

PROF. BENEDICTO CRESPO FACORRO
DR. JAVIER VÁZQUEZ BOURGON
DR. LUIS GAITE PINDADO
PROF. JOSÉ LUIS VÁZQUEZ-BARQUERO

Guía

para Médicos
de Atención Primaria
sobre Primeros Episodios
de **Psicosis**



Guía para Médicos de Atención Primaria
sobre
Primeros Episodios de Psicosis

Edita: Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria.
Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Gobierno de Cantabria.

Depósito Legal: SA-64-2011.

ISBN: 978-84-695-3162-4.

Diseño, impresión y maquetación: Imprenta Regional
Consejería de Presidencia y Justicia
Gobierno de Cantabria

Guía para Médicos de Atención Primaria sobre Primeros Episodios de Psicosis

AUTORES

Prof. Benedicto Crespo Facorro. Servicio de Psiquiatría. UIPC. IFIMAV. CIBERSAM

Dr. Javier Vázquez-Bourgon. Servicio de Psiquiatría. UIPC. IFIMAV. CIBERSAM

Dr. Luis Gaité Pindado. Servicio de Psiquiatría. UIPC. IFIMAV. CIBERSAM

Prof. José Luis Vázquez-Barquero. Servicio de Psiquiatría. UIPC. IFIMAV. CIBERSAM

GRUPO DE TRABAJO

Rosa Ayesa Arriola (Servicio de Psiquiatría HUMV. CIBERSAM)

Obdulía Martínez García (Servicio de Psiquiatría HUMV)

Gema Pardo Crespo (Servicio de Psiquiatría HUMV)

José Manuel Rodríguez Sánchez (Servicio de Psiquiatría HUMV. CIBERSAM)

Mari Luz Ramírez Bonilla (Servicio de Psiquiatría HUMV)

“Este proyecto ha sido financiado a cargo de los Fondos para la Cohesión Territorial 2010 del Ministerio de Sanidad y Consumo que fueron aprobados en el CISNS, como apoyo a la implementación a la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud”



Desde hace ya tiempo en medicina, y de manera especial en lo que concierne a enfermedades graves como las oncológicas o las cardiovasculares, se han constatado las ventajas de la prevención y los beneficios del diagnóstico y el tratamiento precoz. Ello ha propiciado la instauración, en los servicios de salud, de un nuevo Modelo de Intervención Temprana. En él se defiende que la enfermedad se desarrolla a través de fases, cada una de ellas definida por características clínicas y respuestas terapéuticas específicas. A partir de su aplicación en dichas especialidades médicas éste modelo se ha extendido también al campo de la Psiquiatría, donde se está adoptando con éxito en las Psicosis.

La aplicación del Modelo de Intervención Temprana en las Psicosis descansa sobre la idea de que el desarrollo de un trastorno progresa desde un "estado de riesgo" a otro caracterizado por la presencia de manifestaciones "prodrómicas", de naturaleza pre-clínica, para alcanzar finalmente el estado de clara enfermedad, definido por la aparición de un Primer Episodio. Se asume también en él que dichas fases se caracterizan por la presencia de manifestaciones clínicas, marcadores biológicos y cambios psico-biológicos y estructurales específicos. Desde un punto de vista clínico defiende que las fases precoces de la enfermedad requieren intervenciones menos intensivas y responden mejor a los tratamientos. Todo ello justifica la necesidad de aplicar el Modelo de Intervención Temprana en el conjunto del Sistema Sanitario y por consiguiente también en el campo de la atención a la enfermedad mental.

Se entiende así que la incorporación del Modelo de Intervención Temprana, mediante el desarrollo de Servicios de Primeros Episodios de Psicosis y otras Enfermedades Mentales Graves, esté siendo promovido desde los Servicios Sanitarios Públicos de los países más avanzados de nuestro entorno. Y en el mismo sentido tenemos que congratularnos de que en nuestro país, la Comunidad de Cantabria sea pionera en el desarrollo de este tipo de Servicios. Desarrollo que, potenciado desde las Instituciones Sanitarias de Cantabria está siendo utilizado como referente para la implantación de servicios similares en otras Comunidades Autónomas.

Evidencia del compromiso de esta Consejería en la promoción de esta novedosa filosofía de intervención, que resulta esencial para el futuro de la atención a la Enfermedad Mental en Cantabria, lo constituye el apoyo que ha venido dando, a través de los recursos asistenciales del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, al Programa de Atención a las Fases Iniciales de Psicosis de Cantabria (Programa PAFIP). En el mismo sentido podemos situar la elaboración de esta Guía en la que se sientan las bases para la colaboración de la Atención Primaria con dicho Programa ya que su participación en la identificación y tratamiento precoz de la enfermedad resulta ser un elemento central de la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad mental. Gracias a ello, estoy segura de que, en el marco de la colaboración interprofesional que esta Guía promueve, conseguiremos alcanzar mayores niveles de salud mental en la Comunidad de Cantabria.

Excma. Dña. María José Sáenz de Buruaga
Consejera de Sanidad y Servicios Sociales
del Gobierno de Cantabria



El Modelo de Intervención Temprana adoptado en los últimos tiempos en medicina implica, también en lo que concierne a la psiquiatría, no solo una nueva forma de entender la enfermedad y el proceso de enfermar, sino y de manera muy especial la adopción de una novedosa filosofía de intervención. Y es en este sentido que el nuevo modelo aporta un sólido armazón, basado en la mejor evidencia científica, para el desarrollo de estrategias de intervención que, al ser específicas para cada fase de la enfermedad, alcanzan el máximo nivel de eficiencia. Esto se consigue mediante la aplicación de intervenciones terapéuticas apropiadas para cada fase, pero sobre todo gracias a las posibilidades que ofrece de prevenir o retrasar la transición de una fase a otra mas grave de la enfermedad y en última instancia de prevenir el propio desarrollo de la enfermedad.

Elemento esencial en el desarrollo del Modelo de Intervención Temprana en general y por supuesto también en lo que concierne a las Psicosis, lo constituye la participación en él de la Atención Primaria de salud. Esto es así porque, como se especifica en la propia Guía, aún cuando los profesionales de la Atención Especializada sean los principales responsables de la asistencia a los pacientes afectados de Psicosis, lo cierto es que ésta debe de ser también asumida por los médicos de Atención Primaria, a través de la adopción de una filosofía de "asistencia compartida". De esta manera los papeles de los facultativos de ambos niveles asistenciales se convierten en complementarios para la atención a las psicosis. Ello se consigue, en primera instancia, implicándose

en la detección de las situaciones de riesgo de psicosis, y cuando ello no ha sido posible colaborando en la identificación y tratamiento precoz de los primeros episodios de psicosis. En esta fase de la enfermedad el médico de atención primaria puede convertirse en facilitador tanto para el paciente como para la familia del proceso de aceptación de la enfermedad y el tratamiento específico posterior. Su papel en la consolidación de la adherencia terapéutica, en la promoción de estilos de vida que eviten o disminuyan el riesgo de recaídas y en la propia identificación temprana de las recidivas será también esencial. Finalmente, en la medida en que en las enfermedades mentales graves, y por consiguiente también en las psicosis, se da una alta morbilidad de patología somática asociada, es por lo que el papel del médico de atención primaria en la prevención y tratamiento de estas alteraciones comórbidas resulta ser especialmente relevante.

La mejor incorporación del médico de atención primaria en la Intervención Temprana en las Psicosis pasa por un conocimiento de los principios que rigen en dicho Modelo. Para ello se ha promovido desde la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria la elaboración de esta Guía. Su objetivo es por lo tanto aportar la necesaria información y herramientas para garantizar la integración de los profesionales de la atención primaria en este modelo de asistencia compartida en las fases iniciales de las psicosis. Estoy seguro de que gracias a este esfuerzo entre todos conseguiremos alcanzar mayores niveles de éxito en la prevención de las psicosis y cuando ello no ha sido posible optimizar el proceso de recuperación e integración social de los pacientes, impulsando de manera decisiva la mejora de la salud mental en nuestra región.

Sr. D. Carlos León Rodríguez
Director General de Ordenación y Atención Sanitaria



I. PRÓLOGO

II. PREFACIO

CAPÍTULO 1. EL PRIMER EPISODIO DE PSICOSIS.....	23
¿Qué es un primer episodio de psicosis?	23
La Psicosis: Un problema de salud pública	24
La Psicosis: Un problema para el diagnóstico y el tratamiento precoz.....	24
El modelo de Vulnerabilidad-estrés" en el origen de la psicosis...	25
Modo de presentación de las psicosis	26
Síntomas de un primer episodio de psicosis.....	26
El consumo de sustancias psicoactivas en el primer episodio de psicosis	29
Fases de un primer episodio de psicosis.....	29
Personalidad premórbida	30
Fase prodrómica	30
Fase de inicio claro del primer episodio de psicosis	32
Fase de recuperación	33
Fase de mantenimiento y prevención de recaídas	33
 CAPÍTULO 2. LA INTERVENCIÓN TEMPRANA EN EL PRIMER EPISODIO DE PSICOSIS	 39
Introducción.....	39
Razones que justifican la intervención temprana en el primer episodio de psicosis.....	40
Duración de la psicosis sin tratar (DUP) o de la enfermedad sin tratar (DUI).....	40
Toxicidad de la psicosis no tratada	41

01

El primer episodio de psicosis

02

La intervención temprana en...

03

Papel del médico de Atención Primaria en...

04

Participación del médico de Atención Primaria en...

05

El programa de atención a las fases...

06

Lecturas recomendadas

El periodo crítico.....	42
La reducción de la duración de la psicosis sin tratar (DUP) en el modelo de intervención temprana	42
CAPÍTULO 3. PAPEL DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA ATENCIÓN TEMPRANA AL PRIMER EPISODIO DE PSICOSIS	47
Introducción.....	47
El establecimiento de contacto del paciente con un primer episodio psicótico con la atención primaria.....	48
La evaluación de la persona con sospecha de un primer episodio de psicosis, en la atención primaria	49
Actitud del Médico de Atención Primaria en la Entrevista y Evaluación Psiquiátrica	50
La entrevista Psiquiátrica en la Atención Primaria	51
Exploración Psicopatológica y Evaluación del Estado Mental.....	54
Áreas Psicopatológicas	55
Apariencia, conducta y actitud durante la entrevista	55
Lenguaje.....	55
Percepción.....	56
Contenido del pensamiento	56
Alteraciones de la forma del pensamiento	57
Afectividad y estado de ánimo	57
Nivel de conciencia	57
Capacidad de introspección y conciencia de enfermedad	57
Ideación y conducta auto y hetero agresiva	58
Exploraciones complementarias.....	58
El diagnóstico de sospecha de un primer episodio de psicosis en la Atención Primaria.....	59

La derivación de una persona con sospecha de primer episodio de psicosis desde la atención primaria a los servicios especializados.....	60
La necesidad de hospitalización de un Primer Episodio Psicótico.....	64
CAPÍTULO 4. PARTICIPACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL TRATAMIENTO DE UN PRIMER EPISODIO DE PSICOSIS SEGÚN EL MODELO DE INTERVENCIÓN TEMPRANA	69
Introducción.....	69
Tratamiento Farmacológico	70
Periodo de observación libre de tratamiento con antipsicóticos	71
Tratamiento antipsicótico en la fase aguda	71
Tratamiento antipsicótico de mantenimiento.....	73
Tratamientos Psicológicos y Psico-educativos.	74
Relación del médico de atención primaria con el paciente y la familia, tras un primer episodio de psicosis.....	76
EL PROGRAMA DE ATENCIÓN A LAS FASES INICIALES DE LA PSICOSIS DE CANTABRIA (Programa PAFIP)	81
Dirección de contacto con el Programa de Atención a Primeros Episodios de Psicosis de Cantabria.....	82
LECTURAS RECOMENDADAS.....	85
BIBLIOGRAFÍA.....	91

01

El primer episodio de psicosis

02

La intervención temprana en...

03

Papel del médico de Atención Primaria en...

04

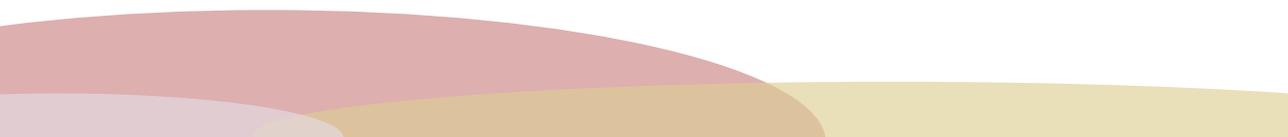
Participación del médico de Atención Primaria en...

05

El programa de atención a las fases...

06

Lecturas recomendadas



JUSTIFICACIÓN Y FUNDAMENTOS DE ESTA GUÍA

- Las Psicosis constituyen un grave problema de salud el cual, al igual que ocurre en otras enfermedades médicas, ha de ser correctamente identificado y tratado desde el inicio de la enfermedad, y de ser posible incluso previniendo su aparición.
- No obstante, incluso en sistemas asistenciales avanzados, pasa un largo periodo de tiempo entre que se desarrolla la enfermedad y ésta es correctamente identificada y tratada.
- Dicho retraso en la identificación y tratamiento de las psicosis tiene graves consecuencias para el curso evolutivo y el pronóstico de la enfermedad.
- El desarrollo de Programas de Intervención Temprana en los Primeros Episodios de Psicosis es la alternativa asistencial más eficiente para mejorar el pronóstico y curso evolutivo de la enfermedad, en la medida que garantiza su diagnóstico y tratamiento precoz.
- La activa colaboración de los médicos de atención primaria en el diagnóstico y tratamiento temprano de los Primeros Episodios de Psicosis, a través de un modelo de intervención compartida con los especialistas de salud mental, es esencial para

01

El primer episodio de psicosis

02

La intervención temprana en...

03

Papel del médico de Atención Primaria en...

04

Participación del médico de Atención Primaria en...

05

El programa de atención a las fases...

06

Lecturas recomendadas

el desarrollo de los Programas de Intervención Temprana en los Primeros Episodios de Psicosis.

- Esta Guía esta destinada a promover y facilitar la colaboración de los Médicos de Atención Primaria en el Proceso de Identificación y Tratamiento Temprano de los Primeros Episodios de Psicosis. Para ello la Guía incorpora una descripción y análisis de los aspectos mas relevantes relativos a:

- o La naturaleza de las Psicosis, los síntomas que caracterizan un primer episodio y sus modos de presentación.

- o Los fundamentos conceptuales del Modelo de Intervención Temprana, así como la justificación de su aplicación a los Primeros Episodios de Psicosis.

- o Una descripción de las estrategias terapéuticas que se han de aplicar en un Primer Episodio de Psicosis en el contexto del Modelo de Intervención Temprana.

- o El papel del Médico de Atención Primaria en la atención temprana a un Primer Episodio de Psicosis

CAPÍTULO I



EL PRIMER EPISODIO DE PSICOSIS



EL PRIMER EPISODIO DE PSICOSIS

¿Qué es un primer episodio de psicosis?

El término de Primer Episodio de Psicosis describe la aparición, por primera vez, de una “alteración psíquica” caracterizada por la presencia, entre otras, de alteraciones del pensamiento, de la percepción y del afecto y en la que además se da, en un contexto de preservación del nivel de conciencia, una distorsión o pérdida de contacto con la realidad.

Dentro de sus manifestaciones psicopatológicas destacan los “síntomas positivos” entre los que se encuentran como más significativos los delirios, las alucinaciones y los trastornos de la forma del pensamiento. Junto a ellos pueden aparecer “síntomas negativos”(también denominados “deficitarios”), como el aplanamiento afectivo, la apatía, la pérdida de motivación o la afectación de la voluntad. Pueden estar también presentes alteraciones del funcionamiento psico-social, distorsiones del comportamiento y de la conducta así como una tendencia al aislamiento y al abandono de los roles y actividades sociales. Finalmente, otra característica importante de la psicosis es que las personas enfermas no suelen tener capacidad crítica sobre sus creencias, experiencias o conductas.

01

El primer episodio de psicosis

02

La intervención temprana en...

03

Papel del médico de Atención Primaria en...

04

Participación del médico de Atención Primaria en...

05

El programa de atención a las fases...

06

Lecturas recomendadas

Aún cuando los síntomas psicóticos pueden estar presentes en diferentes cuadros clínicos, como por ejemplo en los cuadros de delirium, de forma secundaria al consumo de sustancias psicoactivas o como consecuencia de determinadas enfermedades o tratamientos médicos, son especialmente típicos de las Esquizofrenias y de las Psicosis Maniaco Depresivas. En cualquier caso esta Guía se centra fundamentalmente en los Primeros Episodios de Psicosis que aparecen como expresión de una Psicosis no Afectiva, generalmente una Esquizofrenia.

La Psicosis: Un problema de salud pública

A lo largo de la vida, aproximadamente un 3% de la población general desarrollará una psicosis y entre siete y ocho personas por 1000 habitantes, presentaran una esquizofrenia. Por ello, y porque tienden a manifestarse en edades tempranas de la vida (aproximadamente en el 80% de los casos la enfermedad se inicia entre los 15 y los 30 años), y a ir acompañadas de un componente social de estigmatización, suelen convertirse en una experiencia especialmente traumática y discapacitante, generando un marcado sufrimiento tanto para el paciente como para la familia.

La Psicosis: Un problema para el diagnóstico y el tratamiento precoz

Las características clínicas de la psicosis, la dificultad que el paciente y la familia tienen para entender y aceptar la enfermedad y también debido al componente de estigmatización y rechazo social que conlleva, hacen que se tienda a producir retrasos en la demanda de ayuda especializada. Ello motiva que, con frecuencia, la enfermedad pase largos periodos de tiempo sin ser debidamente diagnosticada y tratada. Se genera así una mayor carga de sufrimiento para el paciente y la familia y tam-

bién un empeoramiento del pronóstico y curso evolutivo de la enfermedad.

En este contexto la intervención temprana, en su doble vertiente de identificación y tratamiento precoz, de los primeros episodios de psicosis o de sus recaídas, constituye una estrategia eficaz para mejorar el pronóstico de la enfermedad. En ella, el médico de Atención Primaria ha de jugar un papel de máxima relevancia.

El modelo de Vulnerabilidad-estrés” en el origen de la psicosis

En la actualidad se cree que el hecho de que aparezca un primer episodio psicótico está relacionado con la existencia de una vulnerabilidad biológica y la presencia de factores estresantes. Este es el denominado modelo de “vulnerabilidad/estrés” para la psicosis. Según este modelo, se desencadena un primer episodio psicótico cuando a la vulnerabilidad intrínseca se asocian factores externos de estrés. La vulnerabilidad está determinada por factores biológicos (genéticos y del neurodesarrollo) y su expresión como un trastorno psicótico está influenciada por factores desencadenantes tanto psicosociales (por ejemplo la emigración) como físicos (por ejemplo, el abuso de sustancias).

Entre los factores de riesgo se incluyen:

- La presencia de antecedentes familiares de psicosis, aunque solo una pequeña proporción de personas con psicosis tienen algún familiar directo que también haya sufrido dicho trastorno.
- La existencia de una alteración de la personalidad, y sobre todo de los tipos esquizoide, esquizotípico y paranoide.
- La presencia de un consumo prolongado de cannabis o de otras sustancias como la cocaína o los alucinógenos (Moore et al., 2007).

- La residencia en ámbitos urbanos desestructurados ([Kirkbride et al., 2007](#)).
- El aislamiento social y la emigración.

Modo de presentación de las psicosis

Dependiendo de la naturaleza del cuadro psicopatológico que caracterice el inicio de un primer episodio de psicosis, se pueden diferenciar dos formas clínicas de presentación. Una forma lenta y larvada, en la que asistimos a la paulatina aparición de síntomas inespecíficos, por lo general negativos y deficitarios, por lo tanto más difíciles de identificar como auténtico cuadro psicótico, y otra forma aguda y florida, con marcados síntomas positivos y alteraciones conductuales.

Síntomas de un primer episodio de psicosis

Un primer episodio de psicosis se manifiesta mediante una serie de síntomas que son la expresión de profundas alteraciones de la percepción, pensamiento, afecto, psicomotricidad, cognición, lenguaje, y sentido de uno mismo. En ocasiones dichos síntomas son clasificados como positivos o como negativos. Sin embargo, aun cuando dependiendo de los cuadros clínicos suelen predominar unos u otros, es frecuente que los pacientes presenten una mezcla de ambos.

Los síntomas positivos, como es el caso de las alucinaciones, los delirios, los trastornos de la forma del pensamiento y las conductas extrañas o desorganizadas, reflejan una actividad mental productiva, pero desajustada de la realidad y desadaptada. Los síntomas negativos muestran por el contrario un déficit de una función mental que normalmente debería estar presente, como por ejemplo es el caso del aplanamiento afectivo, el aislamiento social, o la abulia.

En la Tabla 1 describiremos brevemente los síntomas más significativos que el médico de atención primaria deberá conocer para identificar correctamente dichos cuadros clínicos.

Tabla 1. Síntomas principales de un primer episodio psicótico

ÁREAS PSICOPATOLÓGICAS	CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES
Apariencia y conducta	Algunos pacientes pueden presentar una apariencia totalmente normal. Otros muestran una apariencia inadecuada y/o conductas extrañas.
Sensopercepción	Los síntomas más significativos son las alucinaciones, sobre todo las auditivas. Las visuales pueden aparecer pero son más típicas de los cuadros orgánicos. La gustativas, olfativas y las basadas en sensaciones corporales suelen darse asociadas a delirios.
Contenido del Pensamiento	Los síntomas más significativos son los delirios. Los más comunes son los de referencia y de persecución. Las experiencias de pasividad (la inserción, la difusión y el robo del pensamiento, las ideas de control, etc) poseen una mayor relevancia diagnóstica.
Forma del Pensamiento	Los trastornos de la forma del pensamiento se muestran como un patrón de pensamiento vago, desorganizado y generan un discurso inconexo y difícil de seguir.

ÁREAS PSICOPATOLÓGICAS	CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES
Discurso y lenguaje	Es el reflejo del trastorno del pensamiento subyacente. Suele ser característico el descarrilamiento del lenguaje, así como el lenguaje circunstancial, y con incapacidad para manejar conceptos abstractos.
Capacidad de juicio	La capacidad de juicio sobre la existencia de un trastorno psicótico suele estar alterada, siendo el paciente incapaz de reconocer la naturaleza patológica de las experiencias psicóticas.
Humor y afectividad	Están con frecuencia alterados en las psicosis. Dentro de ellos los más característicos son: la respuesta emocional restringida, la respuesta emocional inapropiada y las respuestas emocionales extravagantes.
Motórica	Los pacientes con psicosis pueden desarrollar alteraciones motoras diversas y cambios en la conducta social. Las conductas anormales varían desde el estupor catatónico a la excitación.

Para una descripción más detallada de los síntomas típicos de un cuadro psicótico véase la lectura recomendada:

- **La exploración del Estado Mental.** Modesto Pérez-Retuerto; Javier Vázquez-Bourgon; Luis Gaité; Antonio Labad Alquezar. Capítulo 2.3. En: *Psiquiatría en Atención Primaria*. 2ª Edición (Editor: José Luis Vázquez-Barquero). Aula Médica Ediciones. Madrid 2007.

El consumo de sustancias psicoactivas en el primer episodio de psicosis

El abuso de sustancias psicoactivas presenta en los pacientes con un primer episodio de psicosis tasas superiores a las observadas en la población general. Dentro de ellas destacan el consumo de alcohol, de tabaco, de marihuana, y de cocaína. Dicho consumo, que hoy en día se asocia a un incremento de las recaídas y a un peor curso evolutivo de la enfermedad, puede estar relacionado con un intento de contrarrestar la ansiedad o la depresión o para mejorar los síntomas negativos de la enfermedad. La prevención de dicho consumo ha de ser uno de los objetivos prioritarios de la intervención psico-educativa en los primeros episodios de psicosis. El papel del médico de Atención Primaria, como apoyo en el desarrollo de dichas intervenciones preventivas, es de suma relevancia.

Fases de un primer episodio de psicosis

Las investigaciones epidemiológicas llevadas a cabo en la población general han puesto de manifiesto que el fenotipo psicótico se expresa dentro de un "continuum" que va desde la normalidad, a las experiencias psicóticas subclínicas y finalmente a los trastornos psicóticos (van Os, 2003). Así, es posible identificar en un primer episodio psicótico una serie de fases, que pasaremos a describir brevemente a continuación (Ver Fig. 1).

01

El primer episodio de psicosis

02

La intervención temprana en...

03

Papel del médico de Atención Primaria en...

04

Participación del médico de Atención Primaria en...

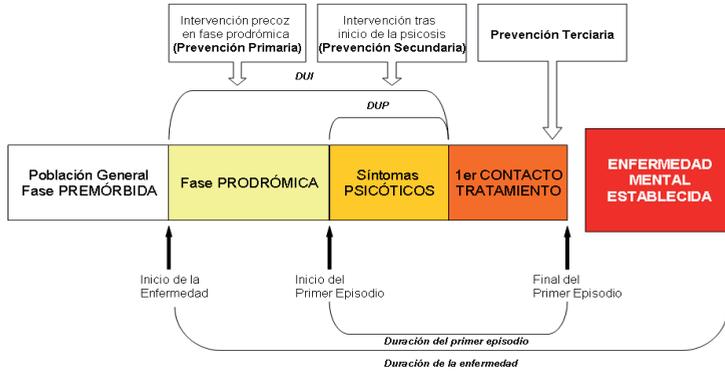
05

El programa de atención a las fases...

06

Lecturas recomendadas

Figura 1. Evolución del cuadro psicótico. Intervenciones Preventivas.



(Leyenda: DUP: duración de psicosis sin tratar. DUI: duración de enfermedad sin tratar).

PERSONALIDAD PREMÓRBIDA

Muchas personas que desarrollan un trastorno psicótico pueden tener una personalidad premórbida normal. Esto no es óbice para que también puedan presentar ciertos rasgos característicos, como el aislamiento social y emocional o la tendencia a buscar refugio en la fantasía. Estas características forman parte de los rasgos esquizoides de la personalidad. Entre los antecedentes infantiles son habituales la timidez excesiva, la hipersensibilidad, así como una menor sociabilidad. Por lo tanto la identificación en edades tempranas de una personalidad premórbida puede alertarnos, en presencia de otros indicadores como la carga genética familiar, de la presencia de un posible riesgo de desarrollar un trastorno psicótico.

FASE PRODRÓMICA

El comienzo de la psicosis puede ser súbito, aunque frecuentemente viene precedido de un periodo previo caracterizado por

la presencia de síntomas inespecíficos y alteraciones del comportamiento de intensidad y duración variable, que se ha denominado "Fase Prodrómica". Los síntomas que aparecen durante la fase prodrómica varían y pueden incluir: Cambios en las emociones (ansiedad, depresión, cambios de humor); Alteraciones del pensamiento (preocupaciones por ideas extrañas; dificultad para organizar o expresar el pensamiento; dificultades de concentración; etc.); Cambios en la conducta (deterioro en el funcionamiento socio-laboral; aislamiento; disminución de la motivación; conducta inapropiada; etc.); Síntomas físicos (problemas para dormir, pérdida de apetito; energía; etc.); Cambios en la percepción de sí mismo, de otros o del entorno (suspicious; sensación de que el entorno o uno mismo ha cambiado; etc.).

Relacionado con el síndrome prodrómico se encuentra lo que se ha definido como "Estado de Alto Riesgo de Transición a Psicosis". Dicho estado, que es más sugerente del inicio de un cuadro psicótico, se caracteriza por la presencia, entre otros, de:

1. Síntomas psicóticos atenuados (ideas de referencia, ideaciones mágicas, pensamientos y discursos extraños, etc.), y;
2. Síntomas psicóticos limitados breves e intermitentes (delirios, alucinaciones, etc., de duración limitada a unos días y que remiten espontáneamente).

Todos estos síntomas suelen ser breves e intermitentes, aumentando durante periodos de estrés o consumo de sustancias psicoactivas. Así, la existencia de estas manifestaciones en un adolescente o adulto joven pueden anunciar, especialmente cuando están presentes otros factores de riesgo, como es por ejemplo el caso de los antecedentes familiares de psicosis, el inminente desarrollo de un primer episodio de psicosis.

FASE DE INICIO CLARO DEL PRIMER EPISODIO DE PSICOSIS

Precedido o no de una fase prodrómica el inicio de un primer episodio psicótico puede adoptar una forma aguda, en la que los síntomas psicóticos se manifiestan de manera florida, o una forma insidiosa en la que el primer episodio se presenta con síntomas larvados que enlazan de manera gradual con la fase prodrómica.

En lo que concierne a la forma aguda de inicio, si bien, en muchos casos la enfermedad va progresando desde una fase prodrómica hasta alcanzar el estado de franca psicosis, lo cierto es que en otras ocasiones la enfermedad presenta un inicio abrupto, sin una fase prodrómica. En ambas situaciones, la aparición de la sintomatología aguda puede asociarse a un acontecimiento estresante grave o al consumo de sustancias tóxicas y por lo general consiste en: delirios, alucinaciones, síntomas de agitación e incluso, en ocasiones, conductas auto o hetero-agresivas. El cuadro puede también estar dominado por la perplejidad y la angustia, con marcadas vivencias de cambio personal y del entorno.

Otras veces el inicio de la enfermedad es insidioso y se caracteriza por la instauración progresiva de síntomas negativos y defectuales. En estos casos suele resultar difícil precisar cuando termina la fase prodrómica y se inicia la fase aguda del primer episodio psicótico. Se observa, por ejemplo, en ocasiones, cómo un joven con una conducta y un rendimiento académico normales, se convierten lentamente en un sujeto aislado e introvertido que abandona progresivamente el contacto con sus amistades y en el que se deterioran de forma progresiva sus rendimientos académicos y/o laborales, pudiendo también iniciar o incrementar de manera significativa el consumo de sustancias psicoactivas.

El paciente, en esta fase de la enfermedad, puede presentarse ante el médico Atención Primaria demandando ayuda por quejas somáticas persistentes y vagas que, tras haber realizado las exploraciones pertinentes, no se explican por la presencia de una patología física.

FASE DE RECUPERACIÓN

Un alto porcentaje de las personas que experimentan su primer episodio psicótico puede lograr una recuperación completa, aunque entre el 10 y el 20% presentara síntomas persistentes.

Una vez que se inicia el tratamiento algunas personas mejoran y resuelven su sintomatología de manera rápida y completa, otras van a mejorar de forma lenta pero continua, otras pasan por un período de aparente falta de progreso y luego comienzan a mejorar con mayor o menor rapidez, mientras que finalmente otras permanecen con marcadas alteraciones o incluso se deterioran progresivamente.

Existen una serie de factores que dificultan el proceso de recuperación. El más significativo esta relacionado con el seguimiento irregular, y sobre todo con el abandono del tratamiento. Además el consumo de sustancias ilegales, como la marihuana o la cocaína, interfiere también de manera muy significativa con el proceso de recuperación, al igual que lo hace el mantenimiento de estilos de vida inapropiada y estresante.

FASE DE MANTENIMIENTO Y PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

Una vez que se logra la recuperación completa el objetivo principal del tratamiento es el mantenimiento del estado de recuperación, la prevención de recaídas y la consolidación de la rein-

01

El primer episodio de psicosis

02

La intervención temprana en...

03

Papel del médico de Atención Primaria en...

04

Participación del médico de Atención Primaria en...

05

El programa de atención a las fases...

06

Lecturas recomendadas

tegración social y el estado de bienestar. En este sentido es preciso que el paciente y la familia entiendan que la consecución de la recuperación no implica la “curación definitiva”, como puede suceder, por ejemplo, en las enfermedades infecciosas, sino que persiste en el paciente una alta susceptibilidad a presentar recaídas. Por ello, es esencial realizar un seguimiento a largo plazo de las personas que han sufrido un primer episodio psicótico.

ASPECTOS A RECORDAR... I

Características Clave de un Primer Episodio de Psicosis

- El diagnóstico de Primer Episodio de Psicosis hace referencia a la aparición de una alteración psíquica que presenta, entre otras, alteraciones del pensamiento, del afecto y de la conducta y en la que además se da una pérdida de contacto con la realidad, y una afectación de la capacidad crítica.
- El primer episodio de psicosis es una experiencia sumamente traumática para la persona enferma y sus familiares. Provoca un gran sufrimiento psicológico y altera de manera profunda la vida familiar, y sociolaboral de la persona enferma.
- El modelo de vulnerabilidad/estrés defiende que el origen de la psicosis se debe a la confluencia de una vulnerabilidad intrínseca, determinada por factores genéticos y del neurodesarrollo y factores ambientales tanto psicosociales como físicos.
- La mayoría de las personas experimentan su primer episodio de psicosis durante la adolescencia o al principio de la edad adulta.
- Se suele considerar que la psicosis se manifiesta a través de fases: fase pre-mórbida; prodrómica; aguda; de recuperación; de mantenimiento y prevención de recaídas.

01

El primer episodio de psicosis

02

La intervención temprana en...

03

Papel del médico de Atención Primaria en...

04

Participación del médico de Atención Primaria en...

05

El programa de atención a las fases...

06

Lecturas recomendadas

- Los modos de presentación del primer episodio de psicosis pueden ser agudos o insidiosos. Los insidiosos, se presentan con síntomas vagos e inespecíficos y a veces con quejas somáticas, siendo difíciles de identificar.

- Un alto porcentaje de las personas que sufren un primer episodio psicótico tardan demasiado tiempo (por lo general más de un año) en ser correctamente diagnosticadas y tratadas. Este retraso en el diagnóstico e instauración del tratamiento tiene efectos negativos para el curso evolutivo del trastorno.

- La intervención en las fases iniciales del episodio psicótico puede reducir de manera significativa el impacto de la enfermedad en el paciente y en la familia.

- El médico de Atención Primaria tiene un papel esencial que cumplir, a través de un modelo de intervención compartida con el especialista de salud mental, en la identificación y el tratamiento temprano del primer episodio de psicosis.

- Es habitual que un alto porcentaje de personas se recuperen de un primer episodio psicótico.

- El abandono del tratamiento farmacológico, la presencia de factores de estrés y estilos de vida no saludables y el consumo de sustancias psicotropas ilegales, incrementan de manera importante el riesgo de recaída.

CAPÍTULO II



LA INTERVENCIÓN TEMPRANA EN EL
PRIMER EPISODIO DE PSICOSIS



LA INTERVENCIÓN TEMPRANA EN EL PRIMER EPISODIO DE PSICOSIS

Introducción

Se acepta en Medicina, y ello es aplicable a las enfermedades mentales, que el retraso en el diagnóstico y en la instauración del tratamiento tiene graves consecuencias para el curso evolutivo de la enfermedad. Sin embargo en las psicosis, incluso en sistemas sanitarios avanzados, pasa un largo periodo de tiempo entre que se desarrolla la enfermedad y ésta es correctamente diagnosticada y tratada.

Podríamos definir la intervención temprana en las psicosis como un proceso proactivo de identificación y evaluación temprana de la enfermedad, así como de provisión de una estrategia de intervención precoz, fase-específica, multicomponente y multidisciplinar (Vázquez-Barquero & Artal Simón, 2005). El objetivo es garantizar una significativa reducción del tiempo transcurrido sin que el paciente haya recibido un adecuado tratamiento, así como la provisión de un tratamiento efectivo durante el "periodo crítico" de la enfermedad, que hoy sabemos se extiende durante los primeros años de su curso evolutivo (Malla & Norman, 2002).

01

El primer episodio de psicosis

02

La intervención temprana en...

03

Papel del médico de Atención Primaria en...

04

Participación del médico de Atención Primaria en...

05

El programa de atención a las fases...

06

Lecturas recomendadas

Razones que justifican la intervención temprana en el primer episodio de psicosis

La implantación del nuevo modelo de intervención temprana se fundamenta en una serie de datos empíricos.

- El primero de ellos tiene que ver con el significativo retraso que en los sistemas tradicionales de salud mental se da en el diagnóstico y tratamiento de los primeros episodios de psicosis.
- El segundo, con las consecuencias negativas que para el paciente, la familia y la sociedad, conlleva dicho retraso.
- Y finalmente, en el hecho de que hoy sabemos que el tratamiento es mucho más efectivo en las fases iniciales de la enfermedad.

Estos aspectos han sido analizados a través de una serie de nuevos conceptos que revisaremos brevemente a continuación.

DURACIÓN DE LA PSICOSIS SIN TRATAR (DUP) O DE LA ENFERMEDAD SIN TRATAR (DUI)

Ya desde hace años se ha ido poniendo de manifiesto que desde que se inicia la psicosis hasta que ésta es correctamente identificada y tratada suele pasar un largo periodo de tiempo. Este periodo de tiempo durante el que la psicosis ha estado sin tratar ("Duración de la Psicosis sin tratar –DUP-" y de la "Enfermedad sin Tratar"- DUI-) se ha visto que puede prolongarse durante varios años.

Distintos factores influyen de manera significativa en que se de un largo periodo de DUP. Entre ellos cabe destacar el que la psicosis haya tenido un comienzo lento e insidioso, la presencia de una mala red de apoyo social, y por supuesto las limitaciones en la accesibilidad a la asistencia sanitaria.

La relevancia de este largo periodo de tiempo que pasa la enfermedad sin tratar radica en que se ha demostrado que tiene efectos negativos sobre la evolución posterior de la psicosis. Entre los efectos negativos de una DUP prolongada se encuentran, entre otros, la remisión incompleta y tardía del primer episodio así como la peor respuesta al tratamiento(McGorry, et al., 1996; Norman & Malla, 2001).

TOXICIDAD DE LA PSICOSIS NO TRATADA

Hoy sabemos que la enfermedad, y de manera más evidente la enfermedad sin tratar, posee un efecto tóxico. Dicha toxicidad se extiende al área psicológica, al área social e incluso al área neuronal. Se habla así, por lo tanto, de efectos psico-tóxicos, socio-tóxicos y neuro-tóxicos.

Como sabemos, la psicosis implica la aparición de profundos cambios psicológicos en el paciente, que se extienden a todas las áreas del psiquismo. De manera similar la enfermedad no tratada conlleva cambios importantes en los roles sociales del paciente y en sus relaciones con el entorno familiar, social y laboral. Si dichos cambios no se resuelven en un corto periodo de tiempo se operan procesos de consolidación de patrones psicológicos y sociales desadaptados que, progresivamente, se vuelven más difíciles de revertir mediante intervenciones, constituyendo así lo que definimos como efecto psico y socio tóxico de la enfermedad.

Se está también planteando en los últimos años que la psicosis, y de manera especial la psicosis no tratada, parece generar un efecto de toxicidad neuronal (McGlashan, 2006; Wyatt, 1991). En el mismo sentido, se ha planteado que para preservar la plasticidad del cerebro y prevenir su deterioro es fundamental que las

personas afectadas reciban un tratamiento efectivo en aquella fase de la enfermedad en la que el psiquismo y estructura neuronal del paciente todavía tiene una buena capacidad de respuesta ([McGlashan & Johannessen, 1996](#)).

EL PERIODO CRÍTICO

Se postula hoy en día que la fase de inicio de la psicosis es una fase de más alta plasticidad, en la que los cambios psicológicos y neuronales, todavía no cristalizados, resultan más sensibles a las intervenciones. Es ésta también una fase de máxima vulnerabilidad a los efectos tóxicos de la enfermedad. Esta característica de mayor plasticidad y susceptibilidad a las intervenciones y a los efectos secundarios del tratamiento, es la que ha justificado su denominación como “periodo crítico” (Birchwood, Todd, & Jackson, 1998).

Los estudios prospectivos llevados a cabo parecen demostrar que dicho periodo crítico se extiende desde el propio inicio del trastorno hasta los 3-5 años posteriores a la recuperación del primer episodio. Se justifica así la necesidad de poner en marcha de manera precoz estrategias de tratamiento del primer episodio que se prolonguen todo a lo largo de este periodo de tiempo.

LA REDUCCIÓN DE LA DURACIÓN DE LA PSICOSIS SIN TRATAR (DUP) EN EL MODELO DE INTERVENCIÓN TEMPRANA

Uno de los objetivos esenciales de los programas de intervención temprana es el relacionado con la reducción del tiempo que pasa un individuo afecto de un primer episodio de psicosis sin ser correctamente diagnosticado y tratado. La relevancia de este objetivo radica en que, como hemos apuntado, existe ya evidencia de que una significativa reducción de la DUP tiene un efecto muy positivo sobre el curso evolutivo de la enfermedad.

Por ello, la intervención temprana sobre los primeros episodios de psicosis ha de incorporar estrategias de intervención dirigidas a reducir la DUP, actuando tanto a nivel de la población general como de las poblaciones en riesgo de desarrollar un primer episodio de psicosis. En la ejecución de dichas estrategias los servicios de Atención Primaria, actuando en colaboración con los servicios especializados de salud mental, tienen un importante papel que cumplir.

A nivel de la población general los servicios de Atención Primaria deberán colaborar con los servicios especializados en el desarrollo de programas psico-educativos dirigidos a promover el temprano reconocimiento de la enfermedad y de los factores de riesgo que inciden en su desarrollo.

A nivel de la "población en riesgo de desarrollar una psicosis" los médicos de Atención Primaria, en colaboración con los servicios especializados, deberán poner una especial atención en identificar los indicadores de riesgo de transición a la psicosis, y a intervenir de manera precoz en dichas situaciones mediante programas de seguimiento y evaluación periódica.

Finalmente, en el caso de de aquellos pacientes que establecen contacto demandando atención para un primer episodio agudo de psicosis, los servicios de Atención Primaria habrán de referir dichos pacientes sin dilación a los servicios especializados.

01

El primer episodio de psicosis

02

La intervención temprana en...

03

Papel del médico de Atención Primaria en...

04

Participación del médico de Atención Primaria en...

05

El programa de atención a las fases...

06

Lecturas recomendadas

ASPECTOS A RECORDAR... II

La intervención Temprana en el Primer Episodio de Psicosis

- La Intervención Temprana en las psicosis es un proceso proactivo de identificación, evaluación y tratamiento temprano de la enfermedad.
- Su interés se justifica por :
 - o El significativo retraso que se da en el diagnóstico y tratamiento de las psicosis (DUP) que hoy sabemos puede incluso alcanzar los tres años.
 - o Las consecuencias negativas que dicho retraso conlleva, y que implican un peor pronóstico y curso evolutivo de la enfermedad, así como una peor respuesta a las intervenciones.
 - o El hecho de que en las fases tempranas de la enfermedad las intervenciones terapéuticas son más efectivas.
- Para explicar el efecto negativo que dicho retraso en la identificación y tratamiento del primer episodio conlleva, se han elaborado los conceptos de: Toxicidad de la Psicosis no Tratada y Periodo Crítico.
- Uno de los objetivos esenciales de la Intervención Temprana es el de reducir de manera significativa la Duración del periodo que pasa la Psicosis sin ser identificada y tratada. En su consecución el médico de atención primaria tiene un importante papel que cumplir.

CAPÍTULO III



PAPEL DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA
EN LA ATENCIÓN TEMPRANA AL PRIMER EPISODIO DE PSICOSIS



PAPEL DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA ATENCIÓN TEMPRANA AL PRIMER EPISODIO DE PSICOSIS

Introducción

Para conseguir que la intervención temprana en primeros episodios de psicosis sea una realidad, es importante garantizar la implicación y colaboración de los médicos de Atención Primaria. La relevancia de dicho papel se refuerza por el hecho de que, como hoy en día sabemos, con frecuencia los médicos de Atención Primaria son los primeros profesionales que tienen la oportunidad de identificar a las personas con un primer episodio de psicosis.

Conviene además tener presente que el nuevo modelo de intervención en salud mental promueve que aun cuando los servicios especializados sigan siendo los principales responsables de la asistencia a los pacientes con trastornos psicóticos, ésta debe ser también asumida por los médicos de Atención Primaria a través de "modelos de asistencia compartida". Esta nueva manera de entender lo que ha de ser la intervención en las psicosis, se justifica no solo en base a su mayor efectividad clínica, sino también por el hecho de que los propios pacientes valoran de forma muy positiva la participación del médico de Atención Primaria en el proceso asistencial. De esta manera el papel del médico de Atención Primaria y el de los especialistas de salud mental se convierten en complementarios en el manejo de las psicosis, siendo esto

01

El primer episodio de psicosis

02

La intervención temprana en...

03

Papel del médico de Atención Primaria en...

04

Participación del médico de Atención Primaria en...

05

El programa de atención a las fases...

06

Lecturas recomendadas

extensible a la detección y tratamiento temprano de los primeros episodios de psicosis y la prevención de recaídas (Carr et al., 2004).

El papel del profesional de Atención Primaria en la atención a las personas con un primer episodio de psicosis implica participar en:

- La detección y diagnóstico temprano de dichos trastornos.
- La correcta y temprana derivación de los pacientes con un primer episodio de psicosis a los servicios especializados de salud mental.
- El manejo de situaciones de urgencia (domiciliarias o en consulta a demanda) ante pacientes con un primer episodio de psicosis, que precisen de una intervención inmediata.
- La prevención, diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud física asociados a la psicosis.

El establecimiento de contacto del paciente con un primer episodio psicótico con la atención primaria

El comienzo de un primer episodio psicótico suele ocurrir en adultos jóvenes, y se suele dar en un contexto en el que el paciente no considera que tiene una enfermedad que requiere tratamiento médico ([Amador, et al., 1991](#)). No resulta sorprendente, por tanto, que los familiares más cercanos, especialmente los padres, sean los promotores de que éste acuda al médico en busca de tratamiento.

Parece lógico pensar que, una vez que un primer episodio de psicosis se ha puesto de manifiesto, el motivo fundamental para acudir al médico de Atención Primaria sea la propia gravedad de los síntomas psicóticos. Sin embargo, la realidad nos muestra que con frecuencia las personas aquejadas de este trastorno, e incluso sus propios familiares, no reconocen que necesitan atención médica por la psicosis. Así, cuando acuden al médico de Atención

Primaria suelen hacerlo en relación con síntomas menos específicos como es el caso, por ejemplo, de cambios en el comportamiento presumiblemente derivados de un problema de salud, de preocupaciones inespecíficas, y sobre todo de quejas somáticas (Addington, et al., 2002). Es por ello importante que el médico de Atención Primaria tenga presente esta forma atípica de justificar la demanda de atención médica para el tratamiento de un primer episodio de psicosis.

En los casos en los que los síntomas psicóticos han sido el motivo fundamental para acudir al médico, esto suele producirse cuando esos síntomas han estado ya presentes durante largos periodos de tiempo (aunque quizás de forma intermitente). Y es tan solo cuando dichos síntomas son ya percibidos como peligrosos, embarazosos para la vida cotidiana, o cuando se agota la capacidad de la familia para convivir con ellos, que se establece finalmente la demanda de atención médica (Compton, 2004).

La evaluación de la persona con sospecha de un primer episodio de psicosis, en la atención primaria

Dado que la detección y diagnóstico de un primer episodio de psicosis se basa fundamentalmente en la historia clínica y en la evaluación psicopatológica, es importante estar familiarizado con las posibles formas de presentación del trastorno y la historia natural de la enfermedad.

Como ya hemos indicado, la forma de presentación puede variar, pero, en cualquier caso, es frecuente que los pacientes no expongan de manera espontánea sus síntomas psicóticos, sino que presenten quejas inespecíficas, o problemas de salud física. Este hecho refuerza la importancia de realizar una buena entrevista médica.

01

El primer episodio de psicosis

02

La intervención temprana en...

03

Papel del médico de Atención Primaria en...

04

Participación del médico de Atención Primaria en...

05

El programa de atención a las fases...

06

Lecturas recomendadas

La entrevista con la familia del enfermo es, por lo general, absolutamente imprescindible, siendo de gran utilidad para obtener una visión global del cuadro clínico y para tener una mejor idea de la evolución de su estado psicopatológico y conducta. Permitirá, además, valorar los posibles antecedentes familiares de psicosis, y/o de tentativas de suicidio. Aspectos estos que son esenciales para la confirmación de un posible diagnóstico de psicosis y la identificación de riesgo de suicidio en el paciente. Para ello, cuando el paciente acude con algún familiar a la consulta, es recomendable entrevistarse primero con el propio paciente y a continuación con el familiar.

ACTITUD DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA ENTREVISTA Y EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA

La entrevista y evaluación clínica de un paciente con un primer episodio de psicosis requiere de habilidades especiales por parte del médico de Atención Primaria. Entre ellas destaca la empatía, la capacidad de mantener una actitud "neutra" frente a las experiencias psicóticas, y la habilidad para establecer una adecuada relación médico-enfermo.

Es preciso tener presente que los objetivos de la entrevista con un primer episodio de psicosis son múltiples y no se limitan a recabar información para el diagnóstico. Es además preciso:

- Establecer un buen contacto y relación médico enfermo sobre la que se establezca una adecuada "alianza terapéutica".
- Tranquilizar al paciente y la familia sobre las experiencias psicóticas, ofreciendo apoyo y confianza.
- Motivar al tratamiento a mantener el contacto médico y seguir las recomendaciones médicas.

En ocasiones bastará con mantener una actitud receptiva de escucha, pero con mayor frecuencia suele ser necesario asumir un pa-

pel más activo del que se tendría ante un paciente con patología somática. Para ello el médico de Atención Primaria ha de dominar la técnica de la entrevista psiquiátrica, conociendo las áreas a explorar, así como las preguntas que conviene realizar en cada una de ellas. A continuación describiremos brevemente dichos aspectos.

La entrevista Psiquiátrica en la Atención Primaria

Como se ha indicado, la entrevista psiquiátrica es el instrumento habitual para la evaluación diagnóstica del paciente con un primer episodio de psicosis. Dentro de ella, además de la Exploración Psicopatológica y Evaluación del Estado Mental Actual, que constituye el eje central de la entrevista psiquiátrica, es preciso explorar, al menos, las áreas clínicas que se especifican en la Tabla 3.

Tabla 3 Áreas clínicas a explorar en la entrevista psiquiátrica de un Primer Episodio Psicótico en Atención Primaria

ÁREAS A EXPLORAR	ASPECTOS MÁS RELEVANTES
Motivo de la consulta y modo de presentación	<p>Observar el modo presentación y verificar las razones del "contacto", incluyendo la presencia de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Síntomas psicóticos; Síntomas prodrómicos y/o de "estado de alto riesgo de transición a la psicosis". - Quejas somáticas persistentes y vagas no justificada por una patología física. - Evidencia de que el "contacto" esté motivado por el consumo de sustancias psicótropas, o por la presencia de conductas auto o hetero-agresivas.

ÁREAS A EXPLORAR	ASPECTOS MÁS RELEVANTES
Estado de salud física y antecedentes médicos	<p>Explorar los antecedentes y/o presencia de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades del SNS que pueden manifestarse presentando síntomas de un episodio psicótico (por ejemplo: Enfermedad de Huntington , etc.). - Situaciones de afectación o daño cerebral que pueden dar origen al desarrollo de episodios psicóticos (por ejemplo: Traumatismos cerebrales; tumores lóbulo frontal, parietal, occipital, etc.). - Enfermedades sistémicas, metabólicas que pueden manifestarse presentando síntomas psicóticos (Hiper e hipotiroidismo; Hiper e Hipo-paratiroidismo; Lupus Eritematoso Sistémico; Porfiria Aguda; Esclerosis Múltiple, etc.). - Tratamientos médicos que puedan originar un episodio psicótico (corticoides; Inmunosupresores; etc).
Historia personal	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar la historia personal (escolar, laboral, familiar, social, sexual) para identificar la presencia de un posible deterioro del funcionamiento. - Explorar la aparición de cambios significativos en la conducta y/o estilos de vida.

ÁREAS A EXPLORAR	ASPECTOS MÁS RELEVANTES
Antecedentes psiquiátricos familiares	<p>Explorar la presencia de antecedentes familiares de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psicosis (indicador de riesgo de padecer un primer episodio de psicosis en familiares de primer grado). - Suicidio o tentativas de suicidio (indicador de un mayor riesgo de suicidio en un paciente con un primer episodio psicótico).
Antecedentes psiquiátricos personales	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar la presencia de antecedentes de alteraciones psiquiátricas y/o psicológicas en la infancia. - Explorar la presencia de rasgos premórbidos y de síntomas prodrómicos.
Consumo de sustancias	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar el consumo de determinadas drogas como el cannabis, la cocaína, los alucinógenos o las drogas de síntesis (factor de riesgo para el desarrollo de psicosis).

01

El primer episodio de psicosis

02

La intervención temprana en...

03

Papel del médico de Atención Primaria en...

04

Participación del médico de Atención Primaria en...

05

El programa de atención a las fases...

06

Lecturas recomendadas

Exploración Psicopatológica y Evaluación del Estado Mental

La exploración del estado mental constituye una de las áreas esenciales de la entrevista y evaluación clínica. Aunque algunos aspectos del estado mental del paciente, por ejemplo, la apariencia o su conducta y lenguaje, se pueden deducir de su comportamiento durante la entrevista, la mayoría han de ser explorados activamente. Ello incluye la exploración de los síntomas y conductas del paciente, utilizando para ello tres estrategias (Othmer & Othmer, 2002):

- *observación*: registro de toda la información referente a la apariencia del paciente, nivel de conciencia, comportamiento motor y comportamiento no verbal, etc.;
- *conversación*: va a permitir obtener información sobre atención/concentración, lenguaje, orientación, estado de ánimo, etc.;
- *exploración*: en ella se investiga sobre funciones psíquicas, como la percepción, pensamiento, etc., que requieren preguntas estructuradas.

En la tabla 4 describimos de manera resumida los aspectos más relevantes de la exploración psicopatológica y del estado mental del paciente con un primer episodio de psicosis.

Tabla 4. Criterios y Pautas para la exploración del Estado Mental de un Primer Episodio de Psicosis en Atención Primaria

ÁREAS PSICOPATOLÓGICAS	CRITERIOS Y PAUTAS PARA LA EXPLORACIÓN
Apariencia, conducta y actitud durante la entrevista	<p>Observación de la apariencia, considerando si es apropiada a la edad, grupo cultural etc.</p> <p>Valoración de la conducta durante la entrevista, así como su actitud ante ella. Por ejemplo, si se muestra colaborador y tranquilo o si está receloso o presenta una actitud defensiva, hostil, amenazante.</p> <p>Valorar la psicomotricidad: aumento o inhibición de la actividad motora, presencia de inquietud o agitación, etc.</p>
Lenguaje	<p>Se valoran las características y la comprensión del lenguaje, no el contenido del lenguaje, por ejemplo: la velocidad a la que se habla; el vocabulario empleado; etc</p>

ÁREAS PSICOPATOLÓGICAS	CRITERIOS Y PAUTAS PARA LA EXPLORACIÓN
Percepción	<p>Se evaluará la presencia de alucinaciones en todas las modalidades sensoriales. Si no hay evidencia de conducta alucinatoria preguntar directamente por dichas experiencias, progresando desde preguntas generales a otras más concretas. Ejemplos de preguntas generales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>¿Ha oído en alguna ocasión ruidos o voces, cuando no había nadie cerca?, o ¿vio o sintió cosas que los demás no podían?</i> - <i>¿Ha tenido últimamente otras experiencias extrañas o desagradables de cualquier clase?</i>
Contenido del pensamiento	<p>Cuando no es evidente que el paciente presenta delirios, su presencia deberá explorarse de manera directa progresando desde preguntas generales a otras más concretas. Ejemplos de las preguntas a realizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>¿Ha tenido la sensación de que la gente estaba demasiado interesada en Ud, que habla de usted o le vigila?</i> - <i>¿Piensa que las cosas estaban dispuestas de forma que tuvieran un significado especial para Ud?, ¿incluso que podían llegar a perjudicarlo de alguna manera?</i> - <i>¿Tiene poderes especiales de los que carecen los demás?</i>

ÁREAS PSICOPATOLÓGICAS	CRITERIOS Y PAUTAS PARA LA EXPLORACIÓN
Alteraciones de la forma del pensamiento	Se valorará la presencia de alteraciones de la forma del pensamiento, como es por ejemplo, el caso de: respuestas tangenciales no relacionadas con la pregunta; dificultad para mantener el hilo argumental; lenguaje incoherente, etc.
Motórica Afectividad y estado de ánimo	Se valorará la presencia de una disminución o aumento de los afectos y estado de ánimo (depresión, euforia, etc). La ausencia de respuestas afectivas frente a temas que deberían provocarlas y la congruencia de la afectividad con el contenido del pensamiento, deberá también ser evaluada.
Nivel de conciencia	Se evaluará el nivel de conciencia durante la entrevista, así como el nivel de alerta que mantiene.
Capacidad de introspección y conciencia de enfermedad	Se evaluará la "conciencia de enfermedad", valorando entre otros: la capacidad que el paciente tiene de aceptar alguna "crítica" sobre sus experiencias, y el nivel de involucración personal en las experiencias psicóticas.

ÁREAS PSICOPATOLÓGICAS	CRITERIOS Y PAUTAS PARA LA EXPLORACIÓN
Ideación y conducta auto y hetero agresiva	<p>Se evaluará la presencia de ideas o conductas auto y/o hetero agresivas. Se podrán realizar preguntas del tipo de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Ha sentido que no merecía la pena vivir? - ¿Ha llegado a hacer algún intento de suicidio? - ¿Ha pensado que estaba siendo perjudicado por alguna persona, llegando incluso a agredirte por dicho motivo?

Para una descripción mas detallada de la Exploración del Estado Mental de un cuadro psicótico véase la siguiente lectura recomendada:

La exploración del Estado Mental. Modesto Pérez-Retuerto; Javier Vázquez-Bourgon; Luis Gaite; Antonio Labad Alquezar. Capítulo 2.3. En: *Psiquiatría en Atención Primaria. 2ª Edición* (Editor: José Luis Vázquez-Barquero). Aula Médica Ediciones. Madrid 2007

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Ante un paciente con sintomatología psicótica el médico de Atención Primaria deberá, en primer lugar, descartar que sea debida a una posible causa orgánica (enfermedad médica; tratamientos médicos; consumo de tóxicos; etc.). Para ello se deberán realizar las pruebas complementarias precisas. Tal es el caso de niveles en orina de sustancias toxicas, exploraciones físicas de rutina, analíticas de orina y sangre, etc. En casos especiales será además preciso solicitar pruebas de imagen cerebral (TAC, Resonancia, etc.), así como estudios cognitivos específicos.

El diagnóstico de sospecha de un primer episodio de psicosis en la Atención Primaria

El diagnóstico de un primer episodio de psicosis agudo y florido con delirios y alucinaciones es, por su propia naturaleza y la aparatosidad de los síntomas, relativamente fácil de establecer cuando así se presenta en un consultorio de Atención Primaria. Sin embargo, como ya hemos indicado, el médico de Atención Primaria ha de ser consciente de que ésta es solo una de las formas posibles de presentación, existiendo también formas insidiosas de presentación en las que predominan los síntomas inespecíficos. En estos casos, es importante que el médico de Atención Primaria se plantee la posibilidad de que esté ante una psicosis, sobre todo si se encuentra ante una persona joven que muestra cambios persistentes en su conducta y funcionamiento habitual, y en la que los resultados de la exploración psicopatológica evidencian la combinación de alguno o varios de los siguientes rasgos:

- Presencia de síntomas y signos indicativos de riesgo de desarrollo de psicosis como es el caso de los síntomas prodrómicos y en mayor medida de los síntomas descritos para el síndrome de “alto riesgo de psicosis”.
- Existencia de factores de riesgo, y de manera especial la presencia de antecedentes de psicosis en familiares de primer grado.
- Presencia de conductas de riesgo y de manera especial del abuso de sustancias psicoactivas
- Presencia de factores externos estresantes, como la emigración, la vida en un medio urbano desestructurado, etc.

Como ya hemos mencionado, conviene también tener presente que cuando el inicio de la enfermedad es insidioso, el paciente

puede presentarse ante el médico de Atención Primaria demandando ayuda por quejas somáticas persistentes y vagas, que no se explican por una patología física.

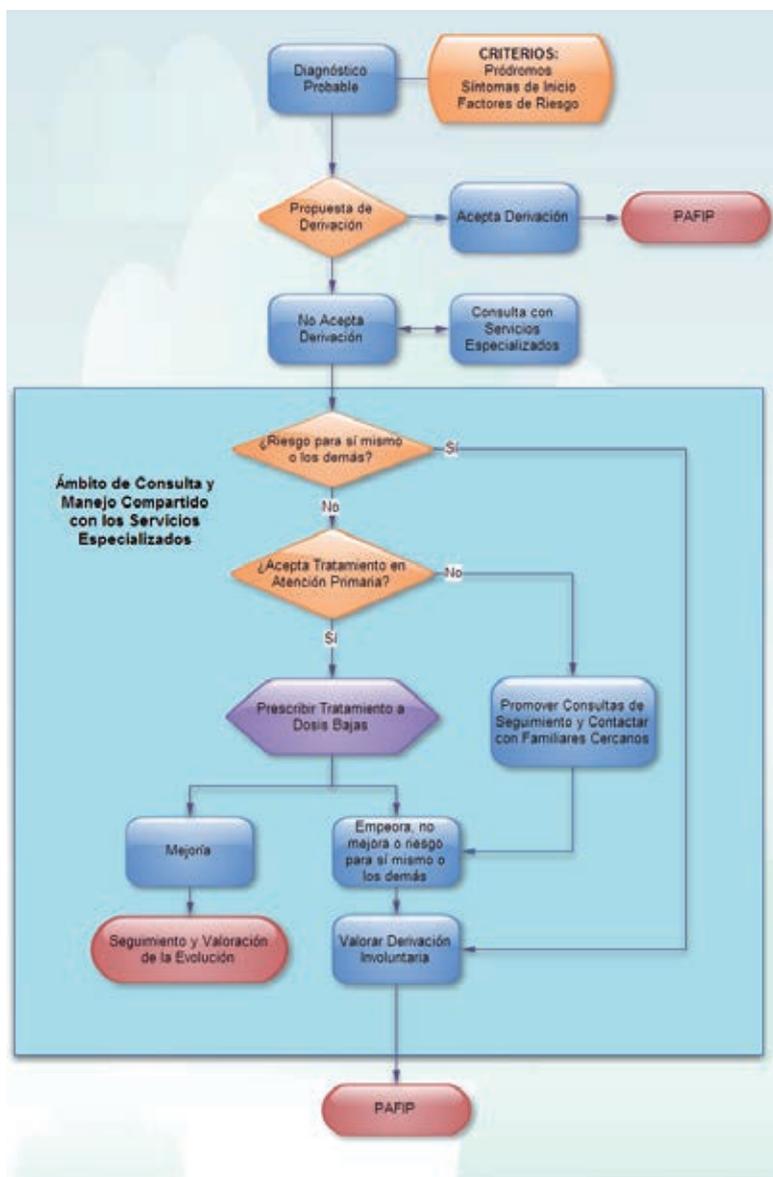
Finalmente conviene recordar que ante la sospecha de la presencia de un primer episodio de psicosis es importante valorar siempre la posibilidad de que la persona pueda plantearse realizar un intento de suicidio o, aunque es mucho menos frecuente, que pueda agredir a otras personas.

La derivación de una persona con sospecha de primer episodio de psicosis desde la atención primaria a los servicios especializados

El médico de Atención Primaria ha de tener en cuenta la necesidad de derivar a los servicio de salud mental especializados todos aquellos pacientes que presenten síntomas congruentes con un primer episodio activo de psicosis, o síntomas de riesgo de desarrollar un primer episodio. Dicho proceso, cuyo algoritmo de derivación queda reflejado en la Figura 2, está especialmente indicado cuando el cuadro clínico se asocia a:

- Presencia de ideas o conductas hetero-agresivas, o situaciones de riesgo de desarrollarlas.
- Presencia de ideas o conductas autolíticas, o situaciones de riesgo de desarrollarlas.

Figura 2. Proceso de derivación ante la sospecha de un primer episodio de psicosis



01

El primer episodio de psicosis

02

La intervención temprana en...

03

Papel del médico de Atención Primaria en...

04

Participación del médico de Atención Primaria en...

05

El programa de atención a las fases...

06

Lecturas recomendadas

En casos graves, y con claro riesgo de desarrollar conductas auto y/o hetero agresivas, en los que el paciente se niegue a recibir tratamiento especializado, el médico de Atención Primaria habrá de estar dispuesto a gestionar una autorización de derivación y/o ingreso involuntario, refiriendo al paciente para evaluación a los servicios de salud mental o al servicio de urgencia. La derivación y tratamiento involuntario del paciente por razones de alteración psiquiátrica y peligrosidad para si mismo o los demás esta regulada en el Artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Se establece en dicha ley dos situaciones:

- Ingreso/Derivación Involuntaria NO Urgente. Es la preferible. En ella se ha de enviar al Juzgado un informe con anterioridad y esperar a que el paciente sea evaluado por el juez o el médico forense, quien dictaminará si la autorización es procedente, procediéndose posteriormente en consecuencia.
- Ingreso/Derivación Urgente: Es la que se ha de realizar en situaciones de urgencia cuando la espera constituya un factor de riesgo. Se deriva el paciente de forma involuntaria al servicio especializado o urgencia hospitalaria y se notifica al juez en el plazo de 24 horas.

El objetivo esencial de dicha derivación es el de confirmar dicho diagnóstico, estudiar los factores precipitantes del episodio, así como la presencia de factores de riesgo de desarrollar conductas auto y/o hetero agresivas y, de ser preciso, instaurar de manera precoz el adecuado tratamiento.

En aquellas situaciones no urgentes, en las que el paciente rehúse de manera clara acudir a un servicio de salud mental, el médico de Atención Primaria puede tener que comenzar el tratamiento. En esos casos se han de seguir las siguientes pautas de actuación:

- Evitar engañar al paciente para que acuda a los servicios de salud mental.
- Involucrar al servicio de salud mental en el diagnóstico y tratamiento del paciente, consultando el caso y su manejo.
- Prescribir antipsicóticos atípicos de manera inicial a dosis bajas, explicando al paciente los posibles efectos secundarios, e incrementando la dosis según la respuesta.
- Vigilar la aparición de efectos secundarios, principalmente extrapiramidales, prescribiendo tratamiento antiparkinsoniano solamente si aparecen dichos efectos secundarios.
- Llevar a cabo un seguimiento estrecho del paciente, contactando con él y con su familia si no acuden a las consultas de seguimiento.
- Tener en cuenta que si el cuadro clínico se agrava o no se produce la necesaria mejoría y control de los síntomas psicóticos, habrá finalmente de valorar la conveniencia de promover una derivación con carácter involuntario a los servicios especializados de salud mental.

Finalmente, conviene tener presente que la tendencia de los médicos de Atención Primaria a derivar a las personas con un primer episodio de psicosis, solo cuando el diagnóstico es evidente, o cuando el propio paciente lo solicita o lo acepta, suele conducir a que se produzcan retrasos en el inicio del tratamiento. Por tanto los médicos de Atención Primaria deben de ser más proactivos y derivar a los servicios especializados a todas aquellas personas en las que sospechan, con cierto nivel de evidencia, que pueden padecer una psicosis. Dicha decisión ha de tomarse incluso aún cuando el médico de Atención Primaria no pueda establecer un diagnóstico definitivo (Edwards & McGorry, 2002).

La necesidad de hospitalización de un Primer Episodio Psicótico

Aunque en un primer episodio de psicosis se ha de procurar que el tratamiento se desarrolle siempre en régimen ambulatorio y permaneciendo el paciente en contacto con el medio familiar y social lo cierto es que en ocasiones será preciso remitir al paciente a una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica.

Cuando el tratamiento en régimen de hospitalización es la alternativa obligada, se ha de procurar que ésta sea lo más breve posible y en una unidad psiquiátrica de hospital general. Incluso, de ser posible, se deberá utilizar como alternativa el tratamiento en régimen de hospitalización psiquiátrica a tiempo parcial (Hospital Psiquiátrico de Día).

El tratamiento en régimen de hospitalización psiquiátrica se convierte en alternativa obligada en las siguientes circunstancias:

- Cuando el paciente presente signos de riesgo de desarrollo de conductas auto y/o hetero agresivas
- En aquellos casos en los que sea preciso instaurar un tratamiento involuntario
- Cuando el paciente no disponga del adecuado apoyo social y/o familiar
- Cuando el tratamiento en régimen ambulatorio se haya mostrado insuficiente para la consecución de un adecuado nivel de recuperación psicopatológica y del funcionamiento
- Cuando sea preciso llevar a cabo un periodo de observación y evaluación intensiva del estado psicopatológico y/o somático del paciente.

ASPECTOS A RECORDAR... III

El papel del médico de Atención Primaria en la atención temprana al Primer Episodio de Psicosis

- La implicación del médico de Atención Primaria en la atención temprana a las psicosis es esencial. Ha de desarrollarse a través de un modelo de intervención compartida con los servicios especializados de salud mental.
- Sus funciones más relevantes son:
 - o La detección y diagnóstico temprano de la psicosis.
 - o La correcta y temprana derivación de los pacientes a los servicios especializados.
 - o El manejo de las situaciones de urgencia.
 - o La prevención, diagnóstico y tratamiento de las complicaciones somáticas.
- El papel del médico de Atención Primaria en el primer contacto del paciente con el servicio sanitario es esencial.
- El conocimiento de los síntomas prodrómicos y de los factores de riesgo de desarrollar un primer episodio de psicosis, por parte del médico de Atención Primaria, es esencial para el diagnóstico temprano de la psicosis.
- El médico de atención primaria ha de tener la capacidad de evaluar adecuadamente a la persona con un primer episodio de psicosis. Para ello ha de estar dispuesto a realizar una entrevista psiquiátrica y una adecuada eva-

01

El primer episodio de psicosis

02

La intervención temprana en...

03

Papel del médico de Atención Primaria en...

04

Participación del médico de Atención Primaria en...

05

El programa de atención a las fases...

06

Lecturas recomendadas

luación psicopatológica. En ella se ha de tener también en cuenta la información aportada por la familia.

- Para el desarrollo de una adecuada entrevista médico-enfermo, es preciso que el médico adopte una actitud empática, con un posicionamiento “neuro” y no confrontador frente a los síntomas psicóticos, y esforzándose por conseguir una adecuada relación médico-enfermo y una alta “alianza terapéutica por parte del paciente”.
- El médico de atención primaria ha de tener en cuenta la necesidad de derivar a los servicios especializados a todos aquellos pacientes para los que existe una sospecha de un primer episodio de psicosis. Sobre todo cuando estén presentes:
 - o Ideas o conductas hetero-agresivas o riesgo de desarrollarlas
 - o Ideas o conductas auto-agresivas o situaciones de riesgo de desarrollarlas
- En situaciones de alto riesgo, en las que no se cuente con el consentimiento del paciente, el médico de Atención Primaria ha de estar dispuesto a referir de manera involuntaria al paciente a los servicios especializados. En dicho procedimiento ha de tener en cuenta la legislación establecida en el Artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, en la que se regula la evaluación, tratamiento e ingreso involuntario por razones de alteración psiquiátrica y peligrosidad para sí mismo o los demás.

CAPÍTULO IV



PARTICIPACIÓN DEL MÉDICO
DE ATENCIÓN PRIMARIA
EN EL TRATAMIENTO DE UN PRIMER
EPISODIO DE PSICOSIS
SEGÚN EL MODELO DE INTERVENCIÓN TEMPRANA

PARTICIPACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL TRATAMIENTO DE UN PRIMER EPISODIO DE PSICOSIS SEGÚN EL MODELO DE INTERVENCIÓN TEMPRANA

Introducción

El tratamiento durante un primer episodio de psicosis dentro del modelo de intervención temprana requerirá de una atención psiquiátrica especializada y en la medida de lo posible siempre se deberá realizar a nivel ambulatorio.

Sin embargo, dada la importancia de la implicación de los médicos de Atención Primaria en el manejo de las psicosis, es esencial que conozcan las estrategias de intervención a desarrollar en dichos trastornos. Dicho conocimiento es además esencial dado que, como hemos visto, en determinadas ocasiones el médico de atención primaria deberá asumir dicho tratamiento al menos en una primera fase.

Dentro del modelo de intervención temprana, el objetivo del tratamiento de un primer episodio de psicosis debe ser:

- Reducir al máximo el tiempo que transcurre desde el inicio de la psicosis y la instauración de un tratamiento efectivo

01

El primer episodio de psicosis

02

La intervención temprana en...

03

Papel del médico de Atención Primaria en...

04

Participación del médico de Atención Primaria en...

05

El programa de atención a las fases...

06

Lecturas recomendadas

- Lograr la rápida y eficaz remisión del episodio psicótico mediante la instauración precoz de un adecuado tratamiento biológico y psico-social
- Controlar los síntomas positivos y negativos, los déficits funcionales, las alteraciones de la conducta y la morbilidad asociada
- Minimizar los efectos secundarios del tratamiento
- Garantizar la consecución de una adecuada alianza terapéutica tanto con el paciente como con su familia, sobre la que se desarrollará la adherencia al tratamiento
- Promover en el paciente y en la familia el reconocimiento y control de los factores de riesgo de recaídas y el desarrollo de un estilo de vida saludable
- Ayudar al paciente y a su familia a asumir la enfermedad y a resolver los sentimientos asociados con el diagnóstico de psicosis
- Potenciar la rehabilitación funcional y la reinserción social y laboral del paciente
- Identificar los síntomas tempranos de recaída y en última instancia prevenir las recaídas

A continuación describiremos brevemente los aspectos esenciales de las principales estrategias que se deben utilizar en el tratamiento de un primer episodio de psicosis.

Tratamiento Farmacológico

Se describen a continuación los aspectos generales de índole práctica relativos al tratamiento farmacológico de un primer episodio de psicosis.

PERIODO DE OBSERVACIÓN LIBRE DE TRATAMIENTO CON ANTIPSI-CÓTICOS

En aquellos casos en los que el primer episodio psicótico es inicialmente tratado en el nivel especializado o en el medio hospitalario es con frecuencia conveniente mantener un periodo inicial de tratamiento libre de fármacos antipsicóticos. Dicho período, que necesariamente ha de ser breve, ha de desarrollarse garantizando un adecuado y estrecho seguimiento del paciente. Su objetivo es, entre otros, evaluar el posible origen y previsible curso del proceso, descartando, por ejemplo, una causa exógena o médica de la psicosis.

Sin embargo, en Atención Primaria no resulta por lo general recomendable mantener dicho periodo libre de tratamiento farmacológico, debiéndose como norma proceder a la derivación inmediata de los pacientes a los servicios especializados o instaurar el pertinente tratamiento. No obstante, en aquellos casos excepcionales en los que pudiera resultara conveniente mantener en Atención Primaria dicho periodo libre de tratamiento farmacológico dicha estrategia ha de llevarse a cabo con el suficiente nivel de apoyo y supervisión por parte de los servicios especializados.

TRATAMIENTO ANTIPSI-CÓTICO EN LA FASE AGUDA

En la elección y programación del tratamiento antipsicótico de un primer episodio de psicosis, es importante tener presentes una serie de factores. Quizás el más relevante de ellos tiene que ver con el hecho de que los pacientes con un primer episodio de psicosis, que no han sido tratados anteriormente con antipsicóticos, suelen ser más sensibles a los efectos de la medicación y, también, a sus efectos secundarios. Por tanto, se recomienda iniciar el tratamiento a dosis más bajas de las habituales, minimizando

01

El primer episodio de psicosis

02

La intervención temprana en...

03

Papel del médico de Atención Primaria en...

04

Participación del médico de Atención Primaria en...

05

El programa de atención a las fases...

06

Lecturas recomendadas

así los efectos secundarios, sobre todo los de tipo extrapiramidal. Esta estrategia de inicio del tratamiento a dosis bajas con incremento paulatino de dosis, y especial énfasis en la prevención de la aparición de síntomas secundarios, es esencial para potenciar la adherencia del paciente al tratamiento farmacológico.

Una vez instaurado el tratamiento antipsicótico a dosis bajas, dependiendo de su efecto y del nivel de tolerancia del paciente, se deberá ir aumentando gradualmente la dosis, hasta alcanzar la dosis mínima que sea eficaz para el control de los síntomas y de la conducta. Para ello, con frecuencia, se deberá combinar la medicación antipsicótica incisiva con una estrategia de sedación con benzodiazepinas.

Para garantizar dicho objetivo conviene estar atentos a la aparición, en los momentos iniciales del tratamiento, de algunos de los siguientes efectos secundarios extrapiramidales, para reajustar el tratamiento de manera rápida:

- *Distonías agudas*: contracciones bruscas e intensas de un grupo muscular como torticolis, protusión de la lengua, crisis oculogíras, contracciones buconasales, torsión de tronco.
- *Acatisia*: Se manifiesta como la "imposibilidad de estarse quieto" o "necesidad imperiosa de moverse". Es relativamente frecuente siendo muy importante su identificación correcta dada la posibilidad de confusión con síntomas de agitación o intranquilidad.
- *Hipertonía*: aumento casi permanente del tono muscular.

Se recomiendan, como tratamiento de primera elección, los antipsicóticos atípicos dada su mejor tolerancia y bajo riesgo de generar efectos extrapiramidales y diskinesia tardía (Lieberman

et al., 2003). Así, pautas comunes de tratamiento antipsicótico de inicio, a dosis bajas, son algunas de las siguientes:

- Risperidona 3 mg/día
- Ziprasidona 80 mg/día;
- Quetiapina 400 mg/día
- Aripiprazol 15 mg/día
- Olanzapina 10 mg/día

A ellas se podrá añadir como sedación una benzodiacepina, por ejemplo: Clonazepan 0,5 mg/8h.

Dichas pautas terapéuticas se acompañaran de un seguimiento estrecho del paciente para realizar modificaciones rápidas de las dosis.

TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO DE MANTENIMIENTO

El tratamiento de mantenimiento debe prolongarse, a la dosis mínima que sea precisa para mantener el estado de recuperación sintomatológica y la prevención de la aparición de recaída, durante un suficiente periodo de tiempo. La duración de esta fase, incluso en aquellos pacientes que han alcanzado la total recuperación sintomatológica y funcional, suele ser relativamente larga. Por ejemplo, tras la recuperación de un primer episodio de psicosis, se recomienda mantener el tratamiento como mínimo dos años, incrementándose dicho periodo de tiempo hasta por lo menos los 5 años tras una primera recaída.

El objetivo de este largo periodo de tratamiento antipsicótico de mantenimiento, tras una recuperación completa, es minimizar el riesgo de recaídas y maximizar las posibilidades de alcanzar la recuperación funcional del paciente y conseguir adecuados nive-

les de reinserción socio-laboral. Para ello el médico de Atención Primaria deberá estar dispuesto explicar la importancia de esta fase del tratamiento y contrarrestar las presiones que el paciente, o incluso las familias, le hagan en relación con una interrupción prematura del tratamiento.

Tratamientos Psicológicos y Psico-educativos.

Las intervenciones psicológicas y psico-sociales constituyen un elemento central del tratamiento de la psicosis y de manera especial de los primeros episodios de psicosis (Edwards & McGorry, 2002; Falloon et al., 1998). Por ello, aún cuando el médico de Atención Primaria en la mayoría de los casos no disponga de la capacitación precisa ni del tiempo necesario para desarrollarlas, parece conveniente que describamos algunos de sus aspectos más relevantes.

A continuación presentaremos brevemente aquellas estrategias de intervención psicológica más relevantes acerca de las que se dispone de evidencia científica de su efectividad sobre los Primeros Episodios de Psicosis.

Intervenciones Cognitivo-conductuales

Se trata de intervenciones más especializadas dirigidas a resolver los conflictos, alteraciones conductuales, e incluso los propios síntomas psicóticos, mediante la intervención sobre los patrones cognitivos distorsionados. Se recomienda su utilización en formato individual. Puede iniciarse esta intervención tanto en la fase aguda como en fases posteriores.

Intervención familiar

Debe recomendarse esta intervención a las familias de pacientes con un primer episodio de psicosis. Deberá incluirse en esta inter-

vención al paciente siempre que sea posible. Podrá iniciarse en la fase aguda de la enfermedad, incluso durante el ingreso en la Unidad de Agudos. Esta intervención deberá tener un objetivo terapéutico, psico-educativo o de apoyo, y además incluir elementos de “resolución de problemas” o “manejo de crisis”.

Intervenciones Psico-educativas.

De uso generalizado en el tratamiento de los Primeros Episodios de Psicosis. Son quizás las estrategias que con mayor facilidad podrían ser aplicadas en Atención Primaria.

Dirigidas tanto al paciente como a las familias, tienen como objetivos más relevantes el promover:

- El conocimiento de la enfermedad y de su tratamiento (tipos de medicaciones y sus efectos, etc.);
- El desarrollo de adecuados patrones de conducta y estilos de vida compatibles con la prevención de recaídas;
- La promoción de adecuados niveles de alianza terapéutica y adherencia;
- La prevención, y en su caso tratamiento, de determinadas comorbilidades como: el consumo y abuso de sustancias, la depresión post-sicótica, las conductas suicidas, etc.
- La identificación de los síntomas y signos tempranos de recaída.
- El reajuste social y vocacional, así como el entrenamiento en habilidades sociales.
- La potenciación en el paciente y en la familia del desarrollo de estrategias eficaces de resolución de conflictos y manejo del estrés.

Relación del médico de atención primaria con el paciente y la familia, tras un primer episodio de psicosis

A las personas que sufren un primer episodio de psicosis les suele resultar difícil comprender lo que les está sucediendo, y lo mismo les ocurre a sus familiares. Además de afrontar la enfermedad, tanto los pacientes como sus familias deben afrontar sus consecuencias. Tal es el caso de la interferencia que la enfermedad genera con el ajuste socio-laboral, y familiar, la necesidad de entrar en contacto con los servicios especializados de salud mental y en determinados casos de tener incluso que ser ingresados en una unidad psiquiátrica de agudos.

En esta situación es frecuente que se de en el paciente y en la familia una negación de la enfermedad y sus consecuencias y un rechazo, al menos pasivo, del tratamiento psiquiátrico. Dicha negación y rechazo se hacen todavía más manifiestos en lo que concierne al tratamiento y recomendaciones médicas a seguir para la prevención de recaídas tras la recuperación del episodio psicótico. Sobre todo teniendo en cuenta que dichas intervenciones han de ser mantenidas durante un largo periodo de tiempo.

El médico de atención primaria puede en este momento ser el interlocutor que actúe aliviando las dudas y la angustia que la situación genere en el paciente y la familia. Debe también ejercer un papel de facilitador de la aceptación de la enfermedad y el tratamiento, actuando como intermediario entre el paciente y los servicios de salud mental.

Por lo tanto, es esencial que el médico de Atención Primaria este dispuesto a implicarse en un "modelo de asistencia compartida" con los servicios de salud mental también en el seguimiento de los primeros episodios de psicosis. En dicho modelo podrá actuar colaborando en el proceso de:

- Informar al paciente sobre la enfermedad y sus consecuencias, aliviando la angustia que la situación genere
- Aclarar al paciente y la familia las dudas acerca del plan terapéutico, explicando su razón de ser, potenciando su seguimiento e implicación en el mismo, y haciendo énfasis en el hecho de que la medicación es el elemento principal del tratamiento y el factor más relevante para la prevención de recaídas.
- Instruir al paciente y familia acerca de la correcta y temprana identificación de los signos y síntomas precoces de recaída, de forma que puedan prevenir la descompensación aguda.
- Estimular la evitación de estilos de vida que incrementen el riesgo de recaídas, y de manera especial el consumo de sustancias psicoactivas.
- Promover en el paciente los procesos de reinserción y reajuste social, laboral y familiar.
- Intervenir ante complicaciones y problemas que pueden surgir tras la recuperación de la fase aguda, como la depresión postpsicótica, el consumo de sustancias, la disminución de la autoestima o el aislamiento social.
- Prevenir el desarrollo de patología física, a través de la promoción de hábitos de vida saludables.

Finalmente, conviene recalcar que, dada la alta morbilidad de patología somática asociada a las psicosis, y teniendo en cuenta que con frecuencia estos pacientes son reacios también a demandar atención por dichas patologías, es de especial relevancia que el médico de atención primaria sea especialmente proactivo en la prevención, y en su caso diagnóstico y tratamiento, de las posibles patologías somáticas que puedan presentarse en estos pacientes.

ASPECTOS A RECORDAR... IV

El Tratamiento de un Primer Episodio de Psicosis en el Modelo de Intervención Temprana

- El tratamiento de un Primer Episodio de Psicosis se basa en una estrategia de intervención multi-componente y multidisciplinar, combinando el tratamiento farmacológico con intervenciones psicológicas y psico-educativas.
- Se primará el tratamiento ambulatorio en la comunidad. Cuando sea preciso se realizará tratamiento hospitalario en una Unidad Psiquiátrica de Hospital General y a poder ser en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica a Tiempo Parcial (Hospital Psiquiátrico de Día).
- Los objetivos esenciales del tratamiento son:
 - o Reducir al máximo el tiempo que pasa la enfermedad sin ser correctamente diagnosticada y tratada.
 - o Conseguir una rápida remisión del cuadro psicótico y una recuperación funcional.
 - o Minimizar los efectos secundarios, sobre todo los extrapiramidales.
 - o Conseguir una adecuada alianza y adherencia terapéutica.
 - o Promover el control de los factores de riesgo de recaídas.
 - o Prevenir las recaídas
- El tratamiento farmacológico se ha de llevar a cabo:
 - o En determinadas circunstancias después de un breve periodo de observación libre de antipsicóticos.
 - o Teniendo en cuenta que los primeros episodios responden a dosis más bajas de antipsicótico.
 - o Previendo la aparición de síntomas secundarios, sobre todo extrapiramidales.
- La incorporación de estrategias de intervención psicológica y psico-educativa ha de ser una parte esencial del tratamiento.



EL PROGRAMA DE ATENCIÓN A LAS FASES
INICIALES DE LA PSICOSIS DE CANTABRIA
(Programa PAFIP)



EL PROGRAMA DE ATENCIÓN A LAS FASES INICIALES DE LA PSICOSIS DE CANTABRIA (Programa PAFIP)

Se trata de un programa especializado de atención a las personas que presentan un primer episodio de psicosis puesto en marcha por el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en el año 2001. Su objetivo es garantizar una atención intensiva, multicomponente y multidisciplinar, durante el “periodo crítico” de la enfermedad (los primeros tres años) a todas las personas que presentan un primer episodio de psicosis de la Comunidad Autónoma de Cantabria. Para ello el programa integra estrategias de intervención farmacológica, psicoterapéutica y psicoeducativa dirigidas a los pacientes así como la provisión de apoyo y psicoeducación a las familias. El programa mantiene una estrecha colaboración con los Servicios de Salud Mental y los Servicios Sociales de Cantabria y promueve el desarrollo de actuaciones docentes e investigadoras de excelencia en el campo de las fases tempranas de las enfermedades mentales.

01

El primer episodio de psicosis

02

La intervención temprana en...

03

Papel del médico de Atención Primaria en...

04

Participación del médico de Atención Primaria en...

05

El programa de atención a las fases...

06

Lecturas recomendadas

**DIRECCIÓN DE CONTACTO CON EL PROGRAMA
DE ATENCIÓN A PRIMEROS EPISODIOS DE PSICOSIS DE
CANTABRIA**

**Programa de Atención a Primeros Episodios de Psicosis
(Programa PAFIP)**

Servicio de Psiquiatría
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
Valdecilla Sur

Teléfono: 942202537
Persona de contacto: *Obdulia Martínez García*
(Enfermera del Programa PAFIP)

LECTURAS RECOMENDADAS



LECTURAS RECOMENDADAS

- **Schizophrenia. Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care. NICE clinical guideline 82.** National Collaborating Centre for Mental Health, Royal College of Psychiatrists. The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2010. Disponible en: <http://guidance.nice.org.uk/CG82>

Guía clínica de intervención en Esquizofrenia, de acceso libre, elaborada por el Royal College of Psychiatrists para el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE en sus siglas en Inglés). Esta guía clínica, de amplio uso en el Reino Unido, analiza en base a la evidencia científica existente, las diferentes intervenciones terapéuticas, tanto farmacológicas como psicológicas y psico-sociales, disponibles para el tratamiento de la Esquizofrenia. En base a este análisis, esta guía clínica realiza además recomendaciones a seguir a la hora de implementar el tratamiento para pacientes con Esquizofrenia.

01

El primer episodio de psicosis

02

La intervención temprana en...

03

Papel del médico de Atención Primaria en...

04

Participación del médico de Atención Primaria en...

05

El programa de atención a las fases...

06

Lecturas recomendadas

- **Guía de psicoeducación para las familias de personas diagnosticadas de Psicosis.** Prof. Benedicto Crespo Facorro y col., Dirección General de Ordenación, Inspección, Atención Sanitaria. Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria. Santander, 2010.

Se trata de una Guía de Psicoeducación para las familias de pacientes con un primer episodio psicótico en la que se describen con un lenguaje fácil y comprensible los aspectos más relevantes relativos a la naturaleza de las psicosis, las señales de alarma que el paciente en situación de riesgo puede presentar, así como aspectos relativos al tratamiento del primer episodio y las estrategias a desarrollar para hacer frente a un primer episodio psicótico. Finalmente se dan recomendaciones

- **Las fases tempranas de las psicosis.** Prof. José Luis Vázquez-Barquero y Jesús Artal Simon. Capítulo 1. En: las Fases Iniciales de las Enfermedades Mentales. Las Psicosis. (Editores: José Luis Vázquez-Barquero; Benedicto Crespo Facorro; Andrés Herrán). Editorial Masson. Barcelona. 2005.

Se describen en este capítulo los aspectos conceptuales más relevantes del paradigma de las fases tempranas, en su aplicación a las psicosis.

- **La Entrevista Psicológica-Psiquiátrica.** F. Borrel i Carrio. Capítulo 2.1. En: Psiquiatría en Atención Primaria. 2ª Edición (Editor: José Luis Vázquez-Barquero). Aula Médica Ediciones. Madrid 2007.

Capítulo incluido en un Manual de Psiquiatría elaborado específicamente para la Atención Primaria. Se describe de manera detallada y práctica los aspectos psicológicos y psiquiátricos de la entrevista médico-enfermo. Incluye ejemplos y recomendaciones para la realización de la entrevista.

- **La exploración del Estado Mental.** Modesto Pérez-Retuerto; Javier Vázquez-Bourgon; Luis Gaité; Antonio Labad Alquezar. Capítulo 2.3. En: Psiquiatría en Atención Primaria. 2ª Edición (Editor: José Luis Vázquez-Barquero). Aula Médica Ediciones. Madrid 2007.

Capítulo incluido en un Manual de Psiquiatría elaborado específicamente para la Atención Primaria. Se describe de manera exhaustiva los aspectos más relevantes de la exploración del estado mental en un paciente psiquiátrico. En los distintos apartados se incluyen recomendaciones para la exploración así como preguntas que se recomienda realizar.

- **Esquizofrenia y Trastornos Delirantes.** Benedicto Crespo-Facorro; Javier Vázquez-Bourgon; Rocío Pérez Iglesias. Capítulo 3.3. En: Psiquiatría en Atención Primaria. 2ª Edición (Editor: José Luis Vázquez-Barquero). Aula Médica Ediciones. Madrid 2007.

Capítulo incluido en un Manual de Psiquiatría elaborado específicamente para la Atención Primaria. Se describe de manera detallada los aspectos más relevantes de la Esquizofrenia y Trastornos Delirantes.

- **Prevención de los Trastornos Psíquicos.** Benedicto Crespo-Facorro; José María Pelayo Terán y Cesar González Blanch. Capítulo 5.5. En: *Psiquiatría en Atención Primaria*. 2ª Edición (Editor: José Luis Vázquez-Barquero). Aula Médica Ediciones. Madrid 2007.

Capítulo incluido en un Manual de Psiquiatría elaborado específicamente para la Atención Primaria. El capítulo se centra en los aspectos relevantes de la prevención de las psicosis. Se incluye, en otros temas, una descripción de las fases de las psicosis, así como aspectos relativos a las estrategias de prevención que es posible realizar.

BIBLIOGRAFÍA



Addington, J., Van Mastrigt, S., Hutchinson, J., & Addington, D. (2002). Pathways to care: help seeking behaviour in first episode psychosis. *Acta Psychiatr Scand*, 106(5), 358-364.

Amador, X. F., Strauss, D. H., Yale, S. A., & Gorman, J. M. (1991). Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 17(1), 113-132.

Birchwood, M., Todd, P., & Jackson, C. (1998). Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *Br J Psychiatry Suppl*, 172(33), 53-59.

Carr, V. J., Lewin, T. J., Barnard, R. E., Walton, J. M., Allen, J. L., Constable, P. M., et al. (2004). Attitudes and roles of general practitioners in the treatment of schizophrenia compared with community mental health staff and patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39(1), 78-84.

Compton, M. T. (2004). Duration of untreated psychosis significantly associated with positive symptoms one year after treatment. [Comment]. *Evidence-based mental health*, 7(4), 101.

Edwards, J., & McGorry, P. (2002). *Implementing Early Intervention in Psychosis: A Guide to Establishing Early Psychosis Services*. London: Martin Dunitz Ltd.

01

El primer episodio de psicosis

02

La intervención temprana en...

03

Papel del médico de Atención Primaria en...

04

Participación del médico de Atención Primaria en...

05

El programa de atención a las fases...

06

Lecturas recomendadas

- Falloon, I. R., Coverdale, J. H., Laidlaw, T. M., Merry, S., Kydd, R. R., & Morosini, P. (1998). Early intervention for schizophrenic disorders. Implementing optimal treatment strategies in routine clinical services. *OTP Collaborative Group. Br J Psychiatry Suppl*, 172(33), 33-38.
- Kirkbride, J. B., Fearon, P., Morgan, C., Dazzan, P., Morgan, K., Murray, R. M., et al. (2007). Neighbourhood variation in the incidence of psychotic disorders in Southeast London. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 42(6), 438-445.
- Lieberman, J. A., Tollefson, G., Tohen, M., Green, A. I., Gur, R. E., Kahn, R., et al. (2003). Comparative efficacy and safety of atypical and conventional antipsychotic drugs in first-episode psychosis: a randomized, double-blind trial of olanzapine versus haloperidol. *Am J Psychiatry*, 160(8), 1396-1404.
- Malla, A. K., & Norman, R. M. G. (2002). Early intervention in schizophrenia and related disorders: advantages and pitfalls. *Current Opinion in Psychiatry*, 15, 17-23.
- McGlashan, T. H. (2006). Is active psychosis neurotoxic? *Schizophr Bull*, 32(4), 609-613.
- McGlashan, T. H., & Johannessen, J. O. (1996). Early detection and intervention with schizophrenia: rationale. *Schizophr Bull*, 22(2), 201-222.
- McGorry, P. D., Edwards, J., Mihalopoulos, C., Harrigan, S. M., & Jackson, H. J. (1996). EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophr Bull*, 22(2), 305-326.
- Moore, T. H., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T. R., Jones, P. B., Burke, M., et al. (2007). Cannabis use and risk of psychotic

or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet*, 370(9584), 319-328.

Norman, R. M., & Malla, A. K. (2001). Duration of untreated psychosis: a critical examination of the concept and its importance. *Psychol Med*, 31(3), 381-400.

Othmer, E., & Othmer, S. C. (2002). *The Clinical Interview Using DSM-IV-TR, Vol. 1: Fundamentals* (Vol. 1). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

van Os, J. (2003). Is there a continuum of psychotic experiences in the general population? *Epidemiol Psychiatr Soc*, 12(4), 242-252.

Vázquez-Barquero, J. L., & Artal Simón, J. (2005). Las fases tempranas de las psicosis. In J. L. Vázquez-Barquero, B. Crespo-Facorro & A. Herrán (Eds.), *Las fases iniciales de las enfermedades mentales: Psicosis* (pp. 3-8). Barcelona: Masson.

Wyatt, R. J. (1991). Early intervention with neuroleptics may decrease the long-term morbidity of schizophrenia. *Schizophr Res*, 5(3), 201-202.

01

El primer episodio de psicosis

02

La intervención temprana en...

03

Papel del médico de Atención Primaria en...

04

Participación del médico de Atención Primaria en...

05

El programa de atención a las fases...

06

Lecturas recomendadas



GUÍA PARA MÉDICOS
DE ATENCIÓN PRIMARIA
SOBRE PRIMEROS
EPISODIOS DE PSICOSIS

