



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
“Dr. Dacio Crespo”

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico (2013-2017)

Trabajo Fin de Grado

**Cuidados de enfermería en familias con un
primer brote psicótico.**

Alumno: Lucía Espinosa Andrés

Tutor: D^a Fermina Alonso del Teso

Junio, 2017

Palencia

ÍNDICE	Pág.
1. RESUMEN	3
2. INTRODUCCIÓN	4
2.1 Justificación	4
2.2 Concepto de trastorno psicótico	6
2.3 Epidemiología	6
2.4 Etiología	6
2.5 Factores de riesgo asociados	8
2.6 Clínica	8
2.7 Diagnóstico	9
2.8 Fases y tratamiento del primer brote psicótico	10
2.9 La familia de pacientes con trastornos psicóticos	11
2.10 Consecuencias del primer brote psicótico	12
3. OBJETIVOS	14
4. MATERIAL Y MÉTODOS	15
5. RESULTADOS	16
5.1 Conocimiento de la de la enfermedad	16
5.2 Emociones de la familia ante el descubrimiento de la enfermedad ...17	17
5.3 Rol de enfermería	19
5.4 Cuidados de enfermería	21
6. DISCUSIÓN	27
7. CONCLUSIONES	28
8. BIBLIOGRAFÍA	29

1. RESUMEN

Los trastornos psicóticos tienen una gran repercusión tanto en el enfermo como en la familia. La familia del paciente psicótico debe afrontar diversas complicaciones que van ligadas al proceso patológico. El inicio de esta enfermedad a una edad temprana, la grave sintomatología psicótica así como la conciencia de enfermedad que comienza a tener el paciente a lo largo del curso de la enfermedad, hacen que sea una situación de gran impacto.

Además, debido al desconocimiento de su etiopatogenia, el diagnóstico y el tratamiento se hacen más costosos.

El objetivo del presente trabajo, es revisar en la literatura científica si existen actuaciones por parte del personal de enfermería que mejoren el pronóstico de esta enfermedad, mediante terapias que engloben el cuidado de la familia.

El método utilizado fue la revisión sistemática en las bases de datos Pubmed, Medline, Scielo, Cuiden, Google, y Google académico de documentos científicos, obteniendo un total de 25 referencias bibliográficas.

Los resultados obtenidos se basan en el conjunto de intervenciones que el personal de enfermería, aplica a la familia y al paciente psicótico en las primeras fases de la enfermedad.

Como conclusiones se puede afirmar que una correcta actuación sobre el paciente y la familia, sobre todo en los primeros síntomas, mejora considerablemente el curso y el pronóstico del trastorno psicótico. Por tanto, el personal de enfermería, ayudándose del plan de cuidados, debe satisfacer las necesidades de salud y autocuidados del individuo, familia y comunidad, en las áreas de promoción, asistencial y rehabilitación de la salud mental.

Palabras clave: Trastornos psicóticos, cuidados de enfermería, familia de paciente psicótico, actuación enfermera a familiares, plan de cuidados, plan de intervención, psicoeducación.

2. INTRODUCCIÓN

2.1 Justificación

Los trastornos mentales van ligados a la creación del ser humano. Ya en la Antigua Mesopotamia aparecen textos médicos sobre la aparición de las patologías psiquiátricas, considerándolas debido a su desconocimiento, como sucesos sobrenaturales y castigos divinos. A lo largo de los años, se han ido clasificando, y su clínica y terapéutica se ha forjado mediante un minucioso estudio. (1)

Feuchtersleben introdujo el término psicosis en 1845 con el fin de separar los trastornos neuropsiquiátricos (neurosis) de los trastornos psiquiátricos (psicosis); sin embargo, este término aún carece de definición exacta, pues los distintos autores e investigadores, provenientes de líneas de pensamiento muy diferentes enfatizan distintos aspectos. Por esta situación los límites son muy amplios y los criterios de diagnóstico muy cambiantes. (2)

En las décadas de 1950 y 1960, con el comienzo de la utilización de los neurolépticos para el tratamiento de las psicosis, surgió la esperanza de poder controlar los síntomas positivos, es decir, las características más patológicas, como son las alucinaciones y los delirios, y de poder tratar a pacientes graves con esquizofrenia en la comunidad. Los síntomas negativos tales como la apatía, la falta de motivación, el empobrecimiento afectivo y el deterioro funcional, podrían ser una consecuencia del internamiento prolongado de los pacientes en las instituciones psiquiátricas. Se veía con optimismo y con esperanza que, una vez controlados los síntomas más perturbadores, como son los positivos, y al permitir a los pacientes convivir con sus familiares en el hogar y en ambientes más naturales en la comunidad, no se instaurarían en ellos dichos síntomas negativos. La década de 1970, sin embargo, ofreció un panorama bastante menos optimista, al comprobarse que los efectos secundarios de la medicación neuroléptica daban lugar a un importante incumplimiento del programa terapéutico por muchos pacientes, apreciándose tasas de recaída del 30-50% en el periodo de uno o dos años siguientes al inicio del tratamiento; así como ausencia de mejoría en la sintomatología aguda en una pequeña proporción de pacientes medicados. Los trabajos de Brown, Birley y Wing (1972) y de Vaughn y Leff en ese periodo y en la década siguiente (Leff, 1987; Vaughn y Leff, 1976) abrieron una nueva línea de investigación, al plantear la posible existencia de factores de estrés, tal vez

presentes en el hogar de los pacientes, que guardasen relación con una elevada tasa de recaídas sintomáticas. Surgió el modelo de Vulnerabilidad-Estrés, propuesto por Zubin y Spring (1977), como explicación de la esquizofrenia. Dicho modelo, sugiere que la esquizofrenia es el resultado de factores endógenos de predisposición o vulnerabilidad, genética o adquirida durante el neuro-desarrollo, y que la manifestación de los síntomas de enfermedad viene desencadenada por la presencia de estresores ambientales. En gran medida, toda la investigación posterior sobre la etiología de la esquizofrenia, así como el desarrollo de programas de intervención terapéutica, ha estado influida tanto por dicho modelo como por la investigación familiar sobre la emoción expresada. En particular, ha recibido especial atención la combinación de terapia farmacológica e intervenciones familiares en la investigación de las últimas décadas. A partir de finales de 1980, se acentúa el interés de incluir a los familiares de los pacientes con psicosis en programas específicos de tratamiento; surgen movimientos de defensa de los familiares y el creciente reconocimiento del estrés experimentado por las familias al enfrentarse con la enfermedad y su influencia sobre el funcionamiento del paciente; y decididamente se apostó porque fueran un aliado en el proceso terapéutico. Esta corriente facilitó el desarrollo de diferentes modelos de intervención familiar (Lam, 1991). (3)

A día de hoy y a pesar del avance científico, las enfermedades mentales siguen siendo esas grandes desconocidas, habiendo aumentado su incidencia. Lo que sí sabemos, es que hay una posibilidad, por remota que sea, de rehabilitación para este tipo de pacientes y apoyo a la familia, y es aquí donde entra el papel de enfermería. (4)

La familia tiene el rol de cuidar la integridad de sus miembros, si dentro de ella se encuentra una persona que padece psicosis, debe afrontar diversas dificultades asociadas a esta enfermedad; entre ellas la complejidad del sistema de salud, de la educación, lo social y económico. Sin embargo, estas familias a lo largo de su vida, experimentan un importante deterioro de su bienestar físico, emocional y social. El enfermero en salud mental, desempeñará un rol educador, de asesor y agente de relaciones sociales, favoreciendo así pautas para la creación de un ambiente social que contribuya a la recuperación del enfermo y el apoyo a la familia.

El presente trabajo va dirigido al personal de Enfermería, al que se pretende aportar unos conocimientos sobre las pautas de actuación para familias ante un paciente con un primer brote psicótico, con el objeto de dar a conocer a esta parte del sector sanitario las características por las que se rigen este tipo de pacientes y poder solventar cualquier situación, así como a partir de una correcta praxis enfermera, poder llegar a potenciar su rehabilitación en el ámbito familiar.

2.2 Concepto de trastorno psicótico

Los trastornos psicóticos son trastornos mentales graves que causan ideas y percepciones anormales. Las personas con psicosis pierden el contacto con la realidad. Dos de los síntomas principales son delirios y alucinaciones. Los delirios son falsas creencias, y las alucinaciones son percepciones falsas, como escuchar, ver o sentir algo que no existe.

La esquizofrenia es un tipo de trastorno psicótico. Quienes sufren de trastorno bipolar también pueden tener síntomas psicóticos. Otros problemas que pueden causar psicosis son: el alcohol y ciertos medicamentos, tumores cerebrales, infecciones del cerebro y un ataque cerebrovascular (ACV). (5)

2.3 Epidemiología

La incidencia anual de todas las formas de psicosis es de 31,6/100.000 habitantes por año, con razones superiores en varones. Para la esquizofrenia, la incidencia fue de 7,0; para los trastornos esquizo-afectivos, 2,0; y para el trastorno esquizo-freniforme, 1,8. Las psicosis afectivas registraron una incidencia de 11,6/100.000 habitantes por año, y para el trastorno psicótico breve, el trastorno delirante y otros trastornos psicóticos, una incidencia de 9,3/100.000 habitantes por año. (6)

Según la OMS, las personas con esquizofrenia tienen entre 2 y 2,5 veces más probabilidades de morir a una edad temprana que el conjunto de la población. Esto se debe por lo general a enfermedades físicas, como enfermedades cardiovasculares, metabólicas e infecciosas. También suelen sufrir estigmatización, discriminación y violación de sus derechos humanos. (7)

2.4 Etiología

Las psicosis se pueden clasificar en dos categorías de acuerdo a su etiología:

- La psicosis funcionales o primarias, se originan de disfunciones neuroquímicas que interfieren con las estructuras más íntimas a nivel intracelular en las conexiones interneuronales e intrasinápticas comprometiendo circuitos y redes neuronales.
- Las psicosis orgánicas o secundarias reconocen su origen en una anomalía cerebral que puede ser explicada desde el punto de vista estructural y/o metabólico mediante exámenes médicos de rutina. Es decir, existen elementos objetivos y evidentes de un daño en el tejido cerebral o hay evidencias de alguna enfermedad que pueda explicar los síntomas. (8)

2.5 Factores de riesgo asociados

1. Factores de riesgo perinatales: Complicaciones obstétricas, exposición materna a infecciones virales durante el segundo trimestre del embarazo, bajo peso al nacer, sufrimiento cerebral, infecciones en el sistema nervioso central, prematuridad, uso de incubadora, mala nutrición durante el embarazo, uso de sedantes por parte de la madre durante el embarazo, signos de asfixia neonatal, depresión materna durante el embarazo y depresiones puerperales, uso de tóxicos durante el embarazo, etc.

2. Antecedentes familiares: uno o dos de los progenitores padecen un trastorno psicótico.

3. Situación familiar: familia monoparental, edad avanzada de los padres, situación familiar de bajo nivel socioeconómico o déficit de integración social.

5. Alteraciones en las primeras relaciones madre-padre-bebe, tales como la depresión postparto, dificultades emocionales en las primeras relaciones, separaciones frecuentes, dificultades del niño para jugar, diferencias en la lactancia materna entre el niño y sus hermanos, etc.

6. Desarrollo cognitivo: déficits de atención, problemas en los aprendizajes tales como ciertos retrasos en el aprendizaje de la lecto-escritura, déficit neurointegrativo,

déficits neuro-cognitivo, alteraciones en el desarrollo del lenguaje y mutismo selectivo, etc.

7. Alteraciones en el desarrollo de los hábitos psicosomáticos: Bebé o niño que se despierta frecuentemente por la noche, “insomnio tranquilo”, etc.

8. Relaciones con los demás: Inhibición y pasividad, baja expresividad emocional, menos de dos amigos en la etapa escolar, hábitos solitarios. (9)

2.6 Clínica

Los síntomas se clasifican en positivos y negativos:

Síntomas positivos:

Alteraciones psicopatológicas que no existían antes de la enfermedad:

- Percepción sensorial: Alucinaciones
- Alteración del pensamiento: Pensamiento disgregado e incoherente, taquipsiquia e ideas delirantes.
- Alteración de la conducta: Esterotipias motoras, ecopraxia, comportamiento desorganizado y agitación psicomotriz.
- Alteración de la afectividad: Afecto inapropiado a estímulos y risas inmotivadas.
- Alteración del lenguaje: ecolalia, neologismos y verborrea

Síntomas negativos

Son los que disminuyen las aptitudes del paciente en algún campo:

- Alteración del pensamiento: alogia (empobrecimiento del pensamiento y cognición).
- Alteración del lenguaje: pobreza del lenguaje.
- Alteración de la conducta: Anhedonia-insociabilidad, apatía, abulia (falta de energía de impulso).
- Alteración de la afectividad: pobreza afectiva. (10)

Síntomas prodrómicos en primeros brotes psicóticos:

- Menor capacidad de concentración y de atención.
- Falta de energía y motivación.
- Estado de ánimo depresivo.
- Inestabilidad emocional.
- Irritabilidad.
- Trastorno de sueño y apetito.
- Ansiedad.
- Retraimiento/Aislamiento social.
- Conductas bizarras
- Desconfianza.

2.7 Diagnóstico

En todo paciente debe realizarse un estudio diagnóstico inicial completo que incluya:

- Historia clínica psiquiátrica y médica general.
- Historia psicosocial e historia psiquiátrica familiar.
- Examen del estado mental.
- Evaluación física que incluya una exploración neurológica.
- Diagnóstico diferencial: Se realizan exploraciones complementarias para descartar trastornos que sean similares a la esquizofrenia. También se debe determinar la presencia de trastornos asociados. Es importante determinar si el episodio psicótico fue causa del alcohol y otras drogas ya que en estos casos los pacientes deben recibir un tratamiento específico. El riesgo de autolesiones o de causar daños a terceros y la presencia de alucinaciones deben ser evaluadas y deben tomarse las precauciones apropiadas siempre que esté en duda la seguridad del paciente o de otras personas. (6)

2.8 Fases y tratamiento del primer brote psicótico

La evolución del trastorno en estas fases y la demora en su tratamiento puede derivar en una alteración en las circunstancias vitales (6). El tratamiento está dirigido a estrategias comunitarias. Es importante empezar a tratar desde el primer síntoma psicótico ya que se reducen significativamente los síntomas positivos y negativos de la enfermedad, los días de hospitalización, y la comorbilidad con el abuso de sustancias; y a su vez la mejora del funcionamiento global y la adherencia al tratamiento. (11)

Fase de estado mental de alto riesgo: Esta fase, se caracteriza por una desviación del funcionamiento emocional, cognitivo, conductual o social, y por la presencia de pródromos inespecíficos. El objetivo del tratamiento es evitar, demorar o minimizar el riesgo de transición a psicosis: combinación de tratamientos psicológicos (terapias cognitivo-conductuales, de apoyo, psicodinámicas) y farmacológicos (con antipsicóticos, antidepresivos y ansiolíticos).

Fase del primer episodio psicótico: La aparición de un primer episodio psicótico puede ser brusca o insidiosa, pero la mayor parte de individuos presentan algún tipo de fase prodrómica que se manifiesta por un desarrollo lento y gradual de diversos signos y síntomas. El primer paso del tratamiento es construir una alianza terapéutica. Una vez conseguida, la terapia de apoyo se basa en un abordaje psicoeducativo sincronizado y adecuado a la capacidad de comprensión del paciente.

Fase de recuperación: Es una fase de alta vulnerabilidad que abarca de los tres a cinco años después de haber presentado un episodio psicótico, constituyendo el llamado período crítico. Las recaídas son comunes durante los primeros años posteriores al comienzo del trastorno psicótico. Los objetivos del tratamiento de esta fase son: Alcanzar fines académicos o laborales realistas, desarrollar relaciones sociales y un normal desarrollo sexual, apoyar para conseguir una vida independiente, fomentar el establecimiento de valores personales e identidad, limitar el sufrimiento y las repercusiones negativas de la conducta psicótica, atender a las familias, ser sensible a los factores que pudieran impedir el seguimiento adecuado del tratamiento y ofrecer tratamiento para problemas asociados (tendencias suicidas,

depresión, agresión, abuso de sustancias, déficits cognitivos, trastornos de ansiedad). (6)

Una intervención psicoterapéutica precoz en la psicosis aportaría los siguientes beneficios:

- Desarrollar una alianza terapéutica.
 - Proporcionar apoyo emocional ante las inquietantes experiencias subjetivas de la psicosis y ante el estigma.
 - Promover comprensión sobre la psicosis, participación activa en el tratamiento y adherencia a la medicación.
 - Abordar específicamente los complejos síntomas individuales, comorbilidades y esquemas desadaptativos.
 - Reducir la resistencia al tratamiento.
 - Potenciar el afrontamiento y la adaptación.
 - Mejorar el funcionamiento cognitivo.
 - Mejorar las relaciones interpersonales.
 - Promover la recuperación laboral.
 - Reducir el riesgo de suicidio y la agresividad.
 - Prevenir las recaídas.
 - Reducir el daño por el consumo comórbido de drogas.
 - Reducir el riesgo de transición desde estados de ultra riesgo a la psicosis.
- (12)

2.9 La familia de pacientes con trastornos psicóticos

La familia conceptualizada como “una unidad biopsicosocial, integrada por un número variable de personas, ligadas por vínculos de consanguinidad, matrimonio y/o unión estable y que viven en un mismo hogar”, se refiere a aquellos miembros que comparten un núcleo de convivencia. (13)

Las familias constituyen un soporte principal para el paciente psicótico, proporcionando a menudo el mantenimiento económico, la asistencia sanitaria, y la supervisión de las tareas diarias. Los cuidadores familiares de adultos con esquizofrenia pasan un promedio de 6-9 horas por día que proporciona cuidado y

atención. Los cuidados se asocian frecuentemente con consecuencias negativas, incluyendo la sobrecarga física y mental, que pueden estar relacionados con la morbilidad psicológica (por ejemplo, ansiedad y depresión). (14)

Se define la "carga del cuidador" como las consecuencias psicológicas (principalmente emocionales y de estrés), físicas, sociales y económicas que se generan en un familiar o amigo que se dedica a la atención y el cuidado de un paciente con una enfermedad mental. Dicha carga se puede dividir en dos tipos: la objetiva y la subjetiva. La primera se caracteriza, en una ruptura de la vida familiar observable, incluye separaciones, divorcios, estigmatización y problemas económicos; mientras que el segundo tipo incluye los sentimientos personales derivados de la carga, del estrés, de la infelicidad y del propio trastorno. (15)

2.10 Consecuencias del primer brote psicótico

El duelo en la psicosis es múltiple. Se proponen diferentes tipos de pérdida:

- Pérdida de capacidades y de determinados aspectos que definían a la persona (valores, aficiones, etc.).
- Pérdidas materiales: el trabajo, posesiones, el estatus socioeconómico o incluso el propio domicilio.
- Pérdidas relacionales, ya sea de familiares, pareja o amistades.
- Pérdida de proyectos vitales o experiencias asociadas a diferentes momentos del ciclo vital normal; se trata de aquello que el paciente no llegará a vivir a causa del problema que sufre.
- Pérdida de las expectativas de futuro: logros personales, completar los estudios, conseguir la independencia, tener hijos, etc.
- Pérdida del nivel de independencia respecto al núcleo familiar, tanto en lo económico como en otros aspectos.
- Pérdida de la propia identidad del paciente: disminución del sentido de sí mismo, así como la alteración de la autoconciencia corporal natural

La otra cara de la moneda es la familia, que tiene que organizarse para hacer frente a una situación que les afecta a nivel social, emocional y económico. Numerosos

estudios ponen de manifiesto que la familia se encuentra en una situación de duelo permanente. (16)

3. OBJETIVOS

Generales:

- Realizar una revisión bibliográfica para conocer la evolución del brote psicótico, y qué cuidados de enfermería se deben aplicar a las familias que presentan este tipo de pacientes.

Específicos:

- Identificar las necesidades que tienen las familias de los pacientes con psicosis.
- Enseñar a la familia a identificar el brote psicótico y los cuidados a llevar a cabo en el ámbito familiar.
- Mostrar al personal de Enfermería las actividades y cuidados que se deben brindar al enfermo y a su familia.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

El presente trabajo se ha realizado mediante una revisión sistemática basada en la búsqueda bibliográfica para la cual se han utilizado las siguientes bases de datos:

- PubMed
- SCielo
- Medline
- Cuiden
- Google
- Google académico

La pregunta PICO (paciente, intervención, comparación y resultados) que se estructuró fue la siguiente *¿Qué cuidados en enfermería hay para familias con un primer brote psicótico?*

Las palabras clave empleadas para realizar la búsqueda fueron “psicosis”, “trastornos psicóticos”, “primer brote psicótico”, “cuidados de enfermería”, “familia de paciente psicótico”, “actuación enfermera a familiares”, “plan de cuidados”, “psicoeducación”, combinadas con los operadores booleanos AND y OR.

También han sido analizados y utilizados información y datos publicados en revistas científicas, en la página oficial de la OMS, en la página oficial del Instituto Nacional de Salud Mental (NIH), libros, publicaciones de Universidades, Tesis Doctorales, Guías y Manuales del Ministerio de Sanidad y libros.

Los criterios de inclusión fueron artículos en español y en inglés con no más de 12 años de antigüedad. Los criterios de exclusión fueron aquellos artículos que no cumplían los objetivos.

Se utilizó material seleccionado en Internet así como libros de texto. Se utilizaron un total de 25 documentos. Se descartó la documentación que no estuviese relacionada directamente con el tema del trabajo. Se realizó una lectura crítica de los mismos para finalmente desarrollar unas conclusiones.

5. RESULTADOS

5.1 Conocimiento de la enfermedad

Una limitación de la familia es la falta de información, el apoyo por parte de los profesionales de salud mental y el rechazo a la comunicación, debido a la falta de tiempo o por ser un aspecto confidencial. La anterior situación se traduce en desaprovechar el recurso familiar, necesario en la adherencia del paciente al tratamiento; aún más si se tiene como política de salud mental la desinstitucionalización del paciente. Es fundamental incluir programas psicoeducativos para el paciente y la familia, donde se determinen unos objetivos claros y una metodología acorde con las necesidades y circunstancias. (17)

La psicoeducación es una aproximación terapéutica que no se identifica con un único modelo teórico. Proporciona a pacientes y familiares información específica acerca de la enfermedad y entrenamiento en técnicas para afrontar los problemas que de ella se derivan. Su objetivo es mejorar la calidad de vida del paciente y de los cuidadores creando ambientes con muy bajo nivel de estrés, disminuyendo la probabilidad de recaída y carga familiar, y proporcionando información sobre el trastorno. Los propósitos de la psicoeducación son:

- Proporcionar educación a los familiares con respecto a los síntomas y el proceso de la esquizofrenia.
- Mejorar el cumplimiento terapéutico con estrategias motivacionales y conductuales.
- Reducir las tasas de recaídas y de reingreso hospitalario.
- Aportar información sobre las causas y efectos de la dolencia así como sobre sus posibilidades de recuperación.
- Identificar y reforzar las fortalezas de la familia para brindar soporte.
- Enseñar actitudes saludables hacia el paciente.
- Instruir sobre algunos procedimientos para conducir y proteger al paciente (alejando objetos punzo-cortantes, inflamables que puedan causar daño).

- Señalar que son inconvenientes tanto la crítica como la sobreprotección.
 - Buscar el establecimiento de alianza: familia, usuario y personal de salud.
- (8)

Todo ello, facilita el rol activo del paciente y su entorno favoreciendo la alianza terapéutica y la implicación en el proceso terapéutico. (6)

El hecho de que los integrantes de la familia y la comunidad se encuentren informados de la esquizofrenia, facilita y favorece mucho a que durante los primeros signos de aparición, la enfermedad sea detectada para un tratamiento oportuno; así también favorecerá la comprensión y el afronte ideal de la persona y familia a inicios de su tratamiento y rehabilitación a la sociedad. (18)

Modalidades de psicoeducación:

- Individual: información y consentimiento informado.
- Familiar: orientación y apoyo; manejo psicoeducativo de una familia o multifamiliar.
- Grupal: manejo psicoeducativo comunitario. (8)

5.2 Emociones de la familia ante el descubrimiento de la enfermedad

Cuando aparece el primer brote de la enfermedad, la familia experimenta emociones de miedo y preocupación por aquella conducta alterada nunca conocida. Los síntomas pueden estar ligados al aislamiento, llanto, grito desesperado, ideas y percepciones falsas, incluso autoagresión y violencia a la familia, surgiendo de forma inmediata la necesidad de acudir al médico para descubrir la verdad, es ahí donde por medio de una entrevista psiquiátrica a la familia y al paciente, la enfermedad descubre su rostro.

Enterarse que un familiar tiene una enfermedad psicótica, provoca en la familia una serie de emociones diferentes y consecuentes:

- Los cambios fisiológicos: empiezan a sentir cambios en el organismo.
- Los cambios emocionales: se sienten emociones de ira amargura (frustración)

- Cambios conductuales: Cambios en el comportamiento de la familia.

En el transcurso de la enfermedad y por experiencias anteriores, la familia va descubriendo los “síntomas iniciales” que provocan un episodio psicótico. Se ven capaces de detectar la llegada de una nueva recaída, y van preparándose para actuar. Sin embargo su única estrategia de afrontamiento se sigue manteniendo: la búsqueda de apoyo es su principal opción.

Son escasas las familias, o mejor dicho los cuidadores que enfrentan las recaídas tratando de “cortarlas”. Ante una de ellas, deciden ponerse firmes y decididos a entablar una comunicación que pueda descubrir el estímulo de su reacción, para así lograr sosegar su alteración. Dentro de ellos, solo pocos logran su propósito, y consiguen apaciguar a la persona con esquizofrenia. (18)

La carga objetiva o subjetiva que el enfermo trae consigo, produce en los familiares diversas reacciones:

- Elusión de problemas: Organizan sus vidas de tal manera que evitan implicarse en todo cuanto esté relacionado con el familiar enfermo.
- Contemporización: El familiar apoya el comportamiento patológico inaceptable. Ésta táctica la suelen emplear los familiares para evitar confrontaciones, pues de lo contrario daría lugar a grandes tensiones entre ellos.
- Sumisión: El familiar cede ante las exigencias del enfermo. Se suele dar en casos de agresividad.
- Abandono: tras haber intentado controlar manifestaciones patológicas, los familiares desisten de seguir haciéndolo.
- Actitud impositiva: Se pretende resolver por la fuerza las dificultades que crea el enfermo.
- Desconcierto: Cuando el familiar se siente impotente, desolado, y desesperado, sus respuestas ante el estrés suelen ser caóticas.
- Negación: La familia está convencida de que los trastornos que presenta su familiar, no tienen importancia.

- Proteccionismo: Los familiares intentan resguardar al paciente de todos los peligros posibles y coartan toda iniciativa.

Los profesionales sanitarios tenemos el deber de saber dirigir todas estas emociones que perjudican tanto a la familia como al paciente y dar pautas para transformarlas en actitudes positivas:

- Aceptar la enfermedad: Es admitir la realidad, constituye una actitud necesaria para afrontarla del mejor modo.
- Tranquilizar: La familia demuestra con palabras y hechos cariño y fortaleza al enfermo,
- Poner límites: Marcar una línea clara entre las omisiones o acciones del enfermo que le son transigidas y las que no lo son. (19)

Resulta de gran relevancia que la familia establezca expectativas y objetivos realistas, que interactúen de forma adecuada con el paciente y que sean capaces de establecer un entorno estructurado para el mismo. Otro recurso es la posibilidad de contactar con otras familias que estén cursando procesos similares para que encuentren así apoyo emocional y no se produzca un asilamiento. La aceptación y conocimiento de la enfermedad y la valoración del tratamiento como necesario por parte de la familia van a facilitar que el paciente acepte la medicación. Por el contrario las actitudes de rechazo o desconfianza y malentendidos sobre la naturaleza de la enfermedad provocarán que el paciente la abandone. Es necesario apoyo emocional y social adecuado con el incumplimiento. (20)

5.3 Rol de enfermería

Desde la perspectiva del trabajo de enfermería, los factores sobre los que hay que incidir se agrupan en cuatro grandes bloques: factores individuales, plan de cuidados de salud, sistema de salud y redes de soporte. Estos cuatro bloques no han de ser abordados como entidades individuales, sino que se han de interrelacionar entre sí, mediante el cuidado integral. (21)

Las intervenciones fundamentales del personal de Enfermería son:

- Intervención en crisis: Su propósito es disminuir la ansiedad e incertidumbre de una situación de crisis familiar, como es el surgimiento de una enfermedad mental en uno de sus miembros. Comprender tanto la contención emocional

de los integrantes de la familia como la evaluación de las necesidades familiares inmediatas y el apoyo para conseguir ayuda.

- La psicoeducación: Destinada a informar a la familia sobre lo que ha sucedido y sobre lo que pueden esperar del equipo de salud en lo que se refiere al tratamiento de la persona y al apoyo a corto y largo plazo. Se realiza con la mayor cantidad de miembros de la familia presentes. Sigue una metodología grupal, con un número de sesiones establecidas con los siguientes conceptos claves (educación sobre la enfermedad, importancia de la adherencia al tratamiento, entrenamiento en estrategias, habilidades de afrontamiento y comunicación, intervención en crisis, técnicas de resolución de problemas cotidianos, detección precoz de recaídas, técnicas para disminución de ansiedad, depresión y sobrecarga familiar).
- El apoyo constante a lo largo del curso del trastorno, mediante sesiones individuales o grupales. (22)

La inclusión de las familias es crucial si las enfermeras desean generar fuente de ayuda fortalecedora a los pacientes, en vez de generarles dificultades. Las enfermeras deben contribuir a que la familia se sienta implicada en el tratamiento, pero deben evitar culpabilizar a la familia. Por ello los cuidados de enfermería requieren de estrategias alternativas e innovadoras, junto a una atención especializada. Por lo que se debe estar preparado para el trabajo con pacientes con una enfermedad mental, junto a su familia.

Dentro del proceso de enfermería, se utilizan múltiples roles para ayudar a los pacientes a crecer y cambiar. Los roles a utilizar en un momento en particular se deciden sobre la base de actuaciones planeadas.

- Rol profesional: En el rol profesional, la enfermera y el paciente trabajan juntos como un equipo; forman una alianza terapéutica, cuyo objetivo es ayudar al crecimiento y adaptación del cliente.
- Agente de relaciones sociales: Sobre la base de relación uno a uno, se centran en las deficiencias que tienen los clientes en la comunicación de pensamientos y sentimientos a los demás. Esta técnica social es extendida luego por los individuos a los grupos de compañeros de la unidad. Al

participar en grupos informales, las enfermeras son capaces de evaluar el crecimiento de los clientes en las técnicas sociales.

- Educador: Se imparte una gran cantidad de enseñanza con respecto al plan de tratamiento. Las enfermeras explican el tipo de terapia que se dispone, como son y los beneficios que se derivan de participar en ellos. Dependiendo de la valoración del paciente, las enfermeras pueden también tener que enseñar las actividades de la vida diaria.
- Modelo: las enfermeras pueden enseñar a los pacientes como lograr los cambios deseados. Las personas aprenden imitando las actitudes, creencias y conducta. El tener un modelo permite que los pacientes observen y experimenten patrones de conducta alternativos.
- Abogado: las responsabilidades de la abogacía incluyen adaptar el ambiente para cubrir necesidades de los clientes tales como intimidad e interacción social. La abogacía de la enfermera sirve como nexo entre los pacientes y los otros miembros del equipo de salud.
- Asesor: Las enfermeras asesoras crean oportunidades para que los pacientes hablen sobre los pensamientos, sentimientos y conductas que les afecten a ellos mismos y a los demás.

Todos los roles de enfermería están interrelacionados como estrategias para planificar y ejecutar el plan de cuidados de enfermería. Cuando se utilizan diversas técnicas, es más probable que se produzcan los cambios conductuales, afectivos y cognitivos planificados. (18)

5.4 Cuidados de enfermería

La enfermera de salud mental, afronta las necesidades de cuidados que presentan los ciudadanos a los que atiende. En sus intervenciones practica abordajes individuales, familiares y grupales, potencia la promoción y prevención de la salud mental, se desenvuelve en los diversos ámbitos del servicio de salud mental (unidades de hospitalización, centros de salud mental comunitarios, recursos intermedios, etc.), diversifica sus actividades y usa técnicas y métodos de enfermería para personalizar, capacitar y socializar al paciente psíquico, procurando su autonomía y su calidad de vida, y asume el incremento de responsabilidades

derivadas del ejercicio autónomo de su profesión. El profesional de Enfermería en Salud Mental, se caracteriza por brindar un servicio humano, al que le guía la psicología humanista, cuyo objetivo principal es la provisión de cuidados, mediante una relación interpersonal, destinados a satisfacer las necesidades de salud y autocuidados del individuo, familia y comunidad, en las áreas de promoción, asistencial y rehabilitación de la salud mental.

El educar a la familia en todos los aspectos de la enfermedad y su tratamiento se llama psico-educación familiar y es uno de los roles más importantes del profesional de enfermería. Como educadora la enfermera debe estar preparada para valorar lo que los familiares necesitan y desean conocer y deben ser capaces de dar información suficiente para incrementar el afrontamiento y disminuir su ansiedad sin abrumarlos. El personal de enfermería no solo tiene un rol a nivel hospitalario y asistencial, sino también un rol educativo tanto al paciente como a la familia. Los servicios de enfermería orientados a la salud de la familia se basan en la concepción de ésta como unidad y tienen por objeto atender las necesidades y preocupaciones de la familia en materia de salud, animándola a utilizar sus propios recursos, humanos y materiales, y señalando la manera óptima de utilizar los servicios de salud disponibles. Además de colaborar a obtener ayuda, la familia, los amigos y los grupos de personas con condiciones similares, pueden proporcionar apoyo y fomentar que el paciente esquizofrénico recupere sus capacidades. Es importante plantearse metas alcanzables ya que un paciente que se siente presionado o criticado probablemente tendrá estrés, lo que puede causar un empeoramiento. Al igual que otros, las personas con esquizofrenia necesitan saber cuándo están haciendo bien las cosas. A largo plazo, un enfoque positivo puede ser útil y quizás más eficaz que la crítica. Este consejo es aplicable a todas las personas que se relacionan con el paciente. Una de las intervenciones más representativas de la Enfermera Especialista en Salud Mental es la visita al domicilio del paciente. El domicilio del paciente se convierte en el modelo comunitario en un lugar de intervención privilegiado para una red de salud mental. La Enfermera Especialista en Salud Mental puede tener un papel fundamental en la asistencia domiciliaria, permitiendo que el paciente con enfermedad mental siga el tratamiento prescrito, detectando de forma precoz la reagudización de síntomas y evitando que el paciente se pierda en la red sanitaria. (23)

Los planes de cuidados individualizados, son intervenciones en los procesos enfermeros donde el plan es único e inequívoco para un usuario a partir de la valoración efectuada por el profesional de enfermería. Se realizan en todos los ámbitos de atención de enfermería: hospital general, centro de salud mental, hospital de día, etc. También pueden contener variantes individuales, fundamentalmente en los casos que haya que gestionar una comorbilidad o complicación asociada que necesite cuidados de enfermería (24).

Los procesos que se llevan a cabo para el correcto cuidado de los cuidadores y pacientes en enfermería son:

Identificación del problema:

- Exploración funcional y familiar: Se realizará mediante una valoración enfermera, haciendo hincapié en la capacidad para el autocuidado y en la detección de necesidades no cubiertas del paciente, así como la capacidad de cuidados del medio familiar. Se utilizarán instrumentos estandarizados y taxonomía NANDA.
- La identificación no debe demorarse más allá de una semana.
- Si se identifica, se derivará al paciente a la unidad que sea correspondiente.

Evaluación:

- Valoración paciente y familia y/o persona cuidadora: Esta valoración busca completar, desde la perspectiva enfermera, la evaluación inicial o periódica del paciente y sus cuidadores para elaborar y hacer el seguimiento de los correspondientes planes de cuidados. Debe explorar la capacidad para el autocuidado y detectar necesidades no cubiertas del paciente, familia o persona cuidadora a través de la entrevista, exploración y la observación. Se usarán instrumentos estandarizados para la valoración enfermera (Virginia Henderson o patrones funcionales de M. Gordon) y cuestionarios focalizados cuando se requiera completar información en una necesidad/patrón específico para el plan de cuidados, se identificarán las fuentes de datos (historia clínica, paciente, familia), se describirán problemas usando taxonomía NANDA, y toda la información quedará registrada en la historia clínica. Estas entrevistas

de evaluación deben concluir con la elaboración de un informe enfermero que incluya: exploración realizada y sus resultados.

Posteriormente se elabora el plan individualizado del tratamiento y el desarrollo del plan de intervenciones.

Todas las intervenciones deberán tener como característica común de calidad: Actitud empática y de apoyo. Es una característica de calidad incluida en todas las intervenciones que llevan a cabo todos los profesionales y a lo largo de todo el proceso. Con el paciente y su familia o cuidadores debe mantenerse una relación psicoterapéutica básica (empatía, serenidad, interés por lo que les ocurre y receptividad ante la expresión de sentimientos y temores), que al mismo tiempo que favorece una evolución del proceso de atención, sirva para facilitar el establecimiento o mantenimiento de una alianza terapéutica a largo plazo. Debe contribuir a que el paciente y su familia o persona cuidadora puedan examinar con cierta objetividad las dimensiones de su situación presente y valorar posibles opciones, transmitiendo serenidad, sensación de control de la situación y seguridad. Todas las intervenciones incluyen además tres actividades de carácter general: Información a pacientes y familiares o persona cuidadora

- Paciente: En la medida en que la situación clínica del paciente lo vaya permitiendo se le informará en términos claros y asimilables de su situación y las implicaciones que tiene en relación con tratamiento, vida cotidiana y estrategias de afrontamiento. Se explicarán de modo específico la necesidad de los fármacos y sus posibles efectos secundarios. Se le informará de manera explícita sobre las características de las actividades de la intervención que se le esté aplicando. Se manifestará una actitud de disponibilidad para responder a las demandas de información complementarias. Se informará también de la necesidad de implicar a la familia en el proceso de atención. Se respetará en todo momento lo establecido en la Ley de Autonomía del paciente.
- Familia o persona cuidadora: Se informará en términos claros y asimilables sobre la situación y las previsibles implicaciones que el trastorno va a tener en relación con el tratamiento, el desarrollo de la vida cotidiana del paciente, sus necesidades de cuidados y sus posibles

repercusiones sobre el entorno familiar, a corto y largo plazo. Se le informará de las características de las actividades de la intervención que se le esté aplicando. Así mismo se explicará el papel contradictorio que puede jugar el entorno familiar, las estrategias de manejo razonables y la necesidad de integrar a la familia en un programa de psicoeducación y apoyo.

- Coordinación: Es una actividad que llevan a cabo todos los profesionales y a lo largo de todo el proceso y dirigida a la mejor efectividad y eficiencia de las intervenciones a aplicar en el plan de cuidados. Se llevará a cabo a través de reuniones de coordinación multidisciplinar.

La psicoeducación familiar son intervenciones que tratan de reducir las tasas de recaídas de pacientes mejorando la dinámica y comunicación familiar a través de facilitar apoyo emocional, educación y habilidades y estrategias de resolución de problemas a las personas en contacto habitual con el paciente. Existen distintas técnicas con aspectos comunes y algunas diferencias según las aplicaciones sean individuales o grupales, con participación o no del paciente, contenidos, duración, etc. Se basa directa o indirectamente en el concepto de “emoción expresada” identificador de pautas de relación entre el paciente y las personas que conviven con él y que se asocian con la evolución y las recaídas. Hay evidencia experimental suficiente sobre la efectividad de estas intervenciones para evitar recaídas, mejorar la evolución a largo plazo y mejorar la calidad de vida de pacientes con psicosis y familiares, así como, en menor grado, sobre su mantenimiento en el tiempo. Es una intervención aplicable a los familiares de todos los pacientes con esquizofrenia desde el inicio de la enfermedad. Se aplican en sesiones unifamiliares y grupos de familias:

- Técnicas a aplicar: Información, estrategias de afrontamiento y resolución de problemas, apoyo. Material informativo: medios audiovisuales, información escrita que puedan leer entre sesiones.
- Participantes: los grupos deben tener entre 8 y 12.
- La inclusión se realizará tras la desaparición de los síntomas agudos. Los contenidos de las sesiones irán dirigidos a: educación para la Salud, conocimiento de la enfermedad, tratamiento farmacológico y efectos

secundarios, tratamientos psicosociales, pródromos y entrenamiento en el manejo de la enfermedad y el tratamiento.

- El desarrollo general de las sesiones se basa en una breve exposición del estado y novedades de los participantes, recapitulación de los puntos esenciales de la sesión previa, contenido y objetivos de la sesión, y ronda final a los participantes sobre su situación.
- Se realizarán registros observacionales.
- Para su evaluación se realizarán pretest y postest.
- Técnicas concretas de abordaje familiar: Técnicas unifamiliares y multifamiliares, combinadas con psicoeducación a pacientes: Falloon, Hogarty, Leff, Tarrier, MacFarlan, etc. Todas tienen en común una evaluación sistemática de las características familiares: relaciones, estructura, red social, estigmatización, sobrecarga, habilidades previas al manejo de las situaciones, factores precipitantes, grado de implicación; Una actitud de aproximación positiva, empática, buscando una alianza de trabajo con la familia y el paciente, valorando su pesada carga, y agradeciendo su capacidad de cuidados; Un espacio de tratamiento dedicado a la información sobre la esquizofrenia; Se ofrecen como una estructura estable de tratamiento a la familia, con una gran disponibilidad en general; Se les muestra activamente una definición clara de los límites, la evitación de situaciones imprevistas, y el mantenimiento de cierta distancia interpersonal la evolución de los pacientes y la calidad de vida de las familias; Se fomenta el contacto con otros familiares en situación similar y la ampliación de las relaciones fuera del contexto del núcleo familiar y entrenamiento en la mejora de la comunicación y en el manejo de problemas.
- Deben seguirse procedimientos de intervención estandarizados tanto para la evaluación como para la aplicación de las intervenciones. (25)

6. DISCUSIÓN

Los cuidados de enfermería a las familias de pacientes psicóticos deben tener mayor importancia, ya que son fundamentales para ayudar a asegurar una buena alianza terapéutica y la necesaria recuperación del paciente. Con estos cuidados se pueden evitar recaídas, hospitalizaciones, mejorar el pronóstico y la calidad de vida de sus miembros. Van dirigidos a las familias que viven o están en estrecho contacto con el paciente y se deben ofrecer siempre en primeros episodios. Los estudios analizados sobre las intervenciones familiares obtuvieron resultados positivos en cuanto a su eficacia.

Para concluir, los trastornos psicóticos siguen siendo esos grandes desconocidos, en los que sigue la investigación para poder abordar a los pacientes dependiendo de su patología de la forma correcta. Los autores están de acuerdo en que una intervención precoz así como el saber actuar correctamente consigue minimizar el desarrollo de la enfermedad. Para ello la enfermería juega un papel crucial ya que está en contacto estrecho con el paciente y desarrolla un plan individualizado, brindando los cuidados oportunos según la situación en la que se encuentre el enfermo dentro del curso de la enfermedad.

Como observaciones personales, las investigaciones futuras deben centrarse en la implantación de forma protocolizada de intervenciones con evidencia científica sobre los cuidados a las familias de este tipo de pacientes. Se debe pensar con optimismo al conocer que está demostrado científicamente que la recuperación funcional con la aplicación de estos cuidados junto con las demás terapias es viable.

7. CONCLUSIONES

- La familia del paciente psicótico tiene varias limitaciones como falta de información, apoyo por parte de los profesionales de salud mental y el rechazo a la comunicación.
- La intervención precoz de esta enfermedad es crucial para el correcto desarrollo del paciente y familia.
- El tratamiento más eficaz para los pacientes psicóticos es la combinación del farmacológico, la psicoeducación y la implicación de la familia.
- La psicoeducación es una aproximación terapéutica que no se identifica con un único modelo teórico. Proporciona a pacientes y familiares información específica acerca de la enfermedad y entrenamiento.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Ackerknecht EH. Universitat de València. [Online].; 1993 [cited 2016 diciembre 2] Available from: https://books.google.es/books?id=EghLAKWHVdIC&dq=historia+enfermedades+psiquiatricas&lr=&hl=es&source=gbs_navlinks_s.
2. Ubade BU. [Online].; 1995 [cited 2016 Diciembre 2]. Available from: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicass_profesionales/820_clinica_tr_personalidad_psicosis/material/psicosis.pdf.
3. Serafín Lemos Durántez OVFPFI. p3-info. [Online]. [cited 2017 Febrero 18]. Available from: http://www.p3-info.es/PDF/Familia_y_enfermedad_mental.pdf.
4. Llané-Llopis E. La eficacia de la Promoción de la salud mental y la Prevención de los trastornos mentales. [Online].; 2014 [cited 2016 Diciembre 2]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352004000100005&script=sci_arttext.
5. MedlinePlus. [Online]. [cited 2016 Diciembre 2]. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/psychoticdisorders.html>.
6. Gob. Guía de Práctica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente. [Online].; 2009 [cited 2016 Diciembre 2]. Available from: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_495_Esquizofr_compl_cast_2009.pdf.
7. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online]. [cited 2016 Diciembre 2]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>.
8. Guía de práctica clínica para el afronte de la psicosis. [Online]. [cited 2017 Febrero 18]. Available from: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/docconsulta/documentos/GuiaClinicaPsicosis.pdf>.
9. Jorge L. Tizón JAPMS. Scielo. [Online].; 2008 [cited 2016 Diciembre 2]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000100002.
10. Apuntes asignatura Salud Mental EUE. Palencia; 2015.

11. Armijo J ME,MR,SS,CA,AR,RG. Pubmed. [Online].; 2013 [cited 2017 Febrero 11]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=treatment%20first%20outbreak%20Psychotic>.
12. Ropero JJB. copmadrid.org. [Online].; 2014 [cited 2017 Febrero 11]. Available from: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2014v5n2a4.pdf>.
13. Catalina PF. Universidad Complutense de Madrid. [Online].; 2016 [cited 2017 Febrero 11]. Available from: <http://eprints.ucm.es/37651/1/T37210.pdf>.
14. Manuel Gonçalves Pereira EGFSZ,MC,FC,IDP,MHyB. Biomed central. [Online].; 2017 [cited 2017 Febrero 11]. Available from: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-017-0626-8>.
15. Luis Gutiérrez-Rojas JMMOFDRM. Scielo. [Online].; 2013 [cited 2017 Febrero 11]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282013000200036.
16. Agudo. FV. Scielo. [Online].; 2014 [cited 2017 Febrero 11]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352014000100002.
17. Alarcón MP. Adhesión al tratamiento psicofarmacológico: Consideraciones desde el cuidado de enfermería. *Revistas Javeriana*. 2007; 9(1).
18. Delgado MÁA. *Cybertesis*. [Online].; 2010 [cited 2017 Febrero 18]. Available from: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/476/1/Aparicio_da.pdf.
19. Gradillas V. *La familias del enfermo mental. La otra cara de la psiquiatría*: Díaz de Santos; 1998.
20. Sansó BMP. colibri.udelar.edu.uy. [Online].; 2014 [cited 2017 Febrero 18]. Available from: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/bitstream/123456789/5357/1/PUGLIESE.pdf>.
21. Tres. MTLCyAB. *Revista Presencia*. [Online].; 2006 [cited 2017 Febrero 18]. Available from: <http://www.index-f.com/presencia/n3/48articulo.php>.

22. Fernández MÁ. aesme.org. [Online]. [cited 2017 Febrero 18]. Available from: <http://www.aesme.org/wp-content/uploads/2016/03/proyecto-investigacion-2016.pdf>.
23. Villa MJN. Cybertesis. [Online].; 2015 [cited 2017 Febrero 25]. Available from: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4091/1/Nolasco_vm.pdf.
24. Salud SMd. aesme. [Online].; 2011 [cited 2017 Febrero 25]. Available from: <http://www.aesme.org/wp-content/uploads/2014/11/Manual-Enfermeria-Salud-Mental-C-Madrid-2010-2011.pdf>.
25. Andalucía Cdsd. repositoriosalud.es. [Online].; 2006 [cited 2017 Febrero 25]. Available from: https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1347/5/PAI_TrastornoMentalGrave_2006.pdf.