

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

**HOSPITAL ANTONIO LORENA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA Y ESPECIALIDADES MÉDICAS
SERVICIO DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES**

**GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO
DE TRASTORNO PSICÓTICO AGUDO**



**CUSCO
2024**



Resolución Directoral

Cusco, 17 DIC 2024

VISTO: el Expediente N° 12069-2024, que contiene el INFORME N° 352-2024 JOGC/HAL-GRSC. de fecha 27 de noviembre del 2024, emitido por la Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Antonio Lorena;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I, II y III del Título Preliminar de la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, prescribe que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo; la protección de la salud es de interés público, por tanto es responsabilidad del Estado regular, vigilarla y promoverla; toda persona tiene derecho a la protección de su salud en los términos y condiciones que establece la ley. El derecho a la protección de salud es irrenunciable;

Que, el segundo párrafo del Artículo 5° del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo aprobado mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA, establece que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo deben contar, en cada área, unidad o servicio, con manuales de procedimientos, guías de práctica clínica referidos a la atención de los pacientes, personal, suministros, mantenimiento, seguridad, y otros que sean necesarios, según sea el caso;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Política Nacional de la Calidad en Salud", estableciendo las directrices que orientan al desarrollo de las intervenciones destinadas a mejorar la calidad de la atención de salud en el sistema de salud del Perú;

Que, el numeral 17.2 del artículo 17 del Reglamento de la Ley N° 30947, dispone que el Ministerio de Salud elabora los documentos destinados a orientar las intervenciones en salud mental, con base en las evidencias científicas disponibles en los diferentes campos de las ciencias, los contextos y los recursos;

Que, por su parte la Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, aprobó la NTS N° 117-MINSA/DGSP-V.01-"Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", contribuyendo a la calidad y seguridad de las atenciones en salud, respaldadas por Guías de Práctica Clínica, basada en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos;

Que, de acuerdo a la Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA, se aprobó el documento Técnico: "Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica", de aplicación obligatoria a todos los establecimientos prestadores de servicios de salud públicos, con el objetivo de estandarizar la metodología para la generación de Guía de Práctica Clínica, en los Establecimientos del Sector Salud, a través de un marco y herramientas metodológicos necesarios que permitan su elaboración de calidad basada en la mejor evidencia disponible;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 826-2021-MINSA, se aprobó el documento denominado "Normas para la elaboración de documentos Normativos del Ministerio de Salud", cuyo objetivo general consiste en establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de formulación, aprobación, modificación y difusión de los documentos normativos que expide el Ministerio de Salud en el marco de sus funciones rectoras, siendo de observancia obligatoria por los órganos, unidades orgánicas y órganos desconcentrados del Ministerio de Salud;

Que, la Jefa del Servicio de Salud Mental mediante INFORME N° 23-2024-SM-HAL de fecha 26 de noviembre del 2024, remite el proyecto Guía Práctica para el Manejo de Trastorno Psicótico Agudo, para su aprobación;

Que, en ese contexto normativo, mediante INFORME N° 352-2024 JOGC/HAL-GRSC, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, solicita la aprobación vía Resolución Directoral de la "Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Trstorno" adaptada por el Servicio de Salud Mental, señalando que la citada Guía





Resolución Directoral

Cusco, 17 DIC 2024

cumple con los requisitos estipulados en la normatividad vigente, asimismo refiere que, ha sido validada y reconocida por el Comité de Gestión y Adherencia de las Guías de Práctica Clínica del Hospital Antonio Lorena 2024;

Que, el Documento Técnico: Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Trastorno Psicótico Agudo, tiene por finalidad contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, optimizando la atención de los usuarios que presenten trastornos psicóticos, a través de recomendaciones basadas en la evidencia científica que puedan servir al equipo de salud del Servicio de Salud Mental y adicciones del Hospital Antonio Lorena para mejorar el abordaje, diagnóstico y manejo del paciente;

Con la finalidad de continuar el desarrollo de las actividades institucionales, y alcanzar los objetivos y metas como entidad hospitalaria; resulta pertinente emitir el acto resolutorio que apruebe la "Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Trastorno Psicótico Agudo" del Servicio de Salud Mental del Hospital Antonio Lorena;

Con las visaciones de la Dirección de Administración, la Unidad de Gestión de Recursos Humanos y de Asesoría Legal Externa del Hospital Antonio Lorena;

En uso de las atribuciones y facultades conferidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Antonio Lorena, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 082-2014-CR/GRC.CUSCO;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- APROBAR el Documento Técnico: **GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TRASTORNO PSICÓTICO AGUDO** del Servicio de Salud Mental del Departamento de Medicina del Hospital Antonio Lorena, la misma que forma parte integrante de la presente resolución y por los fundamentos expuestos en la parte considerativa.

ARTÍCULO 2°.- ENCARGAR al Jefe del Servicio de Salud, la ejecución y seguimiento del Documento Técnico en mención, aprobado en el artículo 1° de la presente Resolución.

ARTÍCULO 3°.- Disponer la publicación de la presente Resolución Directoral en el portal web Institucional del Hospital Antonio Lorena.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL ANTONIO LORENA

ORIGINAL FIRMADO

Dr. Dennis Fernando Mendoza Gamarru
DIRECTOR EJECUTIVO DEL HAL
CMP: 38244 RNE: 28701



ÍNDICE

A. METODOLOGÍA	4
1. INTRODUCCIÓN	4
2. ETAPAS Y PASOS PARA LA ELABORACIÓN DE LA GPC	
2.1. ETAPA I: PREPARACIÓN.....	4
2.2. ETAPA II: FORMULACIÓN DE LA GPC	5
2.3. ETAPA III: BÚSQUEDA Y EVALUACIÓN DE GPC EXISTENTES	6
2.4. ETAPA IV: DESARROLLO DE UNA GPC	7
2.5. ETAPA V: REDACCIÓN DE LA GPC	8
2.6. ETAPA VI: VALIDACIÓN DE LA GPC	8
2.7. ANEXO 1: CRITERIOS PARA AUDITORÍA	9
2.8. ANEXO 2: ACTUALIZACIÓN DE LA GPC	9
B. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO PSICÓTICO AGUDO	
I. FINALIDAD	10
II. OBJETIVO	10
III. ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	10
IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:	
4.1. NOMBRE Y CÓDIGO	10
V. CONSIDERACIONES GENERALES.	
5.1. DEFINICIÓN	11
5.2. ETIOLOGÍA	12
5.3. FISIOPATOLOGÍA	13
5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS IMPORTANTES EN PERÚ.....	14
5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS	16
5.5.1. Factores hereditarios.....	16
5.5.2. Factores biológicos	16
5.5.3. Factores Psicosociales	16
VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS	
6.1. CUADRO CLÍNICO	17
6.2. DIAGNÓSTICO	18
6.3. EXÁMENES AUXILIARES	20
6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA.....	20
6.4.1. Medidas generales.....	20
6.4.2. Medidas complementarias	20
6.4.3. Medidas preventivas	21
6.4.4. Terapéutica	22
6.4.5. Efectos adversos o colaterales del tratamiento.....	22
6.4.6. Criterios para hospitalización	23
6.4.7. Signos de alarma	23
6.4.8. Criterios de alta	23
6.4.9. Pronóstico	23
6.5. COMPLICACIONES	23
6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	24
6.7. FLUXOGRAMA / ALGORITMO.....	25
VII. ANEXOS	27
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36

A. METODOLOGÍA

1. INTRODUCCIÓN

La psicosis aguda representa un problema significativo de salud a nivel mundial, afectando no solo la calidad de vida de las personas que la padecen, sino también sus relaciones familiares, laborales y sociales. A nivel de salud pública, las psicosis contribuyen a un aumento en la carga de enfermedades mentales, demandando una atención especializada y prolongada. En el contexto de países en desarrollo, como el Perú, el impacto es aún mayor debido a los limitados recursos y a la falta de acceso a una atención oportuna y adecuada.

En el Perú, el proceso de evaluación, diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicóticos agudos en los hospitales plantea múltiples desafíos. La infraestructura hospitalaria y la escasez de personal especializado en salud mental afectan la capacidad de respuesta ante casos de psicosis aguda, en especial en zonas rurales y áreas periféricas. Las limitaciones en el acceso a un diagnóstico temprano, la falta de continuidad en el tratamiento y la escasez de protocolos estandarizados en los servicios de emergencia y psiquiatría son algunos de los obstáculos que enfrentan los profesionales de la salud mental en el país.

En los últimos años, la implementación de nuevos enfoques basados en evidencia científica y la reforma de salud mental en Perú han mejorado las condiciones para el tratamiento de la psicosis aguda. La creación de centros de hospitalización y atención especializada en salud mental ha permitido un abordaje más efectivo y accesible para los pacientes, facilitando la intervención temprana y la recuperación de las personas con trastornos psicóticos. Estos avances están en línea con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las políticas establecidas por el Ministerio de Salud del Perú (MINSA), que promueven una atención integral, descentralizada y con enfoque comunitario en salud mental.

La OMS destaca la importancia de desarrollar sistemas de salud mental comunitarios que asimismo, el MINSA ha planteado como prioridad fortalecer los servicios de salud mental en el marco de su Plan Nacional de Salud Mental, promoviendo la creación de centros de salud mental comunitarios, unidades hospital de día, unidades de hospitalización y la capacitación continua de los profesionales en la gestión de trastornos graves como la psicosis.

La elaboración de guías de práctica clínica resulta fundamental para el adecuado manejo de la psicosis aguda. Estas guías proporcionan un marco estructurado basado en la mejor evidencia disponible, lo que permite a los profesionales de salud ofrecer una atención más efectiva y coherente, alineada con los estándares nacionales e internacionales. La presente guía busca ser un recurso esencial en el abordaje de los trastornos psicóticos agudos en el Perú, promoviendo un manejo integral y sustentado en las mejores prácticas clínicas.

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

2. ETAPAS Y PASOS PARA LA ELABORACIÓN DE UNA GPC

2.1. ETAPA I: PREPARACIÓN

Paso 1: Priorización y selección del tópico de la GPC

La elección de desarrollar una Guía De Práctica Clínica para la Psicosis Aguda responde a la necesidad urgente de contar con protocolos estandarizados y basados en evidencia, dada la gravedad y complejidad de estos cuadros clínicos. La Psicosis no solo afecta profundamente la salud mental del individuo, sino que también está asociada a un deterioro físico importante debido a comorbilidades y conductas de riesgo, lo cual subraya la importancia de un enfoque integral en salud mental y física.

A nivel individual, la psicosis implica un alto grado de sufrimiento psicológico y disfuncionalidad, afectando la capacidad para realizar tareas diarias y mantener relaciones personales y sociales. Este impacto se extiende a la familia y cuidadores, quienes a menudo enfrentan una carga emocional y económica significativa.

A nivel del sistema de salud, los cuadros psicóticos agudos conllevan un alto riesgo de hospitalizaciones prolongadas y reingresos, incrementando la demanda sobre los recursos sanitarios y, en ausencia de un manejo efectivo, complicando el pronóstico del paciente a largo plazo. También representan un alto costo social, ya que muchas personas afectadas enfrentan estigmatización y exclusión, dificultades para la reintegración laboral y, en ocasiones, situaciones de vulnerabilidad social.

Por todo ello, la presente guía busca optimizar el manejo de la psicosis aguda, mejorando tanto el pronóstico individual como el impacto social de estos trastornos, y ofreciendo una herramienta esencial para los profesionales de salud en el abordaje efectivo y sostenible de la psicosis.

2.2. ETAPA II: FORMULACIÓN DE LA GPC

Paso 2: Constitución del Grupo Elaborador de la GPC (GEG)

Líder: M.C. Paulo Cesar Tuero Salgado

Integrantes:

- M.C. Karina Surco Ochoa
- Psc. Juan José Quispe Huaman
- Psc. Emerson Valverde Castro
- Psc. Roxana Paucar Villa
- Psc. Pilar Vargas Flores

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

Paso 3: Declaración de Conflicto de Intereses

Todos los miembros del GEG manifiestan no tener Conflictos de Interés.

Paso 4: Formulación de las preguntas clínicas de la GPC

Reformulación de las preguntas clínicas siguiendo el formato PICO (Patient/ Intervention/Comparison/ Outcome): Paciente/ Intervención/ Comparación/Resultado

¿El Diagnóstico en pacientes con psicosis aguda es adecuado según la Investigación actual para los usuarios que consultan en el HAL?

¿El tratamiento administrado en el HAL está de acuerdo con las últimas recomendaciones Internacionales en el 100% de pacientes diagnosticados?

2.3. ETAPA III: BÚSQUEDA Y EVALUACIÓN DE GPC EXISTENTES

Paso 5: Búsqueda sistemática de GPC

- Hospital “Víctor Larco Herrera”. Guía de Práctica clínica de manejo de trastornos psicóticos agudos y transitorios. Departamento de Emergencia. 2022
- Veterans Affairs/Department of Defense (VA/DoD) de EE. UU. del 2023, la cual ofrece recomendaciones para el tratamiento del primer episodio de psicosis en esquizofrenia.
- El National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ha publicado una actualización de su Guía de Práctica Clínica (GPC) sobre psicosis y esquizofrenia en adultos.
- Ministerio de Salud de Perú (MINSA) Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Psicosis en el Primer y Segundo Nivel de Atención.
- Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, abordaje de episodio psicótico.
- Protocolo y Manual de Atención Integral para Personas con Trastornos Mentales y del Comportamiento, publicado por el Ministerio de Salud y Protección Social, atención de pacientes con trastornos psicóticos.

Paso 6: Evaluación preliminar de las GPC identificadas

Valorando las búsquedas de información múltiples en bases de datos; observando que es replicable la búsqueda de evidencia primaria; con año de publicación reciente, con similitud de la población objetivo y la coincidencia con el tópico de estudio.

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

- Hospital “Victor Larco Herrera”. Guía de Práctica clínica de manejo de trastornos psicóticos agudos y transitorios. Departamento de Emergencia. 2022
- El National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ha publicado una actualización de su Guía de Práctica Clínica (GPC) sobre psicosis y esquizofrenia en adultos.
- Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, abordaje de episodio psicótico.

Paso 7: Evaluación de la calidad de las GPC identificadas

Se utilizó el instrumento AGREE II, con 2 revisores y puntaje promedio aprobatorio o mayor de 60%.

- Con una puntuación de la calidad en la evaluación global de la GPC mayor al 60%, según el AGREE II.
- Con puntuación de la calidad >60% en los siguientes dominios: alcance y objetivos, rigor metodológico y aplicabilidad, según el AGREE II.

Paso 8: Decisión de desarrollar una GPC de novo o desarrollar una GPC adaptada

Se establece que la GPC seleccionada cumple los requisitos para ser adaptada en cuanto a un adecuado rigor metodológico, independencia editorial, fecha, objetivos buscados y el tiempo de formulación, además del uso de la metodología GRADE por lo que se analizan las recomendaciones y se procede a la adaptación de la GPC y su redacción.

2.4. ETAPA IV: DESARROLLO DE UNA GPC

Opción B. Desarrollo de la GPC adaptada

Paso 9B: Evaluación del cuerpo de la evidencia

El GEG cuenta con GPC que cumplen los criterios de los pasos previos: coinciden con el tópico de interés, objetivo y alcance, teniendo una calidad adecuada.

Paso 10B: Evaluación de la aceptabilidad y aplicabilidad de las recomendaciones

- Se evaluó si la recomendación fuera aceptada por la población objetivo (aceptabilidad).
- Se evaluó si la recomendación pudiera ser puesta en práctica, teniendo en consideración los recursos y barreras locales (aplicabilidad).

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

Paso 11B: Adopción de la recomendación

Se adoptaron todas las recomendaciones que cuentan con evidencia actualizada, que han sido evaluadas con metodología sistemática y transparente, y resultan aplicables y aceptables en el contexto local del HAL en el Cusco.

2.5. ETAPA V: REDACCIÓN DE LA GPC

Paso 12: Redacción del borrador de GPC

Se procedió a la redacción del documento GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO PSICÓTICO AGUDO

2.6. ETAPA VI: VALIDACIÓN DE LA GPC

Paso 13: Consulta con los grupos de interés

Se incluyó la perspectiva de los pacientes y familiares mediante la realización de un apartado cualitativo sobre sus perspectivas y necesidades acerca del trastorno psicótico agudo: Estudio cualitativo basado en grupos focales (dos con pacientes y uno con familiares) en los que se abordaron las siguientes áreas:

- › Naturaleza e impacto del trastorno psicótico agudo.
- › Convivencia con el trastorno psicótico agudo.
- › Valoración de los profesionales implicados y del proceso asistencial.
- › Tratamiento: beneficios, efectos secundarios o no deseados, adherencia y participación en la toma de decisiones.
- › Grado de satisfacción global con los cuidados recibidos.
- › Necesidades y preferencias sobre la información que reciben y sobre la comunicación con los profesionales sanitarios que les atienden.

Paso 14: Revisión externa (revisión por pares)

No hubo revisión de esta Guía por pares externos.

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

2.7. ANEXO 1: CRITERIOS PARA AUDITORÍA

Los puntos clave de las Recomendaciones permiten tener estándares para realizar las Auditorías.

2.8. ANEXO 2: ACTUALIZACIÓN DE LA GPC

Se encarga a los miembros del GEG revisar bibliografía actualizada por meses y de acuerdo con lo encontrado y a su participación en Foros y/o Congresos Nacionales y/o Internacionales, evaluar la necesidad de actualizar la **GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO PSICÓTICO AGUDO**

INTEGRANTE/MES 2024	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
M.C. Paulo Cesar Tuero Salgado	X						X					
M.C. Karina Surco Ochoa		X						X				
Psc. Juan José Quispe Huaman			X						X			
Psc. Emerson Valverde Castro				X						X		
Psc. Roxana Paucar Villa					X						X	
Psc. Pilar Vargas Flores						X						X

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

B. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO PSICÓTICO AGUDO

I. FINALIDAD

La presente Guía de práctica Clínica tiene como finalidad contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, optimizando la atención de los usuarios que presenten trastornos psicóticos, a través de recomendaciones basadas en la evidencia científica que puedan servir al equipo de salud del Servicio de Salud Mental y adicciones del Hospital Antonio Lorena para mejorar el abordaje, diagnóstico y manejo del paciente.

II. OBJETIVO

Proporcionar recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible y actual para los procesos de diagnóstico y tratamiento de pacientes que presenten Trastorno Psicótico Agudo.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente guía es de aplicación en el Servicio de Salud Mental y Adicciones del Hospital Antonio Lorena, GERESA CUSCO perteneciente al MINSU

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

4.1 NOMBRE Y CODIGO

- F23.O. Trastorno psicótico agudo polimorfo, sin síntomas de esquizofrenia.
- F23.1. Trastorno psicótico agudo polimorfo, con síntomas de esquizofrenia.
- F23.2. Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico.
- F23.3. Otro Trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes
- F23.8. Otros Trastornos psicóticos agudos y transitorios

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES.

1. **Trastorno psicótico agudo polimorfo** (sin síntomas de esquizofrenia): Trastorno psicótico agudo en el cual las alucinaciones, las ideas delirantes y las alteraciones de la percepción son evidentes, pero marcadamente variables y cambiantes de un día para otro e incluso de una hora a otra. También suele estar presente un estado de confusión emocional con intensos sentimientos fugaces de felicidad y éxtasis o de angustia e irritabilidad. Este cuadro clínico cambiante, polimorfo e inestable es característico y aunque a veces destacan síntomas individuales de tipo afectivo o psicótico, no se satisfacen las pautas para episodio maniaco (F30.-), episodio depresivo (F32.-) o esquizofrenia (F20.-). Este trastorno suele tener un comienzo súbito (menos de 48 horas) y una rápida resolución de los síntomas. En un elevado número de casos no existe un claro estrés precipitante
2. **Trastorno psicótico agudo polimorfo** (sin síntomas de esquizofrenia): Trastorno psicótico agudo en el cual las alucinaciones, las ideas delirantes y las alteraciones de la percepción son evidentes, pero marcadamente variables y cambiantes de un día para otro e incluso de una hora a otra. También suele estar presente un estado de confusión emocional con intensos sentimientos fugaces de felicidad y éxtasis o de angustia e irritabilidad. Este cuadro clínico cambiante, polimorfo e inestable es característico y aunque a veces destacan síntomas individuales de tipo afectivo o psicótico, no se satisfacen las pautas para episodio maniaco (F30.-), episodio depresivo (F32.-) o esquizofrenia (F20 -). Este trastorno suele tener un comienzo súbito (menos de 48 horas) y una rápida resolución de los síntomas. En un elevado número de casos no existe un claro estrés precipitante
3. **Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia:** Trastorno psicótico agudo en el que se satisfacen las pautas diagnósticas del trastorno psicótico agudo polimorfo (F23.0) y en el que están presentes de forma consistente síntomas típicos de la esquizofrenia
4. **Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico.** Trastorno psicótico agudo en el cual los síntomas psicóticos son comparativamente estables y satisfacen las pautas de la esquizofrenia (F20.-) pero cuya duración ha sido inferior a un mes. Puede estar presente hasta cierto punto una inestabilidad o variabilidad

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

emocional, pero no con la extensión descrita en el trastorno psicótico agudo polimorfo (F23.0)

5. **Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes:** Trastornos psicóticos agudos en los cuales la característica principal es la presencia de ideas delirantes o alucinaciones comparativamente estables pero que no satisfacen las pautas de la esquizofrenia (F20.-). Las ideas delirantes de persecución o de referencia son frecuentes y las alucinaciones son generalmente auditivas (voces que hablan directamente al enfermo).
6. **Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios Trastornos psicóticos agudos no clasificables en los apartados precedentes** (tales como cuadros psicóticos agudos en los cuales aparecen claras alucinaciones o ideas delirantes, pero que persisten por muy poco tiempo). Los estados de excitación no diferenciados deben ser también codificados aquí cuando no se disponga de más información acerca del estado mental del enfermo, siempre que haya evidencia de que no existe una causa orgánica que justifique los síntomas.
7. **Trastorno psicótico agudo y transitorio sin especificación** Incluye: Psicosis reactiva (breve) sin especificación.

5.2 ETIOLOGÍA.

Varias teorías intentan explicar cómo los riesgos genéticos podrían interaccionar con los riesgos biológicos y psicosociales que causan los trastornos psicóticos. Se mantiene la multicausalidad en la etiología de los trastornos psicóticos. Se tienen las siguientes hipótesis

La hipótesis del neurodesarrollo, propone que algunas personas tienen una vulnerabilidad al desarrollo de la psicosis y la esquizofrenia y que ésta surge debido a la interacción de los riesgos genéticos y ambientales en el momento del nacimiento. Por ejemplo, algunas personas podrían tener genes que aumentan las posibilidades de complicaciones antes o durante el parto y/o tener otros genes que hacen que sean difícil de reemplazar o reparar las células nerviosas dañadas cuando se produce una complicación. La teoría propone que estas personas a veces adquirirán lesiones neurológicas sutiles que no son inmediatamente evidentes durante la infancia. Sin embargo, cuando el niño entra en la adolescencia, estas lesiones sutiles de alguna manera alteran los cambios normales en la conectividad cerebral que se producen en todos los adolescentes.

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

El resultado final es que la persona afectada se vuelve particularmente sensible a desarrollar psicosis ante la presencia de algunos de los riesgos ambientales descritos anteriormente (por ejemplo, el consumo de cannabis).

Hay evidencia para apoyar la hipótesis del neurodesarrollo. Por ejemplo, algunas personas que desarrollan esquizofrenia tienen rasgos de personalidad inusuales (esquizotipia) así como pequeños retrasos en el desarrollo.

La hipótesis de la dopamina, propone que la psicosis y la esquizofrenia pueden ser causadas por la sobreactividad en el sistema dopaminérgico mesolímbico. La principal evidencia para apoyar esta teoría es que el tratamiento farmacológico eficaz para la psicosis y la esquizofrenia regulan el sistema neurotransmisor dopaminérgico. Sin embargo, debe hacerse una distinción entre la acción farmacológica de los fármacos antipsicóticos (que bloquean los receptores de dopamina) y la hipótesis de que la esquizofrenia está causada por la actividad excesiva de las neuronas dopaminérgicas, porque la evidencia no es clara. Por ejemplo, podría ser que los fármacos antipsicóticos causaran una supresión neurológica general que reduce la intensidad de los síntomas.

También se han propuesto teorías para explicar cómo pueden los factores psicológicos conducir al desarrollo de los síntomas psicóticos. Los factores psicológicos pueden dividirse en tener problemas con las funciones cognitivas básicas (tales como el aprendizaje, la atención, la memoria o planificación) y en sesgos en los procesos emocionales y de razonamiento. Los problemas en las funciones cognitivas básicas están relacionados con la investigación de la estructura y función del cerebro, mientras que los problemas con los procesos emocionales y de razonamiento pueden estar relacionados con factores sociales

Ambos tipos de factores psicológicos han sido implicados en el desarrollo de los síntomas de la psicosis y la esquizofrenia. De ahí que los estudios sobre los factores psicológicos puedan proporcionar un vínculo entre los factores de riesgo biológico y ambiental

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

5.3 FISIOPATOLOGÍA.

El principal personaje que, además de estudiar las psicosis exógenas, se encargó de proponer teorías sobre la fisiopatología, fue Karl Bonhoeffer. El cual propuso la teoría de la reacción exógena. En esta teoría, originalmente se propuso que a partir de una noxa primaria (v.g. infecciones, intoxicaciones, neoplasias, etc.) se producen toxinas metabólicas, denominadas eslabón etiológico intermedio. Los eslabones etiológicos intermedios producirían los síndromes o tipos de reacción exógena. Si tomamos en cuenta la propuesta de Bonhoeffer, podríamos considerar que los eslabones intermedios a los que se refería se tratarían de los glucocorticoides o de las citoquinas.

Así, ante una inflamación o infección, por ejemplo, hay secreción de corticoides desde la corteza suprarrenal que activan al núcleo del tracto solitario, y que consecutivamente dicha señal se dirige hacia la corteza cerebral y el sistema límbico, produciendo posteriormente síntomas psicóticos. Además, cuando hay una respuesta inflamatoria, hay secreción de citoquinas (IL-1, TNF-ALFA, IL-6, entre otros), que atraviesan la barrera hematoencefálica hacia el hipotálamo (NP V) y posteriormente a la hipófisis, promoviendo la secreción de ACTH y estimulando la circulación de corticoides, y repotenciando la probabilidad de aparición de síntomas psicóticos.

La hipótesis que los glucocorticoides serían los eslabones intermedios de Bonhoeffer, guarda relación con las observaciones de Rome y Braceland, en cuestión a los efectos psíquicos de los corticoides cuando se administran como tratamiento de diversas entidades médicas. Estos efectos psíquicos van desde euforia moderada hasta cuadros delusivos, alucinatorios, con amplias variaciones del afecto. Vasilevskis y colegas reportaron que ciertos marcadores inflamatorios están relacionados a cuadros delirantes.

Entre los marcadores inflamatorios se ha encontrado a la procalcitonina, proteína C reactiva y metabolitos del triptófano. Después de la observación de los casos, Bonhoeffer concluyó que no existían cuadros clínicos psíquicos específicos para cada enfermedad y que por lo tanto la mayoría de las enfermedades se expresaban de forma similar. Finalmente, describió que la evolución de las psicosis sintomáticas sigue y depende de la constitución general del paciente y la severidad y duración de la enfermedad física subyacente.

La recuperación puede ser rápida y repentina, como también pudiera ser perenne y duradera

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

Otra teoría propuesta para explicar las reacciones psicóticas a partir de cuadros inflamatorios o infecciosos. Es la teoría de la reacción endógena propuesta por Bostroem. En esta teoría, se trata de explicar las psicosis sintomáticas a partir de que existe una disposición patológica heredada y que la acción de las causas externas produce que estos factores heredados se activen más rápido en los individuos que los portan en comparación de aquellos que pertenecen al común de la población.

En ciertos sujetos, los agentes exteriores solo se consideran efectivos si se hallan mermadas o anuladas las resistencias orgánicas al desarrollo de las predisposiciones constitucionales.

En contradicción a Bonhoeffer, Specht fundamentó que no existe diferencia entre endógeno y exógeno, ya que los últimos se tratarían de psicosis endógenas producidas por factores externos. La diferencia también yace entre la instalación del cuadro. Mientras en uno la instalación es progresiva (endógena) el otro es de instalación brusca.

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS IMPORTANTES EN PERÚ.

Dentro de las patologías mentales, la psicosis es considerada un estado de pérdida total o parcial de la realidad, acompañado de trastornos del pensamiento como delusiones y de la percepción como alucinaciones, se vuelve de importancia clínica puesto que aumenta el riesgo de los pacientes de generar daño tanto a ellos como a otros y al mismo tiempo de no cubrir sus necesidades básicas dentro del componente de desorganización conductual.¹

La psicosis como tal no es considerada una entidad clínica individual sino como componente a muchas enfermedades mentales en incluso orgánicas², entre las cuales, dentro del primer grupo tenemos a la esquizofrenia, el trastorno bipolar, el trastorno esquizoafectivo y otros trastornos afectivos como la depresión con síntomas psicóticos, y en el segundo grupo estar relacionados a consumo de sustancia u otras enfermedades orgánicas tanto estructurales como metabólicas³.

Los últimos 50 años del siglo XX, la incidencia de psicosis en el mundo fue de 50 de cada 100 000 personas y la incidencia de esquizofrenia fue de 15 de cada 100 000 por año^{4,5} y si bien es cierto la se puede dar en la infancia (aproximadamente 1 en 10,000) es muy rara, siendo más común en varones⁶⁷.

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

Sin embargo, los primeros 20 años del siglo XXI, esta incidencia ha ido en aumento siendo de 86 por 100 000 entre los 15 a 29 años y 46 por 100 000 entre los 30 a 59 años, y si bien es cierto que el primer grupo la incidencia es mayor, la población del segundo grupo era aproximadamente el doble, siendo entonces el mayor porcentaje de diagnósticos en emergencias la del segundo grupo etéreo⁸

En una cohorte reciente (2020) en una población de 2091 pacientes de Suecia durante los años 2007 y 2011, se les realizó un seguimiento desde su primer ingreso por primer episodio psicótico desde 1987, donde se encontró que la media de edad del primer ingreso hospitalario por psicosis fue de 21,2 años, 64% fueron hombres y los diagnósticos fueron. esquizofrenia 11%, trastorno delirante 5%, trastornos psicóticos agudos y transitorios 36%, trastorno esquizoafectivo 4%, otros trastornos psicóticos no orgánicos 1,2% y psicosis no orgánica no especificada 42%.⁹

Si bien es cierto en el mundo se mantiene la discusión entre el diagnóstico de la psicosis aguda versus el primer episodio psicótico, debido a que la psicosis suele relacionarse como una puerta inicial a otras enfermedades mentales, o de un origen orgánico, sin necesidad de ser una entidad nosológica individual¹⁰ existen muy pocos estudios al respecto siendo de los últimos 20 años estudios relacionados con la incidencia a la resistencia de fármacos como Clozapina¹¹ o la incidencia de la esquizofrenia y psicosis en una población nacional, como la de Brasil en Sao Pau^{10 12}.

En el Perú, el Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental, realizado en el 2015 por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” en Hospitales Regionales del Perú, en una población de 9816 personas adultas, encontró una prevalencia de vida de trastornos psicóticos del 1,2%, y una prevalencia anual del 0.4%. 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 en 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 son significativamente más altas.

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

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.

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

5.5.1 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 desarrollaran 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.

5.5.2 Factores Biológicos

- Complicaciones antes o durante el parto (como infecciones, mala nutrición del feto durante el embarazo, el estrés maternal o trauma en el parto).
- El consumo de cannabis, sobre todo en la adolescencia.
- Padres de edad avanzada.
- La exposición al parásito unicelular toxoplasma gondi.

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

5.5.3 Factores psicosociales

- Adversidad en la infancia y de adultos, incluyendo vivir en zonas desfavorecidas, el abuso sexual, físico y emocional, la negligencia y la intimidación
- La inmigración, especialmente cuando los inmigrantes son de un país en desarrollo o un país donde la mayoría de la población es de raza negra

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 CUADRO CLÍNICO

Presencia de delusiones o alucinaciones de comienzo agudo, este se define como un cambio desde un estado sin características psicóticas a otro claramente anormal y psicótico en un período de dos semanas o menos. Hay evidencia de que el comienzo agudo es signo de buen pronóstico y es posible que cuanto más súbito sea el inicio, mejor será el desenlace

Los síndromes típicos seleccionados son, primero, el estado rápidamente cambiante y variable, llamado aquí "polimorfo", el cual ha sido descrito en los trastornos psicóticos agudos en varios países y, en segundo lugar, la presencia de síntomas esquizofrénicos típicos

El estrés agudo asociado significa que los primeros síntomas psicóticos se presentaron no más allá de dos semanas después de uno o más acontecimientos que serían vivenciados como estresantes por la mayoría de personas en circunstancias similares dentro del mismo ambiente cultural.

Acontecimientos típicos de esta clase son los duelos, las pérdidas inesperadas de compañeros o de trabajo, el contraer matrimonio, o el trauma psicológico del combate, el terrorismo y la tortura.

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

Factores de riesgo diferenciados según la edad detectados con el LISMEN en los antecedentes de una población (n= 838) de pacientes con psicosis, seleccionando los pacientes que ya habían consultado en la Unidad de Salud Mental en edad infantil (n=120)

Factores de riesgo específicos de cada franja de edad	Porcentajes de presencia en Historia Clínica
Niño/a con enfermedad crónica	35,2%
Institucionalización temprana (instituciones tutelares, instituciones de justicia) :	35,3 %
Problemas obstétricos	8,2 %
Vómitos frecuentes y/o rechaza la alimentación	5,7 %
Miedos, dificultades de adaptación, difícil de calmar	13,5 %
Depresión de la madre en embarazo y/o puerperio	-
Rabietas, enfados frecuentes	15 %
Problemas frecuentes en el manejo de los hábitos básicos: comidas, higiene	20 %
Dificultades de separación y de ser autónomo	31,9 %
Ideas autoreferenciales, tendencia al delirio, pensamiento demasiado particular	38,8 %
Problemas frecuentes en el manejo de los hábitos básicos: comidas, higiene	35,9 %
Ideas raras	31,1 %

Factores de riesgo para padecer trastornos psicóticos. J. L. Tizón, J. Artigue, B. Parra, M. Sorribes, J. Ferrando, C. Pérez, F. Pareja, M. Gomá, B. Marzari Clínica y Salud, 2008, vol. 19 n.º 1 - Págs. 27-58. ISSN: 1135-0806

Las dificultades o problemas crónicos no deben ser considerados en este contexto como fuente de estrés.

La recuperación completa tiene lugar generalmente dentro del plazo de dos o tres meses, a menudo en pocas semanas e incluso días, y sólo una pequeña proporción de enfermos con estos trastornos desarrollan estados persistentes e invalidantes

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.

6.2 DIAGNÓSTICO

Trastornos psicóticos agudos y transitorios

El método utilizado para diagnosticar se basa en construir una secuencia diagnóstica la cual refleja el orden de prioridad asignado a características claves del trastorno.

El orden de prioridad utilizado es el siguiente:

- a) Comienzo agudo (menos de dos semanas), como característica que define al grupo en general.
- b) Presencia de síndromes típicos
- c) Presencia de estrés agudo.

Pautas para el diagnóstico.

Ninguno de los trastornos de este grupo satisface las pautas de un episodio maniaco (F30 -) o depresivo (F32.-), aunque los cambios emocionales y los síntomas afectivos individuales puedan estar de vez en cuando en primer plano.

Ausencia de una causa orgánica, tal como de conmoción cerebral, delirium o demencia A menudo se observa perplejidad, preocupación o falta de atención hacia la conversación inmediata, pero si estos síntomas son tan marcados o persistentes como para sugerir delirium o demencia de causa orgánica, el diagnóstico debe ser pospuesto hasta que la exploración o la evolución hayan aclarado este punto

Las pautas temporales (tanto en lo que se refiere a las dos semanas como a las 48 horas) no se refieren al tiempo de máxima gravedad y perturbación, sino a plazos en los cuales los síntomas psicóticos han llegado a ser obvios y desorganizadores de, al menos, algunos aspectos de la vida diaria y del trabajo.

Los síntomas y las alteraciones deben de ser obvios sólo en los plazos citados, en el sentido de que normalmente habrán llevado al individuo a buscar algún tipo de ayuda o de intervención médica.

Puede utilizarse un quinto carácter para indicar si el trastorno psicótico agudo se asocia a una situación estresante aguda: F23.x0 No secundario a situación estresante aguda F 23 XI Secundario a situación estresante aguda.

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

Trastorno psicótico agudo polimorfo, sin síntomas de esquizofrenia. F23.0

Pautas para el diagnóstico

- a) El comienzo sea agudo (pasar desde un estado no psicótico a un estado claramente psicótico en el plazo de dos semanas o menos).
- b) Estén presentes varios tipos de alucinaciones o ideas delirantes, variando de tipo e intensidad de un día para otro o dentro del mismo día.
- c) Exista un estado emocional cambiante de forma similar.
- d) A pesar de la variedad de los síntomas, ninguno esté presente con la suficiente consistencia como para satisfacer las pautas de esquizofrenia (F20.) o de un episodio maníaco o depresivo (F30. o F32.).

Incluye: "Bouffée delirante" sin síntomas de esquizofrenia o no especificada. Psicosis cicloide sin síntomas de esquizofrenia o no especificada.

Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia. F23.1

Pautas para el diagnóstico

Deben cumplirse las pautas a), b) y c) (F23.0) del trastorno psicótico agudo polimorfo (F23.0). Que además hayan estado presentes síntomas que satisfacen las pautas de la esquizofrenia (F20.-) durante la mayor parte del tiempo desde que el cuadro clínico psicótico se estableció de forma evidente. Si los síntomas esquizofrénicos persisten más de un mes, el diagnóstico debe ser cambiado por el de esquizofrenia (F20.-). Incluye: "Bouffée delirante" con síntomas de esquizofrenia. Psicosis cicloide con síntomas de esquizofrenia

Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico

Pautas para el diagnóstico

- a) El comienzo de los síntomas psicóticos sea agudo (desde un estado no psicótico a otro claramente psicótico en dos semanas o menos).
- b) Hayan estado presentes síntomas que satisfacen las pautas de la esquizofrenia (F20) durante la mayor parte del tiempo desde que el cuadro clínico psicótico se estableció de forma evidente.
- c) No se satisfacen las pautas del trastorno psicótico agudo polimorfo

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes Pautas para el diagnóstico

- a) El comienzo de los síntomas psicóticos sea agudo (desde un estado no psicótico a otro claramente psicótico en dos semanas o menos).
- b) Las ideas delirantes o alucinaciones hayan estado presentes durante la mayoría del tiempo desde que el cuadro clínico comenzó a manifestarse.
- c) No se satisfacen las pautas de la esquizofrenia (F20.-) ni del trastorno psicótico agudo polimorfo (F23.0).

Si las ideas delirantes persisten más de tres meses, el diagnóstico debe cambiarse por el de trastornos de ideas delirantes persistentes (F22.)

Si son sólo las alucinaciones las que persisten más de tres meses, el diagnóstico debe cambiarse por el de otros trastornos psicóticos no orgánicos (F28).

Incluye: Reacción paranoide. Psicosis psicógena paranoide.

6.3 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 con el juicio clínico. Un resultado negativo no descarta de plano una causa biológica de una psicosis.
- Toxicológico, para descartar intoxicación por consumo de sustancias psicoactivas
- En mujeres de edad fértil y que no se conozca bien su método anticonceptivo. Test de embarazo
- En caso de que el paciente haya tenido conducta errática: Hemograma completo, Glucosa, Urea, Creatinina, Transaminasas, colesterol total y triglicéridos, proteínas total y fraccionada; examen de orina, Elisa para VIH y VRDL.

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

NIVEL III-1: 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.

6.4.1 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.

6.4.2 Medidas complementarias

Al dirigirse al paciente:

- Hablar en tono adecuado y escucharle con respeto
- No tratar de convencerlo de sus falsas percepciones en caso de que esté con esos síntomas
- Evitar actitudes negativas como la crítica hostil y la sobreprotección
- No retarlos, no desafiarlos
- No descalificar, hay que recordar que sus manifestaciones son reflejo del padecimiento que está experimentando.

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

- 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 punzocortantes, inflamables que puedan causar daño).
- Hay que 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

6.4.3 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

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

- 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

C. 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

D.- En el trabajo

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

6.4.4 Terapéutica

En caso el paciente ingrese con agitación psicomotriz se podrá usar Haloperidol vía parenteral. 5mg 01 ampolla IM STAT.

En el caso de que no exista presencia o riesgo de agitación psicomotriz se usará antipsicótico por vía oral. De preferencia se utilizarán los antipsicóticos atípicos.

Se escogerá un antipsicótico preferentemente de segunda generación en monoterapia y a dosis bajas, en función a la eficacia, probabilidad de presentar efectos secundarios y comorbilidades del paciente.

Se evitará el uso de clozapina en pacientes con primer episodio psicótico, esta se usará para casos de esquizofrenia resistente al tratamiento

Aunque los fármacos antipsicóticos son efectivos contra los síntomas de psicosis positivos, su efectividad es limitada contra los negativos. El tratamiento debe complementarse con medidas no farmacológicas (psicoeducación, rehabilitación cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales).

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

Rangos de dosis de antipsicóticos recomendadas en guías y textos

	PORT	NICE (SPC)	TMAP	Lieberman	Castle (20)	Labatte
amisulprida		400-800			400-1.200	
aripirazol	10-30	10-15(30)	10-30	10-30	10-30	15
clozapina	300-800	200-450 (900)	300-900	150-600 (300-800)	200-900	
olanzapina	10-20	5-20	10-20 (30)	10-30	5-20	10-20
paliperidona	3-15			6-12	3-12	6
quetiapina	300-750	300-450 (800)	300-800	300-750	300-750	600
risperidona	2-8	4-6 (16)	2-6 (16)	2-8	4-6	4-6
risperidona ILL	25-75	25-50		25-50		
ziprasidona	80-160		80-160	120-160	40-160	160
clorpromazina	300-1.000		300-1.000	300-1.000		
perfenazina	12-64		16-64			
haloperidol	6-20		2-20			

PORT=Schizophrenia Patient Outcomes Research Team, NICE=National Institute for Health and Clinical Excellence, SPC=Summary of Products Characteristics (equivale a las fichas técnicas europeas), TMAP=Texas Medication Algorithm Project, ILL=inyectable de liberación lenta cada 2 semanas. Entre paréntesis dosis máximas.

Antipsicóticos en esquizofrenia. Revisión de guías internacionales actuales. Carlos Heimann Navarra a. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2015; 35 (125), 79-91

Efectos adversos o colaterales del tratamiento

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.

6.4.5 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

6.4.6 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 disquinesia 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

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

- ✓ Convulsiones
- ✓ Movimientos involuntarios, que no son controlados por anti parkinsonianos

6.4.7 Criterios de Alta

- En el caso de las psicosis orgánicas agudas (intoxicaciones, puerperales, reactivas, entre otras) los antipsicóticos se indicarán por un periodo breve de tiempo, hasta que los síntomas hayan remitido.

6.4.8 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 o Movilización de las redes de soporte social.

6.5 COMPLICACIONES

Algunos casos de psicosis podrían presentar complicaciones como:

- Derivados del estado del paciente
 - ✓ Abandono del tratamiento: Propiciando el retorno de síntomas psicóticos con las alteraciones conductuales.
- Derivados del uso de la medicación
 - ✓ Reacciones extrapiramidales
 - ✓ Sedación excesiva
 - ✓ Síndrome neuroléptico maligno
 - ✓ Disonía aguda
 - ✓ Acatisia
 - ✓ Efectos anticolinérgicos
 - ✓ Existe el riesgo de complicaciones cardíacas como por ejemplo prolongación del intervalo Q-T con el uso de haloperidol.

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

- ✓ El uso concomitante de Olanzapina parenteral y benzodiazepinas puede provocar hipotensión, depresión y depresión respiratoria.

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 el 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 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.

6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA

SE DERIVA A UN NIVEL DE COMPLEJIDAD MAYOR:

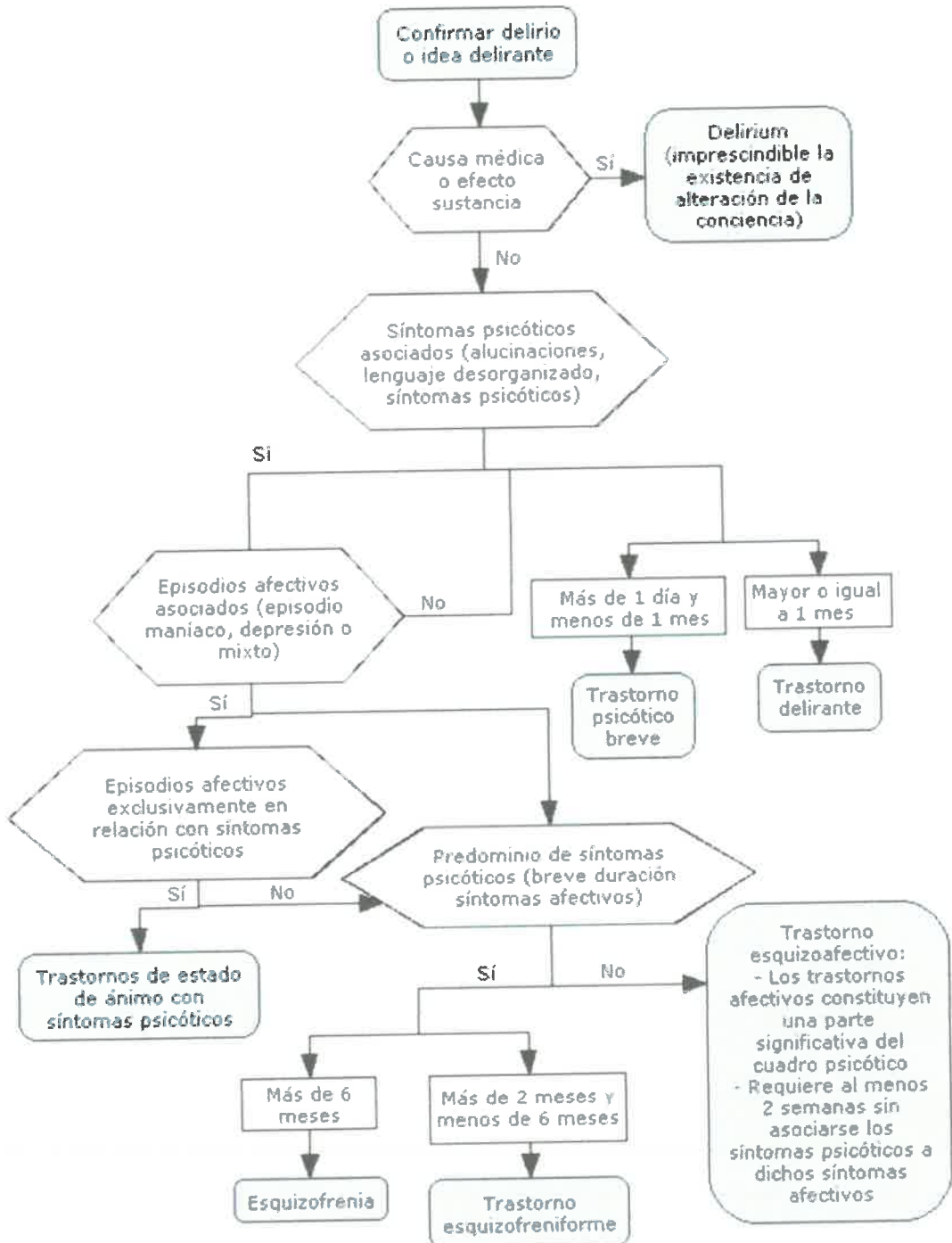
- Cuadros con hetero agresividad.
- Falla en la respuesta terapéutica (resistencia a tratamiento).
- Conductas suicidas. Conductas homicidas.
- Comorbilidad con farmacodependencias (tabaco, alcohol y drogas ilegales).
- Complicaciones físicas (obesidad, problemas médico-quirúrgicos).



“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

6.7 FLUXOGRAMA / ALGORITMO

PAUTAS PARA DIAGNÓSTICO EN TRASTORNOS PSICÓTICOS AGUDOS EN EMERGENCIA

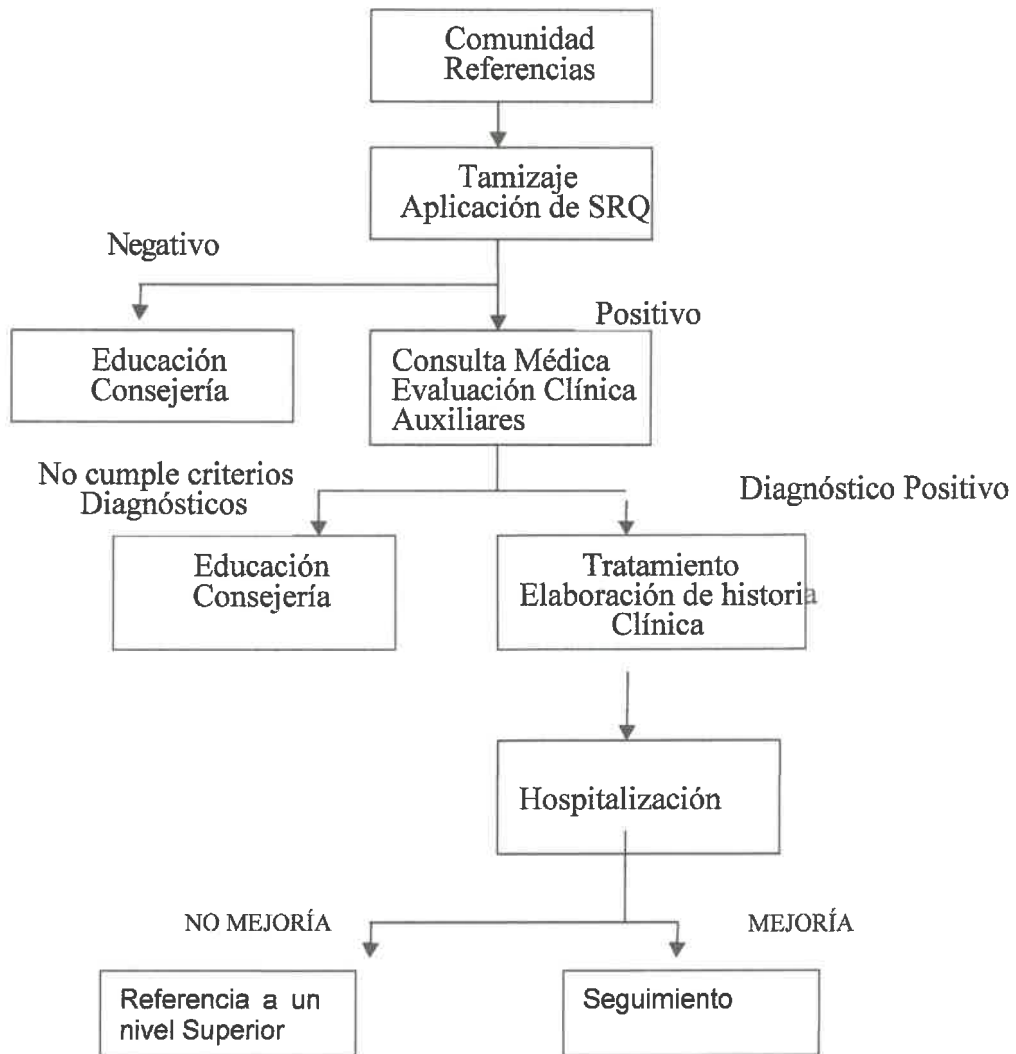


Delirio y alucinaciones. Belén Amalich Jiménez, Antonio Carrasco Serrano, José Ignacio Aznarte López.
https://robertexto.com/archivo15/delirio_alucin.htm



“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN NIVEL III-1



FUENTE PROPIA

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

VII. ANEXOS

ANEXO 01

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

FechaEntrevistador:
Establecimiento:

IDENTIFICACION DEL PACIENTE:

Nombre del paciente:
.....

Fecha de Nacimiento:Edad: Sexo: M F

Dirección:.....

Motivo de consulta:
.....
.....
.....

Contesta las siguientes preguntas marcando con una x , donde corresponde:



“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

N°	PREGUNTA	MARCA	
		SI	NO
1.	¿Tiene dolores frecuentes de cabeza?		
2.	¿Tiene mal apetito?		
3.	¿Duerme mal?		
4.	¿Se asusta con facilidad?		
5.	¿Sufre temblor en las manos?		
6.	¿Se siente nervioso o tenso?		
7.	¿Sufre de mala digestión?		
8.	¿Es incapaz de pensar con claridad?		
9.	¿Se siente triste?		
10.	¿Llora Ud. con mucha frecuencia?		
11.	¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?		
12.	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?		
13.	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo?		
14.	¿Su trabajo se ha visto afectado?		
15.	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		
16.	¿Ha perdido interés en las cosas?		
17.	¿Se siente aburrido?		
18.	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		
19.	¿Se siente cansado todo el tiempo?		
20.	¿Siente Ud. que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		
21.	¿Es Ud. una persona mucho más importante que lo que piensan los demás?		
22.	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

23.	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas pueden oír?		
24.	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua ó pérdida del conocimiento?		
25.	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que Ud. estaba bebiendo demasiado?		
26.	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		
27.	¿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?		
28.	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		
29.	¿Le ha parecido alguna vez que Ud. bebía demasiado?		

PUNTUACIÓN DE LAS PREGUNTAS 1 – 18:

DETERMINACIÓN DE LA PUNTUACIÓN:

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 este 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”.

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

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> <p>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>	<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> <p>0. No evaluado 1. Mucho mejor 2. Moderadamente mejor 3. Levemente mejor 4. Sin cambios 5. Levemente peor 6. Moderadamente peor 7. Mucho peor</p>

Fecha	Gravedad	Mejoría	Evaluador	Comentarios

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

INFORMACIÓN PARA CUIDADORES DE PERSONAS CON SÍNDROMES PSICÓTICOS.

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.

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

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 WEB

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.

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

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

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

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.

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

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.*

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

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 continúa.

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:

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

- 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 cual 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:

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

- 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.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hospital “Víctor Larco Herrera”. Guía de Práctica clínica de manejo de trastornos psicóticos agudos y transitorios. Departamento de Emergencia. 2022
2. Siddiqui. W, Gupta, V. and Huecker, Ms, 2020. Agitation. StatPearls,
3. Stucchi S. Cruzado L. Fernandez R Bernut Mi Rejas N, Vargas H, Nunez M, Cáceres E, Sanchez M. Guia de Práctica clinica para el Tratamiento de la Agitación Psicomotora y la Conducta Agresiva.
4. Mohr W, Petti T, Mohr B. Adverse Effects Associated with Physical Restraint. The Canadian Journal of Psychiatry [Internet]. 2003;48(5):330-337. Available from <https://sagepub.com>
5. American Psychological Association. Psychosis. APA Dictionary of Psychology.
6. Accessed April 7 i 2022. <https://dictionary.apa.org/psychosis>
7. Cadenhead K, Marder S. Psychosis in adults: Epidemiology, clinical manifestations, and diagnostic evaluation. Uptodate. Published 2022. Accessed August 14, 2022. <https://www.uptodate.com/contents/psychosis-in-adults-epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnostic-evaluation>
8. Wood AJ, Carroll AR, Shinn AK, Ongur D, Lewandowski KE. Diagnostic Stability of Primary Psychotic Disorders in a Research Sample. Front Psychiatry. 2021; 2(October):1-7. doi:10.3389/fpsy.2021.734272
9. McGrath J, Saha S, Welham J, El Saadi O, MacCauley C, Chant D. A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. BMC Med. 2004;2:13. doi:10.1186/17417015-2-13.
10. Cadenhead K, Marder S. First episode psychosis. Uptodate. Published 2022. Accessed August 14, 2022. <https://www.uptodate.com/contents/first-episode-psychosis>
11. Polanczyk G, Moffitt T E, Arseneault L, et al. Etiological and clinical features of childhood psychotic symptoms: results from a birth cohort. Arch Gen Psychiatry. 2010;67(4):328338. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.14
12. Driver DI, Gogtay N, Rapoport JL. Childhood onset schizophrenia and early onset schizophrenia spectrum disorders. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2013;22(4):539555. doi:10.1016/j.chc.2013.04.001
13. Simon GE, Coleman KJ, Yarborough BJH, et al. First Presentation With Psychotic Symptoms in a Population-Based Sample. Psychiatr Serv. 2017;68(5):456-461 .doi: 10.1176/appi.ps.201600257

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

14. Gaia Sampogna Correlations between Negative Symptoms and Cognitive Deficits in Individuals at First Psychotic Episode or at High Risk of Psychosis: A Systematic Review. NIH. 2023
15. Gaia Sampogna A Systematic Review on the Effectiveness of Antipsychotic Drugs on the Quality of Life of Patients with Schizophrenia. NIH 2023
16. Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. “Estudio Epidemiológico de Salud Mental en hospitales regionales 2015”. Informe general. Anales 2019 Volumen XXXV
17. 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)
18. 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)
19. 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)
20. 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
21. Manual de la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10)
22. 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