

PAPEL DE LA ENFERMERA EN EL MANEJO DE LOS SÍNTOMAS PSICÓTICOS

CANDELA RONDEROS GARCÍA¹ Y DAVID GONZÁLEZ-PANDO²

¹Enfermera especialista en salud mental. Unidad de Hospitalización de Psiquiatría de Adultos. Hospital Universitario Basurto. Bilbao (Bizkaia).

²Enfermero especialista en salud mental. Facultad de Enfermería de Gijón. Universidad de Oviedo. Gijón (Asturias).

RESUMEN

Objetivos: conocer el papel de la enfermera en el manejo de los síntomas psicóticos.

Material y métodos: se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva en fuentes primarias y secundarias entre los meses de febrero y abril de 2021. Se utilizaron los buscadores PubMed, Scopus, Lilacs y CUIDEN, seleccionando documentos en los idiomas inglés, español y portugués.

Resultados: la identificación de los síntomas psicóticos se basa en observar indicios conductuales como soliloquios o risas inmotivadas, entre otros. Existen distintos métodos de evaluación, destacando la entrevista clínica. Las intervenciones con mejores resultados a largo plazo son las combinadas, basadas en introducir fármacos antipsicóticos, tratamiento psicológico y cuidados de enfermería, además de la psicoeducación. El manejo de enfermería parte de una relación terapéutica bien establecida, lo que suele requerir más tiempo del habitual. Los cuidados psicosociales se basan, principalmente, en técnicas de modificación de conducta, y se orientan a mejorar la funcionalidad, el bienestar y la calidad de vida.

Discusión: los síntomas psicóticos están presentes en diversos trastornos mentales y enfermedades, y afectan tanto a los pacientes como a sus familias. La intervención enfermera debe ser integral, combinando fármacos y terapias psicológicas, priorizando el bienestar del paciente. Las estrategias de modificación de conducta son útiles, especialmente, para síntomas negativos, y requieren un enfoque interdisciplinario.

Recomendaciones: la enfermera tiene un rol fundamental en el manejo de los síntomas psicóticos por ser el eje central del equipo multidisciplinario.

Palabras clave: síntomas psicóticos, psicosis, atención de enfermería.

Correspondencia: Candela Ronderos García
Correo electrónico: candelaronderos@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Los síntomas psicóticos son un grupo de síntomas heterogéneos en forma de experiencias psicopatológicas caracterizadas por una pérdida de contacto con la realidad y alteración del pensamiento y la percepción¹. La quinta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* de la American Psychiatric Association (APA) los divide en cinco categorías: ideas delirantes o delirios, alucinaciones, síntomas negativos, lenguaje desorganizado y comportamiento gravemente desorganizado o catatónico².

Los síntomas psicóticos no son exclusivos de las psicosis, sino que están presentes en múltiples trastornos mentales, como en los trastornos del estado de ánimo, los trastornos disociativos o la bulimia y la anorexia nerviosas, entre otros³. Además, existe un conjunto de entidades clínicas conocidas como *trastornos del espectro psicótico*, donde las experiencias psicóticas son un criterio diagnóstico. A este grupo pertenece la esquizofrenia, el más representativo de los trastornos mentales graves, una patología que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo⁴, aun cuando solo representa el 30 % de los trastornos mentales graves⁵.

En algunas enfermedades cerebrales como la epilepsia, la prevalencia de los síntomas psicóticos es del 7 % de los pacientes⁶. En otras enfermedades como la enfermedad de Parkinson⁷, el déficit de vitamina D o B₁₂, los tumores cerebrales o la narcolepsia³, no es infrecuente que los pacientes presenten experiencias psicóticas.

La prevalencia de estas experiencias en la población general es muy variable, entre el 13 y el 60 %, pero, una vez aparecen, es muy probable que persistan en el tiempo⁸. De la misma manera, en pacientes con deterioro cognitivo mayores de 65 años, es común la presencia de síntomas psicóticos⁹. Además, estos

síntomas pueden aparecer asociados a discapacidad intelectual, lo que empeora la situación de dependencia del paciente, incrementando el estrés al que suelen encontrarse sometidos los cuidadores¹⁰.

Los síntomas psicóticos también se asocian al abuso de sustancias, tanto en la intoxicación como en la abstinencia³. Los tóxicos también pueden agravar síntomas psicóticos previamente presentes¹¹, o inducirlos en individuos sanos. En adolescentes consumidores de cánnabis, la droga ilegal más consumida en España, Fonseca-Pedrero *et al.* observaron mayores experiencias psicóticas asociadas a malestar frente a adolescentes no consumidores¹².

En la mujer, existen situaciones comunes en las que pueden aparecer síntomas psicóticos, como el parto inmediato, el puerperio e, incluso, el embarazo. La incidencia de estos síntomas es relativamente baja, pero su pronóstico es complicado¹³. Pueden presentar alucinaciones, comportamiento desorganizado o ideas delirantes, sobre todo, relacionadas con la situación fetal, lo que puede comprometer la salud del propio feto. La psicosis puerperal es un síndrome que precisa ingreso hospitalario inmediato, cuidados, valoración y tratamiento¹⁴. Además, esta situación es un factor de riesgo para futuros trastornos psicóticos o afectivos, siendo la depresión uno de los más probables¹³, lo que condiciona la lactancia y la crianza de los hijos, ya que afecta al vínculo afectivo o apego¹⁵.

Las experiencias psicóticas pueden estar presentes en individuos sanos, especialmente, en condiciones de privación sensorial o bajo intenso estrés psicológico, siendo la incidencia en la población general del 2,5 %, y la prevalencia, del 7,2 %⁵. Aunque la edad de aparición es menor en hombres, es común en ambos sexos la presencia de síntomas psicóticos en edades tempranas, especialmente, en la adolescencia, donde son frecuentes los síntomas psicóticos atenuados, como el pensamiento mágico: creer que

LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL, INCLUYENDO LOS SÍNTOMAS PSICÓTICOS, DEBERÍAN SER ABORDADOS ATENDIENDO A LAS ESFERAS BIOLÓGICA, PSICOLÓGICA Y SOCIAL, SUPERANDO LA OBSOLETA CONCEPCIÓN DE «PACIENTE» COMO RECEPTOR PASIVO DE CUIDADOS Y TRATAMIENTOS.

uno tiene poderes, que se puede adivinar el pensamiento, que existen los vampiros, etc.¹⁶. Las circunstancias adversas como situaciones traumáticas podrían ser precursoras de la aparición de síntomas psicóticos positivos en la niñez¹⁷. En los niños entre 9 y 12 años, la prevalencia asciende hasta el 17 %, y al 7,5 % en adolescentes de 13 a 18 años⁵. Por tanto, hablamos de que no son infrecuentes en la población, contrariamente a lo que suele creerse.

En la Antigüedad, el tratamiento de los síntomas psicóticos se basaba únicamente en la custodia. Esta situación cambia a principios del siglo XX, con las denominadas somatoterapias, como la piretoterapia, el choque hipoglucémico, la terapia convulsiva y los tratamientos quirúrgicos. Estos tratamientos resultaron muy perjudiciales, considerándose una forma de iatrogenia⁵. En 1950, aparece la psicofarmacología, que supuso una mejora en el pronóstico de los pacientes¹⁸. En las siguientes décadas, se comienzan a introducir las intervenciones familiares, la psicoeducación, el entrenamiento en habilidades sociales y las terapias cognitivo-conductuales (TCC)⁵. La evidencia científica actual ha demostrado que el mayor beneficio terapéutico frente a los síntomas psicóticos se consigue combinando los tratamientos psicosociales y conductuales con los psicofarmacológicos¹⁹.

En la práctica enfermera contemporánea, la persona debe ser tratada de manera holística. Los problemas de salud mental, incluyendo los síntomas psicóticos, deberían ser abordados atendiendo a las esferas biológica, psicológica y social, superando la obsoleta concepción de «paciente» como receptor pasivo de cuidados y tratamientos²⁰. Los síntomas psicóticos deben recibir un abordaje multidisciplinario, combinando tratamientos psicológicos, farmacológicos, intervenciones familiares, académico-laborales y cuidados de enfermería¹⁹, luchando contra el estigma que sufren estas personas en pro de su integración social.

El impacto sociosanitario de los síntomas psicóticos es muy elevado. Solo los trastornos del espectro psicótico representan en sí un gasto enorme, y se ha estimado en un 2 % del coste total del servicio sanitario, a lo que habría que sumar los costes indirectos²¹. Un indicador del impacto que los síntomas psicóticos tienen en la salud es que la esperanza de vida de las personas con esquizofrenia es un 20 % más baja que la de la población general¹⁸. Además, la tasa de suicidio a los 22 años en los síndromes psicóticos oscila entre el 14 y el 22 %⁵.

Los síntomas psicóticos representan un problema de gran magnitud y relevancia, en el que es muy importante el papel de la enfermería para la valoración, el abordaje y el tratamiento de los síntomas psicóticos, ya que desempeña un papel central en el cuidado del paciente²². La enfermera debe tener la capacidad de detectar e identificar tempranamente posibles experiencias psicóticas, las cuales provocan un gran malestar en el paciente y su entorno²³. Debido a la elevada comorbilidad de los síntomas psicóticos con otros cuadros clínicos de diferentes etiologías, además de los trastornos mentales, conocer el manejo correcto de estas experiencias no solo es muy provechoso para las enfermeras de salud mental o aquellas que trabajan en unidades psiquiá-

tricas, sino de cualquier contexto de atención, porque los síntomas psicóticos son un fenómeno frecuente en la sociedad.

OBJETIVOS

Objetivo principal: conocer el papel de la enfermera en el manejo del paciente con síntomas psicóticos.

Objetivos específicos:

- Definir los síntomas psicóticos y su repercusión en el comportamiento y en la salud.
- Describir los procedimientos de identificación y evaluación de los síntomas psicóticos.
- Describir las intervenciones de enfermería en el paciente con síntomas psicóticos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Para realizar este trabajo de revisión, se emplearon distintas fuentes de documentación científica tanto primarias como secundarias.

Estrategia de búsqueda

Se utilizaron libros, capítulos de libro, revistas, la *Guía de práctica clínica de la esquizofrenia y trastorno psicótico incipiente* del Ministerio de Sanidad, así como distintas bases de datos y páginas web de organismos oficiales como la Organización Mundial de la Salud (OMS). Para la búsqueda en fuentes secundarias, se emplearon las siguientes bases de datos: PubMed, Scopus, Lilacs y CUIDEN. El período de búsqueda se extendió del 22 de febrero al 28 de abril de 2021.

Proceso de selección y calidad de los estudios

Como ya se ha mencionado, para la búsqueda de estudios en fuentes secundarias, se utilizaron las siguientes bases de datos: PubMed, Scopus, Lilacs y CUIDEN. El período de búsqueda abarcó del 22 de febrero al 28 de abril de 2021. Se realizaron búsquedas combinando términos controlados MeSH (Medical Subject Headings) y DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) con operadores booleanos AND, tales como: «psychotic symptoms»/«síntomas psicóticos», «psychosis»/«psicosis», «psychotic disorders»/«trastornos psicóticos», «hallucinations»/«alucinaciones», «catatonia»/«catatonía», «delirium»/«delirio», «drug therapy»/«tratamiento farmacológico», «nursing care»/«atención de enfermería», y otros términos relacionados con el manejo de los síntomas psicóticos. También se utilizaron términos de búsqueda en lenguaje libre, como: «síntomas psicóticos», «tratamiento», «infección cerebral», «cuidados de enfermería», «antipsicóticos», y sus equivalentes en inglés, como «behavioural symptoms», «brain diseases», «prevalence», «acute psychosis», «treatment», «management», entre otros.

Criterios de inclusión y exclusión

El proceso de selección de estudios se basó en una serie de criterios de inclusión y exclusión previamente definidos para asegurar la relevancia y calidad de los artículos seleccionados.

1. **Criterio de antigüedad:** se incluyeron estudios publicados en los últimos cinco años, salvo algunas excepciones específicas, como los planes de cuidados de enfermería, en los que el criterio se extendió a 10 años debido a la escasez de publicaciones recientes en esta área.
2. **Idioma:** los estudios seleccionados fueron aquellos escritos en español, inglés o portugués.

3. **Tipo de documento:** se priorizaron artículos publicados en revistas científicas de enfermería, psiquiatría, salud mental, psicología y psicopatología. Se incluyeron artículos cuyo título y resumen tuvieran relación directa con los objetivos de esta revisión.
4. **Criterios de exclusión:** se excluyeron aquellos estudios centrados exclusivamente en aspectos biológicos, neurocientíficos, etnográficos o de psiquiatría transcultural, ya que no cumplían con el enfoque específico del manejo de los síntomas psicóticos desde la perspectiva de la enfermería.

Tras realizar una lectura exhaustiva de los resúmenes, se seleccionaron los estudios que abordaron los síntomas psicóticos o aspectos relacionados con la atención y cuidados de enfermería. Este proceso permitió filtrar aquellos estudios más pertinentes para los objetivos del trabajo, garantizando una selección adecuada de la literatura disponible.

Los estudios seleccionados fueron evaluados según su calidad metodológica, utilizando criterios establecidos para determinar la validez, fiabilidad y relevancia de los datos. Se dio preferencia a investigaciones con un diseño robusto y una muestra representativa, y se descartaron aquellos con limitaciones significativas en su calidad metodológica o en su aplicabilidad práctica.

RESULTADOS

Síntomas psicóticos: definición

Los síntomas psicóticos son un grupo de conductas anormales que implican una alteración del pensamiento, la percepción y las emociones, lo que lleva a un deterioro del sentido de la realidad²². Pueden dividirse en cinco grupos: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento

gravemente desorganizado o catatónico (estos son los síntomas positivos) y síntomas negativos.

Ideas delirantes o delirios

La *Clasificación Internacional de Enfermedades*, en su 11.ª revisión (CIE-11), define el delirio como «creencia cuya falsedad se puede demostrar o que otros no comparten, generalmente, basada en una inferencia incorrecta acerca de la realidad»²⁴. Los delirios, al igual que las alucinaciones, son considerados síntomas psicóticos positivos. Esta dimensión positiva se refiere a un funcionamiento «excesivo» de un comportamiento considerado como «normal»²⁵.

Las ideas delirantes se caracterizan por suposiciones sin fundamento²², manifiestamente falsas e imposibles: estar controlado por naves extraterrestres, creer que los familiares han sido sustituidos por dobles o impostores, etc. Son frecuentes los delirios de ser controlados, en los que el paciente cree que sus pensamientos, sentimientos, impulsos o acciones están siendo manejados por una fuerza o persona externa²⁶.

En los servicios de urgencias, los delirios a menudo se pueden presentar como delirios somáticos²², que son ideas relativas al propio cuerpo y su funcionamiento, en las que la persona cree tener una enfermedad grave²⁷. Estos pensamientos crean un grave malestar en el paciente, generando ansiedad, agitación motora y exaltación.

Alucinaciones

Las alucinaciones son percepciones sensoriales subjetivas de cualquier tipo —visuales, auditivas, olfativas, táctiles o gustativas—, que ocurren en ausencia de estímulos externos apropiados²⁸, con convicción de realidad sobre la experiencia percibida.

Las alucinaciones son muy comunes en múltiples trastornos mentales, así como en la población gene-

ral en determinadas situaciones, como bajo gran estrés psicológico o privación sensorial, entre otras³. Las alucinaciones visuales son más comunes en los delirios de origen orgánico. En estos casos, las alucinaciones se presentan acompañadas de desorientación, deterioro del lenguaje, déficit de memoria y perturbación de la atención y la conciencia²⁹. Las alucinaciones más comunes son las auditivas²², representadas, generalmente, como voces negativas en tercera persona, cuyo origen se atribuye a una fuente externa³. En la esquizofrenia, la prevalencia de las alucinaciones visuales es del 23 al 38,5%. La presencia de este tipo de alucinaciones en los pacientes psiquiátricos revela una mayor gravedad del trastorno³⁰.

Lenguaje desorganizado

El lenguaje, el pensamiento y el comportamiento desorganizados se pueden definir de manera conjunta debido a la complejidad para discernir los conceptos o establecer los límites entre ellos²⁵. El nivel de desorganización se puede reconocer mediante el discurso del paciente y su lenguaje no verbal. Puede estar presente en el 55 % de los primeros episodios, además de ser frecuente en personas sanas, aunque su manifestación es más sutil³¹. Estos síntomas empeoran la discapacidad cognitiva y el estigma social.

Comportamiento gravemente desorganizado o catatónico

El comportamiento desorganizado se caracteriza por lenguaje, comportamiento y afecto inapropiados²⁵. La CIE-11 caracteriza la catatonía por los siguientes síntomas: «actividad motora extremadamente ausente, mutismo, actividad motora sin propósito que no se relaciona con estímulos externos, mantener posiciones rígidas e inusuales, resistencia a las instrucciones o intentos de ser movido u obediencia automática ante instrucciones»³².

Además de la esquizofrenia o los trastornos del espectro psicótico, la catatonía puede aparecer en la demencia, el autismo, los trastornos afectivos, las intoxicaciones o en cualquier otra afección médica³³. Recientemente, se han observado casos de actividad motora inusual, conocida como *mutismo acinético*, en pacientes diagnosticados de enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19; del inglés, *coronavirus disease-2019*)³⁴. En Estados Unidos, la prevalencia de este tipo de síntomas varía entre el 7 y el 13 %. En nuestro medio, no se conocen los datos con exactitud debido a un error en el diagnóstico, incluso en los entornos hospitalarios³⁵.

La catatonía tiene consecuencias graves para la salud del paciente, ya que se asocia a largos períodos de inmovilidad, rigidez y a niveles altos de ansiedad, los cuales elevan los niveles de cortisol y catecolaminas³⁵. Las complicaciones pueden variar, pudiendo ser relativamente graves como:

- Tensión y rigidez muscular generalizada.
- Temblor involuntario de miembros superiores.
- Edemas y aumento de volumen en miembros inferiores, sin eritema.
- Movimientos articulares rígidos.
- Catalepsia y mutismo.

La complicación más grave es la trombosis venosa profunda. Es la principal causa de muerte súbita en personas con síntomas catatónicos³⁵, y se produce por la inmovilidad prolongada que presentan estos pacientes.

El diagnóstico es clínico y parte de la observación directa del paciente, por lo que la enfermera debe ser muy rigurosa en la valoración conductual a la hora de comunicar cambios abruptos en el comportamiento.

Síntomas negativos

Los síntomas negativos son una dimensión de los síntomas psicóticos e incluyen aplanamiento afectivo, alogia, anhedonia, aislamiento social y avolición (o abulia)³⁶. El término «negativo» se ha empleado para hacer referencia a un conjunto de conductas que se consideran «anormales» en comparación con un perfil establecido como «normal»²⁵. Este término se refiere a que son conductas que faltan o están ausentes, como sonreír ante un halago, hablar en situaciones que invitan al diálogo, etc.

El DSM-5 valora, principalmente, dos componentes de los síntomas negativos:

- Motivación/placer (aislamiento social, anhedonia y avolición): baja motivación para realizar actividades autopropuestas, placer disminuido o ausente y relaciones sociales pobres o inexistentes.
- Expresión emocional disminuida (aplanamiento afectivo y alogia): no existen cambios de expresión facial ante las emociones, restricción del lenguaje espontáneo, disminución de los gestos corporales y lenguaje no verbal, discurso pobre y simple.

Es importante considerar que la expresión emocional disminuida, a su vez, puede producir mayor aislamiento social, ya que es complicado establecer relaciones sociales «normales» con personas que presenten este tipo de conductas³⁷.

Los síntomas negativos suelen ser la principal preocupación de las familias de los pacientes, provocando sufrimiento emocional, lo que puede desembocar en síndrome del cuidador y dar lugar a actitudes hostiles hacia el paciente, lo cual aumentará el riesgo de recaídas¹⁶. Además, son la principal causa de discapacidad en las personas con síntomas psicóticos. Están presentes en el 10-30 % de los casos³⁷. El tratamiento a largo plazo con antipsicóticos empeora el pronóstico de estos síntomas¹⁹.

Identificación y evaluación de los síntomas psicóticos

La entrevista clínica es un elemento fundamental en el diagnóstico, el establecimiento de objetivos terapéuticos y el tratamiento. Se debe tratar de recopilar toda la información posible acerca de los síntomas, obteniendo una historia lo más detallada posible¹. La información que se debe recopilar es:

- Historia de salud y psiquiátrica previa.
- Problemas de salud previos y hospitalizaciones previas.
- Medicación previa y actual.
- Adicciones.
- Historia de trauma.
- Historia social detallada.
- Ideación o intentos de suicidio previos.

En cuanto al examen médico, se deben realizar una serie de pruebas complementarias para obtener un perfil clínico lo más detallado posible. Así, se podrá concretar el origen de los síntomas y la situación clínica general prediagnóstica. Sin embargo, la mayor parte de los pacientes no presentan una etiología orgánica para los síntomas psicóticos, de modo que es fundamental la evaluación conductual, realizando un análisis funcional de las conductas problemáticas, para, así, establecer objetivos y un plan de intervención²⁵.

Fonseca-Pedrero *et al.*²⁵ proponen cinco dominios específicos de evaluación, en los que pueden agruparse los síntomas mencionados:

- Dimensión positiva: deben valorarse las alucinaciones, ideas delirantes y los delirios. Para ello, debe conocerse la frecuencia, el tipo y el número de voces, la localización de la fuente, el volumen de la voz y los posibles desencadenantes de la situación³⁸.
- Dimensión negativa: se debe tener en cuenta la dificultad de la exploración, ya que se puede

confundir con síntomas depresivos, y que este tipo de síntomas no son exclusivos de la psicosis²⁵.

- Dimensión cognitiva: es un dominio muy complejo de valorar, ya que conlleva un coste elevado, personal entrenado y materiales especiales. Además, influyen muchos factores, como el coeficiente intelectual premórbido, la educación, la edad, el abuso de sustancias previo, etc.²⁵.
- Dimensión afectiva: hace referencia a dos estados de ánimo (depresión y manía)²⁵. Se deben utilizar escalas específicas, que tienen en cuenta el estado afectivo previo como referencia.
- Dimensión de desorganización: se evalúa, principalmente, el lenguaje, el pensamiento y la calidad de la comunicación mediante la escucha activa del paciente²⁵.

El profesional debe detectar cualquier anormalidad en alguno de los dominios mediante la observación directa del aspecto, comportamiento, humor y afecto del paciente, así como el contenido y rigor del pensamiento¹.

Existen varios instrumentos de medida para valorar la gravedad de los síntomas. Las escalas de valoración psicológica más usadas son la PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) y la CAPE-42 (Community Assessment Psychic Experiences-42), ya que pueden ser utilizadas en diferentes dominios²⁵.

De forma complementaria, se puede realizar una valoración de enfermería al paciente que presenta síntomas psicóticos. En la valoración por dominios, es común observar déficits. Los diagnósticos de la asociación científica de enfermería NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) que representan los síntomas psicóticos son:

- [00122] Alteración de la percepción sensorial.
- [00130] Trastorno de los procesos de pensamiento.
- [00053] Aislamiento social.

Además de estos diagnósticos mencionados, los síntomas psicóticos tienen consecuencias en otros dominios, como en el de sueño y descanso ([0095] Deterioro del patrón de sueño) y en el autocuidado ([00108] Déficit del autocuidado: baño/higiene).

Factores asociados a los síntomas psicóticos

En un paciente con un primer episodio psicótico, así como en episodios posteriores, se deben tener en cuenta una serie de factores que pueden presentarse asociados a estos síntomas, afectando a la calidad de vida del paciente y al curso de su trastorno. Principalmente, estos factores son:

- Conducta o ideación suicida: aproximadamente, el 6 % de los pacientes con síntomas psicóticos mueren por suicidio²⁵.
- Experiencias de trauma: es un marcador de riesgo para el espectro¹.
- Consumo de sustancias psicoactivas: la patología dual en la psicosis es del 47 %²⁵. Aunque, en el estudio realizado por Fonseca-Pedrero *et al.*¹², no se objetivó relación de causa-efecto entre el consumo de cannabis y psicosis, se observó que los adolescentes españoles consumidores de esta droga asociaban las experiencias psicóticas a mayor malestar que los que no consumían.
- *Insight*: es importante que el paciente conozca el trastorno, el tratamiento y sus consecuencias²⁵. El nivel de conciencia de enfermedad predice la adhesión al tratamiento.
- Agresión: estos pacientes pueden presentar agitación y problemas de agresividad (tanto hacia sí mismos como hacia el entorno). En este sentido, las enfermeras que trabajen en servicios de urgencias deben conocer los indicadores de alteración del comportamiento para prevenir la escalada de la agresividad²².
- Aspectos médico-biológicos: los exámenes médicos mencionados anteriormente establecen el

diagnóstico y, por tanto, el tratamiento a largo plazo. Fonseca-Pedrero *et al.* mencionan su importancia para el diagnóstico diferencial²⁵, ya que determinan o descartan una causa orgánica.

Tratamiento de los síntomas psicóticos

En los últimos años, se ha observado que el tratamiento más efectivo en la psicosis es el combinado: tratamiento farmacológico y psicológico¹⁹.

Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico se basa, principalmente, en dos tipos de psicofármacos: antipsicóticos y benzodiacepinas. El tipo de fármaco, la dosis y la vía de administración dependerán de cada caso concreto¹, siempre tratando de administrar la dosis eficaz mínima¹⁹.

Antipsicóticos

Los antipsicóticos pueden dividirse en dos grupos, según su época de aparición:

- Antipsicóticos típicos: los primeros en aparecer. Son el tratamiento de elección en los síntomas psicóticos agudos¹. Mejoran los síntomas positivos.
- Antipsicóticos atípicos: aparecen 20 años después, en la década de 1970, con la clozapina. Actualmente, son más utilizados porque suelen ser mejor tolerados¹⁹. Como sus predecesores, son eficaces en los síntomas positivos.

En cuanto a los efectos adversos, los antipsicóticos típicos presentan más efectos adversos extrapiramidales (disonías musculares, acatisia, parkinsonismo y discinesias), además de agravar los síntomas negativos, pudiendo llegar a aparecer síntomas depresivos en algunos casos¹⁹. Sin embargo, los antipsicóticos atípicos producen más efectos adversos

metabólicos³⁹, por lo que estos pacientes necesitarán un seguimiento estricto, con especial atención a su peso corporal y datos metabólicos.

Benzodiacepinas

Normalmente, se usan para el tratamiento de los síntomas catatónicos¹. También son útiles en la fase aguda de los síntomas, sobre todo, si aparecen síntomas de ansiedad y agitación.

Terapia cognitivo-conductual

La TCC aparece a partir de la década de 1970 y 1980. Así, instituciones como la American Psychological Association (APA), The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) de Reino Unido o el Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists la incluyen como nuevas líneas de tratamiento de la psicosis⁴⁰. Esta terapia se basa en que los sentimientos, comportamientos y respuestas fisiológicas de las personas están influenciados por el ambiente, incluyendo la manera en la que un individuo percibe las situaciones diarias³⁸.

Existen diversos tipos de TCC según diferentes autores, pero todas tienen varios puntos en común, como el cuidado de la relación terapéutica entre el profesional y el paciente, la evaluación individualizada y la comprensión de la experiencia psicótica. Existen también otras alternativas que han demostrado su eficacia, como es el modelo del diálogo abierto y el Movimiento Escuchando Voces⁴¹.

Las intervenciones psicoeducativas son un conjunto de actividades programadas dirigidas tanto a la persona como a su familia. Su objetivo es mejorar la comprensión de estos síntomas y optimizar su manejo mediante una adecuada información y apoyo⁴². Es importante proporcionar conocimientos sobre los síntomas negativos a las familias, ya que suelen malinterpretar determinadas conductas derivadas de estos síntomas y entenderlas como

vagancia o actitudes irresponsables¹⁶, lo que complica su manejo. Normalmente las sesiones son impartidas por varios profesionales, siendo habitual la presencia de, al menos, un/a enfermero/a, ya que se tratan aspectos en relación con la prevención y promoción de la salud general de la persona.

Intervenciones de enfermería

La intervención enfermera en los síntomas psicóticos no es sencilla, especialmente, cuando se producen en el curso de trastornos mentales. Son múltiples las modalidades de abordaje, aunque todas tienen en común la ayuda a la persona que está detrás del diagnóstico, que es el eje de la intervención¹⁶. Desde esta visión holística y centrada en la persona de los problemas de salud, la enfermera orienta sus cuidados a la mejora de la funcionalidad, la promoción del bienestar y la calidad de vida.

La enfermera debe trabajar en el establecimiento de una adecuada relación terapéutica con el paciente. El cuidado de esta relación es especialmente importante en personas que sufren síntomas psicóticos, puesto que es el punto de partida del resto de intervenciones. Además, la enfermera debe proporcionar un ambiente seguro para el paciente, interaccionando con él de manera tranquila y empática¹, realizando una escucha con actitud abierta para que el paciente pueda expresarse con libertad y claridad¹⁶.

Manejo específico de síntomas psicóticos positivos y negativos

Síntomas positivos

La enfermera debe tratar de observar indicios de que el paciente pueda estar reaccionando a estímulos internos o alucinaciones²³. Algunos indicadores son soliloquios, musitaciones, risas inmotivadas, etc.²². Además, la enfermera puede investigar la

experiencia psicótica para ayudar al paciente a verbalizar su ansiedad²³. Para disminuir la angustia que estas experiencias provocan, se puede distraer al paciente con actividades ocupacionales o recreativas, que reducen las emociones negativas asociadas especialmente a las voces³⁸.

La enfermera debe autoobservar su actitud cuando trate con la persona con síntomas psicóticos positivos. Se debe evitar el contacto físico, respetando la intimidad y el espacio personal, ya que un acercamiento abrupto o invasivo puede generar desconfianza²³. Las alucinaciones aparecen con más intensidad bajo situaciones de estrés, por lo que es importante minimizar los factores que lo provocan, favoreciendo el bienestar del paciente y la orientación a la realidad⁴³.

No se debe confrontar la alucinación, ni tampoco reforzarla⁴⁴. Se pueden utilizar expresiones como: «entiendo que a usted le parezcan reales las voces, pero yo no las escucho», además de tratar de tranquilizar explicando que la persona se encuentra en un lugar seguro, sobre todo, si las alucinaciones son percibidas como una amenaza²³. La enfermera debe promover la escucha activa y el diálogo con apertura, mostrando interés en la experiencia del paciente, permitiendo que exprese sus sentimientos, aceptando las experiencias que se describen y normalizando la situación, lo cual proporciona esperanza al paciente^{42,45}.

Las alucinaciones auditivas suelen desaparecer con estímulos contrapuestos, como hablar, cantar o escuchar música. También se reducen al realizar actividades de ocio, como ejercicio físico⁴³. Por tanto, se debe trabajar la inmersión en tareas cotidianas con la persona que sufre alucinaciones¹⁶, por lo que la enfermera debe trabajar para desarrollar estrategias que disminuyan el estrés, estableciendo rutinas coherentes^{43,45}.

Respecto a las ideas delirantes, se debe evitar la confrontación, aceptando estas creencias, pero evitando reforzarlas. La enfermera debe escuchar atentamente sin mostrar alarma y sin intentar que el paciente abandone la idea, promoviendo que acepte explicaciones alternativas¹⁶. Es importante que la enfermera cuide su comunicación no verbal, además de mostrar una actitud serena, evitando el lenguaje abstracto⁴⁶. Se puede tratar de reducir la idea delirante del paciente con las siguientes preguntas: «¿qué quiere decir con esto?»; «¿cómo explicaría usted esto que le está pasando?», u otras cuyo objetivo final sea que el paciente flexibilice o someta a crítica sus propias creencias. La enfermera también debe minimizar aquellos estímulos ambientales que puedan suponer un riesgo para el paciente⁴⁶.

Las intervenciones de enfermería NIC (Nursing Interventions Classification) que se derivan de los diagnósticos NANDA con relación a los síntomas psicóticos son: manejo de ideas ilusorias; manejo de alucinaciones; estimulación cognitiva; orientación de la realidad; manejo ambiental: seguridad; manejo de la comunicación; reestructuración cognitiva, y apoyo en la toma de decisiones^{47,48}.

Síntomas negativos

Para mejorar los síntomas psicóticos negativos, se pueden utilizar terapias simples, como proponer al paciente tareas de activación del comportamiento o métodos cognitivos para abordar las conductas desadaptativas³⁸. El deporte puede ayudar a los pacientes a mejorar su salud mental, fomentando su estado de ánimo, autoestima, motivación y concentración, así como disminuyendo el aislamiento social y los síntomas depresivos y psicóticos⁴⁹. Además, el ejercicio físico mejora el estado de salud general y el patrón de sueño.

Los síntomas negativos representan un gran desafío en la atención a los síntomas psicóticos. En el estudio

realizado por González-Pando *et al.*³⁷, se observó mejora en los pacientes tras el abordaje interdisciplinario de los síntomas, sobre todo, en el uso del lenguaje verbal y no verbal y en la expresión de sentimientos. La intervención se basó en un plan de cuidados dirigido a introducir nuevas contingencias en el día a día de los pacientes, como mirar directamente a la cara de la persona con la que se habla, sonreír, mostrar interés en la conversación o hacer preguntas directas a la persona con la que se está conversando, entre otras.

Esto se recoge bajo el diagnóstico NANDA «[0053] Aislamiento social», de donde se derivan intervenciones de enfermería como: aumentar el afrontamiento; control del humor; modificación de la conducta: habilidades sociales; potenciación de la socialización, y aumentar los sistemas de apoyo⁵⁰. Estas NIC sintetizan las intervenciones descritas anteriormente.

Cuidados de enfermería en el paciente con síntomas psicóticos

Los pacientes con síntomas psicóticos presentan un alto grado de comorbilidad. El principal efecto secundario de los antipsicóticos es el síndrome metabólico, el cual aumenta el riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular, siendo esta la causa de la disminución en la esperanza de vida en los pacientes con síntomas psicóticos. Por tanto, las intervenciones de enfermería también deben enfocarse hacia una buena prevención y promoción de la salud cardiovascular en los pacientes con este tipo de síntomas que reciben tratamiento con antipsicóticos, donde el ejercicio físico tiene un papel destacado. Además, el ejercicio físico supone una mejora de los síntomas negativos y depresivos de los pacientes con síntomas psicóticos, siendo beneficioso para el manejo de las alucinaciones auditivas, que suelen desaparecer con actividades recreativas¹⁶.

ES IMPORTANTE RECONOCER QUE TANTO EL PACIENTE CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS COMO SU FAMILIA PUEDEN LLEGAR A SUFRIR UN GRAN MALESTAR PSICOLÓGICO.

En resumen, el plan de cuidados no solo debe estar orientado a la mejora de los síntomas psicóticos, sino también a las consecuencias de estos y de sus propios tratamientos farmacológicos.

DISCUSIÓN

Al realizar esta revisión, se ha encontrado en distintos trabajos^{1,3,7-9,11,13} que los síntomas psicóticos están presentes en numerosos trastornos mentales, enfermedades neurológicas, intoxicaciones, síndrome de abstinencia y muchos otros cuadros clínicos de diversas etiologías, incluyendo la población general bajo gran estrés. Puesto que los síntomas psicóticos son un importante problema de salud con gran impacto socioeconómico^{4,5,25}, la enfermería debe proporcionar intervenciones a la altura del reto que tiene presente, considerando también a las familias de estas personas, ya que pueden llegar a sufrir emocionalmente, y desarrollar el síndrome del cuidador^{16,17}. Es importante reconocer que tanto el paciente con síntomas psicóticos como su familia pueden llegar a sufrir un gran malestar psicológico.

Un objetivo de esta revisión fue identificar estrategias útiles para el manejo de los síntomas psicóticos desde enfermería. Como se esperaba, la administración de antipsicóticos constituye solo una pequeña parte de la intervención enfermera ante los síntomas psicóticos. La evidencia científica disponible muestra que el mejor manejo posible es la intervención combinada^{19,38,41}, lo que incluye fármacos, tratamientos

psicológicos, intervenciones ambientales y cuidados. Los efectos adversos de los antipsicóticos¹⁸ —especialmente, sobre la salud cardiometabólica— representan la principal causa de muerte en pacientes con síntomas psicóticos según la OMS⁴, y esto es un dato muy preocupante. El tratamiento farmacológico debe seleccionarse en función de las necesidades del paciente, apostando por la dosis eficaz mínima. No obstante, en situaciones agudas, la administración de psicofármacos puede ser una buena opción, sobre todo, si el paciente está agitado²².

El panorama respecto a los antipsicóticos es problemático. La *Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente* del Ministerio de Sanidad califica a los antipsicóticos como un tratamiento «habitualmente indispensable» para el manejo de estos síntomas, además de mencionar otros psicofármacos como coadyuvantes. Frente a la psicofarmacología, numerosos estudios científicos han demostrado la eficacia de las terapias psicológicas, especialmente, la TCC³⁸, las intervenciones familiares, la intervención temprana en psicosis, el diálogo abierto o el Movimiento Escuchando Voces⁴¹ para el abordaje de los síntomas psicóticos. La guía del NICE para el manejo de la psicosis menciona la TCC como primera línea de intervención, antes que los fármacos. Esto es un contraste importante respecto a la guía de práctica clínica española. Esta diferencia podría deberse, entre otros factores, a los conflictos de interés de los autores.

Las intervenciones enfermeras basadas en la modificación de conducta son apropiadas para el manejo de los síntomas psicóticos positivos^{22,23,37,43,45,46}. Todas las intervenciones deben partir de una buena relación terapéutica para que el paciente pueda sentirse seguro y compartir sus experiencias. En este aspecto, no ha habido avances científicos en los últimos 10 años. Sin embargo, se ha observado evidencia científica con relación al ejercicio físico en

personas con síntomas psicóticos^{18,49}, ya que mejoran algunos de los síntomas, como los negativos¹⁶ y los afectivos^{45,49}. En el manejo de los síntomas psicóticos presentes en contextos específicos, como la psicosis puerperal, los autores coinciden¹³⁻¹⁵ en la necesidad de un abordaje interdisciplinario incluyendo a la familia.

Los síntomas psicóticos negativos son los que más complicaciones presentan y que producen una mayor discapacidad y deterioro en la calidad de vida, y es curioso que hayan sido históricamente los menos investigados. Debido a que, generalmente, son un efecto adverso de los antipsicóticos típicos^{1,19}, en muchos pacientes, el abordaje presenta limitaciones. Algunos estudios^{16,36-38} respaldan que la intervención de enfermería con terapias conductuales simples resulta beneficiosa, de modo que un plan de cuidados enfermeros estructurado y basado en las técnicas de modificación de conducta puede mejorar notablemente la funcionalidad y los síntomas de los pacientes.

Algunas posibles limitaciones de un estudio sobre el papel de la enfermera en el manejo de síntomas psicóticos podrían ser la falta de homogeneidad en los pacientes, ya que los síntomas psicóticos, en cuanto al contenido, no tienen un patrón común en todas las personas que los presentan. De la misma manera, encontramos un gran sesgo de interpretación de dichas experiencias por parte de los profesionales que atienden a estos pacientes, lo cual repercute directamente en las intervenciones y atención de enfermería.

Asimismo, la variabilidad en la formación y experiencia de las enfermeras puede alterar el tratamiento de los pacientes que presenten síntomas psicóticos, siendo necesario e indispensable para el ejercicio de la profesión el entrenamiento en escucha activa, técnicas de modificación de conducta y manejo de crisis.

TODAS LAS INTERVENCIONES DEBEN PARTIR DE UNA BUENA RELACIÓN TERAPÉUTICA PARA QUE EL PACIENTE PUEDA SENTIRSE SEGURO Y COMPARTIR SUS EXPERIENCIAS.

Como futuras líneas de investigación en este campo, se propone explorar la eficacia de los tratamientos combinados, integrando las intervenciones psicosociales junto con los tratamientos farmacológicos. Se plantea la posibilidad de seguir indagando en el papel de la enfermera en dichas intervenciones, así como el impacto que tienen en la calidad de vida de los pacientes las intervenciones de enfermería mencionadas.

También es fundamental investigar el impacto del entorno social y familiar en el manejo de los síntomas psicóticos, buscando maneras de fortalecer las redes de apoyo para mejorar la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes. Estas investigaciones podrían dar lugar a enfoques terapéuticos que aborden de manera integral las múltiples dimensiones del trastorno psicótico.

CONCLUSIONES

Los síntomas psicóticos son experiencias psicopatológicas que incluyen las alucinaciones, las ideas delirantes o delirios, el lenguaje desorganizado, el comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos como la anhedonia o el aislamiento social. Estos síntomas repercuten de forma importante en la salud física y mental, afectando notablemente al bienestar y a la calidad de vida.

La identificación de los síntomas psicóticos se basa en el reconocimiento de determinados indicios conductuales que deben ser conocidos por los profesionales sanitarios. La evaluación de los síntomas psicóticos se fundamenta en la entrevista con el paciente y puede apoyarse en instrumentos adaptados y validados.

La evaluación de los síntomas psicóticos explora la dimensión positiva (alucinaciones e ideas delirantes), la dimensión de desorganización (lenguaje y comportamiento desorganizados), la dimensión negativa (síntomas negativos), la dimensión afectiva (estados de ánimo) y la dimensión cognitiva (déficits cognitivos).

Los fármacos utilizados para el tratamiento de los síntomas psicóticos son los antipsicóticos. Aunque el tratamiento farmacológico es eficaz para el control de los síntomas positivos agudos, no es suficiente para mejorar el bienestar y la calidad de vida. La enfermería tiene un papel importante en la adhesión terapéutica y en el control y prevención de los efectos adversos y complicaciones, incluyendo el riesgo cardiovascular.

Las intervenciones de enfermería se basan en una buena relación terapéutica bien establecida y en técnicas de modificación de conducta. La enfermera debe promover la escucha activa, cuidar su comunicación no verbal, y evitar confrontar al paciente. Se debe trabajar con el paciente y su familia la psicoeducación, cuidar el ambiente y luchar contra el estigma social que sufren las personas que presentan síntomas psicóticos.

Se identifican diversas limitaciones en este campo, que se deben tanto a la heterogeneidad de los síntomas psicóticos en su presentación clínica como a la subjetividad en su interpretación por parte de los profesionales, lo que influye directamente en las intervenciones de enfermería. Del mismo modo, se

subraya la necesidad de una formación específica en habilidades como la escucha activa y el manejo de crisis. Como futuras líneas de investigación, se considera relevante continuar indagando en el papel de la enfermera ante las intervenciones combinadas y su impacto en la calidad de vida del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Calabrese J, Al Khalili Y. Psychosis. 2023. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2025. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546579/>
2. American Psychiatric Association (APA). Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders. En: APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 5ª ed. Washington D.C.: APA; 2013.
3. Waters F, Fernyhough C. Hallucinations: a systematic review of points of similarity and difference across diagnostic classes. *Schizophr Bull.* 2017;43(1):32-43.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Esquizofrenia. Datos y cifras. Ginebra: OMS; 2025. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
5. Fonseca-Pedrero E, Lemos-Giráldez S. El síndrome psicótico: pasado, presente y futuro. En: Fonseca-Pedrero E (coord.). Tratamientos psicológicos para la psicosis. Madrid: Pirámide; 2019. p. 25-72.
6. Maguire M, Singh J, Marson A. Epilepsy and psychosis: a practical approach. *Pract Neurol.* 2018;18(2):106-14.
7. Han JW, Ahn YD, Kim WS, Shin CM, Jeong SJ, Song YS, et al. Psychiatric manifestation in patients with Parkinson's disease. *J Korean Med Sci.* 2018;33(47):e300.
8. Schneider RB, Iqbal Z, Richard IH. Parkinson's disease psychosis: presentation, diagnosis and management. *Neur Dis Manag.* 2017;7(6):365-76.
9. Robles Bayón A, Gude Sampedro F. Síntomas conductuales y psiquiátricos en neurología cognitiva. *Neurología.* 2017;32(2):81-91.
10. Van der Linde RM, Denning T, Stephan BC, Prina AM, Evans E, Brayne C. Longitudinal course of behavioural and psychological symptoms of dementia: systematic review. *Br J Psychiatry.* 2016;209(5):366-77.
11. Hindley G, Beck K, Borgan F, Ginestet CE, McCutcheon R, Kleinloger D, et al. Psychiatric symptoms caused by cannabis constituents: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry.* 2020;7(4):344-53.
12. Fonseca-Pedrero E, Lucas-Molina B, Pérez-Albéniz A, Inchausti F, Ortuño-Sierra J. Experiencias psicóticas atenuadas y consumo de cannabis en adolescentes de la población general. *Adicciones.* 2020;32(1):41-51.

13. VanderKruik R, Barreix M, Chou D, Allen T, Say L, Cohen LS; Maternal Morbidity Working Group. The global prevalence of postpartum psychosis: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):272.
14. Forde R, Peters S, Wittkowski A. Psychological interventions for managing postpartum psychosis: a qualitative analysis of women's and family members' experiences and preferences. *BMC Psychiatry*. 2019;19(1):411.
15. Holford N, Channon S, Heron J, Jones I. The impact of postpartum psychosis on partners. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):414.
16. González-Pando D, Alonso-Pérez F. Integrated care 'schizophrenia': a challenge for psychiatric/mental health nursing. En: Santos JC, Cutcliffe JR (eds.). *European psychiatric/mental health nursing in the 21st century*. Cham: Springer International Publishing Switzerland; 2018. p. 371-83.
17. Schalinski I, Breinlinger S, Hirt V, Teicher MH, Odenwald M, Rockstroh B. Environmental adversities and psychotic symptoms: the impact of timing of trauma, abuse, and neglect. *Schizophr Res*. 2019;205:4-9.
18. Franch Pato CM, Molina Rodríguez V, Franch Valverde JI. Síndrome metabólico y antipsicóticos atípicos: posibilidad de predicción y control. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2017; 10(1):38-44.
19. Bobes T, González L, Alonso I, Morales R, Bobes J. Tratamiento combinado en la psicosis. En: Fonseca-Pedrero E (coord.). *Tratamientos psicológicos para la psicosis*. Madrid: Pirámide; 2019. p. 347-62.
20. Santos JC, Bashaw M, Mattcham W, Cutcliffe JR, Graziani K. The biopsychosocial approach: towards holistic, person-centred psychiatric/mental health nursing practice. En: Santos JC, Cutcliffe JR (eds.). *European psychiatric/mental health nursing in the 21st century*. Cham: Springer International Publishing Switzerland; 2018. p. 89-103.
21. Ortuño J, Díez A, González-Pando D. Habilidades sociales: nuevas perspectivas y propuestas de intervención en psicosis. En: Fonseca-Pedrero E (coord.). *Tratamientos psicológicos para la psicosis*. Madrid: Pirámide; 2019. p. 285-315.
22. Jensen L, Clough R. Assessing and treating the patient with acute psychotic disorders. *Nurs Clin North Am*. 2016; 51(2):185-97.
23. Kennedy WZ, Mitzeliotis C. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En: O'Brien PG, Kennedy WZ, Ballard KA (eds.). *Enfermería psiquiátrica*. México: McGraw-Hill; 2001. p. 295-320.
24. World Health Organization (WHO). ICD-11 for mortality and morbidity statistics. MB26.0 Delusion. Ginebra: WHO; 2020. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/932028588>
25. Fonseca-Pedrero E, Díez A, Pérez A. Evaluación del síndrome psicótico. En: Fonseca Pedrero E (coord.). *Tratamientos psicológicos para la psicosis*. Madrid: Pirámide; 2019. p. 79-100.
26. World Health Organization (WHO). ICD-11 for mortality and morbidity statistics. MB26.01 Delusion of being controlled. Ginebra: WHO; 2020. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/1240694797>
27. World Health Organization (WHO). ICD-11 for mortality and morbidity statistics. MB26.09 Somatic delusion. Ginebra: WHO; 2020. Disponible en: <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#1549775769>
28. World Health Organization (WHO). ICD-11 for mortality and morbidity statistics. MB27.2 Hallucinations. Ginebra: WHO; 2020. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/665363966>
29. World Health Organization (WHO). ICD-11 for mortality and morbidity statistics. 6D70 Delirium. Ginebra: WHO; 2020. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/897917531>
30. Chouinard VA, Shinn AK, Valeri L, Chouinard PA, Gardner ME, Asan AE, et al. Visual hallucinations associated with multimodal hallucinations, suicide attempts and morbidity of illness in psychotic disorders. *Schizophr Res*. 2019;208: 196-201.
31. Mackinley M, Chan J, Ke H, Dempster K, Palaniyappan L. Linguistic determinants of formal thought disorder in first episode psychosis. *Early Interv Psychiatry*. 2021;15(2):344-51.
32. World Health Organization (WHO). ICD-11 for mortality and morbidity statistics. Catatonia. Ginebra: WHO; 2020. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/486722075>
33. Walther S, Strik W. Catatonia. *CNS Spectr*. 2016;21(4): 341-8.
34. Cooper JJ, Ross DA. COVID-19 catatonia-would we even know? *Biol Psychiatry*. 2020;88(5):e19-21.
35. Huarcaya-Victoria J, Huete-Córdova M, Salirrosas-Alegría C. Trombosis venosa profunda como complicación médica en un paciente con catatonia. *Rev Neuropsiquiatr*. 2016; 79(1):52-8.
36. Marder SR, Galderisi S. The current conceptualization of negative symptoms in schizophrenia. *World Psychiatry*. 2017;16(1):14-24.
37. González-Pando D, Alonso-Pérez F, Suárez-Gil P, García-Montes JM, Pérez-Álvarez M. Diminished emotional expression in schizophrenia: an interdisciplinary approach based on behavioral interventions. *Psicothema*. 2018; 30(1):8-13.
38. Candida M, Campos C, Monteiro B, Rocha NBF, Paes F, Nardi AE, et al. Cognitive-behavioral therapy for schizophrenia: an overview on efficacy, recent trends and neurobiological findings. *Med Express*. 2016;3(5):M160501.
39. Organización Mundial de la Salud. Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada [Internet]. Ginebra: OMS; 2017 [citado 17

- mar 2026]. Disponible en: <https://iris.paho.org/items/732dc5f7-fbc2-48eb-8022-1aebcf99daa>
40. Bellido G, Senín C, Rodríguez JF, Perona S. Terapia cognitivo-conductual de los síntomas psicóticos positivos. En: Fonseca-Pedrero E (coord.). Tratamientos psicológicos para la psicosis. Madrid: Pirámide; 2019. p. 181-209.
 41. Fonseca-Pedrero E, Pérez-Álvarez M, Al-Halabí S, Inchausti F, Muñiz J, López-Navarro E, et al. Tratamientos psicológicos empíricamente apoyados para adultos: una revisión selectiva. *Psicothema*. 2021;33(2):188-97.
 42. Fumero A, Marrero RJ, De Miguel A, Peñate W. Intervenciones psicoeducativas en psicosis. En: Fonseca-Pedrero E (coord.). Tratamientos psicológicos para la psicosis. Madrid: Pirámide; 2019. p. 255-79.
 43. Gutiérrez JA. Plan de cuidados para la persona que sufre alucinaciones. En: Fornés J (ed.). Enfermería de salud mental y psiquiátrica: valoración y cuidados. 2.ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2012. p. 209-24.
 44. Inchausti F, Sánchez-Reales S, Prado-Abril J. Proceso psicoterapéutico en los trastornos del espectro psicótico. En: Fonseca-Pedrero E (coord.). Tratamientos psicológicos para la psicosis. Madrid: Pirámide; 2019. p. 145-74.
 45. Ford K, Watson F. Mental health: working with people who hear voices. *Br J Nurs*. 2019;28(19):1242-4.
 46. Gutiérrez JA. Plan de cuidados para la persona con ideas delirantes. En: Fornés J (ed.). Enfermería de salud mental y psiquiátrica: valoración y cuidados. 2.ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2012. p. 189-208.
 47. Diagnósticos NANDA. 00122 Alteración de la percepción sensorial. *Diagnosticosnanda.com*; 2020. Disponible en: <https://www.diagnosticosnanda.com/percepcion-cognicion/alteracion-de-la-percepcion-sensorial>
 48. Diagnósticos NANDA. 00130 Trastorno de los procesos de pensamiento. *Diagnosticosnanda.com*; 2020. Disponible en: <https://diagnosticosnanda.com/trastorno-de-los-procesos-de-pensamiento/>
 49. Zago MC, Menegazzo Padilha B. Atividade física como adjunto terapêutico para pacientes psiquiátricos com adoecimento mental severo: revisão da literatura. *Psicol ver (Belo Horizonte)*. 2017;23(2):609-25.
 50. Diagnósticos NANDA. 00053 Aislamiento social. *Diagnosticosnanda.com*; 2020. Disponible en: <https://www.diagnosticosnanda.com/aislamiento-social/>