



INTERPSIQUIS

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología
y Enfermería en Salud Mental

ABORDAJE TERAPÉUTICO INTEGRAL EN UN PRIMER EPISODIO PSICÓTICO

INTEGRAL THERAPEUTIC APPROACH IN A FIRST PSYCHOTIC EPISODE

Miguel Ángel Soriano Lechuga, Julia Moreno Osuna, Cintia Romina Capocasa

miasl@hotmail.com

Psicosis, Primer Episodio, Rehabilitación, Biopsicosocial

Psychosis, First Episode, Rehabilitation, Biopsychosocial

RESUMEN

El abordaje de un primer episodio psicótico es uno de los pilares fundamentales teóricos y de actuación en la Salud Mental de hoy en día, siendo un gran reto desde sus primeras descripciones en la Antigüedad hasta el momento actual. En primer lugar, es necesario un correcto diagnóstico clínico psicopatológico para, posteriormente, abarcar la intervención terapéutica desde un punto de vista holístico y biopsicosocial, donde tanto la medicina y psicofarmacología, la psicoterapia de diversas escuelas, así como el abordaje rehabilitador y social juegan un papel fundamental.

Tras el análisis del tema, se procede a la exposición de un caso clínico real de la práctica psiquiátrica, donde se hace hincapié en el abordaje completo de las tres esferas mencionadas anteriormente. La temática es ciertamente compleja en varios sentidos, puesto que el mismo diagnóstico de un primer episodio psicótico conlleva controversia y no existe una absoluta uniformidad entre los diferentes profesionales de la salud mental, más acusado aún si nos referimos a la posible prevención primaria de pacientes de alto riesgo de debut psicótico.

Finalmente, las conclusiones muestran un tema en auge por motivos de investigación, psicofarmacológicos, psicoterapéuticos, rehabilitadores y éticos, que avanza un futuro hasta ahora incierto y repleto de subjetividad con respecto a esta entidad clínica en la que parece que proliferan más preguntas que respuestas.

ABORDAJE TERAPÉUTICO INTEGRAL EN UN PRIMER EPISODIO PSICÓTICO

ABSTRACT

The approach of a first psychotic episode is one of the fundamental theoretical and acting pillars in the Mental Health of today, being a great challenge from its first descriptions in Antiquity to the present time. First, a correct clinical psychopathological diagnosis is necessary to subsequently cover the therapeutic intervention from a holistic and biopsychosocial point of view, where both medicine and psychopharmacology, psychotherapy of various schools, as well as the rehabilitative and social approach play a fundamental role.

After the analysis of the topic, we proceed to the presentation of a real clinical case of psychiatric practice, where the full approach of the three areas mentioned above is emphasized. The subject is certainly complex in several ways, since the same diagnosis of a first psychotic episode involves controversy and there is no absolute uniformity between the different mental health professionals, even more pronounced if we refer to the possible primary prevention of patients with High risk of psychotic debut. Finally, the conclusions show a booming topic for research, psychopharmacological, psychotherapeutic, rehabilitative and ethical reasons, which are advancing a future so far uncertain and full of subjectivity with respect to this clinical entity in which it seems that more questions than answers proliferate.

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La principal motivación en la ponencia actual radica en la revisión del abordaje integral completo de un paciente con diagnóstico de trastorno de la esfera psicótica, siempre teniendo en cuenta la visión biopsicosocial. Para ello, primeramente se introduce el abordaje farmacológico de pacientes que son subsidiarios, en gran cantidad de ocasiones, de un ingreso de carácter involuntario por riesgo para sí o para terceros, con las consiguientes repercusiones ético-legales que esto supone tanto para el profesional facultativo implicado como para el paciente y sus familiares. Al tratamiento farmacológico le sigue el tratamiento psicoterapéutico y el tratamiento desde la perspectiva rehabilitadora, comunitaria y social, en la cual nos extenderemos en el apartado correspondiente.

Lo anterior se une a la compleja perspectiva temática expuesta, ya que el propio diagnóstico de un primer episodio psicótico no está exento de controversia, y no existe una absoluta homogeneidad entre profesionales que garantice un diagnóstico objetivo y replicable para todo aquel especialista de la salud mental que atiende a este tipo de pacientes.

ABORDAJE TERAPÉUTICO INTEGRAL EN UN PRIMER EPISODIO PSICÓTICO

Así pues, el interrogante de la prevención primaria en pacientes de alto riesgo de desencadenamiento psicótico complejiza aún más la intervención, sin olvidar las repercusiones éticas y socioculturales que hoy en día están presentes en nuestra sociedad occidental en lo referido al diagnóstico y estigma de la salud mental en general, y la psicosis en particular en nuestro caso.

MÉTODO

Primera Fase. Búsqueda inicial: esta primera etapa permite una aproximación inicial a la gran cantidad de información disponible publicada sobre el tema objeto de estudio, así como a las bases de datos que podemos consultar y la calidad de las mismas y de los artículos o revistas que incluyen. La búsqueda inicial se realiza incluyendo términos descritos como palabras clave.

Esta primera búsqueda ha reflejado la existencia de numerosos documentos (entre ellos artículos y revistas) donde se habla del tema objeto de estudio.

Segunda Fase. Búsqueda sistemática: La segunda fase nos informa sobre la consulta en las siguientes bases de datos: MEDES, PubMed, y Google Académico. Igualmente la búsqueda se realizó con palabras claves descritas.

Tercera Fase. Revisión Bibliográfica: Se realiza una búsqueda de artículos y estudios seleccionando aquellos que nos parecen más adecuados al tema a tratar, considerando autor, contenido adecuado para el tema a tratar, año de publicación y revista o libro.

Cuarta Fase. Aplicación de la bibliografía a un caso clínico real de la práctica clínica de la psiquiatría.

MATERIAL Y APLICACIÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Nos disponemos a presentar un caso clínico real, cuyos datos biográficos han sido modificados parcialmente para preservar la confidencialidad del usuario. Los datos recogidos originalmente son demasiado extensos como para incluirlos completamente en el caso que nos ocupa actualmente, por lo que se han seleccionado las características más importantes desde el objetivo propuesto con la intención de mantener un hilo conductor de la información que organice los datos dispuestos y mantenga un sentido temporal coherente y lógico.

ABORDAJE TERAPÉUTICO INTEGRAL EN UN PRIMER EPISODIO PSICÓTICO

Exposición de un caso clínico de pep

Gabriel, varón de 25 años, natural de Málaga, acude en la madrugada acompañado de su madre al Servicio de Urgencias del Hospital por alteraciones conductuales, desorganización del pensamiento y comportamiento inadecuado.

Antecedentes Personales:

- Antecedentes Orgánicos: no es alérgico a ningún medicamento o producto sanitario. No presenta antecedentes orgánicos de ningún tipo salvo asma extrínseca auto-limitada con la toma de antihistamínicos en épocas estacionales. No toma medicación a nivel psiquiátrico. Niega la toma de sustancias tóxicas.
- Antecedentes de Salud Mental: sin contacto previo salvo contacto puntual con psicólogo con 15 años en la Educación Secundaria Obligatoria por acoso escolar.
- Antecedentes Sociales: hijo único. Madre de 45 años ama de casa, padre de 46 años trabaja como administrativo. El resto de la familia no vive en la ciudad. Habita en un barrio con un nivel sociocultural y económico bajos con varios compañeros de piso. Se encuentra cursando estudios universitarios, aunque se ha ausentado en los últimos meses por la sintomatología descrita como motivo inicial de consulta. Como aficiones destacan los deportes, que últimamente ha abandonado al igual que otro tipo de actividades de ocio. Red social anteriormente amplia, con disminución en los últimos meses.

Exploración Física

Aspecto enfermizo, pálido, desvitalizado, desconectado del medio. Se encuentra con pérdida de fuerza en miembros inferiores y superiores, dificultad para moverse, enlentecido, aunque transmite una clara sensación de ansiedad interna. La familia no informa adecuadamente de la sintomatología, más allá de: *"no he notado nada, salvo que ha dejado de comer en los últimos meses, cada vez comía menos"*. Así pues, llama la atención su clara delgadez, con un Índice de Masa Corporal (IMC) en torno a 16 kg/m².

No ha presentado fiebre ni síntomas físicos aparte de los descritos. No focos infecciosos. No rigidez de nuca. No hay catatonía, sino hipotonía muscular. La exploración neurológica no arroja más datos singulares. A nivel dermatológico, presenta petequias a nivel abdominal medio-lateral, en relación probablemente a vómitos auto-inducidos según refiere la familia.

Pruebas Complementarias

- Analítica sanguínea: sin alteraciones. No marcadores de procesos inflamatorios agudos o crónicos, no signos de anemia.
- Analítica de orina: sin alteraciones. Sustancias tóxicas en orina negativas.

ABORDAJE TERAPÉUTICO INTEGRAL EN UN PRIMER EPISODIO PSICÓTICO

- Electroencefalograma y TAC: sin alteraciones, lóbulos cerebrales sin atrofia cortical o subcortical, no focos isquémicos ni hemorrágicos, surcos cerebrales conservados, no signos de hipertensión intracraneal, no desviación de línea media.
- Punción Lumbar: sin alteraciones. Líquido lumbar claro, sin células inflamatorias.
- Ecografía abdominal, radiografía torácica: normales, sin masas o megalias, con tamaños y formas orgánicas adecuadas.

Exploración Psicopatológica

Consciente, desorientado por momentos en tiempo y lugar, a veces confuso. Poco colaborador y difícilmente abordable en un primer momento. Perplejo. Aspecto enfermizo, pálido y enlentecido. Impresiona de estado de ansiedad interna elevada. Lenguaje pobre, difícil comunicación, responde de forma muy escasa y la mayoría de las veces con pararrespuestas. Impresiona de estado confusional. No auto ni heteroagresividad en ese momento. Apetito disminuido en último mes. Sueño afectado.

Orientación Diagnóstica en el Servicio de Urgencias

- Síndrome confusional agudo a proceso orgánico no filiado.
- Episodio psicótico a filiar origen.
- Trastorno de la conducta alimentaria.

Plan de Actuación Terapéutico

Debido al riesgo vital del paciente, se realiza el ingreso en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental del Hospital Universitario de referencia en la provincia.

Evolución durante el ingreso en Unidad de Hospitalización

Durante el ingreso del paciente, de duración aproximadamente un mes, se produce un desencadenamiento psicótico, cuya duda era despejar un trasfondo orgánico causante o una psicosis primaria, por lo que consideramos fundamental la observación estricta desde el punto de vista orgánico durante su ingreso en el hospital. Finalmente, y ante la no aparición de marcadores o síntomas orgánicos, nos decantamos por un episodio psicótico no orgánico.

Durante el ingreso, presentó ansiedad psicótica, apareciendo una marcada sensación persecutoria en relación a su propio cuerpo, se sentía "*perseguido desde dentro y fuera*", con suspicacia y desconfianza hacia el personal sanitario.

A la exploración psicopatológica durante el ingreso, se muestra consciente, orientado, colaborador, abordable. Aspecto desaliñado, desaseado, ojeroso, cara de cansancio, asustado, suspicaz mirando en la consulta hacia atrás, un tanto inquieto y angustiado. Por

ABORDAJE TERAPÉUTICO INTEGRAL EN UN PRIMER EPISODIO PSICÓTICO

momentos se muestra perplejo, bloqueado mentalmente. Impresiona de cansancio y de días sin comer. Aparece ideación delirante de perjuicio y persecución, inicialmente con su compañero de piso y actualmente extendida hacia los vecinos del bloque de piso, así como de envenenamiento en cuanto a la comida, lo que ha provocado una disminución de la ingesta y un IMC de 16. Interpretaciones delirantes. Alteraciones sensorio-perceptivas auditivas en tercera persona comentadoras de sus acciones, que lo insultan y amenazan. Discurso con aumento de latencia de respuesta por su actitud de escucha de voces. Insomnio, hiporexia. No ideación autolítica ni pensamientos de muerte estructurados. No auto o heteroagresividad durante el ingreso. Juicio de realidad y capacidad volitiva afectados.

El diagnóstico clínico durante el ingreso fue finalmente el de primer episodio psicótico no secundario al consumo de tóxicos y sin causa orgánica.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DEL CASO CLÍNICO

Una vez expuesto el caso clínico, y basándonos en el estado de la cuestión, analizamos el abordaje integral del paciente.

Primeramente y fundamental como inicio, acudimos a los Manuales de Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Versión^{1,2} (CIE-10) para el diagnóstico previo al tratamiento. Según la CIE, para diagnosticar un trastorno psicótico, en este caso una probable esquizofrenia paranoide, se requiere de un síntoma de los grupos 1 al 4 o dos síntomas de los grupos 5 al 9 durante al menos 6 meses:

ABORDAJE TERAPÉUTICO INTEGRAL EN UN PRIMER EPISODIO PSICÓTICO

1. Fenómenos de eco, inserción, robo o difusión del pensamiento.
2. Delirios de control, influencia (referidos al cuerpo, miembros, pensamientos, acciones, sensaciones) y percepción delirante.
3. Alucinaciones auditivas: voces comentadoras o dialogantes, o voces que surgen de alguna parte del cuerpo.
4. Ideas delirantes culturalmente inapropiadas o imposibles (religiosas, políticas, sobrehumanas).
5. Alucinaciones de cualquier tipo si se acompañan por fugaces o semi-estructuradas ideas delirantes, sin claro contenido afectivo, o por ideas sobrevaloradas persistentes.
6. Interceptación o bloqueos del curso del pensamiento, que conlleva incoherencia en el lenguaje o neologismos.
7. Conducta catatónica: excitación, mantenimiento de posturas inadecuadas, flexibilidad cérica, negativismo, mutismo, estupor.
8. Síntomas negativos: apatía, pobreza en el lenguaje, embotamiento o incongruencia de la respuesta emocional, que conduce a un retraimiento social.
9. Cambio consistente y significativo de la cualidad de algunos aspectos de la conducta general: pérdida de interés, falta de objetivos y de ociosidad, aislamiento social.

Estos síntomas no se explican por alteraciones a nivel orgánico como enfermedades médicas, consumo de sustancias orgánicas u otras sustancias psicoactivas, así como tratamientos médicos pautados.

Por lo tanto, como primer paso, podríamos diagnosticar al paciente puesto que se cumplen los criterios 2,3,4,5,6 y 9, y además en ausencia de enfermedad médica o sustancia exógena que pueda explicar la sintomatología. Aunque el caso clínico se expone durante la duración del ingreso de 1 mes, la presencia de los mismos tenía una duración previa y posterior de varios meses de duración. Siendo más preciso, se trataría probablemente de una Esquizofrenia tipo Paranoide (F20.0, según CIE-10) puesto que lo más florido del cuadro se encuentra a nivel de sintomatología productiva positiva psicótica (alucinaciones y delirios) y en menor medida sintomatología psicótica negativa o de pobreza ideoaffectiva, lo que inclinaría el diagnóstico hacia una Esquizofrenia Simple o Hebefrénica. Debido a esto, es fundamental realizar un correcto diagnóstico diferencial tanto con el resto de enfermedades mentales como con el resto de enfermedades médicas orgánicas que puedan solaparse en cuanto a la expresión sintomática en el cuadro clínico.

ABORDAJE TERAPÉUTICO INTEGRAL EN UN PRIMER EPISODIO PSICÓTICO

Una vez realizado el diagnóstico clínico, la intervención será multidisciplinar y holística desde un punto de vista biopsicosocial: abordaje médico y psicofarmacológico, abordaje psicoterapéutico y abordaje socio-rehabilitador.

ABORDAJE PSICOFARMACOLÓGICO

El paciente en cuestión, durante su ingreso fue tratado con antipsicóticos de 2ª generación, en concreto con Olanzapina comprimidos bucodispersables orales, inicialmente con dosis de 5mg/24 y posteriormente aumento semanal a dosis de 20mg repartidos cada 12 horas. Añadido a esto, y para tratar el resto de síntomas asociados al episodio psicótico como la ansiedad psicótica, insomnio secundario o pérdida de apetito, se pautó Lormetazepam 2mg en la noche y Diazepam 10mg a demanda por parte del paciente durante el día si sufre ansiedad, con un máximo de 3 comprimidos al día. Se informó tanto a paciente como familiares de las pautas y planes terapéuticos a seguir, así como de los posibles efectos secundarios (hiperexia, aumento de peso, síndrome metabólico, hiperfagia, hipotensión) a la toma de Olanzapina. Es fundamental la conciliación farmacológica tanto con el paciente como con sus familiares por parte del facultativo, puesto que de ello depende en gran medida la futura adherencia y el futuro éxito del tratamiento que repercutirá directamente en el paciente.

No debemos olvidar la valoración orgánica previa instauración de APS2 (electrocardiograma, radiografía torácica, analítica sanguínea con marcadores cardíacos e inflamatorios, tensión arterial, peso y talla) de manera periódica. Con Gabriel fue especialmente importante la nutrición y el peso, puesto que secundariamente al delirio de envenenamiento, había sufrido una pérdida ponderal importante que fue remitiendo paulatinamente con los aportes proteicos y vitamínicos adecuados.

A la hora de elaborar un listado de psicofármacos de segunda generación, los indicados como hemos comentado, es fundamental recurrir a ficha técnica (*Vademécum 2017*) donde poder encontrar posología indicada de inicio, de mantenimiento, dosis de escalada o desescalada así como intercambio entre uno u otro fármaco³.

ABORDAJE TERAPÉUTICO INTEGRAL EN UN PRIMER EPISODIO PSICÓTICO

Antipsicótico 2ª Generación (APS2)	Dosis Inicial	Dosis Media de Mantenimiento	Dosis Máxima
Olanzapina	5 mg/24h	10-15mg/24h	20mg/24g
Risperidona	1-2mg/24h	3-6mg/24h	9-12mg/24h
Quetiapina	200mg/24h	400-600mg/24h	800mg/24h
Aripiprazol	5mg/24h	10-20mg/24h	30mg/24h
Asenapina	5mg/24h	10-15mg/24h	20mg/24h
Paliperidona	6mg/24h	9mg/24h	12mg/24h
Amisulpride	300mg/24h	400-800mg/24h	1200mg/24h
Sertindol	4mg/24h	12mg/24h	20mg/24h
Ziprasidona	80mg/24h	120mg/24h	160mg/24h

Adaptado Stahl's Essential Psychopharmacology⁴ (2013)

La siguiente cuestión del abordaje farmacológico de un PEP es: ¿Cuánto tiempo tratar farmacológicamente un primer episodio psicótico? La IEPA (International Early Psychosis Association) recomienda⁵:

- Si los síntomas remiten en menos de un mes y el episodio no ha sido grave: re recomienda suspensión gradual y consensuada (psiquiatra, paciente, familiares, enfermería) del APS2 a partir de los 12 meses de su inicio, y durante un periodo de entre 3 y 6 meses de retirada paulatina. Es muy importante la supervisión clínica y la monitorización durante 5 años.
- Si los síntomas no remiten en menos de un mes y además han sido graves: recomienda 24 meses de tratamiento y la suspensión gradual y consensuada durante un periodo de entre 3 y 6 meses, con supervisión durante 5 años.
- En el último caso en el que la remisión sintomática sea incompleta o aparecen recaídas, la recomendación de la IEPA es mantener de forma continua el tratamiento antipsicótico mínimo durante 5 años de seguimiento, y valorar posibilidad a partir de entonces.

ABORDAJE TERAPÉUTICO INTEGRAL EN UN PRIMER EPISODIO PSICÓTICO

En el caso de Gabriel, la respuesta fue completa y adecuada a los síntomas descritos en menos de 1 mes, por lo que se mantuvo el tratamiento, tal como indican las guías IEPA comentadas, durante 12 meses, con monitorización y supervisión médica estrecha en su Centro de Salud Mental Comunitaria una vez al alta de la Unidad de Hospitalización de Salud Mental. No fue precisa la modificación de tratamiento ni el cambio a otro antipsicótico de segunda o primera generación.

Sin embargo, puede darse la posibilidad de no adherencia al tratamiento prescrito, lo que puede llevarnos a la cuestión de plantear los tratamientos antipsicóticos inyectables (LAI) de duración mensual/bimensual/trimestral. Este tema abre un abanico de complejas cuestiones éticas a nivel de voluntariedad o involuntariedad del tratamiento y en torno a la conciencia o no de enfermedad y al nivel y capacidad volitivos del usuario⁶.

ABODAJE PSICOTERAPÉUTICO

El abordaje psicoterapéutico es un pilar fundamental para una adecuada intervención integral en los PEP. Importancia especial supone en el caso de Gabriel, de 25 años, que presentaba diversos conflictos a nivel familiar y personal, que son en general más frecuentes en dicha franja de edad.

Según una revisión de González y Rodríguez⁷, en relación al tratamiento psicoterapéutico deben tenerse en cuenta:

- El objetivo fundamental de los programas psicosociales es el aumento de la autonomía del paciente, de sus competencias sociales y de su calidad de vida. Para ello, es fundamental la intervención para fomentar la autodisciplina y auto-competencia en el propio conocimiento de la enfermedad y su curso en el paciente.
- Las intervenciones psicoterapéuticas deben basarse en la Terapia Cognitivo-Conductual, que se sustentan en los principios del Aprendizaje y la Conducta, siempre y cuando se tengan en cuenta las consideraciones propias de la psicosis, como pueden ser: dificultad en los procesos psicológicos básicos (atención, motivación, percepción, pensamiento, aprendizaje, lenguaje), la poca familiaridad con la sintomatología incipiente, la falta de datos en torno al curso clínico tanto para pacientes como para sus familiares, desconocimiento de cómo abordar hábitos de vida diarios, trabajo en grupo, ocupaciones, etc.
- Se deben enmarcar estas intervenciones en un marco de actuación más amplio que contemple la intervención multidisciplinar e integral.
-

ABORDAJE TERAPÉUTICO INTEGRAL EN UN PRIMER EPISODIO PSICÓTICO

Otros autores como McGorry⁸ informan sobre las condiciones mínimas que deben atenderse en los programas psicoterapéuticos de los PEP:

- Fomentar el conocimiento de los causas y riesgos asociados a los PEP: identificar estresores en el entorno, patrones de aparición y mantenimiento, afrontamientos favorables ante dichas cuestiones, características personales, alteraciones clínicas frecuentes.
- Establecer el tratamiento en función de las propias necesidades del paciente, de manera individualizada, y siempre contemplando la fundamental aportación de la familia como pilar fundamental en la detección de crisis y evitación de las hospitalizaciones, como sostén familiar.

Centrándonos en la Terapia Cognitivo- Conductual, los componentes fundamentales en la misma serían⁹:

- Fomento de una alianza terapéutica adecuada.
- Fijar objetivos de tratamiento y estrategias adecuadas.
- Descripción de las cadenas conductuales (antecedente-conducta-consecuencia) aplicándolo a la aparición de síntomas, y con el fin de explorar las posibilidades de minimizar los riesgos de aparición o de complicaciones.
- Establecer tareas a completar previa a la siguiente sesión para identificar los factores comentados anteriormente.
- Aplicación cognitivo-conductual de la reestructuración cognitiva de pensamientos delirantes y alucinaciones, como se explica en la Terapia de Orientación Cognitiva para la Psicosis Temprana (COPE) de Henry y Edwards, así como el programa de Tratamiento Sistemático de la Psicosis Persistente (STOPP) de Herrmann-Doig y Maude.

En esta familia, el desconocimiento de la enfermedad mental era absoluto, por lo que la psicoeducación y las terapias familiares fueron esenciales para comprender el desarrollo de una enfermedad crónica, que va a requerir la participación tanto del paciente como de los familiares. No obstante, fueron posible una intervención psicoterapéutica individual y familiar donde se analizaron los estresores ambientales antecedentes, las conductas y las consecuencias de las mismas, con la posibilidad de fomentar mecanismos de afrontamiento personal de las emociones más saludables.

En relación a la ansiedad tan manifiesta, a nivel individual se pudo establecer un encuadre de la atención, explorando las necesidades, grados de conocimiento de la enfermedad, expectativas/preocupaciones, y afrontamiento.

ABORDAJE TERAPÉUTICO INTEGRAL EN UN PRIMER EPISODIO PSICÓTICO

Fue importante la validación de reacciones emocionales, reforzar canales de comunicación, reestructurar atribuciones erróneas de culpa o responsabilidades, entrenamiento en relajación, psicoeducación del proceso de la enfermedad, confrontación de incongruencias mostradas entre el discurso y el afrontamiento, entrenamiento y soporte en búsqueda de soluciones, así como pactar un plan adecuado de cara al futuro para la identificación de los factores estresantes y prevención de afrontamientos inadecuados que puedan conllevar recaídas.

A nivel familiar, fue necesario un establecimiento de vínculo terapéutico con todos los componentes que un primer momento parecía complejo. Favorecer igualmente la expresión emocional y canalizar la expresión desadaptativa. Fue preciso dotar de recursos de identificación de síntomas, recursos de afrontamiento y recursos de acompañamiento del paciente.

ABORDAJE SOCIO-REHABILITADOR

Una vez superado el periodo de Hospitalización, el abordaje socio-rehabilitador fue fundamental. En concreto en el caso de Gabriel, la hospitalización fue seguida de una hospitalización parcial, con horario de mañana y días alternos en Hospital de Día para PEP en su provincia, donde se trabajaron los aspectos psicoterapéuticos y socio-laborales requeridos, incluyendo programas de búsqueda de empleo específicos de la Comunidad Autónoma, Intervenciones Cognitivas en Psicosis Temprana (IPT) y Rehabilitación Cognitiva, fomento de actividades de ocio y deporte saludable, tramitación de Ley de Dependencia por parte de Servicios Sociales de Zona con sus consiguientes prestaciones y ayudas públicas, Terapias ocupacionales, talleres de expresión artística y terapias grupales en Meta-cognición y Habilidades Sociales.

Observamos que el empleo es una de las grandes preocupaciones en los pacientes tras un PEP, bien por su disminución de la autoeficacia bien por las dificultades en las habilidades sociales de las que se percatan. Así pues, la reinserción laboral tiene como objetivo la preparación para el empleo y la facilitación de habilidades y oportunidades para su búsqueda, englobándose dentro de una completa recuperación funcional junto con el resto de abordajes descritos. El ayudar a los pacientes a encontrar trabajos competitivos, proporciona apoyo y aumento de la autoeficacia y autocompetencia¹⁰.

Entre los programas con este objetivo, cabe destacar el Individual Placement and Support (IPS), o inserción y apoyo laboral individualizado, cuyos principios son¹¹:

- Búsqueda de empleo competitivo como meta fundamental de la intervención.

ABORDAJE TERAPÉUTICO INTEGRAL EN UN PRIMER EPISODIO PSICÓTICO

- La búsqueda comienza desde el mismo momento de la inscripción en el programa, integrándose dentro de un programa amplio multidisciplinar y multi-abordaje comunitario.
- Los trabajos son seleccionados en función de las preferencias del propio paciente.
- El apoyo que otorga este programa no se limita a la búsqueda, sino que continúa una vez encontrado el empleo y una vez finalizado, adaptándose a las necesidades del usuario.
- Finalmente, se realiza un informe con la planificación, las fortalezas, beneficios y participación del usuario en el programa.

En relación al grupo de Habilidades Sociales, Gabriel fue incluido en uno, cuyas sesiones fueron 10, durante 2 meses, conteniendo diversos aspectos:

- Estilos de comunicación, pensamiento y asertividad, conversar y relaciones interpersonales.
- Ansiedad y sociedad, miedos en la interacción, tipos de contacto (contacto verbal, contacto físico, contacto emocional), manejo de la ira y el enfado y expresión de emociones.
- Hacer críticas, recibir críticas, hacer peticiones, mostrar acuerdo o desacuerdo, expresar necesidad, afrontamiento, habilidades auto y heterosociales y habilidades por déficit o por exceso.
- Solución de problemas, tipos de conflictos y negociación, reconocimiento de dificultades y solicitud de ayuda.

Complementariamente, el tratamiento era coordinado desde la Unidad de Salud Mental Comunitaria de zona, donde la intervención es multidisciplinar (Psicología, Psiquiatría, Trabajo Social y Enfermería) y desde la cual se plantean las necesidades del paciente y las posibles soluciones a las mismas, fomentando el cuidado comunitario, la participación social, los tratamientos ambulatorios y la inserción real en la comunidad.

CONCLUSIONES

Hemos expuesto un caso clínico de un Primer Episodio Psicótico (PEP) y analizado basándonos en la bibliografía disponible al respecto, que enfatiza la importancia del abordaje terapéutico integral fundamentado en tres pilares principales:

ABORDAJE TERAPÉUTICO INTEGRAL EN UN PRIMER EPISODIO PSICÓTICO

Inicialmente el abordaje psicofarmacológico y médico: valoración de antecedentes orgánicos y estado actual a nivel somático, introducción conciliada de tratamiento psicofarmacológico, monitorización de respuesta y seguimiento evaluativo de los cambios y decisión final de mantenimiento y/o retirada posterior. No olvidemos descartar patología orgánica que pueda eclipsar o incluso explicar primariamente el cuadro psicótico.

A continuación, proseguimos con la intervención psicoterapéutica adecuada e individualizada, la cual debe realizarse de manera paralela al tratamiento psicofarmacológico, y siempre sin olvidar la interrelación probable y frecuente entre ambos (que pudiera ser positiva o negativa). Según el estado bibliográfico consultado, la intervención psicoterapéutica con mayor evidencia científica es la Cognitivo-Conductual, centrada en las necesidades del paciente, y con vistas a un mejor afrontamiento tanto de los síntomas mostrados como de los posibles a mostrar, para prevenir recaídas y reingresos. La psicoeducación y los tratamientos familiares también quedan demostrados como fundamentales para completar las intervenciones adecuadas para conseguir el mejor fin y el mejor pronóstico en una enfermedad que se nos presenta crónica hasta el día de hoy.

Como tercer pilar encontramos el abordaje socio-rehabilitador, que igualmente que los anteriores, debe realizar conjuntamente con ellos y de manera multidisciplinar. Una vez acontecido el episodio psicótico, comienza una parte fundamental que le sigue y en gran cantidad de ocasiones es olvidada: la reinserción real en la sociedad, la continuación de una vida digna y normalizada, la búsqueda de empleo, el manejo a nivel de habilidades sociales, la rehabilitación cognitiva y un seguimiento comunitario donde se prime lo ambulatorio y lo domiciliario, evitando tanto las crisis como las re-hospitalizaciones que provoquen un malestar o un daño cada vez más irreparable.

Finalmente, debemos citar los conflictos éticos que se nos plantean, los cuales no son desdeñables y en gran cantidad son complejos. Por una parte, el tratamiento antipsicótico es pautado en varias ocasiones de manera involuntaria, al igual que el ingreso hospitalario involuntario en centros de "puertas cerradas" donde se ve privada la propia libertad del usuario (retirada de vestimenta propia, prohibiciones de salidas, visitas o llamadas vigiladas y restringidas, áreas de estancia y actividades diarias limitadas, toma de medicación, y un largo etcétera), puesto que en dichos momentos vitales, un paciente con sintomatología psicótica presenta alteración del juicio de realidad y capacidad volitiva no conservada. Sin embargo, estas actuaciones tomadas en virtud del Principio de Beneficencia entran en conflicto con el Principio de Autonomía del paciente, por lo que es un asunto en actual revisión y con extrema supervisión por parte de los Servicios Judiciales en centros de Hospitalización de Salud Mental.

ABORDAJE TERAPÉUTICO INTEGRAL EN UN PRIMER EPISODIO PSICÓTICO

Otro conflicto ético de gran calibre se presenta en relación al tratamiento o no de pacientes con susceptibilidad a desarrollar episodios psicóticos, pero que aún no presentan criterios diagnósticos clínicos para los mismos; el conflicto resulta de cuestionarse el riesgo/beneficio de la toma de antipsicóticos o la inclusión en programas de tratamientos psicosociales, puesto que, en algún punto, podrían precipitar el mismo hecho que se pretende evitar: el desencadenamiento psicótico. Aún más, la toma de medicación antipsicótica no está exenta de complicaciones, no sólo leves, y el inicio en la edad pre-sintomática en torno a los 16-18 años, pudiendo acarrear consecuencias negativas potenciales en la salud que deben ser tenidas en cuenta tanto por el usuario, por la familia como por el personal sanitario especializado. No obstante, existen tanto partidarios de una postura como autores defensores de la postura opuesta, así pues, el debate continúa abierto.

BIBLIOGRAFÍA

1. CIE-10 Clasificación Internacional de Enfermedades: Trastornos Mentales y del comportamiento. Criterios Diagnósticos de Investigación. Editorial Meditor, Madrid.
2. Vallejo J, Leal C. Tratado de Psiquiatría, 2ª Edición. Ed. Ars Médica, Barcelona 2010. P. 878-936.
3. Fernández MB, *et al.* Vademécum Internacional: Guía Farmacológica, 17ª Edición. Ed UBM Médica Spain, Madrid 2017.
4. Stahl SM. Stahl's Essential Psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications. 4ª edición. Cambridge University Press, New York. 2013.
5. IEPA. International Early Psychosis Association Writing Group. International clinical practice guidelines for early psychosis. British Journal Psychiatry, 2005, 187:120-4.
6. Niendam TA, Jalbrzikowski M, Bearden CE. Exploring predictors of outcome in the psychosis prodrome: implications for early identification and intervention. Neuropsychology Rev, 2009, 19(3): 289-93.
7. González Cases J, Rodríguez González A. Psychosocial rehabilitation programs in community attention por people with psychosis. Clínica y Salud, 2010, 21(3): 330-32.
8. McGorry PD. The nature of Schizophrenia: signposts to prevention. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 2000, 34:12-21.
9. Tai S, Turkington D. The evolution of cognitive behavior therapy for schizophrenia: current practice and recent developments. Schizophrenia Bull, 2009, 35(5):865-73.

ABORDAJE TERAPÉUTICO INTEGRAL EN UN PRIMER EPISODIO PSICÓTICO

10. Secker J, Grove B, Seebohm P. Challenging barriers to employment, training and education for mental health service users: the service user's perspective. *Journal Mental Health*, 2001, 10(4): 395-404.
11. Becker DR, Drake RE. *A working life for people with severe mental illness*. Oxford Press, New York, 2003