



Resolución Directoral

Santa Anita, 23 de Agosto del 2012.

Visto el Expediente 12 MP-011219-00 y Memorando Nº 138-SDG-HHV-12; sobre **1)** Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Esquizofrenia en Tercer Nivel de Atención, **2)** Guía de Práctica Clínica de los Servicios de Emergencia y Consulta Externa de Depresión del Departamento de Salud Mental del Adulto y Geronte, del Hospital Hermilio Valdizán;

CONSIDERANDO:

Que, la Ley Nº 26842 – Ley General de Salud, establece que la protección de la salud es de interés público y por tanto es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, mediante Memorando Nº 603-DSMAG-HHV-2012, de fecha 27 de Julio del 2012, el Jefe del Departamento de Salud Mental Adulto y Geronte, remite la respectiva Guía de Atención a la Dirección Adjunta del Hospital para su revisión y aprobación mediante la respectiva resolución;

Que, las referidas Guías de Práctica Clínica tiene como finalidad regular la prestación de servicios de Salud Mental en la atención de las personas con Esquizofrenia, en los establecimientos de salud del tercer nivel de atención del sector salud, teniendo dentro de sus objetivos el brindar pautas técnicas para el manejo de la esquizofrenia en los hospitales del tercer nivel de atención, entre otros;

Que, según lo expuesto se hace necesario aprobar las citadas Guías de atención, que permitirán establecer los criterios de contrareferencia con los establecimientos de salud del Tercer nivel de atención en Salud Mental; por cuya razón se hace necesario expedir el respectivo acto resolutivo;

En uso de las facultades conferidas por el artículo 11º inc. c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Hermilio Valdizán", aprobado por R.M. Nº 797-2003-SA/DM; y, contando con la visación del Jefe del Departamento de Salud Mental del Adulto y Geronte y de la Dirección Adjunta;

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- APROBAR las Guías de Práctica Clínica (02) del Departamento de Salud Mental del Adulto y Geronte, del Hospital Hermilio Valdizán, que se mencionan:

- Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Esquizofrenia en Tercer Nivel de Atención
- Guía de Práctica Clínica de los Servicios de Emergencia y Consulta Externa de Depresión.

Artículo Segundo.- El Jefe del Departamento de Salud Mental del Adulto y Geronte, será el responsable de la difusión e implementación de las Guías de Práctica Clínica aprobadas con la presente Resolución.

Artículo Tercero.- Las citadas Guías serán publicadas en la Página Web del Hospital Hermilio Valdizán.

Regístrese y Comuníquese,

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN
Dr. RAFAEL NAVARRO CUELLAR
Director General
C.M.P. 4598 - REG. ESP. 1201

Distribución:
SDG
DSMAG
INFORMATICA
FILE IV RES.

**GUÍA DE PRÁCTICA CLINICA
PARA EL DIAGNOSTICO Y
TRATAMIENTO DE LA
ESQUIZOFRENIA EN TERCER
NIVEL DE ATENCIÓN**

2012



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA EN TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

I. FINALIDAD

Regular la prestación de servicios de salud mental en la atención de las personas con Esquizofrenia, en los establecimientos de salud del tercer nivel de atención del sector salud.

II. OBJETIVOS

- Brindar pautas técnicas para el manejo de la esquizofrenia en los hospitales del tercer nivel de atención.
- Establecer los criterios de contrarreferencia con los establecimientos de Salud del Segundo nivel de atención en salud mental.
- Desarrollar investigación clínica, psicológica, social y familiar.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

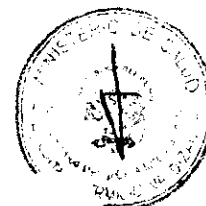
Esta guía de atención será aplicada en los establecimientos del tercer nivel de atención del sector salud

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR :

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA EN EL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

4.1 NOMBRE Y CÓDIGOS: Corresponde a todas las patologías consideradas en la Décima clasificación de Internacional de enfermedades (ICD – 10) con los códigos F20 al F29.

- F20 Esquizofrenia
- F20.0 Esquizofrenia Paranoide
- F20.1 Esquizofrenia Hebefrénica
- F20.2 Esquizofrenia Catatónica
- F20.3 Esquizofrenia Indiferenciada
- F20.4 Depresión Post Esquizofrénica
- F20.5 Esquizofrenia Residual
- F20.6 Esquizofrenia Simple
- F20.8 Otras Esquizofrenias
- F20.9 Esquizofrenia sin especificación
- F21 Trastorno Esquizotípico
- F22 Trastornos de ideas delirantes.
- F22.0 Trastorno de ideas delirantes
- F22.8 Otros trastornos de ideas delirantes
- F22.9 Trastorno de ideas delirantes persistentes sin especificación
- F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios
- F23.0 Trastorno psicótico polimorfo sin síntomas de Esquizofrenia
- F23.1 Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de Esquizofrenia
- F23.2 Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico
- F23.3 Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes
- F23.8 Otros trastornos psicóticos agudos transitorios
- F23.9 Trastorno psicótico agudo transitorio sin especificación
- F24 Trastorno de ideas delirantes inducidas



- F25 Trastornos esquizoafectivos
- F25.0 Trastorno esquizoafectivo de tipo maniaco
- F25.1 Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo
- F25.2 Trastorno esquizoafectivo de tipo Mixto
- F25.8 Otros Trastornos esquizoafectivos
- F25.9 Trastorno esquizoafectivo sin especificación
- F28 Otros trastornos psicóticos no orgánicos
- F29 Psicosis no orgánica sin especificación

Es necesario tener presente que estos trastornos se derivan de aspectos clínicos observables, están basados en observaciones genéticas, fisiopatológicas, psicosociales, traumáticas.

4.2 DEFINICIÓN

La esquizofrenia es un trastorno psicótico grave. Sus manifestaciones básicas consisten en una mezcla de signos y síntomas característicos. Los síntomas afectan a múltiples procesos psicológicos, como la percepción (alucinaciones), ideación, comprobación de la realidad (delirios), procesos de pensamiento (asociaciones laxas), sentimientos (afecto plano, afecto inapropiado), conducta (catatonía, desorganización), atención, concentración, motivación y juicio.

Los síntomas característicos de la esquizofrenia se han clasificado a menudo en dos grandes categorías (síntomas positivos y negativos o déficit), a las que se ha añadido una tercera, la de desorganización.

Las esquizofrenias con co-morbilidad de enfermedades médicas y quirúrgicas severas o descompensadas serán atendidas en hospitales III-1 generales,

Las esquizofrenias con co-morbilidad psiquiátrica severas serán atendidas en Hospitales III-1 Especializados. Ejemplo: adicciones, personalidad.

Las esquizofrenias refractarias serán atendidas en hospitales III-1 Especializados.

4.3.- ETIOLOGÍA:

Bases etiológicas de la esquizofrenia

La esquizofrenia se presenta con una combinación de factores de riesgo, principalmente en gente con una vulnerabilidad genética. Esta vulnerabilidad genética es compleja y hoy por hoy se basa en la implicación de una combinación de variables de genes múltiples de pequeño efecto. Los factores de riesgo ambientales son también necesarios y algunos funcionan en épocas tempranas de la vida, creando una vulnerabilidad y alteraciones en las etapas del neurodesarrollo. Otros factores de riesgo que contribuirían e incluirían el género, desventajas socioeconómicas y factores socio-culturales, como nacimiento en zonas urbanas, así como afecciones perinatales. Recientemente están cada vez más claro cuáles son los factores de riesgo pero aún hace falta una mayor investigación en el estudio del funcionamiento patofisiológico de los procesos más cercanos al inicio del síndrome.

Este segundo sistema de factores supuestos implica cualquier proceso endógeno del sistema nervioso central (SNC) por ejemplo, la disfunción neuronal creciente con una reducida conectividad o condiciones extrínsecas tales como el abuso de sustancias, infecciones virales y estresores del desarrollo.



La especificidad de estos factores de riesgo supuestos para la esquizofrenia aun no esta clara. Recientes avances en neurología , han puesto en evidencia un extenso descubrimiento de anomalías estructurales y la presencia de anomalías funcionales leves en el SNC de la gente con esquizofrenia, aunque ninguno de estos son específicos . Mientras se va confirmando que la esquizofrenia esta asociada a unas disfunciones del cerebro y de hecho puede ser mirada firmemente como una enfermedad cerebral; todavía no hay pruebas de laboratorio que puedan confirmar el diagnostico de esquizofrenia.

FACTORES BIOLÓGICOS :

Aparte de la genética, se habla de :

Cambios estructurales del cerebro.- en zona frontal, temporal, límbica y de ganglios basales no patognomónicos. El aumento de los ventrículos cerebrales se asocia a disfunción intelectual , síntomas negativos como anhedonia y apatía y resistencia al tratamiento. Cambio de riego y metabolismo cerebral en RMN y PET

Teoría del neurodesarrollo en la adolescencia con cambios en el desarrollo neuronal y crecimiento axono-dendrítico.

Cambios neuroquímicos múltiples .- Actividad dopaminérgica elevada, igualmente alteraciones en la noradrenalina, serotonina , sistemas colinérgicos, glutamatergicos, gaba y neuropepticos.

Cambios neurofisiológicos .- como procesamiento anormal de la información , disfunción de los movimientos oculares, etc.

Factores endocrinos .- Alteraciones en la prolactina , melatonina y función tiroidea.

Factores virales e inmunitarios .- Se han hallado alteraciones en el sistema inmunológico que pueden estar asociados a un virus neurotóxico o un trastorno autoinmune endógeno.

HISTORIA NATURAL Y CURSO :

El inicio de la esquizofrenia se produce de manera característica durante la adolescencia e incluso, en la infancia o al inicio de la edad adulta. Afecta de similar a ambos sexos. Sin embargo, en los varones, la edad de inicio frecuente es a comienzos de la tercera década de la vida, mientras que en mujeres to es a finales de la tercera década y comienzos de la cuarta. La mayor parte de los pacientes alternan los episodios psicóticos agudos con fases estables de remisión total o parcial. Son frecuentes los síntomas residuales los episodios. Esta enfermedad, que habitualmente es de tipo crónico, puede caracterizarse por 3 fases que se fusionan unas con otras sin que existan límites claros y absolutos entre ellas.

)- **Fase aguda.** Durante esta fase los pacientes presentan síntomas psicóticos graves, como delirios y/o alucinaciones, y un pensamiento gravemente desorganizado; y, generalmente, no son capaces de cuidar de si mismos de forma apropiada. Con frecuencia, los síntomas negativos pasan a ser también más intensos.



— **Fase de estabilización.** Durante esta fase se reduce la intensidad de los síntomas psicóticos agudos. La duración de la fase puede ser de 6 meses o más después del inicio de un episodio agudo.

— **Fase estable.** Los síntomas son relativamente estables y, en el caso de que los haya, casi siempre son menos graves que en la fase aguda. Los pacientes pueden estar asintomáticos; otros pueden presentar síntomas no psicóticos, como tensión, ansiedad, depresión o insomnio.

4.4.-PSICOPATOLOGIA DEL PROBLEMA:

a) **Contenido del pensamiento:** Síntoma más frecuente es el delirio absurdo, múltiple, idiosincrático y no corregido racionalmente.

Delirios comunes.-El delirio asociado con la sensación de que su mente o su cuerpo son controlados por fuerzas misteriosas que ejercen su influencia a distancia, se encuentra en casi todos los pacientes esquizofrénicos. A menudo se acompañan de síntomas delirantes como:

- Propalación del pensamiento, otros conocen lo que piensa.
- Inserción del pensamiento, en el paciente de otros.
- Retracción del pensamiento, los pensamientos se separan de su mente.

Otros delirios asociados.-Somáticos, místicos, de grandeza, o nihilistas.

b) **Procesos del pensamiento:**

Capacidad disminuida para abstraer y generalizar (concreto y personal) ..

Sobreinclusión.- Inclusión de cantidad excesiva de conceptos en una oración o un tema

Asociación inconexa.- Ideas abarcan temas no relacionados.

Pensamiento pobre.- Escasa información a pesar de discurso abundante

Bloqueo.- Interrupción brusca del discurso.

c) **La conducta verbal:** Extravagante, extraño, autoexpresivo más que comunicativo

Perseveración.- Repetición constante de palabras, frases o ideas.

Ecolalia.- Repetición en eco de palabras o frases de otros.

Neologismos.- Palabras o expresiones inventadas.

Verbigeración.- Repetición sin sentido de una palabra o frase

Mutismo.- Inhibición funcional del habla.

d) **Conducta motora:** Puede estar alterada cualitativa o cuantitativamente. 1

Ecopraxia.- Imitación de gestos y acciones de otros.

Conducta estereotipada.- Patrón repetitivo de un discurso, movimiento o marcha.

Negativismo.- Actitud de no cooperación sin motivo aparente. -

Estupor.- Inmovilidad de días o semanas.



Flexibilidad cerea.- El cuerpo o las extremidades pueden mantenerse durante horas en la posición en que se les coloque.

Conducta excéntrica, inapropiada o imprevisible.

Deterioro de los modales y del aspecto general.

e) **Percepción:** Las alucinaciones (percepciones sensoriales sin estímulo externo) son lo más frecuentes.

Alucinaciones auditivas.- Son las mas comunes.

Alucinaciones visuales.- Son menos frecuentes pero se presentan de día o de noche.

Alucinaciones táctiles, olfativas y gustativas.- mucho menos frecuentes, si aparecen sin alucinaciones auditivas explorar causa orgánica.:



Alucinaciones cinestésicas.- Alteraciones en los órganos del cuerpo.

Hipersensibilidad a la luz o el ruido.

Ilusiones.- (percepciones alteradas de estímulos reales), Cambios en tamaño, color, forma, del tiempo, fragmentación, etc.

f) **Afectos:** Alterada cualitativamente o cuantitativamente.

Afecto atenuado o chato.- Apático.

Anhedonia.- Incapacidad de sentir algún tipo de sensación placentera.

Emociones inusuales.- Extasis religioso, temor a la fragmentación corporal, o sensación física de ser uno con el universo.

Afecto inapropiado.- El afecto se disocia del discurso o ideas.

g) **Funcionamiento del Yo:** Alterado.

Relación alterada con la realidad.- Desrealización, despersonalización y confusión de la imagen personal.

Alteración de la regulación y control de los impulsos.- Surgimiento de impulsos agresivos y sexuales sin control.

Alteración del pensamiento.

Relaciones interpersonales deformadas.- Retraimiento y solitario o exigente y vehemente.

Uso de mecanismos de defensa primitivos.- Proyección, negación, introyección. Mecanismo de represión alterado, por lo cual habla de temas censurados (sentimientos homicidas, incestuosos.)

Funciones autónomas alteradas.- Como inteligencia, memoria, orientación, lenguaje y desarrollo motor, pero usualmente se hallan intactas a diferencia de los cuadros orgánicos.

Función de Síntesis alterada.- No diferencia lo importante de lo trivial.

h) **Experiencia subjetiva del paciente:**

Perplejidad.- No sabe con certeza de donde vienen las voces, ni las razones por las que los pensamientos aparecen o desaparecen.

Aislamiento.- Tendencia a aislarse, por ideas o alucinaciones.

Terror.- Basada en las alucinaciones o delusiones.

Hipersensibilidad a los estímulos.- Se siente fácilmente herido por rechazos leves.

El paciente puede notar cierta evolución de sus síntomas.

i) **Síntomas somáticos:** En la esquizofrenia no existen síntomas somáticos específicos, pero en etapa prodrómica pueden presentarse cefalea, debilidad o indigestión.

j) **Síntomas asociados:** Pueden ser, el uso de ropas excéntricas, hipocondría, disforia, rituales, pobreza de discurso.

4.5.-EPIDEMIOLOGÍA .



La esquizofrenia es una enfermedad que se presenta en todas las razas y culturas, su incidencia es igual en hombres y mujeres. En el Perú, el Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental, realizado en el 2002 por el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi" en 43 distritos de Lima y Callao, en una población de 2077 personas adultas, encontró una prevalencia de vida de trastornos de Esquizofrenia es del 1%.

El Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Sierra Peruana, realizado en el año 2003 en Ayacucho, Cajamarca y Huaraz, en una población de 3895 personas adultas, encontró una prevalencia de vida de trastornos psicóticos del 0.3%, y una prevalencia actual del 0.1%. El Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Selva Peruana realizado en el 2004 se encontró una prevalencia de vida de Trastornos Psicóticos de 0,2 % tanto en hombres como en mujeres. Asimismo en el Estudio Epidemiológico de Salud mental en Fronteras realizado en el 2005 se encontró que la prevalencia de vida de trastornos psicoticos en es de 0,1%

V.- FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

5.1.- FACTORES HEREDITARIOS.

El riesgo de desarrollar la esquizofrenia en:

- Población general 1%
- Familiar de paciente esquizofrénico, (no gemelo). 8%
- Hijo con uno de los padres esquizofrénico. 12%
- Gemelo dicigótico de un paciente esquizofrénico. 12% • Hijo con padre y madre esquizofrénicos. 40%
- Gemelo monocigótico de un paciente esquizofrénico. 47%

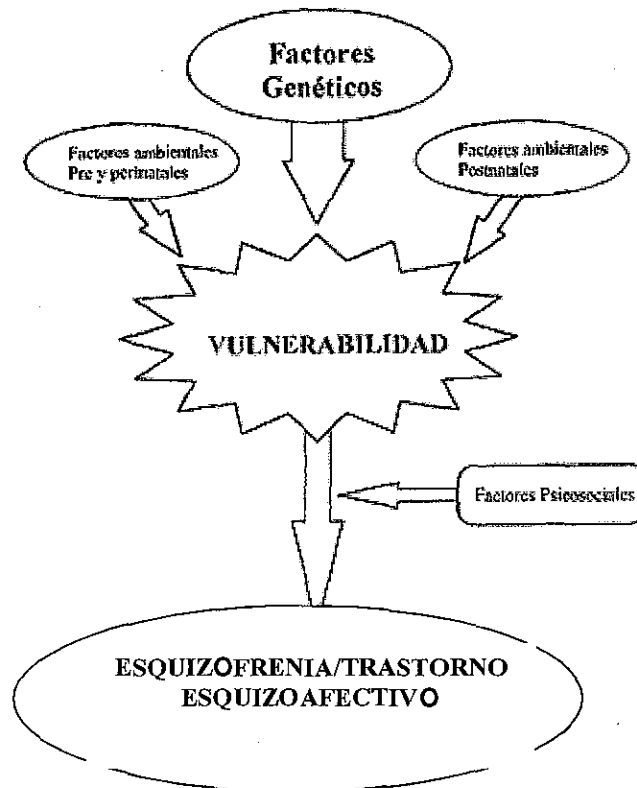
Relación gen-ambiente

Los factores de riesgo ambientales, psicosociales y biológicos sólo ejercen un efecto patogénico en personas que presentan una vulnerabilidad genética.

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

Nota ver guía actualizada





5.2.- ESTILOS DE VIDA Y MEDIO AMBIENTE:

Los estilos de vida y el medio ambiente pueden cumplir un rol precipitante en la aparición de la esquizofrenia en las personas con predisposición de padecerla.

Entre ellos tenemos:

- **La familia disfuncional** no permite el cambio y crecimiento de sus miembros; o es muy rígida o muy flexible (protege en exceso a los miembros de la familia o les deja en completa libertad). De manera que los roles y límites de cada miembro no es claro, y aparecen los mensajes contradictorios que lleva a desacuerdos (conflictos) ya sean conyugales o de otro tipo, que repercute en la crianza de los hijos, en las relaciones fraternas inadecuadas y en la intromisión de la familia de origen.
- **Violencia familiar.** Es por la rigidez de cada miembro en sus opiniones acerca de la visión del mundo (Maltrato infantil, maltrato físico o psicológico, abuso sexual).
- **Eventos traumáticos,** son acontecimientos repentinos e inesperados que causan gran impresión afectiva e impotencia para solucionarlos (embarazo no deseado, parto distócico, muerte de un familiar apreciado, la no aceptación de enfermedad física, accidentes de todo tipo como asaltos robos, terrorismo y otros)
- **Discriminación y estigma étnicas**
- **Extrema pobreza, desnutrición, desempleo**
- **Historia familiar de consumo de drogas**
- **Falta de redes de soporte social**
- **Migraciones**
- **Desastres naturales**
- **Intoxicación por metales pesados:** Ejemplo los que trabajan con mercurio, plomo, u otros
- **Personalidad:** Antes de iniciar el cuadro los pacientes son descritos como personas retraídas, tímidas, excéntricas, desconfiadas o excesivamente sumisas.



VI.- CUADRO CLINICO.

6.1.- GRUPOS DE SIGNOS Y SINTOMAS RELACIONADOS CON LA ESQUIZOFRENIA.

SÍNTOMAS NEGATIVOS	SÍNTOMAS POSITIVOS
<p>Aplanamiento afectivo Invariabilidad de la expresión facial Disminución de movimientos espontáneos Escasez de gestos expresivos Contacto pobre con la mirada Ausencia de respuesta afectiva Afecto inapropiado Ausencia de inflexiones en el habla</p> <p>Alogia Pobreza del habla Brevio Aumento de la latencia de respuesta</p> <p>Abulia-Apatía Higiene personal insuficiente Falta de persistencia en trabajo o escuela</p> <p>Anhedonia-Asociabilidad Escasez de intereses o actividades Escaso interés sexual Pocas relaciones con amigos y compañeros</p> <p>Atención Distractibilidad social</p>	<p>Alucinaciones Auditivas (generalmente, voces comentando o conversando) Visuales Olfativas-gustativas Somáticas-táctiles</p> <p>Ideas delirantes De persecución Celestias De culpabilidad Religiosas Somáticas De referencia De control De lectura de la mente Eco, inserción, difusión del pensamiento</p> <p>Conducta extraña Alteración en conducta sexual y social Agresividad, agitación Conducta estereotipada, repetitiva Alteración en vestido y apariencia</p> <p>Trastornos formales del pensamiento Descarrilamiento Tangencialidad Incoherencia Circunstanialidad Asociaciones sonoras</p>

6.2.- INTERACCIÓN CRONOLÓGICA Y CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS:

SIGNOS DE ALARMA: (EN MENORES CON ESQUIZOFRENIA):

- Dificultad para diferenciar sueños de realidad.
- Pensar de manera confusa.
- Alucinaciones visuales o auditivas.
- Pensamientos e ideas vívidos y bizarros.
- Cambios extremos y bruscos de humor.
- Comportamiento raro.
- Pensar que la gente esta en contra de ellos.
- Comportarse como un niño menor.
- Ansiedad y temor severos.
- Confundir televisión y realidad.
- Problemas serios para hacer o mantener amistades.

SÍNTOMAS PRODRÓMICOS:

A.- Tempranos:

- Afecto depresivo.
- Aislamiento social.
- Funcionamiento subnormal.

B. Tardíos:

- Conducta bizarra.
- Abandono de hábitos higiénicos.
- Afecto inapropiado.



- Motivación disminuida
- Alteraciones del sueño.
- Ansiedad.
- Desconfianza.
- Concentración disminuida.

- Discurso vago y sobrevalorado.
- Pensamientos mágicos o peculiares.
- Discurso circunstancial.
- Percepciones inusuales.

EVOLUCIÓN :

- Episodio agudo único con o sin síntomas residuales.
- Episodios agudos Múltiples con o sin síntomas residuales.
- Episodios agudos o insidiosos continuos con síntomas positivos o negativos.

PRONÓSTICO.- INDICADORES:

De buen pronóstico :

- Inicio tardío.
- Factores precipitantes obvios.
- Inicio agudo.
- Buena adaptación social, sexual y laboral premorbida.
- Sx. De TX. De animo (depresión)
- Casado.
- Historia familiar de TX de animo.
- Buenos sistemas de apoyo.
- Síntomas positivos

De mal pronóstico :

- Inicio precoz.
- No hay factores precipitantes
- Inicio insidioso.
- Escasa adaptación social,
- Sexual y laboral premorbida
- Aislamiento, conducta autista
- Soltero, divorciado o viudo.
- Historia familiar de Esquizof.
- Pocos sistemas de apoyo.
- Síntomas negativos.
- Signos y Sx. Neurológicos.
- Hria.de dificultades perinatales
- Ninguna remision en 3 años.
- Múltiples recaídas.
- Historia de violencia.



VII DIAGNÓSTICO

Es muy importante re-evaluar el cuadro clínico al llegar al nivel III-1 (GENERALES Y ESPECIALIZADOS) para poder realizar un buen plan de tratamiento, esto significa haber obtenido gran información, no sólo en datos biológicos, sino del crecimiento psicológico y de la relación social con la familia, la comunidad y el trabajo.

En todo paciente debe realizarse un estudio diagnóstico inicial completo que incluya:

- Historia clínica psiquiátrica y médica general
- Historia psicosocial e historia psiquiátrica familiar
- Examen del estado mental
 - Observación General
 - Conciencia, Orientación y Atención
 - Lenguaje
 - Pensamiento
 - Percepción
 - Afectividad
 - Voluntad
 - Funciones Mentales Superiores
 - Conciencia de Enfermedad

- Evaluación física que incluya una exploración neurológica, aunque ésta generalmente no resulta útil para el diagnóstico de esquizofrenia en la fase aguda
- Deben realizarse las exploraciones complementarias necesarias para descartar trastornos que puedan parecer una esquizofrenia, determinar la presencia de trastornos asociados, establecer unas características basales para la administración de medicaciones antipsicóticas y orientar la asistencia médica habitual en caso necesario. Los pacientes que abusan de alcohol o de otras drogas o que presentan una psicosis inducida por alcohol o drogas deben recibir un tratamiento específico. El riesgo de autolesiones o de causar daños a terceros y la presencia de alucinaciones de órdenes han de ser evaluadas y deben tomarse las precauciones apropiadas siempre que esté en duda la seguridad del paciente o de otras personas.

7.1.- CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

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

Aunque en sentido estricto no se han identificado síntomas patognomónicos, ciertos fenómenos psicopatológicos tienen una significación especial para el diagnóstico de esquizofrenia, los cuales suelen presentarse asociados entre sí. Estos son:

- (1) Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo.
- (2) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos o acciones o sensaciones concretos y percepción delirante.
- (3) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo u otros tipos de voces alucinatorias que proceden de otra parte del cuerpo.
- (4) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, tales como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos (por ejemplo, de ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos).



- (5) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.
- (6) Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.
- (7) Manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características o flexibilidad cérea, negativismo, mutismo, estupor.
- (8) Síntomas "negativos" tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social). Debe quedar claro que estos síntomas no se deban a depresión o a medicación neuroléptica.
- (9) Un cambio consistente y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal, que se manifiestan como pérdida de interés, falta objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social.

PAUTAS PARA EL DIAGNÓSTICO

Presencia como mínimo de un síntoma muy evidente o dos o más si son menos evidentes, de cualquiera de los grupos uno a cuatro, o síntomas de por lo menos dos de los grupos referidos entre el cinco y el ocho, que hayan estado claramente presentes la mayor parte del tiempo durante un período de un mes o más.

El diagnóstico de esquizofrenia no deberá hacerse en presencia de síntomas depresivos o maníacos relevantes, a no ser que los síntomas esquizofrénicos antecederan claramente al trastorno del humor (afectivo). Si los síntomas de trastorno del humor y los esquizofrénicos se presentan juntos y con la misma intensidad, debe recurrirse al diagnóstico de trastorno esquizoafectivo (F25.-), aun cuando los síntomas esquizofrénicos justificaran por sí solos el diagnóstico de esquizofrenia. Tampoco deberá diagnosticarse una esquizofrenia en presencia de una enfermedad cerebral manifiesta o durante una intoxicación por sustancias psicótropas o una abstinencia a las mismas. Los trastornos similares que se presentan en el curso de una epilepsia o de otra enfermedad cerebral deberán codificarse de acuerdo con la categoría F06.2 y aquellos inducidos por sustancias psicótropas como F1x.5.

7.3.-CLASIFICACION :

Tipo desorganizado o Hebefrenico .- Caracterizado por : desorganización del habla y el comportamiento, afecto aplanado o inapropiado, risas y comportamiento tontos o incongruentes.

Tipo catatonico.- Caracterizado por : transtornos psicomotores marcados (inmovilidad o agitación), negativismo extremo, mutismo, ecolalia, ecopraxia, estereotipias o manierismos, catalepsia o estupor.

Tipo paranoide.- Caracterizado por : Ideas delusivas de daño o grandeza, alucinaciones auditivas de daño, preservación del afecto y de las funciones cognitivas.

Tipo residual.- Caracterizado por : síntomas negativos como afecto aplanado, pobreza del habla, abulia y síntomas positivos atenuados como comportamiento excéntrico, desorganización leve del habla, creencias estrambóticas.

Tipo Indiferenciado.- No tiene características específicas para un subtipo o tiene características mixtas de varios subtipos.

Tipo simple.- Caracterizado por : cambios en la personalidad de tipo pérdida de iniciativa, retraimiento, aparición gradual de síntomas negativos , y disminución marcada de los rendimientos sociales, académicos, o laborales.



7.4.- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Trastornos mentales orgánicos .- Abuso de sustancias y toxicidad por drogas (cocaína, LSD, mezcalina, marihuana, alcohol, antidepresivos, l-dopa, efedrina, cimetidina, carba, meprobamato, etc.), lesiones expansivas cerebrales, TEC, Infecciones cerebrales, Endocrinopatías, Lupus, ACV., porfiria, delirio, demencia, etc. La presencia de trastornos de conciencia, orientación, juicio, memoria, orientan al cuadro orgánico.

Trastornos afectivos .- Cuando los cuadros afectivos van acompañados de psicosis es difícil diferenciarlos de la esquizofrenia en la fase aguda, el diagnóstico diferencial depende de la relación temporal entre los síntomas afectivos y los esquizofrénicos y de su duración relativa.

El trastorno esquizofrénico.- En la DSM-IV se habla que un cuadro con síntomas esquizofrénicos que dura menos de 6 meses se le diagnostica como esquizofrénico, en CIE-10, no hay esta diferenciación.

La psicosis reactiva breve .- Se presenta menos de 4 semanas y está relacionada con un estrés psicosocial.

Los trastornos delirantes paranoides.- No se asocian con delirios extraños, asociaciones inconexas, incoherencia o alucinaciones.

Trastornos de la personalidad (paranoide, esquizoide, fronteriza).- Pueden ir con síntomas psicóticos transitorios que remiten en el curso de horas o días.

Trastorno obsesivo compulsivo e hipocondría.- El sujeto afectado puede justificar sus síntomas con razones exageradas y casi delirantes, pero admite el carácter irracional de sus preocupaciones.

Trastorno autista.- Trastorno que se presenta antes de los 12 años.

El retardo mental .- Con conducta extraña, puede parecerse a la esquizofrenia, pero la presencia de delirios y alucinaciones que no sean atribuibles a problemas de comunicación dan el dx.

La simulación y el trastorno ficticio.- Los síntomas son manejados a voluntad o se deben a situaciones especiales (carcel). Los síntomas se presentan en forma atípica.

IX.- SITUACIONES ESPECIALES

9.1.- TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIA

Los trastornos relacionados con el uso de sustancias constituyen un factor de morbilidad importante cuando se producen de manera combinada con la esquizofrenia. Los trastornos relacionados con sustancias, se asocian a períodos de hospitalización más frecuentes y prolongados y a otros resultados negativos, como las personas sin hogar, la violencia, la encarcelación, el suicidio y la infección por el VIH.

Se recomienda que los objetivos del tratamiento en pacientes con esta patología asociada, sean los mismos que para el tratamiento de la esquizofrenia sin patología asociada pero añadiéndoles los objetivos relativos al problema del uso de sustancias, como por ejemplo reducción del daño, abstinencia, prevención de recaídas y rehabilitación.

La presencia de un trastorno por uso o una dependencia de sustancias pasa desapercibida con frecuencia o es infravalorada en los individuos con esquizofrenia, en especial si el paciente es examinado durante un episodio psicótico agudo. La información espontánea es con frecuencia poco fiable, por lo que debe buscarse una confirmación a partir de otras fuentes, como los familiares y otros terapeutas que hayan intervenido.

Los análisis de laboratorio y los estudios de detección de sustancias pueden resultar útiles para detectar o sugerir un consumo de alcohol u otras sustancias. Muchos pacientes esquizofrénicos no presentan un síndrome de dependencia fisiológica asociado a la dependencia del alcohol u otra sustancia. En consecuencia, se recomienda a los psiquiatras que tengan presentes otros indicios de un posible uso de sustancias en esta población, como pueden ser la marginalidad, la violencia, la falta de cumplimiento del tratamiento, las exacerbaciones sintomáticas frecuentes y los conflictos familiares y económicos.



La cuestión clave para la aplicación del tratamiento en esta población es desarrollar un enfoque que integre el tratamiento del trastorno por uso de sustancias y el de la esquizofrenia. Las medicaciones antipsicóticas pueden utilizarse en las dosis habituales, pero debe informarse a los pacientes de que el empleo conjunto de medicación antipsicótica y alcohol u otras sustancias puede aumentar la sedación o la falta de coordinación. Al prescribir medicamentos, el psiquiatra debe tener en cuenta la posibilidad de disminución del umbral convulsivo al utilizar fármacos antipsicóticos, así como la posibilidad de abuso de benzodiacepinas y fármacos antiparkinsonianos. Aunque de manera poco frecuente, los fármacos antipsicóticos pueden desencadenar crisis convulsivas durante la abstinencia del alcohol o de las benzodiacepinas. El disulfiram puede plantear un cierto riesgo para los pacientes con esquizofrenia que abusan del alcohol, puesto que puede desencadenar una psicosis a dosis altas.

Los pacientes deben comprender que tienen dos trastornos crónicos complejos que, conjuntamente, dan lugar a un pronóstico peor que el que tendría cada uno por separado.

El planteamiento terapéutico debe ser integrado y ha de tener en cuenta los déficits cognitivos del paciente y la tolerancia limitada al estrés. El hecho de no haber alcanzado la abstinencia completa no debe ser un motivo de exclusión de las intervenciones recomendadas para los pacientes con esquizofrenia ni tampoco de las recomendaciones para pacientes con trastorno por uso de sustancias.

9.2.- ESQUIZOFRENIA Y SUICIDIO

El suicidio es la causa principal de muerte prematura en los pacientes con esquizofrenia. La incidencia de suicidios completados a lo largo de la vida en pacientes con esquizofrenia es de un 10 a un 13% y se estima en un 18 a 55% el porcentaje de pacientes con esquizofrenia que intentan suicidarse.

Los factores de riesgo específicos son: la juventud, los 6 primeros años siguientes a la hospitalización inicial, tener un CI elevado, un curso crónico y con un deterioro progresivo con exacerbaciones o una percepción de la pérdida de las capacidades funcionales. Otros factores de riesgo adicionales son la presencia de ideas suicidas, las alucinaciones auditivas y el alta reciente del hospital. Se recomienda aumentar la frecuencia de las visitas ambulatorias en caso de alta reciente del hospital, ya que constituye un periodo de vulnerabilidad del paciente.

El mayor riesgo de suicidio en la esquizofrenia, se produce en la fase de remisión principalmente por desesperanza, empobrecimiento y deterioro cognitivo.

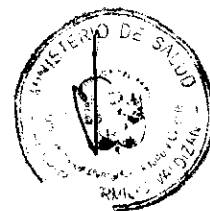
No obstante, es esencial evaluar el riesgo de suicidio inicialmente y de manera regular como parte de la evaluación psiquiátrica del paciente.

Los pacientes en los que se considera que existe un riesgo elevado de suicidio, deben ser hospitalizados y deben aplicarse las precauciones necesarias para evitarlo. Debe haber una estrecha vigilancia de los pacientes vulnerables durante los periodos de crisis personal, modificaciones del entorno o periodos de dificultad o depresión durante el curso de la enfermedad.

Se recomienda el tratamiento en equipos de salud mental comunitaria para los trastornos mentales severos y la reducción de las muertes por suicidio.

9.3.- CONDUCTA VIOLENTA.

La conducta violenta puede aparecer en los pacientes esquizofrénicos y su incidencia varía en función del carácter más o menos agudo o grave de la psicosis. Los factores de riesgo generales son: antecedentes de detenciones previas, uso de sustancias, presencia de alucinaciones, delirios



o conductas extrañas, deterioro neurológico, ser varón, clase socioeconómica baja, pocos estudios y soltero.

La identificación de los factores de riesgo para la violencia y las ideas violentas forma parte de la evaluación psiquiátrica estándar. En una valoración de un paciente que puede ser violento, es esencial el empleo de precauciones de seguridad (personal adicional). Si un paciente plantea una amenaza grave para otras personas, el psiquiatra debe utilizar su propio criterio, en consonancia con las exigencias legales, para proteger a esas personas de un daño previsible. En los pacientes en los que existe un riesgo inminente de conducta violenta, debe realizarse una evaluación para una posible hospitalización y, si está indicado, tomar precauciones en el ingreso.

El tratamiento de la agresión puede realizarse a menudo, con tratamiento conductual y mantenimiento en ámbito restringido. La medicación antipsicótica es el eje del tratamiento, pero también se ha descrito la utilidad de anticonvulsivantes, litio y propranolol a dosis altas, así como un posible efecto favorable de la clozapina.

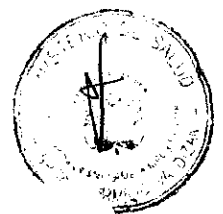
El tratamiento de urgencia de la violencia en la esquizofrenia puede incluir la sedación (con benzodiazepinas como el diazepam a dosis de 10-20 mg intramuscular, o combinada con haloperidol 5 mg intramuscular) y un entorno con restricciones. La utilización de un entorno con restricciones debe ser una medida de urgencia aplicable cuando han fracasado otras menos restrictivas, y el paciente deberá ser visitado con la frecuencia necesaria para mantener la vigilancia adecuada de los cambios del estado físico o mental. La finalización de las restricciones puede ser gradual, a medida que disminuye el riesgo de auto o heteroagresividad.

Según normas éticas, las medidas de restricciones sólo pueden ser aplicadas si derivan de un plan terapéutico y se cumplen unos determinados criterios.

9.4.-SÍNTOMAS DEPRESIVOS

Los síntomas depresivos se producen con frecuencia en el marco de la psicopatología de la esquizofrenia. Cuando se dan en la fase aguda de la enfermedad hay que realizar un diagnóstico diferencial del trastorno esquizoafectivo. La adición de un antidepresivo durante la fase aguda debe realizarse con precaución ya que se pueden exacerbar los síntomas psicóticos. Se debe realizar el tratamiento de forma secuencial.

La depresión secundaria debe diferenciarse de otros posibles trastornos causales : trastornos médicos generales, trastornos inducidos por sustancias, efectos secundarios extrapiramidales de los antipsicóticos (acatisia, y acinesia) desmoralización por el efecto de la enfermedad y reacciones situacionales de crisis personales o modificaciones del entorno.



El tratamiento antidepresivo esta indicado cuando lo síntomas cumplen criterios sindromicos establecidos para el trastorno depresivo mayor y causan molestias o interferencias importantes en la función. Se pueden utilizar antidepresivos inhibidores de recaptacion de serotonoina.

X.- EXAMENES AUXILIARES :

CUADRO N° 1: EXAMENES DE PATOLOGIA CLINICA EN ESQUIZOFRENIA

REALIZAR A TODAS LAS PERSONAS	REALIZAR SEGUN LAS CIRCUNSTANCIAS CLINICAS
Hemograma ,hemoglobina,hematocrito.	Bilirrubina Total y Conjugada
Glicemia	Test de Embarazo
Urea y creatinina	TSH, T3, T4
TGO TGP	Perfil Lipídico
Fosfatasa Alcalina	Screening de Drogas (1 o 2 de más probable consumo)
Examen de Orina Completo	Detección de VIH
Pruebas serológicas.	

CUADRO N° 2 : DE IMÁGENES :

Rx de cráneo
Tomografía Axial Computadorizada del Cerebro
Resonancia magnetica cerebral
Neuroespect

CUADRO N°3 : EXAMENES ESPECIALIZADOS COMPLEMENTARIOS.:

Evaluacion psicológica : pensamiento
organicidad, personalidad, CI
Perfil neuropsicológico y social
Electroencefalograma Standard
Electrocardiograma

XI .-MANEJO PSICOTERAPEUTICO DE LA ESQUIZOFRENIA :

11.1.INTERVENCIÓN FARMACOLÓGICA

Los tratamientos farmacológicos son un elemento indispensable en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia. Las medicaciones se utilizan para el tratamiento de los episodios agudos, para la prevención de futuros episodios y para la mejoría de los síntomas entre episodios. Los fármacos



antipsicóticos son el principal tratamiento farmacológico de los pacientes con esquizofrenia (ver Algoritmo de intervención farmacológica). Sin embargo, otras medicaciones, como los estabilizantes del estado de ánimo y otras medicaciones coadyuvantes, también resultan útiles en determinados subgrupos de pacientes.

La elección del fármaco se basa de acuerdo a los criterios siguientes:

Perfil de acción clínica

Intensidad de los efectos secundarios

Historia de respuesta previa del paciente

Respuesta subjetiva al inicio de tratamiento (ANEXO II TX Farmacológico)

MEDICACIONES ANTIPSICÓTICAS:

A) Antipsicóticos convencionales

Se clasifican en tres grupos según su potencia antipsicótica:

- a) **alta potencia** (como haloperidol, flufenazina);
- b) **potencia intermedia** (como loxapina, perfenazina);
- c) **baja potencia** (como clorpromazina).

DOSIS RECOMENDADAS DE LOS ANTIPSICOTICOS CONVENCIONALES

		Dosis equipotente (mg)	Dosis día v.o. (mg)
Fenotiazinas alifáticas	Clorpromazina	100	25-2.000
	Levomepromazina	100	25-1.500
Piperidinas	Flufenazina	2	1-40
	Perfenazina	10	4-64
	Trifluoperazina	5	2-40
Tioxantenos	Tiotixeno	4	6-60
	Flupentixol	2	3-50
	Zuclopentixol	25	20-40
Butirofenonas	Haloperidol	2	3-50
Difenilbutilpiperidinas	Pimozida	1,3	2-20
Dibenzoxacepinas	Clotiapina	20	40-160
	Loxapina	10	10-250
Benzamidas	Sulpiride	200	400-2.000

Son eficaces para reducir la mayor parte de los síntomas de la esquizofrenia, tanto los positivos (alucinaciones, delirios, conductas extrañas) como los negativos (apatía, embotamiento afectivo, alogia, abulia), siendo más eficaces en los positivos.



FARMACOS ANTIPSICOTICOS EFECTOS ADVERSOS

Farmaco Antipsicótico	Dosis (mgr/día)	Efectos adversos	
		Sedación	Extrapyramidales
Cloproromazina	300 — 2000	+++	++
Trifluoperazina	5 — 45	++	+++
Haloperidol	5 — 60	+	+++
Sulpiride	200 - 800	+/-	+
Olanzapina	5 — 20	++	0/+
Risperidona	3 — 12	++	+
Clozapina	50 — 600	+++	0?

EFFECTOS SECUNDARIOS DE LOS ANTIPSICOTICOS CONVENCIONALES

a) Sedación

Es el más frecuente; se produce en casi todas las medicaciones antipsicóticas pero es más frecuente con las de baja potencia. Es más pronunciada en las primeras fases del tratamiento y la mayoría de pacientes desarrollan una cierta tolerancia. La sedación en un paciente agitado en la fase aguda puede tener efectos terapéuticos, pero en la fase de mantenimiento puede ser un problema, y mejorará con la reducción de la dosis diaria, una única toma nocturna o el cambio a otra medicación menos sedante.

b) Efectos anticolinérgicos y antiadrenérgicos

Los efectos anticolinérgicos pueden producir sequedad de boca, visión borrosa, estreñimiento, taquicardia y retención urinaria en un 10-50% de los pacientes tratados. Estos efectos pueden ser problemáticos en personas de edad avanzada o con patología prostática, por ejemplo. La mayor parte de estos efectos son leves y tolerables.

La toxicidad anticolinérgica central puede causar un deterioro de la memoria y de la cognición, confusión, delirio, somnolencia y alucinaciones. Estos síntomas pueden afectar la respuesta a los programas psicosociales y de rehabilitación. El cese del tratamiento generalmente produce una reversión de los síntomas.

La taquicardia puede aparecer también como resultado de una hipotensión postural producida por los efectos antiadrenérgicos, que si es grave puede dar lugar a un síncope.

c) Efectos neurológicos. Efectos secundarios extrapyramidales

Son los más problemáticos. Pueden ser agudos y crónicos, los agudos se producen en los primeros días y semanas de administración de la medicación, son dosis-dependientes y son reversibles al reducir la dosis de medicación o suspenderla. Los crónicos se producen tras meses y años de medicación antipsicótica, no presentan dependencia clara de las dosis y pueden persistir después de suspender el fármaco.



Existen 4 tipos de efectos secundarios extrapiramidales agudos: **parkinsonismo**, **distonía** y **acatisia** que son los más frecuentes, y el síndrome neuroléptico maligno que es infrecuente pero que puede poner en peligro la vida del paciente.

Aproximadamente un 60% de pacientes que reciben un tratamiento agudo con medicación antipsicótica presentan efectos secundarios extrapiramidales clínicamente significativos.

- **Parkinsonismo inducido por medicación.** Se caracteriza por los síntomas de la enfermedad de Parkinson idiopática (rigidez, temblor, acinesia y bradicinesia) y se ha hallado en un 20% de pacientes tratados con antipsicóticos. Surge en los primeros días y semanas de la administración de la medicación y es dosis-dependiente. Normalmente se resuelve al suspender la medicación.

La acinesia o bradicinesia cursa con movimientos lentos, indiferencia a los estímulos y limitación emocional. Se observa como efecto aislado o junto a otros efectos extrapiramidales en casi la mitad de pacientes tratados con antipsicóticos, y en casos muy graves puede parecer una catatonía. En más del 50% de pacientes con acinesia pueden haber síntomas depresivos y en este caso se denomina "depresión acinéctica".

Los síntomas del parkinsonismo inducido por medicación deben diferenciarse cuidadosamente de los síntomas negativos de la esquizofrenia.

Generalmente responden a la reducción de la dosis de la medicación antipsicótica o al tratamiento con medicación antiparkinsoniana anticolinérgica.

- **Distonía.** La distonía aguda se caracteriza por la contracción espástica de grupos musculares aislados y se da en un 10% de los pacientes que inician el tratamiento. Los factores de riesgo son la juventud del paciente, el sexo masculino, el empleo de medicaciones de alta potencia, las dosis altas y la administración intramuscular. Se produce con frecuencia después de las primeras dosis de medicación y en un 90% en los tres primeros días.

Puede afectar a diversas regiones corporales pero lo más frecuente es que afecte a cuello, ojos y torso, utilizando los términos "torticólis", "laringospasmo", "crisis oculogira" y "opistotonos" para describir las reacciones distónicas de regiones corporales específicas. Estas reacciones son de inicio súbito, de aparición muy llamativa y causan gran incomodidad al paciente; además, el laringoespasmo puede poner en peligro la vida del paciente.

Responden rápidamente a la administración de medicación anticolinérgica o antihistamínica, generalmente por vía parenteral, posteriormente se puede mantener una pauta oral de medicación antiparkinsoniana anticolinérgica para prevenir las recidivas. También se ha utilizado vitamina E y toxina botulínica.

- **Acatisia.** Se caracteriza por la agitación somática que se manifiesta de manera objetiva y subjetiva en un 20-25% de pacientes tratados con antipsicóticos. Característicamente los pacientes refieren una sensación interna de agitación y una necesidad irresistible de mover diversas partes del cuerpo. La forma más frecuente es la que lleva al paciente a andar y no poder estar sentado. Es una causa frecuente de incumplimiento del tratamiento antipsicótico, y si no se trata puede causar disforia y posiblemente una conducta agresiva o suicida.



Responde menos que el parkinsonismo y la distonía al tratamiento; un primer paso puede ser la reducción lenta y pequeña de la dosis de antipsicótico. Las medicaciones antiparkinsonianas anticolinérgicas tienen una eficacia limitada, pero generalmente constituyen la primera línea de tratamiento. Algunos autores sostienen la utilización de betabloqueantes como el propanolol a dosis de 30-90 mg/día, con vigilancia de la presión arterial y el pulso. Las benzodicepinas (loracepam y clonacepam) también pueden ser útiles.

Se debe diferenciar la acatisia de la agitación psicomotora asociada a la psicosis para evitar el aumento de dosis de antipsicótico y por lo tanto el empeoramiento de la acatisia. Tratamiento profiláctico de los efectos secundarios extrapiramidales agudos. Teniendo en cuenta la elevada frecuencia de estos efectos se puede considerar la conveniencia de utilizar medicación antiparkinsoniana de forma profiláctica, principalmente en pacientes con antecedentes previos de sensibilidad a estos efectos y en los que la previsión de actitudes negativas y la falta de cumplimiento se pueda ver reforzada por la aparición de reacciones adversas. Se utiliza clorhidrato de biperideno, clorhidrato de trihexifenidilo y amantadina. Recomendación de grado C.

- **Síndrome neuroléptico maligno.** Se caracteriza por la tríada de rigidez, hipertermia e inestabilidad del sistema vegetativo, que incluye hipertensión y taquicardia, y a menudo se asocia a elevación de la creatinina en suero, leucocitosis, alteración de la función hepática y alteraciones del electroencefalograma.

Puede tener un inicio súbito e impredecible y ser mortal en un 5-20% de casos si no se trata. Su prevalencia podría llegar al 1-2% de los pacientes tratados con neurolépticos y suele producirse en una fase temprana del tratamiento, en la primera semana del inicio de éste o tras un aumento de dosis.

Los factores de riesgo son: juventud del paciente, sexo masculino, discapacidad neurológica preexistente, enfermedades físicas, la deshidratación, el aumento rápido de la dosis, empleo de medicaciones de alta potencia y el empleo de preparaciones intramusculares.

El primer paso del tratamiento es suspender la medicación antipsicótica, y a continuación tratamiento de apoyo para la fiebre y los síntomas cardiovasculares, que se hará en una unidad de vigilancia intensiva, con dantroleno sódico o bromocriptina. También se han utilizado amantadina y benzodicepinas. Una vez recuperado el paciente se podrá reanudar la medicación antipsicótica con otra de menor potencia y aumento gradual de la dosis.

- **Discinesia tardía**

Es un trastorno de movimientos involuntarios anormales hiperkinéticos causado por la exposición mantenida a la medicación antipsicótica. Puede afectar a la función neuromuscular en cualquier región del cuerpo, pero se observa especialmente en la región orofacial. Puede aparecer tras la exposición a cualquier medicación antipsicótica, excepto clozapina. Su frecuencia es del 4% por año de tratamiento.

La propia esquizofrenia puede asociarse a un riesgo de discinesia espontánea que es indistinguible de la inducida por medicación. Los factores de riesgo son: edad avanzada, sexo femenino



combinado con estado posmenopáusico, trastorno afectivo (depresivo mayor), enfermedades médicas simultáneas (diabetes), y el empleo de dosis altas de medicación antipsicótica.

La mayoría de pacientes tienen síntomas leves pero un 10% tienen síntomas de carácter moderado o intenso. La supresión de la medicación se realizará únicamente si el paciente está en remisión completa, estable o con pocos síntomas residuales. La reducción gradual de la dosis puede dar lugar a una reducción o remisión de la discinesia tardía.

La opción terapéutica preferida es la clozapina, pero también se ha utilizado vitamina E, amantadina, L-dopa y selegilina.

• **Otros efectos secundarios de los antipsicóticos convencionales**

- **Crisis convulsivas.** Las medicaciones antipsicóticas pueden reducir el umbral convulsivo y dar lugar a crisis comiciales, siendo las convencionales de baja potencia y la clozapina las que comportan mayor riesgo. Su frecuencia está en relación con la dosis, a mayor dosis mayor riesgo. Su incidencia es inferior al 1% para todas las medicaciones antipsicóticas convencionales a las dosis habitualmente utilizadas. Si un paciente sufre una crisis convulsiva se suspenderá la medicación antipsicótica (excepto clozapina) o se reducirá la dosis un 50% hasta realizar una evaluación neurológica.

- **Efectos endocrinos: galactorrea y oligomenorrea.** Todas las medicaciones antipsicóticas convencionales aumentan la secreción de prolactina al bloquear la acción inhibitoria de la dopamina sobre la hipófisis. La hiperprolactinemia puede dar galactorrea en un 1-5% de pacientes y alteraciones del ciclo menstrual (oligomenorrea) en hasta un 20% de mujeres. La reducción de la dosis puede disminuir la gravedad o aliviar estos efectos. Si no se puede disminuir o los efectos son graves se pueden utilizar dosis bajas de bromocriptina o amantadina.

- **Aumento de peso.** Se produce en hasta un 40% de pacientes tratados con la mayor parte de antipsicóticos. Se puede reducir la dosis e iniciar control de la dieta.

- **Efectos sobre la función sexual.** La disfunción eréctil se da en un 25-34% de varones. Otros efectos pueden ser alteraciones de la eyaculación en el varón y en pérdida de la libido o anorgasmia en mujeres y hombres. Se ha descrito eyaculación retrógrada con tioridacina. La reducción de la dosis o su supresión produce habitualmente la mejoría o la eliminación de los síntomas; si no es posible se puede sustituir por una medicación alternativa. Se ha utilizado yohimbina o ciproheptadina, e imipramina para la eyaculación retrograda.

- **Efectos alérgicos y cutáneos.** Las reacciones cutáneas se producen con poca frecuencia y se utiliza la suspensión del tratamiento o la administración de un antihistamínico. La fotosensibilidad es también poco frecuente y es más común con las fenotiazinas de baja potencia, se debe indicar evitar el exceso de luz solar o el uso de cremas protectoras.

- **Efectos hepáticos.** Se puede producir una elevación de las enzimas hepáticas y una ictericia colestásica. La ictericia aparece en un 0,1-0,5 % de pacientes tratados con clorpromazina. Suele aparecer en el primer mes siguiente a la instauración del tratamiento y generalmente obliga a la supresión del fármaco.



- **Efectos oftalmológicos.** Se pueden producir retinopatías pigmentarias y opacificaciones corneales con la administración crónica de las medicaciones de baja potencia como tioridacina o clorpromazina, en especial a dosis altas (más de 800 mg/día de tioridacina). Se recomiendan exámenes oftalmológicos periódicos si se utilizan de forma mantenida estas medicaciones.
- **Efectos hematológicos.** Se puede producir una inhibición de la leucopoyesis, que provocaría leucopenia benigna o agranulocitosis más grave. La clorpromazina produce leucopenia benigna en hasta el 10% de pacientes y agranulocitosis en un 0,32% de los casos tratados.
- **Efectos cardiovasculares.** Los producen más los de baja potencia, la clorpromazina produce prolongación de intervalos QT y PR, aplanamiento onda T y depresión del segmento ST

Interacciones farmacológicas de los antipsicóticos convencionales

Existen varias interacciones farmacológicas que pueden tener efectos clínicamente importantes en pacientes tratados con medicaciones antipsicóticas. Determinados antidepresivos heterocíclicos, la mayor parte de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), algunos betabloqueantes y la cimetidina pueden aumentar las concentraciones plasmáticas e incrementar los efectos secundarios. Los barbitúricos y la carbamacepina reducen las concentraciones plasmáticas.

B) ANTIPSICOTICOS ATIPICOS

Hasta el momento existen en el mercado los siguientes antipsicóticos atípicos: Clozapina, risperidona, olanzapina, sertindole, quetiapina, ziprasidona, amisulpride y aripiprazol. Según una revisión sistemática reciente y muy exhaustiva de la literatura, que comparaba los antipsicóticos atípicos con los convencionales, fueron los siguientes:

- Risperidona, quetiapina, sertindol, amisulpride, olanzapina y clozapina son tan o más eficaces que los antipsicóticos convencionales para aliviar los síntomas globales de la esquizofrenia.
- Clozapina y risperidona son tan o más eficaces que los antipsicóticos convencionales para prevenir recaídas.
- La clozapina es más eficaz que los antipsicóticos convencionales para aquellos pacientes que no han respondido previamente al tratamiento y en la mejora de los síntomas negativos.
- Todos los antipsicóticos atípicos parecen causar menos efectos secundarios extrapiramidales que los convencionales.
- La sedación puede ocurrir más frecuentemente en los pacientes tratados con clozapina que con los antipsicóticos convencionales. Olanzapina, amisulpride, sertindol y, quizá, risperidona, pueden causar menos somnolencia. No hay suficiente evidencia científica que sugiera que los otros antipsicóticos atípicos sean más o menos sedantes que los convencionales.
- Los efectos secundarios anticolinérgicos y antiadrenérgicos pueden darse más frecuentemente en los pacientes tratados con clozapina y sertindol, y menos frecuentemente en los tratados con quetiapina u olanzapina, que en los tratados con antipsicóticos convencionales.



- Se han descrito efectos secundarios cardíacos graves y potencialmente fatales al menos en dos antipsicóticos atípicos (sertindol y clozapina) y en dos convencionales (pimozida y tioridazina). Se desconocen a largo plazo los efectos secundarios cardíacos, así como hepáticos, de la mayoría de antipsicóticos atípicos.

- Los pacientes con esquizofrenia pueden hallar los antipsicóticos atípicos más aceptables que los convencionales ya que, en general, menos pacientes tratados con atípicos (con excepción de ziprasidona) abandonaron precozmente los estudios.

- Aparte de la clozapina para los pacientes resistentes al tratamiento, ningún antipsicótico atípico destaca por ser más eficaz que cualquier otro. Estos fármacos tienen perfiles de efectos secundarios ligeramente diferentes entre sí, cuya importancia puede variar en función del paciente y sus familias o cuidadores.

- Si la enfermedad es crónica, hay poca diferencia en el tratamiento con un antipsicótico convencional o uno atípico, a excepción de los casos en los que efectos secundarios tales como parkinsonismo obligaron a abandonar el estudio.

· Risperidona

Es un potente antagonista de los receptores 5-HT₂ y D₂ lo que hace que sea eficaz en el tratamiento de síntomas negativos, positivos y afectivos,^{21,27} reduciendo la incidencia de efectos secundarios extrapiramidales. Tiene escasa afinidad por receptores β-adrenérgicos y muscarínicos, y alta por α₁ y H₁.

Se utiliza a dosis de 3-12 mg/día, siendo posible por semivida plasmática una administración única diaria, manteniendo su efectividad y tolerancia.²¹

En un estudio comparativo con clozapina en pacientes resistentes, se constató que ambas eran igual de eficaces, pero risperidona era mejor tolerada, con menor sedación e incremento de peso.

La risperidona se asocia con sintomatología extrapiramidal que es dosis-dependiente y es mínima en el intervalo terapéutico de dosis. En el período inicial de ajuste de dosis puede producirse hipotensión ortostática y taquicardia refleja (por actividad α-adrenérgica) que es transitoria. Aunque su eficacia para estos síntomas no ha sido tan robustamente demostrada.

Como efectos secundarios poco frecuentes produce sedación, disfunción eréctil, incremento leve de peso, disminución del apetito sexual, e incremento de prolactina (galactorrea y alteraciones menstruales). Se utiliza por vía oral y recientemente se ha comercializado en preparado depot (consta).

· Olanzapina

Es químicamente similar a la clozapina, con afinidad moderada por receptores D₄, D₂ y 5-HT, adrenérgicos, histaminérgicos y muscarínicos, con acción sobre síntomas positivos y negativos. Se utiliza a dosis de 10-20 mg/día, siendo la dosis media de 12,5 mg/día, claramente superior al placebo. Los efectos secundarios más frecuentes y que afectan a más del 2% de pacientes son:



aturdimiento, boca seca, acatisia e insomnio; y, con menos frecuencia, dispepsia, ansiedad, náuseas, temblor, hipotensión ortostática y diaforesis.²¹

Por encima de 10 mg/día aumenta la probabilidad de sintomatología extrapiramidal. Puede provocar aumento de peso preocupante que puede variar de 3,5 a 12 Kg en el intervalo de dosis altas. De forma transitoria puede elevar la prolactina y las enzimas hepáticas en las primeras semanas de tratamiento. Se utiliza por vía oral en comprimidos y en forma de absorción de disolución rápida.

· Sertindol

Presenta afinidad por los receptores 5-HT_{2C}, 5-HT_{2A}, D₂, α_1 y α_2 , sin afinidad por receptores histaminérgicos por lo que es probable que produzca menos sedación por este motivo. Ha demostrado su eficacia antipsicótica ante el placebo. Los efectos secundarios más frecuentes son: congestión nasal, hipotensión postural (generalmente durante el escalado de dosis), sedación, taquicardia, disminución del volumen eyaculatorio en el 20% de varones tratados (sin asociarse a disminución de la libido ni alteraciones de la función eréctil) y aumento de peso. Los ensayos clínicos demuestran que se tolera mejor que el haloperidol y que produce menos efectos extrapiramidales.

Mención aparte merece la presencia en el 3% de pacientes tratados con sertindol de una prolongación en el QTc del electrocardiograma, mayor o igual a 500 mseg, sin taquiarritmia ventricular asociada, pero con posibilidad de vulnerabilidad para desarrollar torsades des pointes (arritmia ventricular) que puede resultar mortal. Esta posibilidad aconsejó su retirada cautelara del mercado en el año 1997, iniciándose en el momento de redactar esta guía varios estudios multicéntricos que, de ser favorables, producirían su reintroducción en el mercado farmacéutico.

La dosis óptima parece estar entre 20-24 mg/día, iniciándose con 4 mg/día y con escaladas de 4 mg cada 3-4 días. La presentación es por vía oral.

· Quetiapina

Presenta baja afinidad por receptores 5-HT, α_1 , α_2 , H₁, D₁ y D₂ por lo cual tiene un perfil de afinidad diferente tanto de antipsicóticos convencionales como atípicos. La dosis media se sitúa entre 300-800 mg/día. Es eficaz en el tratamiento de síntomas positivos y afectivos, y produce mejoría en la función cognitiva, la hostilidad y la agresividad. En cuanto al tratamiento de los síntomas negativos, al igual que los demás antipsicóticos atípicos, no ha demostrado ser eficaz de forma robusta.

Los efectos secundarios más frecuentes son: sedación, mareo, cefalea, insomnio, hipotensión ortostática y aumento de peso, todos ellos con una baja incidencia.²¹ Presenta escasa incidencia de efectos extrapiramidales.²⁵ No produce elevación de prolactina. La presentación de quetiapina es por vía oral.

· Ziprasidona

Presenta alta afinidad por receptores 5-HT_{2A} y moderado antagonismo por D₂, con antagonismo potente por 5-HT_{1D} y 5-HT_{2C} y siendo agonista del receptor 5-HT_{1A} con moderado antagonismo



de receptores adrenérgicos e histaminérgicos, y mínima sobre muscarínicos. Este mecanismo farmacológico se asocia a elevada eficacia sobre síntomas positivos y negativos, con mínimos efectos extrapiramidales y sobre la prolactina.³⁰ No interacciona con litio, anticonceptivos orales, carbamacepina, benzodiacepinas, antiácidos o cimetidina. La dosis utilizada es de 80-160 mg/día en la presentación oral y de 40 mg/día como máximo en la intramuscular.

Los efectos secundarios más frecuentes son: cefalea, somnolencia, náuseas y dispepsia, sin producir incremento de peso significativo y con baja incidencia de efectos extrapiramidales (acatisia). Puede elevar de forma leve y transitoria la prolactina. La presentación de ziprasidona es por vía oral e intramuscular.

· Amisulpride

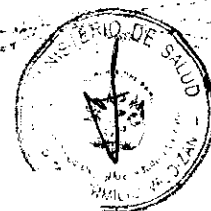
Presenta gran afinidad selectiva sobre receptores D2 y D3; a dosis bajas (50-300 mg) es un antagonista D2, D3 presináptico con eficacia sobre síntomas negativos, y a dosis altas (400-1.200 mg) es un antagonista D2 postsináptico, con eficacia sobre síntomas positivos. Los efectos secundarios más frecuentes son de tipo extrapiramidal (discinesia, acatisia) y de baja incidencia, con elevación de peso y de prolactina similar a la de otros neurolépticos. Su presentación es por vía oral.

· Aripiprazol

Tiene actividad agonista parcial sobre receptores D2 y 5-HT1A , y antagonista sobre 5-HT2A . Es eficaz sobre síntomas positivos, negativos y afectivos, y se utiliza a dosis de 15-30 mg/día, por vía oral. Los efectos secundarios más frecuentes son: cefalea, ansiedad, náuseas, mareo e insomnio, con baja incidencia de sintomatología extrapiramidal.³¹ En el momento de redactar esta GPC, todavía está pendiente su aparición en el mercado español.

DOSIS RECOMENDADAS DE LOS ANTIPSICOTICOS ATIPICOS

Antipsicótico atípico	Dosis/día v.o. (mg)
Clozapina	300-600
Risperidona	3-12
Olanzapina	10-20
Sertindol	8-24
Quetiapina	300-800
Ziprasidona	80-160



Amisulpride	200-800
Aripiprazol	15-30

OTRAS MEDICACIONES COADYUVANTES:

Se utilizan otras medicaciones para potenciar la eficacia terapéutica de los antipsicóticos y para tratar los síntomas residuales, incluyendo los positivos, negativos y afectivos.

· **Litio**

Al añadirlo a los antipsicóticos aumenta la respuesta antipsicótica y reduce los síntomas negativos, así como los afectivos. La dosis de litio es la necesaria para obtener una concentración hemática de 0,8-1,2 meq/l.

Los efectos secundarios del litio son: poliuria, polidipsia, aumento de peso, alteraciones cognitivas, temblor, sedación, deterioro de la coordinación, alteraciones gastrointestinales, caída del pelo, leucocitosis benigna, acné y edemas.

La combinación de un tratamiento antipsicótico con litio puede producir confusión y desorientación y aumentar la probabilidad de que se produzca un síndrome neuroléptico maligno.

· **Benzodiacepinas**

Pueden tener utilidad en la fase aguda como coadyuvantes en la agitación psicótica, pudiendo reducir la dosis de antipsicótico.

Sus efectos secundarios incluyen sedación, ataxia, deterioro cognitivo y en algún paciente desinhibición conductual. Se debe controlar el posible abuso de estos fármacos, y tener en cuenta que la combinación de éstos con clozapina y levopromazina puede ser peligrosa y estar contraindicada.

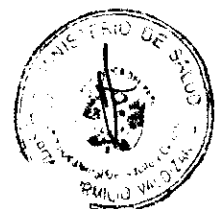
· **Anticonvulsivantes**

Pueden ser eficaces como coadyuvantes de los antipsicóticos en pacientes con anomalías del electroencefalograma indicativas de una actividad convulsiva y en pacientes con conducta agitada o violenta. No se recomienda el uso de carbamacepina con clozapina por el potencial de ambos fármacos de producir agranulocitosis.

Carbamacepina y valproato reducen las concentraciones hemáticas de los antipsicóticos como consecuencia de la inducción de las enzimas hepáticas.

· **Antidepresivos**

Los ISRS se utilizan sobre todo cuando se produce una depresión postpsicótica, difícil de distinguir de los síntomas negativos provocados por los antipsicóticos convencionales.



RECOMENDACIONES SOBRE LA INTERVENCION FARMACOLOGICA

Se recomienda que los fármacos antipsicóticos convencionales o atípicos , no sean prescritos simultáneamente , excepto en periodos cortos para cubrir un cambio de fármaco.

Durante la fase aguda, al elegir una determinada medicación antipsicótica, deberá tenerse en cuenta la respuesta previa del paciente al tratamiento, el perfil de efectos secundarios del mismo, y las preferencias por una determinada medicación en función de la experiencia previa y la vía de administración prevista.

En pacientes resistentes al tratamiento de la esquizofrenia, se recomienda el tratamiento con clozapina. **(Anexo IV tratamiento con clozapina)**

Se recomienda que las medicaciones coadyuvantes (litio, carbamacepina, ácido valproico y benzodiazepinas) se reserven para los casos en que la clozapina no sea apropiada en pacientes resistentes al tratamiento, bien por falta de eficacia, efectos adversos, preferencia del paciente o por probable falta de cumplimiento del programa de vigilancia.

Dado el riesgo de recidiva rápida en la fase de postcrisis, se recomienda evitar la supresión o la reducción prematura del tratamiento farmacológico antipsicótico instaurado en la fase aguda; la continuación del tratamiento durante 1 a 2 años después de una crisis debe discutirse, cuando sea adecuado, con el paciente y su familia

En pacientes estables que no presentan síntomas negativos puede estar indicada una reducción de dosis, que deberá ser de forma gradual, hasta llegar como mínimo a una quinta parte de la dosis de mantenimiento habitual.

En un paciente que haya presentado sólo un episodio de sintomatología positiva y no haya sufrido ningún síntoma durante el año siguiente de tratamiento de mantenimiento puede plantearse un período de prueba sin medicación.

También se puede plantear una supresión de la medicación en pacientes con múltiples episodios previos que se hayan mantenido estables durante 5 años sin síntomas positivos y que cumplan bien el tratamiento.

Se recomienda tratamiento indefinido en pacientes con antecedentes de intentos de suicidio graves o de conductas violentas y agresivas.

Al tomar la decisión de suspender la medicación antipsicótica, se deben adoptar precauciones para reducir al mínimo el riesgo de recidiva: reducción gradual de la dosis durante varios meses, visitas más frecuentes y empleo de estrategias de intervención precoz.



11.2.TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (TEC)

Es siempre un tratamiento de segunda elección en la esquizofrenia, indicado tras el fracaso de los antipsicóticos, siendo las indicaciones más frecuentes:esquizofrenia catatónica, casos graves que cursan con intensa agitación y/o desorientación, contraindicación de antipsicóticos (por la posibilidad de causar síndrome neuroléptico maligno),depresión secundaria y trastornos esquizoafectivos resistentes.

La evaluación previa a la TEC debe incluir la historia clínica psiquiátrica y un examen psiquiátrico para verificar la iniciación del tratamiento, examen médico general para identificar posibles factores de riesgo (historia clínica y exploración física, valoración de constantes vitales, hemograma, determinación de electrolitos séricos y electroencefalograma), evaluación anestésica para evaluar el carácter y el grado del riesgo anestésico, obtención del consentimiento informado y una evaluación que resuma las indicaciones del tratamiento y los riesgos y que sugiera si están indicadas otras técnicas de evaluación adicionales, modificaciones del tratamiento o cambios en la técnica de la TEC.

El infarto de miocardio reciente, algunas arritmias cardíacas y lesiones ocupantes de espacio intracraneal deben ser motivo de precaución puesto que la TEC causa aumento transitorio de la frecuencia cardíaca, carga de trabajo cardíaco, presión arterial, presión intracraneal y permeabilidad de la barrera hematoencefálica. Los principales efectos secundarios de la TEC son de tipo cognitivo, asociándose a un estado confusión al post ictal transitorio y a un período más prolongado de alteración de la memoria anterógrada y retrógrada, que se resuelve habitualmente a las pocas semanas del cese del tratamiento.(**anexo V Tratamiento Electroconvulsivo.**

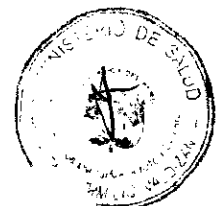
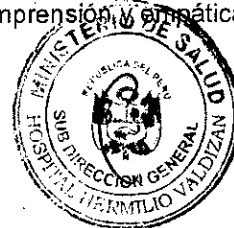
11.3.PSICOTERAPIA

Según JL Tizón: "la psicoterapia consiste en la aplicación metódica de técnicas y procedimientos psicológicos en el tratamiento de los problemas de conducta, los trastornos mentales y el sufrimiento humano (no sólo psicológico)"

INDIVIDUAL

La psicoterapia individual (PI) consiste en un encuentro humano basado en la confianza, el reconocimiento del sufrimiento psíquico, la comprensión profunda y la presencia atenta. Siempre que esté indicada se ha de realizar dentro de un planteamiento terapéutico global integrando las otras intervenciones psicosociales así como la psicofarmacológica.

La PI ha de estar basada en las necesidades y preferencias del paciente, así como en un sistema de valores en la elección de objetivos y metas a conseguir. Una PI óptima utiliza diversas estrategias basadas en una relación interpersonal continua, de comprensión y empática.



OBJETIVOS DE LA TERAPIA INDIVIDUAL

- .Reducir al mínimo la vulnerabilidad**
- .Reducir al mínimo el estrés**
- .Optimizar las capacidades de adaptación.**
- .Optimizar la función .**
- .Evitar el máximo deterioro.**

PSICOTERAPIA GRUPAL

La psicoterapia grupal o terapias de grupo incluyen un amplio abanico de modalidades terapéuticas como son los grupos psicoeducativos, los grupos de autoayuda y la psicoterapia de grupo, y en algunos casos se utiliza una combinación de éstas.

.OBJETIVOS DE LA TERAPIA GRUPAL:

- Potenciar la resolución de problemasL**
- Planificar objetivos**
- Favorecer las interacciones sociales**
- Mejorar el cumplimiento de la medicación**
- Propiciar el manejo de los efectos secundarios.**

.INTERVENCION FAMILIAR

Todo programa de tratamiento de la esquizofrenia deberá considerar la atención a las familias tanto por sus necesidades en cuanto son quienes cuidan a los pacientes como por el importante papel que su colaboración puede jugar en el control de los síntomas y en la rehabilitación

.OBJETIVOS GENERALES DE LA INTERVENCIÓN FAMILIAR

- construir una alianza con los familiares,**
- reducir la atmósfera familiar adversa,**
- potenciar la capacidad de los familiares para la anticipación y resolución de los problemas,**
- reducir las expresiones de angustia y culpa dentro de la familia,**
- mantener unas expectativas razonables para el funcionamiento del paciente,**
- ayudar a los familiares a mantener unos límites apropiados así como una distancia adecuada cuando sea necesario,**



- conseguir cambios deseados en el comportamiento de los familiares y en su sistema de creencias

REHABILITACION PSICOSOCIAL

El propósito de la rehabilitación psicosocial (a veces también denominada, genéricamente, rehabilitación) es prevenir el deterioro de la función social, laboral, educativa y familiar, así como fomentar que estas capacidades sociales de la persona con esquizofrenia puedan desarrollarse al máximo.

OBJETIVOS DE LA REHABILITACION PSICOSOCIAL

- .Prevenir el deterioro psicosocial, laboral, educativo y familiar
- .Fomentar que las capacidades sociales puedan desarrollarse al máximo

· Rehabilitación laboral

La mayoría de estudios sobre rehabilitación laboral no son específicos de esquizofrenia sino que se refieren a enfermedades mentales graves en general.

Existen fundamentalmente dos enfoques para la rehabilitación laboral:

- 1) los programas de formación prelaboral, que constituyen el enfoque más tradicional y consisten en ofrecer preparación y formación previo a conseguir un empleo normalizado (a menudo se trata de empleos tutelados o empleos de transición); y
- 2) el apoyo laboral, más reciente, en el que el paciente se incorpora al empleo normalizado inmediatamente y se le provee ayuda para el empleo; esta ayuda puede ser genérica (sobre higiene personal o transporte, por ejemplo) o más específica sobre el empleo en concreto.



CRITERIOS CLINICOS PARA EVALUACION DE RESPUESTA ALTRATAMIENTO

CARACTERISTICAS CLINICAS	CALIDAD DE LA RESPUESTA
Ausencia de conductas de riesgo Ausencia de conductas disruptivas Ausencia de síntomas positivos Síntomas negativos que no interfieren significativamente con la integración	BUENA RESPUESTA (si están todos los criterios presentes)
Persistencia de síntomas positivos y/o cognitivos y/o afectivos y/o negativos que interfieren parcialmente con el funcionamiento y la integración	RESPUESTA PARCIAL (si está cualquiera de los criterios Presentes)
Persistencia de conductas de riesgo Persistencia de conductas disruptivas Síntomas positivos que interfieren significativamente con el funcionamiento y la integración al medio Síntomas negativos que interfieren significativamente con la integración	MALA RESPUESTA (si está cualquiera de los criterios presentes)

XII.-COMPLICACIONES: Recaidas

Una vez estabilizado el paciente, es importante desarrollar un plan de tratamiento de largo plazo. Asegurando la adherencia, con los menores efectos adversos pero sin causar riesgo de recaídas. La disminución o retirada de la medicación debe ser progresiva.

Considerar el uso de medicación antipsicótica de depósito, para pacientes, con bajo cumplimiento terapéutico. (**Anexo VI Medicación de Deposito**).

o Flufenacina decanoato 25 — 50 mgr. por v.i.m. c/ 2 — 4 semanas.

o Haloperidol decanoato 50 — 100 mgr. por v.i.m. cada 4 semanas

Emergencia:

En cuadros agudos que van acompañados de conductas auto heteroagresivas y agitación psicomotriz se recomienda:

Diazepam 10mg. amp. (10 a 30mg EV. Lento condicional hasta que se logre tranquilizarlo y con controles de presión arterial pre y postratamiento.) Luego:

Haloperidol 5mg ampollas, 1 o 2 ampollas Im cada 6 u 8 horas Dosis total 10-30 mg / día durante 3-5 días. Y después iniciar vía oral.



XII.- CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA

Diagnostico de cuadros atípicos.

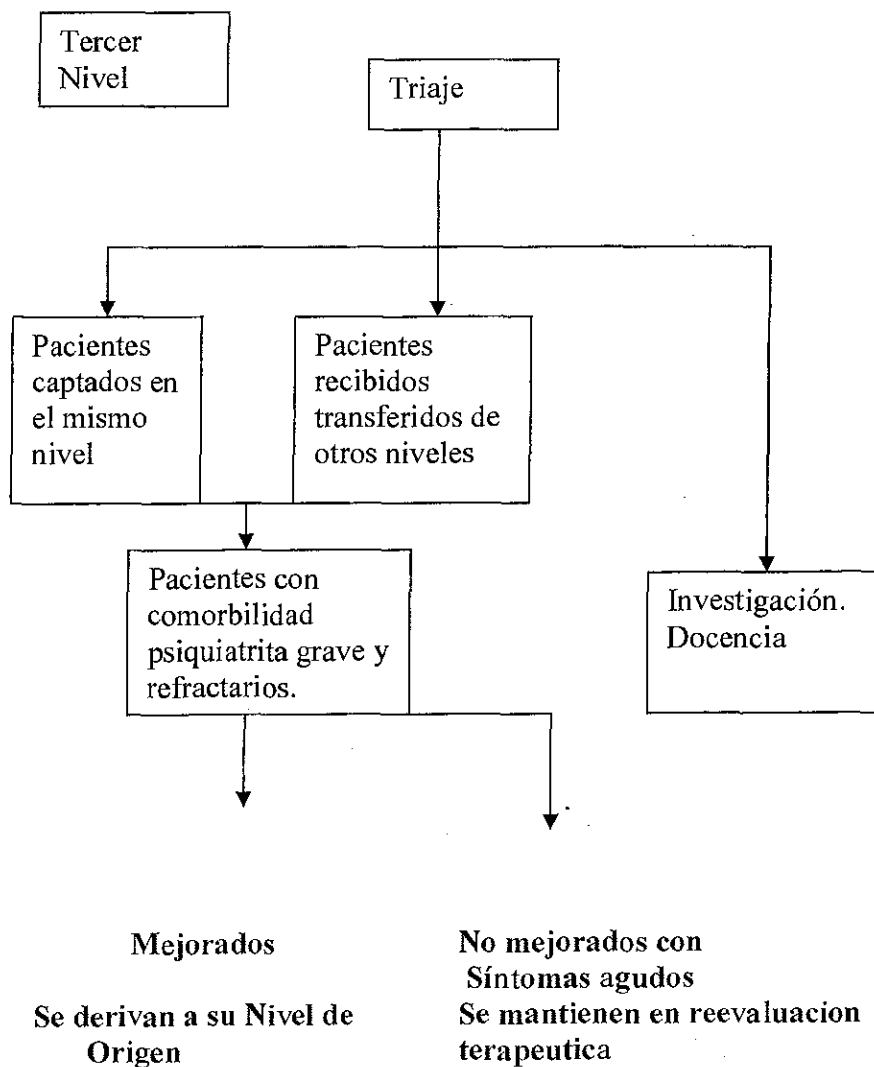
Manejo de conductas suicidas u homicidas.

Comorbilidad asociada a esquizofrenia

Cuadros resistentes al tratamiento que ameriten terapia electroconvulsiva asociada.

Cuadros agudos o reagudizados con manejo hospitalario de largo plazo

XIII.- FLUXOGRAMA / ALGORITMO



XIV.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- Organización Mundial de la Salud. Manual de Trastornos mentales y del comportamiento (CIE 10). Madrid: Meditor- (1992)
- American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). Barcelona: Masson; 1995.
- Kaplan H., Sadock B. Sinopsis de psiquiatría, : ciencias de la conducta, psiquiatría clínica (8ªed). Madrid: Médica Panamericana1999.
- Freedman R. Schizophrenia. N Engl J Med. 2003; 349: 1738-49 [Medline]
- Mc Gorry PD: The nature of schizophrenia: signposts to prevention. Aust N Z Psychiatry 2000; 34 (Suppl.) S14-S21
- Larsen TK, Fiis S, Haarh U et al.: Early detection and intervention in first-episode schizophrenia: a critical review. Acta Psychiatr Scand 2001, 103 (5): 323-334
- National Institute for Clinician Excellence. Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care (NICE guideline) [Internet]. London:NICE; 2002. <http://www.nice.org.uk/pdf/CG1NICEguideline.pdf>
- Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques Guia de Práctica Clínica para la atención al paciente con esquizofrenia. Barcelona, 2003. [Guía breve]
- MANUAL DE PSIQUIATRIA "HUMBERTO ROTONDO" UNMSM EDITORES :A.PERALES; A.MENDOZA.; G. VASQUEZ CAICEDO.;M. ZAMBRANO 2da. ED.1998.LIMA
- J. VALLEJO RUILOBA " INTRODUCCION A LA PSICOPATOLOGIA Y A LA PSIQUIATRIA 5TA ED. ED.MASSON SA 2002.BARCELONA .ESPAÑA.
- A.P.A. edición española de la Psychiatric self assesment & review " ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICOTICOS " 2000.BARCELONA .ESPAÑA
- DAVID P. MOORE, JAMES W. JEFFERSON " MANUAL DE PSIQUIATRIA MEDICA " 2DA ED.ELSELVIER INC.ESPAÑA. 2005. BARCELONA.ESPAÑA.
- JULIO VALLEJO RUILOBA " PSIQUIATRIA EN ATENCION PRIMARIA " 1ERA EDICION. ARS MEDICA 2005 .BARCELONA ESPAÑA.
- OPS "ATENCION COMUNITARIA A PERSONAS CON TRASTORNOS PSICOTICOS."EDITORES : JM.CALDAS DE ALMEIDA Y FRANCISCO TORRES GONZALEZ. 20005.
- MAITE SAN EMETERIO Y OTROS " GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA LA ATENCION DEL PACIENTE ESQUIZOFRENICO"BARCELONA -.OCTUBRE 2003.
- PATRICK MC GORRY Y OTROS " GUIAS DE LA PRACTICA CLINICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA DEL REAL COLEGIO DE PSIQUIATRAS AUSTRALIANO Y NEOZELANDES, "(AUSTRALIASIAN PSYCHIATRY VOL.11 Nº 2JUNE 2003136-147.)
- MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. "GUIA CLINICA PRIMER EPISODIO ESQUIZOFRENIA. 1ERA ED. SANTIAGO MINSAL 20005.



XV.- ANEXOS:

ANEXO 1

**CRITERIOS PARA EL PUNTAJE ESCALA PANSS
Escala Positiva (P)**

P1. Delirios. Creencias que son infundadas, no realistas y extravagantes.

BASE PARA EL PUNTAJE: CONTENIDO DEL PENSAMIENTO EXPRESADO EN LA ENTREVISTA Y SU INFLUENCIA EN

EL COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE Y SUS RELACIONES SOCIALES.

1. **Ausente** – La definición no se aplica.

2. **Mínimo** – Patología cuestionable: puede estar en el extremo superior de los límites normales.

3. **Ligero** – Presencia de una o dos ideas delirantes que son vagas, no cristalizadas, y no son sostenidas con tenacidad. No interfieren con el pensamiento, relaciones sociales o el comportamiento.

4. **Moderado** – Presencia ya sea de un conjunto caleidoscópico de ideas delirantes mal formadas o inestables, o pocas ideas delirantes bien formadas que ocasionalmente interfieren con el pensamiento, las relaciones sociales o el comportamiento.

5. **Moderado-severo** – Presencia de numerosas ideas delirantes bien formadas que son tenazmente sostenidas y ocasionalmente interfieren con el pensamiento, las relaciones sociales o el comportamiento.

6. **Severo** – Presencia de un conjunto estable de ideas delirantes que están cristalizadas, posiblemente sistematizadas, y son tenazmente sostenidas e interfieren claramente el pensamiento, las relaciones sociales o el comportamiento.

7. **Extremo** – Presencia de un conjunto estable de ideas delirantes que están ya sea altamente sistematizadas o muy numerosas, y que dominan las principales facetas de la vida del paciente. Esto frecuentemente resulta en acciones inapropiadas e irresponsables, que incluso pueden amenazar la seguridad del paciente o de otros.

P2. Desorganización conceptual. Desorganización del proceso del pensamiento caracterizado por una interrupción en la secuencia dirigida a un objetivo, por ejemplo, circunstancialidad, tangencialidad, asociaciones sueltas, falta de lógica general, o bloqueo del pensamiento.

Base para el puntaje: procesos cognitivos-verbales observados durante el curso de la entrevista.

1. **Ausente** – La definición no se aplica.

2. **Mínimo** – Patología cuestionable: puede estar en el extremo superior de los límites normales.

3. **Ligero** – El pensamiento es circunstancial, tangencial o paralógico. Hay dificultad en dirigir el pensamiento a un objetivo, y algunas asociaciones sueltas pueden evidenciarse bajo presión.



4. Moderado – Capaz de enfocar pensamientos cuando las comunicaciones son breves y estructuradas, pero se vuelven sueltas o irrelevantes cuando se trata de comunicaciones más complejas o bajo mínima presión.

5. Moderado-severo – Generalmente tiene dificultad en organizar el pensamiento, como se muestra en las frecuentes desconexiones o asociaciones y respuestas al margen aun sin estar exigido.

6. Severo – El pensamiento está seriamente desviado y es internamente inconsistente, resultando con irrelevancias generales y desorganización en el proceso del pensamiento, lo que ocurre casi permanentemente.

7. Extremo – El pensamiento está desorganizado a tal grado que el paciente es incoherente. Hay marcadas asociaciones sueltas que resultan en total falla de la comunicación, por ejemplo “ensalada de palabras” o mutismo.

P3. Comportamiento alucinatorio. Información verbal o comportamiento que indica percepciones que no están generadas por estímulos externos. Estas pueden ser auditivas, visuales, olfatorias o somáticas.

Base para el puntaje: Información verbal o manifestaciones conductuales durante la entrevista así como informe de enfermería o de familiares.

1. Ausente – La definición no se aplica.

2. Mínimo – Patología cuestionable: puede estar en el extremo superior de los límites normales.

3. Ligero – Una o dos alucinaciones claramente formadas pero infrecuentes, o algunas percepciones anormales vagas que no alteran el pensamiento o la conducta.

4. Moderado – Las alucinaciones ocurren frecuente pero no continuamente, y el pensamiento y comportamiento del paciente están afectados en grado mínimo.

5. Moderado-severo – Las alucinaciones son frecuentes, pueden involucrar más de una modalidad sensorial y tienden a distorsionar el pensamiento o trastornar el comportamiento. El paciente puede tener una interpretación delirante de estas experiencias y tener respuestas emotivas y en ocasiones también verbales.

6. Severo – Las alucinaciones están presentes casi continuamente, distorsionando gravemente el pensamiento y el comportamiento. El paciente trata las alucinaciones como percepciones reales y su funcionamiento está impedido por las frecuentes respuestas emocionales y verbales.

7. Extremo – El paciente está casi totalmente preocupado por las alucinaciones, que prácticamente dominan el pensamiento y el comportamiento. Las alucinaciones están provistas de una interpretación delirante rígida y provocan respuestas verbales y del comportamiento, que incluyen la obediencia a las órdenes alucinatorias.

P4. Excitación. Hiperactividad reflejada en una actividad motora acelerada, respuesta exagerada a estímulos, hipervigilancia o labilidad afectiva excesiva.



Base para el puntaje: Manifestaciones del comportamiento durante el curso de la entrevista o bien informe de enfermería o de familiares.

1. **Ausente** – La definición no se aplica.
2. **Mínimo** – Patología cuestionable puede estar en el extremo superior de los límites normales.
3. **Ligero** – Tiende a estar ligeramente agitado, hipervigilante o excitado durante la entrevista, pero sin episodios específicos de excitación o labilidad efectiva marcada. El lenguaje puede estar ligeramente acelerado.
4. **Moderado** – Agitación o excitación claramente evidentes durante la entrevista, afectando el lenguaje y la movilidad general; pueden ocurrir estallidos episódicos en forma esporádica.
5. **Moderado-severo** – Se observan hiperactividad significativa o estallidos frecuentes de actividad motora, lo que dificulta que el paciente permanezca sentado por más de unos minutos.
6. **Severo** – La entrevista está dominada por una excitación marcada, que disminuye la atención y afecta en cierto grado las funciones personales como comer y dormir.
7. **Extremo** – La excitación muy marcada interfiere seriamente el comer y dormir y hace que las interacciones personales sean virtualmente imposibles. La aceleración del lenguaje y la actividad motora pueden señalar incoherencia y agotamiento.

P.5 Grandiosidad. Opinión de sí mismo exagerada y convicciones de superioridad irreales que incluyen habilidades extraordinarias, riqueza, conocimiento, fama, poder y rectitud moral.

Base para el puntaje: Contenido del pensamiento expresado en la entrevista y su influencia en el comportamiento del paciente.

1. **Ausente**- La definición no se aplica
2. **Mínimo**- Patología cuestionable; puede estar en el extremo superior de los límites normales
3. **Ligero** - Se evidencia algo de expansividad o jactancia, pero sin ser claramente delirio de grandeza
4. **Moderado** - Se siente clara e irrealmente superior a otros. Algunas ideas delirantes mal formadas acerca de status u habilidades especiales pueden estar presentes pero no influyen en el comportamiento
5. **Moderado-severo** - Ideas francamente delirantes en relación a sus habilidades, status o poder sobresalientes, que influyen en su actitud pero no en su comportamiento.
6. **Severo** – Expresa ideas francamente delirantes de marcada superioridad en más de un parámetro (riqueza, conocimiento, fama, etc.) que influyen notablemente en sus interacciones y comportamiento
7. **Extremo** – Pensamiento, interacciones y comportamiento dominados por delirios múltiples de habilidad, riqueza, conocimiento, fama, poder y/o estatura moral excepcionales que pueden tener rasgos bizarros.



P6. Susplicacia/ Persecución Ideas irreales o exageradas de persecución reflejadas en actitud defensiva, desconfiada, sospecha hipervigilante, o franco delirio de que alguien desea dañarle.

Base para el puntaje: Contenido del pensamiento expresado en la entrevista y su influencia en el comportamiento

1. **Ausente** – La definición no se aplica.
2. **Mínimo** – Patología cuestionable: puede estar en el extremo superior de los límites normales.
3. **Ligero** – Presenta actitud defensiva o francamente desconfiada, pero sus pensamientos, interacciones y comportamiento están mínimamente afectados.
4. **Moderado** – La desconfianza es claramente evidente e interfiere con la entrevista y/o el comportamiento, pero no hay evidencias de delirio de persecución. Alternativamente, puede haber indicios de un delirio de persecución laxamente formado, pero que parece no afectar la actitud del paciente o sus relaciones interpersonales.
5. **Moderado-severo** – El paciente muestra marcada desconfianza, que ocasiona grave distorsión de las relaciones interpersonales, o un delirio persecutorio claramente definido con impacto limitado en sus relaciones interpersonales o su comportamiento.
6. **Severo** – Delirio de persecución franco que puede estar sistematizado y que interfiere en forma significativa en las relaciones interpersonales.
7. **Extremo** – Una trama de delirios de persecución sistematizados dominan el pensamiento del paciente, sus relaciones sociales y su comportamiento.

P7 Hostilidad Expresiones verbales y no verbales de ira y resentimiento, incluyendo el sarcasmo, comportamiento pasivo-agresivo, abuso verbal y agresividad

Base para el puntaje: Comportamiento interpersonal observado durante la entrevista e informes de enfermería o de familiares.

1. **Ausente** – La definición no se aplica.
2. **Mínimo** – Patología cuestionable: puede estar en el extremo superior de los límites normales.
3. **Ligero** – Comunicación de ira indirecta o restringida como sarcasmo, falta de respeto, expresiones hostiles y ocasionalmente irritabilidad.
4. **Moderado** – Presenta una actitud abiertamente hostil, mostrando frecuentemente irritabilidad y expresión directa de enojo o resentimiento.
5. **Moderado-severo** - el paciente está muy irritable y ocasionalmente hay abuso verbal o amenazas.



6. **Severo** – Falta de cooperación; el abuso verbal y las amenazas influyen notablemente en la entrevista y tienen un impacto serio en las relaciones sociales. El paciente puede estar violento y destructivo pero no agrede físicamente a otros.

7. **Extremo** – La ira excesiva produce total falta de cooperación, evitando otro tipo de interacciones, así como episodios de agresión física hacia otros

CRITERIOS PARA EL PUNTAJE ESCALA PANSS Escala Negativa (N)

N1. Embotamiento Afectivo Responsabilidad emocional disminuida caracterizada por una reducción en la expresión facial, en la modulación de emociones, y gestos de comunicación.

Bases para la evaluación: Observaciones de las manifestaciones físicas del tono afectivo y de la respuesta emocional durante el curso de la entrevista.

1. **Ausente:** La definición no es aplicable

2. **Mínimo:** Patología cuestionable; puede estar en el extremo de los límites normales

3. **Leve:** Los cambios en la expresión facial y en los gestos de comunicación parecen ser rígidos, forzados, artificiales, o faltos de modulación.

4. **Moderado:** Rango disminuido de expresión facial y unos pocos gestos expresivos que resultan en una apariencia apagada.

5. **Moderado - severo:** El afecto es generalmente “apático” con cambios sólo ocasionalmente en la expresión facial y una infrecuencia de los gestos de comunicación.

6. **Severo:** Marcada apatía y déficit emocional presente la mayor parte del tiempo. Pueden existir descargas afectivas extremas no moduladas, tales como excitación, rabia, o risas inapropiadas e incontroladas.

7. **Extremo:** Virtualmente ausentes los cambios de expresión facial o evidencia de gestos comunicativos. El paciente parece presentar constantemente una expresión impávida o de “madera”.

N2. Retracción emocional. Falta de interés, participación, o preocupación afectiva en los hechos cotidianos.

Bases para la evaluación: Informe por parte de los trabajadores sociales o de las familias sobre el funcionamiento del paciente y la observación del comportamiento interpersonal durante el curso de la entrevista.

1. **Ausente:** La definición no es aplicable

2. **Mínimo:** Patología cuestionable; puede estar en el extremo de los límites normales

3. **Leve:** Habitualmente le falta iniciativa y ocasionalmente puede mostrar un interés decreciente en los hechos que le rodean.

4. **Moderado:** El paciente está generalmente emocionalmente distante de su entorno y de sus competencias, pero



con motivación, puede ser incorporado al entorno.

5. Moderado - severo: El paciente está claramente alejado emocionalmente de las personas y de los sucesos a su alrededor, resistiendo cualquier esfuerzo de participación. El paciente aparece distante, dócil y sin propósito pero puede ser involucrado en la comunicación, al menos de forma breve, y tiende a preocuparse de su persona, algunas veces con ayuda.

6. Severo: Marcado déficit de interés y de compromisos emocionales que resultan en una conversación limitada con los demás, y negligencia frecuente de sus funciones personales, para lo cual, el paciente necesita supervisión

7. Extremo: Paciente casi totalmente aislado, incommunicativo, y no presta atención a sus necesidades personales como resultado de una profunda falta de interés y compromiso emocional.

N3. Pobre relación: Falta de empatía interpersonal, de conversación abierta, y sensación de proximidad, interés o participación con el entrevistador. Esto se evidencia por una distancia interpersonal, y por una reducida comunicación verbal y no verbal.

Bases de valoración: conducta interpersonal durante el curso de la entrevista.

1. Ausencia: La definición no es aplicable

2. Mínima: Patología cuestionable; puede estar en el extremo de los límites normales

3. Leve: La conversación se caracteriza por un tono artificial, tenso. Puede faltar profundidad emocional o tiende a permanecer en un plano intelectual impersonal.

4. Moderada: El paciente es típicamente reservado, con una distancia interpersonal evidente. El paciente puede responder a las preguntas mecánicamente, actuar con aburrimiento o expresar desinterés..

5. Moderada - severa: La falta de participación es obvia e impide claramente la productividad de la entrevista. El paciente puede tender a evitar el contacto con el rostro u ojos.

6. Severa: El paciente es sumamente indiferente, con una marcada distancia interpersonal. Las respuestas son superficiales y hay una pequeña evidencia no verbal de implicación. El contacto cara a cara o con los ojos se evita frecuentemente.

7. Extrema: Falta de implicación total con el entrevistador. El paciente parece ser completamente indiferente y constantemente evita interacciones verbales y no verbales durante la entrevista.

N4. Retracción social, apatía pasiva. Disminución del interés y de la iniciativa en interacciones sociales debida a pasividad, apatía, falta de energía o voluntad. Esto conduce a una reducción de la participación interpersonal y dejadez de las actividades cotidianas.

Bases de valoración: Informes de comportamiento social basado en la familia y en los asistentes de atención primaria.

1. Ausencia: La definición no es aplicable

2. Mínima: Patología cuestionable; puede estar en el extremo de los límites normales



3. Leve: Ocasionalmente muestra interés en actividades sociales pero con poca iniciativa. Normalmente conecta con otros solamente cuando ellos se han acercado primero.

4. Moderada: Pasivamente va con las actividades sociales pero de una forma desinteresada o mecánica. Tiende a alejarse del fondo.

5. Moderada - severa: Participa pasivamente solamente en una minoría de actividades, y virtualmente muestra desinterés o falta de iniciativa. Generalmente pasa poco tiempo con los demás.

6. Severa: Tiende a ser apático y a estar aislado, participando raramente en actividades sociales, y ocasionalmente muestra dejadez en las necesidades personales. Tiene escasos y espontáneos contactos sociales..

7. Extrema: Profundamente apático, socialmente aislado y personalmente dejado.

N5. Dificultad de pensamiento abstracto. Se evidencia un deterioro en el uso del modo de pensamiento abstracto simbólico por una dificultad en la clasificación, generalización y procedimientos más allá de un pensamiento concreto o egocéntrico en la tarea de resolver un problema.

Bases de valoración: respuestas a las preguntas basadas en similitudes, interpretación de proverbios y uso de modos concretos y abstractos durante el curso de la entrevista.

1. Ausencia: La definición no es aplicable

2. Mínima: Patología cuestionable; puede estar en el extremo de los límites normales

3. Leve: Tiende a dar interpretaciones personales o literales a los proverbios más difíciles y puede tener problemas con conceptos completamente abstractos o relatados remotamente..

4. Moderada: Normalmente utiliza un modo concreto. Tiene problemas con la mayoría de los proverbios y con varias categorías. Tiende a ser distraído en los aspectos funcionales y rasgos destacados.

5. Moderada - severa: Trata primariamente de un modo concreto, mostrando dificultad con la mayoría de los proverbios y varias categorías.

6. Severa: Incapaz de comprender el sentido abstracto de cualquier proverbio o expresiones figurativas y puede clasificar solamente por la más simple de las similitudes. El pensamiento es bien vacío o cerrado dentro de los aspectos funcionales, rasgos destacados e interpretaciones idiosincráticas

7. Extrema: Solamente puede utilizar modos concretos de pensamiento. Muestra incompreensión por los proverbios, metáforas comunes, similitudes y categorías simples. Incluso los atributos destacados y funcionales no sirven como base de clasificación. Esta valoración se puede aplicar a aquellos que no pueden interactuar siquiera un mínimo con el examinador debido a un marcado deterioro cognitivo.

N6. Falta de espontaneidad y fluidez de la conversación: Reducción de la fluidez normal de conversación asociada con apatía, falta de voluntad, indefensión o déficit cognitivo. Esto se manifiesta por una disminución de fluidez y productividad de la interacción del proceso verbal.

Bases de evaluación: Procesos cognitivos verbales observados durante el curso de la entrevista.



1. **Ausencia:** La definición no es aplicable
 2. **Mínima:** Patología cuestionable; puede estar en el extremo de los límites normales
 3. **Leve:** La conversación muestra un poco de iniciativa. Las respuestas de los pacientes tienden a ser breves y sin adornos, requiriendo preguntas directas y dirigidas por el investigador.
 4. **Moderada:** Falta de fluidez en la conversación, aparece desigualdad y vacilación. Normalmente se necesitan preguntas dirigidas para dilucidar respuestas adecuadas y proceder con la conversación.
 5. **Moderada - severa:** El paciente muestra una marcada falta de espontaneidad y apertura, respondiendo a las preguntas del investigador con una o dos breves frases
 6. **Severa:** Las respuestas del paciente están limitadas principalmente a pocas palabras o frases cortas, intencionadas para evitar o impedir la comunicación (ej: "no se, no tengo libertad para opinar"). Como consecuencia, la conversación está seriamente dificultada, y la entrevista es altamente insatisfactoria
 7. **Extrema:** La respuesta verbal se restringe a: lo máximo, murmullos ocasionales, haciendo que la conversación sea imposible.
- N7. Pensamiento estereotipado.** Disminuida fluidez, espontaneidad, y flexibilidad de pensamiento, evidenciado por un pensamiento rígido, repetitivo, o contenido estéril.

La base para la evaluación: procesos cognitivos-verbales observados durante la entrevista:

1. **Ausencia:** La definición no es aplicable
2. **Mínima:** Patología cuestionable; puede estar en el extremo de los límites normales
3. **Leve:** Alguna rigidez mostrada en actitudes o creencias. El paciente puede negarse a considerar posiciones alternativas o tener resultando difícil cambiar de una idea a otra.
4. **Moderada:** La conversación gira alrededor de un tema recurrente, resultando difícil cambiar de nuevo a un Tópico
5. **Moderada - severa:** El pensamiento es rígido y repetitivo hasta tal punto que, a pesar del esfuerzo del entrevistador, la conversación se limita solamente a dos o tres temas dominantes.
6. **Severa:** Repetición incontrolada de demandas, afirmaciones, ideas o preguntas que dificultan severamente la Conversación
7. **Extrema:** Pensamiento, comportamiento y conversación dominados por una constante repetición de ideas fijas o frases limitadas, dirigiéndose a una rigidez grotesca, inapropiada y restrictiva de la comunicación del paciente

ESCALA DE PSICOPATOLOGIA GENERAL

PG1. Preocupaciones somáticas. Quejas físicas o creencias acerca de enfermedades o disfunciones somáticas.
Estas quejas pueden variar desde un vago sentido de malestar a claros delirios de enfermedad física maligna.

Bases para la valoración: contenido del pensamiento expresado en la entrevista



1. Ausente: No cumple la definición

2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.

3. Ligero: Preocupaciones a cerca de la salud o sobre problemas somáticos, tal y como se evidencia por preguntas ocasionales y por demandas de tranquilización.

4. Moderado: Quejas a cerca de mala salud o de disfunción corporal, pero no hay convicción delirante, y las preocupaciones pueden ser aliviadas mediante tranquilización.

5. Moderado severo: El paciente expresa numerosas o frecuentemente preocupaciones acerca de presentar una enfermedad física o de disfunción corporal, o bien el paciente manifiesta uno o dos claros delirios sobre estos temas, pero sin estar preocupado por ello.

6. Severo: El paciente manifiesta uno o mas delirios somáticos pero no está muy implicado efectivamente en ellos, y con algún esfuerzo, el entrevistador puede desviar la atención del paciente sobre estos temas.

7. Extremo: Numerosos y frecuentemente referidos delirios somáticos, o sólo algún delirio somático pero de naturaleza catastrófica que domina totalmente el afecto y pensamiento del paciente.

PG2. Ansiedad. Experiencia subjetiva de nerviosismo, intranquilidad, aprensión, o inquietud, que oscila entre una excesiva preocupación sobre el presente o el futuro y experiencias de pánico.

Bases para la valoración: Comunicación de estas experiencias durante la entrevista y la observación de las correspondientes manifestaciones físicas.

1. Ausente: No cumple la definición.

2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.

3. Ligero: Expresa alguna intranquilidad, preocupación excesiva o inquietud subjetiva, pero las repercusiones somáticas o conductuales no son evidentes.

4. Moderado: El paciente refiere varios síntomas de nerviosismo los cuales se reflejan en ligeras manifestaciones físicas, tales como un temblor fino en manos y sudoración excesiva.

5. Moderado severo: El paciente refiere marcados problemas de ansiedad los cuales tienen importantes manifestaciones físicas y conductuales, tales como tensión, escasa capacidad de concentración, palpitaciones o insomnio.

6. Severo: Estado subjetivo prácticamente constante de temor asociado con fobias, marcada inquietud, o numerosas manifestaciones somáticas.

7. Extremo: La vida del paciente está seriamente alterada por la ansiedad, la cual esta casi siempre presente y a veces alcanza el grado de pánico, o se manifiesta en una crisis de pánico en la actualidad.

PG3. Sentimientos de culpa. Remordimientos o auto reproches sobre sucesos, reales o imaginarios, ocurridos en el pasado.

Bases para la valoración: Comunicación de sentimientos de culpa a lo largo de la entrevista y por su influencia sobre la actitud y los pensamientos.



1. Ausente: No cumple la definición.

2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.

3. Ligero: Las preguntas al respecto, ponen de manifiesto vagos sentimientos de culpa o autorreproches por un incidente mínimo, pero el paciente no está claramente afectado.

4. Moderado: El paciente expresa preocupación sobre su responsabilidad por un incidente real en su vida, pero no está preocupado por ello y su conducta no está manifiestamente afectada.

5. Moderado severo: El paciente expresa un fuerte sentimiento de culpa asociado con autodesprecio o con la creencia de que merece un castigo. Los sentimientos de culpa pueden tener una base delirante, pueden ser referidos espontáneamente, pueden ser fuente de preocupación y/o humor depresivo, y no se alivian mediante la tranquilización por parte del entrevistador.

6. Severo: Intensas ideas de culpa que toman un carácter delirante y se reflejan en una actitud de desvalimiento o inutilidad. El paciente cree que debería recibir un severo castigo por hechos pasados, pudiendo considerar su situación actual como un castigo.

7. Extremo:- La vida del paciente está dominada por firmes delirios de culpa por los que se siente merecedor de grandes castigos tales como encarcelamiento, tortura o muerte. Puede haber pensamientos autolíticos, o la atribución de los problemas de los demás a actos realizados por el propio paciente.

PG4. Tensión motora. Claras manifestaciones físicas de temor, ansiedad y agitación, tales como tensión muscular, temblor, sudoración profusa e inquietud.

Bases para la valoración: Manifestaciones verbales de ansiedad y la severidad de las manifestaciones físicas observadas durante la entrevista

1. Ausente: No cumple la definición.

2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.

3. Ligero: La postura y los movimientos indican un ligero temor, así como alguna tensión motora, inquietud ocasional, cambios de postura, o un fino temblor de manos.

4. Moderado: Clara apariencia nerviosa, tal y como se deduce por un comportamiento inquieto, manifiesto temblor de manos, sudoración excesiva o tics nerviosos

5. Moderado severo: Marcada tensión que se evidencia por sacudidas nerviosas, sudoración profusa e inquietud, pero la conducta en la entrevista no está significativamente alterada.

6. Severo: Marcada tensión que interfiere con las relaciones interpersonales. El paciente, por ejemplo, puede estar constantemente inquieto, es incapaz de permanecer sentado durante un rato o presenta hiperventilación.

7. Extremo: La marcada tensión se manifiesta por síntomas de pánico o por una gran hiperactividad motora, tal



como marcha acelerada o incapacidad para permanecer sentado mas de un minuto, lo que hace imposible una conversación mantenida.

PG5. Manierismos y posturas. Movimientos o posturas artificiales que se manifiestan en una apariencia forzada, artificial, desorganizada o extravagante.

Bases para la valoración: Observación de las manifestaciones físicas durante el curso de la entrevista así como información del personal sanitario o de la familia.

1. **Ausente:** No cumple la definición.
2. **Mínimo:** Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. **Ligero:** Ligera apariencia forzada de los movimientos o ligera rigidez en la postura.
4. **Moderado:** La apariencia forzada e inarmónica de los movimientos es notable y durante breves momentos el paciente mantiene una postura artificial.
5. **Moderado severo:** Se observan rituales extravagantes o una postura deformada de forma ocasional, o bien se mantiene una postura anómala durante largos periodos de tiempo.
6. **Severo:** Frecuente repetición de rituales extravagantes, manierismos o movimientos estereotipados, o bien se mantiene una postura deformada durante largos periodos de tiempo.
7. **Extremo:** El funcionamiento está seriamente alterado por la implicación prácticamente constante del paciente en movimientos rituales, manierísticos o estereotipados, o por una postura fija y artificial que es mantenida durante la mayor parte del tiempo.

PG6. Depresión. Sentimientos de tristeza, desánimo, desvalimiento y pesimismo.

Bases para la valoración: Manifestaciones verbales de humor depresivo durante la entrevista y su influencia sobre la actitud y la conducta.

1. **Ausente:** No cumple la definición.
2. **Mínimo:** Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. **Ligero:** El paciente expresa algo de tristeza o desánimo solo cuando se le pregunta, pero no hay evidencia de depresión en su actitud o conducta.
4. **Moderado:** Claros sentimientos de tristeza o desánimo que pueden ser referidos de forma espontánea, pero el humor depresivo no tiene importantes repercusiones sobre la conducta o el funcionamiento social y el paciente puede ser generalmente animado.
5. **Moderado severo:** Claro humor depresivo que está asociado con marcada tristeza, pesimismo, pérdida del interés social, inhibición psicomotriz y afectación del apetito y del sueño. El paciente no puede ser fácilmente animado.



6. Severo: Marcado humor depresivo que está asociado con continuos sentimientos de sufrimiento, desvalimiento, inutilidad y llanto ocasional. Además, existe una importante alteración del apetito y/o del sueño, así como de la motricidad y de las funciones sociales con posibles signos de auto abandono.

7. Extremo: Los sentimientos depresivos interfieren de manera muy marcada en la mayoría de las áreas. Las manifestaciones incluyen llanto frecuente, marcados síntomas somáticos, trastorno de la concentración, inhibición psicomotriz, desinterés social, auto abandono, posible presencia de delirios depresivos o nihilistas, y/o posibles ideas o conductas suicidas.

PG7. Retardo motor. Reducción de la actividad motora tal y como se manifiesta por un enlentecimiento o disminución de los movimientos y el lenguaje, disminución de la respuesta a diversos estímulos, y disminución del tono motor.

Bases para la valoración: Manifestaciones durante el curso de la entrevista así como información del personal sanitario y de la familia.

1. Ausente: No cumple la definición.

2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.

3. Ligero: Ligera pero apreciable disminución de la frecuencia de los movimientos y del habla. El paciente puede ser poco productivo tanto en el habla como en los gestos.

4. Moderado: El paciente tiene claramente enlentecidos los movimientos y el habla puede estar caracterizada por su baja productividad, incluyendo un aumento de la latencia en las respuestas, pausas prolongadas y ritmo enlentecido.

5. Moderado severo: Una marcada reducción de la actividad motora que provoca una importante incapacidad en la comunicación o limita el funcionamiento social y laboral. El paciente se encuentra habitualmente sentado o tumbado.

6. Severo: Los movimientos son extremadamente lentos, lo que resulta en un mínimo de actividad y de habla. El paciente se pasa la mayor parte del día sentado o tumbado, sin realizar actividad productiva alguna.

7. Extremo: El paciente está casi totalmente inmóvil y apenas si responde a estímulos externos.

PG8. Falta de colaboración. Rechazo activo a acceder a deseos de los demás, incluyendo al entrevistador, personal del hospital o familia. Este rechazo puede estar asociado con recelo, actitud defensiva, testarudez, negativismo, rechazo de la autoridad, hostilidad o beligerancia.

Bases para la valoración: Conducta observada a lo largo de la entrevista así como la información proporcionada por el personal sanitario y la familia.

1. Ausente: No cumple la definición.

2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.



3. Ligero: Actitud de resentimiento, impaciencia o sarcasmo. Puede poner reparos a colaborar a lo largo de la entrevista.

4. Moderado: Ocasionalmente rehúsa colaborar en las demandas sociales normales, así como hacer su propia cama, acudir a actividades programadas, etc. El paciente puede manifestar una actitud hostil, defensiva o negativista, pero generalmente puede ser manejable.

5. Moderado severo: El paciente frecuentemente no colabora con las demandas de su ambiente y puede ser considerado por otras personas como "indeseable" o de tener "dificultades de trato". La falta de colaboración se manifiesta por una marcada actitud defensiva o de irritabilidad con el entrevistador y una escasa disposición a contestar a muchas de las preguntas.

6. Severo: El paciente colabora muy poco, se muestra negativista y posiblemente también beligerante. Rehúsa colaborar con la mayoría de las demandas sociales y puede negarse a iniciar o a completar la totalidad de la entrevista.

7. Extremo: La resistencia activa perturba seriamente casi todas las áreas de funcionamiento. El paciente puede rehusar el implicarse en cualquier actividad social, el aseo personal, conversar con la familia o el personal sanitario, y a participar aunque sólo sea brevemente en la entrevista.

PG9. Inusuales contenidos del pensamiento. El contenido del pensamiento se caracteriza por la presencia de ideas extrañas, fantásticas o grotescas, que oscilan entre aquellas que son peculiares o atípicas y las que son claramente erróneas, ilógicas o absurdas.

Bases para la valoración: contenido del pensamiento expresado a lo largo de la entrevista.

1. Ausente: No cumple la definición.

2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.

3. Ligero: El contenido del pensamiento es peculiar o idiosincrático, o bien las ideas normales son referidas en un contexto extraño.

4. Moderado: Las ideas están frecuentemente distorsionadas y ocasionalmente son bizarras.

5. Moderado severo: El paciente manifiesta muchos pensamientos extraños y fantásticos (p.e. ser el hijo adoptado de un rey) o algunos que son marcadamente absurdos (p.e. tener cientos de hijos, recibir mensajes de radio desde el espacio exterior a través de un diente empastado).

6. Severo: El paciente expresa muchas ideas absurdas o ilógicas, o algunas que tienen un marcado matiz grotesco (p.e. tener tres cabezas, ser un extraterrestre).

7. Extremo: El pensamiento está repleto de ideas absurdas bizarras y grotescas.

PG10. Desorientación. Falta de conciencia de las relaciones del paciente con su ambiente, incluyendo personas, lugar y tiempo, que puede ser debido bien a confusión o retraimiento.

Bases para la valoración: Respuestas a preguntas sobre orientación.

1. Ausente: No cumple la definición.



2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.

3. Ligero: La orientación general es adecuada, pero existe dificultad en áreas específicas. Por ejemplo, el paciente sabe donde está, pero desconoce el nombre de la calle, sabe el nombre del personal sanitario pero no sus funciones, sabe el mes pero confunde el día de la semana con el anterior o el posterior, o se equivoca en la fecha en mas de dos días. Puede haber una restricción del interés, tal y como se manifiesta por la familiaridad con el ambiente inmediato, pero no con otro más general. Así p.e., conoce los nombres del personal sanitario, pero no los del alcalde, presidente de la comunidad autónoma o presidente del estado.

4. Moderado: Moderada desorientación en espacio, tiempo y persona. Por ejemplo, el paciente sabe que está en un hospital pero desconoce su nombre, sabe el nombre de la ciudad pero no el barrio, sabe el nombre de su médico, pero no el de otros colaboradores, conoce el año y la estación pero no el mes.

5. Moderado severo: Considerable desorientación en espacio, tiempo y persona. El paciente tiene solo una vaga noción de donde está y no se encuentra familiarizado con su ambiente inmediato. Puede identificar el año adecuadamente o de forma aproximada pero desconoce el día, mes y estación.

6. Severo: Marcada desorientación en espacio, tiempo y persona. Por ejemplo, el paciente no sabe donde está, confunde la fecha en más de un año, y solo puede nombrar a una o dos personas de su vida actual.

7. Extremo: El paciente está totalmente desorientado en espacio, tiempo y persona. Existe una total confusión o una ignorancia total a cerca de donde está, del año actual, y aún de las personas más allegadas, tales como parientes, esposa/o, amigos o su médico.

PG11. Atención deficiente. Dificultad en dirigir la atención tal y como se manifiesta por escasa capacidad de concentración, distraibilidad por estímulos internos y externos, y dificultad en mantener o cambiar la atención a un nuevo estímulo.

Bases para la valoración: Manifestaciones durante el curso de la entrevista.

1. Ausente: No cumple la definición.

2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.

3. Ligero: Limitada capacidad de concentración, tal y como se manifiesta por distracción} ocasional o atención vacilante hacia el final de la entrevista.

4. Moderado: La conversación está afectada por una fácil tendencia a la distraibilidad, dificultad en mantener una concentración continuada sobre un determinado asunto, o problemas en cambiar la atención a nuevos temas.

5. Moderado severo: La conversación está seriamente alterada por la escasa concentración, la marcada distraibilidad y la dificultad en cambiar el foco de la atención.

6. Severo: El paciente puede mantener la atención sólo por breves momentos o con gran esfuerzo, debido a una marcada distracción por estímulos internos y externos

7. Extremo: La atención está tan alterada que imposibilita el mantener una mínima conversación

PG12. Ausencia de juicio e introspección. Trastorno de la conciencia o comprensión del propio trastorno



psiquiátrico y situación vital. Esto se manifiesta por la dificultad en reconocer los trastornos psiquiátricos pasados o presentes, negativa a ponerse en tratamiento o a ser hospitalizado, decisiones caracterizadas por un escaso sentido de la anticipación y de sus consecuencias y por proyectos irreales tanto a corto como a largo plazo.

Bases para la valoración: Contenido del pensamiento expresado durante la entrevista.

1. **Ausente:** No cumple la definición.
2. **Mínimo:** Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. **Ligero:** El paciente reconoce tener un trastorno psiquiátrico, pero claramente subestima su importancia. La necesidad de tratamiento, o la necesidad de tomar medidas para evitar las recaídas. Los proyectos futuros pueden estar escasamente planificados.
4. **Moderado:** El paciente da muestras de un reconocimiento de su enfermedad vago y superficial. Puede haber oscilaciones en su conciencia de enfermedad o una escasa conciencia de los síntomas más importantes actualmente presentes tales como delirios, pensamiento desorganizado, suspicacia o retraimiento emocional. El paciente puede racionalizar la necesidad de tratamiento en términos de aliviar síntomas menores, tales como ansiedad, tensión e insomnio.
5. **Moderado severo:** Reconoce trastornos psiquiátricos pasados, pero no los presentes. Si se le confronta, el paciente puede reconocer la existencia de síntomas menores, los cuales tiende a explicar mediante interpretaciones equivocadas o delirantes. De manera similar, no reconoce la necesidad de tratamiento.
6. **Severo:** El paciente niega siempre que haya presentado trastorno psiquiátrico alguno. Niega la presencia de cualquier tipo de síntomas psiquiátricos en el pasado o presente, y aunque colabore en la toma de medicación, niega la necesidad de tratamiento y hospitalización.
7. **Extremo:** Niega enfáticamente los trastornos psiquiátricos pasados o presentes. Interpreta delirantemente tanto el tratamiento como la hospitalización actual (p.e. como castigo o persecución), y el paciente puede rehusar a cooperar con el médico, la toma de la medicación o con otros aspectos del tratamiento.

PG13. Trastornos de la volición. Trastornos de la iniciación voluntaria, mantenimiento, y control de los pensamientos, conducta, movimientos y lenguaje.

Bases para la valoración: Contenido del pensamiento y conducta observados a lo largo de la entrevista.

1. **Ausente:** No cumple la definición.
2. **Mínimo:** Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. **Ligero:** Hay evidencia de una ligera indecisión en la conversación y en el pensamiento, lo cual puede impedir ligeramente los procesos cognitivos y verbales.
4. **Moderado:** El paciente está a menudo ambivalente y muestra una clara dificultad en tomar decisiones. La conversación puede estar afectada por el trastorno del pensamiento y como consecuencia de ello el funcionamiento cognitivo y verbal está claramente alterado.
5. **Moderado severo:** El trastorno de la volición interfiere tanto en el pensamiento como en la conducta. El paciente manifiesta una marcada indecisión que impide la iniciación y continuación de actividades sociales y motoras que también puede evidenciarse por pausas en el habla.



6. Severo: Los trastornos de la volición interfieren con la ejecución de funciones motoras simples y automáticas, con el vestirse y aseo, y afectan marcadamente al habla.

7. Extremo: Existe un grave trastorno de la volición que se manifiesta por una gran inhibición de los movimientos y el habla, lo que resulta en inmovilidad y/o mutismo.

PG14. Control deficiente de impulsos. Trastorno de la regulación y control de los impulsos internos, lo que resulta en una descarga súbita, no modulada, arbitraria o mal dirigida de la tensión y emociones sin preocupación por sus consecuencias.

Bases para la valoración: Conducta durante el curso de la entrevista e información del personal sanitario y familia.

1. Ausente: No cumple la definición.

2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.

3. Ligero: El paciente tiende a mostrarse fácilmente colérico ante estrés o frustraciones, pero raramente presenta actos impulsivos.

4. Moderado: El paciente manifiesta cólera y agresividad verbal ante mínimas frustraciones. Puede mostrarse ocasionalmente amenazante, presentar conductas destructivas, o tener uno o dos episodios de confrontación física o una reyerta menor.

5. Moderado severo: - El paciente presenta episodios impulsivos repetidos con abuso verbal, destrucción de la propiedad, o amenazas físicas. Puede haber uno o dos episodios de serios ataques violentos que requieren aislamiento, contención física o sedación.

6. Severo: El paciente presenta frecuentemente agresividad, amenazas, exigencias y violencia de carácter impulsivo, sin ninguna consideración por sus consecuencias. Presenta ataques de violencia, incluso sexual, y puede responder violentamente a voces alucinatorias.

7. Extremo: El paciente realiza ataques homicidas, asaltos sexuales, brutalidad repetida o conductas autodestructivas. Requiere una supervisión directa y constante o una contención externa debido a su incapacidad para controlar los impulsos violentos.

PG15. Preocupación. Preocupación por pensamientos y sentimientos internamente generados, así como por experiencias autistas que van en detrimento de la adaptación a la realidad y de una conducta adaptativa.

Bases para la valoración: Conducta interpersonal observada a lo largo de la entrevista.

1. Ausente: No cumple la definición.

2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.

3. Ligero: Excesiva implicación en problemas o necesidades personales, de forma que la conversación se dirige

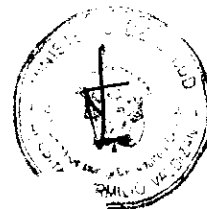
hacia temas egocéntricos a la vez que disminuye el interés por los demás.

4. Moderado: El paciente se muestra ocasionalmente ensimismado, como soñando despierto o abstraído por experiencias internas, lo que interfiere ligeramente en la comunicación.

5. Moderado severo: El paciente parece a menudo absorto en experiencias autistas, tal y como se evidencia por

conductas que afectan significativamente a las funciones relacionales y comunicativas: mirada vacía, munitación o soliloquios, o implicación con patrones motores estereotipados.

6. Severo: Marcada preocupación con experiencias autistas, lo que limita seriamente la capacidad de concentración, la capacidad para conversar, y la orientación en su ambiente inmediato. Se puede observar que el paciente se ríe sin motivo aparente, vocifera, musita o habla consigo mismo. **Extremo:** El paciente está casi siempre absorto en experiencias autistas, lo que repercute en casi todas las áreas de su conducta. El paciente



puede responder verbal y conductualmente de forma continua a alucinaciones y apenas si muestra interés por el ambiente que le rodea.

125

PG16. Evitación social activa. Conducta social disminuida que se asocia con temor injustificado, hostilidad, o desconfianza.

Bases para la valoración: Información del funcionamiento social por parte del personal sanitario o de la familia.

1. Ausente: No cumple la definición.

2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.

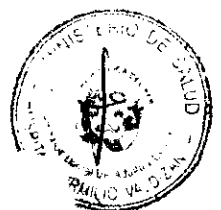
3. Ligero: El paciente parece molesto por la presencia de la gente y prefiere permanecer solitario, si bien participa en actividades sociales cuando es requerido para ello.

4. Moderado: El paciente acude de mala gana a la mayoría de las actividades sociales, para lo cual puede que sea necesario persuadirle, o bien las deja prematuramente debido a ansiedad, suspicacia u hostilidad.

5. Moderado severo: El paciente se mantiene alejado, con temor o enojo, de las actividades sociales a pesar de los esfuerzos por implicarle en las mismas. Tiende a pasar la mayor parte del tiempo solo sin realizar actividad productiva alguna.

6. Severo: El paciente participa en muy pocas actividades sociales debido a temor, hostilidad o recelo. Cuando se le aborda el paciente tiende a impedir las interacciones y generalmente se aísla.

7. Extremo: No se puede implicar al paciente en actividades sociales debido a marcado temor, hostilidad o delirios de persecución. En la medida que puede evita todas las relaciones y permanece aislado de los demás.



**ANEXO II
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA ESQUIZOFRENIA**

Si el paciente tiene una contraindicación específica para alguna medicación, cambiar esta medicación según las posibilidades para el paciente.

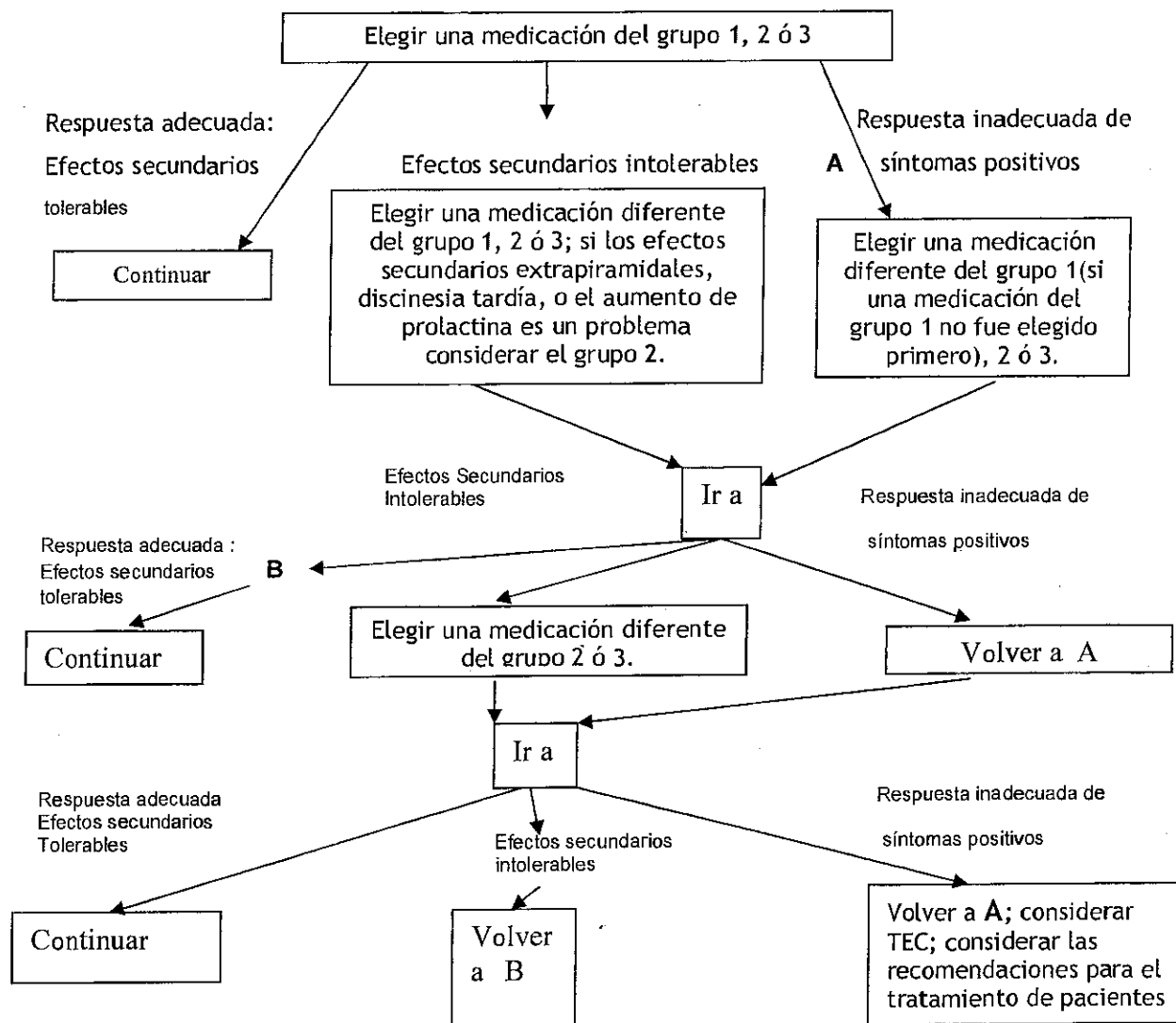
La medicación debe elegirse sobre la base de:

- Respuesta pasada
- Efectos secundarios
- Preferencia del paciente
- Según la vía de administración

GRUPO 1: Medicación antipsicótica convencional

GRUPO 2: Antipsicóticos atípicos

GRUPO 3: Clozapina



ANEXO III

ESCALA DE SIMPSON-ANGUS

SÍNTOMAS EXTRAPIRAMIDALES

1	Trastorno en la marcha	0	1	2	3	4			
2	Balaneo de los brazos	0	1	2	3	4			
3	Sacudida de los hombros	0	1	2	3	4			
4	Rigidez en rueda dentada (Codo)	0	1	2	3	4			
5	Rigidez en rueda dentada (Muñeca)	0	1	2	3	4			
6	Movimiento pendular de las Piernas	0	1	2	3	4			
7	Movimiento de Caída de la Cabeza	0	1	2	3	4			
8	Reflejo Glabelar	0	1	2	3	4			
9	Temblor	0	1	2	3	4			
10	Salivación	0	1	2	3	4			
	Inicio del Tratamiento						Fecha:		
	Semana de Tratamiento						Fecha:		
	Final del Tratamiento						Fecha:		

TOTAL: ____



ANEXO IV

MANEJO DE ESQUIZOFRENIA RESISTENTE AL TRATAMIENTO CON CLOZAPINA

INTRODUCCION

Desde los inicios de la terapia farmacológica de la Esquizofrenia, se ha observado que un significativo porcentaje de los pacientes presenta una insuficiente o pobre respuesta al tratamiento. Las tasas de resistencia al tratamiento convencional varían grandemente dependiendo de los criterios usados para definirla así como de la población estudiada. Algunos autores han reportado tasas tan altas como 50%. En general se plantea que entre un 20 a 40% de los esquizofrénicos presentaran resistencia al tratamiento. La Esquizofrenia Resistente al Tratamiento (ERT) es un importante problema en los sistemas de salud por varias razones. Primero es un problema prevalente como hemos mencionado, segundo la mayoría de estos pacientes necesitan una gran atención y soporte social y familiar, y tercero son hospitalizados con frecuencia y requieren largas estancias hospitalarias.

En nuestro medio actualmente no se cuentan con datos al respecto. Pero en la práctica clínica cotidiana el psiquiatra se enfrenta a cuadros severos que no responden adecuadamente al tratamiento y que generalmente se asocian a largas estancias hospitalarias, recaídas frecuentes y mayor deterioro en el paciente y en la calidad de vida de las familias.

Con el advenimiento de los antipsicóticos atípicos, especialmente con la Clozapina, se ha dado un avance significativo en el manejo de esta condición, requiriendo simultáneamente mayor rigurosidad en la evaluación y seguimiento de estos pacientes debido a los riesgos asociados a su uso. Así por ejemplo, el potencial riesgo de Agranulocitosis con el uso de Clozapina obliga a periódicas y cercanas evaluaciones laboratoriales y clínicas.

JUSTIFICACION

En la Clínica del Hospital Hermilio Valdizán la Esquizofrenia constituye una de las patologías más frecuentes y es la primera causa de hospitalización. Entre los cuadros que originan largas estancias hospitalarias la ERT es también la primera causa. Estos pacientes se benefician significativamente con un manejo protocolizado y estandarizado de la Clozapina.

Este grupo particular de pacientes necesita un afronte más detenido y cuidadoso procurando estandarizar los parámetros de evaluación clínica y de respuesta a los tratamientos. Es la población que requiere mayores estancias hospitalarias y mayor demanda de los servicios de salud en general, por lo que un manejo óptimo es imprescindible.

Desde el advenimiento de la Clozapina, y posteriormente con otros antipsicóticos atípicos, se ha dado un gran avance en el manejo de esta condición. Sin embargo la Clozapina y sus potenciales severas reacciones adversas ameritan una evaluación cercana y permanente de los pacientes; se debe administrar bajo un estricto control de cuenta leucocitaria por lo que es necesario protocolizar la administración de clozapina.

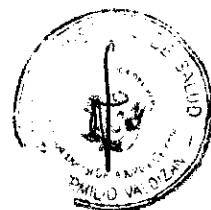
OBJETIVO GENERAL

- Brindar un adecuado tratamiento con Clozapina a pacientes esquizofrénicos que presentan resistencia al tratamiento con antipsicóticos convencionales.

CRITERIOS DE INCLUSION

Los pacientes deben reunir los siguientes criterios:

1.- Tener un diagnóstico de Trastorno Esquizofrénico o Esquizoafectivo, según los criterios internacionales (DSM-IV o CID-10).



- 2.- Presentar resistencia al tratamiento con antipsicóticos convencionales definida por:
- Persistencia de síntomas positivos (alucinaciones, delusiones o marcado desorden en el pensamiento), a pesar de haber recibido cursos adecuados con antipsicóticos convencionales de al menos dos familias diferentes (con al menos cuatro semanas de duración cada uno).
 - Severidad de la psicopatología indicada por un score de 45 o más en el BPRS y un score de 4 o más en al menos dos de los ítems de psicosis del BPRS.

3.- Edad: Mayores de 18 años.

4.- Sexo: Ambos sexos.

5.- Consentimiento del paciente y/o familiar responsable.

CRITERIOS DE EXCLUSION PARA MEDICACION CON CLOZAPINA

- Antecedente de alergia al medicamento
- Paciente con recuento leucocitario anormal.
- Mujeres embarazadas o lactando.
- Antecedente de convulsiones u otros trastornos neurológicos.
- Abuso de alcohol u otras sustancias.
- Hipotensión ortostática.

CONSENTIMIENTO

Se solicitará el consentimiento informado escrito de los pacientes antes de ser introducidos en clozapina, informándoles sobre los efectos beneficiosos y los posibles efectos adversos.

EVALUACIONES

1. Eficacia: Se aplicará BPRS, al inicio del tratamiento y periódicamente con un cronograma. Inicialmente podrá ser semanal.

2. Exámenes de laboratorio

2.1. Monitoreo de células blancas: Para los pacientes en clozapina, se realizará un recuento leucocitario previo al inicio del tratamiento, luego un recuento semanal hasta las 18 semanas de tratamiento y luego 1-2 veces al mes. Se aplicará un Programa de Fármaco Vigilancia, controlando estrictamente la cuenta leucocitaria. La presencia de ALARMAS se controlará según lo indicado (ver tabla #1).

2.2. Otros análisis: Se solicitará hemoglobina, hematocrito, recuento de glóbulos rojos, plaquetas, TGO, TGP, bilirrubina, LDH, GGT, fosfatasa alcalina y EKG, al inicio del tratamiento; luego anualmente y/o cuando sea necesario.

3. Efectos secundarios: Se anotarán los efectos secundarios observados y referidos espontáneamente por el paciente.

6. Estimen físico: Se solicitará un examen físico completo al inicio del tratamiento, se repetirá periódicamente y/o cuando se considere necesario.

PROTOCOLO DE MEDICACION CON CLOZAPINA

Se realizarán los análisis de laboratorio respectivos antes de iniciar cualquier Antipsicótico. En todos los casos se verificará que el conteo de células blancas sea normal.

Dosis

La dosis de clozapina será fijada individualmente, se iniciará con 12.5-25 mg/d. en todos los pacientes se deberá seguir un aumento de dosis progresiva, pudiendo regularse según tolerancia y/o respuesta clínica al tratamiento, siendo 600 mg/d la máxima dosis recomendada.



Esquema sugerido: (para pacientes que inician clozapina)

- Día 1: 25 mg
- Día 2: 50 mg
- Día 3: 75 mg
- Día 4: 100 mg
- Día 5: 150 mg
- Día 6: 200 mg
- Día 7: 250 mg
- Día 8: 300 mg

Monitoreo de células blancas con el uso de Clozapina.

Para los pacientes en clozapina, se realizará un recuento leucocitario previo al inicio del tratamiento, luego un recuento semanal hasta las 18 semanas de tratamiento y luego 1-2 veces al mes.

La conducta a seguir en el caso de alguna disminución significativa de la leucocitosis esta explicada en la tabla N° 1.

TABLA 1

FASE	HEMOGRAMA (cel/mm ³)		MANEJO
Leucopenia ALARMA 1	L: 3000-3499 N: 1500-2000	<3500 <2000	Monitoreo frecuente de la condición del pac. Hemograma 2 veces por semana. La clozapina podría continuarse.
Luecopenia severa ALARMA 2	L: 2000-2999 N: 1000-1499	<3000 <1500	Interrumpir clozapina Recuento leucocitario diario Intensificar monitoreo la clozapina podría ser reinstalada al normalizar recuento leucocitario
Agranulocitosis ALARMA 3	L < 2000 N < 1000	<2000 <1000	Interrumpir la clozapina Hospitalizar al paciente Realizar mielograma Monitoreo estricto y diario Evitar fármacos mielodepresores. no utilizar clozapina Iniciar antibioticoterapia de amplio espectro. Restringir al máximo los procedimientos invasivos
Recuperación	L > 4000 N > 2000		Hemograma semanal hasta obtener 4 exámenes consecutivos normales.



ANEXO V ELECTROCONVULSIVOTERAPIA

La electroconvulsivoterapia también es una herramienta valiosa en el manejo de los cuadros refractarios a la medicación, y su uso es cada vez más seguro y protocolizado.

La electroconvulsivoterapia (ECT) es la aplicación de un estímulo eléctrico con la finalidad de producir una convulsión. El objetivo es retornar a la persona con síntomas psiquiátricos discapacitantes a un estado funcional. La ECT ha sido usada por más de 60 años y es un tratamiento seguro y eficaz para ciertos trastornos psiquiátricos.

INDICACIONES EN ESQUIZOFRENIA.

- Riesgo alto de auto y heteroagresión.
- Mala o nula respuesta a tratamiento farmacológico
- Catatonia refractaria a otras terapias.
- Considerar en Síndrome Neuroléptico Maligno.
- Negarse a consumir alimentos.

RIESGOS Y COMPLICACIONES

La mayor complicación es la muerte que es extremadamente rara. La literatura muestra tasas de una muerte cada 1000 a 10000 aplicaciones de tratamiento. La mayoría de muertes ocurre en el período de recuperación post-convulsión y han sido atribuidas a complicaciones cardiovasculares. La ECT es un tratamiento eficaz y debe ponerse en la balanza los riesgos del tratamiento versus los riesgos de la enfermedad no tratada para indicarla.

Otros riesgos y complicaciones pueden ser:

- Luego de la aplicación puede presentarse bradicardia e hipotensión seguidos de taquicardia e hipertensión arterial. El uso de medicación anticolinérgica minimiza el riesgo de problemas por bradicardia, así como reduce el riesgo de aspiración. Medicación anticolinérgica debe ser suspendida si se sospecha taquicardia anticolinérgica
- **Las arritmias cardíacas:** pueden presentar Arritmia supraventricular y ventricular. Las contracciones ventriculares prematuras son más frecuentes en pacientes con enfermedad cardiovascular. Sería indicado se evalúe cardiológicamente a un paciente con enfermedad cardíaca conocida antes de la aplicación de ECT. La presencia de un marcapasos no es contraindicación para el uso de ECT pues puede funcionar como un estabilizador del ritmo cardíaco.
- **Hipertensión Arterial:** Los pacientes con hipertensión arterial pueden requerir medidas antihipertensivas profilácticas para disminuir la posibilidad de infarto miocárdico, insuficiencia cardíaca congestiva y hemorragia cerebral. En caso que el paciente tenga electrocardiograma anormal o antecedente de hipertensión arterial debería ser evaluado por el médico Internista, y se deberá seguir sus indicaciones.
- **Apnea prolongada:** El apnea prolongada es una complicación poco frecuente luego de la aplicación de ECT. Factores que contribuyen a la prolongación del apnea incluyen enfermedad hepática severa, deficiencia nutricional severa, envenenamiento con pesticida y el uso reciente o concurrente de una variedad de agentes farmacológicos tales como litio, IMAOs, aminoglicósidos, quinina, quinidina, lidocaína, promazina, algunos agentes antineoplásicos, inhibidores de la colinesterasa y ciertos antibióticos como la estreptomina.
- **Enfermedades pulmonares:** La presencia de enfermedades y anomalías pulmonares y del tracto respiratorio alto pueden comprometer una ventilación efectiva y deberían ser evaluados pre-ECT.
- **Epilepsia:** Los pacientes con epilepsia pueden recibir ECT con poca dificultad. Si bien algunos anticonvulsivantes pueden incrementar el umbral convulsivo para la iniciación de la convulsión, el efecto puede ser complejo cuando se combina con ECT. En las circunstancias extremadamente raras que la convulsión prolongada progrese a status epilepticus inducido por ECT se requiere manejo médico apropiado (soporte ventilatorio, corrección de alteraciones metabólicas, cesar la convulsión).



- **Convulsiones prolongadas:** Las Convulsiones prolongadas (definidas como mayores a 180 segundos por trazado de EEG) son una complicación rara de ECT. La hiperventilación y la relajación muscular total pueden prolongar la convulsión considerablemente. La administración de diazepam o fenobarbital usualmente es suficiente para controlar la convulsión. Una evaluación adecuada determinará si se deben hacer cambios en el tratamiento.

- **Convulsiones espontáneas:** también referidas como convulsiones tardías, las cuales pueden ocurrir varios días o semanas luego de completar el curso de ECT, son un evento raro y podrían ser evidencia de función cerebral alterada persistente.

- **Convulsión frustra:** La convulsión frustra (menos de 15 segundos de duración en el EEG) ocurre ocasionalmente. Si bien la causa no es clara, existen varios posibles factores a considerar, el umbral convulsivo aumenta con la edad, el uso concurrente de ciertas drogas, como los anticonvulsivantes pueden elevar el umbral convulsivo, las benzodiazepinas acortan la duración de la convulsión.

- **Delirio:** El Delirio o excitación post convulsión ocurre ocasionalmente. Si la agitación es severa o prolongada el paciente puede ser sedado.

- **Fracturas:** Son una complicación rara de ECT y podrían ser prevenidas con el uso de relajantes musculares. Radiografías previas a la aplicación de la ECT están indicadas en pacientes con antecedente de patología ósea, cirugía espinal reciente, osteoartritis y osteoporosis.

- **Perdida o Disminución de la memoria:** es el efecto colateral más frecuente de la ECT. Pueden pasar de minutos a horas para que el paciente salga de la confusión luego de la ECT. La severidad de la duración de la pérdida de memoria depende de la edad del paciente, el lugar de colocación de los electrodos, la intensidad de la corriente, el número y frecuencia de las convulsiones previas. La pérdida de memoria aguda asociada con ECT unilateral es menos frecuente que las observadas en ECT bilateral. Cuando la frecuencia de tratamiento aumenta (3 veces semana por ejemplo) la duración de la amnesia tiende a ser progresivamente mayor. La severidad de la amnesia ha sido reducida con la introducción de ventilación forzada e hiperventilación. Tanto la amnesia retrógrada (antes del tratamiento) como anterógrada (después del tratamiento) disminuyen en severidad las semanas siguientes a la culminación del curso de ECT.

- **Cefalea:** Entre la tercera parte y la mitad de los pacientes experimentan cefalea post ECT que cede con tratamiento analgésico. Existe evidencia que sugiere mayor intensidad de cefalea con ECT bilateral.

- **Dolores Musculares:** Pueden reportarse dolores musculares en mandíbula, cuello o región de los hombros en especial luego de los primeros tratamientos. Se logra alivio con analgésicos o calor local.

- **Ansiedad:** Se presenta cierto grado de ansiedad, en particular luego del primer tratamiento. Se logra aminorar la ansiedad orientando al paciente con respecto al tratamiento.

- **Nauseas:** Las náuseas y los vómitos son efectos colaterales infrecuentes y pueden ser manejados con administración de antieméticos, por ejemplo metoclopramida EV o IM.

- **Lesiones dentales:** Pacientes con piezas dentales ausentes o prótesis requieren medidas especiales de protección.

- **Quemaduras:** Quemaduras y las irritaciones en el lugar de la aplicación pueden evitarse con la aplicación adecuada del gel para electrodos.

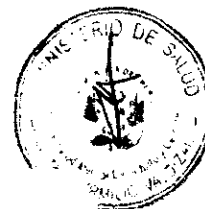
CONTRAINDICACIONES

No existen contraindicaciones absolutas para la ECT. Condiciones médicas serias, por ejemplo, lesiones cerebrales que ocupan espacio (tumores y otros), historia reciente de infarto miocárdico o cerebral, aneurismas, historia de pobre respuesta a ECT, pueden requerir consideraciones especiales antes del tratamiento.

En estos casos se deberá de realizar Junta Medica con la participación del Médico Internista

USO DE DROGAS PSICOTRÓPICAS DURANTE ECT

Los IMAOs son contraindicación relativa y deberían ser descontinuados 48 horas antes del inicio de ECT. El Carbonato de Litio debe ser descontinuado antes de empezar tratamiento. Los antidepresivos tricíclicos y los neurolépticos actúan sobre el umbral convulsivo pero el efecto final en la ECT no está claro. Las benzodiazepinas son contraindicación relativa por su efecto anticonvulsivante. El uso de la medicación psicotrópica es desalentada, aunque es posible que algunas pacientes requieran de su uso



PERSONAL Y PROCEDIMIENTOS

PERSONAL

El personal está conformado por un médico, una enfermera y un técnico de enfermería.

PROCEDIMIENTOS

La ECT debe ser indicada por un médico psiquiatra asistente siguiendo las indicaciones terapéuticas mencionadas en este protocolo.

El paciente y/o un familiar responsable deben de dar su consentimiento informado por escrito antes de iniciar la ECT. El médico debe explicar la naturaleza de la ECT, los beneficios esperados y los riesgos involucrados. El médico debe explicar los riesgos y beneficios asegurándose que estos son entendidos por el paciente y sus familiares.

Todo familiar responsable tiene derecho a rehusar el tratamiento electroconvulsivo debiendo de documentar la negativa por escrito.

Los siguientes datos deben figurar en la historia antes de iniciar la ECT:

- Historia clínica completa incluyendo examen físico.
- Electrocardiograma de una antigüedad no mayor a 6 meses.
- Electroencefalograma de una antigüedad no mayor a 6 meses.
- Consentimiento informado firmado por familiar responsable.
- Hoja de Registro de ECT la cual incluye datos de filiación del paciente, diagnóstico e indicación del tratamiento y número de aplicaciones.

Los miembros del equipo necesarios para la aplicación de la ECT son:

- Médico
- Enfermera
- Técnico de enfermería

RESPONSABILIDADES DEL EQUIPO

Médico:

- Indica el tratamiento, así como su duración y frecuencia
- Debe estar presente en todos los tratamientos.
- Monitoriza la condición del paciente antes, durante y después del tratamiento.
- Durante cada tratamiento es responsable de:
 1. Seleccionar los parámetros de aplicación previamente determinados para el paciente según consta en la hoja de registro.
 2. Colocar los electrodos para monitorizar EKG y EEG.
 3. Colocar la banda de goma conteniendo transductores en cráneo del paciente.
 4. Aplicar la descarga eléctrica
 5. Hacer las anotaciones respectivas en la Hoja de Registro de ECT.

Enfermera:

- Aplicar medicación anticolinérgica 30 minutos antes de la ECT (usualmente atropina 0,5 mg IM) en el tópic de enfermería.
- Monitorizar las funciones vitales del paciente antes y después del tratamiento.
- Colocar el protector bucal al paciente antes del tratamiento.
- Mantener en buenas condiciones el equipo e insumos.

Técnico de enfermería:

- Llevar al paciente al ambiente de aplicación de ECT y colocarlo en la camilla asegurándose que no porte objetos o accesorios de metal así como prótesis dentales removibles.
- Fijar la mandíbula del paciente durante el tratamiento.
- Apoyar la función de la enfermera.



ANEXO VI

TRATAMIENTO CON NEUROLÉPTICOS DE ACCIÓN PROLONGADA

JUSTIFICACIÓN

La esquizofrenia constituye la principal causa de hospitalización en las instituciones especializadas. Los pacientes que padecen de este trastorno tienden al abandono del tratamiento lo cual incrementa las recaídas y rehospitalizaciones, contribuyendo a la cronificación de la esquizofrenia empeorando el pronóstico laboral, social y personal del paciente. Este trastorno impacta en la economía de la familia y de las instituciones del estado, incrementando los presupuestos destinados a la recuperación de los pacientes. Está demostrado que el uso de neurolépticos de acción prolongada (NAP) favorece el cumplimiento del tratamiento, disminuyendo las recaídas y rehospitalizaciones.

OBJETIVOS:

GENERAL

- Lograr la continuidad en el tratamiento.
- Evitar recaídas y posteriores reingresos.

ESPECIFICOS

- Mejorar el cumplimiento al tratamiento.
- Evitar la institucionalización y el posterior abandono.
- Informar y educar a pacientes y familiares sobre la enfermedad mental.
- Disminuir los riesgos y costos motivados por los reingresos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Criterios de Inclusión:

- a) Pacientes esquizofrénicos en todas su formas clínicas en fase de mantenimiento.
- b) Escaso cumplimiento de la medicación oral.
- c) Presentar tratamiento farmacológico oral por lo menos un mes antes de la aplicación y no presentar efectos adversos molestos por la aplicación de la misma.
- d) No tener otro antipsicótico adicional.
- e) Abandono continuo o manejo irregular de la medicación por problemas económicos, sociales o familiares que motive recaídas y reingresos frecuentes.

Criterios de Exclusión:

- a) No están comprendidos los pacientes con esquizofrenia asociados al consumo de alcohol y/o sustancias psicoactivas, los pacientes con trastornos bipolares y los que presenten enfermedades médicas incompatibles con la aplicación de medicamentos de depósito, v.gr : insuficiencia renal o hepática, enfermedad de Parkinson, hiperplasia prostática, hiperprolactinemia, embarazo, etc.



- b) Paciente con primer episodio de esquizofrenia o no haber tomado algún tipo de medicación oral antipsicótica por lo menos un mes antes de la aplicación del neuroléptico de acción prolongada.
- c) Requerir más de 100 mg de flufenazina decanoato ó de haloperidol decanoato por mes.
- d) Permanentes efectos adversos motivados por del neuroléptico de acción prolongada (acatisia, parkinsonismo secundario, discinesia tardía, etc.); que no respondan al tratamiento anticolinérgico.
- e) Presentar reagudización de los síntomas psicóticos al momento de la aplicación.

Instrumentos:

- Criterios de inclusión - exclusión.
- Criterios CIE-10 (1992)

Materiales:

Haldol Decanoas de 50 mg ampollas
 Flufenazina decanoato x 25 mg. Ampollas
 Biperideno x 2 mg. Tabletas.
 Biperideno x 5 mg. Ampollas.
 Jeringas descartables.

NIVEL DE ATENCIÓN

En todos los niveles de atención.

PROCEDIMIENTO

- Para ingresar al sistema de tratamiento con NAP, el paciente debe cumplir con los criterios de inclusión del presente documento.
- La aplicación del NAP será por vía intramuscular cada treinta días, en caso de ser clínicamente necesario podrá aplicarse cada quince o veintiún días.
- En caso de presentar reacciones adversas: acatisia, parkinsonismo secundario, sialorrea, etc., se instalará tratamiento con anticolinérgico (biperideno hasta 6 mg por día en tres tomas por vía oral; en casos de mayor severidad aplicar biperideno x 5 mg v.i.m. en una sola dosis.)
- El personal de enfermería de cada centro aplicará el tratamiento y realizará la orientación individual y de la familia.
- El retiro del tratamiento será a criterio médico.
- El equipo de salud realizará la visita domiciliaria en caso de inasistencia del paciente a su control.

SUPERVISIÓN DEL TRATAMIENTO

- La supervisión del tratamiento se realizará por los responsables del mismo, semestralmente.
- Se realizarán reuniones de capacitación y evaluación periódica.



**DEPARTAMENTO DE
ADULTOS Y GERONTES**

**GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE
LOS SERVICIOS DE
EMERGENCIA Y CONSULTA
EXTERNA
GUÍA DE DEPRESIÓN**

2012



**DEPARTAMENTO DE
ADULTOS Y GERONTES**

**GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LOS SERVICIOS DE
EMERGENCIA Y CONSULTA EXTERNA
GUÍA DE DEPRESIÓN**

I.- NOMBRE Y CÓDIGO

DEPRESIÓN

Comprenden los siguientes diagnósticos según CIE-10

F32 Episodios depresivos

F32.0 Episodio depresivo leve

F32.00 sin síntomas somáticos

F32.01 con síntomas somáticos

F32.1 Episodio depresivo moderado

F32.10 sin síntomas somáticos

F32.11 con síntomas somáticos

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

F32.8 Otros episodios depresivos

F32.9 Episodio depresivo sin especificación

F33 Trastorno depresivo recurrente

F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve

F33.00 sin síntomas somáticos

F33.01 con síntomas somáticos

F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado

F33.10 sin síntomas somáticos

F33.11 con síntomas somáticos



F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos

F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos

F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión

F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes

F33.9 Trastorno depresivo recurrente sin especificación

F34 Trastornos del humor (afectivos) persistentes.

F34.1 Distimia.

II. DEFINICIÓN

Es un trastorno mental caracterizado fundamentalmente por humor depresivo, irritabilidad, ansiedad, pérdida de interés o de la capacidad para experimentar placer (anhedonia), alteraciones en el sueño y el apetito, agitación o retardo psicomotor, falta de energía, dificultad para pensar, concentrarse, tomar decisiones, sentimientos de desesperanza, desvalimiento o culpa, pensamientos suicidas. Estos síntomas disminuyen la calidad de vida y genera dificultades en el entorno familiar, laboral, de pareja y social de quienes la sufren.

2.1 Etiología: La etiología de los trastornos depresivos no está aun firmemente determinada; sin embargo hay evidencias de que participan en su génesis tres grupos de factores:

- Factores determinantes, asociados con la herencia génica, con la desregulación de los sistemas de neurotransmisores, neurotróficos y con cambios morfológicos en algunas estructuras del sistema nervioso central.
- Factores predisponentes, son los que están vinculados a experiencias de pérdidas afectivas tempranas, abuso físico, sexual; asimismo con pautas de crianza disfuncionales y abuso de sustancias.
- Los factores precipitantes, están en relación con los eventos vitales (pérdida de trabajo, pérdidas afectivas, separaciones, etc.) y físico (enfermedades médicas, enfermedades terminales, etc.).



2.2 Fisiopatología de los trastornos depresivos

2.2.1. Regulación Neuroendocrina:

Se han reportado desregulación neuroendocrina en pacientes con depresión y otros trastornos afectivos. La correlación entre hipersecreción de cortisol y la depresión es uno de las observaciones más antiguas de la psiquiatría biológica. Anormalidades en el eje neuroendocrino puede ser el resultado de un funcionamiento anormal de neuronas que contiene aminas biogénicas (noradrenalina, serotonina).

Los ejes neuroendocrinos relacionados son el suprarrenal, el tiroideo, y relacionado a la hormona de crecimiento.

Otras anormalidades importantes asociados en la depresión incluye la secreción nocturna disminuida de melatonina, la disminución de prolactina con la administración de triptófano, la disminución basal de la hormona folículo estimulante (FSH) y hormona luteínica (LH), y la disminución de testosterona en hombres.

2.2.2. Aminas Biogénicas

La vía final común parece ser una grave desregulación de los sistemas de neurotransmisores (serotoninérgicos, noradrenérgicos y dopaminérgicos); esto asociado a una disfunción del eje hipotálamo- hipófisis -suprarrenal que da lugar a un exceso de la liberación de glucocorticoides, que se traduce en daños estructurales a nivel, fundamentalmente, del hipocampo¹.

Estudios han reportado anormalidades en los metabolitos de las aminas biogénicas, como el ácido 5-hidroxiindoleacético (HIAA), el ácido homovanílico (HVA), y el 3-metoxi-4-hidroxifeniglicol (MHPG) observados en la sangre, orina y líquido cefalorraquídeo de pacientes con trastornos afectivos.



Estudios con modelos experimentales indican que la mayoría de los efectos positivos de los antidepresivos están asociados con la disminución en la sensibilidad de los receptores postsinápticos B-adrenergicos y 5-hidroxitriptaminicos del tipo 2 (5-HT₂) observado después de un tratamiento prolongado a base de estos fármacos.

2.2.3. Otros Factores Neuroquímicos y Biológicos

Aunque muchas investigaciones no son conclusivos, amino ácidos como el acido gama aminobutírico (GABA), y péptidos neuroactivos (especialmente vasopresina y los opiodes endógenos) han llegado a ser implicados en la patofisiología de la depresión y otros trastornos afectivos. Otras investigaciones han sugerido que sistemas de segunda mensajería como la adenilato ciclasa, el fosfatidilinositol, y la regulación de calcio podrían ser también determinantes de importancia.

Otros factores biológicos incluye anormalidades del sueño, alteraciones del ritmo circadiano, anormalidades en la regulación neuroimune a través de los ejes hormonales, y alteraciones en metabolismo y neuroanatomía del cerebroⁱⁱ. Estudios por neuroimagenes con MRI (resonancia magnética) indica que pacientes con depresión tienen el núcleo caudal y los lóbulos frontales más disminuidos. Estudios por SPECT (tomografía computarizada por emisión de fotones) y PET (tomografía por emisión de positrones) indican una disminución del flujo sanguíneo cerebral en la corteza cerebral y particularmente en la corteza frontal. Es importante notar que muchos estudios por neuroimagenes son inconclusos sin una replicación consistente.

Desde el punto de vista neuroanatómico existe una patología involucrando el sistema límbico, los ganglios basales, y el hipotálamo con la depresión. Personas con enfermedades neurológicas del ganglio basal y el sistema límbico tienden a desarrollar síntomas de depresión.



2.3. Aspectos epidemiológicos importantes

En la actualidad la depresión es la cuarta causa de discapacidad en el mundo y se pronostica que será la segunda causa de discapacidad en el año 2020. El riesgo de padecer de depresión se incrementa en pacientes que sufren enfermedades crónicas.

2.3.1. Carga de Enfermedad:

Es importante señalar que en el Estudio Nacional de Carga de Enfermedad realizado por Ministerio de Salud, se reportó que las enfermedades psiquiátricas, y dentro de ellas la depresión unipolar, eran la primera causa de enfermedad y que eran las responsables de la pérdida de 993,029 años de vida saludables perdidos (AVISA) en el Perú.

En los estudios epidemiológicos sobre la salud mental en el Perú, realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi", se reporta que la prevalencia de vida del episodio depresivo en Lima y Callao es 18.2%, en la sierra 16.2%.

III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

1. Estilos de vida.

La carencia de estabilidad y/o afectividad puede desencadenar la aparición de la depresión, en la infancia o en la adolescencia. Una familia coherente y comunicativa minimiza los factores de riesgo, mientras que las familias disfuncionales son más proclives a las depresiones.

2. Factores hereditarios.

Existe un mayor riesgo de padecer de depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad. Este riesgo es algo mayor para las personas con trastorno bipolar. La depresión grave también puede ocurrir en personas que no tienen ninguna historia familiar de la enfermedad.



IV. CUADRO CLÍNICO

Síndrome clínico relacionado con la depresión

Tristeza patológica: se diferencia de la tristeza cuando alcanza un nivel que interfiere negativamente en las actividades de la vida diaria (personal, familiar, laboral, social, etc.) Es una sensación muy profunda, arrasadora y la persona disminuye su energía vital.

Disminución de la capacidad para experimentar placer (anhedonia): el sujeto no tiene ganas de nada (ni siquiera de vivir), nada le procura placer, pierde la capacidad de interesarse por sus actividades cotidianas.

Ansiedad: se experimenta una sensación de aprehensión y temor indefinido.

Alteraciones del sueño: hay cambios en el tiempo y la calidad del sueño, pudiendo presentarse, con más frecuencia, bajo la forma de un insomnio de la segunda mitad del sueño, pero también como dificultades para conciliarlo o despertares más tempranos. En algunos casos, que constituyen minoría, puede presentarse la hipersomnia (exceso de horas de sueño).

Modificaciones del apetito y del peso: la mayoría de los pacientes pierde el apetito y, en consecuencia, provoca la disminución de peso. Sin embargo, también en una minoría de pacientes suele presentarse aumento del apetito y el consecuente aumento de peso.

Alteraciones del pensamiento: el curso se vuelve lento, con rumiaciones. La memoria se debilita y presenta mayor fatigabilidad en la atención. En lo que corresponde a los contenidos predominan ideas derrotistas, de culpa y de infravaloración.

Alteraciones somáticas: por lo común surgen algias diversas y otras quejas somáticas a las que no se les encuentra explicación médica.

Alteraciones psicomotoras: lo más frecuente es el hallazgo de lentificación que se expresa en su mímica, en su marcha; y en general, en su expresión verbal y no verbal. Sin embargo, en algunos pacientes particularmente de la tercera edad se expresa como inquietud motora.



Pensamiento suicida: los pacientes presentan una preocupación exagerada por la muerte y alimentan sentimientos autodestructivos.

Disminución de la energía: se produce un cansancio injustificado, a veces con variaciones durante el día, muy a menudo más acentuado por la mañana. Las personas afectadas suelen sentirse más fatigadas por la mañana que por la tarde.

En los adultos mayores, hay mayor tendencia a presentar síntomas melancólicos como: pérdida del placer en todas o casi todas las actividades, falta de reactividad a estímulos placenteros, empeoramiento del humor, alteraciones psicomotrices, anorexia, pérdida de peso y agitación. Tienen más probabilidades de presentar ideas delusivas del tipo de culpabilidad, nihilismo (negación de toda creencia), persecución y celos. El suicidio representa un riesgo elevado en la depresión geriátrica.

IV. DIAGNOSTICO

4.1 Criterios diagnósticos

Debe tomarse en cuenta para el diagnóstico lo siguiente:

- A) Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas, entre los cuales necesariamente tiene que estar (a) y/o (b):
- a) Humor depresivo
 - b) Pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de la cosas (anhedonia)
 - c) Disminución de la vitalidad con relación al nivel de actividad y cansancio exagerado
 - d) Pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad
 - e) Pensamientos de culpa
 - f) Alteración del sueño (insomnio o hipersomnia)
 - g) Alteración del apetito y/o peso (anorexia o hiperorexia)
 - h) Pensamientos y actos suicidas
 - i) Enlentecimiento y/o inquietud psicomotora
 - j) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse.



B) Para el diagnóstico del episodio depresivo se requiere de una duración de dos semanas; aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

C) Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

V. Diagnóstico diferencial

El diagnóstico del episodio depresivo sólo debe realizarse en el contexto de un examen médico completo para descartar otras condiciones que puedan semejar al episodio depresivo.

Debe hacerse la evaluación de una depresión secundaria a enfermedad médica, como trastornos endocrinos (hipotiroidismo, trastornos de la paratiroides, disfunción de la suprarrenal, hiperaldosteronismo, relacionados a la menstruación, o post-parto), neoplasias (neoplasia del páncreas, etc.), trastornos inflamatorios (artritis reumatoide, lupus, arteritis temporal, etc.), y neoplasias. Deficiencias nutricionales como deficiencias de vitaminas (ácido fólico, B-12, niacina, Vit C, tiamina), trastornos neurológicos (como Parkinson, Alzheimer, demencias, epilepsia, etc.) enfermedades cerebro vasculares (lesiones hemisféricas anteriores), infecciones sistémicas (bacteriana o viral) y otros como enfermedades renales y uremia condiciones cardiopulmonares, porfiria, SIDA, y otros. Episodios de depresión mayor debe distinguirse también de cambios afectivos por abuso y dependencia de sustancias o medicamentos (alcohol, antihipertensivos, corticoides anovulatorios, citostáticos, etc.).

VI. Exámenes complementarios

En la actualidad no se dispone de pruebas de laboratorio ni marcadores biológicos que puedan utilizarse como medio para el diagnóstico rutinario del episodio depresivo mayor; siendo, por lo tanto, la identificación de esta condición fundamentalmente clínica.

Debe realizarse pruebas de laboratorio como hemograma completo, dosaje de vitamina B12, ácido fólico, perfil tiroideo, perfil hepático, FSH, LH, Prolactina,



marcadores tumorales, etc., dependiendo de la sintomatología clínica.

Se debe pedir imágenes cerebrales en aquellos pacientes con un cuadro atípico de depresión.

El uso de escalas psicométricas sirven para evaluar la gravedad inicial y la evolución del cuadro clínico (Escala de Hamilton para depresión - HAM-D) (ver anexo N°2).

VII. Tratamiento medico

Objetivos:

Explicar la naturaleza del cuadro clínico al paciente y a los familiares

Consejería individual y grupal.

Manejo farmacológico del trastorno depresivo.

Psicoeducación

Referencia de casos más leves a niveles de menor complejidad

Control de los casos contrarreferidos por hospitales generales.

Apoyo social y familiar (entrevista familiar, contacto con grupos comunitarios, derivación a instituciones comunitarias, derivación a organizaciones comunales)

Modalidades de atención: Médica

Obtener historia clínica completa

Realizar el examen clínico

En caso de confirmarse el diagnóstico del trastorno depresivo y en ausencia de riesgo de conducta suicida, iniciar tratamiento farmacológico.

Si existe riesgo de conducta suicida el caso debe ser hospitalizado, tomando las medidas necesarias para proteger al paciente. (Referirse a la Guía Clínica de Atención de Conducta Suicida, MINSA)

Evaluar red de soporte socio-familiar.



Tratamiento farmacológico

Es recomendable el uso de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina por las siguientes razones.

- a.- Efectividad comprobada
- b.- Perfil tolerable de eventos adversos
- c.- Facilidad en la titulación de las dosis
- d.- Existencia de formulaciones genéricas

Plan A:

Sertralina: iniciar con la dosis de 50 mg/mañana, durante una semana, y evaluar en dos semanas la disminución de los síntomas. De no ser así, incrementar la dosis a 100 mg/mañana. Se recomienda evaluar la evolución clínica con el uso de la Escala para la depresión de Hamilton (18 ítems).

Fluoxetina: iniciar con la dosis de 20 mg/mañana durante una semana, y a partir de la segunda semana evaluar la disminución de los síntomas. De no ser así incrementar la dosis a 40mg/mañana. Se recomienda evaluar la evolución clínica con el uso de la Escala para la depresión de Hamilton (17 ítems).

Si al terminar la sexta semana no se advierte una modificación en la puntuación del HAM-D a 13 ò menos, usando cualquiera de los dos fármacos, implementar el Plan B. Si la respuesta es favorable, mantener el tratamiento por 6 meses con controles mensuales.

Al finalizar el sexto mes, se procede al retiro gradual del antidepresivo.

Se debe considerar en algunos casos, el uso del antidepresivo hasta 1 año; si ha tenido dos episodios depresivos debe continuar hasta 2 años, si ha tenido más de dos episodios depresivos, debe continuar de 3 a 5 años según criterio clínico del médico tratante.

Otros IRSS : Paroxetina tab. Fluvoxamina, Citalopram..

Antidepresivos Tricíclicos : Imipramina, Amitriptilina y Clomipramina dosis 75 a 300 mg/día. Dosis iniciales de 12.5 a 25mg para luego elevar progresivamente hasta la dosis efectiva.



Efectos colaterales de los antidepresivos Triciclicos : elevada letalidad con sobredosis, hipotensión, disfunciones sexuales ,efecto anticolinergico,problemas cardiacos.

Efectos colaterales de los inhibidores selectivos de la recaptacion de Serotonina:menor letalidad por sobredosis, cefalea,irritación gástrica,disfunciones sexuales, angustia,síndrome serotoninergico a dosis elevadas o en interaccion con otros medicamentos.

Plan B: (se aplica cuando el Plan A fracasa o no es tolerado).

Mirtazapina. Iniciar con la dosis de 30 mg/noche. Si al final de la cuarta semana no se advierte una modificación en la puntuación del HAM-D a 13 ò menos, se debe revisar el cumplimiento terapéutico e individualizar el tratamiento a las necesidades del paciente.

Si la respuesta es favorable, mantener el tratamiento por 12 meses con controles mensuales. Al finalizar el tratamiento y si la evaluación clínica es favorable se procede al retiro gradual del antidepresivo.

Otros antidepresivos : Venlafaxina, Bupropion , Escitalopram, Duloxetina

Si la ansiedad y el insomnio son síntomas prominentes de la depresión los ISRS pueden ser administrados con clonazepam, iniciando con 0.5mg a 1mg / día e ir regulando la dosis de acuerdo a los síntomas clínicos. Después de dos a tres semanas deben ser retiradas gradualmente.

Terapia electroconvulsiva (Electrochoque), indicada en :

- Depresion con riesgo suicida elevado.
- Depresion resistente al tratamiento con antidepresivos .
- Depresion con estupor y riesgo vital.

Tratamiento Psicoterapeutico :

- **Terapia cognitiva-conductual:** Encaminada a modificar los pensamientos y las conductas distorsionadas del paciente depresivo.
- **Terapia interpersonal:** encaminada a corregir los problemas interpersonales.
- **Terapia Familiar :** para modificar la disfunción familiar que contribuye y perpetua los síntomas.



Uso de Farmacos antidepresivos en poblaciones especiales:

Embarazo: se calcula que alrededor del 10% de mujeres embarazadas sufren trastornos depresivos.

La fluoxetina pertenece a la categoría B y sertralina categoría C.

La decisión de instaurar el tratamiento depende de la severidad del trastorno.

Lactancia: de los ISRS, la sertralina se excreta en menor cantidad por la leche materna, por tanto de ser necesario se recomienda el uso durante la lactancia.

Ancianos: La prevalencia de la depresión entre los ancianos es alta (15%), y sin embargo se estima que solo un 4% está siendo debidamente tratado. Los ancianos no suelen presentar el ánimo depresivo, sino síntomas somáticos inespecíficos, por lo que la enfermedad puede pasar desapercibida.

Depresión Secundaria a otra enfermedad :

1.- Enfermedad cerebrovascular o cardiaca : Incidencia de depresión es alta (40%). Debido a los efectos secundarios cardiacos , es mejor evitar medicamentos. En caso de necesidad se usan **IRSS**(riesgo de hipotensión y aumentar niveles de digoxina), **Venlafaxina** (riesgo de subidas de tensión arterial)

2.-Parkinson: Incidencia de depresión es alta (hasta 50%). Se usan antidepresivos colinérgicos, porque mejoran los síntomas del parkinson : **amitriptilina, doxepina** . Igualmente se usa **Bupropion**.

3.- Cancer : Depresión hasta 68%..Este trastorno produce déficit inmunitario que favorece la progresión del cáncer. Se pueden usar **ADT** pero por sus efectos secundarios se prefieren **IRSS**.

4.- Diabetes :Prevalencia de depresión 27%. Se usan medicamentos con poca acción sobre la glicemia como **Venlafaxina** o con efectos hipoglicemicos como **IRSS**. Los **IMAOS** producen hipoglicemia severa. Los **ADT** aumentan apetito dan hiperglicemias.

5.- Obesidad: Todos los antidepresivos aumentan el peso, los de menor incidencia los **IRSS**.

6.- Enfermedad ulceroso péptica : Se deben evitar los **IRSS** por aumento del riesgo de hemorragia.Se usan **ADT** porque el bloqueo de los receptores de



Histamina reduce el ácido gástrico.

7.- Glaucoma de ángulo estrecho : Evitar ADT por efectos anticolinérgicos. Se usan **IRSS**.

VIII. Complicaciones

- Autoagresión y conducta suicida.
- Abuso de sustancias
- Disfunción familiar
- Cronificación
- Trastornos somatoformes

Criterios de hospitalización

- Presencia de riesgo suicida u homicida
- Disminución de la capacidad para alimentarse y protegerse
- Necesidad de procedimientos diagnósticos y terapéuticos específicos

IX. Control y seguimiento

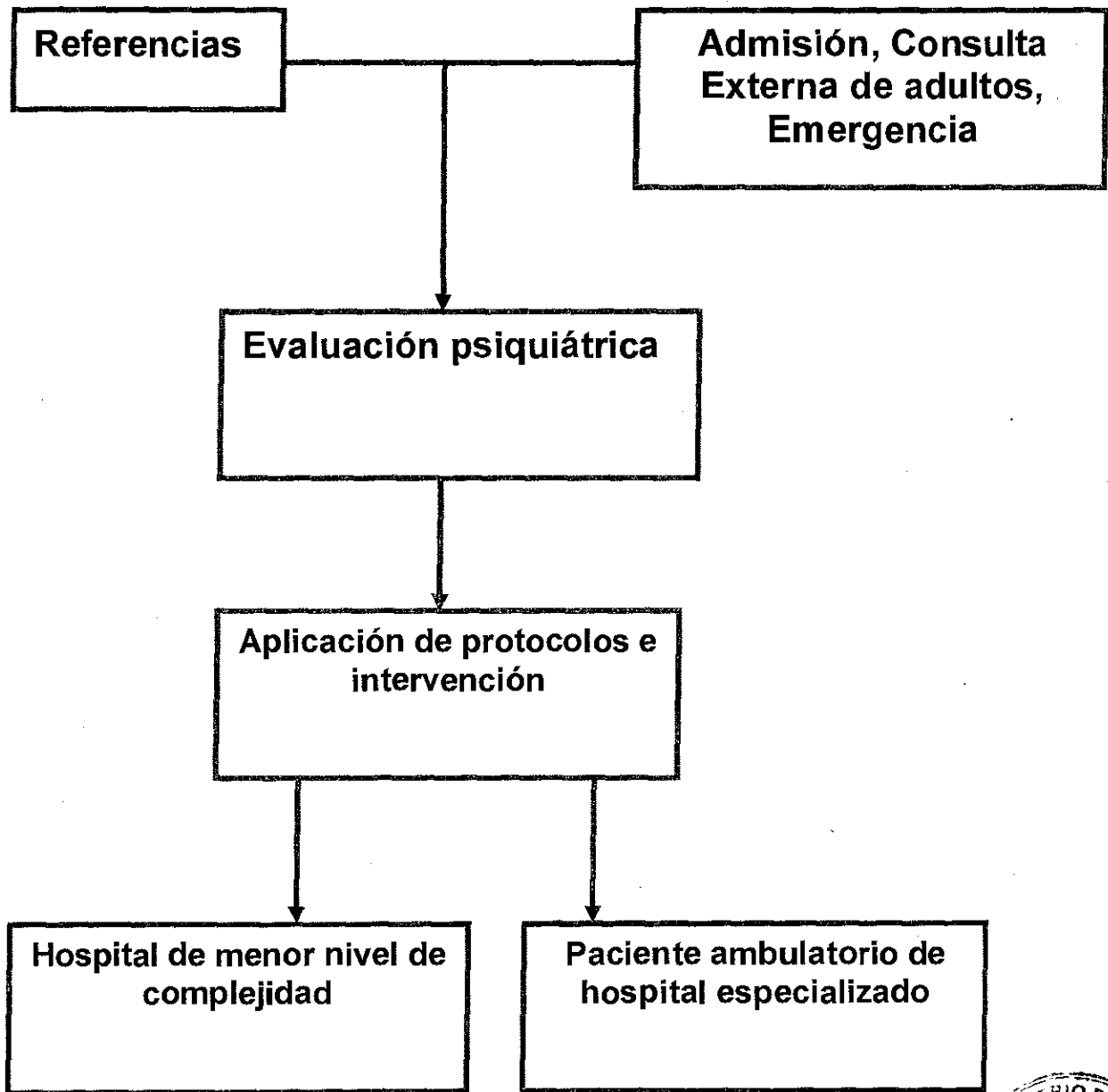
Inicialmente control semanal, luego quincenal y mensual. Los controles clínicos deben ser personalizados, dependiendo la magnitud de los síntomas clínicos.

Criterios de alta médica

- Después de 6 meses de obtenida la remisión total del cuadro.
- Debe evaluarse la posibilidad de recurrencias de los síntomas



X. FLUXOGRAMA / ALGORITMO



XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization: International classification of diseases, 10th edition (ICD-10) classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines, Ginebra, 1993.
2. Stahl, SM. Psicofarmacología esencial: Bases neurocientíficas y aplicaciones clínicas. Editores Ariel S.A., 3a edición, 2000.
3. Hamilton, MA. A rating scale for depression. Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry 1960; 23, 56-61.
4. Kaplan, H. and Sadock, B. Synopsis of Psychiatry, (8th ed), William and Wilkins, 1998.
5. Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorders, (2nd ed), American Psychiatric Association, American Journal of Psychiatry, 157, 2000.
6. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana, IESM, H. Delgado-H. Noguchi, Edición especial de Anales de Salud Mental, Lima, Perú, 2003.
7. Estudio Epidemiológico de Salud Mental de la Sierra Peruana, IESM, H. Delgado-H. Noguchi, Edición Especial de Anales de Salud Mental, Lima, Perú, 2004.
8. Estudio Epidemiológico de Salud Mental de la Selva Peruana, IESM, H. Delgado-H. Noguchi, Edición Especial de Anales de Salud Mental, Lima, Perú, 2004.
9. Novara, J. et al., "Estandarización de las escalas de Beck, Hamilton, y Zung para depresión en Lima Metropolitana, Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, Lima, Perú, 1985.



ANEXO N° 1

Clasificación de los trastornos depresivos según el CIE - 10

F32 Episodios depresivos

En los episodios depresivos típicos el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) La disminución de la atención y concentración.
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f) Los trastornos del sueño.
- g) La pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondríacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque



períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Alguno de los síntomas anteriores podría ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas "somáticos" son: Pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. Pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras. Despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual. Empeoramiento matutino del humor depresivo. Presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas). Pérdida marcada de apetito. Pérdida de peso (del orden del 5 % o más del peso corporal en el último mes). Pérdida marcada de la libido. Este síndrome somático habitualmente no se considera presente al menos que cuatro o más de las anteriores características estén definitivamente presentes.

Incluye:

- Episodios aislados de reacción depresiva.
- Depresión psicógena (F32.0, F32.1 ó F32.2).
- Depresión reactiva (F32.0, F32.1 ó F32.2).
- Depresión mayor (sin síntomas psicóticos).

F32.0 Episodio depresivo leve

Pautas para el diagnóstico

Ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente. Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social,



aunque es probable que no las deje por completo.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos:

F32.00 Sin síndrome somático

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo leve y están presentes pocos síndrome somático o ninguno.

F32.01 Con síndrome somático

Se satisfacen las pautas de episodio depresivo leve y también están presentes cuatro o más de los síndrome somático (si están presentes sólo dos o tres, pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

F32.1 Episodio depresivo moderado

Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve (F32.0) así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síndrome somático:

F32.10 Sin síndrome somático

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y no están presentes síndromes somáticos.

F32.11 Con síndrome somático

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y están también presentes cuatro o más de los síndrome somático (si están presentes



sólo dos o tres pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotrices, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio. El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas.

Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado.

Incluye:

Episodios depresivos aislados de depresión agitada.

Melancolía.

Depresión vital sin síntomas psicóticos.

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

Episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas en F32.2, y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo.



Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofe inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo (ver F30.2).

Incluye episodios aislados de:

Depresión mayor con síntomas psicóticos.

Depresión psicótica.

Psicosis depresiva psicógena.

Psicosis depresiva reactiva.

F32.8 Otros episodios depresivos

Episodios que no reúnan las características de los episodios depresivos señalados en F32.0-F32.3, pero que por la impresión diagnóstica de conjunto indican que son de naturaleza depresiva. Por ejemplo, mezclas fluctuantes de síntomas depresivos (especialmente de la variedad somática) con otro; síntomas como tensión, preocupación, malestar o mezclas de síntomas depresivos somáticos con dolor persistente o cansancio no debido a causas orgánicas (como los que se observan en ocasiones en los servicios de interconsulta de hospitales generales).

Incluye:

Depresión atípica.

Episodios aislados de depresión "enmascarada" sin especificación.

F32.9 Episodio depresivo sin especificación

Incluye:

Depresión sin especificación.

Trastorno depresivo sin especificación.

F33 Trastorno depresivo recurrente



Trastorno que se caracteriza por la aparición de episodios repetidos de depresión, que pueden presentar los rasgos de episodio depresivo leve (F32.0), moderado (F32.1) o grave (F32.2 y F32.3), pero sin antecedentes de episodios aislados de exaltación del estado de ánimo o aumento de la vitalidad suficientes para satisfacer las pautas de manía F30.1 y F30.2. No obstante, pueden haberse presentado episodios breves de elevación ligera del estado de ánimo o hiperactividad (que satisface las pautas de hipomanía F30.0) inmediatamente después de un episodio depresivo, a veces precipitados por el tratamiento antidepressivo. La edad de comienzo y la gravedad, duración y frecuencia de los episodios depresivos pueden ser muy variables. En general, el primer episodio se presenta más tarde que en el trastorno bipolar, situándose la edad media de comienzo en la quinta década de vida. Los episodios también suelen tener una duración de tres a doce meses (duración media de seis meses), pero las recaídas son menos frecuentes. La recuperación suele ser completa; un pequeño número de enfermos queda crónicamente deprimido, en especial si se trata de personas de edad avanzada (en estos casos ha de utilizarse también esta categoría). A menudo acontecimientos vitales estresantes son capaces de precipitar episodios aislados con independencia de su gravedad y en muchas culturas son dos veces más frecuentes en las mujeres que en los varones, tanto los episodios aislados como cuando se trata de depresiones persistentes.

Incluye:

Episodios recurrentes de: Reacción depresiva.

Depresión psicógena.

Depresión reactiva.

Trastorno afectivo estacional (F33.0 o F33.1).

Episodios recurrentes de: Depresión endógena.

Depresión mayor.

Psicosis maniaco-depresiva (de tipo depresivo).

Depresión psicótica psicógena o reactiva. Depresión psicótica.

Depresión vital (F33.2 o F33.3).

Excluye:

Episodios depresivos breves recurrentes (F38.1).



F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve

Pautas para el diagnóstico

- a) deben satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente (F33) y el episodio actual debe satisfacer las pautas para episodio depresivo leve (F32.0).
- b) Además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y entre ellos debe haber un intervalo libre de alteración significativa del humor de varios meses de duración.

Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos en el episodio actual:

F33.00 Sin síndrome somático (ver F32.00)

F33.01 Con síndrome somático (ver F32.01)

Puede especificarse, si es preciso, el tipo predominante de los episodios previos (leve, moderado, grave, incierto).

F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado

Pautas para el diagnóstico

- a) deben satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente (F33) y el episodio actual debe satisfacer las pautas para episodio depresivo moderado (F32.1).
- b) Además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y deben haber estado separados por un período de varios meses libres de alteración significativa del humor.

Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos en el episodio actual:

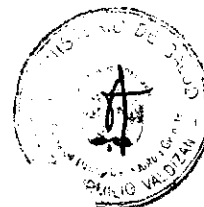
F33.10 Sin síndrome somático (ver F32.10)

F33.11 Con síndrome somático (ver F32.11)

Puede especificarse, si es preciso, el tipo predominante de los episodios previos (leve, moderado, grave, incierto).

F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos

Pautas para el diagnóstico



a) deben satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente (F33.-) y el episodio actual debe satisfacer las pautas para episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2).

b) Además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y deben haber estado separados por un período de varios meses i libres de alteración significativa del humor.

F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos

Pautas para el diagnóstico

a) deben satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente (F33.-) y el episodio actual debe satisfacer las pautas para episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3).

b) Además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y deben haber estado separados por un período de varios meses libres de alteración significativa del humor.

F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión

Pautas para el diagnóstico

a) en el pasado debieron satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente (F33.-), pero el estado actual no satisface las pautas para episodio depresivo de cualquier gravedad, o para cualquier otro trastorno de F30-39.

b) Además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y deben haber estado separados por un período de varios meses libres de alteración significativa del humor.

F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes

F33.9 Trastorno depresivo recurrente sin especificación

Incluye: Depresión monopolar sin especificación.

F34 Trastornos del humor (afectivos) persistentes

Trastornos persistentes del estado de ánimo, que suelen ser de intensidad fluctuante, en los que los episodios aislados son rara vez los suficientemente intensos como para ser descritos como hipomaníacos o incluso como episodios depresivos leves. Dado que duran años y en algunos casos la mayor parte de la vida adulta del enfermo, suelen acarrear un considerable malestar y una serie de



incapacidades. En algunos casos, sin embargo, episodios recurrentes o aislados de manía o de depresión, leve o grave, pueden superponerse a un trastorno afectivo persistente. Los trastornos afectivos persistentes se clasifican en esta sección en vez de con los trastornos de personalidad, porque estudios familiares han demostrado que existe una relación genética con los trastornos del humor (afectivos) y porque a veces responden a los mismos tratamientos que éstos. Se han descrito variedades de comienzo precoz y tardío de ciclotimia.

F34.1 Distimia

Depresión crónica del estado de ánimo que no se corresponde con la descripción o las pautas para el diagnóstico de un trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve o moderado (F33.0, F33.1), por su gravedad o por la duración de los episodios (aunque pueden haberse satisfecho las pautas para un episodio depresivo leve en el pasado, en especial al inicio del trastorno). La proporción entre las fases recortadas de depresión leve y los períodos intermedios de comparativa normalidad es muy variable. Los enfermos tienen a menudo días o semanas en los que refieren encontrarse bien, pero durante la mayor parte del tiempo (frecuentemente durante meses seguidos) se sienten cansados y deprimidos, todo les supone un esfuerzo y nada les satisface. Están meditabundos y quejumbrosos, duermen mal y se sienten incapaces de todo, aunque normalmente pueden hacer frente a las demandas básicas de la vida cotidiana. La distimia, por lo tanto, tiene mucho en común con los conceptos de neurosis depresiva y depresión neurótica. Si fuere necesario, puede especificarse si el comienzo es precoz (tuvo lugar durante la adolescencia o la tercera década de la vida) o tardío.

Pautas para el diagnóstico

Depresión prolongada de estado de ánimo que nunca, o muy rara vez, es suficientemente intensa como para satisfacer las pautas para trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve o moderado (F33.0, F33.1). Suele comenzar al iniciarse la edad adulta y evoluciona a lo largo de varios años, o bien es de duración indefinida. Cuando el comienzo es más tardío, suele ser la consecuencia de un episodio depresivo aislado (F32.-) o asociarse a pérdidas de seres queridos u otros factores estresantes manifiestos.



Incluye:

Depresión ansiosa persistente.

Neurosis depresiva.

Trastorno de personalidad depresiva.

Depresión neurótica (de más de dos años de duración).

Excluye:

Depresión ansiosa leve o no persistente (F41.2).

Reacción de duelo de menos de dos años de duración (F43.21, reacción depresiva prolongada).

Esquizofrenia residual (F20.5).



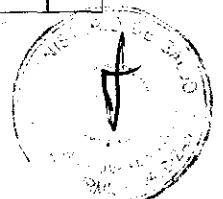
ANEXO N° 2

ESCALA DE HAMILTON – DEPRESION (HAM-D)

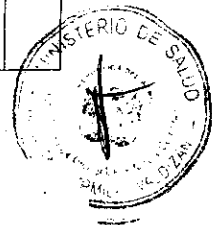
Apellidos y Nombres:.....

H.C.:.....

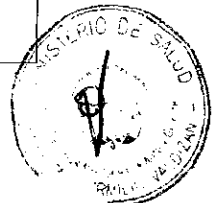
SINTOMA	0	4	6	8	6	12	18	24
	ini	se	se	se	me	me	me	m
	cio	m.	m.	m.	s	s	s	es
<p>1. Animo deprimido: (tristeza, desesperanza, impotencia, inutilidad)</p> <p>0 Ausente</p> <p>1 La sensación está presente pero sólo se manifiesta al preguntársele.</p> <p>2 La sensación está presente y se manifiesta verbalmente en forma espontánea.</p> <p>3 La sensación se presenta en forma no verbal, por ejemplo a través de la expresión facial, postura, voz y tendencia al llanto.</p> <p>4 El paciente reporta estas sensaciones virtualmente en su comunicación espontánea verbal y no verbal.</p>								
<p>2. Sentimientos de culpa</p> <p>0 Ausentes.</p> <p>1 Auto-reproche, siente que ha causado el fracaso de los demás.</p> <p>2 Ideas de culpa o ruminación respecto a errores pasados o actos pecaminosos.</p>								



<p>3 La presente enfermedad es un castigo. Delusiones de culpa.</p> <p>4 Escucha voces acusatorias o que lo denuncian o experiencias alucinatorias visuales amenazantes.</p>								
<p>3. Suicidio</p> <p>0 Ausente.</p> <p>1 Siente que la vida no vale la pena.</p> <p>2 Deseos de estar muerto o cualquier pensamiento de posible muerte de sí mismo.</p> <p>3 Gesto o ideas suicidas.</p> <p>4 Intentos suicidas (cualquier intento serio debe ser valorado como 4).</p>								
<p>4. Insomnio de conciliación</p> <p>0 No hay dificultad para conciliar el sueño.</p> <p>1 Quejas de dificultad ocasional para conciliar el sueño. Por ejemplo, más de ½ hora.</p> <p>2 Quejas de que todas las noches tiene dificultad para conciliar el sueño.</p>								
<p>5. Insomnio de medio sueño</p> <p>0 No hay dificultad.</p> <p>1 El paciente se queja de haberse desvelado o estar alterado durante la noche.</p> <p>2 Se despierta durante la noche, cualquier levantarse de la cama salvo para evacuar.</p>								
<p>6. Insomnio tardío</p> <p>0 No hay dificultad.</p> <p>1 Se despierta en horas muy temprano de la mañana pero nuevamente se duerme.</p> <p>2 Es incapaz de volver a dormirse nuevamente si se levanta de la cama.</p>								



<p>7. Trabajo y actividades</p> <p>0 No hay dificultad.</p> <p>1 Pensamientos y sensación de incapacidad, fatiga o debilidad relacionada con las actividades, el trabajo o las distracciones.</p> <p>2 Pérdida de interés en las actividades, distracciones o trabajo, tanto si ésta es reportada directamente por el paciente o indirectamente por descuidos, indecisión o vacilación</p> <p>3 Disminución en el tiempo presente dedicado a actividades o disminución en la productividad. En el hospital se valorará 3 si el paciente no emplea por lo menos 3 horas al día en actividades (trabajo hospitalario o entrenamiento), excluyendo actividades domésticas (desaliño personal).</p> <p>4 Suspende el trabajo debido a la enfermedad actual. En el hospital se valorará 4 si el paciente no participa excluyendo las actividades domésticas. Si el paciente realiza de manera deficiente sus actividades domésticas (aliño personal) sin asistencia.</p>								
<p>8. Retardo: (lentitud en el pensamiento y el habla, disminución de la capacidad de concentración, actividad motora disminuída).</p> <p>0 Habla y pensamientos normales.</p> <p>1 Discreto retardo durante la entrevista.</p> <p>2 Retardo obvio durante la entrevista.</p>								



3 Entrevista dificultosa.								
4 Estupor completo.								
9. Agitación								
0 Ninguna.								
1 Juega con las manos, cabello, etc.								
2 Se frota las manos, las uñas, se jala el cabello, se muerde los labios.								
SINTOMA	0	4	6	8	6	12	18	24
	Ini	se	se	se	mes	m	me	me
	cio	m.	m.	m.		es	s	s
10. Ansiedad psíquica								
0 No hay dificultad.								
1 Tensión subjetiva e irritabilidad.								
2 Se preocupa por asuntos menores.								
3 Aparente actitud aprehensiva en el rostro o en el habla.								
4 Temores expresados sin preguntárselo.								
11. Ansiedad somática: (componentes fisiológicos De la ansiedad: <u>gastrointestinales</u> – sequedad de boca, gases, indigestión, diarrea, retortijones, eructos; <u>cardiovasculares</u> – palpitaciones, cefalea; <u>respiratorios</u> – hiperventilación, suspiros; <u>frecuencia urinaria, sudoración</u>).								
0 Ausente.								
1 Mediano.								
2 Moderado								
3 Severo.								
4 Incapacitante.								
12. Síntomas somáticos								



<p>gastrointestinales</p> <p>0 Ninguno.</p> <p>1 Pérdida del apetito pero el sujeto se alimenta sin deseos. Sensación de pesadez en el abdomen.</p> <p>2 Dificultad para alimentarse sin ver la urgencia del mismo. Se requiere de laxantes o medicación para el intestino o los síntomas gastrointestinales.</p>									
<p>13. Síntomas somáticos generales</p> <p>0 Ninguno.</p> <p>1 Pesadez en los miembros, la espalda o cabeza; dolores de espalda, cefalea; dolores musculares o pérdida de energía o fatiga.</p> <p>2 Cualquier síntoma claro se evalúa como 2.</p>									
<p>14. Síntomas genitales: (pérdida de libido, Alteraciones menstruales, no determinado)</p> <p>0 Ausentes.</p> <p>1 Moderado.</p> <p>2 Severo.</p>									
<p>15. Hipocondría</p> <p>0 No está presente.</p> <p>1 Preocupación por el propio cuerpo.</p> <p>2 Preocupación por la salud.</p> <p>3 Quejas constantes, búsqueda de ayuda, etc.</p> <p>4 Delusiones hipocondríacas.</p>									
<p>16. Pérdida de peso</p> <p>A Cuando se evalúa por historia:</p> <p>0 No hay pérdida de peso.</p>									



1 Probable pérdida de peso asociada a la enfermedad actual.								
2 Definitiva pérdida de peso (de acuerdo con el paciente).								
B. En evaluaciones semanales por el psiquiatra en la sala, cuando los cambios de peso actuales son ponderados:								
0 Menos de ½ Kg. De peso perdido en una semana.								
1 Más de ½ Kg. De peso perdido en una semana.								
2 Más de 1 Kg. De peso perdido en una semana.								
17. Introspección								
0 Reconocerse estar deprimido y enfermo.								
1 Reconocerse enfermedad pero atribuirlo a causas tales como: mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.								
2 Negarse estar enfermo del todo.								
Puntaje Total:								

Calificación de la depresión de acuerdo al puntaje total:

- 0 – 7 Normal.
- 8 – 13 Leve.
- 14 – 18 Moderado.
- 19 – 22 Severo.
- 23 ó > Muy severo

