



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Facultad de Enfermería de Soria



GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

Curso 2018-2019

EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN PACIENTES PSICÓTICOS

Estudiante: Gabriela Ciklic Juric

Tutelado por: Zoraida Verde Rello

Soria, 21 de mayo del 2019

**“Nuestro trabajo es amortiguar la tristeza y celebrar el deber
cada día, mientras solo hacemos nuestro trabajo”. –
Christine Belle.**

Resumen

Se denomina trastornos psicóticos a los trastornos mentales graves caracterizados por la pérdida del contacto con la realidad a través de ideas y percepciones anormales; por ello, este tipo de pacientes sufre angustia, nerviosismo y desconfianza hacia todo lo que les rodea. En España, un 3 % de la población se ve afectada por esta enfermedad. Según el DSM-5, existen 9 tipos de trastornos psicóticos con diferentes síntomas y características. Asimismo, podemos diferenciar el tratamiento farmacológico del no farmacológico, siendo ambos de gran importancia para el tratamiento esta enfermedad.

El objetivo principal de este trabajo es dar a conocer cuáles son las estrategias más importantes de la enfermería para la mejora del tratamiento y para los cuidados de pacientes con trastornos psicóticos.

La metodología del trabajo consiste en una revisión bibliográfica. Para la fase de documentación, se han realizado búsquedas en varias bases de datos (Cuiden, Pubmed, Scielo), buscadores *online* y revistas científicas, seleccionando aquellas fuentes consideradas fidedignas para la realización del trabajo.

Con respecto a los resultados, se podría decir que las actividades propias de la profesión de enfermería son: la administración de medicamentos, destacando la utilización de fármacos depot (fármacos de acción prolongada) que ayudan a un mejor cumplimiento del tratamiento farmacológico; la incorporación del tratamiento a las actividades de la vida diaria del paciente, favoreciendo así una buena adherencia al mismo; la observación del tratamiento para detectar los posibles efectos no deseados y la interacción del mismo con el resto de medicamentos, así como sus beneficios y riesgos. También, es importante que los profesionales de enfermería estén al día de los nuevos avances científicos (análisis farmacogenético) que beneficien a estos pacientes, intentando disminuir al máximo los efectos secundarios que provocan los fármacos.

Por último, se podría concluir afirmando que la implicación de los profesionales de enfermería resulta imperiosa para un buen seguimiento y control del paciente mejorando la adherencia terapéutica. Cabe destacar que el tratamiento más eficaz para este tipo de pacientes es la combinación de fármacos y psicoterapias.

Palabras clave: *Trastornos psicóticos, cuidados de enfermería, educación para la salud, análisis farmacogenético.*

ÍNDICE

1. Introducción	1
1.1. Definición y epidemiología de trastornos mentales	1
1.2 Trastornos psicóticos.....	1
1.2.1. Definición	1
1.2.2. Síntomas.....	1
1.2.3. Tipos	3
1.3. Tratamiento.....	7
2. Justificación	9
3. Objetivos	9
4. Metodología	10
5. Resultados y discusión	12
5.1. Fármacos depot.....	12
5.2. Adherencia al tratamiento	13
5.3. El análisis farmacogenético en pacientes tratados con antipsicóticos	15
5.4. Promoción de la salud	21
6. Conclusiones	21
7. Bibliografía	23
ANEXO 1. Objetivos de las TCC	I
ANEXO 2. Efectos adversos de los antipsicóticos clásicos	I
ANEXO 3. Efectos adversos de los antipsicóticos atípicos.....	II
ANEXO 4. Ámbitos de actuación.....	III

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Clasificación de los fármacos AP	8
Tabla 2. Decs y MeSH utilizados.....	10
Tabla 3. Bases de datos y operadores booleanos.....	11
Figura 1. Ratio de publicaciones	16
Figura 2. Importancia relativa de los CYPS en el metabolismo de los medicamentos	17
Tabla 4. Implicación de los distintos CYPs en el metabolismo de los antipsicóticos más utilizados	17

LISTADO DE ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de la Salud

APS: antipsicóticos

TCC: terapia cognitiva conductual

SNC: sistema nervioso central

CSM: Centro de Salud Mental

DeCS: Descriptores en Ciencias de la Salud

MeSH: Medical Subject Heading

i.m.: intramuscular

EMA: Agencia Europea del Medicamento

IMs: metabolizadores intermedios

PM: metabolizadores pobres

UM: metabolizadores ultrarrápidos

AP: atención primaria

1. Introducción

1.1. Definición y epidemiología de trastornos mentales

Se denomina enfermedad mental o trastorno mental a toda aquella alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento en el que se ven afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, el aprendizaje y el lenguaje. Todo esto dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en el que vive y crea un malestar subjetivo (FEAFES, 2010).

Según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2017), 1 de cada 4 ciudadanos tendrá que enfrentarse a algún tipo de enfermedad mental a lo largo de su vida (aumentando especialmente en Europa y en los países más desarrollados). En España más del 9 % de la población convive con algún tipo de enfermedad mental y se espera que dicha cifra vaya en aumento. Ya en 2018, el porcentaje de población diagnosticada con enfermedades mentales ascendía al 21 %. La prevalencia de estas enfermedades fue mayor en personas comprendidas entre los 55 y los 64 años, especialmente en mujeres.

Las enfermedades mentales ya suponen más del 40 % de las enfermedades crónicas diagnosticadas en España y, además, son la mayor causa de discapacidad. Por otro lado, las estimaciones apuntan a que, en los próximos años, un 1 % de la población nacional desarrollará alguna forma de esquizofrenia durante su vida y es posible que estas cifras aumenten (A Creba, 2017).

Existen numerosos trastornos mentales, no obstante, esta revisión bibliográfica va a centrarse únicamente en los trastornos psicóticos.

1.2 Trastornos psicóticos

1.2.1. Definición

Los trastornos psicóticos son trastornos mentales graves que se caracterizan por una pérdida del contacto con la realidad mediante ideas y percepciones anormales. A este tipo de pacientes la sensación de irrealidad les puede provocar angustia, nerviosismo y desconfianza hacia todo lo que les rodea, llegando en algunos casos a un aislamiento social y emocional (Carpenter, 2013).

1.2.2. Síntomas

Las características claves que definen a este tipo de trastornos se pueden dividir en dos grupos. Por un lado, tendríamos los síntomas positivos (delirios, alucinaciones, pensamiento-discurso desorganizado y el comportamiento motor muy desorganizado o anómalo, incluida la

catatonía) y, por otro lado, los síntomas negativos (expresión emotiva disminuida, abulia, alogia, anhedonia y asociabilidad) (Carpenter, 2013).

1.2.2.1. Síntomas positivos

- Los delirios son creencias fijas y falsas que la persona sostiene firmemente y que son irreductibles a la lógica. Existen varios tipos de delirios:

Delirios persecutorios (la creencia de que uno va a ser perjudicado, acosado, etc., por un individuo, organización o grupo); delirios referenciales (la creencia de que ciertos gestos, comentarios, señales del medio ambiente, etc., se dirigen a uno). Estos dos tipos de delirios son los más comunes. Por otro lado, pueden aparecer delirios de grandeza (cuando el sujeto cree que él o ella tiene habilidades, riqueza o fama excepcionales) y delirios erotomaníacos (es decir, cuando el individuo cree erróneamente que otra persona está enamorada de él o ella). Los delirios nihilistas suponen la convicción de que sucederá una gran catástrofe, y, por último, los delirios somáticos se centran en preocupaciones referentes a la salud y al funcionamiento de los órganos.

Además, los delirios se pueden considerar extravagantes si son incomprensibles, inalcanzables, que no proceden de experiencias de la vida corriente. O no extravagantes aquellas experiencias que podrían ser reales pero que destacan por la ausencia de pruebas convincentes (Carpenter, 2013).

- Las alucinaciones son percepciones que tienen lugar sin la presencia de un estímulo externo. Las alucinaciones auditivas son las más comunes en la esquizofrenia y en los trastornos relacionados. Habitualmente se experimentan en forma de voces, conocidas o desconocidas, que se perciben como diferentes del propio pensamiento. Las alucinaciones deben tener lugar en el contexto de un adecuado nivel de conciencia; todas aquellas que tienen lugar al quedarse uno dormido (hipnagógicas) o al despertar (hipnopómpicas) son consideradas que están dentro del rango de experiencias normales (Carpenter, 2013).

- El pensamiento desorganizado se infiere a partir del discurso del individuo donde el sujeto puede cambiar de un tema a otro (descarrilamiento o asociaciones laxas), sus respuestas a las preguntas no están relacionadas en absoluto (tangencialidad) y raras veces, el discurso puede estar tan desorganizado que es prácticamente incomprensible (incoherencia o "ensalada de palabras"). El síntoma debe ser lo suficientemente grave como para dificultar la comunicación de manera sustancial (Carpenter, 2013).

- Comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonía). Pueden evidenciarse problemas para llevar a cabo cualquier tipo de comportamiento dirigido a un objetivo, con las consiguientes dificultades para realizar las actividades cotidianas. El comportamiento catatónico es una disminución marcada de la reactividad al entorno. Oscila entre la resistencia a llevar a cabo instrucciones (negativismo), la adopción mantenida de una postura rígida, inapropiada o extravagante, y la ausencia total de respuestas verbales o motoras (mutismo y estupor). También puede incluir actividad motora sin finalidad, y excesiva sin causa aparente (excitación catatónica). Otras características son los movimientos estereotipados repetidos, la mirada fija, las muecas, el mutismo y la ecolalia (Carpenter, 2013).

1.2.2.2. Síntomas negativos

Los síntomas negativos son responsables de una proporción importante de la morbilidad asociada a la esquizofrenia, siendo menor en otros trastornos psicóticos.

- La expresión emotiva disminuida consiste en una disminución de las emociones mediante la cara, el contacto ocular, la entonación del habla y los movimientos de las manos, la cabeza y la cara.

- La abulia es una disminución de las actividades realizadas por iniciativa propia. El individuo puede mostrar escaso interés en participar en actividades laborales o sociales.

- La alogia se manifiesta por una reducción del habla.

- La anhedonia es la disminución de la capacidad para experimentar placer a partir de estímulos positivos o la degradación del recuerdo del placer experimentado previamente.

- La asocialidad consiste en la falta de interés por las interacciones sociales. Puede estar asociada a la abulia (Carpenter, 2013).

1.2.3. Tipos

Es importante conocer cuáles son los tipos de trastornos psicóticos según el DSM-5:

- Trastorno delirante: Las creencias de dicho trastorno pueden tener como consecuencia problemas sociales, conyugales o laborales. Muchos individuos pueden desarrollar un afecto irritable que habitualmente puede entenderse como una reacción a sus creencias delirantes. Los subtipos de este trastorno son los mismos mencionados anteriormente en los síntomas positivos de los trastornos psicóticos (delirios). Cabe destacar que el enfado y el comportamiento violento en este tipo de pacientes pueden aparecer en los subtipos persecutorio y erotomaniaco (Carpenter, 2013).

Se estima que la prevalencia del trastorno delirante está en alrededor del 0,2 % siendo el subtipo más frecuente el persecutorio. Aunque puede aparecer en grupos de edades más jóvenes, este trastorno podría ser más prevalente en los individuos mayores (Carpenter, 2013).

Debe tenerse en cuenta el entorno cultural y religioso del individuo al evaluar la posible presencia de un trastorno delirante. El contenido de los delirios también varía a través de los contextos culturales (Carpenter, 2013).

- Trastorno psicótico breve: Este tipo de individuos experimentan agitación emocional o una gran confusión. Pueden presentar cambios rápidos de un afecto intenso a otro. Aunque el trastorno sea breve, el grado de disfunción puede ser grave, y puede requerirse supervisión para asegurarse de que las necesidades nutricionales e higiénicas se satisfacen y que el individuo está protegido de las consecuencias de la falta de juicio, de la disfunción cognitiva y de las acciones basadas en los delirios (Carpenter, 2013).

En Estados Unidos, el trastorno psicótico breve constituye alrededor del 9 % de los casos de primer episodio de psicosis. El trastorno psicótico breve es dos veces más frecuente en las

mujeres que en los hombres. Puede aparecer en la adolescencia o en la vida adulta temprana. (Carpenter, 2013).

- Trastorno esquizofreniforme: Los síntomas característicos del trastorno esquizofreniforme son idénticos a los de la esquizofrenia. Se distingue por su diferente duración: la duración total de la enfermedad, incluidas las fases prodrómicas, activa y residual, es de al menos 1 mes, pero menor de 6 meses. Otra característica que distingue al trastorno esquizofreniforme es la ausencia de un criterio que requiera deterioro del funcionamiento social y laboral (Carpenter, 2013).

La mayoría de los sujetos presentan disfunción en varias áreas del funcionamiento diario, como los estudios o el trabajo, las relaciones interpersonales y el autocuidado. Los individuos que se recuperan del trastorno esquizofreniforme tienen mejores resultados funcionales (Carpenter, 2013).

En Estados Unidos y en otros países desarrollados, la incidencia es baja, posiblemente cinco veces menor que la de la esquizofrenia. Mientras que, en los países en vías de desarrollo, la incidencia puede ser mayor. Alrededor de un tercio de los individuos con diagnóstico inicial de trastorno esquizofreniforme (provisional) se recuperan dentro del período de 6 meses. La mayoría de los dos tercios restantes recibirá posteriormente un diagnóstico de esquizofrenia o de trastorno esquizoafectivo (Carpenter, 2013).

Los factores de riesgos son genéticos y fisiológicos. Los familiares de los sujetos con trastorno esquizofreniforme tienen un riesgo aumentado de padecer esquizofrenia (Carpenter, 2013).

- Esquizofrenia: los síntomas característicos de la esquizofrenia comprenden disfunciones cognitivas, conductuales y emocionales. El diagnóstico conlleva la identificación de signos y síntomas asociados con un deterioro del funcionamiento laboral o social. Los sujetos con este trastorno variarán en la mayoría de las características, ya que es un síndrome clínico heterogéneo (Carpenter, 2013).

La prevalencia de la esquizofrenia a lo largo de la vida es aproximadamente del 0,3 al 0,7 %. La proporción de sexos difiere según la muestra y la población: por ejemplo, si se hace hincapié en los síntomas negativos y en una mayor duración de la enfermedad (peor pronóstico), la incidencia es mayor en los varones, mientras que las definiciones que permiten incluir más síntomas del estado de ánimo y cuadros breves (mejor pronóstico) muestran un riesgo equivalente para ambos sexos. Los síntomas aparecen entre la adolescencia tardía y la mitad de la treintena. Antes de la adolescencia es raro y además se considera un factor con peor pronóstico (Carpenter, 2013).

La mayoría de los individuos con esquizofrenia sigue requiriendo apoyo para su vida diaria, y muchos permanecen crónicamente enfermos, con exacerbaciones y remisiones de los síntomas activos, mientras que otros sufren un curso de deterioro progresivo. Los factores de riesgo de la esquizofrenia son ambientales, genéticos y fisiológicos. En los ambientales la

incidencia es mayor en los niños que crecen en un medio urbano y en algunos grupos étnicos minoritarios. En los genéticos y fisiológicos la predisposición la confieren un abanico de alelos de riesgo, comunes y raros, de forma que cada alelo contribuye sólo en una pequeña fracción a la varianza total en la población. Los alelos de riesgo que se han identificado hasta la fecha también se asocian a otros trastornos mentales, como el trastorno bipolar, la depresión y el trastorno del espectro autista (Carpenter, 2013).

Aproximadamente, el 5-6 %, de los individuos con esquizofrenia fallece por suicidio, alrededor del 20 % intenta suicidarse en, al menos, una ocasión y muchos más tienen ideación suicida significativa. Además, la esperanza de vida disminuye en las personas con esquizofrenia debido a las afecciones médicas asociadas. El aumento de peso, la diabetes, el síndrome metabólico y las enfermedades cardiovasculares y pulmonares son más habituales en los individuos con esquizofrenia que en la población general. El escaso compromiso para realizar conductas dirigidas a mantener la salud (p. ej., cribado para el cáncer, ejercicio físico) aumenta el riesgo de presentar enfermedades crónicas, pero también pueden intervenir otros factores asociados al trastorno, como la medicación, el estilo de vida, fumar cigarrillos y la dieta (Carpenter, 2013).

- Trastorno esquizoafectivo: la restricción del contacto social y las dificultades con el autocuidado se asocian al trastorno esquizoafectivo, pero los síntomas negativos pueden ser menos graves y menos persistentes que los que aparecen en la esquizofrenia (Carpenter, 2013).

No hay pruebas ni medidas biológicas que puedan ayudar a diagnosticar un trastorno esquizoafectivo. No está claro si el trastorno esquizoafectivo difiere de la esquizofrenia en cuanto a sus características asociadas, como son las anomalías cerebrales estructurales o funcionales, los déficits cognitivos y los factores genéticos (Carpenter, 2013).

Se estima que la prevalencia del trastorno esquizoafectivo a lo largo de la vida es del 0,3 %. La incidencia es mayor en las mujeres que en los varones. Los factores de riesgos son genéticos y fisiológicos. El riesgo del trastorno esquizoafectivo podría estar incrementado entre los individuos que tienen un familiar de primer grado con esquizofrenia, trastorno bipolar o trastorno esquizoafectivo (Carpenter, 2013).

El riesgo de suicidio a lo largo de la vida en la esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo es del 5 %. La presencia de síntomas depresivos se correlaciona con un mayor riesgo de suicidio. Muchos individuos diagnosticados de trastorno esquizoafectivo también son diagnosticados de otros trastornos mentales, en especial de trastornos por uso de sustancias y trastornos de ansiedad (Carpenter, 2013).

- Trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos: los trastornos psicóticos pueden asociarse a una intoxicación por los siguientes tipos de sustancias: alcohol, cannabis, alucinógenos como la fenciclidina y otras sustancias relacionadas, inhalantes, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes (incluida la cocaína) y otras sustancias. También pueden estar asociados a la abstinencia de: alcohol, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, y otras sustancias. Algunos de los medicamentos con los que se ha descrito la aparición de síntomas

psicóticos son: anestésicos y analgésicos, agentes anticolinérgicos, anticonvulsivantes, antihistamínicos, antihipertensivos y fármacos cardiovasculares, medicamentos antimicrobianos, fármacos antiparkinsonianos, agentes quimioterapéuticos, corticosteroides, medicamentos gastrointestinales, relajantes musculares, antiinflamatorios no esteroideos, otros medicamentos de venta sin receta y fármacos antidepresivos (Carpenter, 2013).

Se ha descrito que entre el 7 y el 25 % de los individuos que presentan un primer episodio de psicosis en diferentes entornos sufre un trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos (Carpenter, 2013).

- Trastorno psicótico debido a otra afección médica: las características esenciales son los delirios o las alucinaciones prominentes que se consideran atribuibles a los efectos fisiológicos de otra afección médica y que no se explican mejor por otro trastorno mental. Generalmente no se diagnostica un trastorno psicótico debido a otra afección médica si el individuo mantiene la prueba de realidad para las alucinaciones y entiende que se deben a una afección médica (Carpenter, 2013).

Las tasas de prevalencia son difíciles de estimar dada la amplia variedad de etiologías médicas subyacentes. Se estima que la prevalencia a lo largo de la vida está entre el 0,21 y el 0,54 %. Los individuos mayores de 65 años tienen una prevalencia significativamente superior, del 0,74 %, en comparación con los grupos de menor edad. Las tasas de psicosis también varían en función de la afección médica subyacente. Las afecciones que más comúnmente se asocian a la psicosis son los trastornos endocrinos y metabólicos no tratados, los trastornos autoinmunitarios y la epilepsia del lóbulo temporal (Carpenter, 2013).

Este tipo de trastorno psicótico puede ser un único estado transitorio o puede ser recurrente, con ciclos que dependan de las remisiones de la afección médica subyacente. Aunque el tratamiento de la afección médica subyacente consigue a menudo la resolución de la psicosis, esto no es siempre así y los síntomas psicóticos pueden persistir mucho después del acontecimiento médico (Carpenter, 2013).

El riesgo de suicidio no está claramente definido, aunque algunas patologías como la epilepsia y la esclerosis múltiple se asocian a mayores tasas de suicidio, que pueden aumentar aún más si aparece una psicosis (Carpenter, 2013).

- Otro trastorno del espectro de la esquizofrenia especificado y otro trastorno psicótico: esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica del trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Esta categoría se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno específico del espectro de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico (Carpenter, 2013).

- Trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico: esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica del trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. La categoría del trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo del incumplimiento de los criterios de un trastorno específico del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (Carpenter, 2013).

1.3. Tratamiento

Ya en 1998, Gutiérrez afirmaba que el tratamiento en los trastornos psicóticos se basa fundamentalmente en dos tipos de actuación: la utilización de fármacos antipsicóticos (AP) y las terapias psicosociales. Una vez detectada la psicosis, el tratamiento debe basarse en una perspectiva multimodal que incluya intervenciones farmacológicas y de carácter psicosocial

- Tratamiento no farmacológico: Terapias Cognitivas Conductuales (TCC). Existen numerosos ensayos que muestran que este tipo de terapia tiene efectos beneficiosos sobre los síntomas positivos de los trastornos psicóticos cuando acompañan al tratamiento actual con antipsicóticos. Hasta nuestros días, se ha planteado la necesidad de implementar este tipo de terapias dentro de un programa de tratamiento integral. Este programa ayuda al paciente, además de a mejorar en la sintomatología, a integrarlo de la manera más eficaz en nuestra sociedad, mejorando su funcionamiento psicológico y psicosocial. Las TCC también son efectivas en pacientes resistentes al tratamiento antipsicótico, consiguiendo mayor beneficio que añadiendo más medicación a la que ya están recibiendo (Travé y Pousa, 2012).

En el *ANEXO 1* podemos encontrar cuáles son los principales objetivos de esta terapia.

Aunque gran parte de los estudios se refieren a la terapia cognitivo conductual, cabe destacar de que hay evidencia de efectos beneficiosos equiparables de otros tipos de psicoterapias (terapia de aceptación y compromiso, *mindfulness*, terapia meta-cognitiva), entre otras (Travé y Pousa, 2012).

- Tratamiento farmacológico: Dentro de este tratamiento se distinguen dos tipos de antipsicóticos. Por un lado, están los antipsicóticos típicos (clásicos o de 1ª generación) que son aquellos que bloquean receptores dopaminérgicos D2. Estos AP son especialmente eficaces en el tratamiento de los síntomas positivos de los trastornos psicóticos. Los síntomas negativos no responden bien a este tipo de fármacos (Catalán, 2011). Los pacientes pueden tardar entre 2 días y 2 semanas en experimentar los efectos sedantes de los fármacos. El efecto completo (eficacia) puede tardar 4 semanas o más. Por lo que es muy importante como profesionales de enfermería informar a los pacientes y a sus familiares de que la espera hasta que se produzca la

respuesta esperada al tratamiento puede ser larga. Sin ese conocimiento pueden abandonar la esperanza y dejar de tomar el tratamiento demasiado pronto (GuiaSalud, 2009).

Estos tipos de AP ocasionan importantes efectos adversos (ANEXO 2).

Por otro lado, los AP atípicos (nuevos o de 2º generación) bloquean receptores dopaminérgicos D2 y serotoninérgicos 5HT2. En este caso, presentan mayor eficacia tanto en síntomas positivos como negativos. Estos antipsicóticos ocasionan menos efectos adversos extrapiramidales (ANEXO 3) (Catalán, 2011).

En la siguiente Tabla podemos ver una sencilla clasificación de los dos tipos de AP.

Tabla 1. Clasificación de los fármacos AP (Eby y Brown, 2010)

Antipsicóticos típicos de primera generación	Antipsicóticos atípicos de segunda generación
Clorpromacina	Clozapina
Flufenacina	Risperidona
Tioridacina	Olanzapina
Trifluoperacina	Quetiapina
Haloperidol	Ziprasidona
Droperidol	
Loxapina	
Tiotixeno	
Molindona	

Principales funciones de enfermería en el uso de los psicofármacos

- Debemos informar al paciente del efecto sedante que pueden provocar los fármacos y recomendarles que eviten actividades que requieren un grado de atención elevada, sobre todo al inicio del tratamiento.

- Advertir al paciente de los efectos de estos fármacos junto con alcohol y otros depresores del sistema nervioso central (SNC), por lo que no deben utilizarse de forma simultánea.

- Control de cifras tensionales, así como la aparición de braditaquiarritmias.
- Control de diuresis, especialmente en pacientes con retención de orina.
- Control de temperatura por si aparece fiebre y/o cualquier proceso infeccioso.
- Vigilancia ante la posible aparición de alucinaciones y/o delirios, movimientos débiles de la lengua o movimientos incontrolados de boca, mandíbula, brazos y piernas (efectos extrapiramidales), crisis epilépticas en pacientes predispuestos y nivel de conciencia.
- Saber identificar cuáles son las complicaciones más graves de los antipsicóticos y estar atentos a su posible aparición (Huidobro, 2016).

2. Justificación

Los trastornos psicóticos son cada vez más frecuentes en nuestra sociedad. Por ejemplo, en España, un 3 % de la población (1,4 millones) se ve afectada por este tipo de trastornos (EFEsalud, 2018). Como se puede observar, no dejan de aparecer nuevos casos de enfermedades mentales, por lo que es de gran importancia que los profesionales de enfermería conozcan y sepan tratar todos los aspectos relacionados con estos trastornos psicóticos.

A nivel personal, durante mis prácticas, realicé uno de los rotatorios clínicos en el Centro de Salud Mental (CSM), lo que acrecentó mi motivación por comenzar este trabajo.

Antes de llegar al CSM, tenía un concepto estigmatizado acerca de los pacientes con trastornos mentales, a pesar de haber estudiado previamente casos similares en la asignatura de *Salud Mental*. Pero esta opinión cambió totalmente tras realizar mis prácticas en el CSM viendo a los pacientes de una forma totalmente diferente.

En general, creo que existe un gran desconocimiento acerca de este tipo de enfermedades y que el papel de la enfermería puede resultar fundamental tanto para aportar visibilidad y normalización, como para el cuidado y la mejora del paciente.

Asimismo, este trabajo se centrará en el estudio sobre la farmacogenética en pacientes con trastornos psicóticos como un dato innovador y el cual se está investigando a día de hoy, pero que podría llegar a tener un gran peso en el tratamiento de estas enfermedades.

3. Objetivos

Principal

- Analizar las actividades más importantes de enfermería para el tratamiento y cuidados de pacientes con trastornos psicóticos.

Secundarios

- Describir la importancia que tiene enfermería en la educación sanitaria a través de la prevención de la salud.

- Analizar el papel de la farmacogenética en la mejora del tratamiento de pacientes con trastornos psicóticos.

4. Metodología

Para llevar a cabo este trabajo se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos en busca de publicaciones relacionadas con los cuidados de enfermería en pacientes con trastornos psicóticos.

La búsqueda se realizó a través de la Biblioteca de la Universidad de Valladolid. Los recursos electrónicos empleados fueron PubMed, Scielo, Cuiden y Dialnet. También se revisó la editorial Elsevier. Asimismo, se llevaron a cabo búsquedas mediante palabras clave en el buscador web Google Académico. También se consultó el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5).

Destacar las consultas realizadas a médicos y enfermeras de la planta de psiquiatría del Hospital Miguel Servet (Zaragoza) en el que me proporcionaron una guía de cuidados de enfermería en Salud Mental.

Para la búsqueda se emplearon los Descriptores de Salud (DeCS) y Medical Subject Heading (MeSH). La búsqueda se realizó mediante los operadores booleanos "AND" y "OR".

Tabla 2. Decs y MeSH utilizados

DeCS	MeSH
Trastornos mentales	Mental disorders
Pacientes psicóticos	Psychotic patients
Tratamiento farmacológico	Pharmacotherapy
Tratamiento no farmacológico	Non-pharmacological treatment
Cuidados de enfermería	Nursing care
Farmacogenética	Pharmacogenetics

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Artículos con año de publicación posterior a 1998.
- Idioma: principalmente español, pero también se han incluido algunos en inglés.
- Documentos con acceso al texto completo.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Toda aquella documentación, que, a pesar de adecuarse a la búsqueda, contenía información no relacionada con el tema del trabajo o no cumplía con los objetivos del mismo.
- Artículos repetidos en varias búsquedas bibliográficas y ya seleccionados.
- Toda información que, a pesar de estar relacionada con el tema del trabajo, no procedía de fuentes oficiales o fidedignas.

En la siguiente tabla (metodología de la búsqueda bibliográfica) se encuentran los términos de búsqueda y los operadores booleanos que fueron utilizados en la búsqueda.

Tabla 3. Bases de datos y operadores booleanos

BASES DE DATOS	TÉRMINOS OPERADORES BOOLEANOS	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
Pubmed	Psychotics patients AND nursing care	7	1
Cuiden	Tratamiento farmacológico AND pacientes antipsicóticos	13	3
Scielo	Farmacogenética AND antipsicóticos	80	4
	Tratamiento no farmacológico AND trastornos mentales AND cuidados de enfermería	10	2

Dialnet	Cuidados de enfermería AND trastornos mentales	54	2
	Tratamiento farmacológico OR tratamiento no farmacológico AND trastornos psicóticos	45	1

5. Resultados y discusión

Las actividades propias de la profesión de enfermería son la administración de medicamentos, la incorporación del tratamiento del paciente a las actividades de la vida diaria, la observación de este para detectar los posibles efectos no deseados y la interacción del tratamiento médico con el resto de medicamentos, así como sus beneficios y riesgos (Pinilla, 2007).

Fundamentalmente, la enfermera prepara y manipula los medicamentos; revisa las técnicas, los procedimientos y las normas de seguridad, además de controlar la respuesta del paciente a la medicación; todo ello con el fin de actuar con seguridad, favorecer la mejoría y proteger al paciente de posibles riesgos de error (Pinilla, 2007).

5.1. Fármacos depot

Actualmente se dispone de varios fármacos antipsicóticos de acción prolongada (inyección de depósito). Estos fármacos se aplican mediante una inyección subcutánea, intradérmica o intramuscular y que, por medio de un vehículo, permanecen en el sitio de la inyección, con la finalidad de ser gradualmente absorbidos y tener una liberación lenta del fármaco a lo largo de varias semanas (GuiaSalud, 2009).

El haloperidol y la flufenacina se encuentran entre los fármacos típicos disponibles en forma de depósito. El haloperidol se administra cada 4 semanas, y la flufenazina de 1 a 4 semanas. La risperidona es un fármaco antipsicótico atípico disponible en forma inyectable de acción prolongada que se administra por vía intramuscular (i.m.) cada 2 semanas. La olanzapina también está disponible en forma i.m. Su duración de acción es de 4 semanas (GuiaSalud, 2009).

Las ventajas de la forma de acción prolongada de los fármacos antipsicóticos se relacionan con el cumplimiento del tratamiento farmacológico. Para el paciente resulta más fácil visitar la consulta una vez cada varias semanas que tomar fármacos orales todos los días. Esto va a favorecer una buena adherencia a los psicofármacos por parte de los pacientes (GuiaSalud, 2009).

Por lo que en caso de establecerse el tratamiento con fármacos depot, los profesionales de enfermería deberán preparar al paciente informándole las ventajas de la vía de administración y las consecuencias que conlleva tener un seguimiento irregular. Por este motivo, es muy importante pautar con el paciente una serie de citas y llevar el control de estas para poder observar la evolución de dicho paciente como vigilar la aparición de posibles efectos adversos.

5.2. Adherencia al tratamiento

La adherencia se define como el número total de días de toma de medicación de acuerdo con las pautas del prescriptor durante el periodo de seguimiento (González, 2005).

Distintos Congresos de Enfermería en Salud Mental coinciden en asegurar que uno de los principales problemas que se da en la población con trastornos mentales es el abandono del tratamiento, por lo que cada vez tiene mayor importancia la atención asistencial en psicoeducación farmacológica (González, 2005).

Este abandono del tratamiento farmacológico hace que el proceso de mejoría se estanque dando lugar a descompensaciones y nuevos ingresos, repitiéndose toda una serie de procesos sanitarios, y contribuyendo a la aparición del fenómeno llamado “síndrome de la puerta giratoria” (refiriéndose a aquellos pacientes que entran y salen permanentemente del hospital) (Pinilla, 2007).

Según datos del Ministerio de Sanidad, únicamente de un 4 a 12 % de los pacientes diagnosticados de trastornos mentales siguen de forma rigurosa el tratamiento farmacológico (González, 2005). Otros datos mencionan que entre un 25-50 % de pacientes con trastorno esquizofrénico incumplen el tratamiento farmacológico. Además, aproximadamente entre un 30 y un 60 % de los pacientes diagnosticados e inicialmente medicados, abandonan el tratamiento en el primer año, produciéndose la mayoría de estos abandonos antes de las cuatro primeras visitas en los CSM de zona (Pinilla, 2007).

Por lo tanto, el incumplimiento pasa a ser un problema importante de ámbito comunitario, que suele ir acompañado de un alto coste económico, siendo preciso detectar qué pacientes no lo cumplen y por qué. Esto hace que veamos necesaria la puesta en marcha de programas educativos que tengan como fin informar y concienciar sobre las patologías y sus tratamientos. Esto supondría un fomento de la aceptación y el aprendizaje, además de un mejor

manejo de los fármacos que disminuyen la sintomatología. La enfermería juega un papel muy importante en estos programas educativos (González, 2005).

Para ello es importante conocer las diferentes causas y factores relacionados con el incumplimiento de la prescripción.

Relacionadas con el paciente

- Negación de la enfermedad: alguien que piense que no está enfermo no va a aceptar la medicación.

- La edad: mayor riesgo en los pacientes más jóvenes.

- Dificultad para comprender el tratamiento por analfabetismo y/o deficiencias sensoriales.

- Desconfianza del tratamiento y de los profesionales implicados en el mismo.

- Creencias: a veces refieren motivos personales para no seguir las indicaciones, resistiéndose a pensar que el tratamiento les va a ayudar.

- Mejoría de su patología: Otro factor relevante a tener en cuenta es la situación de mejoría que da lugar al incumplimiento, puesto que es posible que la recaída no aparezca sino meses después de interrumpir el tratamiento (González, 2005).

Relacionados con el fármaco

- Efectos secundarios reales o imaginarios.

- Efectividad ralentizada.

- Medicamentos de mal sabor, incómodos de ingerir.

- Si interfieren en los hábitos del paciente como por ejemplo no poder tomar alcohol (González, 2005).

La relación paciente/enfermera compone un sistema interpersonal muy importante en el tratamiento de la enfermedad y en la adherencia al tratamiento (González, 2005).

Cuando esta relación es óptima, los pacientes adoptan una actitud diferente ante los tratamientos terapéuticos. Por lo tanto, este es un factor importante que normalmente no es tenido muy en cuenta en el cuidado de los pacientes, pero tiene una gran importancia (Cirici, 2002).

El cumplimiento mejora en relación con la confianza que podamos transmitir, y en relación a nuestras capacidades y conocimientos. Asimismo, influyen otros factores personales.

El ser visto como atentos, amigables, asequibles, interesados en su bienestar y en cuáles son sus preocupaciones (Cirici, 2002).

Está implicada en esta relación también la comunicación no verbal, el contacto ocular, la sonrisa, la adopción de posturas abiertas, gestos, actitudes, entonación, entre otros. Estos factores, influyen significativamente en que el paciente mantenga la relación terapéutica e, indirectamente, sobre el cumplimiento de las prescripciones (González, 2005).

El principal propósito de esta relación/comunicación es que fluya en ambos sentidos y que produzca cambios, tanto en el conocimiento como en la actitud o en la conducta del paciente (González, 2005).

Varios estudios aluden a que los pacientes que reciben psicoeducación aumentan las probabilidades de mantener el tratamiento frente a aquellos que no la recibían, reforzando la idea general de que un adecuado tratamiento psicoeducativo ayuda a aumentar el cumplimiento y por ello a mejorar la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes (Cirici, 2002) (González, 2005).

5.3. El análisis farmacogenético en pacientes tratados con antipsicóticos

A pesar de los avances acontecidos en el tratamiento farmacológico de estas enfermedades mentales, el 40 % de los pacientes con un primer episodio no responde favorablemente a dosis adecuadas de antipsicótico tras 6-8 semanas de su tratamiento. Además, la presencia de efectos secundarios asociados a la medicación, constituye otro de los aspectos negativos que, junto a la falta de conciencia de enfermedad psíquica, favorecen el mal cumplimiento terapéutico, y éste a su vez las recaídas (Gesteira, 2010). Por tanto, es de gran interés conocer una ciencia innovadora que favorezca la mejora del tratamiento de los pacientes (Caballero, Ochoa y Abad, 2012).

La farmacogenética es definida por la Agencia Europea del Medicamento (EMA) como el estudio de las variaciones en la molécula de ADN que tiene relación con la respuesta a los fármacos. Por lo tanto, la farmacogenética es una disciplina orientada al estudio de las bases genéticas de las diferencias interindividuales en la respuesta a los fármacos (Gesteira, 2010).

Su objetivo principal es el desarrollo de la medicina individualizada, conocida como “medicina personalizada”, para poder optimizar la eficacia de los fármacos, limitar la toxicidad de los mismos, reducir los costes y mejorar la calidad asistencial (Caballero, Ochoa y Abad, 2012).

Estas variaciones genéticas pueden ser debidas a la existencia de:

- mutaciones o polimorfismos que comprometen uno o muy pocos nucleótidos (los SNPs) que pueden ser no sinónimos (si implican un cambio en algún aminoácido, de la proteína

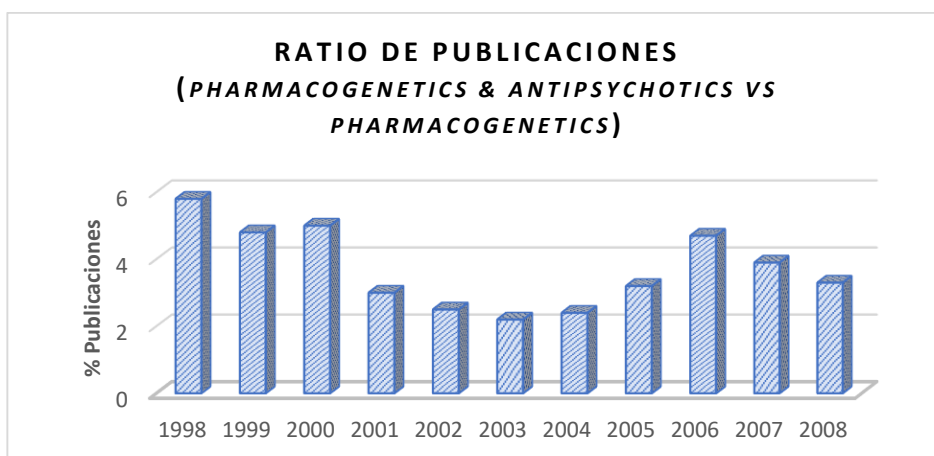
o modifican la actividad del promotor), o bien sinónimos (si su alteración no provoca cambio aminoacídico) (Gesteira, 2010).

- los VNRT (número variable de repeticiones en tándem) consisten en repeticiones de secuencias de 9 a 100 pares de bases que se utilizan como marcador molecular (Gesteira, 2010).

- los CNVs, eventos de ganancia o pérdida de grandes regiones del genoma como ocurre con el gen CYP2D6 (Gesteira, 2010).

Dado que la determinación de qué antipsicótico y a qué dosis es el óptimo para un determinado paciente viene dada por el método ensayo-error, la farmacogenética de los antipsicóticos se dibujó como uno de los campos de estudio más prometedores (Gesteira, 2010). Sin embargo, tal como ilustra la *Figura 1*, en los últimos años hemos asistido a un descenso, tanto en el número de publicaciones como en el impacto de las mismas, en favor de otras áreas como el tratamiento del cáncer o las enfermedades cardiovasculares.

Figura 1. Ratio de publicaciones (Gesteira, 2010).

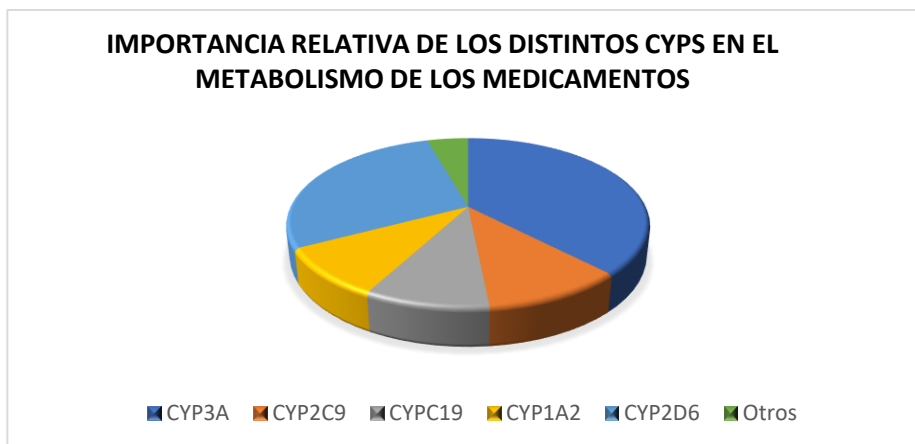


Genes implicados en la variabilidad farmacogenética

Los genes que codifican al CYP450 (una superfamilia de citocromos) han sido los más estudiados debido, en gran medida, a la alta variabilidad que presentan a nivel genético. Estas diferencias se traducen, en muchos casos, en variabilidad a nivel de actividad enzimática (Gesteira, 2010).

En la *Figura 2* se esquematiza la importancia de los distintos citocromos en el metabolismo de los fármacos.

Figura 2. Importancia relativa de los CYPs en el metabolismo de los medicamentos (Gesteira, 2010).



Los enzimas de esta superfamilia proteica catalizan unas reacciones de oxidación de los distintos sustratos para incrementar la hidrosolubilidad de los mismos y facilitar tanto su excreción como su bioactivación (Gesteira, 2010).

En el metabolismo de las moléculas antipsicóticas, los citocromos más relevantes se detallan en la tabla 4, y se comentan, a continuación, de forma individualizada.

Tabla 4. Implicación de los distintos CYPs en el metabolismo de los antipsicóticos más utilizados (Gesteira, 2010).

Antipsicótico	Vía del Complejo Citocromo P450
Ziprasidona	CYP3A4
Risperidona	CYP2D6
Olanzapina	CYP1A2
Quetiapina	CYP3A4
Haloperidol	CYP3A4, CYP2D6
Clozapina	CYP1A2

1. El citocromo CYP1A2

Representa el 15 % aproximadamente de los CYPs. Está implicado en la desmetilación de la cafeína en los microsomas hepáticos, quizá el paso más importante en la biotransformación

de esta molécula, la cual depende en más de un 90 % de la actividad de este enzima, por lo cual se utiliza la tasa de desmetilación de cafeína como método para establecer su actividad enzimática (fenotipado). Se ha descrito que ésta puede modificarse por distintos factores externos como por ejemplo el tabaco: el metabolismo de CYP1A2 se ve incrementado notablemente en fumadores debido a la acción de los hidrocarburos aromáticos policíclicos presentes en el tabaco. La influencia de factores externos sobre la actividad de CYP1A2 es relevante, ya que muchos de sus inductores e inhibidores son sustancias de uso habitual. Como inductores hay que destacar además del tabaco, fármacos como el Omeprazol, la Rifampina, el Ritonavir o la Carbamazepina. Como inhibidores cabría destacar los antidepresivos Fluoxetina, Fluvoxamina²⁶, Amitriptilina, Nortriptilina²⁷ y la cafeína (Gesteira, 2010).

El enzima CYP1A2 explica aproximadamente el 70 % el metabolismo de la Clozapina, catalizando, a nivel hepático, de modo que las variaciones en la actividad de CYP1A2 se han relacionado con el aclaramiento del fármaco. Considerando estos hechos, se ha postulado para el CYP1A2 un papel de biomarcador farmacogenético en el tratamiento con Clozapina. También la Olanzapina usa principalmente (en un 60 % aproximadamente) la vía del CYP1A2 para la formación de sus metabolitos. Así, se ha comprobado que variaciones en la actividad de CYP1A2 afectan al metabolismo de la Olanzapina, por tanto, a la dosis y efectividad de esta (Gesteira, 2010).

2. El citocromo CYP2D6

Es el primer enzima metabolizador de fármacos documentado como polimórfico. Participa en el metabolismo de analgésicos opioides (Codeína), antiarrítmicos, β -bloqueantes, numerosos antidepresivos (Amitriptilina, Citalopram, Fluoxetina, Fluvoxamina, Sertraline, etc.) y varios antipsicóticos (Haloperidol, Risperidona y Aripiprazol) (Gesteira, 2010).

CYP2D6 tiene una característica que lo hace interesante a nivel farmacogenético: existe una correlación casi perfecta entre el genotipo y la actividad metabólica del enzima, pudiendo diferenciarse cuatro fenotipos predictivos, dependiendo de la combinación de alelos presentes en un individuo:

- Metabolización Extensiva: los individuos que posean de una a dos copias activas del gen, tendrán un metabolismo normal. Evidentemente la mayor parte de la población muestra este genotipo (Gesteira, 2010).

- Metabolización Intermedia: es, quizá, la clase más discutida: existen grupos que denominan Metabolizadores Intermedios (IMs) a aquellos individuos con una copia inactiva y otra con actividad reducida, mientras otros reservan este término para aquellos con una única copia activa del gen. Además, se cree que esta categoría posee interés únicamente a nivel experimental, ya que fenotípicamente los IM no parece que se distinguen de los EM, con lo cual ambos fenotipos suelen agruparse cuando se realiza un genotipado orientado a la clínica (Gesteira, 2010).

- Metabolización Pobre o Deficiente: aquellos individuos que no hayan heredado ninguna copia activa del gen, bien por que posean dos copias de un enzima defectivo con actividad disminuida, bien porque sólo posean una copia del gen (la otra copia estaría delecionada) y esta sea defectuosa o incluso porque carezca en absoluto del gen (ambas copias delecionadas, lo cual es sumamente raro), tienen un metabolismo más lento de lo normal y se denominan Pobres Metabolizadores (PM). Este es el patrón que se asocia con más frecuencia, con la aparición de efectos adversos (Gesteira, 2010).

- Metabolización Ultrarrápida: es el caso contrario al anterior, existe la posibilidad de que el individuo presente más de dos copias activas del gen. Un individuo con más de dos copias de un alelo funcional expresará mayor cantidad del enzima, lo cual incrementará el metabolismo de toda substancia que utilice la vía del CYP2D6. A estos individuos se les denomina Metabolizadores Ultrarrápidos (UM) y debido a que catalizan de forma mucho más efectiva la monooxidación del fármaco, éste dispone de menos tiempo para ejercer su acción puesto que será degradado rápidamente. A dosis normales, un paciente UM tendrá una pobre respuesta terapéutica (Gesteira, 2010).

Además de la variabilidad genética, existen causas externas capaces de modificar la actividad metabólica de este gen: varios fármacos comunes presentan capacidad inhibitoria de la actividad de CYP2D6, como la Fluoxetina o la Paroxetina (Gesteira, 2010).

3. El citocromo CYP3A

La familia 3A del complejo de los citocromos P450 (CYP3A) está implicada en el metabolismo de un 45-60 % de todos los medicamentos conocidos (Gesteira, 2010).

A nivel hepático, en el adulto, las isoformas más relevantes son CYP3A4 y CYP3A5. Ambos enzimas comparten sustratos y posiblemente metabolizan las mismas reacciones. La familia CYP3A es la responsable del metabolismo de dos antipsicóticos atípicos utilizados en el tratamiento de las psicosis, especialmente en esquizofrenia: la Quetiapina y la Ziprasidona. También es posible que actúe como enzima alternativo en el metabolismo de otros fármacos como la Risperidona (Gesteira, 2010).

La isoforma CYP3A4 supone un 30 % de todos los CYPs presentes en el hígado y es responsable de la elevada variabilidad interindividual en el metabolismo de los numerosos fármacos que utilizan la vía CYP3A, y por ello es uno de los citocromos P450 más estudiados. El CYP3A4 es el responsable principal de la biotransformación de fármacos antipsicóticos atípicos como Ziprasidona o Quetiapina o típicos como el Haloperidol. Se ha probado que la co-administración de inhibidores/inductores de CYP3A4 provoca una modificación considerable de la acción de la Ziprasidona mediante el incremento o disminución de su aclaramiento hepático (Gesteira, 2010).

Beneficios de la farmacogenética

Existe un grupo de terapias en el que cobra especial relevancia la idea de la medicina individualizada: aquellas en las que los efectos secundarios son graves y frecuentes y aquellas

en los que la optimización de la dosis, conlleva un periodo de tiempo demasiado largo. Los tratamientos antipsicóticos cumplen ambas condiciones. La mayoría de los fármacos utilizados presentan una ventana terapéutica muy estrecha con lo cual la detección de la dosis óptima es una tarea difícil. Suelen pasar meses, incluso años, hasta que se logra un tratamiento correcto para el paciente, tiempo en el cual la enfermedad sigue avanzando. Se podrían distinguir dos posibles ámbitos de actuación:

- En el ámbito de la enfermedad y su tratamiento: hay que tener en cuenta que la falta de respuesta antipsicótica, especialmente en primeros episodios, y la alta frecuencia de efectos adversos derivados del tratamiento son dos de las causas de la elevada tasa de abandono del tratamiento. El interés de los estudios farmacogenéticos en este campo terapéutico tiene por tanto un claro objetivo: identificar aquellos marcadores capaces de predecir qué tratamiento produciría menos efectos secundarios y una mayor respuesta clínica. De esta forma, la farmacogenética ayudaría a aumentar el éxito del tratamiento al reducir el tiempo de estabilización y la tasa de abandono, colaborando, en última instancia, a mejorar el pronóstico del paciente esquizofrénico (Gesteira, 2010).

- En el ámbito socio-económico: hay que tener en cuenta que los trastornos psicóticos tienen una alta prevalencia por lo que implica un gran coste sanitario (Gesteira, 2010).

Los tratamientos con antipsicóticos atípicos son especialmente costosos y las fases agudas generadas por los primeros brotes y recaídas suelen precisar el ingreso del paciente. Existen dos tipos de costes, los directos y los indirectos. Los costes directos corresponden a tres categorías: consultas ambulatorias, gasto farmacéutico y estancias hospitalarias (Gesteira, 2010).

Los costes indirectos son soportados fundamentalmente por la familia del paciente y se deben principalmente al incremento de la mortalidad, a la situación de dependencia y al bajo grado de integración social derivados de la enfermedad (Gesteira, 2010).

Existen evidencias de que terapias complementarias a la farmacológica (cognitivoconductuales, familiares...) ayudan en la evolución de estas enfermedades. Este tipo de terapias también forman parte de los costes indirectos, ya que no siempre están soportadas por los sistemas sanitarios. La falta de adherencia al tratamiento derivada tanto de la ineficacia antipsicótica como de la aparición de reacciones adversas contribuye a incrementar tanto los costes directos como los indirectos (Gesteira, 2010).

No se estima que la introducción de la farmacogenética vaya a suponer una disminución importante del coste farmacológico de estas enfermedades, dado que los tratamientos son, en la mayoría de los casos, crónicos. Sin embargo, el poder predecir la respuesta y prevenir los efectos adversos derivados del tratamiento sí podría ayudar a reducir el número de estancias hospitalarias (la mayor parte de los reingresos se producen por falta de adherencia al tratamiento o por falta de eficacia) y su duración, así como los costes indirectos derivados de la enfermedad (Gesteira, 2010).

5.4. Promoción de la salud

Existen diferentes ámbitos de actuación en el que pueden intervenir los profesionales de enfermería (ANEXO 4). Sin embargo, la más destacada en la promoción de la salud es la enfermera de Atención Primaria (AP) o la enfermera del centro de salud mental (enfermera especialista).

Cabe destacar que una las funciones más importantes que tienen los profesionales de enfermería es la promoción de la salud. Por lo que es evidente, en salud mental, esta también se lleva a cabo mediante la prevención de la enfermedad mental (primaria, secundaria y terciaria) (Eby y Brown, 2010).

- Prevención primaria: comienza con la persona sana e impide que esté afectada por un trastorno. Un ejemplo de ello es la educación sobre el abuso de drogas en niños. Así, estos aprenden a evitar el consumo de drogas antes de que hayan tenido cualquier problema (Eby y Brown, 2010).

- Prevención secundaria: incluye a todas aquellas personas que ya se encuentran afectadas por un trastorno. El trabajo de enfermería es, fundamentalmente, identificar y tratar precozmente a este tipo de pacientes para prevenir todos aquellos resultados negativos del trastorno. Un ejemplo de ello podría ser el cribado de la depresión, cuando se estudia a las personas y se identifican precozmente los casos de depresión, antes de que la persona haya experimentado una pérdida de trabajo, desesperanza o, incluso, un intento de suicidio (Eby y Brown, 2010).

- Prevención terciaria: se dirige a las personas que sufren una afectación grave por trastorno mental. El objetivo es ayudarlas a recuperarse y a prevenir una discapacidad posterior. Un ejemplo de prevención terciaria es la consulta ambulatoria comunitaria a la que pueden acudir los pacientes con esquizofrenia para aprender habilidades de socialización, vida independiente y manejo de la medicación que les ayudará a que puedan permanecer en sus propios domicilios (Eby y Brown, 2010).

6. Conclusiones

- Los trastornos psicóticos son una patología crónica, severa e incapacitante que con frecuencia se asocia con altas tasas de morbilidad y mortalidad.

- El tratamiento más eficaz para este tipo de pacientes es la combinación de fármacos y psicoterapias dando lugar a una mejora en la calidad de vida y el pronóstico de la enfermedad.

- El uso de fármacos depot puede proporcionar una mejora en el cumplimiento del tratamiento farmacológico favoreciendo a una buena adherencia por parte de los pacientes.

- La implicación del profesional de enfermería es fundamental en el seguimiento y control del paciente, así como en la intervención para mejorar la adherencia terapéutica mediante varias estrategias y psicoeducación.

- La educación que lleva a cabo enfermería tiene una gran efectividad en la prevención de recaídas y en la reducción del número de reingresos en los hospitales.

- La farmacogenética cobra una gran importancia en este tipo de pacientes ya que se encarga de optimizar el uso de fármacos dando lugar a una disminución de los efectos adversos de dichos fármacos.

- En Salud Mental también es fundamental la promoción de la salud y la educación sanitaria para llevar a cabo un buen manejo de la enfermedad y poder evitar complicaciones innecesarias.

7. Bibliografía

Arrizabalaga, A. (2018). *Trastornos psicóticos: 1,4 millones de afectados en España*. EFESalud. Recuperado de: <https://www.efesalud.com/trastornos-psicoticos-afectados-espana/>

Caballero, T.; Ochoa, D. y Abad, F. (2012). *La farmacogenética desde una perspectiva crítica*. La Fundació Víctor Grifols i Lucas. Recuperado de: <https://www.fundaciogrifols.org/documents/4662337/4688901/cap11.pdf/28b79e43-75d6-4d8d-977f-10fe517c96ce>

Carpenter, W. (2013). *Trastornos psicóticos en Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Arlington: Panamericana.

Catalán, J. et al. (2011). *Metabolismo de los antipsicóticos: enzimas y genes relacionados*. Revista de Farmacología de Chile, 4(1), 15-20. Recuperado de: http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/129026/Catalan_2011.pdf?sequence=1

Cirici, R. (2002). *La adherencia al tratamiento de los pacientes psicóticos*. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 29(4), 232-238. Recuperado de: <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsvs/resource/pt/ibc-20202?lang=pt>

Colomer A. J., (2002). *Guía de Cuidados Enfermeros en la Red de Salud Mental de Aragón*. Zaragoza: S.I.

Eby, L. y Brown, N. (2010). *Cuidados de Enfermería en Salud Mental*. Madrid: Pearson.

Federación de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental [FEAFES]. (2010). *Qué es la salud mental*. Recuperado de: <http://feafesgalicia.org/ES/content/que-es-la-salud-mental>

Gesteira, A. et al. (2010). *Estudios Farmacogenéticos del tratamiento con Antipsicóticos: Estado actual y perspectivas*. Actas Españolas de Psiquiatría. Recuperado de: https://www2.uned.es/psicofarmacologia/stahl4Ed/contenidos/Tema1/documentos/C4/C4D_6.pdf : falta citar en el artículo

GuíaSalud (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. Recuperado de: <http://www.guiasalud.es/egpc/esquizofrenia/completa/apartado06/tipos.html>

González, J. et al. (2005). *La baja adherencia al tratamiento antipsicótico: actuación de enfermería*. Enfermería Global. Recuperado de: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/475>

Guinea, R. (2017). *La psicoterapia en el proceso de recuperación de personas con enfermedad mental grave*. Asociación Española de Neuropsiquiatría, 37 (131), 207-226. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352017000100012

Gutiérrez, F. (1998). *Tratamiento actual con antipsicóticos de la esquizofrenia*. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, 22(4), 207-212. Recuperado de: <https://www.sefh.es/revistas/vol22/n4/2204207.PDF>

Huidobro, A. (2016). *Fármacos intravenosos en urgencias. Guía enfermería*. Madrid: Formación Continuada Logoss.

Organización Mundial de la Salud (2017). *Trastornos mentales*. Recuperado de: <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>.

Pinilla, M. (2007). *Adhesión al tratamiento psicofarmacológico: consideraciones desde el cuidado de enfermería*. *Investigación en Enfermería, Imagen y Desarrollo*, 9(1), 37-50. Recuperado de: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/1585>

Puente, H. (2017). *La enfermedad mental en España: cifras para reflexionar*. A creba. Recuperado de: <http://www.acreba.org/noticias/publicaciones/la-enfermedad-mental-en-espana-cifras-para-reflexionar/>

Travé, J. y Pousa, E. (2012). *Eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual en Pacientes con Psicosis de Inicio Reciente: Una revisión*. *Papeles del Psicólogo*, 33(1), 48-59. Recuperado de: <http://www.papelesdel psicologo.es/pdf/2035.pdf>

ANEXO 1. Objetivos de las TCC

- Aumentar la comprensión del trastorno psicótico en el paciente.
- Promover la adaptación a la enfermedad.
- Mejorar la autoestima e incrementar estrategias de afrontamiento y funcionamiento adaptativo.
- Reducir la alteración emocional y la comorbilidad.
- Disminuir el estrés asociado a las alucinaciones y delirios y proporcionar estrategias y habilidades para manejarlos en el día a día.
- Prevenir futuras recaídas (Guinea, 2017).

En un metaanálisis de 14 estudios de TCC en psicosis entre los años 1990 y 2004 concluyeron que la TCC era beneficiosa de manera significativa en la reducción de la sintomatología positiva.

ANEXO 2. Efectos adversos de los antipsicóticos clásicos (Eby y Brown, 2010).

Efectos metabólicos y endocrinos	Aumento de peso, hipersecreción de prolactina, alteraciones sexuales y de la menstruación
Efectos hematológicos	Agarantulocitosis (reducción severa de neutrófilos circulantes) y leucopenia (Disminución del número de leucocitos en la sangre)
Ictericia colestática	Suele darse en las 4 primeras semanas de tratamiento con aumento de la bilirrubina, transaminasas y fosfatasa alcalina.
Alteraciones oculares y cutáneas	Retinopatía pigmentaria, urticaria y absceso después de la administración i.m.

EFECTOS ADVERSOS EXTRAPIRAMIDALES
<ul style="list-style-type: none"> - Distonía (rigidez muscular) - Seudoparkinsonismo o discinesia (rigidez, temblor y marcha arrastrada) - Actasia (inquietud, imposibilidad de estar quieto) - Discinesia tardía (trastorno del movimiento de inicio tardío)

ANEXO 3. Efectos adversos de los antipsicóticos atípicos
(Eby y Brown, 2010).

Clozapina	Agranulocitosis, sedación, hipersalivación, taquicardia, estreñimiento, somnolencia, hipotensión ortostática, aumento de peso, fiebre y crisis convulsivas.
Risperidona	Cefalea, insomnio, hipotensión ortostática, aumento de peso, sedación, estreñimiento, rinitis (congestión nasal), alteraciones sexuales, hipersecreción de prolactina con galactorrea y alteraciones de la menstruación.
Olanzapina	Somnolencia, aumento de peso, estreñimiento, sequedad de boca, hipotensión ortostática y aumento de las transaminasas hepáticas.
Sertindol	Rinitis, disminución del volumen de eyaculación, hipotensión ortostática, aumento de peso y prolongación del intervalo QT del ECG (se recomienda realizar un ECG antes de iniciar tratamiento).

ANEXO 4. Ámbitos de actuación

La intervención profesional enfermera puede identificarse básicamente en los siguientes ámbitos o niveles de atención (Colomer, 2002).

A.P.S: Centros de Atención Primaria	C.S.M: Centro de Salud Mental
U.S.M.I.J: Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil	U.C.E: Unidad de Corta Estancia (Hospitales Generales)
U.M.E: Unidad de Media Estancia	U.C.L: Unidad de Larga Estancia
C.D: Centro de Día	H.D: Hospital de Día