

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL AFRONTE DE LA PSICOSIS EN EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

I. CUADROS CLÍNICOS Y CÓDIGOS

El síndrome psicótico no es un diagnóstico que corresponda a una entidad nosológica única e independiente, sino que puede estar presente en una serie de trastornos codificados en la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10)

- Trastorno de ideas delirantes (esquizofreniforme) orgánico (F06.2).
- Trastorno psicótico inducido por sustancias psicótropas (F1x.5).
- Esquizofrenia (F20).
- Trastornos de ideas delirantes (F22).
- Trastornos psicóticos agudos y transitorios (F23).
- Trastorno de ideas delirantes inducidas (F24).
- Trastornos esquizoafectivos (F25).
- Otros trastornos psicóticos no orgánicos (F28).
- Psicosis no orgánica sin especificación (F29).
- Trastorno bipolar, episodio actual maniaco con síntomas psicóticos (F31.2).

Es necesario tener presente que estos trastornos se derivan de aspectos clínicos observables pero no están basados en observaciones genéticas ni fisiopatológicas.

II. DEFINICIÓN

1. Definición.

La psicosis es un síndrome en el cual los pensamientos, la respuesta afectiva, la capacidad para comunicarse y relacionarse con los demás, están lo suficientemente deteriorados como para interferir notablemente con la evaluación adecuada de la realidad circundante; por lo tanto quienes la padecen comienzan a sentir, pensar y hablar de forma diferente a como lo hacían antes. Lo que caracteriza al síndrome psicótico es la ruptura con la realidad.

2. Etiología.

Hasta el momento puede ser útil clasificar a las psicosis en dos categorías de acuerdo a su etiología:

- a) Psicosis Orgánicas o Secundarias.
- b) Psicosis Funcionales o Primarias.

Las **psicosis orgánicas o secundarias** reconocen su origen en una anomalía cerebral que puede ser explicada desde el punto de vista estructural y/o metabólico mediante exámenes médicos de rutina. Es decir, existen elementos objetivos y evidentes de un daño en el tejido cerebral o hay evidencias de alguna enfermedad que pueda explicar los síntomas.

La **psicosis funcionales o primarias**, por otro lado se originan de disfunciones neuroquímicas de manera que en su extremo final las lesiones estructurales y / o metabólicas e interfieren con sustentos mas íntimos a nivel intracelular en las conexiones interneuronales, intrasináptico comprometiendo circuitos y redes neuronales. Hay evidencias de que los factores genéticos cumplen un papel importante en la etiología de estas psicosis. Estudios recientes demuestran mediante técnicas de neuroimágenes y bioquímicas que la etiopatogenia de las psicosis primarias involucra desregulaciones en los sistemas de neurotransmisores que parecen relacionados a procesos ligados al neurodesarrollo y/o apoptosis. Las psicosis funcionales mejor estudiadas desde el punto de vista biomédico son las esquizofrenias y los trastornos bipolares (no siempre los trastornos bipolares se acompañen de síntomas psicóticos).

El mejor sustento para sostener la desregulación de neurotransmisores es la respuesta clínica favorable que se logra con fármacos que influyen sobre la función dopaminérgica, serotoninérgica y glutamatérgica.

3. Fisiopatología.

Hablando más específicamente de la fisiopatología del síndrome psicótico se puede señalar que el mecanismo íntimo es desconocido, aunque una de las hipótesis más aceptadas en la actualidad

sugiere un exceso de la actividad dopaminérgica a nivel subcortical. El estado hiperdopaminérgico predispone al individuo a una mayor exposición a los estímulos. En el caso concreto de la esquizofrenia hay evidencias de que a nivel cortical más bien hay una concentración disminuida de dopamina al unísono con la hiperfunción subcortical.

En ciertas formas de psicosis las disfunciones alcanzan a comprometer los sistemas serotoninérgicos y glutamatérgico de manera concomitante pero de una manera aún no bien esclarecida.

4. Aspectos epidemiológicos importantes en Perú.

En el Perú, el Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental, realizado en el 2002 por el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi" en 43 distritos de Lima y Callao, en una población de 2077 personas adultas, encontró una prevalencia de vida de trastornos psicóticos del 1%, y una prevalencia actual del 0.5%. El Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Sierra Peruana, realizado en el año 2003 en Ayacucho, Cajamarca y Huaraz, en una población de 3895 personas adultas, encontró una prevalencia de vida de trastornos psicóticos del 0.3%, y una prevalencia actual del 0.1%. El Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Selva Peruana realizado en el 2004 se encontró una prevalencia de vida de Trastornos Psicóticos de 0,2 % tanto en hombres como en mujeres. Asimismo en el Estudio Epidemiológico de Salud mental en Fronteras realizado en el 2005 se encontró que la prevalencia de vida de trastornos psicóticos es de 0,1%. Estas cifras deben ser vistas con cautela. Vale la pena notar que a nivel internacional las cifras de prevalencia del trastorno bipolar es significativamente más alta.

Kohn R, Levav I, et al. en la publicación Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe encuentran en las Tasas de prevalencia (%) de psicosis no afectivas y la esquizofrenia 1,4% (media) a 1,6% (mediana) de la población en algún momento de la vida. Las prevalencias correspondientes al último año fueron de 1,0% (media) y 7,0% (mediana). No se hallaron diferencias importantes en función del sexo.

III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

A) Factores hereditarios

Hay una interacción cada vez más evidente entre la predisposición genética y los factores ambientales; es, pues, probable que estos trastornos estén bastante determinados por la herencia; sin embargo, no todas las personas que tienen una historia familiar de trastorno psicótico desarrollan la enfermedad. Por ejemplo la herencia explica cerca de la mitad de los casos de trastornos esquizofrénicos y cerca del 70% de los casos de trastorno bipolar, pero el gen o la combinación de genes responsables todavía no han sido identificados.

En la actualidad hay indicios de que ciertos genes (p.e. neureguline) podrían ser comunes a esquizofrenia y trastorno bipolar.

Relación gen-ambiente

Todo parece indicar que los factores de riesgo ambientales de tipo biológico y psicosocial sólo ejercen un efecto patogénico en personas que previamente presentan una vulnerabilidad genética.

El modelo de estrés-diátesis integra de modo comprensible los factores de tipo genético y ambiental. Este modelo se basa en la existencia de una vulnerabilidad (diátesis) específica de la persona, que bajo la influencia de una serie de factores ambientales estresantes conduce a la expresión enfermedad. Los conocimientos actuales apuntan claramente hacia el origen genético de la vulnerabilidad a enfermar de los pacientes psiquiátricos y señala la existencia de diversos factores estresantes ambientales cuyo carácter necesario y/o suficiente para la expresión de la enfermedad no ha sido suficientemente probado.



B) Estilos de vida y medio ambiente

Los estilos de vida y el medio ambiente pueden cumplir un rol precipitante en la aparición de los trastornos psicóticos en las personas con predisposición de padecerlas.

Entre ellos tenemos:

- Familia disfuncional (no permiten el cambio y crecimiento de sus miembros Ej. límites y roles no claros, conflictos conyugales, conflictivo en crianza de los hijos y/o fraternales, intromisión de la familia de origen, familias desligadas o muy rígidas, mensajes contradictorios)
- Violencia familiar: Abuso sexual, maltrato infantil
- Eventos traumáticos (como producto de delincuencia, terrorismo y otros)
- Discriminación y estigma étnicas
- Extrema pobreza, desnutrición, desempleo
- Historia familiar de consumo de drogas
- Falta de redes de soporte social
- Migraciones
- Eventos desencadenantes de mucha tensión (muerte de un familiar, embarazo no deseado, accidentes, enfermedad física, divorcio, abandono familiar).
- Desastres naturales
- Exposición laboral a intoxicación; por ejemplo con mercurio, plomo, u otros

IV. CUADRO CLÍNICO

Grupos de signos y síntomas relacionados con la patología psicótica

- Pérdida de contacto con la realidad
- Ausencia de conciencia de enfermedad
- Ver, escuchar, sentir o de alguna manera percibir cosas que de momento no existen (alucinaciones).
- Pensamientos y/o lenguaje incomprensible (hablar cosas sin sentido)
- Ansiedad marcada

- Alucinaciones auditivas comandatorias (voces que le dan orden de agredir o de autoagredirse)
- Conductas extrañas (mutismo, reírse solo sin motivo, hablar solo, coleccionar cosas inservibles, maquillaje exagerado e incongruente para la ocasión, vestimenta inadecuada fuera del contexto etc.)
- Miedo o sospechas infundadas
- Rostro inexpresivo
- Descuido en el aseo y arreglo personal
- Aislamiento
- Agresividad física y verbal
- Pérdida de interés en las actividades que cotidianamente las realizaba sin causa aparente.
- Trastornos en el sueño (insomnio, hipersomnia)
- Deambulaciones
- Ideas de grandeza, daño, místicas.
- No correspondencia entre el pensamiento y la emoción.

Debemos enfatizar la necesidad de diferenciar estas manifestaciones clínicas de las manifestaciones culturales.

Como se ve, el cuadro clínico es abigarrado pero en ciertos casos la presentación puede ser oligo o monosintomática. Lo esencial es que ocurra una ruptura evidente con la realidad y para ello debe evidenciarse delusiones y/o alucinaciones.

V. DIAGNÓSTICO

1. Criterios de diagnóstico

El diagnóstico es eminentemente clínico, basado en la presencia como mínimo de un síntoma muy evidente o dos o más si son menos evidentes, de cualquiera de los mencionados en el cuadro clínico.

En caso de una psicosis orgánica el periodo de presentación del cuadro clínico puede ser breve (minutos o pocas horas); ya que podría tratarse de algún tipo de intoxicación (alcohol, plomo, mercurio); donde debemos precisar la naturaleza orgánica del cuadro; mientras que en las psicosis funcionales el periodo de presentación es no menor de varias semanas como promedio.

2. Diagnóstico diferencial

Debe tenerse presente casos de simulación en situaciones con implicancia legal que busquen algún tipo de beneficio.

VI. EXÁMENES AUXILIARES

Los exámenes auxiliares son generalmente útiles para diferenciar las llamadas psicosis orgánicas de las funcionales. En este sentido las pruebas de laboratorio y neuroimágenes deben ser aplicadas de acuerdo al juicio clínico. Un resultado negativo no descarta de plano una causa biológica de una psicosis.

Donde haya profesionales psicólogos para la evaluación psicológica se sugiere el test de asociación de palabras, pruebas proyectivas (test de la figura humana de Karen Machover, el hombre bajo la lluvia, Test de Rorschach); y, test multifacético de la personalidad de Minnesota, en su versión abreviada (Minimult).

VII. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

1. Medidas generales

Reducir el tiempo de presentación de los síntomas psicóticos evita consecuencias sociales-negativas y posibilita la relación de ayuda a diferencia del trastorno ya instalado.

La intervención temprana implica la detección precoz y la derivación oportuna en función de las posibilidades del establecimiento.

Identificado el síndrome, conviene evaluar los riesgos asociados.

Chequear si hay además sintomatología depresiva, riesgo suicida y abuso de sustancias.

2. Medidas complementarias

Al dirigirse al paciente:

- Hablar en tono adecuado y escucharle con respeto
- No tratar de convencerlo de sus falsas percepciones en caso que esté con esos síntomas
- Evitar actitudes negativas como la crítica hostil y la sobreprotección
- No retarlos, no desafiarlos
- No descalificar, recordar que sus manifestaciones son reflejo del padecimiento que está experimentando.
- Observar, en todo momento, su conducta verbal como la no verbal (gestos, tono de voz, apariencia, aseo personal)
- Preguntar por la ingesta de algún tipo de medicamento o sustancia que explique los síntomas observados.

Al dirigirse al familiar:

- Dar información que les permita comprender el trastorno, y la necesidad de iniciar y/o continuar el tratamiento.
- Identificar y reforzar las fortalezas de la familia para brindar soporte.
- Enseñar actitudes saludables hacia el paciente
- Instruir sobre algunos procedimientos para conducir y proteger al paciente (alejar objetos punzo-cortantes, inflamables que puedan causar daño).
- Señalar que son inconvenientes tanto la crítica como la sobreprotección
- Una actitud firme y comprensiva ayuda mucho.
- Buscar el establecimiento de alianza: familia, usuario, personal de salud

3. Medidas preventivas

Para la prevención de las psicosis se toman las siguientes orientaciones:

a.- En la formación de familias saludables

- prevención de las violencias y agentes estresores con firmeza y afecto
- formación de habilidades y destrezas para la interacción familiar saludable adaptándola a las etapas de cambio
- desarrollo de la autoestima de los miembros de la familia.
- desarrollo familiar integral
- evitación de consumo de drogas

b.- En la Institución educativa

- prevención de las violencias y agentes estresores
- respeto a los derechos del niño y adolescente
- desarrollo de la autoestima en la comunidad educativa
- intervención oportuna y temprana a los alumnos con bajo rendimiento escolar y en riesgo social
- capacitar a los docentes en salud mental para la identificación y soporte al estudiante

c. En la política social

- la defensa de los grupos de población con alto índice de riesgo (poblaciones en situación de extrema pobreza, estigmatizadas, víctimas de violencia política, desplazados, poblaciones en riesgo de desastres, etc.)
- la extensión del apoyo social informativo y emocional a toda la población, en particular a los grupos familiares densos y de nivel educacional bajo
- fortalecimiento de redes de soporte social

d. En la acción sanitaria

- la facilitación de una calidad de vida suficiente a las personas con síndromes psicóticos

- fomento de estilos de vida saludables
- participación organizada de todo el equipo de salud y la población
- integración e interacción con grupos de soporte social y la comunidad

e.- En el trabajo

- fomentar medidas preventivas para evitar actividades ocupacionales que desencadenen trastornos psicóticos (ambientes laborales estresantes, exposición a mercurio y otros).

4. Terapéutica, establecer metas a alcanzar con el tratamiento

NIVEL I-1 (sin personal médico)

Objetivos:

Promoción de estilos de vida saludables

Prevención de situaciones que generen vulnerabilidad; por ejemplo la violencia, maltrato, discriminación, consumo de alcohol y drogas.

Identificación precoz de casos con síndrome psicótico aplicando el cuestionario de auto reportaje (SRQ), validado en nuestro país.

Referencia de casos a niveles de mayor complejidad

Motivación y educación a los familiares de quienes se haya encontrado puntajes que ameritan atención médica, a fin de que asistan al establecimiento de referencia.

Seguimiento de los casos contrarreferidos por el nivel superior.

Consejería familiar.

Programas psicoeducativos

Modalidades de Atención: no médica

Criterios de referencia: Identificación del problema y derivación a niveles I-2, I-3, I-4, II-1, II-2, y III-1.

Pacientes con agitación psicomotriz deberán ser referidos a establecimientos que cuenten con médicos acreditados para el uso de la guía.

Pacientes con síndrome psicótico e ideación suicida deben ser derivados a establecimientos con psiquiatra y servicio de hospitalización o instituciones especializadas; priorizando accesibilidad geográfica de atención médica.

NIVEL I (2, 3, 4) II- 1 : establecimientos con médico no psiquiatra

Objetivos:

Promoción de estilos de vida saludables

Prevención de situaciones que generen vulnerabilidad; por ejemplo la violencia, maltrato, discriminación, entre otras.

Identificación precoz de casos con síndrome psicótico aplicando el cuestionario de auto reporte (SRQ), validado en nuestro país.

Explicar naturaleza del problema a familiares

Brindar a apoyo

Referencia de casos más severos a niveles de mayor complejidad.

Intervención del equipo interdisciplinario

- Detección temprana
- Promoción de estilos saludables
- Seguimiento de pacientes
- Organización de grupos de soporte para pacientes y familias que sufren de este trastorno.
- Implementar acciones de rehabilitación psicosocial.
- Entrenamiento en habilidades sociales
- Estructuración del tiempo con actividades tendientes a normalizar las actividades productivas del individuo
- Psicoeducación
- Visitas domiciliarias
- Formación de clubes de pacientes

- Fortalecimiento de talleres ocupacionales y laborales

Complementario al tratamiento farmacológico, la rehabilitación psicosocial cuanto mas temprano se inicie favorecerá la promoción de la calidad de vida al que tiene derecho la persona identificada con el síndrome en mención.

Intervención del médico

Como principio debe tenerse en cuenta que muchos procesos psicóticos se desarrollan lenta y progresivamente a lo largo del tiempo por lo que su reconocimiento y diagnóstico tempranos son de competencia del médico especialista en psiquiatría. Sin embargo, la realidad de nuestro país nos conduce a la elaboración de guías que permitan una atención de calidad a la población contando con médicos no especialistas debidamente capacitados y acreditados para que desarrollen esta actividad en el primer y segundo nivel de atención integrados en una red de servicios con el asesoramiento de un médico psiquiatra.

En algunos casos el síndrome psicótico es agudo y evidente, en la forma de un “brote”. En estas situaciones la experiencia psicótica suele ser aterradora para el paciente y los seres del entorno inmediato y constituye una emergencia médica.

Cada vez hay un mayor consenso en el sentido de que cuanto más precozmente se trata farmacológicamente un proceso psicótico “funcional” mayores son las posibilidades de una evolución favorable. Lo ideal es prevenir la instalación del “brote” pero en la actualidad esto está en etapa de activa investigación por lo que el esfuerzo real en el campo médico práctico constituye la resolución del episodio agudo a la brevedad posible

Abordaje farmacológico del episodio psicótico

Por la naturaleza misma del trastorno es inusual que el paciente acepte y/o comprenda su situación; pero, aún así, hay enfermos que pueden finalmente ser persuadidos por el médico para iniciar tratamiento farmacológico. En cambio hay otros pacientes que rechazan la medicación y seguramente tendrá que solicitarse la autorización de los familiares para iniciar el tratamiento.

También por la naturaleza misma de la enfermedad algunos pacientes pueden llegar a la consulta médica en un estado de agitación psicomotriz con o sin elementos de violencia asociados. En esta situación es imperativo iniciar primero las medidas terapéuticas y luego, en la medida de lo posible, completar la historia clínica y los procedimientos diagnósticos.

En casos en que se cuente con la colaboración del paciente (y familiares) se recomienda el siguiente esquema:

Risperidona 1 mg p.o desayuno
 2 mg p.o. cena

Este esquema debe mantenerse 4 semanas ininterrumpidamente. Si el puntaje de la Clinical Global Impresión (CGI) (ver anexos) en severidad es mayor o igual a 4, y en mejoría es igual o menor de 3 al final de la cuarta semana, la dosis puede ser incrementada hasta 6 mg. por 2 semanas adicionales. Si no se produjera mejoría evidente, referir al paciente al psiquiatra.

Eventualmente Risperidona puede producir síndrome parkinsoniano. En este caso agregar Biperideno 5-10 mg/día.

Nota: en ningún caso se debe sobrepasar esta dosis, salvo indicación del médico psiquiatra

En casos en que no se cuente con la colaboración del paciente

Se recomienda el siguiente esquema:

Haloperidol 5mg – 10 mg IM/día por 3 días

Al cabo del tercer día intentar pasar al esquema anterior siguiendo las pautas ofrecidas.

El Haloperidol generalmente produce síndrome parkinsoniano. Utilizar Biperideno de acuerdo a lo señalado.

Ciertos pacientes llegan a la consulta excesivamente agitados y/o violentos. Usar como coadyuvante diazepam 10 mg EV lento cada 4 horas, previo control de funciones vitales, por 3 días como máximo. Si fuera necesario se puede continuar con diazepam por vía oral por un lapso de dos meses.

Si el paciente no puede ser continuado en el régimen de Risperidona, referirlo al psiquiatra.

Todo paciente que presente un síndrome psicótico debe ser evaluado por un psiquiatra dentro de los 2 meses siguientes al inicio del tratamiento.

Se debe reevaluar periódicamente la necesidad de continuar con biperideno en caso se haya prescrito.

Los pacientes que hayan recibido el diagnóstico de un trastorno psicótico "funcional" necesitan monitoreo médico indefinido.

Todo paciente que intente el suicidio o amenace con hacerlo debe ser visto a la brevedad posible por el psiquiatra.

NIVEL II- 2 : establecimientos con médico psiquiatra

Objetivos:

- Promoción de estilos de vida saludables
- Prevención de situaciones que generen vulnerabilidad; por ejemplo la violencia, maltrato, discriminación, entre otras.
- Identificación precoz de casos con síndrome psicótico aplicando el cuestionario de auto reporte (SRQ), validado en nuestro país.
- Explicar naturaleza del problema a familiares
- Atención especializada
- Hospitalización
- Referencia de casos más severos a niveles de mayor complejidad.

Criterios para hospitalización

- Riesgo de auto o hetero agresión
- Casos refractarios al tratamiento
- Cuando no es posible la administración de la medicación en forma ambulatoria

Medicación

- Efectos adversos o colaterales del tratamiento y su manejo
- Eventualmente Risperidona puede producir síndrome parkinsoniano. En este caso agregar Biperideno 5-10 mg/día.
- El Haloperidol generalmente produce síndrome parkinsoniano. Utilizar Biperideno de acuerdo a lo señalado.

Signos de alarma a ser tomados en cuenta

Debido al uso de antipsicóticos, debemos estar alerta ante la eventual aparición del síndrome neuroléptico maligno o de la diskinesia tardía, que son entidades poco frecuentes pero que requieren de intervención especializada urgente.

Las manifestaciones a las que debemos estar alertas son:

- Alteración del estado de conciencia
- Fiebre
- Convulsiones
- Movimientos involuntarios, que no son controlados por antiparkinsonianos

Criterios de Alta

En el caso de las psicosis orgánicas se deberá tener en cuenta si éstas son agudas (intoxicaciones, puerperales, reactivas, entre otras) en cuyo caso los antipsicóticos se indicarán por un periodo breve, hasta que los síntomas hayan remitido; en el caso de psicosis orgánicas crónicas, la medicación se indica por un periodo prolongado

Usualmente en el caso de las psicosis funcionales el tratamiento de mantenimiento será prolongado, por lo que se enfatizará el seguimiento y educación a la familia

Pronóstico

El pronóstico será alentador en relación a:

- Tratamiento precoz y sostenido
- Apoyo familiar
- Medidas protectoras de la calidad de vida
- Rehabilitación de funciones que se hayan alterado
- Reforzamiento de las funciones indemnes
- Movilización de las redes de soporte social.

VIII. COMPLICACIONES

Algunos casos de psicosis podrían presentar complicaciones como:

a. Riesgo de suicidio (Consultar “GUIA DE PRACTICA CLINICA EN CONDUCTA SUICIDA”)

Los pacientes con trastorno psicótico presentan mayor riesgo de suicidio que la población general, el 10% se suicidan y entre el 20 y 40% llevan a cabo al menos un intento durante el curso de la enfermedad.

Son factores de riesgo:

- Sexo masculino
- Asociación de síntomas depresivos
- Desempleo
- Alta reciente del hospital

b. Agitación Psicomotriz:

Es un cuadro de hiperactividad motora y psíquica con aumento incontenible de la movilidad física y una sensación de tensión intensa (pudiendo llegar a la agresión física).

Signos y síntomas característicos:

- Signos de ansiedad
- Insomnio severo
- Inquietud motora
- Elevación del tono de voz
- Lenguaje amenazante
- Discusión con las personas de su entorno
- Golpear contra objetos
- Tensión en la expresión facial y los miembros

c. Conducta violenta

Conducta mediante la cual una persona demuestra que puede ser física y emocionalmente lesiva a si misma y a otros. Generalmente se acompaña de agitación psicomotriz.

Recomendaciones para la contención de la agitación psicomotriz y la conducta violenta:

- Hablar con el paciente y reconducir la situación evitando la pérdida de control y la explosión de la agresividad.
- En la entrevista personal (el que tenga mejor relación con el paciente) intentara centrar al paciente y evitar dispersar su atención.

- Considerar si los acompañantes ejercen una influencia estabilizadora o desestabilizadora.
- Durante la intervención debemos de preocuparnos por nuestra propia seguridad, guardando una distancia segura y de frente al paciente, eliminando objetos peligrosos del entorno.
- Mantendremos la calma y el control de la situación.
- Nuestra actitud será siempre de empatía, mostrándole respeto, hablando despacio, con tono de voz firme pero no autoritaria, sin provocaciones ni juicios de su conducta.
- Facilitaremos que hable cuidando el lenguaje no verbal de nuestro cuerpo.
- En caso de agresividad no controlable, se sugiere la contención mecánica por el menor lapso posible. Para lo cual debe establecerse la coordinación con cuatro miembros del personal que harán sujeción de cada una de las extremidades.

IX. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA

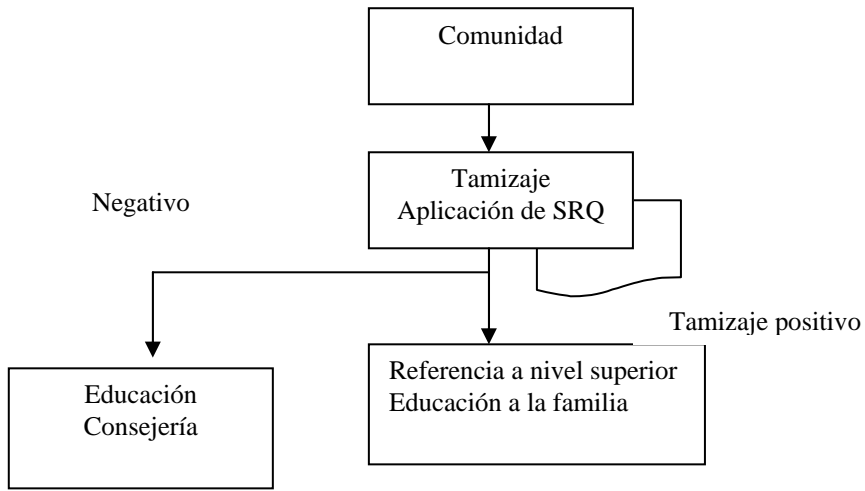
SE DERIVA A UN NIVEL DE COMPLEJIDAD MAYOR:

- . Cuadros con heteroagresividad.
- . Falla en la respuesta terapéutica (resistencia a tratamiento).
 - Conductas suicidas. Conductas homicidas.
 - Comorbilidad con farmacodependencias (tabaco, alcohol y drogas ilegales).
 - Complicaciones físicas (obesidad, problemas medico quirúrgicos).

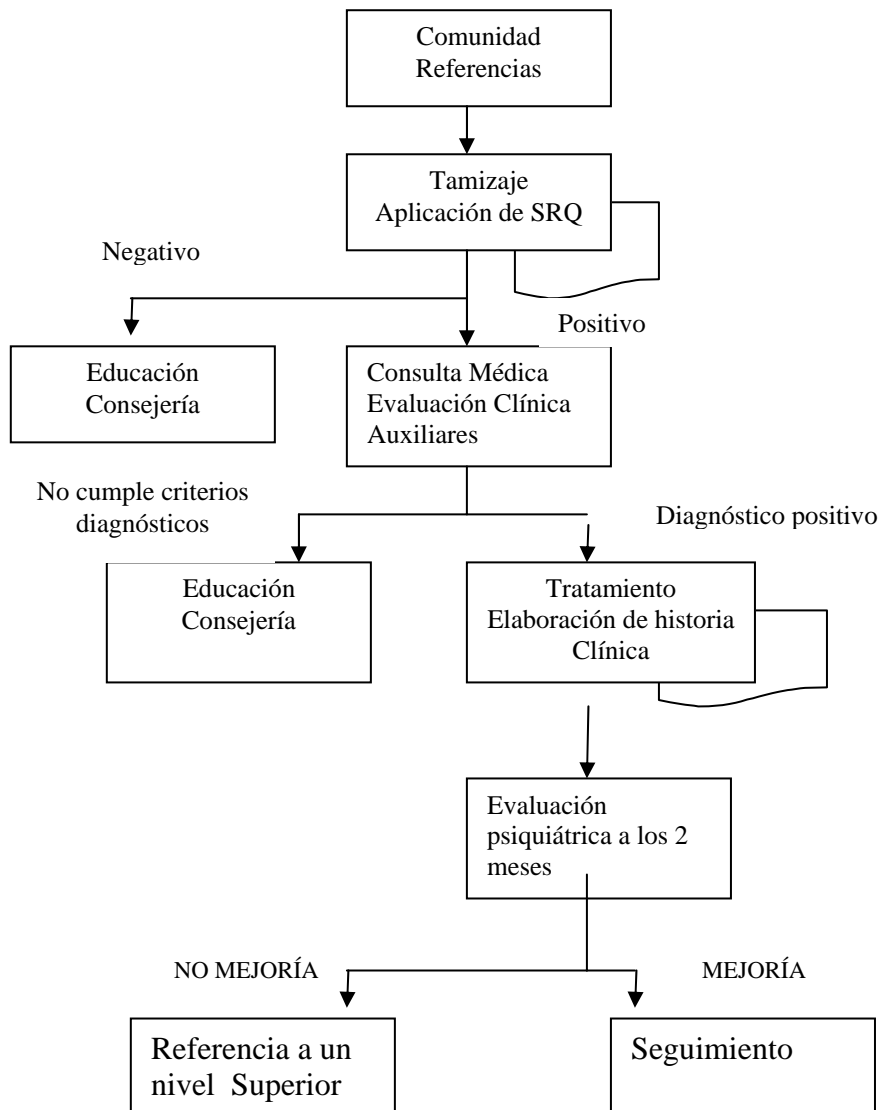
X. FLUXOGRAMA / ALGORITMOO

Diagrama de flujo que establezca gráficamente los pasos a seguir desde el diagnóstico, el tratamiento hasta el alta del paciente

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN NIVEL I-1



FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN NIVEL II-1



XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. “Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental 2002”. Informe General. *Anales de Salud Mental* 2002; XVIII (1-2).
2. Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. “Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana 2003” Informe General. *Anales de Salud Mental* 2004; XIX (1-2)
3. Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. “Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana 2004” Informe General. *Anales de Salud Mental* 2005; XIX (1-2)
4. Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. “Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Fronteras 2005” Informe General. *Anales de Salud Mental* 2006; XXII (1-2)
5. Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Saxena S, Sarraceno B. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;18(4/5):229–40
6. Kawas Valle, Omar. Psicoeducación y Calidad de Vida en Esquizofrenia en XVII Jornadas Científicas de la Sociedad Panameña de Psiquiatría -1eras Jornadas de Actualización en Esquizofrenia de la Asociación Psiquiátrica de América Latina 2005
7. Manual de la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10)
8. Martínez J.A., Cuesta M.J., Peralta V.; Etiología de la esquizofrenia. Interacción genes – ambiente en www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol20/n2/revis2a.html
9. Murray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors. *Global Burden of Disease Study*. *Lancet* 1997.
10. Véliz, José; Validez y Confiabilidad del Cuestionario de Auto-reportaje de Síntomas (S.R.Q.) en personal de Sanidad de la Policía Nacional. Tesis de Maestría en Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima – Perú. 1996

XII. ANEXOS

ANEXO 01

CUESTIONARIO DE SINTOMAS:
S.R.Q.-18

Fecha _____ Entrevistador: _____
 Establecimiento: _____
 IDENTIFICACION DEL PACIENTE:
 Nombre del paciente:.....
 Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: M _____ F _____
 Dirección:.....

Motivo de consulta:

.....

- | | | | | |
|-----|---|----|----|--------------------------|
| 1. | ¿Tiene dolores frecuentes de cabeza? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 2. | ¿Tiene mal apetito? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 3. | ¿Duerme mal? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 4. | ¿Se asusta con facilidad? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 5. | ¿Sufre temblor en las manos? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 6. | ¿Se siente nervioso o tenso? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 7. | ¿Sufre de mala digestión? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 8. | ¿Es incapaz de pensar con claridad? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 9. | ¿Se siente triste? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 10. | ¿Llora Ud. con mucha frecuencia? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 11. | ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 12. | ¿Tiene dificultad para tomar decisiones? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 13. | ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo?
¿Su trabajo se ha visto afectado? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 14. | ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 15. | ¿Ha perdido interés en las cosas? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 16. | ¿Se siente aburrido? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 17. | ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 18. | ¿Se siente cansado todo el tiempo? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |

PUNTUACIÓN DE LAS PREGUNTAS 1 – 18 :

- | | | | | |
|-----|--|----|----|--------------------------|
| 19. | ¿Siente Ud. que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 20. | ¿Es Ud. una persona mucho más importante que lo que piensan los demás? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 21. | ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 22. | ¿Oye voces sin saber de donde vienen o que otras personas no pueden oír? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 23. | ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua ó pérdida del conocimiento? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |

- | | | | | |
|-----|--|----|----|--------------------------|
| 24. | ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que Ud. estaba bebiendo demasiado? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 25. | ¿Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 26. | ¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo o en el estudio a causa de la bebida como beber en el trabajo o colegio o faltar a ellos? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 27. | ¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 28. | ¿Le ha parecido alguna vez que Ud. bebía demasiado? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |

DETERMINACION DE LA PUNTUACION:

El cuestionario tiene varias partes: Las primeras 18 preguntas se refieren a trastornos de leve o moderada intensidad como los depresivos, angustia o ansiosos y otros, nueve o más respuestas positivas en éste grupo determinan que el entrevistado tiene una alta probabilidad de sufrir enfermedad mental, y por lo tanto se le considera un "caso".

Las preguntas 19 a 22 son indicativas de un trastorno psicótico; una sola respuesta positiva entre éstas cuatro determina un "caso".

La respuesta positiva a la pregunta 23 indica alta probabilidad de sufrir un trastorno convulsivo.

Las preguntas 24 a 28 indican problemas relacionados con el consumo del alcohol; la respuesta positiva a una sola de ellas determina que la persona tiene alto riesgo de sufrir alcoholismo.

Cualquiera de estas posibilidades, o una combinación de las tres, indica que efectivamente se trata de un "caso".

Anexo 2

Escala de Impresión Clínica Global

Nombre del paciente:

Historia clínica N°

Gravedad de la enfermedad	Mejoría global
<p>Basándose en su experiencia clínica, ¿cuál es la gravedad de la enfermedad en el momento actual?:</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. No evaluado 1. Normal, no enfermo 2. Dudosamente enfermo 3. Levemente enfermo 4. Moderadamente enfermo 5. Marcadamente enfermo 6. Gravemente enfermo 7. Entre los pacientes más extremadamente enfermos 	<p>Comparado con el estado inicial, ¿cómo se encuentra el paciente en estos momentos? (Puntúe la mejoría total independientemente de que a su juicio se deba o no por completo al tratamiento):</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. No evaluado 1. Mucho mejor 2. Moderadamente mejor 3. Levemente mejor 4. Sin cambios 5. Levemente peor 6. Moderadamente peor 7. Mucho peor

Fecha	Gravedad	Mejoría	Evaluador	Comentarios

INFORMACIÓN PARA CUIDADORES DE PERSONAS CON SÍNDROMES PSICOTICOS.

Habitualmente las familias que deben salir adelante con un familiar cercano que sufre de un trastorno cerebral descuidan su propia salud. Están tan emocionalmente involucrados que no se dan cuenta que están sometidos a una tremenda tensión y agotamiento.

La presente información se basa en ideas de familias de todas partes del mundo. Cuando alguien se enferma con algún trastorno grave, atraviesan por las variadas etapas aquí descritas. La incredulidad y la negación son los primeros en aparecer, seguidos luego por la culpa y la rabia. Cuando alguien se enferma de una condición cerebral como la esquizofrenia, los sentimientos y emociones no son muy diferentes.

Lo que puede ser diferente es todo el tiempo que toma reconocer que es una enfermedad mental y la necesidad de buscar tratamiento. Esperamos que los indicadores aquí presentados ayuden a las familias a comprender que los sentimientos de pérdida, de culpa y de pena son bastante normales y que siempre hay maneras de superarlos con el tiempo.

Negación.

Al ser enfrentados con el diagnóstico de esquizofrenia en un ser querido, la mayoría de las personas pasa por una fase de negación. Esto hace que sea muy difícil para los otros miembros de la familia poder darse abasto. Cualquier esfuerzo que "hagan por el paciente" será obstaculizado cuando otro miembro familiar no acepte el diagnóstico. Es muy difícil y perturbador eliminar las defensas del familiar que se está protegiendo a sí mismo negando que haya un trastorno real en juego aquí. Pueden surgir discusiones y altercados que desorganizan y separan aún más a la familia. No hay ninguna solución en particular para este problema salvo el de proveer información acerca de la esquizofrenia para que el familiar en negación pueda ver que muchos de los eventos que ocurren en la familia pueden estar relacionados con el trastorno. Puede que el tiempo sea el ingrediente necesario para aceptar, aunque haya conocimiento y apoyo disponibles

Culpa.

A veces las familias buscan un chivo expiatorio para su situación. Éste suele ser el doctor/psiquiatra. A veces a la víctima misma se le atribuye la culpa. Mientras antes se den cuenta todos que el verdadero enemigo es el trastorno cerebral mismo, antes podrán cooperar entre ellos y trabajar para la recuperación de la persona.

Vergüenza.

Para poder sobrellevar los sentimientos de vergüenza es necesario evaluar cuál era su idea sobre enfermedades mentales antes que le ocurriera la situación actual. Si su actitud previa era de compasión, entonces puede que no tenga ningún problema con el sentimiento de vergüenza. Si su idea de enfermedad mental se asociaba al miedo, vergüenza extrema e incluso horror, sus sentimientos de vergüenza serán muy difíciles de superar. Recuerde que hace 30 años las personas se sentían avergonzadas si un pariente desarrollaba cáncer. Se hablaba de ello susurrando porque asustaba y horrorizaba a las personas. Hoy en día nadie soñaría con sentirse avergonzado del cáncer. Por medio de la educación, de la comprensión y de un mayor conocimiento médico, la sociedad ha logrado avenirse con una enfermedad devastadora. Con el tiempo esto también ocurrirá con la esquizofrenia. Puede que sientas que no le puedes contar a nadie acerca de la esquizofrenia en tu familia, pero el inventar falsas excusas o mentirillas blancas para el comportamiento de tu pariente sólo hará más complejo un problema que ya de por sí es suficientemente difícil. Puedes confiar en amigos íntimos, quienes te darán verdadero apoyo. A veces es difícil, encontrar las palabras. El llamar a la esquizofrenia un "colapso nervioso o surmenage", o "una alteración del pensamiento" es una introducción a una explicación más detallada de la palabra que no puedes nombrar. Explica alguno de los síntomas. Tus amistades quieren saber, como tú a su debido momento, que significa la esquizofrenia. Tal vez puedas querer formar parte de algún grupo de auto ayuda en el cual tus problemas sean tratados confidencialmente, donde puedas expresarte

libremente sobre tus experiencias y miedos. En muchos países las organizaciones de familiares de personas con esquizofrenia proveen una línea de ayuda donde puedes hablar de tu situación.

También debes solicitar información de esta fuente. También existen sitios "chat" en la www.

Tener la culpa.

Cuando alguien se enferma los familiares se preguntan cómo se desarrolló esta enfermedad. La diferencia con la enfermedad mental es que durante mucho tiempo la sociedad creyó erróneamente que tenía que ver con eventos familiares o eventos del pasado de uno. Así, las personas ocupaban horas eternas preguntándose si en alguna forma misteriosa ellos podrían ser los responsables de la enfermedad. Es dudoso que las familias puedan evitar esta búsqueda dentro del alma, pero es importante que se sobrepase esta reacción inicial.

Es aconsejable escuchar a oradores informados, mirar documentales, escuchar programas radiales sobre el tema, y hablar con otras familias que están experimentando los mismos ó similares problemas.

Te darás cuenta que tú no tienes la culpa. Hay cada vez más investigación que demuestra que la esquizofrenia es una enfermedad biológica del cerebro de causa aún no totalmente conocida.

La culpa de estar bien mientras el ser querido está enfermo es una ocurrencia común, especialmente entre los hermanos. Es difícil gozar de tus éxitos, un primer trabajo, ir a la Universidad, tener relaciones con amigos mientras que tu hermano/a no tiene nada de esto. Es una paradoja que si piensas mucho en estas cosas se puede reducir tu propia autoestima. Puede que los padres parezcan no apreciar el valor de tus logros porque no quieren alterar a la persona que está enferma. El apoyo de buenos amigos debe permitirte reconstruir tu sentido de autoestima y tu capacidad de sentirte orgulloso de tus propios logros. Los padres no deben descuidar a sus hijos sanos.

Rabia.

El sentir fuertes emociones es natural cuando se confirman tus sospechas de un diagnóstico de alteración cerebral. Date cuenta que la rabia puede ser destructora para los otros miembros de la familia y para ti mismo también. Tu pariente también sentirá un medio ambiente más tenso. Cuando la rabia o la pena es abrumadora, libera esas emociones en una forma lo más inofensiva posible lejos de tu familia. Esta liberación puede tomar la forma de actividad física vigorosa. Un familiar se compró un "punchin bol" en un gimnasio de boxeo y lo colgó en su garaje. Otro se iba a un lugar tranquilo y gritaba lo más fuerte que podía durante varios minutos para liberar la tensión acumulada. A otros familiares simplemente les gusta salir a hacer una larga caminata, ó a correr. Todos debieran experimentar la liberación de lágrimas, la forma que tiene el cuerpo de liberar sus tensiones. Ninguno de nosotros es perfecto. De vez en cuando la rabia se desbordará cuando estás cuidando a tu pariente enfermo, y elevarás tu voz en frustración. Muchas de las cosas que se dicen estando enojado producen un amargo arrepentimiento después. Trata de mantener algún control.

Aceptación.

Suele pensarse que el aceptar una enfermedad es una prueba de que no vas a luchar contra ella. Sugiere resignación. A los que se les ha hecho el diagnóstico, naturalmente sienten que no pueden aceptar ese diagnóstico.

El lograr admitir la presencia de un trastorno cerebral significa conocer el estigma y temor con que la sociedad lo ha rodeado. Si aceptas lo que dice la gente sobre la posible naturaleza a largo plazo de la enfermedad, entonces las esperanzas y los sueños para el futuro están en peligro. Las familias a veces siguen buscando las mismas metas para su pariente, a pesar de las limitaciones que le impone la enfermedad. No sólo la persona afectada sino que también su familia debe aceptar el grado de discapacidad impuesto por los síntomas de esquizofrenia y al mismo tiempo seguir manteniendo las esperanzas para el futuro.

Cuando se logra esto, los pequeños ogros pueden ocasionar optimismo y placer. Esto toma tiempo. Puede que entiendas que debes aceptar lo que ha sucedido, pero, de hecho, el poder aceptar será un proceso muy largo. El conocimiento puede ayudar a la familia a entender y comenzar a aceptar. Lee los excelentes libros que están disponibles (ver nuestra lista de libros). El aceptar no significa perder las esperanzas. Significa reducir las frustraciones que surgen de objetivos irreales.

Felicidad.

Es incluso difícil gozar de los momentos felices. Estamos tan ocupados tratando de solucionar las necesidades de nuestro pariente que nos sentimos desgastados. Hay familias que han descubierto que pueden poner partes de su vida en lo que pudiéramos llamar "compartimentos" lo que les permite sentir algo de felicidad. Así, se esfuerzan por no preocuparse de lo que pueda acontecer mañana para poder gozar de un evento feliz hoy.

El sentido del humor ha ayudado a muchas familias en momentos difíciles. La risa es terapéutica siempre que todos estén riendo juntos. El alejarse de vez en cuando de su pariente, tomar recreos transitorios, le ayudará a "recargar las baterías". Puede que los padres siempre hayan pasado juntos sus vacaciones. Si esto no es posible ahora, cada miembro de la familia debe tener tiempo para entretenimiento, libre de preocupaciones.

Cuidado.

A veces el familiar a cargo del cuidado trata de compensar lo que ha perdido de su pariente tornándose sobreprotector. El dolor personal se mitiga con el manejo total de la vida del pariente. La persona en cuestión, que suele ser la madre, se hace dependiente de su rol de cuidadora tratando a veces a un hijo/a adulto/a como niño/a. Esto no sólo es destructivo para la persona que realiza el cuidado sino que también produce aprehensión en la persona con esquizofrenia. El lema debe ser "moderación en el cuidado".

Conocimiento.

Mientras más sepas sobre esquizofrenia más te darás cuenta que no estás solo/a. Se piensa que las enfermedades mentales tienen una prevalencia del 5%. Estadísticas del Instituto de Salud Mental de los Estados Unidos (United States National Institute of Mental Health Statistics). La esquizofrenia misma tiene una prevalencia de 1 en 100. El saber más te dará armas contra la ignorancia con que te topes. Sentirás satisfacción al ser capaz de impartir el conocimiento que has adquirido.

Haciendo ajustes.

Cuando una enfermedad grave azota a una familia, se alteran todas las conductas conocidas de los miembros de la familia. Cada uno debe adaptarse a la nueva realidad. Dado que la esquizofrenia es una enfermedad tan asociada a los sentimientos y percepciones, es aún más importante que la familia reaccione sin demasiado despliegue de emoción. También es importante que la persona afectada no se sienta abandonada porque todos están tan confundidos. *Se requiere el tranquilo estímulo del amor y respeto entre todos los miembros de la familia.*

ASPECTOS A TOMAR EN CUENTA EN LA INTERVENCIÓN CON PACIENTES CON SÍNDROMES PSICÓTICOS

INTERVENCIÓN FAMILIAR

La problemática de las personas con Trastornos psicóticos es múltiple y compleja, afectando de modo importante a su familia que cuida y conviven con ellos.

Es necesario mantener un ambiente familiar tranquilo que brinde autonomía al usuario, promoviendo el buen trato y la socialización que normalicen la convivencia, evitando todo tipo de conflictos y actitudes autoritarias de algún miembro de la familia, disminuir la emoción expresada de las familias.

Se propone escuchar a la familia cuando exprese sus emociones para encaminar a una acción más calmada, reflexiva y responsable en relación a su rol de soporte primario; será necesario comprender a la familia y atender su problemática ya que muchos de ellos "tienen un carácter eminentemente psicosocial y se derivan de los déficit y dificultades de funcionamiento que suelen afectar a las personas que sufren este tipo de trastornos y que interfieren en su nivel de autonomía e integración social"

Otro objetivo de la intervención es fortalecer las relaciones intra-familiares, resaltando las fortalezas y aspectos positivos de sus miembros, creando soporte básico para el usuario y descubriendo junto con la familia las posibles soluciones al clima de tensión o emoción expresada. Asimismo será importante identificar integrantes que tengan mayor poder de decisión y aceptación a fin de fortalecer y crear vínculos de coordinación en bien del usuario.

REDES DE SOPORTE LOCAL

Es el contacto con personas significativas del usuario, que pueden ser entornos de la familia, amigos, vecinos, voluntarios, personas no profesionales e inclusive grupos organizados e instituciones locales. Es decir los más cercanos a la convivencia del usuario.

Es muy importante promover estas relaciones que ofrecen no solo ayuda material y emocional, sino también de hacer sentir importante al usuario y ser objeto de interés y preocupación continua.

Las redes pueden abrir camino para facilitar los procesos de rehabilitación del usuario y pueden cumplir múltiples tareas y funciones como labores educativas, acciones de recreación y desarrollo cultural, sirve de solución de problemas para la misma familia, sirven para compensar, fortalecer e integrar sus propias experiencias cotidianas

Se sugiere seguir el siguiente paso para organizar las redes de apoyo:

- Identificar las instituciones, organizaciones y líderes de la comunidad
- Armar un fichero con datos más resaltantes para facilitar su uso cuando se requiera
- Realizar coordinaciones previas, informando sobre los objetivos y existencia de los servicios de salud mental
- Coordinar según necesidades de los casos para el uso de las redes
- Posiblemente encontrarán múltiples recursos comunitarios tales como:
- Instituciones educativas, judiciales, Instituciones religiosas Policía Nacional, Defensoría del Pueblo, Comités vecinales, Comedores populares, Boticas, etc.

PSICOEDUCACIÓN

Consiste en una aproximación terapéutica en la cuál se proporciona a los familiares de un paciente información específica acerca de la enfermedad, y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema. La psicoeducación redundará en primer término en beneficio del paciente, y su objetivo consiste en mejorar la calidad de vida de paciente y familia, creando ambientes bajos en estresores, y disminuyendo así la probabilidad de recaída y la carga familiar.

- La Psicoeducación surge como una respuesta a las necesidades más integrales de abordaje de la Esquizofrenia.
- El punto de partida lo constituyen las necesidades de las familias de pacientes esquizofrénicos.
- Un antecedente importante es el concepto de Emoción Expresada publicado por George Brown y col. en 1972.
- Emoción Expresada: en tanto más intolerantes, sobreinvolucrados, hostiles y críticos son los familiares, más frecuentes son las recaídas.
 - 1) Emociones de cualquier tipo expresadas acerca del paciente.

- 2) Hostilidad expresada hacia el paciente.
 - 3) Comportamiento dominante o directivo hacia el paciente.
 - 4) Emoción expresada por el paciente hacia sus familiares.
 - 5) Hostilidad expresada por el paciente hacia sus familiares.
- Entre las consistencias encontradas en familias con índices elevados destaca de manera especial, la falta de conocimientos respecto al trastorno.
 - Lo que previene las recaídas es la capacidad potencial de convertir los conocimientos en acciones encaminadas a la rehabilitación del paciente.

La intervención consistirá en :

- Reconocen la Esquizofrenia como una enfermedad.
- Reconocen que el ambiente familiar no está implicado en su etiología.
- Las familias son involucradas como agentes terapéuticos.
- Las intervenciones son parte de un paquete terapéutico que incluye farmacoterapia y manejo clínico de rutina.

Modalidades de psicoeducación.

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