



GUIA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA EN PSICOSIS PARA ATENCIÓN PRIMARIA



**CENTRO DE SALUD MENTAL DE
TORRELAVEGA**

GUIA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA EN PSICOSIS PARA ATENCIÓN PRIMARIA

Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPICC)

- *Introducción*
- *¿Qué es la psicosis?*
- *¿Por qué es importante la intervención temprana?*
- *Un marco para la intervención temprana*
- *¿A quién afecta?*
- *¿Cómo se puede presentar un paciente?*
- *El pródromo*
- *La fase activa*
- *Realizando la entrevista*
- *Preparando el tratamiento*
- *Tratamiento inicial*
- *Resumen*

Introducción

Las enfermedades mentales psicóticas, tales como la esquizofrenia y los trastornos bipolares, son de una gran relevancia social y de salud pública. Estas condiciones afectan a un significativo número de personas dentro de nuestra comunidad.

Efectivamente, si consideramos todos los trastornos psicóticos juntos, nos encontramos con que alrededor del 3% de la población experimentará un episodio psicótico en algún momento de su vida.

Por otra parte, cuando se considera el impacto de esta enfermedad sobre las familias, se hace evidente que los efectos indirectos son aún mayores. Se puede afirmar pues, con claridad, que los costes "humanos" y económicos de estos trastornos son considerables.

En consecuencia, se está poniendo una creciente atención en una serie de estrategias que puedan reducir el impacto de estas condiciones sobre los individuos afectados, sobre sus familias y sobre la comunidad. Se aconseja la utilización de un sistema preventivo. Sin embargo, aunque la investigación

en estrategias preventivas primarias es permanente, aún no se han probado estrategias válidas para la prevención primaria. Nuestros esfuerzos, por lo tanto, necesitan concentrarse en aspectos de prevención secundaria o terciaria.

La intervención temprana en los primeros episodios de psicosis es una de esas estrategias preventivas.

La intervención temprana se dirige a acortar el curso y a disminuir la severidad del episodio psicótico inicial, de esta manera se minimizan las múltiples complicaciones que se pueden derivar de la psicosis sin tratar. Se trata de una estrategia que puede proporcionar considerables beneficios a largo plazo.

¿Qué es la psicosis?

Psicosis es el término utilizado para describir un estado mental en el cual la persona experimenta una distorsión o pérdida de contacto con la realidad, sin obnubilación de la conciencia. Este estado mental se caracteriza por la presencia de delirios, alucinaciones y/o trastornos del pensamiento.

Del mismo modo que se dan estos síntomas, llamados "positivos", también pueden darse los llamados síntomas "negativos", tales como afecto embotado y pérdida de motivación. Además, existen habitualmente un número de otros rasgos "secundarios", como por ejemplo, trastornos del sueño, agitación, cambios de conducta, aislamiento social y un deterioro en el funcionamiento de sus diversos roles, durante un episodio de psicosis. Estas características secundarias, a menudo, pueden proporcionar las claves para la presencia de una psicosis.

La psicosis puede venir dada por un número de condiciones diversas. Estas incluyen causas orgánicas (como una intoxicación por drogas) y trastornos funcionales tales como esquizofrenia, trastorno bipolar, psicosis esquizofreniforme y trastorno esquizoafectivo.

¿Por qué es importante la intervención temprana?

La pérdida de contacto con la realidad, característica de la psicosis, puede ser una experiencia muy amenazadora y traumática. Un primer episodio de psicosis puede ser particularmente angustioso y confuso para el

individuo y para su familia y amigos, ya que la experiencia es desconocida y difícil de entender.

Este primer episodio ocurre principalmente durante la adolescencia o en la edad adulta temprana, un momento importante para el desarrollo de la identidad personal, las relaciones interpersonales y los planes laborales a largo plazo.

Retraso evolutivo

Con el inicio de la psicosis, pueden producirse, en consecuencia, considerables alteraciones en un estadio evolutivo crítico y se pueden desarrollar significativos problemas secundarios.

Un episodio psicótico, habitualmente, aísla a la persona de los demás y altera las relaciones con sus semejantes. El desarrollo personal y social puede detenerse o incluso puede retroceder. El deterioro del rendimiento académico y laboral es común, con el profundo daño potencial de las perspectivas laborales y la consecuente inseguridad económica.

El impacto sobre la familia puede causar tensión o un agravamiento de las relaciones interpersonales y puede, asimismo, incrementar la morbilidad secundaria entre los miembros de la familia. Adicionalmente, puede empeorar o intensificarse el abuso de sustancias y aumenta el riesgo de suicidio. Cuanto más se deja sin tratar la enfermedad, más grande es el riesgo de un permanente descarrilamiento en el desarrollo psicosocial de la persona.

Toxicidad biológica

Existe también evidencia que sugiere que la demora del tratamiento puede causar que la enfermedad se vuelva más "biológicamente atrincherada" y menos respondiente al tratamiento. Parece, que de alguna manera, la psicosis puede ser biológicamente tóxica.

En general, cuanto más tiempo dure la enfermedad, más tiempo tardarán en remitir los síntomas, el grado de remisión de estos será menor y mayor la posibilidad de una recaída temprana.

Por el contrario, el diagnóstico y tratamiento temprano lleva a un resultado y a una recuperación significativamente mejor.

Es algo perturbador entonces, encontrar que muchos individuos experimentan prolongados periodos de psicosis sin recibir tratamiento durante su primer episodio.

Efectivamente, diversos estudios han demostrado retrasos importantes entre el inicio de los síntomas psicóticos y el inicio de un tratamiento apropiado. Esas demoras, aunque variables, son a menudo del orden de muchos meses a un año o más.

Un marco para la intervención temprana

Estamos ante un problema que claramente necesita ser resaltado, pero, ¿cómo podemos conseguir intervenir tempranamente?

En la práctica, se requieren una serie de estrategias. Una estrategia importante sería un programa de educación comunitaria dirigido a aumentar la conciencia pública de este trastorno y de sus señales tempranas, ya que la mayoría de la gente tiene generalmente un conocimiento y una comprensión limitada de la enfermedad mental y podría no darse cuenta de los síntomas específicos asociados con un trastorno particular.

Además de incrementar el conocimiento, también se hace necesario perder el miedo y el estigma asociado con la enfermedad mental, los cuales pueden producir en alguna gente una demora en la búsqueda de ayuda.

Mejorando las habilidades

De acuerdo con lo anterior, nosotros también debemos mejorar nuestras propias habilidades y nuestra propia comprensión de este trastorno.

Aunque la presentación de un primer episodio de psicosis es un suceso de relativamente baja frecuencia en la práctica general, los médicos generales aún tienen un crucial papel que jugar. Estos son el primer punto de contacto para la mayoría de gente que busca ayuda para sus problemas de salud, ya sean físicos o psicológicos. Como médicos generales, son la primera persona en posición de identificar qué es lo que está yendo mal.

¿A quién afecta?

Se postula que el inicio y curso de la enfermedad está determinado por una vulnerabilidad subyacente a la psicosis aparejada con el impacto de estresores ambientales que pueden disparar los síntomas psicóticos activos. Este es el llamado modelo de vulnerabilidad-estrés para la psicosis.

Los principales determinantes de esta vulnerabilidad parecen ser biológicos (genéticos y neuroevolutivos) y su expresión como trastorno manifiesto está influenciado por estresores y desencadenantes tanto físicos como psicosociales.

Factores de riesgo

Se pueden identificar ciertos factores de riesgo de vulnerabilidad. Por ejemplo, una historia familiar positiva de psicosis está asociada con un incremento del riesgo, de tal manera que el riesgo de esquizofrenia a lo largo de la vida, para una persona con un padre afectado, está sobre el 12% y si ambos padres lo están este riesgo aumenta hasta un 35-45%.

Un trastorno de personalidad esquizotípica (caracterizado por una marcada dificultad en las relaciones interpersonales, excentricidades de conducta y distorsiones cognitivas y/o perceptivas, tales como ideas mágicas, ideas de referencia e ilusiones) también está asociado con un incrementado riesgo de vulnerabilidad al tipo esquizofrénico de la psicosis y se considera un trastorno del espectro esquizofrénico, como lo son el trastorno de personalidad paranoide y el trastorno de personalidad esquizoide.

Mientras es importante aplicar estos factores de "riesgo" a una situación clínica, también es necesario recordar que mucha gente que desarrolla una enfermedad psicótica no tiene una historia familiar de psicosis, o ninguno de los otros rasgos antes descritos.

Lo que sí está claro es que el primer episodio de estos trastornos se produce habitualmente en la adolescencia o en el inicio de la edad adulta.

Periodo crítico

Se estima que en torno a un 80% de los pacientes afectados por un trastorno psicótico experimenta su primer episodio entre los 16-30 años,

siendo la edad media de inicio para un primer episodio esquizofrénico o bipolar los 19 años en los varones y teniendo las mujeres un inicio ligeramente más tardío.

La adolescencia y la temprana edad adulta se pueden ver, por tanto, como "periodos críticos" para el riesgo de psicosis.

¿Cómo se puede presentar un paciente?

Ya que el diagnóstico de la psicosis es puramente clínico, es importante familiarizarse con sus posibles modelos de presentación y con la historia natural del episodio psicótico.

El curso típico del episodio psicótico inicial puede conceptualizarse como desarrollándose en tres fases. Estas son la fase prodrómica, la fase "activa" y la fase de recuperación.

El modo en el que la persona que está experimentando su primer episodio de psicosis se presenta ante su médico es bastante variable y depende de la fase de la enfermedad en la que se encuentre, pero como regla general, se puede decir que los síntomas psicóticos no se suelen describir de manera espontánea. Se hace necesario, por tanto, buscarlos.

La enfermedad psicótica raramente se presenta "de repente". Casi siempre esta precedida de un cambio gradual en el funcionamiento psicosocial, a menudo durante un amplio periodo de tiempo.

Este periodo durante el cual los individuos pueden empezar a experimentar cambios en sí mismos, aunque aún no hayan empezado a experimentar síntomas claramente psicóticos tales como alucinaciones, delirios o trastornos del pensamiento, se conoce como la fase prodrómica.

El pródromo

Los cambios en esta fase varían de una persona a otra y la duración de esta fase también es bastante variable, aunque habitualmente se da durante meses. En general, la fase prodrómica es a menudo un proceso bastante fluido y fluctuante, con síntomas que aparecen gradualmente y que cambian con el tiempo. Los cambios vistos durante esta fase incluyen:

- *Cambios en el afecto*, tales como ansiedad, irritabilidad y depresión.

- *Cambios en la cognición*, tales como dificultades de memoria o de concentración.
- *Cambios en el contenido del pensamiento*, tales como preocupación por una serie de nuevas ideas.
- *Cambios físicos*, tales como alteraciones del sueño y pérdida de energía.
- *Aislamiento social* y deterioro en el funcionamiento de diversos roles.

En un momento posterior de la fase prodrómica, la persona también puede empezar a experimentar algún síntoma positivo "atenuado" como, por ejemplo, ligeros trastornos del pensamiento, ideas de referencia, suspicacia, creencias extrañas y distorsiones perceptivas que no tienen la suficiente intensidad o duración psicótica. Estas pueden, con el tiempo, fundirse con una clara psicosis.

Por otra parte y claramente, muchos de esos cambios son bastante inespecíficos y pueden ser el resultado de diversas dificultades psicosociales, trastornos físicos y síndromes psiquiátricos.

Pensando sobre ello

Sin embargo, está claro que cambios persistentes o empeoramientos en un adolescente o joven adulto pueden anunciar el desarrollo de una psicosis, y esta posibilidad necesita tenerse en mente, particularmente si están presentes otros factores de riesgo. Estos cambios no deberían despreciarse viéndolos como "cosas de la adolescencia" y es necesaria una revisión mas detenida del paciente.

Cuando Laura estaba empezando a ponerse mal con la psicosis, nadie sabía realmente qué era lo que estaba pasando. Empezó a sentirse infeliz y preocupada. Por alguna razón, las cosas a su alrededor parecían algo cambiadas y extrañas. Con el tiempo, empezó a preocuparse con que algo malo le iba a ocurrir. Lentamente, empezó a apartarse de la gente, porque le asustaban y sospechaba de ellos, aunque no supiese exactamente porqué. También empezó a preocuparse mucho sobre la importancia de la religión y si estaba siendo suficientemente buena, incluso aunque ella no era una persona particularmente religiosa.

Laura también informó que su visión y su audición eran diferentes, y a veces ella pensaba que podía escuchar a alguien susurrándole, incluso cuando estaba completamente sola.

En medio de toda esta confusión, Laura encontró demasiado difícil mantener su concentración en el trabajo y decidió dejarlo.

La fase "activa"

Como ya hemos mencionado, esta fase está compuesta por la presencia de síntomas psicóticos positivos que incluyen delirios, alucinaciones y trastornos de pensamiento.

Las alucinaciones son percepciones sensoriales en ausencia de estímulos externos. El tipo más común son las alucinaciones auditivas. Otros tipos de alucinaciones incluyen las visuales, táctiles, gustativas y olfatorias. Estas son las menos comunes y la causa orgánica suele ser la más evidente entre estos tipos.

Los delirios son creencias fijas, falsas y que se mantienen al margen del entorno cultural de la persona. Pueden sostenerse a pesar de la existencia de pruebas en su contra. Estas creencias son a menudo idiosincrásicas y muy significativas para el paciente, pero muy difíciles de comprender para el resto de la gente.

Los delirios aumentan gradualmente en intensidad, siendo más abiertos al desafío en las fases iniciales, antes de atrincherarse más en etapas posteriores. Las formas que pueden adoptar son diversas, siendo los tipos más comunes los siguientes:

- Delirios de persecución
- Delirios religiosos
- Delirios de grandeza
- Delirios de referencia
- Delirios somáticos y
- Robo / difusión / inserción de pensamiento

Los trastornos del pensamiento se refieren a una serie de modelos de pensamiento imprecisos o desorganizados. Las personas con esta alteración pueden encontrar muy difícil expresarse. Su habla parece inconexa y difícil de seguir. Tienen su sistema de procesamiento de información deteriorado.

Las formas que puede presentar un paciente en esta fase activa son bastante variables. El escenario frecuentemente descrito de un paciente psicótico alterado es solamente uno de los posibles modos de presentación

(habitualmente tardío). Tan frecuente como este, es el del paciente "callado" que va retrocediendo gradualmente y perdiendo su lugar en la sociedad y de quien la gente se aleja por extraño.

Quejas somáticas

Es importante recordar, que muchos pacientes con trastorno mental subyacente se pueden presentar inicialmente con síntomas físicos que le preocupan, tales como cansancio, dolores de cabeza recurrentes o insomnio.

Se debe considerar siempre la existencia de un trastorno psicológico subyacente en una persona que presenta persistentes quejas somáticas en ausencia de una patología física demostrada tras su examen.

Cuando Carlos inició su psicosis, empezó creyendo que la gente que usaba zapatos marrones eran espías enviados para vigilar cada uno de sus movimientos. Estaba convencido de que esa gente tenía un complot para matarle. Incluso llegó a creer que sus padres formaban parte de ese complot.

Carlos también creía que podía oír a la gente hablar sobre él, aunque no hubiese nadie a su alrededor. Estaba convencido de que esa gente tenía algún tipo de maquina secreta que les permitía transmitir mensajes directamente hacia su cerebro. Estaba convencido de que era eso lo que estaba causando sus frecuentes dolores de cabeza.

Aunque todo esto le estaba ocurriendo a él, Carlos no dijo nada a nadie porque no sabía en quién confiar.

Sin embargo, todos a su alrededor podían ver que Carlos había cambiado y que estaba actuando de un modo muy extraño. Pero, no se podían figurar el porqué y Carlos solamente les decía que todo iba bien.

Realizando la entrevista

Los adolescentes y los jóvenes adultos (especialmente los hombres) son usuarios relativamente infrecuentes de la atención primaria. Cuando acuden es frecuentemente con alguna dolencia aguda. Sin embargo, como en cualquier otra etapa de la vida, pueden producirse problemas más complejos. Dentro de la adolescencia, muchos de estos problemas más complejos tienen un significativo componente psicosocial y en un importante número de casos éste puede ser el primer diagnóstico.

Cuando entrevistamos a un paciente adolescente es, por tanto, útil tener algún tipo de marco que nos permita explorar las potenciales áreas problemáticas, así como dotarnos de una estructura de intervenciones más preventivas.

Un sistema de evaluación

Un sistema comúnmente utilizado es el DEEASS. Las iniciales de estas siglas corresponden a los términos: Drogas / Empleo / Estudio / Actividades / Sexualidad y Suicidio, lo que supone las principales áreas para la evaluación. Evidentemente, esta es una propuesta y todo lo que permita evaluar el actual estado psicosocial de la persona es apropiado.

Tratando con esta población, vale la pena también recordar que algunas de estos adolescentes o jóvenes adultos pueden presentar problemas para transmitir sus dolencias al doctor. Por eso, es fundamental emplear un tiempo en establecer una relación de confianza y de seguridad con el paciente.

Si el paciente asiste en compañía de sus padres se recibe al paciente y a su familia, pero se ve en primer lugar al joven y después a su familia.

Tratando la confidencialidad

Con los nuevos pacientes adolescentes, es útil garantizar al paciente la confidencialidad de lo tratado en la consulta. En el caso de observar una importante preocupación, se emplea un tiempo en explicar los límites de la confidencialidad.

Reduciendo la tensión

Cuando se entrevista a un paciente de quien se sospecha que pueda estar experimentando un episodio psicótico, es esencial recordar que lo más probable es que a menudo estén bastante angustiados y asustados. Conviene reconocer el nerviosismo o cautela del paciente e intentar encontrar algún tema común de conversación, para gradualmente acercarse hacia cuestiones más específicas sobre sus experiencias psicóticas.

La entrevista en sí misma debe permitir a la persona expresar sus problemas en sus propias palabras, así como permitirle realizar preguntas

específicas. Durante la entrevista se van observando las señales no verbales del paciente, particularmente las afectivas y sus movimientos.

Cada doctor tiene su propio estilo, pero todos deben evaluar al paciente de una manera sistemática, conformando una fotografía de la persona, sus problemas, sus puntos fuertes y su situación social.

Es importante explorar las pistas y las insinuaciones dadas por el paciente. ¿Qué subyace a la ansiedad?, ¿Por qué ha estado el paciente teniendo muchos dolores de cabeza?, ¿Por qué siempre está cansado?, ¿Por qué ha dejado de ver a sus amigos?

Asimismo, es necesario hacer preguntas específicas para evaluar la presencia o no de síndromes particulares tales como depresión, trastornos de ansiedad y psicosis.

En algunos casos, es esencial también evaluar el riesgo de suicidio, si la persona supone un peligro para los demás e investigar sobre un posible consumo de drogas.

Tomarse tiempo

La realización de este proceso necesita que el profesional se dé el tiempo suficiente para realizarlo adecuadamente. De este modo, es fácil entender la dificultad que supondría realizar en una sola sesión todo el proceso de evaluación y diagnóstico y se hace preciso disponer de un periodo de evaluación continua. Esto es particularmente importante cuando se sospecha la presencia de una psicosis emergente. Es posible, incluso, que la sesión inicial solamente permita al clínico establecer la sensación de la existencia de tal problema y la necesidad de llevar a cabo una evaluación más detallada. Establecer una serie de visitas posteriores permitirá ver el problema con mucha más claridad.

Del mismo modo, el paciente también necesita tiempo para construir una relación de confianza con el clínico, y esto suele requerir casi siempre más de una única consulta.

El tiempo de cada consulta también es importante. El paciente con psicosis puede mantenerse a menudo en conversaciones breves o superficiales con su médico, pero para que la psicosis se haga aparente se suelen necesitar conversaciones más prolongadas.

Mantenerse en contacto

Cuando se mantiene una evaluación durante tiempo, es necesario no perder de vista al paciente y no vacilar en contactar con el paciente si se está preocupado por él, especialmente si falla en acudir a una de las citas previstas. Para esto, se suele establecer algún tipo de acuerdo con el paciente durante la primera consulta que habilita al clínico para contactar con él en el caso de "olvidar" acudir a la cita acordada.

Obviamente, en unos servicios públicos saturados esta práctica se puede hacer difícil, pero lo escasez de veces en las que se da facilita su ejecución en esas contadas ocasiones.

Además de la evaluación del paciente, a menudo, es importante obtener información colateral sobre el paciente de la familia o de otras personas importantes en la vida del paciente. Los cambios en la conducta o personalidad característicos de la psicosis son notados con frecuencia por la familia, pero no se realizan de manera voluntaria por parte del paciente. Esto requiere discutirlos con ellos con permiso del paciente, y para ello lo mejor es solicitar la compañía de algún familiar en alguna de las citas.

Preocupaciones familiares

En muchas ocasiones, puede ser un familiar del paciente quien inicialmente reconoce que algo está yendo mal y ser él quien realiza la primera consulta sobre sus preocupaciones por su hijo/a, esposo/a. Lo más común es que hayan observado un preocupante cambio en su conducta o en su personalidad y que estén inseguros sobre lo que está ocurriendo.

Puede ser necesario realizar un apoyo especial a la familia y explorar y evaluar detalladamente sus preocupaciones. La familia puede estar muy angustiada por la situación y se deben de tener en cuenta sus necesidades.

Cuando se hable con la familia, ya porque ellos acudan a consulta o porque se les haya citado, hay que procurar ser sistemático. Solicitarles que describan ejemplos específicos de la conducta de su familiar o comentarios de éste que les hayan preocupado. Evaluar el grado de cambio y su duración. A mayor grado de cambio sobre el comportamiento habitual y cuanto más dure este, más probable se hace la presencia de una enfermedad mental del tipo de la psicosis. Se debe adquirir, también, información sobre el funcionamiento y la personalidad premórbida del paciente. Aclarar la

historia familiar y realizar preguntas específicas sobre las manifestaciones conductuales de la psicosis tales como hablarse o sonreírse a sí mismo o presentar un pobre cuidado personal.

Si la familia se presenta sin el paciente, habrá que valorar la urgencia de la situación. Si las cosas pueden esperar, se intentará animar al joven a acudir a la consulta o quizás visitarle a domicilio. Si la situación parece seria y urgente, entonces se hace imprescindible la visita domiciliaria.

Si se contempla la evaluación a domicilio, es prioritario llevar a cabo una valoración inicial del potencial agresor del paciente (aunque la violencia es poco frecuente y casi siempre un fenómeno defensivo o reactivo). Esto requiere una conversación con la familia del paciente. Si existen claras indicaciones de riesgo, se deberá buscar apoyo en personal especializado en salud mental y realizar una evaluación conjunta o derivación del caso.

Ser asertivo

Si, por cualquier motivo, el médico de familia no pudiese realizar él mismo la evaluación del paciente o la necesaria supervisión permanente que se requiere, entonces lo más indicado es la derivación del caso al equipo de salud mental de la zona, y que sea éste quien asuma directamente la supervisión del paciente.

En la psicosis temprana, frecuentemente, es necesario ser asertivo en la evaluación del paciente, en vez de esperar a que la situación vaya cursando hasta que ocurra alguna crisis, ya que con frecuencia la persona no quiere ver a su médico.

Finalmente, conviene no olvidar realizar un examen físico completo y las investigaciones indicadas. Si se sospecha psicosis, este examen debería incluir:

- Análisis de orina (determinación sustancias psicoactivas)
- Análisis de sangre (pruebas de función hepática, tiroidea y renal, marcadores VHC, VHB, RPR, VIH, hemograma.
- TAC o RMN craneal.

Preparando el tratamiento

El paciente que experimenta su primer episodio de psicosis requerirá de asistencia psiquiátrica especializada.

Es importante presentar a la familia las opciones asistenciales de las que se dispone (unidad de salud mental, unidad de ingreso en agudos, hospital de día), una vez se ha decidido que es necesario una evaluación y tratamiento especializado. Cuando se comenta las preocupaciones o el diagnóstico médico con el paciente y con su familia, es preferible una imparcialidad general en los comentarios. Los pacientes se sienten muy amenazados si se les dice abruptamente que tienen esquizofrenia. Hay más probabilidad de obtener receptividad hacia los cuidados necesarios para su "estrés", "confusión" o "trastornos del sueño". Utilizando esta aproximación, el paciente puede animarse a aceptar ayuda, especialmente en las etapas tempranas de la psicosis.

Manejar con cuidado

En general, cuando se empieza un tratamiento, se procura tratar al paciente de la manera menos restrictiva posible, teniendo cuidado de minimizar cualquier iatrogenia traumática.

En un número de casos, esto quiere decir que el tratamiento ambulatorio o domiciliario es una opción viable. En otras ocasiones, una opción de "esperar y ver", con una supervisión cercana por parte de la familia, puede ser también una opción.

En las circunstancias en que estas opciones no proceden, es importante asegurar que el traslado y el ingreso en el hospital se manejan con cuidado. Los pacientes experimentan a menudo un importante grado de culpabilidad y de angustia post-traumática, si la hospitalización es violenta o coercitiva.

El tratamiento inicial

Actualmente, existe un reconocimiento creciente de que el tratamiento que requiere una persona joven con una enfermedad psicótica de inicio reciente es, en muchos aspectos, bastante diferente de la aproximación que sería indicada para una persona con una enfermedad mental de larga duración. Un ejemplo claro de esto se aprecia en el área del tratamiento psicofarmacológico.

Periodo libre de antipsicóticos

Por ejemplo, ahora se está volviendo una práctica común, en los primeros episodios de psicosis, proporcionar un periodo libre de antipsicóticos de uno o dos días, antes de comenzar el tratamiento neuroléptico específico. Algún tipo de agitación, irritabilidad o insomnio se pueden manejar con el uso de benzodiazepinas de larga duración tales como el diazepam.

Este periodo proporciona a los clínicos la oportunidad de observar y evaluar al paciente más de cerca; así se puede confirmar el diagnóstico y excluir psicosis mas transitorias (como las inducidas por el consumo de drogas) sin el efecto enmascarado de la medicación. Esto también permite una oportunidad para la construcción de la confianza y del *rapport* con el paciente.

Ahora bien, si el paciente está muy angustiado o presenta un riesgo clínico esta aproximación puede no ser posible.

Terapia de dosis baja

Cuando se ha tomado la decisión de iniciar un tratamiento con neurolépticos, se deben tener en cuenta unos pocos principios.

En primer lugar, es importante recordar que los pacientes que presentan su primer episodio psicótico son típicamente muy sensibles a los efectos farmacológicos de esos medicamentos y, por lo tanto, bastante susceptibles de posibles efectos secundarios.

En este grupo de pacientes es, por lo tanto, esencial empezar el tratamiento con neurolépticos a muy bajas dosis, de esta manera se evitan los desagradables efectos secundarios que típicamente ocurren con estos fármacos y que contribuyen a un escaso cumplimiento del tratamiento a largo plazo.

El uso adjunto de benzodiazepinas de larga duración, en las primeras semanas, facilitan la sedación y control de la agitación hasta que el neuroléptico empieza a hacer su efecto de forma completa.

Además, el uso profiláctico de anticolinérgicos para proteger contra los posibles efectos secundarios extrapiramidales (ESEP), es también común

en pacientes de primer episodio. Estos son posteriormente retirados de manera gradual en las semanas siguientes, salvo que persistiesen los ESEP.

¿Qué neuroléptico?

La medicación neuroléptica se clasifica tradicionalmente en neurolépticos de baja potencia como la clorpromacina o la tioridacina y de alta potencia como el haloperidol o la trifluoperacina y los nuevos antipsicóticos atípicos (risperidona, olanzapina, quetiapina, aripiprazol, ziprasidona y amisulpride).

Los de baja potencia tienen más probabilidades de provocar sedación, mientras que los de alta potencia suelen producir más ESEP, aunque los nuevos antipsicóticos normalmente producen menos ESEP.

La elección inicial del fármaco, así como la dosificación, es de alguna manera arbitraria. Según la guía farmacoterapéutica del EPPIC, los pacientes deberían iniciar tratamiento antipsicótico preferiblemente con un atípico a dosis bajas (Ejemplos).

- Olanzapina 2,5-5 Mg./día.
- Risperidona 0.5- 1 Mg./día.
- Quetiapina 50- 100 Mg./día.
- Amisulpride 100 Mg./día.
- Aripiprazol 10-15 Mg./día.
- Ziprasidona 40-60 Mg./día.

Esta dosis se mantiene durante un periodo de al menos 2-3 semanas, ya que suele ser el tiempo que necesita el fármaco para comenzar a actuar plenamente.

Si después de 2-3 semanas no se ha obtenido una respuesta razonable, entonces se incrementa la dosis muy gradualmente y se mantiene la dosis máxima durante 4-6 semanas.

El añadir estabilizadores del humor, tales como el litio, se puede hacer para aumentar la acción de la medicación neuroléptica, o si son prominentes los síntomas maniacos.

Es importante tener paciencia. La remisión completa lleva tiempo, pero se suele dar en la mayoría de los pacientes. En general, sobre el 60% de los pacientes responderá en torno a las 12 semanas y otro 25% responderá más lentamente. Sobre un 15% de pacientes puede no responder suficientemente a los neurolépticos tradicionales, entonces se podrían beneficiar de uno de los antipsicóticos atípicos como la clozapina.

Resumen

Resumiendo, el diagnóstico y tratamiento temprano de un primer episodio de psicosis puede mejorar significativamente las perspectivas de recuperación y reducir el deterioro a largo plazo de muchas personas.

Aunque puedan ser muy pocos los pacientes al año que se puedan ver desde atención primaria desarrollando una psicosis, cuanto primero sean diagnosticados y tratados mejor será para esos pacientes.

Está claro que existe una variedad de escenarios para una primera presentación de la psicosis y esto puede hacer el diagnóstico más difícil, Por lo que se requiere mantener una actitud de sospecha.

En la práctica, si nos acordamos de considerar los pródromos de la psicosis y la enfermedad psicótica como un diagnóstico diferencial en algunos individuos adolescentes o jóvenes adultos con persistentes cambios en su funcionamiento, su conducta o su personalidad, y especialmente si están presentes otros factores de riesgo y nos aseguramos de investigar la presencia de síntomas psicóticos positivos, probablemente detectaremos más temprano la psicosis.

