



# Resolución Ministerial

Lima, 20 de Octubre del 2008



F. Campos A.

Visto: el Expediente N° 07-102671-001 que contiene el Memorandum N° 3464-2008-DGSP/MINSA, de la Dirección General de Salud de las Personas;

## CONSIDERANDO:

Que, el artículo 2° de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, establece que el Ministerio de Salud es el ente rector del Sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona, desde su concepción hasta su muerte natural;

Que, el artículo 41° del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 023-2005-SA, dispone que la Dirección General de Salud de las Personas, es el órgano técnico normativo en los procesos relacionados, entre otros, a las actividades de salud mental;

Que, mediante documento del visto, el Director General de Salud de las Personas ha propuesto para su aprobación el proyecto de "Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la psicosis en el primer y segundo nivel de atención", con la finalidad de contribuir a la mejor prestación de salud mental a las personas con síndromes psicóticos en los establecimientos de salud del primer y segundo nivel de atención del sector salud;

Con el visado del Director General de la Dirección General de Salud de las Personas, de la Directora General de la Oficina General de Asesoría Jurídica y del Viceministro de Salud;

De conformidad con el literal 1) del artículo 8° de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud;



S. Reyes N.



M. Arce R.



M. Arce R.

**SE RESUELVE:**

**Artículo 1°.-** Aprobar la "Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la psicosis en el primer y segundo nivel de atención", que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

**Artículo 2°.-** La Dirección General de Salud de las Personas es responsable de la difusión e implementación de la citada Guía.

**Artículo 3°.-** Disponer que la Oficina General de Comunicaciones publique la presente Resolución Ministerial en la dirección electrónica <http://www.minsa.gob.pe/portal/06transparencia/normas.asp> del Portal de Internet del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese.



F. Campos A.



S. Reyes N.

**OSCAR RAÚL UGARTE UBILLUZ**  
Ministro de Salud



# GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PSICOSIS EN EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

## I. FINALIDAD

Contribuir a la mejor prestación de salud mental a las personas con síndromes psicóticos en los establecimientos de salud del primer y segundo nivel de atención del sector salud.

## II. OBJETIVOS

- Determinar pautas sobre la definición, factores asociados, cuadro clínico y diagnóstico de los síndromes psicóticos.
- Brindar pautas técnicas en relación al manejo de los síndromes psicóticos según nivel de complejidad y capacidad resolutoria de los establecimientos de salud.
- Establecer los criterios de referencia y contrarreferencia relacionados a las personas con síndromes psicóticos.

## III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La Guía de Práctica Clínica para la Atención de la Psicosis será aplicada en los establecimientos del primer y segundo nivel de atención del sector salud.

## IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PSICOSIS EN EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

### 4.1 NOMBRE Y CÓDIGO

El síndrome psicótico no es un diagnóstico que corresponda a una entidad nosológica única e independiente, sino que puede estar presente en una serie de trastornos codificados en la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) (1).

- Trastorno de ideas delirantes (esquizofreniforme) orgánico (F06.2).
- Trastorno psicótico inducido por sustancias psicótropas (F1x.5).
- Esquizofrenia (F20).
- Trastornos de ideas delirantes (F22).
- Trastornos psicóticos agudos y transitorios (F23).
- Trastorno de ideas delirantes inducidas (F24).
- Trastornos esquizoafectivos (F25).
- Otros trastornos psicóticos no orgánicos (F28).
- Psicosis no orgánica sin especificación (F29).
- Trastorno bipolar, episodio actual maniaco con síntomas psicóticos (F31.2).

Es necesario tener presente que estos trastornos se derivan de aspectos clínicos observables pero no están basados en observaciones genéticas ni fisiopatológicas.

### 4.2 DEFINICIÓN

#### 1. Definición.

La psicosis es un síndrome en el cual los pensamientos, la respuesta afectiva, la capacidad para comunicarse y relacionarse con los demás, están lo suficientemente deteriorados como para interferir notablemente con la evaluación adecuada de la realidad circundante; por lo tanto quienes la padecen comienzan a sentir, pensar y hablar de forma diferente a como lo hacían antes. Lo que caracteriza al síndrome psicótico es la ruptura con la realidad.



## 2. Etiología.

Hasta el momento puede ser útil clasificar a las psicosis en dos categorías de acuerdo a su etiología:

- a) Psicosis Orgánicas o Secundarias.
- b) Psicosis Funcionales o Primarias.

Las **psicosis orgánicas o secundarias** reconocen su origen en una anomalía cerebral que puede ser explicada desde el punto de vista estructural y/o metabólico mediante exámenes médicos de rutina. Es decir, existen elementos objetivos y evidentes de un daño en el tejido cerebral o hay evidencias de alguna enfermedad que pueda explicar los síntomas.

Las **psicosis funcionales o primarias** se originan de disfunciones neuroquímicas de manera que en su extremo final las lesiones estructurales y/o metabólicas e interfieren con sustentos más íntimos a nivel intracelular en las conexiones interneuronales, intrasináptico comprometiendo circuitos y redes neuronales. Hay evidencias de que los factores genéticos cumplen un papel importante en la etiología de estas psicosis. Estudios recientes demuestran mediante técnicas de neuroimágenes y bioquímicas que la etiopatogenia de las psicosis primarias involucra desregulaciones en los sistemas de neurotransmisores que parecen relacionados a procesos ligados al neurodesarrollo y/o apoptosis. Las psicosis funcionales mejor estudiadas desde el punto de vista biomédico son las esquizofrenias y los trastornos bipolares (no siempre los trastornos bipolares se acompañen de síntomas psicóticos).

El mejor sustento para sostener la desregulación de neurotransmisores es la respuesta clínica favorable que se logra con fármacos que influyen sobre la función dopaminérgica, serotoninérgica y glutamatérgica (2) (3).

## 3. Fisiopatología.

La fisiopatología del síndrome psicótico no es conocida en detalle; sin embargo, los avances en las investigaciones psicofarmacológicas, los estudios post-mortem y con neuroimágenes realizados en pacientes con psicosis esquizofrénica han aportado evidencias a favor de una severa desorganización del sistema dopaminérgico a nivel córtico-subcortical. Dadas las interrelaciones del sistema dopaminérgico con los sistemas de la serotonina y el glutamato, en los últimos años se cuenta con datos firmes que involucran también a estos dos últimos sistemas en la fisiopatología de la esquizofrenia y, por extensión, a otros síndromes psicóticos (4) (5).

## 4. Aspectos epidemiológicos.

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 psicóticos del 1%, y una prevalencia actual del 0.5%. (6) 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% (7). 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 (8). Asimismo en el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Fronteras realizado en el 2005 se encontró que la prevalencia de vida de trastornos psicóticos es de 0,1% (9). Estas cifras deben ser vistas con cautela. Vale la pena notar que a nivel internacional las cifras de prevalencia del trastorno bipolar son significativamente más altas.

Saraceno B., et al., en la publicación "Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe" encuentran tasas de prevalencia de psicosis no afectivas y la esquizofrenia,

\* La hiperactividad dopaminérgica a nivel de los circuitos límbicos predispone al individuo a una mayor respuesta a los estímulos que llegan al Sistema Nervioso Central. Esta hiperactividad explicaría los síndromes de agitación psicomotriz, delusionales y alucinatorios.



1,4% (media) a 1,6% (mediana) de la población afectada en algún momento de la vida. Las prevalencias correspondientes al último año fueron de 1,0% (media) y 7,0% (mediana). No se hallaron diferencias importantes en función del sexo (10).

#### 4.3 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

##### A) Factores hereditarios

Hay una interacción cada vez más evidente entre la predisposición genética y los factores ambientales; es probable, que estos trastornos estén bastante determinados por la herencia; sin embargo, no todas las personas que tienen una historia familiar de trastorno psicótico desarrollarán la enfermedad. Por ejemplo la herencia explica cerca de la mitad de los casos de trastornos esquizofrénicos y cerca del 70% de los casos de trastorno bipolar, pero el gen o la combinación de genes responsables todavía no han sido identificados.

En la actualidad hay indicios de que ciertos genes (por ejemplo neureguline) podrían ser comunes a esquizofrenia y trastorno bipolar.

##### Relación gen-ambiente

Todo parece indicar que los factores de riesgo ambientales de tipo biológico y psicosocial sólo ejercen un efecto patogénico en personas que previamente 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 de 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 (11).



## B) Estilos de vida y medio ambiente

Los estilos de vida y el medio ambiente pueden cumplir un rol precipitante en la aparición de los trastornos psicóticos en las personas con predisposición de padecerlos.

Entre ellos tenemos:

- Familia disfuncional (no permiten el cambio y crecimiento de sus miembros; ejemplo: límites y roles no claros, conflictos conyugales, conflictos en la crianza de los hijos y/o conflictos fraternales, intromisión de la familia de origen, familias desligadas o muy rígidas, mensajes contradictorios).
- Violencia familiar: Abuso sexual, maltrato infantil.
- Eventos traumáticos (como producto de delincuencia, terrorismo y otros).
- Discriminación y estigma étnicos.
- Extrema pobreza, desnutrición, desempleo.
- Historia familiar de consumo de drogas.
- Falta de redes de soporte social.
- Migraciones.
- Eventos desencadenantes de mucha tensión (muerte de un familiar, embarazo no deseado, accidentes, enfermedad física, divorcio, abandono familiar).
- Desastres naturales.
- Exposición a intoxicaciones; por ejemplo con mercurio, plomo, u otros.

## 4.4 CUADRO CLÍNICO

Grupos de signos y síntomas relacionados con la patología psicótica

- Pérdida de contacto con la realidad.
- Ausencia de conciencia de enfermedad.
- Ver, escuchar, sentir o de alguna manera percibir cosas que de momento no existen (alucinaciones).
- Pensamientos y/o lenguaje incomprensible (hablar cosas sin sentido).
- Ansiedad marcada.
- Alucinaciones auditivas comandatorias (voces que le dan orden de agredir o de autoagredirse).
- Conductas extrañas (mutismo, reírse solo sin motivo, hablar solo, coleccionar cosas inservibles, maquillaje exagerado e inapropiado para la ocasión, vestimenta inadecuada fuera del contexto etc.).
- Miedo o sospechas infundadas.
- Rostro inexpresivo.
- Descuido en el aseo y arreglo personal.
- Aislamiento.
- Agresividad física y verbal.
- Pérdida de interés en las actividades que cotidianamente las realizaba sin causa aparente.
- Trastornos en el sueño (insomnio, hipersomnía).
- Deambulaciones.
- Ideas de grandeza, daño, místicas.
- No correspondencia entre el pensamiento y la emoción.

**Debemos enfatizar la necesidad de diferenciar estas manifestaciones clínicas de las manifestaciones culturales.**

Como se ve, el cuadro clínico es abigarrado pero en ciertos casos la presentación puede ser oligo o monosintomática. Lo esencial es que ocurra una ruptura evidente con la realidad y para ello debe evidenciarse delusiones y/o alucinaciones.

## DIAGNÓSTICO

- Criterios de diagnóstico

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



P.M. ABAD B. 4.5



En caso de una psicosis orgánica el periodo de presentación del cuadro clínico puede ser breve (minutos o pocas horas); ya que podría tratarse de algún tipo de intoxicación (alcohol, plomo, mercurio); donde debemos precisar la naturaleza orgánica del cuadro; mientras que en las psicosis funcionales el periodo de presentación es no menor de varias semanas como promedio.

- Diagnóstico diferencial

Debe tenerse presente casos de simulación en situaciones con implicancia legal que busquen algún tipo de beneficio.

#### 4.6 EXÁMENES AUXILIARES

Los exámenes auxiliares son generalmente útiles para diferenciar las llamadas psicosis orgánicas de las funcionales. En este sentido las pruebas de laboratorio y neuroimágenes deben ser aplicadas de acuerdo al juicio clínico. Un resultado negativo no descarta de plano una causa biológica de una psicosis.

Donde haya profesionales psicólogos para la evaluación psicológica se sugiere el Test de Asociación de Palabras, pruebas proyectivas (Test de la Figura Humana de Karen Machover, El Hombre Bajo la Lluvia, Test de Rorschach); y el Test Multifacético de la Personalidad de Minnesota, en su versión abreviada (Mini-Mult).

#### 4.7 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

##### 1 Medidas generales, preventivas y complementarias

###### Generales

- Reducir el tiempo de presentación de los síntomas psicóticos evita consecuencias sociales-negativas y posibilita la relación de ayuda a diferencia del trastorno ya instalado.
- La intervención temprana implica la detección precoz y la derivación oportuna en función de las posibilidades del establecimiento.
- Identificado el síndrome, conviene evaluar los riesgos asociados.
- Chequear si hay además sintomatología depresiva, riesgo suicida o abuso de sustancias.

###### Complementarias

Al dirigirse al paciente:

- Hablar en tono adecuado y escucharle con respeto
- No tratar de convencerlo de sus falsas percepciones en caso que esté con esos síntomas
- Evitar actitudes negativas como la crítica hostil y la sobreprotección
- No retarlos, no desafiarlos
- No descalificar, recordar que sus manifestaciones son reflejo del padecimiento que está experimentando.
- Observar, en todo momento, su conducta verbal como la no verbal (gestos, tono de voz, apariencia, aseo personal)
- Preguntar por la ingesta de algún tipo de medicamento o sustancia que explique los síntomas observados.

Al dirigirse al familiar:

- Dar información que les permita comprender el trastorno, y la necesidad de iniciar y/o continuar el tratamiento.
- Identificar y reforzar las fortalezas de la familia para brindar soporte.
- Enseñar actitudes saludables hacia el paciente



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PSICOSIS  
EN EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

- Instruir sobre algunos procedimientos para conducir y proteger al paciente (alejarse de objetos punzo-cortantes, inflamables que puedan causar daño).
- Señalar que son inconvenientes tanto la crítica como la sobreprotección
- Una actitud firme y comprensiva ayuda mucho.
- Establecer alianzas entre la familia, el usuario y el personal de salud.

Preventivas

Para la prevención de las psicosis se toman las siguientes orientaciones:

- En la formación de familias saludables
  - prevención de las violencias y agentes estresores con firmeza y afecto
  - formación de habilidades y destrezas para la interacción familiar saludable adaptándola a las etapas de cambio.
  - desarrollo de la autoestima de los miembros de la familia.
  - desarrollo familiar integral.
  - evitar el consumo de drogas.
- En la Institución educativa
  - prevención de las violencias y agentes estresores.
  - respeto a los derechos del niño y adolescente.
  - desarrollo de la autoestima en la comunidad educativa.
  - intervención oportuna y temprana a los alumnos con bajo rendimiento escolar y en riesgo social.
  - capacitar a los docentes en salud mental para la identificación y soporte al estudiante.
- En la política social
  - la defensa de los grupos de población con alto índice de riesgo (poblaciones en situación de extrema pobreza, estigmatizadas, víctimas de violencia política, desplazados, poblaciones en riesgo de desastres, etc.)
  - la extensión del apoyo social informativo y emocional a toda la población, en particular a los grupos familiares densos y de nivel educacional bajo.
  - fortalecimiento de redes de soporte social.
- En la acción sanitaria
  - fomento de estilos de vida saludables.
  - participación organizada de todo el equipo de salud y la población.
  - integración e interacción con grupos de soporte social y la comunidad.
  - psicoeducación a la familia y a la comunidad en búsqueda de una mejor calidad de vida a las personas con síndromes psicóticos.
- En el trabajo
  - fomentar medidas preventivas para evitar actividades ocupacionales que desencadenen trastornos psicóticos (ambientes laborales estresantes, exposición a sustancias tóxicas como el mercurio, entre otros).

**2. Terapéutica**

**NIVEL I-1 (sin personal médico)**

Objetivos:

Promoción de estilos de vida saludables.

Prevención de situaciones que generen vulnerabilidad; por ejemplo la violencia, maltrato, discriminación, consumo de alcohol u otras drogas.

Identificación precoz de casos con síndrome psicótico aplicando el cuestionario de auto reportaje (ver anexo 1).

Referencia de casos a niveles de mayor complejidad.



P.M. ABAD B.





## GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PSICOSIS EN EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Motivación y educación a los familiares de quienes se haya encontrado puntajes que ameritan atención médica, a fin de que asistan al establecimiento de referencia. Seguimiento de los casos contrarreferidos por el nivel superior.

Consejería familiar.

Programas psicoeducativos

Modalidades de Atención: no médica

Criterios de referencia: Identificación del problema y derivación a establecimientos de salud de categorías I-2, I-3, I-4, II-1, II-2, y III-1.

Pacientes con agitación psicomotriz deberán ser referidos a establecimientos que cuenten con médicos acreditados para el uso de la guía.

Pacientes con síndrome psicótico e ideación suicida deben ser derivados a establecimientos con psiquiatra y servicio de hospitalización o instituciones especializadas; priorizando accesibilidad geográfica de atención médica.

### **ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Categorías I-2, I-3, I-4 y II- 1: con médico no psiquiatra**

#### **Objetivos:**

Promoción de estilos de vida saludables.

Prevención de situaciones que generen vulnerabilidad; por ejemplo la violencia, maltrato, discriminación, entre otras.

Identificación precoz de casos con síndrome psicótico aplicando el cuestionario de auto reporte (SRQ), validado en nuestro país.

Explicar naturaleza del problema a familiares.

Brindar apoyo emocional.

Referencia de casos más severos a niveles de mayor complejidad.

#### **Intervención del equipo interdisciplinario**

- Detección temprana
- Promoción de estilos de vida saludables
- Seguimiento de pacientes
- Organización de grupos de soporte para pacientes y familias que sufren de este trastorno.
- Implementar acciones de rehabilitación psicosocial.
- Entrenamiento en habilidades sociales
- Estructuración del tiempo con actividades tendientes a normalizar las actividades productivas del individuo
- Psicoeducación
- Visitas domiciliarias
- Formación de clubes de pacientes
- Fortalecimiento de talleres ocupacionales y laborales

Complementaria al tratamiento farmacológico es necesaria la rehabilitación psicosocial, y cuanto más temprano se inicie favorecerá la promoción de la calidad de vida a la que tiene derecho la persona afectada por una psicosis.

#### **Intervención del médico**

Como principio debe tenerse en cuenta que muchos procesos psicóticos se desarrollan lenta y progresivamente a lo largo del tiempo por lo que su reconocimiento y diagnóstico tempranos son de competencia del médico especialista en psiquiatría. Sin embargo, la realidad de nuestro país nos conduce a la elaboración de guías que permitan una atención de calidad a la población contando con médicos no especialistas debidamente capacitados y acreditados para que desarrollen esta actividad en el primer y segundo nivel de atención integrados en una red de servicios con el asesoramiento de un médico psiquiatra.



En algunos casos el síndrome psicótico es agudo y evidente, en la forma de un "brote". En estas situaciones la experiencia psicótica suele ser aterradora para el paciente y los seres del entorno inmediato y constituye una emergencia médica.

Cada vez hay un mayor consenso en el sentido de que cuanto más precozmente se trata farmacológicamente un proceso psicótico "funcional", mayores son las posibilidades de una evolución favorable. Lo ideal es prevenir la instalación del "brote" pero en la actualidad esto está en etapa de activa investigación por lo que el esfuerzo real en el campo médico práctico constituye la resolución del episodio agudo a la brevedad posible

#### **Abordaje farmacológico del episodio psicótico**

Por la naturaleza misma del trastorno es inusual que el paciente acepte y/o comprenda su situación; pero, aún así, hay enfermos que pueden finalmente ser persuadidos por el médico para iniciar tratamiento farmacológico. En cambio hay otros pacientes que rechazan la medicación y seguramente tendrá que solicitarse la autorización de los familiares para iniciar el tratamiento.

También, por la naturaleza misma de la enfermedad, algunos pacientes pueden llegar a la consulta médica en un estado de agitación psicomotriz con o sin elementos de violencia asociados. En esta situación es imperativo iniciar primero las medidas terapéuticas y luego, en la medida de lo posible, completar la historia clínica y los procedimientos diagnósticos.

**En casos en que se cuente con la colaboración del paciente (y familiares) se recomienda el siguiente esquema:**

Risperidona            1 mg via oral desayuno  
                                      2 mg via oral cena

Este esquema debe mantenerse 4 semanas ininterrumpidamente. Si el puntaje de la Clinical Global Impresión (CGI) (ver anexos) en severidad es mayor o igual a 4, y en mejoría es igual o menor de 3 al final de la cuarta semana, la dosis puede ser incrementada hasta 6 mg. por 2 semanas adicionales. Si no se produjera mejoría evidente, referir al paciente al psiquiatra.

Eventualmente Risperidona puede producir síndrome parkinsoniano. En este caso agregar Biperideno 5-10 mg/día.

---

**Nota: en ningún caso se debe sobrepasar esta dosis, salvo indicación del médico psiquiatra**

---

#### **En casos en que no se cuente con la colaboración del paciente**

Se recomienda el siguiente esquema:

Haloperidol 5mg – 10 mg intramuscular/día por 3 días

Al cabo del tercer día intentar pasar al esquema anterior siguiendo las pautas ofrecidas.

El Haloperidol generalmente produce síndrome parkinsoniano. Utilizar Biperideno de acuerdo a lo señalado.

Ciertos pacientes llegan a la consulta excesivamente agitados y/o violentos. Usar como coadyuvante diazepam 10 mg endovenoso lento cada 4 horas, previo control de funciones vitales, por 3 días como máximo. Si fuera necesario se puede continuar con diazepam por vía oral por un lapso de dos meses.

Si el paciente no puede ser continuado en el régimen de Risperidona, referirlo al psiquiatra.

Todo paciente que presente un síndrome psicótico debe ser evaluado por un psiquiatra dentro de los 2 meses siguientes al inicio del tratamiento.



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PSICOSIS  
EN EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Se debe reevaluar periódicamente la necesidad de continuar con biperideno en caso se haya prescrito.

Los pacientes que hayan recibido el diagnóstico de un trastorno psicótico "funcional" necesitan monitoreo médico indefinido.

Todo paciente que intente el suicidio o amenace con hacerlo debe ser visto a la brevedad posible por el psiquiatra.

**ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Categoría II- 2: con médico psiquiatra**

**Objetivos:**

- Promoción de estilos de vida saludables.
- Prevención de situaciones que generen vulnerabilidad; por ejemplo la violencia, maltrato, discriminación, entre otras.
- Identificación precoz de casos con síndrome psicótico aplicando el cuestionario de auto reporte (SRQ), validado en nuestro país.
- Explicar naturaleza del problema a familiares.
- Atención especializada.
- Hospitalización.
- Referencia de casos más severos a niveles de mayor complejidad.

**Criterios para hospitalización**

- Riesgo de auto o hetero agresión
- Casos refractarios al tratamiento
- Cuando no es posible la administración de la medicación en forma ambulatoria

**Medicación**

- Eventualmente la Risperidona puede producir síndrome parkinsoniano. En este caso agregar Biperideno 5-10 mg/día.
- El Haloperidol generalmente produce síndrome parkinsoniano. Utilizar Biperideno de acuerdo a lo señalado.
- En los casos de psicosis esquizofrénica crónica es recomendable el uso de medicación antipsicótica de depósito a base de decanoato de flufenazina en dosis de 25 a 50 mg cada 15 a 30 días por vía intramuscular. Este régimen es particularmente útil en pacientes que rechazan la medicación oral porque asegura la adherencia al tratamiento, con lo cual aumenta la posibilidad de que se logre una recuperación sostenida. Hay evidencias que indican que con cada recaída psicótica aumentan los mecanismos neurodegenerativos asociados a esquizofrenia. Otro argumento a favor del uso de medicación de depósito es la posibilidad de que el paciente tenga procesos metabólicos extensos disminuyendo las concentraciones del antipsicótico por vía oral; en este sentido, la vía intramuscular evade el proceso de primer paso metabólico hepático. Finalmente, los estudios señalan también beneficios económicos.

**Signos de alarma**

Debido al uso de antipsicóticos, debemos estar alerta ante la eventual aparición del síndrome neuroléptico maligno o de la diskinesia tardía, que son entidades poco frecuentes pero que requieren de intervención especializada urgente.

Las manifestaciones a las que debemos estar alertas son:

- Alteración del estado de conciencia
- Fiebre
- Convulsiones
- Movimientos involuntarios, que no son controlados por antiparkinsonianos



### **Criterios de Alta**

En el caso de las psicosis orgánicas se deberá tener en cuenta si éstas son agudas (intoxicaciones, puerperales, reactivas, entre otras) en cuyo caso los antipsicóticos se indicarán por un periodo breve, hasta que los síntomas hayan remitido; en el caso de psicosis orgánicas crónicas, la medicación se indica por un periodo prolongado.

Usualmente en el caso de las psicosis funcionales, el tratamiento de mantenimiento será prolongado, por lo que se enfatizará el seguimiento y educación a la familia.

### **Pronóstico**

El pronóstico será alentador en relación a:

- Tratamiento precoz y sostenido
- Apoyo familiar
- Medidas protectoras de la calidad de vida
- Rehabilitación de funciones que se hayan alterado
- Reforzamiento de las funciones indemnes
- Movilización de las redes de soporte social.

## **4.8 COMPLICACIONES**

Algunos casos de psicosis podrían presentar complicaciones como:

### **a. Riesgo de suicidio** (Consultar "Guía de Práctica Clínica en Conducta Suicida" aprobada por R.M. N° 648-2006/MINSA)

Los pacientes con trastorno psicótico presentan mayor riesgo de suicidio que la población general, el 10% se suicidan y entre el 20 y 40% llevan a cabo al menos un intento durante el curso de la enfermedad.

Son factores de riesgo:

- Sexo masculino
- Asociación de síntomas depresivos
- Desempleo
- Alta reciente del hospital

### **b. Agitación Psicomotriz:**

Es un cuadro de hiperactividad motora y psíquica con aumento incontenible de la movilidad física y una sensación de tensión intensa (pudiendo llegar a la agresión física).

Signos y síntomas característicos:

- Signos de ansiedad
- Insomnio severo
- Inquietud motora
- Elevación del tono de voz
- Lenguaje amenazante
- Discusión con las personas de su entorno
- Golpear contra objetos
- Tensión en la expresión facial y los miembros

### **c. Conducta violenta**

Conducta mediante la cual una persona demuestra que puede ser física y emocionalmente lesiva a sí misma y a otros. Generalmente se acompaña de agitación psicomotriz.

Recomendaciones para la contención de la agitación psicomotriz y la conducta violenta:

- Hablar con el paciente y reconducir la situación evitando la pérdida de control y la explosión de la agresividad.
- En la entrevista el personal (el que tenga mejor relación con el paciente) intentará centrar al paciente y evitar dispersar su atención.



## GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PSICOSIS EN EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

- Considerar si los acompañantes ejercen una influencia estabilizadora o desestabilizadora.
- Durante la intervención debemos preocuparnos por nuestra propia seguridad, guardando una distancia segura y de frente al paciente, eliminando objetos peligrosos del entorno.
- Mantendremos la calma y el control de la situación.
- Nuestra actitud será siempre de empatía, mostrándole respeto, hablando despacio, con tono de voz firme pero no autoritaria, sin provocaciones ni juicios de su conducta.
- Facilitaremos que hable cuidando el lenguaje no verbal de nuestro cuerpo.
- En caso de agresividad no controlable, se sugiere la contención mecánica por el menor lapso posible. Para lo cual debe establecerse la coordinación con cuatro miembros del personal que harán sujeción de cada una de las extremidades.

### 4.9 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA

Se deriva a un nivel de complejidad mayor:

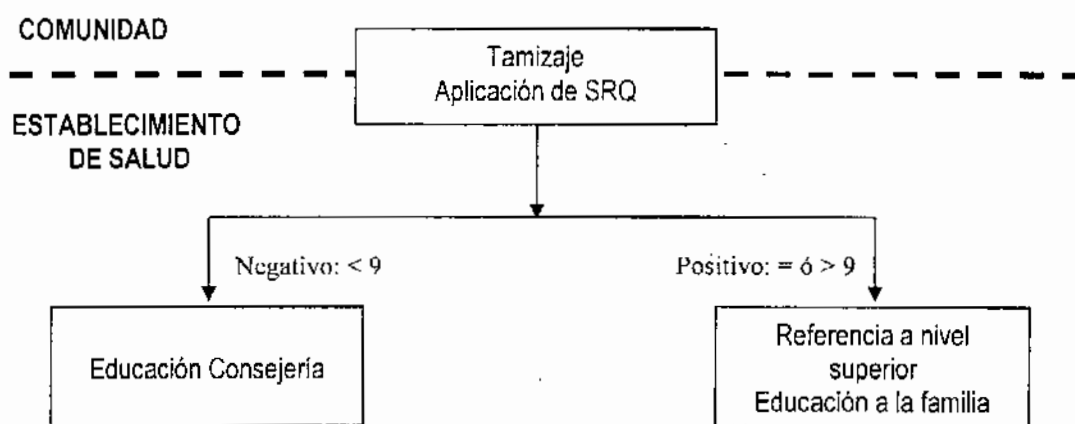
- Cuadros con heteroagresividad.
- Falla en la respuesta terapéutica (resistencia a tratamiento).
- Conductas suicidas. Conductas homicidas.
- Comorbilidad con farmacodependencias (tabaco, alcohol y drogas ilegales).
- Complicaciones físicas (obesidad, problemas médico quirúrgicos).

### 4.10 FLUXOGRAMA

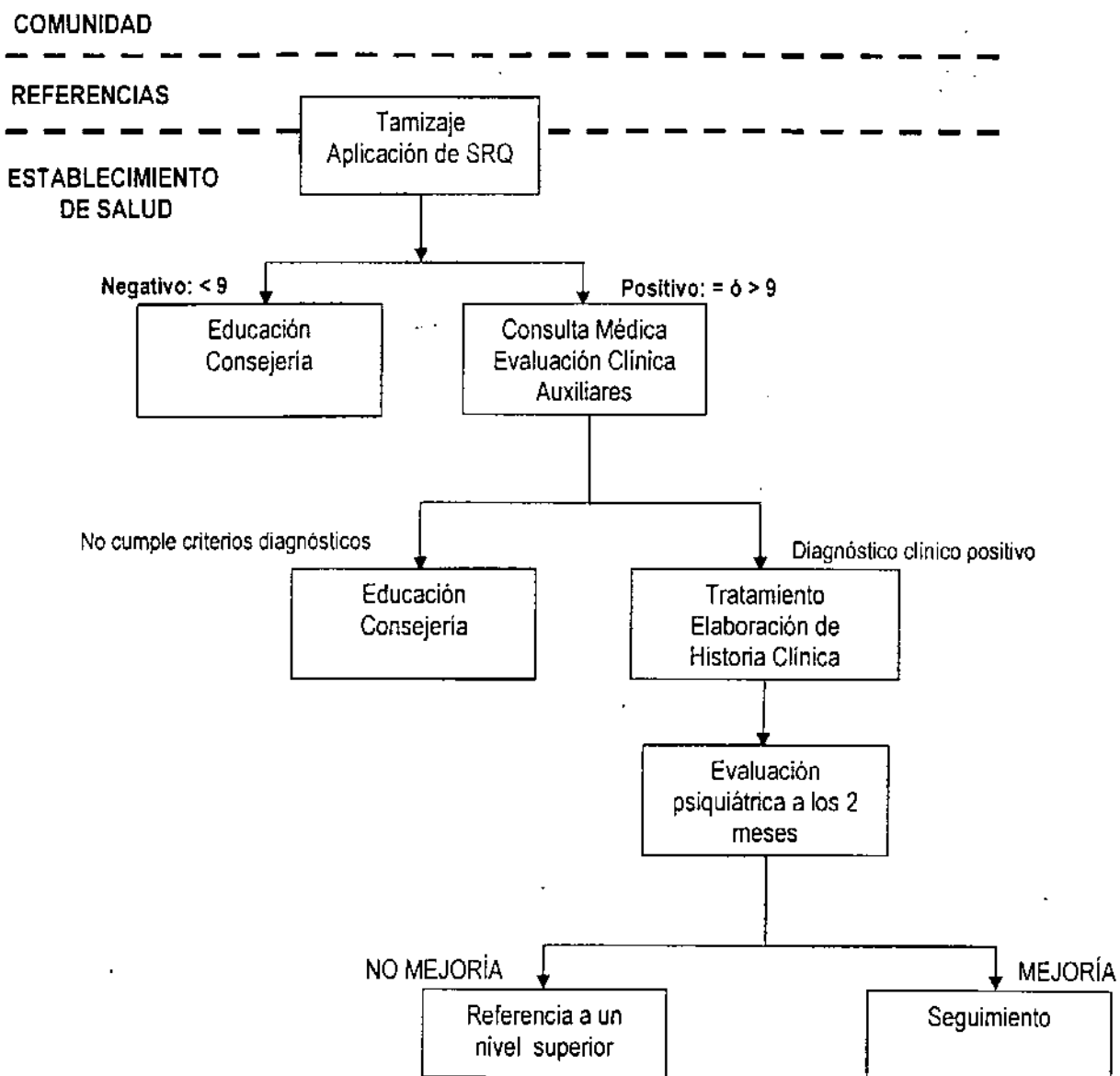
Diagrama de flujo que establece gráficamente los pasos a seguir desde el diagnóstico, el tratamiento hasta el alta del paciente.



FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN NIVEL I-1



FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN NIVEL II-1



#### 4.11 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud: Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Meditor, Madrid, 1992.
2. Chow T., Cummings JL. Neuropsychiatry: Clinical Assessment and Approach to Diagnosis. En Comprehensive Textbook of Psychiatry, Sadock B, Sadock V (eds). Lippincott Williams Wilkins, Philadelphia, 2000.
3. Gottesman I.: Schizophrenia Genesis. The Origins of Madness. Freeman & Company, New York, 1991.
4. Abi-Dargham A.: Do we still believe in the dopamine hypothesis. New data bring new evidence. The International Journal of Neuropsychopharmacology 7: 51-55, 2004.
5. Carlsson A, Lecrubier Y: Progress in Dopamine Research in Schizophrenia. Taylor & Francis, London, 2004.
6. Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi": Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental 2002. Informe General. en Anales de Salud Mental XVIII 1-2, 2002.
7. Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi": Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana 2003. Informe General en Anales de Salud Mental XIX 1-2, 2004.
8. Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi": Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana 2004. Informe General. en Anales de Salud Mental XIX 1-2, 2005.
9. Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi": Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Fronteras 2005. Informe General. en Anales de Salud Mental XXII 1-2, 2006.
10. Saraceno B, Saxena S, Caraveo-Adnuaga JJ, Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L. "Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe": asunto prioritario para la salud pública. Revista Panamericana de Salud Pública. 18(4-5):229-240, 2005
11. Jones P, Buckley P: Schizophrenia. Elsevier. London (2006).
12. Véliz, José; Validez y Confiabilidad del Cuestionario de Auto-reportaje de Síntomas (S.R.Q.) en personal de Sanidad de la Policía Nacional. Tesis de Maestría en Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima – Perú. 1996
13. Kwas Valle, Omar. Psicoeducación y Calidad de Vida en Esquizofrenia. Presentación en XVII Jornadas Científicas de la Sociedad Panameña de Psiquiatría - 1eras Jornadas de Actualización en Esquizofrenia de la Asociación Psiquiátrica de América Latina 2005.



P.M. ABAD B.

#### 4.12 ANEXOS





ANEXO 01

CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS:  
S.R.Q.-18 (12)

Fecha ..... Entrevistador: .....  
 Establecimiento: .....  
**IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:**  
 Nombre del paciente:.....  
 Fecha de Nacimiento: ..... Edad: ..... Sexo: M ..... F .....  
 Dirección:.....

**Motivo de consulta:**

.....  
 .....

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



**GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PSICOSIS  
EN EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**

no pueden oír?

- |     |  |    |    |                          |
|-----|--|----|----|--------------------------|
| 23. | ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua ó pérdida del conocimiento? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 24. | ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su Sacerdote, que Ud. estaba bebiendo demasiado?                              | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 25. | ¿Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido?   | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 26. | ¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo o en el estudio a causa de la bebida como beber en el trabajo o colegio o faltar a ellos?     | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 27. | ¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?  | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 28. | ¿Le ha parecido alguna vez que Ud. bebía demasiado?  | SI | NO | <input type="checkbox"/> |

**DETERMINACIÓN DE LA PUNTUACIÓN:**

El cuestionario tiene varias partes: Las primeras 18 preguntas se refieren a trastornos de leve o moderada intensidad como los depresivos, angustia o ansiosos y otros; nueve o más respuestas positivas en éste grupo determinan que el entrevistado tiene una alta probabilidad de sufrir enfermedad mental, y por lo tanto se le considera un "caso".

Las preguntas 19 a 22 son indicativas de un trastorno psicótico; una sola respuesta positiva entre éstas cuatro determina un "caso".

La respuesta positiva a la pregunta 23 indica alta probabilidad de sufrir un trastorno convulsivo.

Las preguntas 24 a 28 indican problemas relacionados con el consumo del alcohol; la respuesta positiva a una sola de ellas determina que la persona tiene alto riesgo de sufrir alcoholismo.

Cualquiera de estas posibilidades, o una combinación de las tres, indica que efectivamente se trata de un "caso".



ANEXO 02

Escala de Impresión Clínica Global

Nombre del paciente:

Historia Clínica N°

Gravedad de la enfermedad	Mejoría global
<p>Basándose en su experiencia clínica, ¿cuál es la gravedad de la enfermedad en el momento actual?:</p> <p>0. No evaluado 1. Normal, no enfermo 2. Dudosamente enfermo 3. Levemente enfermo 4. Moderadamente enfermo 5. Marcadamente enfermo 6. Gravemente enfermo 7. Entre los pacientes más extremadamente enfermos</p>	<p>Comparado con el estado inicial, ¿cómo se encuentra el paciente en estos momentos? (Puntúe la mejoría total independientemente de que a su juicio se deba o no por completo al tratamiento):</p> <p>0. No evaluado 1. Mucho mejor 2. Moderadamente mejor 3. Levemente mejor 4. Sin cambios 5. Levemente peor 6. Moderadamente peor 7. Mucho peor</p>

Fecha	Gravedad	Mejoría	Evaluador	Comentarios

