J. M. (2020). Caring for caregivers: Understanding and meeting their needs in coping with first episode psychosis. In *Early Intervention in Psychiatry* 14 (5), 528–534.
- Dominic Beer, M. (1996). Psychosis: A History of the Concept. *Comprehensive Psychiatry*, 37(4), 273–291.
- Duran I López, I., y Juliá-Sanchis, R. (2021). Continuity of care in minors with neuropsychiatric problems: A clinical case. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental*, 14, 12–21.
- Enric J., N., y Rafael, H. (2010). El síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la conciencia moderna: Una aproximación a la historia de la esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 21(3), 205–219.
- Gaebel, W., y Zielasek, J. (2015). Focus on psychosis. *Dialogues Clin Neurosci.*, 17, 9–18.
- García-Herrera Pérez, B., Hurtado Lara, M., Noguera Morrillas, E. V., Quemada González, C., Rivas Guerrero, F., Gálvez Alcaraz, L., Bordallo Aragón, A., y Morales Asencio, J. M. (2016). *Guía de práctica clínica para el tratamiento de la psicosis y la esquizofrenia. Manejo en atención primaria y en salud mental.*
- García-Herrera Pérez-Bryan, J. M., Hurtado Lara, M. M., y Quemada González, C. (2021). Información para usuarios y familiares sobre la guía de práctica clínica para el tratamiento de la psicosis y la esquizofrenia. *Manejo en Atención Primaria y en Salud Mental.*
- González, N., Urrea -Silva, F., y Garrido, C. (2022). Terapia cognitivo conductual para pacientes con riesgo clínico de psicosis. *Rev. Chil. Psiquiatr. Neurol. Infanc. Adolesc.*, 33(2), 1-11.
- Gouveia, M., Costa, T., Morgado, T., Sampaio, F., Rosa, A., y Sequeira, C. (2023). Intervention Programs for First-Episode Psychosis: A Scoping Review Protocol. *Nursing Reports*, 13(1), 273–283.
- Ksir, C., y Hart, C. L. (2016). Cannabis and Psychosis: a Critical Overview of the Relationship. In *Current Psychiatry Reports* 18(2), 1–11.
- Kuipers, E., Garety, P., Fowler, D., Freeman, D., Dunn, G., y Bebbington, P. (2006). Cognitive, emotional, and social processes in psychosis: Refining cognitive behavioral therapy for persistent positive symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 32(1), 24-31.
- Llinàs Mallol, L., Blanco Silvente, L., Barajas Vélez, A., Lobo Polidano, E., Estrada Sabadell, M.-D., y Vivanco Hidalgo, R. M. (2023). *Evaluación de los programas de intervención temprana en psicosis dirigidos a adolescentes y adultos jóvenes.*
- Lyne, J., O'Donoghue, B., Roche, E., Renwick, L., Cannon, M., y Clarke, M. (2018). Negative symptoms of psychosis: A life course approach and implications for prevention and treatment. In *Early Intervention in Psychiatry*, 12(4), 561–571.

- Maddigan, J., LeDrew, K., Hogan, K., y Le Navenec, C. L. (2018). Challenges to recovery following early psychosis: Nursing implications of recovery rate and timing. *Archives of Psychiatric Nursing, 32*(6), 836–844.
- Maldonado, P. (2019). Plan de cuidados de enfermería en pacientes con psicosis tóxica por consumo de cannabis en ingreso hospitalario. *Revista Enfermería Salud Mental, 13*, 29–33.
- Martínez Rodríguez, L., y Quintana Abreu, D. (2020). Síndrome metabólico en pacientes con trastornos mentales: complicaciones a tener en cuenta. *Primera Jornada Virtual de Psiquiatría, 1–11*.
- McCann, E. (2001). Recent developments in psychosocial interventions for people with psychosis. *Issues in Mental Health Nursing, 22*(1), 99–107.
- McClellan, J. (2018). Psychosis in Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent, 1–28*.
- McFarlane, W. R. (2016). Family Interventions for Schizophrenia and the Psychoses: A Review. *Family Process, 55*(3), 460–482.
- McGorry, P. D., Killackey, E., y Yung, A. (2008). Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future direcciones. *World Psychiatry, 7*, 148–156.
- Merchán Chóco, P. D., Franco Cajas, J. L., Zumba Castillo, J. E., y Shagñay Pucha, G. I. (2023). Esquizofrenia. Diagnóstico, tratamiento y cuidados de enfermería. *RECIAMUC, 7*(1), 111–123.
- Morse, M., y Procter, N. (2011). Review: Exploring the role of mental health nurse-practitioner in the treatment of early psychosis. In *Journal of Clinical Nursing, 20* (19), 2702–2711.
- Nuria, E. D., Nuria, R. A., Manuel, G. M., Juan Carlos, F. F., y Ignacio, G. C. (2010). Psicoterapia de la Psicosis: De la Persona en Riesgo al Paciente Crónico. *Clínica y Salud, 21*(3), 285–297.
- Onwumere, J., Bebbington, P., y Kuipers, E. (2011). Family interventions in early psychosis: Specificity and effectiveness. In *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 20*(2), 113–119.
- Pai, S., Li, P., Killinger, B., Marshall, L., Jia, P., Liao, J., Petronis, A., Szabó, P. E., y Labrie, V. (2019). Differential methylation of enhancer at IGF2 is associated with abnormal dopamine synthesis in major psychosis. *Nature Communications, 10*(1), 1-12.
- Reed, S. I. (2008). First-episode psychosis: A literature review. In *International Journal of Mental Health Nursing, 17*(2), 85–91.
- Rentero, D., Arias, F., Sánchez-Romero, S., Rubio, G., y Rodríguez-Jiménez, R. (2021). Cannabis-induced psychosis: clinical characteristics and its differentiation from schizophrenia with and without cannabis use Psicosis inducida por cannabis: características clínicas y su diferenciación con la esquizofrenia con y sin consumo de cannabis asociado, *33*(2), 95-108.
- Romero-Pardo, V., Mascayano, F., S. Susser, E., y Martínez-Alés, G. (2022). Incidencia de esquizofrenia en España: más preguntas que certezas. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 15*(1), 61–62.

- Ruiz Sancho, A. M., y Mayoral Aragón, M. (2015). *Piensa. Guía para adolescentes y familias que quieren entender y afrontar la psicosis*.
- Sala Estrada, A. (2020). Psicoterapia multifamiliar en la psicosis incipiente: un enfoque interdisciplinar y comunitario. *Informaciones Psiquiátricas*, 241, 63–83.
- Van Dusseldorp, L., Goossens, P., y Van Achterberg, T. (2011). Mental health nursing and first episode psychosis. *Issues in Mental Health Nursing*, 32(1), 2–19.

ANEXOS

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA, PATRONES ALTERADOS EN LOS PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS

PATRONES FUNCIONALES DE SALUD - MARJORY GORDON

PATRÓN 1: PERCEPCIÓN-CONTROL DE LA SALUD

- Nula conciencia de enfermedad
- Escasa adherencia terapéutica
- Riesgo de traumatismos/infecciones/intoxicaciones debido a los efectos secundarios de los fármacos

Diagnósticos de enfermería Patrón 1

[00292] Conductas ineficaces de mantenimiento de la salud

[00300] Conductas ineficaces para el mantenimiento del hogar

PATRÓN 2: NUTRICIONAL-METABÓLICO

- La relación consumo/gasto puede ser superior o inferior a lo necesario
- Alimentación desordenada y compulsiva
- Preferencia por alimentos ricos en HC y comida de fácil preparación
- Tendencia a la obesidad por malos hábitos nutricionales y por efectos secundarios de la medicación
- Preferencia por alimentos envasados y que ellos mismos comprueban por temor al envenenamiento
- Reticencia al seguimiento de dietas especiales
- Disfagia como efecto secundario de los fármacos neurolépticos

Diagnósticos de enfermería Patrón 2

[0002] Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales

PATRÓN 3: ELIMINACIÓN

- Alteración tanto vesical como intestinal
- Estreñimiento, causado por: mala alimentación, vida sedentaria, disminución de la ingesta hídrica, descuido de hábitos higiénicos-dietéticos y efectos secundarios de los fármacos

Diagnósticos de enfermería Patrón 3

[00011] Estreñimiento

[00013] Diarrea

PATRÓN 4: ACTIVIDAD-EJERCICIO

- Abandono de la autonomía en el autocuidado: higiene, imagen corporal y actividades básicas de la vida diaria

- Alteración en el habla, tono de voz uniforme, velocidad enlentecida y un período de latencia en la respuesta alto. En el otro extremo: tono de voz elevado y verborrea
- Incoordinación en la expresión y la emoción
- Vida sedentaria
- Actividad física reducida debido a algunos síntomas negativos y a la confusión mental
- Alteración comportamiento motriz: agitación, inquietud, inhibición, temblores, catatonia, estereotipias, manierismos, bloqueos y tics, entre otros.
- Reacciones extrapiramidales de los neurolépticos: reacciones distónicas agudas, síndrome parkinsoniano, acatisia, discinesia tardía, síndrome neuroléptico maligno, entre otros.

Diagnósticos de enfermería Patrón 4

[00095] Estilo de vida sedentario

PATRÓN 5: SUEÑO/REPOSO

- Las ideas delirantes/alucinaciones se intensifican por la noche, por lo que se evita el sueño
- Suelen usar hipnóticos, incluso de madrugada y, mantienen sus efectos en las primeras horas del día
- Fatiga y sensación de sueño no reparador
- Pérdida del ritmo sueño-vigilia

Diagnósticos de enfermería Patrón 5

[00095] Insomnio

PATRÓN 6: COGNITIVO-PERCEPTIVO

- Pérdida de la orientación en espacio, tiempo y persona
- Alteraciones sensoriales y perceptivas: hablar solos, taparse los oídos, poner música a volumen alto y mirar hacia algo concreto que no parece importante
- Alteraciones en el pensamiento tanto en curso (incoherencia y disgregación) como en contenido (delirios)
- Alteraciones en la concentración y memoria

Diagnósticos de enfermería Patrón 6

[00251] Control emocional inestable

[00128] Confusión aguda

PATRÓN 7: PERCEPCIÓN DE SÍ MISMO-AUTOCONCEPTO

- Baja autoestima
- Insatisfacción personal
- No valoran de forma positiva sus capacidades y logros
- Sentimientos de miedo, angustia y vacío
- Presión por sus pensamientos y por su entorno. Desesperanza e ideación suicida
- Excepcionalmente pueden presentar una autoestima elevada

Diagnósticos de enfermería Patrón 7

[00121] Trastorno de la identidad personal

[00146] Ansiedad
[00140] Riesgo de violencia auto dirigida
[00193] Descuido personal

PATRÓN 8: ROL-RELACIONES

- Aislamiento social
- Pérdida de relaciones

Diagnósticos de enfermería Patrón 8

[00055] Desempeño ineficaz del rol

PATRÓN 9: SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

- Relaciones sexuales insatisfactorias, en ocasiones se debe a los efectos secundarios de la medicación
- Relaciones sexuales sin protección, con el consiguiente riesgo de transmisión de enfermedades de transmisión sexual
- Desarreglos menstruales y riesgo de embarazo debido a la promiscuidad sexual

Diagnósticos de enfermería Patrón 9

[00059] Disfunción sexual

PATRÓN 10: ADAPTACIÓN/TOLERANCIA AL ESTRÉS

- Pérdida de contacto con la realidad
- Vulnerabilidad ante situaciones estresantes
- Estado de tensión y/o ansiedad que puede provocar una descompensación

Diagnósticos de enfermería Patrón 10

[00069] Afrontamiento ineficaz

[00188] Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud

PATRÓN 11: VALORES Y CREENCIAS

- Pérdida de contacto con la realidad
- Creencias religiosas como refugio a su situación de vulnerabilidad

Diagnósticos de enfermería Patrón 11

[00066] Sufrimiento espiritual