

Trabajo de final de Máster

Evolución y tratamiento tras un primer episodio psicótico: Un estudio de caso.

Autor: Héctor Sánchez Chinchilla.

Tutor: Marcelino López Álvarez.



Índice

Resumen:.....	3
1. Introducción:.....	4
1.1. Objetivos e hipótesis:.....	10
2. Metodología:.....	11
3. Presentación del caso:.....	16
3.1. Información del participante:.....	16
3.2. Historia del participante:.....	17
3.3. Resultados de las escalas:.....	19
4. Seguimiento del caso:.....	20
4.1. Seguimiento de sesiones:.....	20
4.2. Observaciones sobre el avance del participante:.....	25
4.3. Evaluación de Objetivos:.....	28
5. Discusión:.....	29
6. Bibliografía:.....	32
7. Anexos:.....	35

Resumen:

En el presente estudio vamos a llevar a cabo el seguimiento de un participante del protocolo de colaboración entre una Unidad de Salud mental y un Centro de Rehabilitación e Inserción Social. El paciente fue derivado con diagnóstico de Primer Episodio Psicótico con consumo de alcohol excesivo que abandonó durante unos meses tras el episodio. En base a las necesidades manifestadas por este en momento de entrada al centro y el Plan de Atención Integral (PAI) se eligió como tratamiento inicial el Entrenamiento Metacognitivo (EMC) para pacientes con esquizofrenia. El tratamiento fue adaptándose a la evolución del paciente, el cual respondía bien al EMC pero volvió a consumir alcohol gradualmente y se agravó la sintomatología negativa. Se espera que pueda recobrar un nivel normal de actividad en su vida diaria y pueda volver al trabajo con reducción de jornada.

Palabras clave: Entrenamiento metacognitivo, primeros episodios psicóticos, alcoholismo, delirios de persecución, sintomatología negativa.

Abstract:

In this study we are going to carry out the follow-up of a participant in the collaboration protocol between a Mental Health Unit and a Center for Rehabilitation and Social Insertion. The patient was referred with a diagnosis of First Psychotic Episode with excessive alcohol consumption, which he abandoned for a few months after the episode. Based on the needs expressed by the patient at the time of entry to the center and the Comprehensive Care Plan (CCP), Metacognitive Training (MCT) for patients with schizophrenia was chosen as the initial treatment. The treatment was adapted to the evolution of the patient, who responded well to MCT but gradually returned to alcohol consumption and the negative symptoms worsened. It is expected that you can regain a normal level of activity in your daily life and can return to work with reduced working hours.

Keywords: Metacognitive training, first psychotic episode, alcoholism, delusions of persecution, negative symptomatology.

1. Introducción:

La psicosis se trata de un estado mental en el cual el individuo experimenta una distorsión o pérdida de contacto con la realidad, sin enturbiamiento de la conciencia. Además, está caracterizada por la presencia de delirios, alucinaciones y/o trastornos del pensamiento. Cuando estos síntomas aparecen por primera vez en una persona hablamos de primer episodio psicótico (PEP) que puede debutar en un trastorno mental grave como la esquizofrenia. Es importante detectar a tiempo el primer episodio debido a que los primeros 2-3 años de evolución son cruciales para tratar de evitar la cronificación de la enfermedad y que haya un mejor pronóstico de cara a conseguir volver a instaurar el funcionamiento normal de la persona que lo ha padecido.

Actualmente para diagnosticar un trastorno psicótico se siguen los criterios establecidos en el manual diagnóstico DSM-V. En este manual encontramos los primeros episodios psicóticos dentro de los trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos y en concreto dentro de los trastornos delirantes. Los PEP están incluidos dentro de la esquizofrenia. Según el DSM-V (APA, 2014) los criterios para un correcto diagnóstico de este trastorno son:

A. Dos (o más de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un periodo de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):

1. Delirios.
2. Alucinaciones.
3. Discurso desorganizado (p.ej., disgregación o incoherencia frecuente).
4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).

B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).

C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este periodo de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trata con éxito que cumplan el criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir periodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos periodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p.ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).

D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de la fase activa, o 2) si se han producido los episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los periodos activo y residual de la enfermedad.

E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.

F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro del autismo o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia solo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).

Especificar si: Los siguientes especificadores del curso de la enfermedad solo se utilizarán después de un año de duración del trastorno y si no están en contradicción con los criterios de evolución diagnósticos. Estos especificadores son los siguientes:

Primer episodio en episodio agudo, remisión parcial o remisión total.

Episodios Múltiples en episodio agudo, en remisión parcial o remisión total.

También es conveniente especificar si hay presencia de catatonia además de la gravedad, la cual se clasifica mediante la evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de psicosis: ideas delirantes, alucinaciones, habla desorganizada, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos.

Existen diversas causas que pueden causar una psicosis (Freudenreich et al, 2016). Entre estas encontramos el alcohol y ciertas sustancias psicotrópicas, tanto durante el consumo como en

abstinencia, enfermedades cerebrales como el Parkinson, tumores o quistes cerebrales, demencia, VIH y otras infecciones que afectan el cerebro, algunos fármacos como esteroides y estimulantes, algunos tipos de epilepsia y por accidente cerebrovascular. Además de en los trastornos del espectro de la esquizofrenia también podemos encontrar episodios de psicosis en personas con trastorno bipolar o depresión grave y en algunos trastornos de personalidad.

El alcohol, el cannabis y la cocaína suelen ser las sustancias más comunes involucradas en las psicosis inducidas por sustancias. Se ha encontrado que hay una mejora sustancial en una gran parte de los pacientes tras un año de abandono del consumo de estas sustancias mientras llevaban a cabo tratamiento psicológico y farmacológico. Además, el tiempo que transcurre la enfermedad sin tratar tras la aparición de los primeros síntomas y el inicio del tratamiento (DUP) jugaban un papel importante en el pronóstico de recuperación. Un mayor nivel de conciencia acerca de la psicosis, los niveles base de sintomatología y un mejor funcionamiento premórbido también juegan un papel importante en la remisión (Caton et al, 2006).

Un ejemplo de psicosis inducida por sustancias lo encontramos en la psicosis alcohólica o psicosis de Korsakoff. Durante uno de estos episodios se pueden dar una serie de síntomas como alucinaciones, delirios, depresión y manía. Estos síntomas pueden tener una duración de hasta seis meses (WHO, 1992). Este tipo de psicosis suele manifestarse tras el consumo de grandes cantidades de alcohol y podría no estar relacionado con la duración de dependencia a esta sustancia (Perälä et al, 2010). El tratamiento más habitual en estos casos es el uso de fármacos antipsicóticos (Jordaan y Emsley, 2014) los cuales actúan bloqueando los efectos de la dopamina en el cerebro.

Por otro lado, el consumo de alcohol en pacientes con esquizofrenia es algo muy común, sin ser el alcohol consecuencia directa del trastorno. En estos casos continuar con el consumo de alcohol puede dar lugar a malos resultados del tratamiento y una peor calidad de vida. Se incluyen además una mayor recurrencia de los síntomas psiquiátricos, inestabilidad psicosocial, violencia, victimización, problemas legales y familiares; además de una mayor tasa de hospitalización y reclusión en prisiones (Drake y Brunette, 1998).

Según McGorry et al. (2010); en la psicosis se pueden establecer una serie de fases y las plantea en su modelo de estadificación. En este modelo se distinguen hasta 8 estadios, 3 preclínicos y 5 clínicos en el proceso de cronificación de un trastorno psicótico.

Modelo de Estadificación Clínica de McGorry:

Estadio 0: Riesgo incrementado de trastornos psicóticos o del estado de ánimo, sin la presencia de síntomas

Estadio 1a: Síntomas leves e inespecíficos con leves cambios en el rendimiento cognitivo y funcional

Estadio 1b: Síntomas moderados con cambios llamativos en el rendimiento cognitivo y funcional (EEAG<70)

Estadio 2: Síntomas afectivos o psicóticos graves con un marcado deterioro cognitivo y funcional (EEAG 30-50)

Estadio 3a: Remisión parcial del primer episodio

Estadio 3b: Nuevo episodio

Estadio 3c: Múltiples recaídas

Estadio 4: Enfermedad grave y resistente (síntomas que no remiten, deterioro en la cognición y en el funcionamiento)

EEAAG: Escala de evaluación de la actividad global.

El estadio en cuestión en el que se encuentra el paciente viene marcado por la psicopatología afectiva (con especial importancia en el número de episodios previos), rendimiento cognitivo y el nivel de funcionamiento.

Los trastornos psicóticos en su conjunto tienen una prevalencia del 3% y están englobados dentro del conjunto de enfermedades que generan una gran discapacidad, suponen una gran fuente de estrés para el paciente y los familiares más cercanos y tienen una importante repercusión económica. Los pacientes que padecen este tipo de trastornos son más propensos al suicidio cuando hay presencia de delirios que cuando no los hay en los casos que se mostraban más predispuestos al suicidio. Por otro lado, los síntomas afectivos, la agitación y la conciencia de enfermedad parecen jugar un papel más relevante en lo que respecta a la ideación y las tentativas de suicidio que la sintomatología positiva (Addington, 2006).

El tratamiento de la psicosis ha demostrado tener un impacto muy positivo en la evolución de la enfermedad. Algunos beneficios que aporta son la prevención de deterioro neurobiológico, social y

psicológico reduciendo el tiempo vivido con discapacidad o acelerando la recuperación (McGorry et al., 2007), resulta ser más eficiente que el tratamiento habitual, al reducir el número de hospitalizaciones y otros costes sociales relacionados con el funcionamiento y productividad de los pacientes (McCrone et al, 2010) además son muy beneficiosos y su impacto se puede apreciar a los dos años del inicio de la psicosis, ya sea en el curso de la enfermedad como en el propio funcionamiento del paciente (Alvarez-Jimenez et al, 2016) y se mantiene la reducción de hospitalizaciones tras cinco años (Craig et al, 2004). Una de las formas más eficaces de evitar las visitas hospitalarias es mediante la elaboración de un plan de prevención de recaídas en colaboración con el paciente dado que en este tipo de trastornos se registran un gran número de recaídas especialmente a partir del primer año de evolución (Apiquían-Guitart et al., 2006).

Es habitual el tratamiento con el uso de antipsicóticos pero dada la gran variedad que encontramos en las respuestas de los pacientes ante estos en muchas ocasiones se van probando diferentes combinaciones de medicamentos hasta que se da con la dosis y el medicamento adecuado para ese paciente. Pero estos medicamentos frecuentemente van acompañados de una gran variedad de efectos secundarios a pesar de que los hay con menores efectos extrapiramidales y una discinesia más tardía. En ocasiones se ha de cambiar de fármaco dependiendo de las necesidades del paciente en ese momento o según la respuesta que ha presentado en relación al fármaco que tomaba hasta el momento. También se puede combinar el tratamiento con otros fármacos como benzodiazepinas o litio cuando aparece sintomatología ansiosa o inestabilidad y en menor medida y de forma extraordinaria se podría asociar otro antipsicótico al tratamiento (Ceruelo y García, 2007).

Para evitar las recaídas es de vital importancia el tratamiento durante la aparición de los primeros síntomas prodrómicos (Godoy et al., 2016). Entre las formas en que se pueden manifestar estos síntomas encontramos alteraciones en la cognición, la emoción, la percepción, la conducta, la comunicación, la motivación y el sueño, de menor a mayor gravedad hasta que estos desencadenan en la propia psicosis (Larson et al., 2010). Algunos síntomas prodrómicos descritos por los propios pacientes (Godoy et al., 1995) son conductas raras o extrañas, miedo o ansiedad, problemas de sueño, distanciamiento de amigos y familiares o desinterés, apatía y aburrimiento.

Se ha demostrado la importancia de los modelos psicoeducativos (Lieberman, 1993) apoyados en la Teoría de Vulnerabilidad (Zubin y Spring, 1977) y en el Enfoque Educativo para la prevención de recaídas. Ponen de manifiesto que facilitar información de la enfermedad y la comprensión de esta por el mismo paciente favorece la aparición de actitudes proactivas hacia la recuperación y facilita

el desarrollo de habilidades para la adherencia terapéutica y una mejor comprensión en las interacciones con el sistema sanitario.

Un ejemplo de tratamiento psicoeducativo para personas que han sufrido un episodio psicótico es el Entrenamiento Metacognitivo (Moritz et al, 2007). Estos módulos son un buen ejemplo de intervención en psicosis en la que se transfiere el conocimiento sobre las distorsiones cognitivas y metacognitivas propias de la esquizofrenia al paciente o pacientes que lo están llevando a cabo. El tratamiento consta de un total de ocho módulos que cubren diversos temas en lo que respecta a los errores y sesgos cognitivos más comunes propios de la esquizofrenia. El objetivo de las sesiones es aumentar la conciencia del paciente en estos aspectos mencionados previamente y darles las nociones para que reflexionen sobre estas de forma crítica para que complementen o cambien su repertorio a la hora de solucionar problemas. Dado que la psicosis no es un suceso repentino e instantáneo, sino que a menudo está precedida por un cambio gradual en la evaluación de los conocimientos propios y del entorno social, mejorar las competencias metacognitivas puede actuar como prevención de un episodio psicótico.

Los módulos tratan los siguientes pensamientos problemáticos que pueden actuar como contribuyentes al desarrollo de delirios:

1. Aumento de las atribuciones internas (Módulo 1).
2. Salto a conclusiones (Módulos 2 y 7).
3. Sesgo hacia las evidencias disconfirmatorias de creencias iniciales (Módulo 3).
4. Incapacidad de tomar perspectiva o empatizar con otros (Módulos 4 y 6).
5. Exceso de confianza en los errores de memoria (Módulo 5).
6. Patrones cognitivos depresivos (Módulo 8).

En España se ha desarrollado la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, coordinada por el Fórum de Salut Mental (2009) y el Consenso de Atención Temprana de las Psicosis de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (2009). Los programas han ido evolucionando desde las experiencias aisladas hasta la inclusión de programas específicos en el los planes de salud mental de las diferentes comunidades autónomas. Destacando el Programa de Atención en las Fases Tempranas de Psicosis (PAFIP) de Cantabria, el cual fue implantado en el año 2001 y queda evidenciado en el Libro Blanco de la Intervención Temprana de Psicosis en España como referencia nacional en materia de asistencia en PEP.

En concreto, en la Comunidad Valenciana se diseñaron distintos programas de tratamiento en varios departamentos de salud y se consideró necesario recoger las distintas iniciativas y elaborar un marco de actuación común para unificarlos y facilitara a los servicios la implementación de los programas que mejor se adapten al caso que están tratando. Actualmente esta vigente la Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020. Este documento establece como objetivo la implantación de un modelo de salud mental en el cual se adapten los servicios a las necesidades de las personas que presentan un trastorno mental. En este modelo se contempla la prevención, la detección precoz, el tratamiento, la recuperación y la inclusión social. Además la intervención ha de ser multidisciplinar e integral. De este modo se desarrollaron diversos programas de intervención temprana en psicosis en esta comunidad autónoma. En estos programas mayormente las derivaciones se dan desde la USM (Unidad de Salud Mental) de referencia y se llevan a cabo en el ámbito comunitario y de forma ambulatoria. Normalmente estos tratamientos se desarrollan en Centros de Rehabilitación e Inserción Social que corresponde con la zona de la USM y son derivados siguiendo el protocolo de participación entre estas dos instituciones. Suelen tener una duración de entre 2 y 3 años contando equipos multidisciplinarios incluyendo psiquiatras, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales. Para estos pacientes que vienen derivados para llevar a cabo un tratamiento Primeros Episodios se realiza un PAI (Plan de Atención Individualizada), el cual se sustenta principalmente en que ha de ser una atención individualizada y personal para cada paciente tanto a nivel farmacológico como en el tratamiento psicológico, se ha de llevar a cabo trabajo con las familias, ha de ser dirigido a fomentar la salud en general y ha de contar con una intervención a nivel social. Las intervenciones siguen diferentes frecuencias dependiendo del estado del paciente. De esta forma, pacientes en la fase aguda se citan de forma semanal y los que requieren intervención domiciliaria son atendidos diariamente. Si el paciente va evolucionando favorablemente se pueden espaciar más las visitas. En relación al avance y a la clínica del paciente se revisan los objetivos propuestos continuamente.

1.1. Objetivos e hipótesis:

En el caso que hemos expuesto, el objetivo principal es conseguir que el participante se estabilice y reducir el malestar que produce la sintomatología positiva para una satisfactoria reinserción a su antiguo puesto de trabajo y un estilo de vida adecuado a la normalidad que vivía el participante antes del episodio. También pretendemos incrementar la conciencia sobre los efectos del consumo de alcohol abusivo que este lleva a cabo diariamente en su recuperación.

En base a las características propias del participante y los resultados obtenidos previamente por este tipo de terapias se espera que la comprensión de los aspectos relacionados por el trastorno sea apropiada y que sea capaz de llevar a cabo reinterpretaciones de los pensamientos de perjuicio y de persecución que suele tener tanto en el ámbito social como laboral. Como también se muestra muy predispuesto a abandonar el consumo de alcohol, esperamos que este se vaya reduciendo progresivamente y que el abandono del consumo de alcohol y el tratamiento para la sintomatología positiva afecte positivamente a reducir la sintomatología depresiva del participante.

2. Metodología:

Para llevar a cabo el seguimiento de este caso contamos con la participación de un paciente que fue derivado al servicio de participación del CRIS con la USM del área a la que pertenece dicho centro. El diagnóstico por parte del psiquiatra fue de primer episodio psicótico.

Durante el proceso se mantuvo un contacto estrecho con el psiquiatra del participante, el cual le controlaba la medicación y le hacía visitas aproximadamente cada mes para controlar los avances y la sintomatología del participante sobre todo de cara a una futura incorporación a su anterior puesto de trabajo. Siempre que era necesario se informaba al psiquiatra desde el centro de cualquier dato que tuviera que tener en cuenta para el seguimiento de este.

En la derivación se indicaron diversos datos del paciente incluyendo la valoración psiquiátrica realizada en urgencias cuando presentó el episodio psicótico, su historia clínica y el PAI. En las primeras sesiones, tras la derivación, llevamos a cabo la evaluación del participante para valorar cuál era su estado tanto a nivel cognitivo como social y de la vida diaria. De este modo obtuvimos la información necesaria para encauzar el tratamiento que llevaríamos a cabo en este caso en concreto. Obtuvimos la mayor parte de los datos a lo largo del tratamiento y al finalizar el periodo en el que se llevó a cabo durante las entrevistas que se realizaban al principio y al final de cada sesión. La entrevista del final de sesión tenía una duración variable y dependiendo de la necesidad del participante por irse no se hizo en todas. Por lo que las sesiones se dividían en tres partes: entrevista inicial - tratamiento - comentarios/entrevista. De esta forma, las sesiones tenían una duración aproximada de entre una hora y una hora y cuarto. Se llevaban a cabo un día a la semana, normalmente los viernes que es el día en el que se lleva a cabo el taller de primeros episodios en el centro. Casi la totalidad de las sesiones del tratamiento fueron individuales, excepto en una ocasión en la que se pactó con el participante una entrevista familiar con los padres y a poder ser con su hermano. A esta entrevista acudieron su madre y su hermano.

A partir de la información proporcionada por el psiquiatra en el PAI y la obtenida en la entrevista inicial consideramos que lo más oportuno era que participara en el taller para primeros episodios psicóticos. En base a las necesidades percibidas en el participante consideramos que cuando acudiera a las entrevistas los viernes, se llevarán a cabo módulos de Entrenamiento Metacognitivo para conseguir los objetivos de mejorar la calidad de vida del participante y reducir la sintomatología negativa. Posteriormente se acordó una sesión familiar con la madre y un hermano del participante. El tratamiento de EMC se quedó sin finalizar debido a que se incrementó considerablemente el consumo de alcohol del participante y tuvimos que abordar ese tema más a fondo mediante un módulo de psicoeducación para informar al participante de la relación que tiene el alcohol¹ y algunas drogas en las psicosis y la efectividad del tratamiento y recuperación de las mismas.

Durante las primeras sesiones se procedió a la evaluación inicial del funcionamiento general del participante. Los instrumentos utilizados para esta primera puesta en contacto fueron la escala de Evaluación Global del Funcionamiento (**GAF**), esta escala valora el nivel de funcionamiento a lo largo de un continuo de salud-enfermedad cuya puntuación va del 1 (expectativa manifiesta de muerte) y 100 (actividad satisfactoria en un amplio abanico de actividades, nunca es superado por los problemas de su vida y es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas).

También se utilizó la Escala de Impresión Clínica Global (**CGI**) la cual es una evaluación subjetiva con la información obtenida mediante los datos proporcionados por el psiquiatra y la obtenida en la entrevista, en la que se evalúa la gravedad de la enfermedad en el momento en que se lleva a cabo y posteriormente se evalúa la mejoría comparada con el momento en que se evaluó la gravedad de la enfermedad.

Para la evaluación del estado cognitivo utilizamos la Escala Cognitiva de Percepción de Diferencias (**CARAS-R**) y la Escala de Screening para el Deterioro Cognitivo en participantes Psiquiátricos (**SCIP-S**). Las cuales son de aplicación rápida y permiten tener información bastante precisa del estado cognitivo del sujeto.

La escala CARAS-R evalúa la aptitud para percibir, rápida y correctamente, semejanzas y diferencias y patrones estimulantes parcialmente ordenados. Consta de 60 elementos gráficos

formados por tres dibujos esquemáticos de caras con la boca, cejas y pelo. De estas representaciones hay dos que son iguales y una que tiene alguna diferencia. El objetivo del sujeto es el de encontrar y marcar en el papel de aplicación el mayor número de elementos diferente que sea posible dentro de un límite de tiempo de tres minutos y cometiendo el menor número posible de errores dado que estos penalizan. Además, estos errores realizados por el evaluado marcan la presencia o ausencia de un estilo de respuesta impulsivo.

Por otro lado, la escala SCIP-S se utiliza para detectar posibles déficits cognitivos que pueden presentar las personas con algún tipo de enfermedad mental, aunque también puede utilizarse para evaluar el estado cognitivo de adultos sin enfermedad mental. Consta de cinco pruebas breves que evalúan diferentes aspectos (memoria, atención, función ejecutiva y velocidad de procesamiento). De este modo se puede obtener un perfil de los déficits cognitivos del participante. Estas puntuaciones se pueden englobar en una puntuación total que resume su estado actual. La prueba tiene una duración aproximada de quince minutos y está validada para adultos a partir de los 18 años.

Tanto en la escala CARAS-R como en la SCIP-S las puntuaciones se trasladan a percentiles para conocer el estado del participante.

Posteriormente, hacia la mitad de la intervención y coincidiendo con la vuelta al consumo de alcohol del participante, llevamos a cabo una evaluación del estado de ánimo del participante dado que el estado de ánimo del participante iba disminuyendo a medida que avanzaban las sesiones. Para esto utilizamos el Inventario de Depresión de Beck (**BDI-II**) y el cuestionario de ansiedad estado- rasgo (**STAI**).

El BDI-II evalúa la severidad de la sintomatología depresiva en adultos y adolescentes a partir de los trece años. Este inventario tiene una duración de entre cinco y diez minutos consta de 21 ítems con opciones de respuesta tipo Lickert entre 0 y 3. Las puntuaciones van de 0 a 63 y se dividen de tal manera que entre 0-13 se considera como depresión mínima; entre 14-19, depresión leve; entre 20-28, depresión moderada y entre 29-63 se considera como depresión grave.

El instrumento STAI evalúa tanto la ansiedad estado, transitoria y caracterizada por ser un sentimiento subjetivo, conscientemente percibido, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo, como la ansiedad rasgo, la cual marca la propensión ansiosa que

caracteriza a los individuos y esta es relativamente estable a lo largo del tiempo. Este cuestionario está indicado tanto para adolescentes como para adultos y tiene una duración aproximada de quince minutos. Cuenta con un total de 40 ítems con opciones de respuesta que van de 0 (nada) a 3 (mucho), 20 para ansiedad estado y los otros 20 evalúan la ansiedad rasgo. Las puntuaciones están comprendidas entre 0 y 60. Las puntuaciones más cercanas a 60 indican niveles de ansiedad más elevados.

Tanto el BDI-II como el STAI se pasan a puntuaciones percentiles aunque con la puntuación obtenida por el sujeto en la escala ya se puede estimar el nivel de intensidad tanto de la sintomatología depresiva como de la ansiosa.

Tras la obtención de las puntuaciones en los primeros cuestionarios que pasamos, procedimos con el tratamiento. Al principio barajamos trabajar con el participante en actividades agradables mientras se llevaba a cabo el EMC y se intentó que llevara a cabo algunas que solía disfrutar pero no funcionó bien. A lo largo del tratamiento fuimos adaptando las sesiones a las necesidades que le iban surgiendo al participante de tal forma que de base llevamos a cabo el EMC pero cuando el participante volvió a interesarse por la vuelta al trabajo trabajamos en un plan de prevención de recaídas² y en el momento en que el consumo de alcohol comenzó a suponer un obstáculo para el día a día y su recuperación nos centramos más en ello.

La entrevista inicial tenía una duración aproximada de unos quince minutos y se realizaba en el despacho del psicólogo a cargo de este participante. En la entrevista se repasaban conceptos que se ponían de manifiesto a lo largo de esta y se hacía un balance de cómo había transcurrido la semana del paciente. Se reforzaban las conductas proactivas hacia un correcto funcionamiento diario y la colaboración en casa por parte del paciente. También se repasaban las actividades agradables y de ocio. El paciente se mostraba muy sincero y colaborador con el tratamiento y con sus acciones hacia la recuperación. Durante este periodo de tiempo también se pasaban los instrumentos de evaluación que se consideraban pertinentes.

El EMC se llevaba a cabo de forma individual, únicamente con el participante del que hemos realizado el seguimiento. Hemos realizado casi la totalidad de las sesiones a lo largo de la duración del periodo de seguimiento de este. Las sesiones se desarrollaban en una sala amplia con un proyector en el que se pasaban las diapositivas de cada módulo respectivamente. Se llevaba de tal forma que se le iba haciendo participe en todo momento permitiéndole interrumpir siempre que

tuviese algo que aportar y haciéndole preguntas sobre si se le ocurre algún ejemplo de lo que estamos tratando en ese momento. Al final de cada sesión se dejaba un tiempo antes de darla por acabada para que el participante exprese lo que ha aprendido con el módulo en cuestión y se le recuerda que le puede ayudar mucho utilizar la tarjeta amarilla siempre que tenga algún pensamiento o idea de que le insultan, hablan de él o le quieren hacer daño.

El módulo se quedó incompleto dado que adaptamos el tratamiento a las necesidades en cada momento del participante y debido a que el consumo de alcohol estaba repercutiendo negativamente no solo en el tratamiento sino en las actividades de la vida diaria decidimos enfocar el tratamiento en ese sentido y le preparamos un módulo de psicoeducación sobre el consumo de alcohol y las psicosis. Nos centramos sobre todo en los efectos en la sintomatología negativa, las interacciones con la sintomatología positiva y la perspectiva de recuperación con el objetivo final de dar la información y las herramientas necesarias para que el participante valore por sí mismo si quiere o no recibir la ayuda que tiene a su disposición para preferiblemente eliminar los consumos de alcohol abusivos. En este módulo hicimos un poco de refresco sobre los efectos y las causas de las psicosis. Posteriormente se expuso el efecto que tienen las sustancias tóxicas y psicotrópicos sobre la aparición y las recaídas de episodios psicóticos, continuamos exponiendo el ejemplo de las psicosis alcohólicas para poner de manifiesto que, aunque no parecía ser el caso, también es posible desarrollar una psicosis a partir de un consumo de alcohol abusivo. Finalmente se expuso como afecta a la recuperación continuar con un consumo de alcohol elevado tras el episodio y se acabó discutiendo cuáles son las cosas que pueden ayudar a disminuir el consumo y cuáles son las herramientas y servicios a sus disposición para este fin.

También se llevó a cabo un plan de prevención de recaídas en un momento en el que el participante se veía con más fuerza y se planteaba seriamente la vuelta al trabajo (la cual debía discutir con el psiquiatra que lleva su caso para ver si era lo más conveniente en ese momento). Adelantándonos un poco a eso, dedicamos una sesión entera a elaborar un plan en conjunto con el paciente para prevenir las recaídas. Para ello le facilitamos al participante una copia de la tabla con los apartados del plan impresa en un folio de color amarillo para que le resulte fácil identificarlo y le sea más familiar. Durante la sesión fuimos rellenando con el paciente las diferentes tablas que componían el plan comenzando por las cosas que le ayudan a evitar una recaída seguido de las cosas que realmente no ayudan y que incluso podrían desencadenar en una. Para finalizar identificamos los síntomas prodrómicos y elaboramos una serie de pasos a seguir cuando sienta que tiene uno o varios de estos.

El seguimiento para este estudio fue de 5 meses y estaba previsto que se llevaran a cabo 20 sesiones y se completara el EMC. Finalmente se realizaron un total de 16 sesiones, contando la que tuvo una duración muy breve, y el EMC se quedó a medias dado que durante este tiempo hubo un giro en los objetivos más urgentes del tratamiento.

3. Presentación del caso:

El participante acude derivado por su psiquiatra desde la Unidad de Salud Mental (USM) de referencia con diagnóstico de primer episodio psicótico (PEP) para participar en el protocolo de intervención del Centro de Rehabilitación e Integración social, donde se llevaron a cabo las sesiones para Primeros Episodios Psicóticos en las que participó y mediante las cuales se llevó a cabo el seguimiento. En el PAI del participante se especificaba que se tenía que trabajar de cara a una disminución de la sintomatología positiva y del malestar que ésta provoca en él para una satisfactoria reinscripción en el lugar de trabajo después de que finalice el periodo de baja por enfermedad.

3.1. Información del participante:

El participante es un varón soltero de 37 años de nacionalidad española. Vivía por su cuenta en un piso de su propiedad pero tras la aparición de este primer episodio psicótico convive con sus padres en una finca a las afueras. Además, como apoyo familiar cuenta con su hermano mayor que está casado y tiene dos hijos. No tiene un círculo social y afirma que no tiene amigos.

En lo que respecta a la actividad laboral, el participante solía trabajar en una fábrica de muebles en su pueblo y en la cual también trabaja su hermano. Anteriormente trabajó como marinero pero acabó dejándolo. Actualmente se encuentra en incapacidad temporal tras el brote psicótico.

Tiene estudios secundarios. Ha cursado con éxito las titulaciones que le habilitan para realizar submarinismo y para ejercer como patrón de barco.

Consumidor habitual de tabaco (2 paquetes diarios) y alcohol (mínimo 2 cervezas al día y 2 chupitos o una botella de vino).

El diagnóstico por parte del psiquiatra de la USM de referencia es de primer episodio psicótico, delirios de persecución y perjuicio. El participante acudió por su propia cuenta al servicio de

urgencias debido a que los pensamientos de “me quieren matar” lo atormentaban en gran medida desde hace tiempo. Ocasionalmente tiene pensamientos suicidas “estarían mejor si me quito de en medio” pero afirma que el nunca acabaría con su vida (no presenta plan estructurado).

La medicación prescrita por su psiquiatra incluye varios fármacos: antipsicóticos atípicos (Amisulpirida 400mg 0-0-1), antidepresivos (Escitalopram 20mg 1-0-0), eutimizantes (Pregabalina 300mg 1-1-1, con la posibilidad de tomar dos comprimidos si fuera necesario) y Diazepam 5mg si lo precisa. Sigue a rajatabla las indicaciones de medicación.

3.2. Historia del participante:

Algunos datos sobre la historia del participante los conocíamos desde el principio de la participación en el taller de primeros episodios psicóticos gracias a la historia clínica y a la información de entrevista facilitada por su psiquiatra. Sin embargo a medida que iban avanzando las sesiones, el participante fue profundizando más y completando parte de su historia de enfermedad.

El participante tuvo una visita en 2018 a la USM por trastorno adaptativo con humor depresivo acompañado de consumo de alcohol. Se le derivó a la Unidad de Conductas Adictivas (UCA) donde sigue tratamiento para dejar el consumo de alcohol sin éxito durante unos meses y termina abandonando. Hay constancia de tratamiento psicológico a los 10 años debido a que el participante se imaginaba demonios en su habitación.

El historial de consumo del participante comienza a los 17 años. En la etapa entre los 17 y los 20 años el participante consumía mayormente polen y anfetaminas. A partir de los 20 años hasta el momento del episodio comenzó el hábito del consumo de alcohol a diario tanto cuando quedaba con amigos como en solitario en su casa. Poco a poco fue abandonando la vida social y continuó consumiendo alcohol habitualmente tras el trabajo (un par de cervezas y chupitos, normalmente de ron, o una botella de vino diaria). Continuó consumiendo polen de forma esporádica aunque en la actualidad afirma que solo consume alcohol.

El tiempo que pasaba en su casa lo pasaba jugando a videojuegos online (World of Warcraft, League of Legends, The Division 2...) y mirando series.

El historial de episodios suspicaces en este caso es muy extenso y fueron revelándose durante las entrevistas que llevamos a cabo a lo largo de las sesiones. Comenta que estos episodios de suspicacia sobre personas conocidas a él le suceden desde los 17 años (posiblemente el DUI

comience en ese momento y lleve sin tratar hasta ahora). El primero que recuerda el participante está relacionado con el consumo de sustancias que llevaba a cabo en esa época durante el consumo activo de polen y anfetaminas. El participante afirma que pensaba que le querían tender una trampa “tenía un amigo que quería que le vendiera polen pero este amigo se juntaba mucho con otro que es policía y estaba convencido de que me querían pillar con la droga en la discoteca en la que le iba a vender el polen”. Esto le causó mucho malestar ya que a pesar de que en ese momento no ocurrió nada, seguía pensando que iban a por él y querían pillarlo con las “manos en la masa”.

Posteriormente, a los 25 años, vivió otra situación de pensamientos suspicaces mientras ejercía de marinerero y estaba obteniendo el título que le habilitaba para realizar submarinismo. Comenta que esta situación le produjo un gran nivel de ansiedad “estaba en un barco con unos que tenían fama de vender droga y les escuche sin querer hablar de que le iban a vender a una persona cuando el barco atracara. Estaba convencido de que me habían oído, me iban a matar y se iban a deshacer de mi cuerpo en mitad del mar”. Este episodio fue momentáneo pero muy intenso para el participante ya que al atracar el barco e ir de camino a su casa dejó de pensar que querían acabar con su vida.

No comenta otros episodios hasta que comenzó en la fábrica de muebles a los 35 años. En esa época comenzó con pensamientos del estilo “no se como se mantiene esto, por aquí pasan mucho camiones, seguramente se dediquen al transporte de droga”. A raíz de estos pensamientos comenzó a sospechar de sus compañeros e incluso a pensar que se habían dado cuenta de lo que había pensado y que creían que les había descubierto. Estaba convencido de que querían hacerle daño debido a esto. A las pocas semanas la cosa se calmó y no volvió a pensar que le querían hacer daño hasta hace un año debido al ascenso a encargado que recibió. Creía que sus compañeros le estaban boicoteando y pensaban que no merecía el puesto. Llegó a pensar que querían matarle y que habían construido un ataúd para él con la palabra “Tipi” tallada. Refiere gestos de muerte por parte de sus compañeros. Este último episodio fue el que le hizo acudir al servicio de urgencias, fue diagnosticado como primer episodio psicótico y derivado al protocolo de participación del CRIS para recibir tratamiento en PEP.

Ha tenido diversos episodios depresivos acompañados de pensamientos suicidas sin llegar a llevarlos a cabo. En una de las ocasiones lo tenía bien planeado y quería que pareciera un accidente “quería hacerlo durante una de las sesiones de submarinismo para hacer creer a mi familia que había sido un accidente, lo tenía todo pensado y tenía los medios y conocimientos para hacerlo”.

3.3. Resultados de las escalas:

En la escala cognitiva de percepción de diferencias **CARAS-R** obtuvo un PC de 77. Esta puntuación indica que el participante tiene una capacidad atencional y visual perceptiva conservadas. Buena capacidad para el análisis detallado. No se aprecia un estilo impulsivo dado que no ha cometido ningún error realizando esta prueba.

En la escala de screening para el deterioro cognitivo en participantes psiquiátricos, **SCIP-S**, obtuvo un percentil total de 4. Esta puntuación indica un elevado deterioro cognitivo. Sin embargo, la información obtenida mediante posteriores entrevistas parece indicar que los resultados obtenidos en esta escala no son del todo adecuados en este caso.

En el Inventario de Depresión de Beck (**BDI-II**) obtuvo un percentil 95, indicando que se encuentra en un episodio depresivo grave. Esta puntuación se corresponde con la información obtenida en las entrevistas por parte del participante.

En la escala **STAI** obtuvo un percentil 95 tanto en la escala estado como en rasgo. Esta puntuación va muy en la línea de las manifestaciones de su propio estado de ánimo que hace el participante durante las sesiones, mostrando un elevado nivel de ansiedad.

En la escala de Evaluación Global del Funcionamiento (**GAF**) obtuvo una puntuación de 57, indicando síntomas moderados o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar. Esta valoración coincide con la llevada a cabo en la escala de Impresión Clínica Global (**CGI-SI**) en la que indicaba según su experiencia clínica que el participante presentaba un nivel de enfermedad moderado. Por la información aportada en la entrevista se manifiesta que es una persona solitaria con escaso círculo social y que apenas sale de casa. Solía tener una rutina de quedarse en casa tras el trabajo todos los días excepto cuando acudía a eventos familiares los fines de semana.

4. Seguimiento del caso:

4.1. Seguimiento de sesiones:

1ª Sesión: Esta primera sesión se llevó a cabo a los pocos meses del diagnóstico. El participante lleva varias semanas viviendo con sus padres, ha abandonado el consumo de alcohol por su propia cuenta y no mantiene relaciones sociales (refiere que no tiene amigos).

El participante acude con buena disposición a la entrevista inicial. Está muy angustiado por la enfermedad, según refiere no dispone de mucha información y la ve muy incapacitante (considera que es como una enfermedad de Alzheimer). Presenta pocas esperanzas de recuperación y ha pensado en el suicidio para no ser una carga.

Se le recomienda que retome algunas actividades que le resultaban agradables y que ha abandonado. Se le propone que de paseos de vez en cuando, intente visualizar la serie de La Casa de Papel y le proporcionamos un registro que le facilite la comprensión de ésta o retome el hábito de jugar a un videojuego de vez en cuando.

2ª Sesión: En esta sesión se revisa qué tal ha ido con las tareas en la semana anterior. Está saliendo a pasear casi a diario con su madre cerca de la parcela donde viven. Ha intentado jugar a League of Legends pero no le llama mucho la atención ya. En lo que respecta a la serie dice que no le gusta y que prefiere ver Black Sails o una por el estilo. Se le comunica que continúe así y que intente ver Black Sails.

En esta sesión se pasaron los instrumentos CARAS-R y SCIP-S.

El participante va avanzando pero cuesta que retome las actividades que solía disfrutar. Le aclaramos que se le brindará el apoyo necesario y que no tenga prisa por mejorar.

3ª Sesión: En esta sesión se le entregan y comentan los resultados obtenidos en las escalas pasadas la semana anterior. Continúa con los paseos con su madre pero no se anima a realizar más actividades. Lo único que hace en casa es arreglarse la habitación de vez en cuando, el resto del tiempo lo pasa sentado en el sofá.

Le explicamos que a partir de la semana siguiente comenzaremos con el módulo 1 de entrenamiento metacognitivo para que conozca mejor la enfermedad. En sus palabras “necesito comprender mejor esta enfermedad para saber si es tan mala como realmente creo que es”.

4ª Sesión: Se inicia el Módulo 1 de EMC (Acusar y atribuirse el mérito). Se le entrega la tarjeta amarilla. En esta sesión se le explica en que consisten los episodios psicóticos y profundizamos en su caso que son los delirios de persecución. Parece comprender toda la sesión y se familiariza con la enfermedad.

5ª Sesión: En esta sesión se repasa qué tal va con las actividades para mantenerse ocupado a lo largo del día. Sigue paseando con su madre pero nada más. Comentamos en qué consisten los síntomas positivos y negativos y se despejan algunas dudas del participante. Tras esto procedemos con el Módulo 2 de EMC (Saltar a conclusiones) pero únicamente la primera parte. Haciendo especial énfasis en el mito “viaje a la luna”.

El participante responde favorablemente a la sesión. Busca actividades fuera de casa, se le ofrece realizar algún curso que esté en activo, se le ofrece el de informática, pero no está interesado. Tampoco le apetece retomar el contacto con algún conocido para ir a tomar un café.

6ª Sesión: En esta sesión terminamos el Módulo 2. El participante ha pasado una buena semana, sigue con su rutina actual.

7ª Sesión: Hacemos un poco de repaso sobre lo que conoce el participante de la enfermedad y realizamos el Módulo 3 (Cambiar Creencias). Comprende muy bien lo que quieren poner de manifiesto los ejemplos que se exponen en este módulo y los asocia rápidamente con algunas situaciones que ha vivido relacionadas con la enfermedad. Le pedimos que traiga la tarjeta amarilla para la próxima sesión, dice que no la ha utilizado aún debido a que no ha tenido esos pensamientos desde que está con sus padres. Comenta que van a adoptar a un perro, está muy ilusionado.

El participante dice que tiene ganas de volver a trabajar, se cree capacitado para volver ahora que conoce un poco mejor lo que le pasa y considera que si se vuelve a ver en la situación que se vió anteriormente podría resolverlo con éxito gracias a sus conocimientos y al apoyo brindado desde la USM y el CRIS. Se le indica que lo comente con el psiquiatra.

8ª Sesión: Elaboramos un plan de prevención de recaídas en conjunto con el participante que posteriormente le entregamos en una tarjeta de color naranja para que la identifique con facilidad. Tiene dificultad para identificar los pródromos pero afirma que el consumo de alcohol es algo que no le ayuda a no recaer de nuevo como cuando visitó urgencias hacía unos meses.

El participante comenta que ha empezado a hablar con una vieja amiga que vive en una ciudad cercana. Dice que está muy a gusto hablando con ella por teléfono y que posiblemente quedarán pronto para tomar algo. El participante ha vuelto a beber de forma esporádica, dice que se toma un carajillo los domingos. Tiene problemas con su madre debido a que a ella no le gusta que beba. Hablamos con el participante explicándole que es importante que no retome esos hábitos y que el haber vuelto a beber le genera mucho malestar ya que sabe que es algo que no le va a ayudar en su recuperación. Se le recuerda que tiene el correo electrónico del psicólogo del centro para comentar cualquier cosa que quiera a lo largo de la semana antes de la próxima sesión.

9ª Sesión: Acude a la entrevista muy animado, ya tiene el perro y lo saca a pasear todos los días por la mañana y por la tarde. Es un perro pequeño parecido al ratonero. Cada vez sale menos a pasear con su madre pero ahora sale con el perro y escucha en la radio programas de humor.

En lo que respecta a la vuelta al mundo laboral, la psiquiatra le recomienda que espere un poquito más antes de volverse a incorporar. Se valora la posibilidad de volver pero no de encargado.

Llevamos a cabo los ejercicios del Módulo 4 (Empatizar, primera parte), no consigue identificar claramente muchas expresiones faciales y le cuesta especialmente el ejercicio de identificar al asesino en serie, se muestra ligeramente confuso. Parece que tiene ciertas dificultades para comprender las emociones que sienten las demás personas mediante sus expresiones faciales. En esta sesión no llevamos a cabo ningún módulo. Hacemos un poco de repaso de las sesiones.

10ª Sesión: Debido a que el centro estuvo cerrado, pasaron dos semanas desde la sesión anterior. Llevamos a cabo el Módulo 5 (Memoria). Comprende muy bien el mensaje que transmite el módulo en cuestión y se aprecia que tiene unas capacidades de observación y retención de información bastante conservadas. Algunas viñetas de diferencias las resuelve con éxito.

En la entrevista comenta que bebe todos los días por la mañana un café y a lo largo de la mañana se hace unos chupitos de whisky que tienen sus padres en casa (solo bebe por las mañanas). Dice que

le ayuda a pasar el día aunque no quiere seguir bebiendo, afirma que lo puede dejar cuando se lo proponga. Se niega a acudir a la UCA. Tiene que comentar con el psiquiatra que el consumo de alcohol se ha vuelto habitual. Dice que el psiquiatra le ha regulado los antipsicóticos y le ha aumentado la dosis de antidepresivos.

Comenta que ha quedado con la chica con la que chateaba por el móvil para tomar algo la próxima semana. Sigue saliendo a pasear con el perro y ha intentado jugar a The Division 2 pero dice que no le funciona el acceso a su cuenta. Se concierta una entrevista familiar para la próxima sesión.

11ª Sesión: Acuden a la entrevista el participante acompañado de su madre y su hermano. Ponemos en común con la familia y el participante como va por casa y se resuelven dudas sobre la enfermedad. Tenían muchas dudas respecto a la enfermedad, se muestran muy colaborativos y con ganas de ayudar al participante.

No obstante hay algunos problemas de convivencia en casa de los padres debido a la inactividad del participante y la falta de colaboración en las tareas. Se pacta con la familia y el participante que hará la comida una o dos veces a la semana y saldrá con su hermano para hacer ciclismo. En lo que respecta al consumo de alcohol la madre afirma que van a sacar el alcohol de casa para que no lo tenga tan a mano.

En esta sesión se le pasaron al participante las escalas BDI y el STAI. El participante comentaba tras la administración de las pruebas que últimamente se sentía mejor y que hacía mucho que no tiene los pensamientos recurrentes sobre el suicidio que solía tener.

12ª Sesión: Para esta sesión comentamos unos correos que mandó en los cuales explicaba que había quedado con la chica que llevaba tiempo hablando y que todo fue muy bien pero que le dió la sensación de que le dijo “tonto” en voz muy baja mientras estaban en la cafetería. Comenta que se planteó la posibilidad de que es un malentendido o que la enfermedad la había causado una mala pasada pero en ese momento le afectó bastante. Se le comenta que es muy positivo que le haya dado una alternativa a lo que creía que le había dicho la chica y se le recuerda el uso de la tarjeta amarilla del EMC en estos casos.

Durante la entrevista comenta que su madre y su hermano quedaron muy contentos porque aclararon dudas. Dice que al final con la chica quedarán como amigos y igual se ven de vez en cuando.

En cuanto a las actividades pactadas, el participante ha cocinado dos días para sus padres. Un día cocinó una tortilla y otro unos espaguetis. Además se animó a hacer ciclismo con su hermano pero no le gusta demasiado ir en bicicleta de modo que están pensando en apuntarse al gimnasio para ir dos veces a la semana con su hermano y ir el algunos días por su cuenta.

Hacemos parte del Módulo 6 (Empatizar, segunda parte). Comprende muy bien el módulo y se muestra participativo. No obstante falla bastante en los ejemplos que se dan de interpretar lo que sucede en las viñetas y cuales serán los puntos de vista de los protagonistas.

13ª Sesión: Antes de esta sesión el participante se olvidó de la cita en una ocasión pero escribió por correo para explicarlo. A la cita se presenta muy ebrio afirmando que había tenido una semana horrible y que no quiere llevar a cabo la sesión pero comentamos algunas cosas antes de que se marche a casa. Refiere que duerme muy mal, se despierta unas tres veces todas las noches, se encuentra mas angustiado que de costumbre. Comenta que ya no tiene alcohol en casa y se toma cada día el carajillo y unos chupitos en un bar que tiene cerca de casa.

Pactamos que prepararemos un módulo a parte sobre el consumo de alcohol ² en participantes como el y que lo revisaremos la semana siguiente si le parece bien. Acepta y se marcha a casa.

14ª Sesión: El participante acude mucho más calmado que a la sesión anterior. Llega tarde porque se había olvidado la mascarilla y tuvo que volver a casa a por una al darse cuenta de que le faltaba.

En lo que respecta a la actividad del participante, ha continuado haciendo alguna comida de vez en cuando y ha ido con su hermano al gimnasio varias veces pero ha dejado de ir porque tiene agujetas. Se le anima a que continúe asistiendo.

Sigue paseando al perro todos los días, en ocasiones acompañado por su madre. Como ya no tiene alcohol en casa va a un bar que conoce todas las mañanas a tomarse el carajillo y los chupitos. Hizo el intento de jugar a League of Legends pero se hartó a la primera partida y desinstaló el juego.

No tenía muchas ganas de hacer ningún módulo así que le animamos a que siga saliendo a hacer ejercicio con su hermano y le recordamos que tenga cuidado con el consumo de alcohol. Se arrepiente mucho de cómo vino a la sesión la semana anterior y manifiesta que le avergüenza tomar alcohol pero que lo necesita para empezar bien el día aunque su madre no le deje en paz con el tema.

15ª Sesión: El participante fue un par de días esa semana al gimnasio pero dejó de ir porque se encontró con un par de conocidos de hace muchos años que le dió la sensación de que se reían de él. Describe que “miraban mucho el móvil y se reían, creía que me estaban grabando”. Le recordamos la tarjeta amarilla y qué explicaciones alternativas podía haber. Animamos al participante a que siga acudiendo al gimnasio ya que afirma que le gusta mucho y se quiere poner en forma.

Llevamos a cabo el Módulo que preparamos sobre el consumo de alcohol en participantes con psicosis. Despejó muchas dudas dado que él creía que daba igual si consumía alcohol o no para evitar tener delirios y su recuperación para volver a trabajar. Dice que en toda la semana siguiente no consumirá alcohol y de no ser así aceptaría ponerse en tratamiento con el psiquiatra y acudir a terapia en la UCA.

16ª sesión: El participante continúa consumiendo alcohol pero ya va realizando más actividades, hizo una paella para su familia y todos le dijeron que estaba muy buena, le animamos a que siga en esa dirección. El apoyo de la familia es fundamental. Está valorando la opción de asistir a la UCA pero se muestra reticente. Le animamos a que acuda dado que con el empeño que él tiene para mejorar y el trabajo conjunto de los psicólogos de esa unidad y el CRIS podemos ir dando pasos hacia el abandono del consumo del alcohol. Se muestra más esperanzado pero aún no reduce el consumo de alcohol.

4.2. Observaciones sobre el avance del participante:

Como se puede ver en el seguimiento, en base a las necesidades que tenía el participante en el momento de la entrada en el servicio de participación y la información proporcionada por el PAI se decidió seguir un tratamiento enfocado a la psicoeducación incluyendo los recursos proporcionados por Moritz et al. para llevar a cabo sus módulos de entrenamiento metacognitivo. A lo largo de las sesiones el participante fue despejando muchas dudas que tenía y que le fueron surgiendo a lo largo del tratamiento. Aprendió mucho acerca de la enfermedad, sobre todo tenía dudas sobre el

funcionamiento de esta y si algún día podría dejar de tener los delirios que tanto malestar le producían.

A medida que iban avanzando las sesiones y mediante el uso de la tarjeta amarilla fueron cambiando las atribuciones que el participante hacía sobre los pensamientos que tenía de que iban a por él y que le querían hacer daño. No obstante, como su círculo social estaba limitado a su familia y con ellos no tenía este tipo de delirios, no fue hasta que empezó a hablar con una amiga suya con la que retomó el contacto, y en concreto cuando quedaron que no volvió a tener ese tipo de delirios. En este caso el participante refiere que le pareció oír como decía en voz muy baja “que tonto eres”. En este caso puso en práctica los conocimientos que había ido adquiriendo y buscó explicaciones alternativas y que quizá no había dicho eso. Sin embargo, la idea de que quizá lo hubiera insultado y que la chica de verdad pensara que es tonto ya le había producido un gran malestar.

A partir de esta situación se planteó el entrenamiento en habilidades sociales a continuación del módulo de EMC, para mejorar el manejo del participante en situaciones sociales cuando le ocurran este tipo de cosas y que cuente con más herramientas para descartar un posible delirio.

Las sesiones transcurrían adecuadamente, el participante comprendía bien y manifestaba dudas que le iban surgiendo en cada módulo. Conocía mejor la enfermedad y hacía varios meses que no tenía pensamientos de que era una molestia para su familia. Se le reforzaba positivamente que hubiera dejado el alcohol por cuenta propia siempre que surgía el tema y se hacía hincapié en la importancia que esto tenía para su recuperación. Cuando empezó a consumir alcohol esporádicamente (pasó aproximadamente un mes que solo tomaba una o dos veces a la semana) se le recordaban los avances que había hecho y que tenía recursos a su disposición como la UCA o proyecto AMIGÓ pero él decía que lo tenía controlado y que solo tomaba por las mañanas para “alegrarse un poco el día”. Pusimos sobre aviso al psiquiatra para que lo tuviera en cuenta en la próxima visita que llevarían a cabo.

Finalmente los consumos de alcohol por parte del participante fueron a más. Cuando el consumo ya era diario comenzó a referir que estaba bien y lo tenía controlado pero consumía un carajillo cada mañana acompañado de varios chupitos de ron. Como en casa de sus padres al principio si contaba con alcohol, hacía allí los desayunos y se tomaba alguna cosa a lo largo del día.

Posteriormente en la entrevista que tuvimos en conjunto con la familia se confirmó la buena relación que existe especialmente con la madre y el hermano. El padre decía que él no quería saber nada de las entrevistas y el tratamiento si no era estrictamente necesario. Al final, gracias a la buena disposición de la madre y el hermano se acordó que no guardaran alcohol en casa para que no tenga tan fácil acceso, además el hermano se ofreció para llevar a cabo actividades con el participante para animarlo a salir más de casa. Empezaron a hacer ciclismo pero tras un par de días el participante no quiso salir más ya que no le gusta nada dar vueltas con la bicicleta y va muy incómodo. A continuación, se apuntaron ambos a un gimnasio y irá acompañado los martes y los jueves a hacer piernas con su hermano y alguna vez irá solo porque quiere trabajar los músculos superiores también. Esto fue muy positivo y estaba más animado aunque no disminuyera el consumo de alcohol, de hecho se tomaba la cantidad habitual después del gimnasio.

Al poco de empezar, empezó a desganarse y faltó un par de días. Tenía agujetas pero en la entrevista confirmó que tenía menos ganas aunque quería retomarlo porque le estaba yendo bien. Posteriormente, vivió una situación incómoda con dos viejos conocidos de cuando era joven mientras entrenaba en el gimnasio. Él los reconoció y no sabía si ellos le había reconocido a él y le dió la sensación de que se reían de él y le grababan con el móvil. Este incidente le quitó en parte las ganas de dejar de asistir más veces al gimnasio. En la sesión se le animó a que continuara y a que siempre buscara explicaciones alternativas. Se le recordó que es importante no dejar las cosas que nos gustan y que le estaban ayudando a tener mejor ánimo a lo largo del día. Respondió bien y continuó asistiendo con su hermano como hasta ese momento.

Hubo algunos días posteriores en los que se apreciaba que había bebido de más esa mañana. Si podía seguir la sesión se realizaba sin problema, pero hubo una ocasión en que a parte de haber bebido él no quería hacer la sesión, se quería ir a casa. Hicimos un poco de repaso de cómo había ido la semana, la cual refería que había sido horrible y finalmente se marchó a casa con sus padres.

Tras este incidente preparamos un módulo de psicoeducación para que el participante tuviera una mayor conciencia de lo que implica el consumo excesivo de alcohol para su pronóstico de la enfermedad. Él afirmaba que el alcohol no era malo para los delirios y que por lo tanto consumirlo no influía en su recuperación, sin embargo mediante este módulo obtuvimos resultados muy positivos en lo que respecta a la actitud del participante para dejar de beber, la cual fue perdiendo a medida que se iban sucediendo los días de consumo. Recordemos que cuando empezó con las sesiones él era abstemio por propia voluntad y consiguió mantenerse de esta forma durante 4 meses.

En esta etapa estaba muy satisfecho con mantenerse sobrio y era consciente, como se puede ver en el plan de prevención de recaídas que llevamos a cabo, que identificaba por su propia cuenta que el consumo de alcohol entorpecía su recuperación y el avance del tratamiento.

Debido a esto nos vimos obligados a detener el avance en las sesiones de EMC durante un tiempo para poner tratamiento en el consumo de alcohol del participante. Desde el centro el protocolo a seguir es de informar al participante y colaborar con las demás entidades (Proyecto Amigó o UCA) de forma que los diferentes tratamientos del participante estén integrados y se pueda seguir con todo detalle sus avance en todos los ámbitos que se requieran.

En conclusión, el avance del participante fue muy favorable sobre todo a lo largo de las primeras sesiones. Se consiguieron los objetivos de mejorar la calidad de vida y reducir el malestar que le producía la sintomatología positiva. Todo esto lo fuimos evaluando mediante la información facilitada por el participante en las entrevistas a lo largo de las diferentes sesiones. Aunque en la prueba de deterioro cognitivo su puntuación fue muy baja, se pudo apreciar que realmente su capacidad cognitiva no se ha visto tan afectada como pone de manifiesto este instrumento de evaluación.

El consumo de alcohol es un aspecto de la vida diaria del participante que hay tratar para conseguir una correcta recuperación por su parte dado que las ideas autolesivas y la sintomatología depresiva se vieron incrementadas cuando volvió al consumo habitual de alcohol. También se redujeron en gran medida sus ganas de volver al trabajo, no se veía motivado para ello.

Actualmente está en tratamiento en la UCA en coordinación con el CRIS y la USM. Se está gestionando la vuelta al mundo laboral con jornada reducida y reducción de responsabilidades (volverá al puesto que ocupaba antes de ser ascendido a encargado). En posteriores sesiones se irá evaluando la gravedad de las suspicacias, el tipo y el grado de malestar que causan en el participante.

4.3. Evaluación de Objetivos:

En lo que respecta a la evolución del participante, durante el tratamiento, se ha conseguido una mejora en la calidad de vida del mismo promoviendo que salga más de casa a hacer actividades agradables y mediante el incremento de la actividad en las labores del hogar. Será de vital importancia este aspecto en cuanto comience con el trabajo y si decide volver a vivir por su cuenta,

sobre todo en lo que respecta a la alimentación. Si continua haciendo ejercicio y recupera las aficiones de jugar a videojuegos además de reducir o eliminar el consumo diario de alcohol, sobre todo con esta última, se verá una gran mejora en la calidad de vida del participante respecto a la que mantenía incluso antes del episodio psicótico. Estos aspectos están ayudando con la sintomatología negativa, sin embargo aún no se han visto cambios evidentes en el estado del ánimo del participante, el cual se mantiene a un nivel muy bajo e interfiere en ocasiones con el funcionamiento normal de este haciendo que se siga aislando y no colabore en casa ni lleve a cabo actividades que solía disfrutar.

Por otro lado, en cuanto al malestar producido por la sintomatología positiva se ha podido apreciar una mejora sustancial en el participante en las nuevas atribuciones que hace de los pensamientos que le vienen a la cabeza de vez en cuando en contextos sociales. No obstante todavía queda mucho trabajo por hacer en este aspecto sobre todo en lo que se refiere a la reducción de la sintomatología positiva ya que en los focos sociales que se ha movido ha tenido estos pensamientos de que le insultaban o se reían de él (como ejemplos tenemos la cita con la amiga y una vez que fue al gimnasio). Sin embargo, aunque apareciera la sintomatología, esta fue vivida de una forma menos intensa que los episodios vividos antes de la entrada en la USM de referencia.

Por último, el objetivo de evitar las recaídas tras la vuelta al trabajo no se ha podido comprobar debido a que no ha habido vuelta al mundo laboral durante la duración de este tratamiento. Si que cuenta con un plan de prevención de recaídas que llevamos a cabo cuando manifestó su interés en volver al trabajo pero sería conveniente refrescar los conceptos y dedicar parte de una entrevista a revisar el plan y hacer los cambios pertinentes que considere el participante o por otra parte dejarlo conforme se quedó la primera vez si no se identifican más pródromos ni factores de protección o de vulnerabilidad.

5. Discusión:

Como hemos podido observar en la información proporcionada por el psiquiatra y la posterior evaluación psicológica llevada a cabo antes de comenzar con el tratamiento, el participante mantenía un nivel de vida social muy pobre. Ésta estaba limitada a las relaciones sociales en el trabajo y con la familia los fines de semana, el contacto con amigos era muy poco habitual. El estilo de vida tan solitario que llevaba el participante pudo influir en gran medida al crecimiento de las creencias que este mantenía con los delirios de que le querían matar en el trabajo. El consumo de

alcohol continuado desde hacía más de 15 años también jugó un papel importante en la gravedad de los delirios y el incremento de ella sintomatología negativa.

El funcionamiento en lo que respecta al mundo laboral parecía ser adecuado. De hecho fue ascendido a un cargo de mayor responsabilidad en su puesto de trabajo. Hay que destacar también los cursos que llevó a cabo sobre submarinismo y la acreditación de patrón de barco requieren bastante conservación de la capacidad cognitiva.

Que el participante dejara por su propia cuenta el consumo de alcohol tras el episodio psicótico facilitó la adherencia al tratamiento. Parecía estar muy concienciado y dispuesto a participar activamente para conseguir una recuperación satisfactoria y volver a trabajar para recuperar su independencia. Fue progresando adecuadamente en los aspectos que íbamos tratando durante el tratamiento excepto en la recuperación de actividades agradables, las cuales intentó retomar en alguna ocasión pero no acabó de funcionar. Finalmente, en este sentido lo que mejor resultado dió fue que llevara a cabo actividades deportivas con su hermano pero que no estuvieran relacionadas con el ciclismo dado que no le gustaba demasiado ir en bicicleta.

Ganó conciencia de enfermedad muy rápidamente con las explicaciones proporcionadas por el psicólogo y a medida que avanzaban los módulos de entrenamiento metacognitivo. En general el progreso del participante era favorable y incluso el mismo llegó a plantearse volver a trabajar aunque realmente necesitaba seguir un tiempo más en tratamiento. Pero como era algo que el paciente quería intentar y tenía que comentarlo con su psiquiatra decidimos dedicar una sesión para presentarle y ir preparando con él un plan de prevención de recaídas. Finalmente, la vuelta al trabajo en ese momento quedó descartada y dejamos el plan para continuarlo más adelante. El paciente ya había identificado las variables que podían influir en una recaída y algunos factores que podían ayudarle a evitarlas. También se le facilitaron los pasos a llevar a cabo si identificaba alguno de los pródromos especificados en el plan.

Se controlaba regularmente y se reforzaba que continuara sin los consumos habituales de alcohol que solía tener. En varias ocasiones presentó dudas sobre como afectaría y se le dejó muy claro que podría perjudicar a su recuperación. Afirmaba que podía continuar sin consumir por su cuenta y no quería ayuda de nadie para ello.

Posteriormente, cuando comenzó con los consumos de alcohol y a relacionarse con personas ajenas al círculo familiar el paciente se descompensó y en algunas sesiones no estaba en condiciones para continuar con los módulos que le habíamos preparado. En este punto dimos una vuelta a los objetivos y decidimos centrarnos en regular el consumo diario que llevaba a cabo ya que de otra forma el tratamiento cognitivo-conductual que estaba siguiendo podía perder eficacia.

Cuando se comentó con el paciente nos dimos cuenta de que realmente no le quedó claro cómo podía afectar el consumo de alcohol en su recuperación y por ello decidimos preparar un módulo psicoeducativo en el que refrescamos conceptos relacionados con la psicosis, cómo interacciona el consumo de alcohol con una persona con un trastorno psicótico y qué herramientas tiene a su disposición que le pueden ayudar a reducir el consumo de alcohol.

El seguimiento para este estudio únicamente abarca los primeros 5 meses de tratamiento del participante. Un buen plan de tratamiento en estos casos tiene una duración aproximada de entre uno y dos años. Sin embargo, puede servir para vislumbrar los primeros pasos que lleva una persona con un diagnóstico de episodio psicótico que además lleva prácticamente toda su vida con pensamientos recurrentes de que le quieren hacer daño, consumo de sustancias y fantasías recurrentes relacionadas con el suicidio.

Actualmente el participante está pendiente de revisión dado que se le acaba el periodo de baja y ha de decidir si volver o no a su anterior puesto de trabajo. La idea que más adecuada le parece es volver con una reducción de jornada laboral.

En cuanto se puedan realizar sesiones normalmente con el paciente, una vez se haya controlado el consumo de alcohol, es recomendable terminar con el módulo de entrenamiento metacognitivo. Futuras intervenciones favorables para su funcionamiento podrían ser las que trabajan en habilidades sociales para potenciar su asertividad en este tipo de contextos y disponga de un mayor número de herramientas cuando tenga la sensación de que le están insultando o con los delirios de perjuicio. Identificar el contexto y el lenguaje corporal del interlocutor puede ser de gran ayuda para identificar cuando algo que ha oído el participante ha sido realmente dicho o es una alucinación auditiva. Continuar con el tratamiento cognitivo-conductual para la recuperación de actividades o que descubra otras nuevas que le llenen y con las que pueda pasar el tiempo libre podría marcar una diferencia notable en la mejoría de la sintomatología negativa.

6. Bibliografía:

Addington, D.E. (2006). Seguridad en esquizofrenia: reducir el suicidio y el intento de suicidio. *Revista de Toxicomanías*, 49, 17–24.

Alvarez-Jimenez, M., O'Donoghue, B., Thompson, A., Gleeson, J. F., Bendall, S., Gonzalez-Blanch, C., ... & McGorry, P. D. (2016). Beyond clinical remission in first episode psychosis: thoughts on antipsychotic maintenance vs. guided discontinuation in the functional recovery era. *CNS drugs*, 30(5), 357-368.

American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5.

Apiquian-Guitart, R., Fresán-Orellana, A., García-Anaya, M., Lóyzaga-Mendoza, C., & Nicolini-Sánchez, H.. (2006). Impacto de la duración de la psicosis no tratada en pacientes con primer episodio psicótico: Estudio de seguimiento a un año. *Gaceta médica de México*, 142(2), 113-120.

Bellack, A.S., Mueser, K.T., Gingerich, S. y Agresta, J. (2004). *Social Skills Training for Schizophrenia. A Step-by Step Guide. Second Edition.* New York: Ed. Guilford Press.

Caton CL, Hasin DS, Shrout PE, Drake RE, Dominguez B, Samet S, Schanzer B. Predictors of psychosis remission in psychotic disorders that co-occur with substance use. *Schizophr Bull.* 2006 Oct;32(4):618-25.

Ceruelo Bermejo, J., & García Rodicio, S. (2007). Antipsicóticos típicos. Antipsicóticos atípicos. *FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 14(10), 637–647.

Craig, T. K. J., Garety, P., Power, P., Rahaman, N., Colbert, S., Fornells-Ambrojo, M. et al. (2004). The Lambeth Early Onset (LEO). Team: randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis. *British Medical Journal*, 329, 1067.

Drake, R.E., and Brunette, M.F. Complications of severe mental illness related to alcohol and other drug use disorders. In: Galanter, M., ed. *Recent Developments in Alcoholism. Volume 14. Consequences of Alcoholism.* New York: Plenum Press, 1998. pp. 285–299.

Edwards, J. y McGorry, P. (2004). La intervención precoz en la psicosis: Guía para la creación de servicios de intervención precoz en la psicosis. Madrid: Fundación para el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis.

Freudenreich O, Brown HE, Holt DJ. Psychosis and schizophrenia. In: Stern TA, Fava M, Wilens TE, Rosenbaum JF, eds. *Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry*. 2nd ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2016:chap 28.

Godoy García, JF., Caballero Martínez, M., Godoy-Izquierdo, D., Vázquez Pérez, ML. y Muela Martínez, JA. (2016). Prevención de recaídas en la esquizofrenia: Propuesta de un programa de intervención durante la fase prodrómica. *ReiDoCrea*, 5, 56-68.

Godoy, J. F., Muela, J. A., Sánchez-Barrera, M. B., Sánchez-Huete, J. R. L., Pérez, M. y Lorite, A. (1995). Síntomas prodrómicos preepisodio/marcadores de vulnerabilidad en la predicción y prevención de recaídas en la esquizofrenia. *Psicología Conductual*, 3, 159-172.

Jordaan GP, Emsley R. (2014) Alcohol-induced psychotic disorder: a review. *Metab Brain Dis* 29:231–43.

Larson, M. K., Walker, E. F. y Compton, M. T. (2010). Early signs, diagnosis and therapeutics of the prodromal phase of schizophrenia and related psychotic disorders. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 10, 1347-1359.

Liberman, R.P. (1993). Rehabilitaci3n integral del enfermo mental cr3nico. Barcelona: Mart3nez Roca (edici3n original, 1988).

McCrone, P., Craig, T. K., Power, P., & Garety, P. A. (2010). Cost-effectiveness of an early intervention service for people with psychosis. *The British journal of psychiatry*, 196(5), 377-382.

McGorry, P. D., Nelson, B., Goldstone, S., & Yung, A. R. (2010). Clinical Staging: A Heuristic and Practical Strategy for New Research and Better Health and Social Outcomes for Psychotic and Related Mood Disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(8), 486–497.

McGorry, P., Killackey, E., & Yung, A. (2007). Early intervention in psychotic disorders: detection and treatment of the first episode and the critical early stages. *Medical Journal Of Australia*, 187(S7).

Miret, S., Fatjó-Vilas, M., Peralta, V., & Fañanás, L. (2016). Síntomas básicos en la esquizofrenia, su estudio clínico y relevancia en investigación. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(2), 111–122.

Moritz, S., & Woodward, T. S. (2007). Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(6), 619–625.

Movimiento Rethinking (2018). Libro Blanco de la Intervención Temprana en Psicosis en España [Libro]. Infocop.es. Recuperado de: <http://www.infocop.es/pdf/LibroBP.pdf> [13/05/2021]

Perälä J, Kuoppasalmi K, Pirkola S, et al. (2010) Alcohol-induced psychotic disorder and delirium in the general population. *Br J Psychiatry*, 197: 200–6

World Health Organization. (1992) The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: World Health Organization.

Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.

7. Anexos:

1) Módulo de psicoeducación del alcohol

**Primeros episodios
psicóticos.**

¿Qué es la psicosis?

Ocurre cuando se pierde el contacto con la realidad.

- Delirios.
- Alucinaciones.

- Sintomatología negativa. (depresión, anhedonia, abulia, aplanamiento afectivo y empobrecimiento del pensamiento y la cognición).

Se puede encontrar en personas con esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión grave y en algunos trastornos de la personalidad

Causas

- Enfermedad cerebral crónica.
- Tumores o quistes cerebrales.
- Demencia.
- VIH y infecciones cerebrales.
- Esteroides y estimulantes
- Alcohol y otras drogas, tanto durante el consumo como en abstinencia.
- Epilepsia
- Accidente cerebrovascular.

Importancia del tratamiento tras el primer episodio.

- Evitar recaídas.
- Evitar ingresos hospitalarios.
- Prevenir posible incapacitación por cronicidad.
- Mantener el nivel de vida.
- Conservar el funcionamiento y las capacidades cognitivas.

¿Qué me ayuda?

- Seguir pautas del psicólogo y del psiquiatra.
- Seguir las pautas de medicación.
- Conciencia de enfermedad.
- Identificar pródromos.
- Apoyo social.
- Vida saludable.
- Mantenerse activo/a.
- Hábitos saludables de ocio y tiempo libre.

¿Qué no me ayuda?

- Aislamiento
- Consumo de sustancias (alcohol, cannabis, cocaína...)
- Cambiarte la medicación sin consultar con el médico o dejar de tomarla.
- Romper la rutina de actividad diaria.
- Abandonar actividades agradables.

Consumo de sustancias

- Consumo de alcohol.
 - Agrava sintomatología negativa.
 - Desregulación emocional.
 - Peor pronóstico de recuperación
 - Mayor número de recaídas.
 - Problemas para dormir.
 - Puede producir psicosis alcohólica.
 - Mayor aislamiento social.
 - Mayor tasa de intentos de suicidio.
 - Efectos en el organismo. (Alta presión arterial, enfermedad cardiaca, accidentes cerebrovasculares, enfermedad del hígado y problemas digestivos. Cáncer de mama, boca, garganta, esófago, hígado y colon.

Psicosis alcohólica

- Aguda, crónica o por abstinencia.
- Alucinaciones, delirios, comportamiento inadecuado, pensamiento confuso.
- Afecta a la memoria y el aprendizaje.

¿Qué me puede ayudar?

- Evitar el consumo:
 - Compañías.
 - Actividades que no impliquen beber.
 - No tener alcohol en casa.
 - Recuerdate por qué decidiste dejarlo.
 - Hablar con alguien cuando quieras beber.

¿Qué me puede ayudar?

- Medicación.
- Proyecto Amigo, UCA.
- Conciencia de consumo.
- Dejarse ayudar.

¿Estoy dispuesto/a a dejarlo?

- Muchas personas notan una notable disminución de sintomatología negativa tras un tiempo de abandonar el consumo.
- Episodios psicóticos más lúcidos.
- Mejor funcionamiento premórbido.
- Peor pronóstico en cuanto más tiempo queda sin tratar.

¿Qué opciones tengo?

- Consulta al médico.
- Infórmate en centros especializados.

2) Plan de prevención de recaídas

Ayuda para la prevención de recaídas	
¿Qué ayuda?	¿Qué no ayuda?

PLAN DE RECAÍDA

Señales de alarma	Plan de recaída
	Paso 1:
	Paso 2:
	Paso 3: Ingreso en el hospital.

Teléfonos de contacto

Psiquiatra:

Psicólogo/a del CRIS:

Contacto familiar:

Horarios de contacto