

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PSICOSIS, GUÍAS CLÍNICAS PARA LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA, MINISTERIO DE SALUD GOBIERNO DE EL SALVADOR

GUÍA ADOPTADA POR MEDOLOGÍA AGREE II

8.1 Generalidades.

El término “psicosis” se emplea para referirse a aquellos trastornos de la mente caracterizados por una pérdida de contacto con la realidad. Cuando una persona sufre este tipo de trastorno se dice que ha tenido un “episodio psicótico”.



8.2 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.



8.3 Epidemiología.

La psicosis afecta principalmente a los jóvenes adultos y es bastante común. Cerca de 3 de cada 100 jóvenes sufrirán un episodio psicótico, lo cual significa que entre este sector de la población la psicosis es más común que la diabetes. La mayor parte de los afectados consigue una plena recuperación del trastorno. La psicosis puede afectar a cualquiera, y como toda enfermedad, es susceptible de tratamiento.



8.4 Etiología.

Puede resultar útil clasificar la psicosis en dos categorías de acuerdo a su etiología:

- a) **Psicosis orgánicas o secundarias:** reconocen su origen en una anomalía cerebral que puede ser explicada desde el punto de vista estructural y/o metabólico. 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.
- b) **Psicosis funcionales o primarias:** se originan de disfunciones neuroquímicas de manera que en su extremo final las lesiones estructurales y/ metabólicas. Hay evidencias de que los factores genéticos cumplen un papel importante en la etiología de estas psicosis. Las psicosis funcionales mejor estudiadas desde el punto de vista biomédico son las esquizofrenias y los trastornos bipolares.



Factores detonantes o desencadenantes: son los factores que precipitan la aparición de la psicosis en una persona con predisposición genética, los cuales comprenden factores de riesgo psicosocial como el consumo de sustancias psicoactivas, o cualquier estrés importante en la vida de una persona, como perder el empleo, dificultades económicas, problemas de relaciones interpersonal, duelo, violencia entre otros.



8.5 Clasificación.

Psicosis aguda

F23.0 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.

Psicosis crónica

F 20 Esquizofrenia

F 21 Trastorno esquizotípico

F 22 Trastorno de ideas delirantes persistentes.

Tabla 13. Guía para la intervención de psicosis.

Psicosis Intervenciones	Nivel de atención						
	Primer nivel UCSF			Segundo nivel		Tercer nivel (Atención especializada)	
Anamnesis	B	I	E	HG	UHSM	HNBB	HNP
Atienda al usuario/a con calidad y calidez.	X	X	X	X	X	X	X
Busque los siguientes síntomas:							
La psicosis está caracterizada por distorsiones del pensamiento y de la percepción, así como también por un conjunto de emociones inapropiadas o limitadas. Puede presentar lenguaje incoherente o ilógico. También se pueden presentar alucinaciones (escuchar voces o ver cosas que no existen), estado delirante (creencias fijas, falsas e idiosincrásicas) o recelo excesivo e injustificado. Se pueden observar anormalidades graves de conducta, tales como conducta desorganizada, agitación, excitación e inactividad o actividad excesiva. También se pueden detectar alteraciones de las emociones, tales como apatía pronunciada o incoherencia entre la emoción expresada y el afecto observado (por ejemplo, entre las expresiones faciales y el lenguaje corporal).	X	X	X	X	X	X	X



Ejemplo, entre las expresiones faciales y el lenguaje corporal).

Exploración física							
Descartar condiciones físicas y de consumo de sustancias que pueden causar signos y síntomas similares a la psicosis.	X	X	X	X	X	X	X
Exploración mental							
<ul style="list-style-type: none"> - Alteraciones de la conducta (irritabilidad, agresividad, comportamiento desorganizado). - Afecto: apatía, embotamiento, incoherencia entre la emoción expresada y el afecto observado. - Pensamiento: ilógico, con alteraciones en el curso, ideas delirantes. - Sensopercepción: pseudoalucinaciones y alucinaciones. 	X	X	X	X	X	X	X

- Sensopercepción, pseudoalucinaciones y alucinaciones.							
Diagnóstico							
Criterios diagnósticos							
Trastornos psicóticos agudos y transitorios.							
Grupo heterogéneo de trastornos caracterizados por el inicio agudo de síntomas psicóticos tales como ideas delirantes, alucinaciones y alteraciones en la percepción, y por la grave perturbación del comportamiento ordinario. El inicio agudo se define como un desarrollo “ <i>in crescendo</i> ” de un cuadro clínico claramente anormal en unas dos semanas o menos. Para estos trastornos no hay pruebas de causa orgánica. A menudo hay perplejidad y desconcierto, pero la desorientación en tiempo, lugar y persona no son lo suficientemente persistentes o graves para justificar un diagnóstico de delirium de causa orgánica. Habitualmente se produce una recuperación completa en pocos meses, a menudo en pocas semanas e incluso días. Si el trastorno persiste hay que cambiar el diagnóstico.	X	X	X	X	X	X	X



- Sensopercepción, pseudoalucinaciones y alucinaciones.							
Diagnóstico							
Criterios diagnósticos							
Trastornos psicóticos agudos y transitorios.							
Grupo heterogéneo de trastornos caracterizados por el inicio agudo de síntomas psicóticos tales como ideas delirantes, alucinaciones y alteraciones en la percepción, y por la grave perturbación del comportamiento ordinario. El inicio agudo se define como un desarrollo “ <i>in crescendo</i> ” de un cuadro clínico claramente anormal en unas dos semanas o menos. Para estos trastornos no hay pruebas de causa orgánica. A menudo hay perplejidad y desconcierto, pero la desorientación en tiempo, lugar y persona no son lo suficientemente persistentes o graves para justificar un diagnóstico de delirium de causa orgánica. Habitualmente se produce una recuperación completa en pocos meses, a menudo en pocas semanas e incluso días. Si el trastorno persiste hay que cambiar el diagnóstico.	X	X	X	X	X	X	X

acompañan de ideas delirantes (que pueden ser fugaces o poco estructuradas) sin un contenido afectivo claro, o cuando se acompañan de ideas sobrevaloradas persistentes.

b) Neologismos, interceptación o bloqueo del curso del pensamiento, que dan lugar a un discurso incoherente o irrelevante.

c) Conducta catatónica, tal como excitación, posturas características o flexibilidad cética, negativismo, mutismo y estupor.

d) Síntomas "negativos", tales como marcada apatía, pobreza del discurso y embotamiento o incongruencia de las respuestas emocionales.



Trastorno esquizotípico							
1. El sujeto debe haber manifestado, de forma continua o reiterada, durante un período de la menos dos años, al menos cuatro de las siguientes características:	X	X	X	X	X	X	X
a) Afectividad inapropiada o constreñida, con un aspecto frío y distante.							
b) Comportamiento o apariencia extraños, excéntricos o peculiares.							
c) Contacto personal empobrecido y tendencia al retraimiento social.							
d) Creencias extrañas o pensamiento mágico, que influyen en el comportamiento y son inconsistentes con las normas subculturales.							
e) Susplicacia o ideas paranoides.							
f) Rumitaciones sin resistencia interna, a menudo con contenidos dismofóbicos, sexuales o agresivos.							
g) Experiencias perceptivas inusuales, incluyendo ilusiones somatosensoriales (corporales) u otras, despersonalización o desrealización.							
h) Pensamiento vago, circunstancial, metafórico, muy elaborado y a menudo estereotipado, que se manifiesta por un discurso extraño o de otras formas, sin llegar a la incoherencia burda.							
i) Episodios casi psicóticos ocasionales y transitorios con ilusiones intensas, alucinaciones auditivas o de otro tipo e ideas deliroides, que habitualmente se producen sin provocación externa.							
2. El sujeto nunca debe haber cumplido criterios de algún trastorno en F20 (esquizofrenia).							

en F20 (esquizofrenia).

Trastorno de ideas delirantes persistentes

Trastorno caracterizado por el desarrollo de una idea delirante o una serie de ideas delirantes relacionadas entre sí, que habitualmente son persistentes y a veces persisten toda la vida. El contenido de la idea o ideas delirantes es muy variable.

La presencia de alucinaciones auditivas claras y persistentes (voces), de síntomas esquizofrénicos, tales como ideas de control y un afecto marcadamente embotado, o de pruebas definidas de enfermedad cerebral, son todos incompatibles con este diagnóstico.

- a) Presencia de una idea delirante o una serie de ideas delirantes relacionadas entre sí, diferentes a las enumeradas como típicas de la esquizofrenia, es decir que no son completamente imposibles o culturalmente inapropiadas (persecución, grandiosidad, hipocondríacas, de celos o eróticas).
- b) Las ideas delirantes del criterio A, deben estar presentes durante al menos tres meses.
- c) No se cumplen los criterios generales de esquizofrenia.
- d) No debe haber alucinaciones persistentes de ningún tipo (pero puede haber alucinaciones auditivas ocasionales y transitorias que no sean en tercera persona o comenten la propia actividad).
- e) Puede haber síntomas depresivos de forma intermitente, siempre que las ideas delirantes persistan durante los periodos que no hay alteraciones del ánimo.
- f) No debe haber pruebas de ningún trastorno mental orgánico primario o secundario, ni de un trastorno psicótico debido al consumo de sustancias psicoactivas.

X X X X X X X



sustancias psicoactivas.

Pruebas de laboratorio (para descartar otras condiciones físicas)	B	I	E	HG	UHSM	HNBB	HNP
- Hemograma				X	X	X	X
- Glicemia							
- Pruebas tiroideas							
- Electrolitos							
- Pruebas hepáticas							
- Pruebas renales							
- Exámenes toxicológicos							



Exámenes toxicológicos

Pruebas de gabinete							
- Electrocardiograma			X	X	X	X	X
- Radiografía de Tórax				X	X	X	X
- Electroencefalograma					X	X	X
- TAC cerebral						X	
Pruebas psicométricas							
- Test de personalidad Mini-Mult 82			X	X	X	X	X
- Test de Millon							
- Test de Bender.							
- Escala PANSS (síntomatología negativa y positiva de esquizofrenia)							



- Escala PANSS (simptomatología negativa y positiva de Esquizofrenia)							
Diagnóstico diferencial							
Trastorno afectivo de tipo depresivo o maniaco, trastornos esquizo-afectivos, trastornos delirantes, trastornos mentales orgánicos asociados a disfunción cerebral, trastornos mentales y de comportamiento asociados a consumo de sustancias psicoactivas.	X	X	X	X	X	X	X



consumo de sustancias psicoactivas.

Tratamiento							
El plan de tratamiento debe ser individualizado e interdisciplinario y debe incluir los siguientes aspectos fundamentales:							
Farmacológico							
Fase aguda. Prescribir un medicamento antipsicótico a la vez, comenzar con dosis bajas y aumentarlas lentamente con el fin de reducir la aparición de los efectos secundarios (síntomas extrapiramidales, sedación, hipotensión ortostática, síndrome neuroléptico maligno), hasta llegar a la dosis terapéutica más baja. Se recomienda usar los siguientes fármacos orales: <ul style="list-style-type: none"> - Haloperidol 5-20 mg/día repartido en dos o tres dosis. - Clorpromazina 300-800 mg/día repartido en dos o tres dosis. - Olanzapina 10-20mg/día en una o dos dosis. - Risperidona 2-8 mg/día en dos dosis¹⁴ Procurar suministrar el medicamento a una dosis óptima por lo menos durante 4 semanas antes de considerarla inefectiva. Considere el tratamiento intramuscular agudo solamente si el tratamiento oral no es posible. Debe evaluar estado de conciencia y signos vitales previamente, si estos se encuentran en parámetros normales, administrar: <ul style="list-style-type: none"> - Haloperidol 5 a 10 mg IM - Clorpromazina 50 a 100 mg IM 			X	X	X	X	X

- Clorpromazina 50 a 100 mg im			X	X	X	X	X
Fase de estabilidad y mantenimiento: <p>La esquizofrenia, el trastorno esquizotípico y el trastorno por ideas delirantes persistentes suele ser enfermedades crónicas y requiere tratamiento prolongado con medicación antipsicótica para disminuir el riesgo de recaídas. Si un paciente ha permanecido estable durante cerca de 1 año, entonces se puede reducir gradualmente la dosis de la medicación hasta la dosis mínima eficaz a razón de un 20% cada mes. Las estrategias para reducir la dosis se deben individualizar según la intensidad de los episodios anteriores, la estabilidad de los síntomas y la tolerabilidad de la medicación¹⁵</p> <p>Para usuarios con poca adherencia al tratamiento oral puede ser recomendable el uso de antipsicóticos de depósito o de larga acción, los cuales se administran por vía intramuscular, una dosis cada dos a cuatro semanas. Puede utilizarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Decanoato de flufenazina 25-50 mg IM cada dos semanas o mensual. <p>Para el caso de la esquizofrenia refractaria a los antipsicóticos, la alternativa terapéutica es el uso de clozapina 100-600 mg/día. Esta debe ser prescrita por especialista por el riesgo de aparición de sus efectos secundarios entre ellos la agranulocitosis por lo que se recomienda</p>							

estudio previo del usuario para cada caso.

Abordaje psicosocial	B	I	E	HG	UHSM	HNBB	HNP
Psicoeducación Mensajes para la persona con psicosis, hacer énfasis en: La importancia de continuar las actividades sociales, educativas y ocupacionales usuales, en la medida de lo posible. El sufrimiento y los problemas se pueden mitigar con el tratamiento. La importancia de tomar los medicamentos. El derecho de la persona a ser tomada en cuenta para todas las decisiones que tienen que ver con su tratamiento. La importancia de permanecer saludable (por ejemplo, dieta saludable, permanecer físicamente activo, mantener la higiene personal).	X	X	X	X	X	X	X



Mensajes para los familiares de las personas con esquizofrenia y otras psicosis crónicas.

Comprender los síntomas de la enfermedad.

La persona con esquizofrenia a menudo no acepta que está enferma y algunas veces puede ser hostil.

Se debe enfatizar la importancia de reconocer recaídas/empeoramiento de los síntomas y de volver a la re - evaluación.

Se debe recalcar la importancia de incluir a la persona en actividades familiares y en otras actividades sociales.

Los familiares deben evitar expresar críticas constantes o severas u hostilidad hacia la persona con esquizofrenia.

Las personas con esquizofrenia a menudo son discriminadas, sin embargo,

Deben disfrutar de los mismos derechos que todas las demás personas.

Una persona con psicosis puede tener dificultad para recuperarse o para desenvolverse en ambientes de vida diaria o de trabajo estresantes.

Es mejor que la persona tenga un empleo o, bien, que se mantenga significativamente ocupada.

En general, es mejor que la persona viva con familiares o miembros de la comunidad en un ambiente comprensivo fuera de los entornos hospitalarios. Se deben evitar períodos prolongados de hospitalización.

hospitalarios. Se deben evitar periodos prolongados de hospitalización.			X	X	X	X	X
Psicoterapias de apoyo. Puede consistir en asesoramiento, tranquilización, educación, modelado, fijación de límites y análisis de realidad.			X	X	X	X	X
Grupos de apoyo. Para apoyo, información, educación a usuarios y familias.	X	X	X	X	X		
Terapia familiar. Las técnicas de terapia de familia pueden reducir de forma significativa las tasas de recaída del usuario con esquizofrenia de la familia. La expresión emocional intensa de la familia se puede reducir a través de la terapia familiar.	X	X	X	X	X		
Educación en capacidades sociales. Para mejorar los déficits sociales	X	X	X				

<p>Educación en capacidades sociales. Para mejorar los déficits sociales como el escaso contacto ocular, la falta de relación, las percepciones inadecuadas de los demás y la incorrección social.</p> <p>Facilitar la rehabilitación y reinserción en la comunidad.</p> <p>Facilite el enlace con los recursos sanitarios y sociales disponibles para satisfacer las necesidades físicas, sociales y de salud mental del usuario y su familia.</p> <p>Motive activamente a la persona a reiniciar actividades sociales, educativas y ocupacionales, según corresponda, e informe a los familiares sobre ello.</p> <p>Facilite la inclusión de la persona en actividades económicas y sociales, incluyendo el empleo con apoyo social y culturalmente apropiado.</p> <p>Trabaje con las instituciones locales y la red para para explorar las oportunidades de empleo o educativas, sobre la base de las necesidades y el nivel de habilidad de la persona¹⁶</p>	X	X	X				
	X	X	X				

Criterios de referencia a segundo y tercer nivel de atención	B	I	E	HG	UHSM	HNBB	HNP
- Detección precoz de casos	X	X	X				
- Apoyo diagnóstico			X	X	X		
- Tratamiento farmacológico.		X	X	X	X	X	X
- Resistencia a tratamiento farmacológico (6-8 semanas sin mejoría)					X	X	X
- Comorbilidad psiquiátrica.						X	X
- Casos resistentes a tratamientos establecidos.						X	X
- Psicoterapias de apoyo			X	X	X	X	X
- Psicoeducación	X	X	X	X	X	X	X
- Terapia familiar	X	X	X	X	X	X	X
- Grupos de apoyo	X	X	X	X	X	X	X
- Rehabilitación y reinserción.	X	X	X				
- Seguimiento comunitario	X	X	X				



- Seguimiento comunitario

Criterios de seguimiento							
<p>Las personas con psicosis requieren de constante seguimiento.</p> <p>El seguimiento inicial debe ser lo más frecuente posible, incluso diariamente, hasta que los síntomas agudos comiencen a responder al tratamiento.</p> <p>Una vez que los síntomas hayan respondido, se recomienda un seguimiento bimensual o trimestral basado en la necesidad clínica y los factores de viabilidad, tales como la disponibilidad de personal, de consulta, la distancia desde la clínica, etc.</p> <p>En cada sesión de seguimiento, evalúe los síntomas, efectos secundarios de los medicamentos y la adherencia al tratamiento. Es frecuente la falta de adherencia al tratamiento y la participación de los cuidadores durante dichos períodos es fundamental.</p>	X	X	X	X	X	X	X
Debido a que se trata de una condición crónica, la persona con psicosis debe brindársele seguimiento. Para efectos de orientar al personal clínico se propone el siguiente plan de seguimiento a cinco años mediante un plan individualizado que contemple, entre otras, las siguientes opciones terapéuticas:							

- **Cumplimiento de tratamiento farmacológico:** para tal efecto la persona con psicosis debe ser evaluada por psiquiatra al menos cuatro veces al año, con el objetivo de verificar el control de los síntomas, adherencia al tratamiento, aparición de efectos adversos e identificar signos tempranos de crisis para prevenir recaídas.

Recomendaciones:

- Las personas que experimentan una mejoría de los síntomas agudos con la medicación antipsicótica deberían continuar recibéndola al menos el año siguiente a la estabilización para prevenir recaídas.
- La dosis de mantenimiento de la medicación antipsicótica debe seguir la estrategia de la dosis menor efectiva.
- La terapia antipsicótica de liberación prolongada (decanoato de flufenazina) de mantenimiento debería ser considerada para personas que tienen dificultad en el cumplimiento de la medicación oral.
- Además, se debe considerar que las personas con psicosis pueden experimentar, de forma clínicamente significativa y persistente, síntomas de ansiedad, depresión y hostilidad, deberían recibir farmacoterapia coadyuvante específica para estos síntomas, si no hay contraindicaciones.

					X	X	X
--	--	--	--	--	---	---	---

para estos síntomas, si no hay contraindicaciones.

- **Hospitalización parcial (en situación de crisis):**

En caso de presentar crisis agudas se deberá considerar el ingreso hospitalario en un Hospital General con psiquiatra el tiempo necesario para la resolución de la crisis y posterior reformulación de plan individualizado de manejo.

- **Terapias individuales y grupales:**

Que empleen combinaciones bien establecidas de apoyo, educación y metodologías de entrenamiento de habilidades conductuales y cognitivas, para mejorar el funcionamiento personal y social, facilitar el entendimiento (insight), modificación del comportamiento con técnicas psicológicas y favorecer la adherencia a los tratamientos.

					X	X	X
		X	X	X	X	X	X



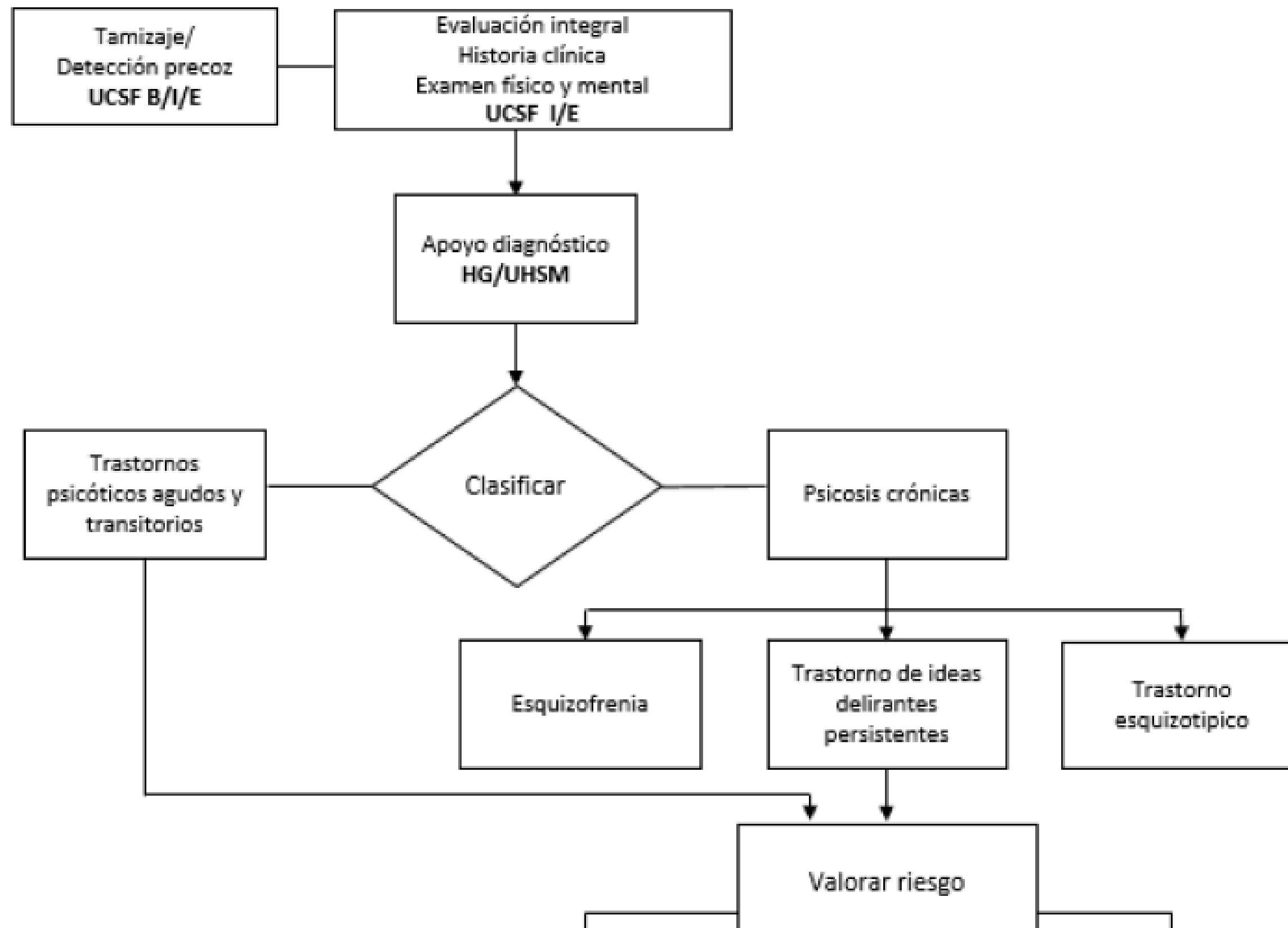
<ul style="list-style-type: none">• Participación en terapia ocupacional y/o rehabilitación vocacional <p>Para habilitar al paciente en las competencias básicas para el afrontamiento del estrés desde las áreas ocupacionales acordes a la realidad propia de la persona, fortaleciendo y manteniendo las capacidades y habilidades sociales previamente adquiridas, adquiriendo</p>			X	X	X	X	X
nuevas y facilitar así el proceso de adaptación y reinserción de la persona con psicosis a la comunidad y vida laboral.							

con procesos a la comunidad y vida laboral.

<ul style="list-style-type: none"> • Intervención familiar: A los usuarios que tienen un contacto continuo con sus familiares se les debe ofrecer una intervención psicosocial familiar que proporcione una combinación de educación acerca de la enfermedad, apoyo familiar, y entrenamiento en habilidades de comunicación y de resolución de problemas. Incorporar a estrategia De Familia a Familia. 	X	X	X	X	X		
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación y seguimiento del plan individualizado: Utilizar la escala HoNos para evaluación. Se recomienda su aplicación cada año. 					X	X	X
<ul style="list-style-type: none"> • Alta: Se deberá considerar el alta por equipo multidisciplinario de las UHSM y HNP al mantener la persona una remisión total de los síntomas por 5 años y alcanzar reincorporación familiar, laboral y social 					X	X	X

Medidas preventivas y de educación en salud							
La psicoeducación a usuarios y familiares debe ir orientada a la reducción de factores de riesgo de recaídas. La identificación e intervención tempranas pueden mejorar la calidad de vida de los pacientes con psicosis crónicas. El tratamiento suele tener más éxito cuando los síntomas del primer episodio psicótico se tratan correcta y oportunamente. La continuidad del tratamiento es crucial en aquellos pacientes a quienes se les ha recetado medicamentos para la psicosis crónica.	X	X	X	X	X	X	X

FLUJOGRAMA





Abreviaturas

EVAD: esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad.

HG: Hospitales Generales de Segundo nivel

HNBB: Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom

HNP: Hospital Nacional Psiquiátrico

MINSAL: Ministerio de Salud de El Salvador

RIIS: Redes Integrales e Integradas de Salud

TAC: Tomografía Axial Computarizada

TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

TMC: Trastorno Mental Común

TMG: Trastorno Mental Grave

UCSF: Unidad Comunitaria de Salud Familiar

UCSF-B: Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica

UCSF-E: Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada

UCSF-I: Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia

UHSM: Unidad Hospitalaria de Salud Mental (en Hospital General de Segundo Nivel de Atención).

**DANDO TRAZABILIDAD A LA PRESENTACIÓN SE
RECOMIENDA HACER LECTURA DE LA GUÍA DE
PRÁCTICA CLÍNICA PSICOSIS, GUÍAS CLÍNICAS
PARA LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL Y
PSIQUIATRÍA, MINISTERIO DE SALUD GOBIERNO
DE EL SALVADOR; PÁG. 74-81**