



Guía

de Primeros
Episodios Psicóticos

INAD
Institut de
Neuropsiquiatria
i Addiccions



Con el patrocinio de:



©De los autores

Edita: Esmon Publicidad, S.A

Ilustradora: Àngels Pallarès Madrid

DL: B 2020-2023

ISBN: 978-84-19264-23-7

Ninguna parte de esta obra, incluido el diseño de la cubierta, puede reproducirse, almacenarse de ninguna forma, ni por ningún medio, sea éste electrónico, químico, mecánico, óptico, de grabación o de fotocopia, sin la previa autorización escrita por parte del autor y/o Institut de Neuropsiquiatria i Adiccions (INAD), Parc de Salut Mar, Barcelona, Spain.



Guía de Primeros Episodios Psicóticos

Alba Toll, Teresa Legido, Laura Morro, Teresa Salvador, José Ignacio Castro, Cristóbal Díez-Aja, Laura Martínez Sadurní, Amira Trabsa, Angeles Azcón, Laura Garcia, Vanesa Gallardo, Andrea Irimia, Clara Monserrat, Julia Moreno, Agnés Sabaté, Itziar Izquiaga, Nuria Pujol, Silvia Gasque, Laura Díaz, Santiago Batlle, M^a Dolores Pasarín, Patricia Carolina Garnier, Romina Cortizo, Luis Miguel Martín, Ana Merino, Purificación Salgado, Daniel Bergé y Anna Mané

Institut de Neuropsiquiatria i Adiccions (INAD),
Parc de Salut Mar, Barcelona, Spain.
Fundació Hospital del Mar Medical Research Institute (IMIM),
Barcelona, Spain.
Centro de Investigación Biomédica en Red,
Área de Salud Mental (CIBERSAM), Spain.



Índice

1.	¿Qué es un primer episodio psicótico?	07
2.	¿Cuáles son las causas de la psicosis?	17
3.	Fase inicial, desde que algo empieza a cambiar: los pródromos y el episodio agudo	24
4.	Al empezar a recibir ayuda: el tratamiento del episodio agudo	30
5.	Tratamiento farmacológico	35
6.	¿Cómo reconstruirme tras el episodio?	44
7.	Riesgo de recaídas: ¿puede volver a suceder?	55
	Bibliografía	60

1

¿Qué es un primer episodio psicótico?

Algunas personas en edad joven pueden empezar a notarse diferentes, más desconfiadas y a comportarse de forma distinta a como eran previamente. Cuando este cambio sigue progresando y la persona tiene sensación de sentirse en peligro sin que haya una amenaza real, a sentirse observada por el resto de la gente, aislarse de los demás por desconfianza, a adoptar firmemente creencias que no son reales o incluso a oír voces que no perciben otras personas, es cuando hablamos de un primer episodio psicótico.

El cambio de comportamiento puede ser bastante brusco y aparecer en una o dos semanas, o puede ser más progresivo y aparecer a lo largo de



meses o años, hasta que ya resulta muy evidente. A menudo, la persona que sufre estos cambios no es consciente de ello y no ve el problema en sí mismo, sino en las demás personas que le rodean o en el exterior. Esto hace que, a veces, sea difícil pedir ayuda y que sean los familiares u otras personas cercanas las que soliciten ayuda especializada.

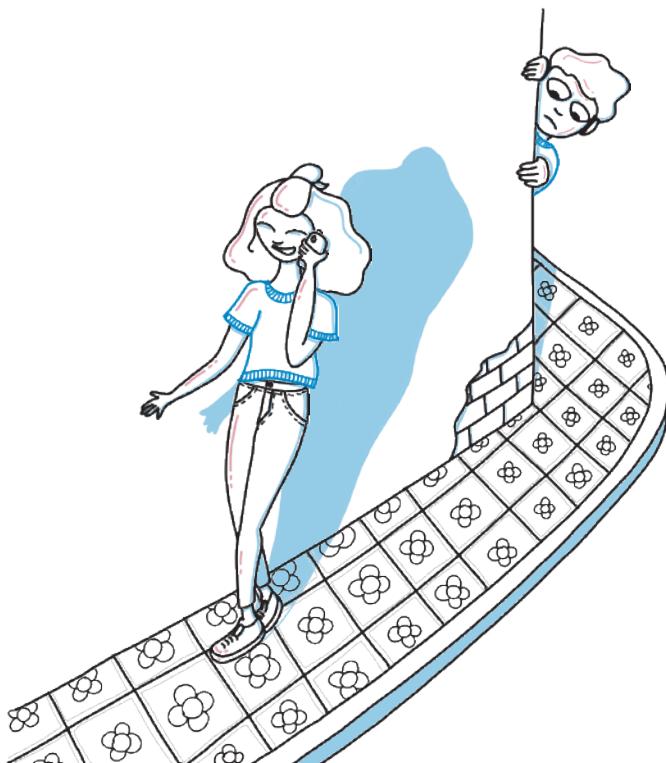
Esta guía va dirigida a estas personas, a sus familiares y a sus amigos, e intenta facilitar la comprensión de este trastorno en cada una de las fases, así como su tratamiento.

1.1. ¿Cuáles son los síntomas principales?

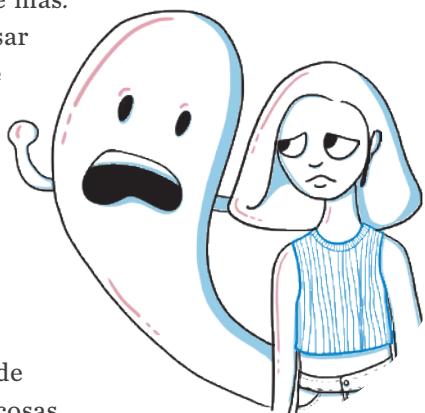
La psicosis suele provocar cambios en el estado de ánimo y en la forma de pensar, dando lugar a ideas extrañas, por lo que resulta difícil entender lo que está sintiendo la persona afectada. Con objeto de comprender en qué consiste la experiencia psicótica, es útil clasificar por grupos algunos de los síntomas más característicos. Los tres principales son:

Creencias distorsionadas o delirios: son vivencias fuera de la realidad. A menudo, empiezan por algunas casualidades que llaman la atención de la persona, y poco a poco le va dando un significado o una interpretación distinta de estas casualidades. Por ejemplo, puede ver pasar a dos personas hablando por el móvil y llegar a la conclusión de que hay una trama que le vigila. Es lo que llamamos delirios o creencias distorsionadas de la realidad. El grado de convencimiento es tan alto que ningún razonamiento, por más lógico que sea, es capaz de refutarlo. Otros ejemplos serían que la persona puede estar convencida de que la policía le está vigilando por la forma en que están aparcados los coches fuera de su casa o dar un significado especial a los colores de la ropa de la gente que pasa, etc.

Alucinaciones: no están presentes en todos los episodios psicóticos, pero en algunas personas con un episodio psicótico, les parece oír



comentarios u órdenes que no oye nadie más. En algunos casos, la persona puede pensar que esas voces vienen de los vecinos o de la gente de su alrededor y, por tanto, es posible que desconfíe de ellos. En otros casos, puede tener claro que están dentro de su cabeza y pensar que son mensajes de Dios o espíritus, o identificarlas como su pensamiento en voz alta. En algunos casos, las alucinaciones no son auditivas, sino que provienen de otros sentidos; por ejemplo, pueden ver cosas que no están, oler cosas que no hay o sentir en su cuerpo molestias inexistentes.



Pensamientos confusos: normalmente pensamos de una forma más o menos lineal, es decir, pensamos en algo y podemos explicarlo o buscar mentalmente posibles soluciones sin saltar de un tema a otro. Las personas que sufren psicosis pueden tener un pensamiento confuso y desorganizado, de manera que su mente no puede hacer cosas tan simples como mantener una conversación o tomar pequeñas decisiones como, por ejemplo, qué ropa ponerse. Así, cuando una persona tiene el pensamiento desorganizado, se puede quedar sin hablar sin ninguna explicación, o responder con comentarios que no tienen sentido. En el comportamiento, se nota porque la persona se queda bloqueada, o hace mal algo que antes hacía automáticamente, o lo realiza de forma muy aparatoso.

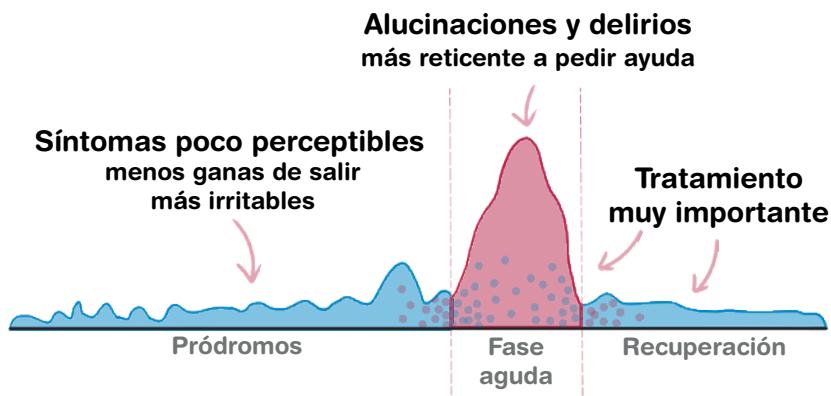


Otros síntomas a menudo acompañantes: la persona que sufre un primer episodio psicótico puede tener delirios que le hacen pensar que está en peligro, alucinaciones o confusión. Todo ello conlleva una

desconfianza extrema hacia su entorno que hace que esté casi constantemente en alerta. Dicho estado hace que la persona muestre irritabilidad, insomnio y episodios de agresividad o, por el contrario, que se entristezca y parezca deprimida. En la mayoría de los casos, estos síntomas conducen a una tendencia al aislamiento. Los síntomas varían de una persona a otra y, en ocasiones, cambian con el tiempo.

1.2. ¿En qué fases se desarrolla un episodio psicótico?

Cuando una persona sufre por primera vez un episodio de psicosis, es posible que no entienda lo que le sucede. Los síntomas pueden resultarle completamente desconocidos, lo que provoca una gran confusión y angustia.



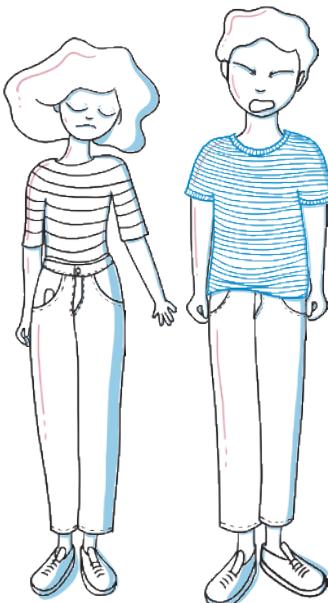
El episodio psicótico se desarrolla en tres fases, cuya duración varía según cada caso:

1^a fase: los pródromos. Los primeros síntomas son vagos, inespecíficos y apenas perceptibles. Pueden pasar desapercibidos o confundirse con una depresión o simplemente con una “mala época”. La persona afectada

puede tener menos ganas de salir con los amigos y relacionarse o tener algún malentendido con sus amigos habituales o la familia. Puede estar más irritable y empezar a funcionar peor en el trabajo o en los estudios. Algunas personas comienzan a interesarse por temas que antes no les decían nada, como el espiritismo, los extraterrestres, etc. Como decíamos, esta fase es difícil de percibir, porque suele confundirse con problemas de la vida cotidiana o con excentricidades de cada persona. Puede durar desde semanas hasta años, y es muy variable en cada persona. A menudo, se identifica solo de manera retrospectiva cuando ya el paciente ha entrado en la 2^a o 3^a fase.

2^a fase: episodio agudo. Es cuando se presentan síntomas claros de psicosis, tales como alucinaciones, delirios o ideas confusas, que hemos explicado en el apartado anterior de “síntomas principales”. En esta etapa, las personas cercanas ven un cambio claro, notan que algo extraño está sucediendo. Por el contrario, suele ser cuando la persona que sufre la psicosis es más reticente a pedir ayuda, debido a la gran desconfianza propia de dicho trastorno. Aún así, es muy importante intentar que reciba ayuda cuanto antes, para poder evitar riesgos debidos al comportamiento que pueden ser difíciles de prever y controlar.

3^a fase: la recuperación. El episodio psicótico tiene tratamiento y, en un elevado número de casos, la persona se recupera. El pronóstico es variable según cada caso. La recuperación sin tratamiento sería en muchos casos inexistente o mucho más lenta e incompleta, por lo que el tratamiento juega un papel vital en la mejoría de estas personas. Cuando el episodio agudo se ha podido controlar, hay otras herramientas terapéuticas que pueden ayudar para su recuperación, reiniciando actividades vocacionales o lúdicas.



1.3. ¿A quién puede afectar?

Las personas que sufren un primer episodio psicótico suelen ser jóvenes, de entre 15 y 35 años, y es más común de lo que se cree. Cerca de 3 de cada 100 jóvenes sufrirán un episodio psicótico, lo cual significa que en este sector de la población, la psicosis es más común que, por ejemplo, la diabetes. Una gran parte de los afectados consigue una plena recuperación del episodio. La psicosis puede afectar a cualquiera, y como toda enfermedad, es susceptible de tratamiento.

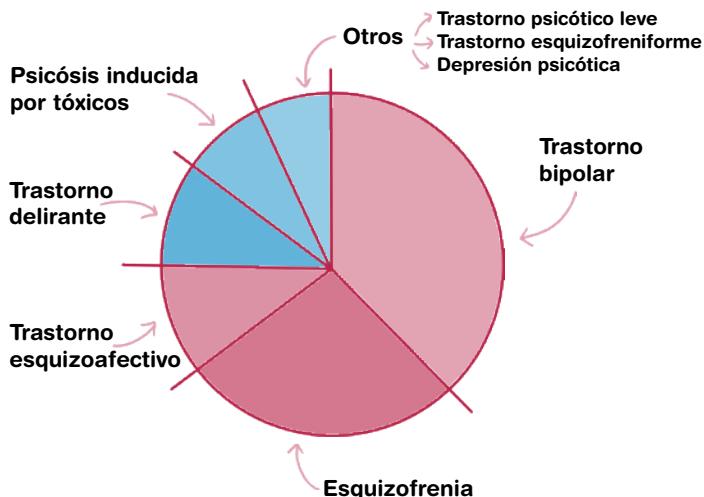


1.4. ¿En qué enfermedades puede evolucionar?

El término “episodio psicótico” es genérico, y puede evolucionar a distintos trastornos o a ninguno. Cabe destacar que, en las épocas iniciales, hay mucho solapamiento de síntomas entre los diferentes diagnósticos o simplemente no ha pasado el tiempo suficiente para poder establecerlos, por lo que puede haber ciertas variaciones en la orientación diagnóstica.

Será la evolución después de varios meses, o a veces años, después del episodio psicótico la que va a determinar el diagnóstico. Sin embargo, estas orientaciones iniciales pueden ser útiles de cara a aspectos muy concretos del tratamiento y al diagnóstico que se establezca con el tiempo, pero no implican cambios mayores en el enfoque terapéutico inicial.

Dentro de los diagnósticos que podemos encontrar en un primer episodio psicótico o que pueden evolucionar, figuran:



Esquizofrenia: este término se emplea para referirse a aquellos trastornos psicóticos en los cuales los cambios de comportamiento o los síntomas persisten durante un periodo de seis meses o más. Tanto los síntomas como la duración de la enfermedad varían según el caso, y al contrario de lo que se suele creer, muchas personas afectadas de esquizofrenia llevan una vida plena, logrando la recuperación muchas de ellas.

Trastorno bipolar: en este trastorno, la psicosis se presenta como parte de una alteración del estado de ánimo. Se caracteriza por la aparición de episodios de semanas de duración de euforia y excitación (manía) y otros de desánimo y tristeza (depresión). En caso de presentarse síntomas psicóticos, suele ser cuando la manía o la depresión resultan extremas. Por ejemplo, durante un episodio depresivo, uno puede tener la idea delirante de estar en la ruina o que vendrá una catástrofe. En el caso de un episodio maníaco, uno se puede creer un ser excepcional, capaz de realizar grandes hazañas o dotado de poderes excepcionales.

Trastorno esquizoafectivo: este diagnóstico corresponde a personas que tienen síntomas parecidos a la esquizofrenia y, al mismo tiempo o en distintas épocas, síntomas parecidos al trastorno bipolar.

Trastorno delirante: son aquellas personas que mantienen ideas delirantes durante un largo periodo de tiempo, y que las mantienen con mucha rigidez, pero a diferencia de la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, suelen aparentar que todo va bien, excepto cuando se habla del tema delirante. En fases más avanzadas de esta enfermedad, pueden mostrar problemas de funcionamiento y tender al aislamiento social.

Psicosis reactiva breve: en ocasiones, los síntomas psicóticos surgen de forma súbita como respuesta a una situación de mucha tensión, como un cambio importante en sus circunstancias personales o la muerte de un familiar. Aunque los síntomas pueden ser muy intensos, la recuperación se produce en pocos días.

Trastorno esquizofreniforme: sería aquel episodio psicótico en el que los síntomas principales duran entre uno y seis meses.

Muchos de los primeros episodios psicóticos reciben este diagnóstico cuando ha habido solo un episodio y se ha resuelto por completo. A veces, es un diagnóstico temporal, que puede dar paso a otro diagnóstico si hay nuevos episodios o si aparecen episodios con otro tipo de síntomas.

Es importante acudir a un especialista, ya que a veces los síntomas no son fáciles de detectar

Psicosis inducida por tóxicos: es un episodio psicótico causado totalmente por drogas. El consumo de sustancias tóxicas, como la cocaína, las anfetaminas, el cannabis o el alcohol, puede provocarlo. El diagnóstico es a veces difícil, porque no siempre que hay consumo de drogas estaremos hablando de psicosis inducida. Solo lo hacemos en aquellos casos en los que el consumo es importante y el episodio se resuelve muy rápido después de dejar de consumir.

Depresión psicótica: consiste en una depresión en la que aparecen síntomas psicóticos, como creer equivocadamente que se va a morir de una enfermedad o que va a caer en la ruina, sin que en ningún momento de la enfermedad se lleguen a producir períodos de manía.

2

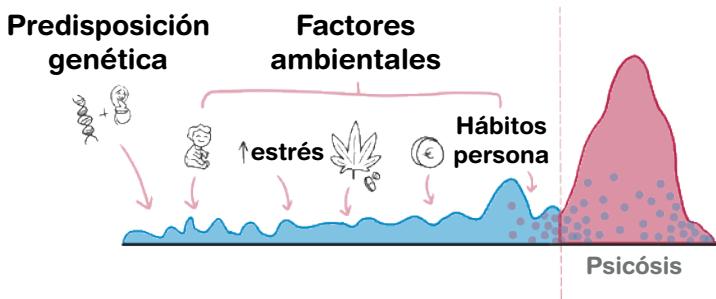
¿Cuáles son las causas de la psicosis?

La psicosis no tiene una única causa, sino que es provocada por muchos factores diferentes que convergen en una determinada persona. Por lo tanto, no se puede considerar que un único factor sea suficiente para explicar la enfermedad.

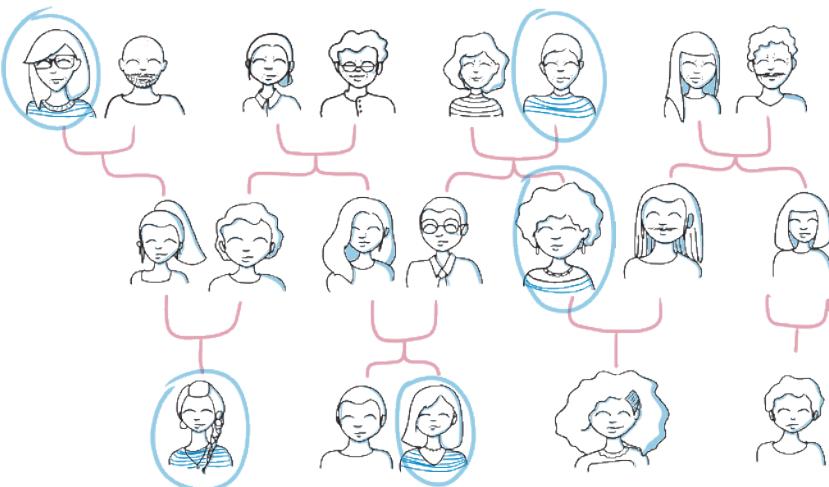
2.1. Factores genéticos

Aunque queda mucha investigación por hacer, los estudios realizados hasta ahora nos dan a entender que las personas que sufren episodios de psicosis nacen ya con una marcada predisposición. Es decir, al nacer,

tienen más probabilidades de desarrollar un episodio psicótico en la edad adulta que otras personas.



La predisposición genética viene dada por la coincidencia de varios factores genéticos. Esto hace que, a menudo, en una misma familia, encontramos a varias personas que han tenido episodios psicóticos o trastornos similares (primos, tíos lejanos, etc.). El hecho de que un familiar tenga psicosis no implica que todos los familiares la vayan a padecer. En ocasiones, no encontramos ningún familiar con dicha enfermedad. Es la coincidencia de algunos genes con otros factores lo que hace que se desarrolle el trastorno.



2.2. Factores ambientales

Esta predisposición se suma a lo que llamamos factores ambientales, que son principalmente algunas drogas como el cannabis y la cocaína o cualquier estrés importante. Entendemos por estrés importante cualquier cambio relevante en la vida de una persona, como quedarse en el paro, dificultades económicas, excesivas exigencias en el trabajo o los estudios.

Además, muchos de los acontecimientos vitales que se han asociado a un mayor riesgo de desarrollar esquizofrenia tienen lugar antes, durante y después del nacimiento de la persona. Algunos de los hallazgos que se han asociado con este trastorno son las infecciones virales durante el embarazo, las complicaciones obstétricas (como el bajo peso al nacer, el nacimiento prematuro o la cesárea de urgencias) y sobre todo, los eventos traumáticos durante la infancia (como el abuso físico, sexual, emocional o la negligencia durante la infancia) o la inmigración.

Cannabis

El cannabis (conocido comúnmente con diversos nombres: costo, hachís, marihuana, etc.) es una droga que procede de la planta llamada *Cannabis sativa* y es la droga ilícita más consumida en España, Europa y todo el mundo. Esta contiene más de 100 ingredientes psicoactivos diferentes, pero los principales son el tetrahidrocannabinol (THC) y el cannabidiol. Así, por un lado, tenemos el THC, que es el responsable de las paranoias y alucinaciones; y, por otro, el cannabidiol, que tiene efectos más relajantes.

Es la coincidencia de algunos genes con otros factores lo que hace que se desarrolle el trastorno

Actualmente se calcula que un 10% de la población adulta lo utiliza habitualmente, y que hasta un 30% lo ha probado alguna vez en su vida, siendo estas proporciones aún más altas en los jóvenes. Además, el consumo de cannabis es muy frecuente en los pacientes con esquizofrenia, particularmente en los primeros episodios psicóticos, con tasas que oscilan entre el 30 y el 50%.

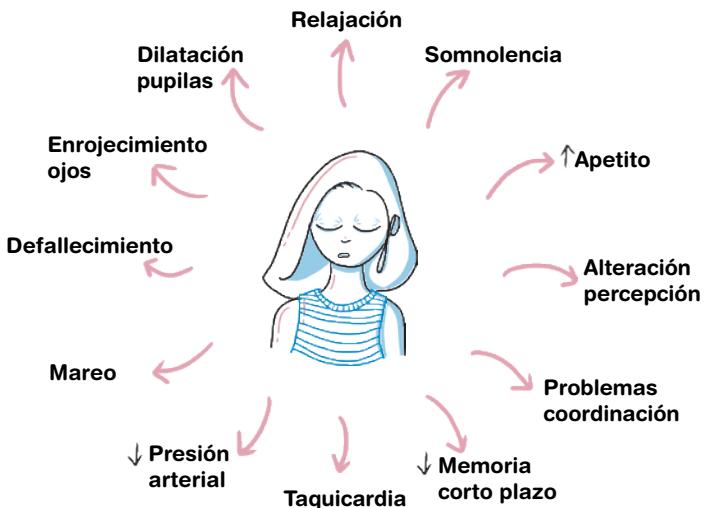
Aunque en las últimas décadas el uso del cannabis se ha incrementado de forma constante, la percepción de riesgo entre los jóvenes ha ido disminuyendo. Y también se debe tener en cuenta que, en estos últimos años, se ha producido un gran cambio en el mercado del cannabis, con una mayor disponibilidad de productos de alta potencia (o sea, con más contenido de THC).

Mucha gente consume cannabis por primera vez por curiosidad. Después, algunas personas lo siguen consumiendo para relajarse o para enfrentarse a sus problemas. Otros se divierten con sus efectos, o sienten que les puede ayudar a ser más creativos o relacionarse con los demás.

Los principales efectos inmediatos son: relajación y desinhibición; somnolencia; aumento del apetito; alteraciones en la percepción de los colores, los sonidos o el espacio; problemas de coordinación y en la memoria a corto plazo; taquicardia, disminución en la presión arterial, mareo y desfallecimiento; enrojecimiento de los ojos y dilatación de las pupilas. En algunas personas, incluso a dosis bajas, produce ataques de pánico, que pueden resultar muy alarmantes y desagradables. En dosis más altas de lo normal, puede provocar confusión, inquietud, excitación, alucinaciones, sensación de irrealdad o paranoia. Los efectos duran unas dos o tres horas después de haber fumado. Y si se ingiere, los efectos pueden durar muchas horas más.

El uso regular de cannabis puede provocar efectos perjudiciales a largo plazo, como problemas respiratorios, pérdida de motivación, problemas de concentración, memoria y aprendizaje, o en el funcionamiento hormonal. También puede provocar problemas en las relaciones con la familia y personas cercanas, un mal rendimiento en el trabajo o fracaso escolar.

A pesar de ser una droga muy extendida y ser considerada por algunos como de bajo riesgo, supone un alto riesgo para las personas susceptibles de padecer psicosis. Mucha gente puede notar que el cannabis les relaja, les ayuda a dormir, etc., pero a medio y largo plazo, es un factor de riesgo



muy claro para las psicosis. Algunos estudios incluso sugieren que el cannabis podría causar la psicosis. Es decir, que no solo actuaría como un detonante en personas que tarde o temprano desarrollarían una psicosis, sino que un consumo importante y duradero podría provocar psicosis en personas que, si no consumieran cannabis, quizás nunca la desarrollarían.

Además, el consumo de cannabis suele provocar un peor pronóstico, tanto porque produce más recaídas como porque las recuperaciones son menos completas y más lentas.

Así mismo, los consumidores habituales de cannabis pueden desarrollar tolerancia a dicha sustancia. Esto quiere decir que necesitan cada vez dosis más altas para conseguir el mismo efecto. Y también puede crear una dependencia psicológica, en la que el consumo de cannabis se convierte en un hábito más importante que otras actividades de su vida.

Cuando se deja el consumo, es poco frecuente la aparición de síntomas de abstinencia (insomnio, irritabilidad, pérdida de apetito y peso, nerviosismo y ansiedad, sudoración o malestar de estómago), y estos suelen



ser de baja intensidad y durar menos de una semana. Pero, en algunas ocasiones, puede resultar difícil dejar de consumir algunas drogas a las que uno estaba muy habituado. Si además los amigos o la gente con la que uno se relaciona consumen habitualmente estas sustancias, aún puede ser más complicado dejarlas. En estos casos, es importante contar con la ayuda del equipo de salud mental. Ellos pueden ayudar o dirigir al paciente a un servicio especializado en estos problemas.

2.3. ¿Qué pasa en nuestro cerebro para que ocurra una psicosis?

Cada día sabemos más sobre las causas de la psicosis. En las últimas décadas, gracias a la evolución de diferentes técnicas (entre ellas la neuroimagen), ha habido un gran progreso en el conocimiento de su posible etiopatogenia. Sin embargo, aun quedan muchos interrogantes por resolver. A día de hoy, hay varias teorías que no son mutuamente excluyentes, incluso podrían ser complementarias:

Teoría dopaminérgica: esta es la más antigua y comúnmente conocida, expone que hay un problema de conexión entre algunas neuronas de nuestro cerebro a causa de la alteración de algunos neurotransmisores (sustancias que transportan información entre las neuronas), principalmente la dopamina. La dopamina nos permite hacer planes, sentir placer, motivarnos y sentirnos recompensados tras un esfuerzo. En algunas personas, el sistema de la dopamina es algo defectuoso o se estropea, y se desencadena un exceso de actividad de dopamina en unas zonas concretas del cerebro que produce los síntomas de la psicosis. Este exceso de dopamina produce desconfianza en situaciones que no deberían generarla, hace que se asocien pensamientos que no tienen ninguna lógica y que se produzcan así las ideas delirantes.

Teoría neurodesarrollo: sugiere que algunas personas sufren, durante las primeras etapas de su vida, unos acontecimientos que afectarían al desarrollo de su cerebro. Estos hechos crearían alteraciones cerebrales que aumentarían el riesgo de padecer psicosis. Sin embargo, el inicio clínico de la enfermedad no se manifestaría hasta la adolescencia, cuando las estructuras cerebrales implicadas alcanzarían la madurez.

Teoría inflamatoria: apunta a que algunas infecciones virales durante el embarazo podrían suponer un factor de riesgo importante para que se produzcan inflamaciones y anomalías en el cerebro justo cuando este se está desarrollando y es más vulnerable. Así, una infección materna en esta etapa podría aumentar el riesgo de desarrollar psicosis en personas especialmente vulnerables (o sea, con más predisposición genética o expuestos en la adolescencia a otros factores de riesgo ambientales).

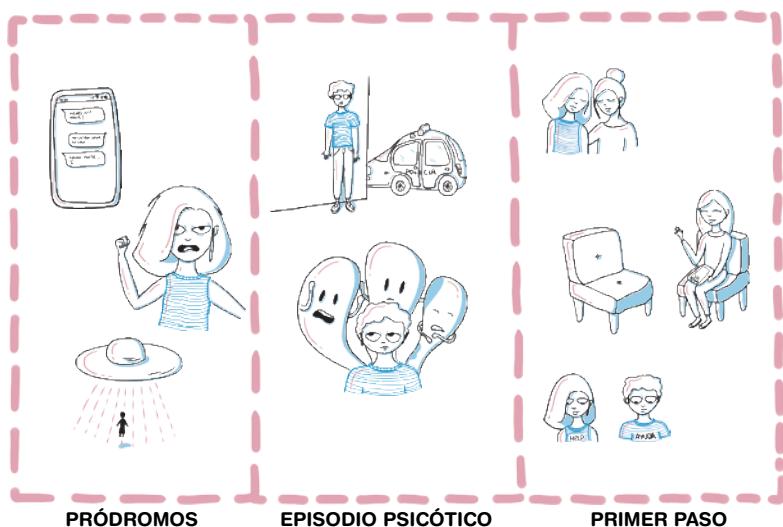
Igualmente, cada día, se siguen realizando más descubrimientos en relación a la psicosis, como la importancia de otros neurotransmisores (como la serotonina y el glutamato) o el funcionamiento de determinados circuitos cerebrales.



3

Fase inicial: desde que algo empieza a cambiar, los pródromos y el episodio agudo

El primer episodio de psicosis puede resultar una experiencia particularmente traumática y desconcertante. Los cambios en el comportamiento de la persona con psicosis acaban preocupando y angustiando a la familia y gente cercana, porque es difícil comprender qué está sucediendo. A menudo, esto provoca que cuando la persona afectada o sus familiares piden ayuda, haya transcurrido mucho tiempo, lo cual también retrasa el diagnóstico y el tratamiento. Es importante acudir a un especialista, ya que a veces los síntomas no son fáciles de detectar.



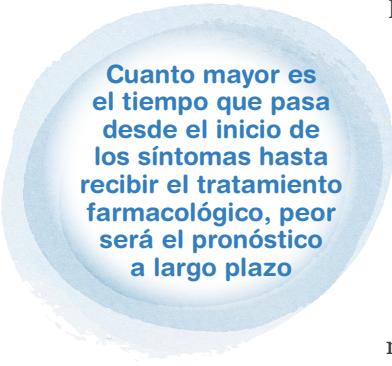
3.1. ¿Por qué es importante obtener ayuda cuanto antes?

A veces pasa mucho tiempo hasta que se empieza el tratamiento. Cuanto más largo sea este periodo de tiempo, más se puede ver afectado el día a día. Así, una persona con psicosis que pasa mucho tiempo sin tratamiento puede dejar sus estudios o perder el empleo, tomar drogas para intentar calmar los síntomas, o acabar rompiendo la relación con su familia y amigos. Además, este trastorno suele empezar a una edad decisiva en la vida de las personas, en la que se buscan los primeros empleos, se finalizan los estudios o se está formando una familia. Esto nos da más razones para intentar que dicho funcionamiento no se interrumpa y que se recupere lo más rápido posible. Si la psicosis se detecta rápido, pueden evitarse muchas de sus consecuencias negativas.

Los estudios de los últimos años señalan que cuanto mayor es el tiempo que pasa desde el inicio de los síntomas hasta recibir el tratamiento farmacológico, peor será el pronóstico a largo plazo. Esto quiere decir

que cuanto más tiempo pase, más difícil e incompleta será la recuperación del paciente.

Muchas veces el episodio psicótico aparece de forma muy aguda, en cuestión de días o pocas semanas, y este cambio de comportamiento tan brusco alerta en seguida a la familia, y hace que se acuda rápido a pedir ayuda. Esto, a su vez, provoca que



Cuanto mayor es el tiempo que pasa desde el inicio de los síntomas hasta recibir el tratamiento farmacológico, peor será el pronóstico a largo plazo

la recuperación y la respuesta también suelen ser más rápidas. Otras veces el episodio psicótico es de inicio lento y progresivo, de forma que la familia o el entorno de la persona no notan un cambio brusco de comportamiento, siendo incluso difícil determinar cuándo empezó. Este inicio tan lento y progresivo a menudo provoca que se tarde mucho tiempo en acudir al médico.

3.2. Signos prodromáticos comunes

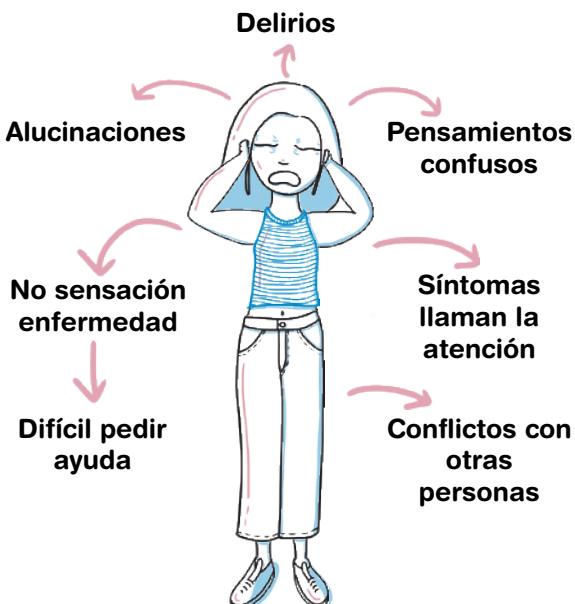
Ya hemos comentado anteriormente que hay unos síntomas que llamamos “pródromos” que empiezan antes del episodio psicótico. Aunque los pródromos pueden ser inespecíficos y, a veces, apenas perceptibles, lo importante es que no pasen desapercibidos cuando se agravan o se vuelven persistentes. Estos signos precoces varían según cada caso. No obstante, la persona aún no ha comenzado a presentar síntomas inequívocos de psicosis, tales como alucinaciones, delirios o ideas confusas.

En ocasiones, la familia detecta los pródromos cuando notan que algo no va del todo bien, aunque no sepa exactamente cuál es el problema. Otras veces estas conductas no son más que una reacción algo extraña ante situaciones difíciles, como las dificultades en los estudios o el trabajo, o problemas que surgen en relaciones sentimentales. No obstante, también es posible que sean los signos de una psicosis en fase de desarrollo y, por lo tanto, es muy importante que se investiguen sus causas.

3.3. ¿Cuáles son los signos de alarma de un episodio psicótico ya evidente?

Como hemos explicado anteriormente, los síntomas principales de un episodio psicótico son los delirios, las alucinaciones y el pensamiento confuso. Esta es una fase en la que es mucho más urgente recibir ayuda cuanto antes, pero en cambio suele ser también la fase en la que la persona que lo sufre se siente “menos enferma”, por lo que a veces es reacia a pedir ayuda.

Los signos de alarma van a ser comportamientos y actitudes que presenta la persona por el hecho de tener ideas delirantes, alucinaciones o pensamiento confuso. Son signos que llaman bastante la atención. A diferencia de los pródromos, no suelen pasar desapercibidos por los demás, y pueden llegar a ocasionar conflictos con otras personas.



3.4. El primer paso

Es muy importante que la persona que está sufriendo un episodio psicótico reciba ayuda lo antes posible. Es conveniente acudir al médico de familia, y si es necesario, a un servicio de urgencias de un hospital. Cualquiera de estos dos servicios sabrá cómo actuar para realizar el diagnóstico y el tratamiento lo antes posible.

Por desgracia, a menudo, la persona que sufre un episodio psicótico es la última en darse cuenta. No es raro que todos los que rodean a la persona afectada detecten comportamientos extraños y vean que tiene delirios. Mientras, la persona afectada cree en los delirios firmemente y no se da cuenta de lo extraño de su propio comportamiento. No es por casualidad, ni es que la persona afectada lo haga a propósito o minta, el no darse cuenta de los delirios es un síntoma más de la psicosis, al que llamamos falta de conciencia de enfermedad. Desafortunadamente, este síntoma es bastante frecuente, y hace más difícil que el paciente acepte el tratamiento.



Qué debe hacer la persona afectada

- Hay que escuchar a las personas queridas que detectan que algo no va bien.
- Es probable que uno desconfíe de mucha gente. Sin embargo, si las personas cercanas recomiendan acudir al médico, puede ser una buena opción.
- En caso de estar asustado o angustiado, el hospital más cercano puede ofrecer la ayuda necesaria.



Qué debe hacer la familia o los amigos

- Escuchar a la persona afectada y no intentar convencer a toda costa de que sus pensamientos están equivocados.
- Indicar la importancia de ser valorado por un profesional porque “algo no va bien” (acudir al médico de familia o a un servicio de urgencias de un hospital).
- Si hay conductas agresivas o el paciente se niega a acudir a un médico, hay diferentes maneras de conseguir que sea valorado por un profesional:
 - > Llamar a los servicios de emergencia (061, 112) para que acuden al domicilio y valoren a la persona, y si es necesario, que sea trasladada a urgencias. Esta es la manera más rápida y la que hay que utilizar en casos de urgencia por comportamientos agresivos o riesgo suicida.
 - > Exponer el caso ante el juzgado, que citará, si lo considera, a la persona afectada. Al acudir a la cita, será valorada por un forense, que decidirá cuál es la mejor medida a tomar.
 - > En algunas ciudades, hay equipos de profesionales en salud mental que pueden ir al domicilio de la persona afectada para realizar una primera valoración e iniciar el seguimiento y tratamiento, si se considera oportuno.



4

Al empezar a recibir ayuda: el tratamiento del episodio agudo

A nivel internacional, está ampliamente reconocida la importancia de realizar un tratamiento multicomponente donde exista una coordinación interdisciplinar. Por tanto, el papel de múltiples profesionales será fundamental en el proceso de recuperación y en la consecución de objetivos y dianas terapéuticas tras un primer episodio psicótico.

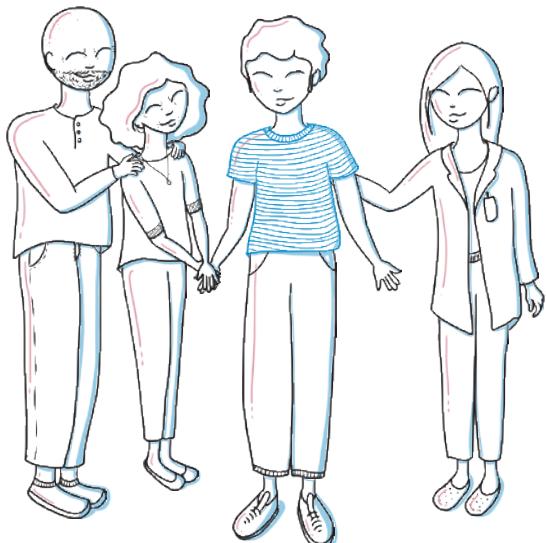
Entre los componentes de la intervención, nos encontramos en primer lugar el establecimiento de un tratamiento farmacológico. Por otro lado, será importante la instauración de una intervención psicoeducacional

familiar, la terapia psicológica, un entrenamiento en habilidades sociales y el consejo vocacional y educacional, entre otras. El establecimiento del plan terapéutico será exclusivamente individual, dependiendo de las necesidades de cada paciente, su evolución, la gravedad del episodio, los factores de riesgo y las fortalezas propias.

4.1. ¿Tratamiento desde casa o ingreso hospitalario?

En algunos casos, la persona con un primer episodio psicótico puede empezar el tratamiento y el seguimiento de manera ambulatoria, es decir, acudir a visitas periódicas con el equipo terapéutico y ser atendido en su domicilio por su familia y allegados.

A veces, sin embargo, es conveniente estar hospitalizado un tiempo antes de iniciar el tratamiento ambulatorio, ya que el ingreso en el hospital permite una observación más minuciosa de los síntomas, evita situaciones de riesgo, facilita la realización de pruebas y ayuda a evaluar mejor los efectos del tratamiento. Otras veces es el propio paciente quien pide el ingreso para poder descansar y sentirse protegido.



Por ejemplo, en ocasiones, el hecho de sentirse perseguido o acosado puede llevar a una gran desesperación y a conductas e ideas suicidas. En estos casos, la hospitalización permite garantizar la seguridad del paciente hasta que cedan los riesgos. En algunos casos, el ingreso debe realizarse de forma involuntaria (es decir, sin el consentimiento de la persona afectada), si el bienestar de la persona no puede garantizarse de forma ambulatoria. Aun así, siempre es por un periodo corto de tiempo y con el objetivo de reanudar lo antes posible el seguimiento ambulatorio.

4.2. ¿Qué pruebas y test hay que hacer?

Desgraciadamente hoy en día no existe ninguna prueba de laboratorio ni de otro tipo que nos diga si una persona tiene un diagnóstico de psicosis o no. El diagnóstico es básicamente clínico. Es decir, lo realizará el equipo terapéutico con la información que obtenga de las entrevistas con el paciente y con la familia.

Aun así, a menudo conviene realizar algunas pruebas para descartar enfermedades u otras causas que a veces pueden producir síntomas de psicosis. Estas pruebas pueden incluir:

- Análisis de sangre general.
- Análisis de drogas en orina.
- Pruebas de imagen cerebral: resonancia magnética o tomografía axial computarizada (escáner).
- Evaluación neuropsicológica para determinar tanto la existencia de déficits cognitivos asociados al episodio como las fortalezas cognitivas que serán fundamentales en el proceso de recuperación.
- Además, en casos poco claros, se valorará por parte de psicología clínica la realización de test psicológicos que pueden ayudar a aclarar el diagnóstico o a identificar dianas de tratamiento terapéutico.

Finalmente, en otras ocasiones, el médico puede decidir realizar pruebas para comprobar que el tratamiento es bien tolerado, y pueden incluir:

- Análisis de sangre con niveles de hormonas, principalmente prolactina.
- Electrocardiograma.

4.3. ¿En qué consiste el tratamiento?

La primera fase del tratamiento consiste en una visita que realiza el psiquiatra para conocer el caso y saber qué ha pasado. Durante esta entrevista, el psiquiatra querrá saber cuándo y cómo empezó la persona afectada a sentirse o a comportarse de forma extraña.

También deseará conocer cómo era la persona antes de que le sucediera esto, qué otras enfermedades tiene el paciente o si tomó algún tipo de drogas. En esta entrevista, es recomendable la participación de la familia u otras personas allegadas que puedan dar información que quizás el paciente no recuerda o no considera importante en ese momento. Con todos estos datos, el psiquiatra se hará una idea del caso y decidirá qué medicación es la adecuada.



En algunos casos, los síntomas desaparecerán poco tiempo después de empezar el tratamiento

Una vez comenzado el tratamiento, el paciente puede tardar varios días o semanas en empezar a mejorar. Puede ser un periodo de confusión y angustia para el paciente, que necesita el apoyo y comprensión de los médicos y enfermeros, precisamente en un momento en el que le cuesta mucho confiar en otras personas.

Es muy importante establecer una relación de confianza mutua entre el paciente y los profesionales de salud mental que le atienden. Para ello, a su vez, se iniciará, desde estas primeras fases, un abordaje psicológico que permita crear un vínculo terapéutico inicial y fortalecer las relaciones con los profesionales que le acompañan en este proceso.

La labor de psicología clínica estará centrada en trabajar conjuntamente con psiquiatría para esclarecer las dudas diagnósticas, y se iniciarán las primeras medidas asistenciales y terapéuticas. Asimismo, se comenzará una evaluación multidimensional de áreas personales, familiares e interpersonales, que ayudará a establecer la primera orientación de objetivos terapéuticos en la posterior fase de recuperación.

En algunos casos, los síntomas desaparecerán poco tiempo después de empezar el tratamiento, permitiendo retomar la vida normal de inmediato. En otros, la recuperación puede tardar semanas o incluso meses. Igual que en otras enfermedades, puede ser conveniente tomarse un descanso y, por lo tanto, estar de baja durante unas semanas, o descansar de los estudios hasta que la persona se encuentre mejor.

La medicación más adecuada puede variar en función de la gravedad de los síntomas, del tiempo que hayan estado presentes y de sus posibles causas. Algunas personas son más propensas a tolerar mal un tipo de medicamentos y no tener problemas con otros, por lo que, a día de hoy, es imposible prever qué medicamentos les sentarán bien y funcionarán; por tanto, a veces será necesario cambiar de medicación hasta dar con la correcta.

5

Tratamiento farmacológico

5.1. Los antipsicóticos

Los antipsicóticos son los principales medicamentos que se usan para tratar las psicosis (antiguamente se llamaban neurolépticos). Son la parte esencial del tratamiento de este tipo de trastornos y, junto con otras formas de terapia, tienen un papel muy importante en la recuperación del paciente. Los antipsicóticos son imprescindibles en la fase aguda de todos los episodios psicóticos, y también son necesarios en la fase de mantenimiento inicial, para evitar recaídas.

¿Cómo actúan los antipsicóticos?

Como hemos indicado antes, una de las teorías que explica la aparición de la psicosis se debe a un exceso de dopamina en unas determinadas regiones del cerebro. La mayoría de antipsicóticos actúan a nivel de los receptores de dopamina, ya sea directamente bloqueándolos o indirectamente disminuyendo la fabricación y la liberación de dopamina. El mecanismo por el cual cada antipsicótico actúa sobre la dopamina va a determinar su eficacia y también parte de los efectos secundarios.

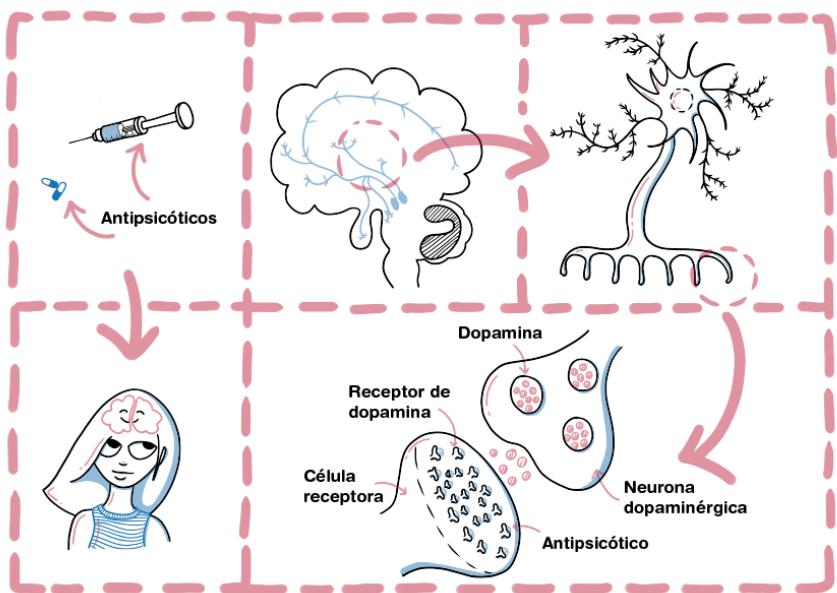
Los antipsicóticos clásicos actúan taponando la dopamina en todas sus vías, mientras que los atípicos suelen ser más sofisticados e intentan frenar la dopamina solo en unas regiones y mantenerla en otras, para interferir lo menos posible en las funciones normales de la dopamina.

Tipos de antipsicóticos

Los antipsicóticos disminuyen los síntomas de estos trastornos. Su variedad permite en muchas ocasiones escoger uno que se tolere bien y que apenas produzca efectos secundarios.

Es importante que el paciente informe a su psiquiatra si presenta alguna molestia debida a la medicación. A veces, el paciente asocia una molestia al tratamiento y es posible que no sea así, que la molestia se deba a otra causa o al mismo episodio psicótico. Si estas molestias no se corrigen a tiempo, puede acabar dejando el tratamiento, que es fundamental para la recuperación.

Podemos dividir los medicamentos antipsicóticos en dos tipos: clásicos y atípicos. Consulte con su médico en caso de querer obtener más información.



CLÁSICOS (TÍPICOS O DE 1^a GENERACIÓN)	ATÍPICOS (DE 2^a GENERACIÓN)
Más antiguos	Más modernos
Eficacia claramente demostrada.	Eficacia similar a los antipsicóticos típicos, aunque puede haber diferencias en eficacia entre unos y otros.
Más efectos secundarios.	Menos efectos secundarios.
Rigidez, lentitud de movimientos, sedación, exceso de saliva, piernas inquietas, somnolencia o afectación del deseo sexual.	Aumento de peso, somnolencia, afectación del deseo sexual o piernas inquietas.

El tratamiento suele empezarse a una dosis baja y es el médico quien elige, junto con el paciente y según la evolución de cada caso, los cambios necesarios en la dosis y en el tipo de tratamiento. Siempre habrá que contemplar el balance entre los beneficios del tratamiento y las molestias que pueda ocasionar.

No obstante, cada uno puede responder de diferente manera a una misma medicación, y los efectos secundarios varían mucho entre las personas. Es muy importante tener claro que si un primer tratamiento antipsicótico no se tolera bien, no significa que van a aparecer los mismos efectos secundarios con otro antipsicótico, por lo que es indispensable comentar con el médico las posibles molestias que creamos que puedan ser debidas al tratamiento, para hacer las modificaciones oportunas.

¿Cómo se pueden tomar los medicamentos antipsicóticos?

ORALES (DE TOMA DIARIA)	INYECTABLES (DE LARGA DURACIÓN)
Se toman por vía oral (pastillas, cápsulas o en jarabe).	Se administran por vía intramuscular (en el brazo o en el glúteo).
Cada día (normalmente solo una toma, pero, en ocasiones, varias veces al día).	Cada cada 15 días, 1 mes, 3 meses o 6 meses (aunque a veces es necesario que se acompañe de un tratamiento oral de toma diaria).
Gran variedad (lo que permite más cambios para acertar con el que se tolere mejor).	La administración intramuscular a veces puede ser molesta, y hay menos variedad de medicamentos.
Permite cambios de dosis muy fácilmente.	Ajuste de dosis menos rápido.
Es fácil olvidarse de tomar la medicación algún día, y esto es importante, porque una adherencia inadecuada podría aumentar el riesgo de recaída.	Facilita la detección de la falta de adherencia, lo que puede ayudar a prevenir una posible recaída. Y si no se administra, el médico o la enfermera tendrá constancia de ello.
La supervisión de la toma de la pastilla por la familia puede generar tensiones y discusiones.	Da confianza a la familia y evita las discusiones relativas a este tema.

>>

ORALES (DE TOMA DIARIA)	INYECTABLES (DE LARGA DURACIÓN)
Las pastillas pueden hacer recordar al paciente todos los días que está enfermo.	Facilita el no tener que pensar a diario en la enfermedad.
Hay mayor riesgo de tomar más de la cuenta o a horas muy distintas cada día y, por lo tanto, se pueden tener más efectos secundarios.	Suele proporcionar concentraciones del medicamento en la sangre más estables que la medicación oral, lo que repercute en menos efectos secundarios.

¿Cómo y cuánto tiempo se debe tomar la medicación?

Habitualmente, el tratamiento no es exactamente el mismo durante el episodio agudo que durante la fase de mantenimiento. En dicha etapa, se suele ir disminuyendo la dosis paulatinamente, o incluso se puede cambiar de antipsicótico si no se ha tolerado el tratamiento.

No hay un tiempo determinado que nos vaya a garantizar el haber “curado” la psicosis. Las diferentes guías nacionales e internacionales suelen establecer una duración de entre uno y dos años tras un primer episodio, aunque en algunos casos concretos, se plantee el mantenimiento del tratamiento hasta cinco años. Este hecho se debe principalmente a que el periodo inicial después del primer episodio es en el que existe más riesgo de recaídas y estas se asocian frecuentemente a un retraso en el periodo de recuperación y mayor resistencia al tratamiento.

Si tras este periodo, no se han producido recaídas y la persona se ha encontrado bien, se puede proceder a la retirada progresiva del tratamiento. En los casos en los que ha habido recaídas o algunos síntomas no han desaparecido del todo, no es conveniente suspender el tratamiento, es preferible encontrar la dosis mínima eficaz y mantenerla.

No hay un tiempo determinado que garantice “la cura” de la psicosis

5.2. Otros medicamentos

Además de los antipsicóticos, se pueden utilizar otro tipo de medicaciones de forma puntual o a largo plazo, dependiendo de cada situación:

Ansiolíticos: durante los primeros días, pueden ser necesarios algunos tranquilizantes, para calmar la ansiedad que produce estar viviendo una experiencia psicótica. Probablemente, estos ansiolíticos se podrán retirar sin problemas cuando los antipsicóticos hayan empezado a hacer efecto, en cuestión de días o pocas semanas.

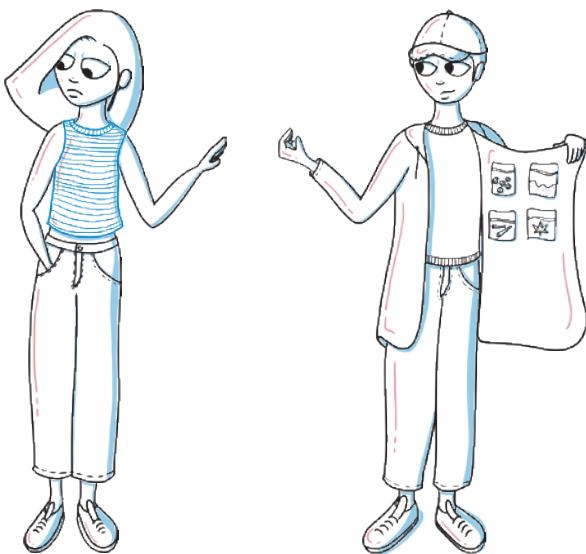
Eutimizantes: a veces, el episodio psicótico va asociado a alteraciones del estado del ánimo, como la depresión o la manía (un estado de elevada euforia). En estos casos, es frecuente asociar un medicamento antidepresivo o los llamados fármacos eutimizantes, como el litio o el ácido valproico, que nos ayudan no solo a prevenir la depresión, sino también los estados de elevada agitación, y nos permiten mantener un estado de ánimo estable.

5.3. ¿No hay ninguna otra alternativa para disminuir síntomas psicóticos en las primeras fases del episodio?

El tratamiento farmacológico ha permitido que el curso de la enfermedad no esté ligado a síntomas positivos (alucinaciones, delirios...) y alteraciones conductuales asociadas a los mismos.

Una vez resuelto el episodio agudo, una gran parte de investigaciones donde se estudia la eficacia de las intervenciones psicológicas en primeros episodios psicóticos se producen en combinación con tratamiento farmacológico, y se comparan con pacientes que solo reciben tratamiento farmacológico. La realidad es que muchas veces la eficacia de ambos grupos es similar.

El impulso actual de diferentes orientaciones que estudian la posible existencia de un tratamiento psicológico en ausencia de fármacos nace



con la motivación de buscar alternativas que supongan menores efectos secundarios y mejorar la funcionalidad. A su vez, muchos pacientes solicitan y desean la retirada de fármacos lo más pronto posible.

Hasta el momento, orientaciones psicológicas como el diálogo abierto y la terapia cognitivo conductual, entre otras, no muestran resultados concluyentes sobre la eficacia de las intervenciones psicológicas en ausencia de fármacos y, por ello, las diferentes guías nacionales e internacionales oficiales suelen indicar el uso del tratamiento farmacológico durante 1 o 2 años.

Por otro lado, hay algunas medidas que pueden ser de gran ayuda. Si se están consumiendo drogas, la más importante es dejar de hacerlo. En muchos casos, las drogas como los porros, la cocaína o derivados de las anfetaminas, juegan un papel muy relevante en la psicosis. Dejar de consumirlas ayudará, sin duda, a que el episodio psicótico se resuelva más rápidamente.

Finalmente, cabe añadir que los abordajes con terapias alternativas no son eficaces, y es importante poder poner en común, con el equipo sanitario de referencia, cualquier duda que surja al respecto.



Qué debe hacer la persona afectada

- A menudo, al recibir el diagnóstico de episodio psicótico, uno suele pensar cosas como: “nadie sabe mejor que yo lo que me pasa”, “piensan que estoy loco y no lo estoy, porque hablo coherentemente”, “todo es culpa de los que me trajeron al médico y no me hacía ninguna falta”, etc. Es importante entender que tanto el equipo terapéutico como la familia tienen unos objetivos similares al paciente: resolver el episodio y reiniciar el ritmo de vida lo antes posible con las máximas garantías de que va a ir bien.
- Muchas veces, ante el equipo terapéutico, cuesta comunicar cómo nos sentimos o las sensaciones que se están percibiendo. Es un momento de mucha confusión e inseguridad. Hay que comunicarse lo mejor que se pueda con el profesional. Cuanto más sepa de nuestros sentimientos y pensamientos, mejor podrá planificar el tratamiento exitoso para la resolución del episodio psicótico.
- A veces, la familia suele estar preocupada, hacen lo posible para que la persona afectada reciba la mejor ayuda y puede que esta se perciba como una presión. Es importante tener presente que, en algunos momentos, es fácil no darse cuenta de lo que está pasando, y es posible que la familia vea más necesario y urgente que uno mismo tener que recibir ayuda.



Qué debe hacer la familia o los amigos

- Tener presente que la mejoría en el tratamiento puede demorarse entre dos y ocho semanas o más. Es importante no reprochar conductas o ideas propias del episodio.
- Mostrar apoyo, intentar facilitar un ambiente tranquilo (no recibir demasiadas visitas) y evitar situaciones de tensión a su alrededor. Otro factor importante es mostrar confianza en el tratamiento y en el equipo terapéutico, para que la persona también confíe al máximo posible.
- El equipo terapéutico querrá valorar la evolución del paciente con la familia, porque es quien está más en contacto con él y le conoce más desde siempre. Es importante no ocultar información, explicar lo que han detectado cuando han estado a solas con la persona y relatar su comportamiento. De esta manera, el equipo tendrá más información y podrá realizar el tratamiento más adecuado.



6

¿Cómo reconstruirme tras el episodio?

En este apartado, hablaremos del tiempo que transcurre desde que ya ha pasado el grueso del episodio psicótico hasta que se recuperan lo suficiente como para volver a trabajar, a estudiar o a seguir con su vida normal.

6.1. ¿Cuánto tardará la recuperación?

Ya hemos comentado antes que aunque ya no haya ideas delirantes, alucinaciones ni confusión, puede ser que la persona afectada esté aún algo despistada, tenga poca concentración, esté triste o le falten fuerzas para desarrollar todas las actividades que hacía antes.

El proceso de recuperación varía según el caso. Algunas personas se recuperan de forma rápida con dosis bajas de tratamiento y con pocas

intervenciones por parte del equipo asistencial, mientras que otras requieren ayuda durante más tiempo. En el caso de un primer episodio de psicosis, la recuperación tarda por lo general varios meses. Si los síntomas continúan o vuelven a aparecer, el proceso de recuperación puede alargarse. Algunas personas pasan por un periodo difícil que dura meses, o incluso años, antes de que los síntomas puedan considerarse resueltos.

En la mayoría de los casos, hay dos fases en el periodo de recuperación, que a veces se solapan:

- La primera es la fase en la que los síntomas psicóticos (delirios, alucinaciones, etc.) acaban de desvanecerse del todo. No es extraño que, en ocasiones, persistan algunos durante varios meses, incluso después del ingreso (si lo ha habido). Así, a pesar de que el paciente está claramente mejor, puede tener aún la sensación de sentirse observado por la calle o tener cierta desconfianza en situaciones normales.
- Una vez que estos síntomas han desaparecido del todo, puede aparecer un estado de decaimiento, cansancio y desánimo. Si estos síntomas son muy intensos, puede que le llame “depresión postpsicótica” o depresión sin más. En esta fase, la persona afectada puede notar que le cuesta hacer cosas que antes no le suponían ningún esfuerzo. Por ejemplo, le puede costar mucho ir al gimnasio, salir con amigos, ponerse a estudiar o a trabajar. No es solo que tenga más pereza o que se haya vuelto vago, ya que aunque el paciente se esfuerce en empezar actividades, es posible que note que le cuesta mantenerlas. Puede sentirse incómodo con los amigos porque se siente más lento y menos atento en las conversaciones, o notarse menos espontáneo con los demás, como si le faltara “chispa”. Esta etapa suele tener una recuperación bastante más lenta que la anterior y ser progresiva. Por lo general, es recomendable empezar por pequeñas tareas y, poco a poco, ir subiendo el ritmo. Conviene informar a los profesionales responsables de si aparecen estos síntomas de decaimiento, ya que a veces algunas modificaciones en los fármacos y la intensificación de la terapia psicológica pueden ayudar a la recuperación. También existen otros recursos psicosociales



que pueden ser de utilidad en este periodo, facilitando que la persona afectada vaya sintiéndose progresivamente cómoda en diferentes ámbitos (con los amigos, en los distintos objetivos propuestos).

6.2. ¿Qué son los síntomas negativos?

Estos síntomas suelen ser de aparición lenta, incluso a veces antes del episodio psicótico, tienen una mejoría mucho más lenta y, en algunas ocasiones, incompleta. Como son mucho menos evidentes que otros (como las alucinaciones o los delirios), pueden pasar inadvertidos durante las primeras fases de la enfermedad. Es vital poder identificarlos para poder abordarlos pronto, ya que estos síntomas suelen interferir de forma importante en el día a día de la persona afectada.

Los síntomas negativos se pueden clasificar en cinco dominios principales:

Embotamiento afectivo: disminución de la expresión de las emociones y los sentimientos. Podemos observar que la persona no mantiene el contacto visual o realiza menos movimientos espontáneos.

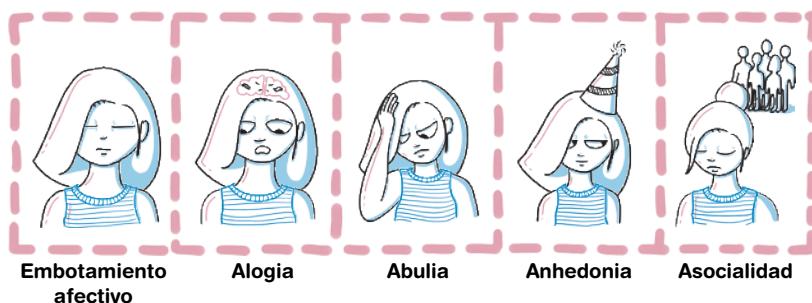
Alogia: empobrecimiento del lenguaje. Responde exclusivamente a lo que se le pregunta, con respuestas breves o con solo una palabra, tarda mucho tiempo en contestar. Incluso se pueden producir bloqueos (en medio de una conversación, la persona deja de hablar sin motivo aparente, porque ha perdido el hilo de la conversación).

Abulia: falta de motivación y energía. Puede presentar una higiene deficiente y dificultades para mantener los estudios o el trabajo.

Anhedonia: dificultad para experimentar placer. Suele dejar de realizar las actividades de ocio que le gustaban anteriormente.

Asocialidad: ausencia de interacción social. Deja de relacionarse o se relaciona menos con la familia y los amigos.

Además, los síntomas negativos también pueden ir acompañados de diferentes grados de deterioro cognitivo. En este caso, se presentan dificultades en la capacidad de atención o en la memoria, lo que conlleva problemas en la vida diaria de la persona. Estos síntomas también pueden ser muy inespecíficos, pero no siempre preceden la manifestación de la psicosis.



6.3. Intervenciones psicológicas

Dentro de los programas de tratamiento combinado para psicosis incipiente, nos encontramos diferentes intervenciones psicológicas funda-

mentales para la ayuda en el proceso de recuperación funcional. En las últimas décadas, han ido surgiendo diversas líneas de tratamiento e investigación en psicología clínica, destinadas a la prevención de trastornos mentales graves mediante el estudio e intervención en las primeras fases de la enfermedad.

A pesar de que la farmacoterapia ha evolucionado mucho y se ha convertido en el primer tratamiento de elección, no logra resolver del todo lo que para muchos pacientes es primordial, la mejora de la calidad de vida. De ahí, la importancia de establecer conjuntamente intervenciones de este tipo.

Como objetivos generales, se busca realizar un tratamiento psicológico personalizado, teniendo en cuenta las singularidades de cada paciente y conectando con las necesidades que perciben. Es importante para el éxito posterior de la terapia la búsqueda de coordinación en ámbitos académicos, formativos, laborales.

Existen diferentes paradigmas u orientaciones terapéuticas, pero de forma global, se pretende generar un vínculo terapéutico fortalecido que permita trabajar aspectos como: estrategias de afrontamiento al estrés, aumento de *insight* o conciencia de síntomas, psicoeducación al paciente y a sus familias, consumo de sustancias, otros cuadros frecuentes, como ansiedad y depresión, disminución del riesgo suicida y el estigma, intervenciones, como el trabajo en rehabilitación neurocognitiva y cognición social, y la búsqueda de prevención de recaídas.

Rehabilitación neurocognitiva y cognición social

El deterioro cognitivo que se puede producir en psicosis incipiente es el principal factor que predice cómo será el desempeño funcional, laboral, ocupacional y social. A veces, este deterioro puede aparecer de forma previa al episodio, o no aparecer ni antes ni después. También varía mucho en función de la gravedad. Puede haber desde alteraciones leves que no dificulten mucho el desempeño diario hasta algunos déficits importantes que no permitan realizar algunas actividades con tanta facilidad

como antes. En general, pueden aparecer problemas como: dificultad para concentrarse, tomar decisiones difíciles, recordar información, realizar operaciones mentales complejas, etc.

Para trabajar y rehabilitar estas funciones, primero tenemos que saber si verdaderamente hay un déficit. Para ello, existen protocolos de evaluación neuropsicológica que pueden determinar el perfil cognitivo de cada paciente. Una vez que tenemos estos resultados, podemos establecer un plan de tratamiento neurorrehabilitador individualizado que, en la mayoría de casos, se basan en programas estandarizados (por ejemplo, el de rehabilitación cognitiva en psicosis [REHACOP]).

Algunos de estos programas incluyen bloques de cognición social (como la IPT [Terapia psicológica integrada para la Esquizofrenia] y el EMC [Entrenamiento metacognitivo]). La cognición social es un conjunto de procesos mediante los cuales analizamos, interpretamos, recordamos y empleamos la información sobre nuestro mundo social. Gracias a ella, somos capaces de empatizar con otras personas, interpretar sus emociones, deducir las causas de las mismas o anticipar cómo reaccionará otra persona si hago o digo algo en concreto. Todos estos procesos son determinantes para tener una recuperación adecuada en psicosis incipiente, y dichos programas deben ir acompañados y monitorizados por profesionales de la psicología.

Terapias psicológicas

Existen diferentes orientaciones terapéuticas que pueden ponerse en marcha en los procesos de recuperación en una psicosis incipiente. Más allá del paradigma, las investigaciones evidencian la importancia del establecimiento de un adecuado vínculo terapéutico para conseguir resultados satisfactorios. A su vez, dada la complejidad de los cuadros psicóticos, se han ido desarrollando intervenciones más dirigidas a estos síntomas, promoviendo la consecución de nuevos objetivos terapéuticos, como: la reducción de la perturbación emocional que producen los propios síntomas psicóticos, la mejora de la funcionalidad y el enriquecimiento del contexto relacional.

Las terapias pueden ser:

Terapia cognitivo conductual: la terapia cognitivo conductual es una orientación psicológica que entiende que la interpretación de la realidad de los sujetos determina la forma en que nos comportamos y nos sentimos. Esto lleva a que los objetivos de trabajo de dicha terapia vayan dirigidos a los pensamientos, emociones y conductas. Hasta la fecha, es la orientación con mayor evidencia de eficacia, aunque presenta sus limitaciones, pues no todos los pacientes responden, o algunos lo hacen parcialmente. En general, se han visto resultados satisfactorios en la reducción de síntomas positivos y en la recuperación de la funcionalidad. Por el contrario, no existe evidencia de eficacia en la mejora de síntomas negativos ni en la prevención de recaídas.

Terapias cognitivo conductuales contextuales: las comúnmente denominadas “terapias de tercera generación”. Las intervenciones basadas en *mindfulness* (atención plena) están obteniendo resultados muy prometedores en la reducción de síntomas depresivos, con mejoría de la experiencia de autoeficacia, en reforzar el sentido de competencia social, promover el manejo del estrés y la mejora de la funcionalidad. La **terapia de aceptación y compromiso** en psicosis es de inicio reciente, y parece mostrar una mejoría en la perturbación emocional que generan los síntomas y en el funcionamiento cotidiano, aunque de momento la evidencia es muy escasa.

En la línea de estas últimas corrientes terapéuticas, va naciendo un enfoque de psicología positiva centrado, basado en las fortalezas de los pacientes y en la promoción del bienestar.

El concepto de *recovery* (recuperación) supone un proceso individual y gradual que se construye en base a la promoción de la conexión con los demás, la esperanza y el optimismo respecto al futuro, la identidad positiva, tener un propósito vital y la construcción progresiva de un empoderamiento.

Los episodios psicóticos se producen en personas jóvenes muchas veces en pleno proceso de desarrollo y formación de la propia identidad.

Algunos estudios identifican que los mejores facilitadores de cambios positivos en primeros episodios psicóticos son la alianza terapéutica positiva y la centrada en la potenciación de estas fortalezas individuales.

En resumen, la intervención psicoterapéutica ha de ir dirigida a la planificación de tratamientos combinados e individualizados, basándose en los síntomas específicos de cada paciente, en las fortalezas y el autodesarrollo personal, mediante el establecimiento de un satisfactorio vínculo terapéutico.

Intervenciones psicoeducativas familiares

Como parte del proceso integral de recuperación en psicosis incipiente, juegan un papel primordial las intervenciones psicoeducativas familiares. Cuando hablamos de psicoeducación, no nos referimos a la “mera educación”, sino a aplicaciones sistematizadas de información con un contenido y duración variables, en función de la población a la que se dirigen.

En la mayoría de los casos, las familias de pacientes con psicosis incipiente, deben sobrellevar una importante carga de estrés, gestionar el impacto emocional que estas situaciones producen y regular la tendencia a la sobreimplicación con sus allegados.

Los estudios actuales avalan la efectividad de estas intervenciones en el trabajo de prevención de recaídas. A su vez, existen resultados positivos en la reducción del número de hospitalizaciones, en la disminución de los síntomas y la mejora en el funcionamiento social y profesional. En general, los participantes manifiestan una disminución de sobrecarga familiar y un mayor reconocimiento y comprensión de la psicosis.

Es importante establecer este tipo de abordajes en fases tempranas del episodio.

6.4. Intervención de enfermería

El papel del profesional de enfermería especialista en salud mental es clave para garantizar la atención especializada, coordinando el seguimiento de los cuidados entre los diferentes dispositivos y niveles de asistencia, y realizando un abordaje de forma integral a las demandas de atención desde un modelo que considere los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en todas las fases del proceso.

Las intervenciones principales irán orientadas a mejorar la adherencia terapéutica, conciencia de enfermedad, intervenciones en crisis y en descompensaciones clínicas y en potenciar la salud física y mental.

Es característico de los profesionales de enfermería la relación de proximidad y de confianza que mantienen con el paciente y la familia, esto les permite profundizar en el conocimiento de este y de su entorno, proporcionando el apoyo posible en función de los recursos asistenciales disponibles, e incorporando los propios del paciente. La atención al paciente suele ser flexible y frecuente, adaptada a las necesidades de cada uno, trabajando a su vez en las habilidades y actividades de la vida diaria, incluyendo a las familias, y puede ser en formato individual, familiar o grupal.

En el asesoramiento, se ayuda a los pacientes a mejorar o recuperar sus capacidades de afrontamiento previas, a potenciar la salud mental y a evitar la enfermedad o la discapacidad mental. Específicamente se realiza: un trabajo psicoeducativo, motivacional y cognitivo-coductual; conciliación emocional; ayuda en la expresión de emociones, sentimientos y miedos; educación sanitaria; consejos preventivos; asesoramiento y orientación; trabajo de conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento; fomento y promoción de cambios; intervenciones para el control de la evolución de los problemas de salud; intervenciones y estrategias para el autocontrol; manejo de la enfermedad; prevención y control del síndrome metabólico; administración de tratamientos; actividades de farmacovigilancia; atención especial en pacientes con riesgo de desvinculación, atención espontánea.

6.5. Intervención social-comunitaria

A algunas personas les cuesta más recuperarse después de un episodio psicótico, bien porque están decaídas y no retoman el ritmo, o bien porque necesitan algo más de orientación para facilitarles la recuperación y remisión de los síntomas. En ocasiones, cuesta volver a los estudios o al mundo laboral, por lo que se recomienda la intervención de trabajadores sociales sanitarios, profesionales especializados en la adaptación y resolución de problemas derivados de una enfermedad.

Durante la fase de recuperación, es importante plantearse retos de futuro, ya sea retomando los proyectos de vida anteriores al episodio o planteándose nuevos proyectos adaptados a la nueva situación. Estos retos tienen que ser realistas y cercanos, centrados en las capacidades y no solo en las dificultades, por lo que se recomiendan intervenciones basadas en las técnicas de resolución de problemas, donde es el propio usuario quien define y trabaja aquel aspecto que cree que tiene que mejorar.

Para conseguirlo, es importante incorporar al entorno de la persona afectada en este proceso de rehabilitación psicosocial y de recuperación funcional, por lo que está indicado compartir este proceso con la familia y amigos, expresando las dudas y miedos que puede causar la reinserción laboral y educativa, haciéndoles partícipes de la evolución y de los logros conseguidos.

Se pueden utilizar técnicas adaptativas, ya sea a nivel individual o en grupo, que facilitan a las personas que han sufrido un episodio psicótico el acceso al mundo laboral o educativo, así como retomar el contacto con las amistades y plantear fórmulas saludables de ocio.

Si esta reincorporación fuera difícil desde el trabajo social, se puede gestionar la derivación y el acompañamiento a los servicios que la red de salud mental dispone para jóvenes, servicios de carácter especializado que proporcionarán más apoyo en la inserción y la adaptación a una nueva situación personal.

Frecuentemente, la enfermedad mental puede ocasionar pérdidas económicas y laborales, por lo que los profesionales de trabajo social realizarán un diagnóstico social sanitario completo, donde se valorarán todas las áreas afectadas (económicas, laborales, de alojamiento, etc.) para planificar una intervención social y gestionar todas las ayudas necesarias para paliar la situación.



Qué debe hacer la persona afectada

- Suele ser mejor empezar de forma progresiva la activación. Es importante recordar que si nos sentimos más lentos o menos espontáneos, estos síntomas suelen mejorar lentamente.
- Si nos cuesta retomar nuestra actividad, es recomendable consultar con el equipo terapéutico que puede ofrecer estrategias para retomar el ritmo.
- Es importante mantener el seguimiento y el tratamiento y consultar con el equipo las dudas al respecto.



Qué debe hacer la familia o los amigos

- Evitar acusar a la persona afectada de “vaga” o de “perezosa”. Es importante tener en cuenta que la persona que ha sufrido un episodio psicótico tiene una dificultad real derivada del mismo.
- Es conveniente apoyar proyectos y planes de la persona afectada, siempre y cuando sean realistas. También conviene apoyar las medidas que el equipo profesional considere oportunas para ayudar a la recuperación.
- Como en cualquier fase, es conveniente facilitar al máximo que el paciente pueda llevar a cabo el abordaje terapéutico.



7

Riesgo de recaídas: ¿puede volver a suceder?

Desgraciadamente, sí. No es raro que haya alguna recaída durante los primeros años después del primer episodio psicótico.

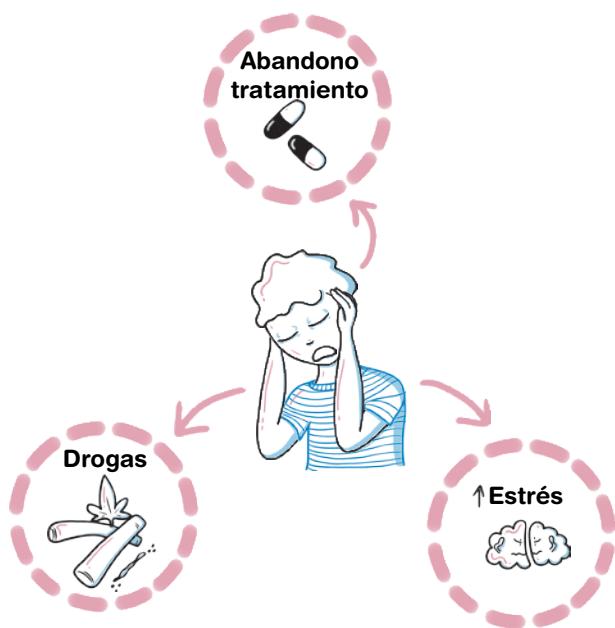
7.1. ¿Cuáles son las causas de las recaídas?

La causa más frecuente es el abandono del tratamiento. El riesgo de recaídas tomando adecuadamente el tratamiento es muy bajo. Por el contrario, si se abandona o no se cumple correctamente, el riesgo aumenta de manera espectacular. Es frecuente que si la persona afectada deja de tomar el tratamiento uno o dos días no pase nada, o incluso que se sienta mejor porque no siente algunos efectos secundarios. Esto sucede porque

la medicación aún mantiene su efecto protector durante varias semanas o meses.

La mayoría de las recaídas suceden entre dos y cuatro meses después de dejar el tratamiento, aunque algunas pueden suceder mucho antes, y otras, incluso un año después. Sabemos que dejar la medicación, aunque sea durante unos pocos días, aumenta el riesgo de recaídas.

Otro factor desencadenante de recaídas suelen ser las drogas. Nos referimos sobre todo al cannabis, la cocaína y las metanfetaminas, por su elevado consumo entre los jóvenes y por el elevado riesgo de recaída que supone su consumo.



Por último, el estrés es otro factor que puede provocarlas. Cuando hablamos de estrés, nos referimos a adversidades en general o a cualquier situación duradera que nos supere. Ejemplos de estrés serían: quedarse sin empleo, dificultades económicas, un ambiente familiar muy tenso, algunos trabajos con mucha tensión, etc.

En muchas ocasiones, no podemos controlar el estrés, ya que no escogemos tener dificultades económicas ni quedarnos sin empleo. Aun así, a veces podemos planificar nuestro ritmo de vida de manera que tengamos el menor estrés posible. También es muy importante el trabajo en prevención del estrés de la intervención psicológica.

7.2. ¿Cuáles son los síntomas de una recaída?

Habitualmente, los síntomas de una recaída son muy parecidos a los del primer episodio psicótico. Hay algunos síntomas precoces que pueden servirnos como signos de alarma, y suelen ser:

- Insomnio.
- Estar más irritable o malhumorado.
- Dejar de hacer las cosas habituales.
- Desconfiar demasiado o preocuparse por cosas a las que antes no se daba importancia.

Ante estos síntomas, es importante actuar rápidamente para evitar una recaída, o si esta se produce, que interfiera lo mínimo en nuestro día a día, y podamos evitar la hospitalización en la medida de lo posible. Así, en estos casos, es recomendable adelantar la visita con el psiquiatra o, si no es posible, acudir a urgencias, y asegurar al máximo el cumplimiento del tratamiento.



Qué debe hacer la persona afectada

- Evitar las principales causas de recaídas, tomar bien el tratamiento y no consumir drogas. El estrés es algo más difícil de controlar, pero la terapia psicológica nos puede dar algunas herramientas para afrontarlo. Algunas personas, tras varios meses después del primer episodio psicótico, se relajan y descuidan alguno o más de estos tres factores.
- Es importante conocer quiénes son las personas que forman parte del equipo asistencial (profesionales de psiquiatría, psicología clínica, enfermería, trabajo social...), y saber cuál es la mejor forma de ponerse en contacto con ellos. Durante los encuentros con el equipo, es conveniente solicitar todas las aclaraciones que sean necesarias. Puede ser útil apuntar las dudas a medida que van surgiendo.



Qué debe hacer la familia o amigos

- La familia o los amigos pueden disminuir el nivel de estrés dando apoyo, ayudando a la persona afectada a organizar su vida o ayudándola a afrontar una situación adversa. Hay que tener en cuenta que, en esta fase, está en manos de dicha persona el seguir bien las pautas o no. Por mucha insistencia que ponga la familia en tomar bien el tratamiento o evitar el consumo de drogas, esto tiene un efecto limitado en lo que haga o deje de hacer la persona afectada. Si hay recaídas por estos motivos, no debemos sentirnos culpables.
- Acompañar al paciente a algunas de las visitas. Una llamada o un mensaje el día anterior pueden evitar un olvido que podría posponer la visita.
- La familia y el personal asistencial tienen un mismo objetivo: ayudar a la persona que ha sufrido un episodio psicótico, por lo tanto, es fundamental establecer una buena colaboración entre ambas partes.
- Los amigos juegan un papel importante en esta fase. Es importante evitar consumir drogas delante de la persona afectada, y mucho menos ofrecérselas. Un episodio psicótico puede suponer un cambio muy importante en dicha persona. Conservar las amistades ayudará a mantener la estabilidad y a afrontar las adversidades.

Bibliografía

Jauhar S, Johnstone M, McKenna PJ. Schizophrenia. *Lancet.* 2022;399(10323): 473-86.

Mas S, Boloc D, Rodríguez N, Mezquida G, Amoretti S, Cuesta MJ, González-Peñas J, et al. Examining gene-environment interactions using aggregate scores in a first-episode psychosis cohort. *Schizophr Bull.* 2020;46(4):1019-25.

Murray RM, Englund A, Abi-Dargham A, Lewis DA, Di Forti M, Davies C, et al. Cannabis associated psychosis: neural substrate and clinical impact. *Neuropharmacology.* 2017;15(124):89-104.

Correll CU, Schooler NR. Negative Symptoms in Schizophrenia: A Review and Clinical Guide for Recognition, Assessment, and Treatment. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2020;16:519-34.

Fusar-Poli P, McGorry PD, Kane JM. Improving outcomes of first-episode psychosis: an overview. *World Psychiatry.* 2017;16(3):251-65.

Keating D, McWilliams S, Schneider I, Hynes C, Cousins G, Strawbridge J, et al. Pharmacological guidelines for schizophrenia: a systematic review and comparison of recommendations for the first episode. *BMJ Open.* 2017;7(1):e013881.

Bird V, Premkumar P, Kendall T, Whittington C, Mitchell J, Kuipers E. Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *Br J Psychiatry.* 2010;197(5):350-6.

Álvarez-Jiménez MA, Parker AG, Hetrick SE, McGorry PD, Gleeson JF. Preventing the second episode: a systematic review and meta-analysis of psychosocial and pharmacological trials in first-episode psychosis. *Schizophr Bull.* 2011;37(3):619-30.



Estudi i Tractament
d'Episodis Psicòtics

ciber | SAM



Con el patrocinio de:

