

# CURSO DE DETECCIÓN Y MANEJO DE PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS PARA MÉDICOS DE FAMILIA Y ATENCIÓN PRIMARIA



## PAPEL DE ATENCIÓN PRIMARIA ANTE PACIENTE PSICÓTICO

# Declaración de conflicto de intereses



# Recordando el punto de partida



**TRASTORNO PSICÓTICO**



ENFERMEDAD

**TRASTORNO BIOPSIICOSOCIAL**

# Recordando el punto de partida



**TRASTORNO PSICÓTICO**



“BROTE”

**DIAGNÓSTICO TARDIO**

# SALUD MENTAL



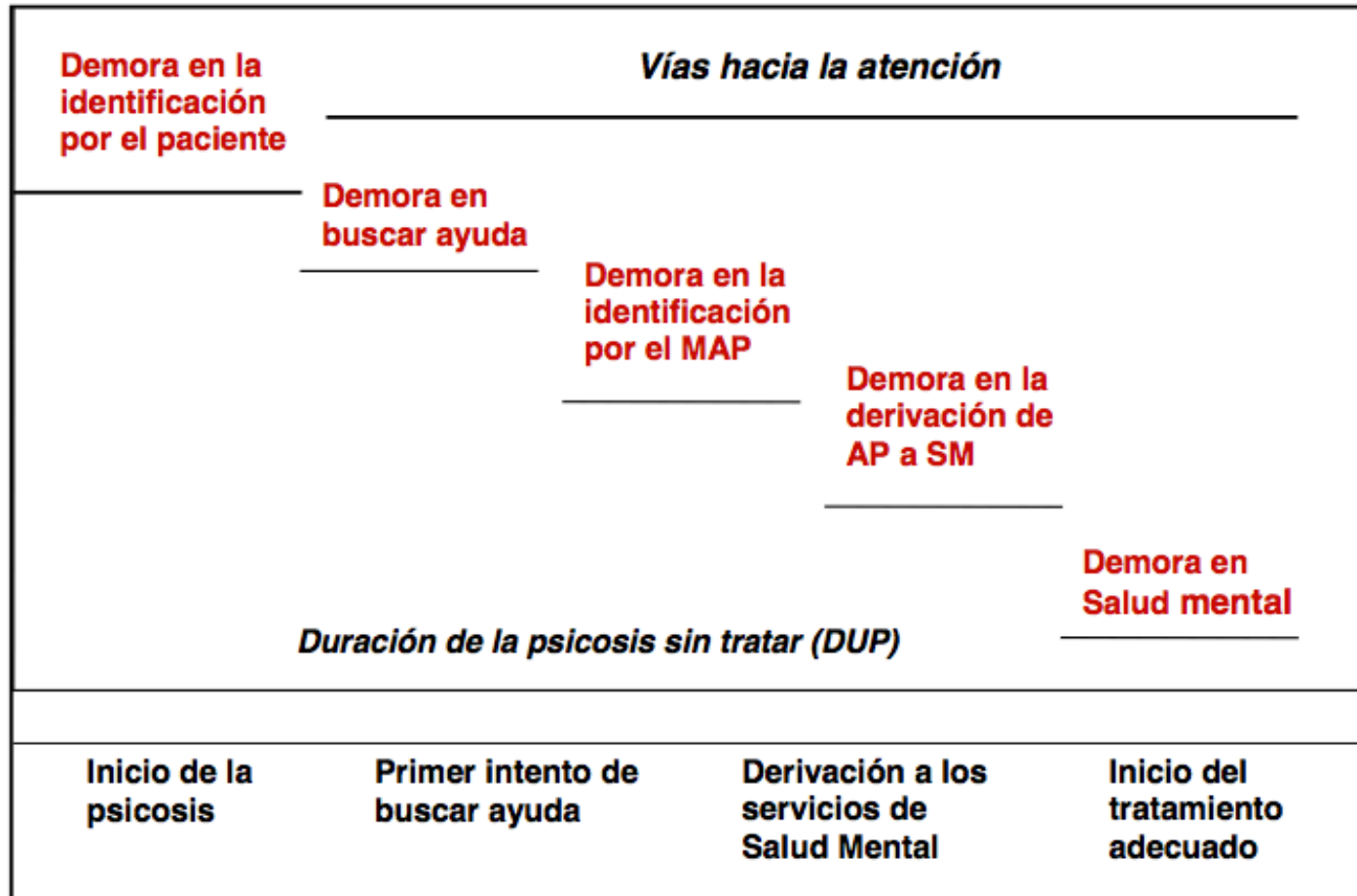
- Capacidad de amar, trabajar, disfrutar y tolerar” Bofill y Tizón, 1994
- Capacidad de cuidarse de sí mismo y de cuidar la relación con los demás folleto del PAPPS-SM, 2003

# Clasificación DSM V

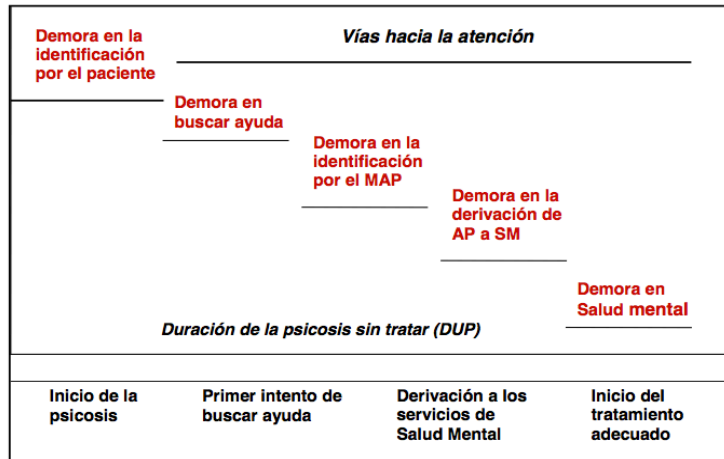
- ▶ Trastornos del desarrollo neurológico
- ▶ Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
- ▶ Trastorno bipolar y trastornos relacionados
- ▶ Trastornos depresivos
- ▶ Trastornos de ansiedad
- ▶ Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados
- ▶ Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés
- ▶ Trastornos disociativos
- ▶ Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados
- ▶ Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos
- ▶ Trastornos de la excreción
- ▶ Trastornos del sueño-vigilia

- TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO
- TRASTORNO DELIRANTE
- TRASTORNO PSICÓTICO BREVE
- TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME
- ESQUIZOFRENIA
- TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO
- TRASTORNO PSICÓTICO INDUCIDO POS SUSTANCIAS/MEDICAMENTOS
- TRASTORNO PSICÓTICO DEBIDO A OTRA CAUSA MÉDICA
- CATATONIA

## ***Componentes de la demora en el tratamiento de la psicosis (Adaptado de Brunet y Birchwood, 2010)***



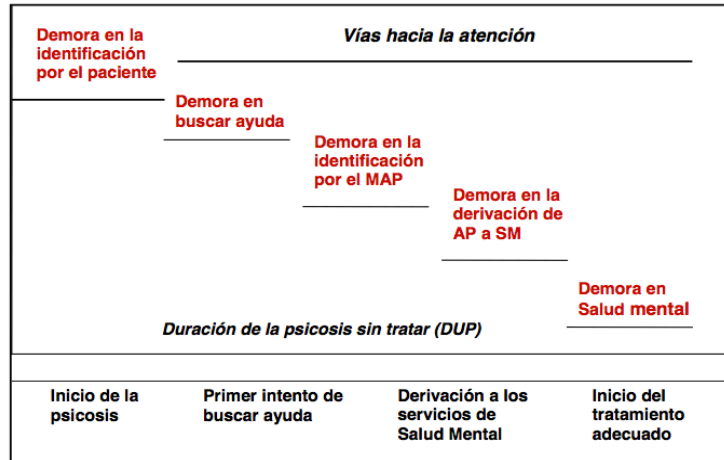
# CAUSAS DE LA DURACIÓN DE LA PSICOSIS NO TRATADAS



- Negación de la enfermedad por parte del paciente y la familia.
- Sintomatología negativa con pérdida de motivación.
- Retracción y aislamiento de los amigos y parientes.
- Visión paranoide ante los tratamientos de la salud mental.

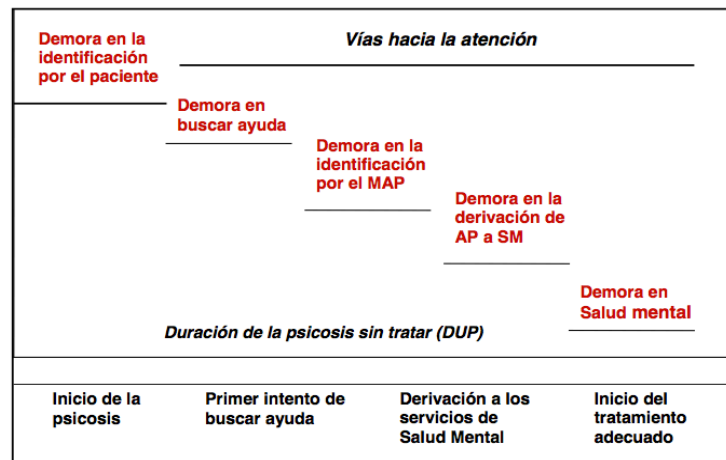


# CAUSAS DE LA DURACIÓN DE LA PSICOSIS NO TRATADAS



- Delirios.
- Alucinaciones.
- Pensamiento desorganizado (discurso).
- Conducta motora severamente desorganizada (incluye catatonía).
- Síntomas negativos.

# CAUSAS DE LA DURACIÓN DE LA PSICOSIS NO TRATADAS



- ALOGIA.
- APLANAMIENTO AFECTIVO/AFECTO ROMO.
- ANHEDONIA.
- ASOCIALIDAD.
- ABULIA.



**TABLA 1. Síntomas prodrómicos en el inicio del trastorno**

Menor capacidad de concentración y atención

Falta de interés por las cosas y las personas, falta de deseos y motivaciones

Estado depresivo atípico, prolongado en el tiempo

Trastornos del sueño, con tendencia a la inversión de los horarios

Irritabilidad, tensión y nerviosismo difícilmente explicables

Episodios de ansiedad generalizada

Retraimiento social intenso, de meses de duración

Deterioro en el funcionamiento habitual relacional, social, escolar, familiar...

Consumo continuado de *cannabis*, alcohol u otras drogas, con patrones de consumo especiales

Preocupación absorbente por temas paranormales, abstractos, religioso-morales, extraños, abstrusos, incomprensibles para los que le rodean

Desconfianza, ideas paranoides

Derivada de las muestras australianas de Edwards y McGorry, 2004.



**TABLA 2. Síntomas prodrómicos más frecuentes en el inicio del trastorno y de las recaídas**

Ideación delirante	Percepción megalomaniaca Ideas paranoides de persecución Delirio de referencia
Alteraciones de conducta	Conducta extravagante Conducta desorganizada (vagabundeo o pérdidas del control) Pelears
Alteraciones del estado de ánimo	Hipomanía, manía Excitación Agitación Inquietud
Retraimiento	Aislamiento social Fobia social
Problemas relacionales	Problemas de pareja o familia Problemas laborales o estrés en el trabajo Alteraciones en las relaciones sexuales

Recogidos retrospectivamente en una muestra de pacientes de Barcelona.

**TABLA 1. Criterios de sospecha de estado mental de alto riesgo (EMAR) de psicosis en atención primaria de salud**

1. Descenso importante del rendimiento social. Si utilizamos la escala GAF (Global Assessment of Functioning) del DSM-IV, constatamos que algún año ese descenso ha sido mayor del 30%
2. Riesgo familiar: el sujeto ya manifestaba hace tiempo rasgos de personalidad "rara" (esquizotípica, esquizoide) y/o tiene un familiar directo con psicosis
3. Síntomas psicóticos atenuados: delirios, desorganización conductual, conducta alucinatoria, excitación, grandiosidad o suspicacia/perjuicios que se manifiestan a días u horas y con una intensidad que no acaba de desbordar las capacidades de juicio de realidad del paciente
4. Síntomas psicóticos intermitentes breves. Esos síntomas son ya más claros, más graves, rompen manifiestamente el juicio de realidad, aunque no se mantienen más de 1 semana
5. Resultado positivo en los cuestionarios de cribado para detectar factores de EMAR, como el ER1raos
6. Acumulación de factores de riesgo (recogidos clínicamente), según los enumerados en el programa preventivo en salud mental del PAPPS, según el Programa del Niño Sano, o con cuestionarios ad hoc como el LISMEN
7. Desvinculación de las redes asistenciales regulares mientras la situación la conocen los organismos especializados, como los servicios de urgencia hospitalarios, los servicios de urgencia psiquiátricos, los equipos psicopedagógicos, los equipos de servicios sociales especializados, los equipos de justicia y bienestar social, etc.
8. Familia desestructurada, "en mosaico" y/o con funciones parentales gravemente deficitarias
9. Perturbaciones cognitivas (o consecuencias de éstas) que facilitan el abandono del trabajo o la escolaridad

Deben coexistir al menos 4 de los 8 criterios citados (entre ellos, al menos 2 de los 4 primeros)

# GUIA PRÁCTICA PARA MAPs PARA LA DETECCIÓN DE LA PSICOSIS



## FACTORES DE RIESGO

- a) **Edad:** adolescencia / 1<sup>os</sup> años de vida adulta
- b) En los **rasgos** del paciente:
  - Antecedentes familiares
  - Personalidad vulnerable (esquizoide, esquizotípica)
  - Problemas de adaptación previos
  - Retraso en las etapas del desarrollo
  - Antecedentes de lesión craneoencefálica
  - Bajo nivel intelectual
  - Antecedentes de complicaciones obstétricas
  - Nacimiento durante el invierno
- c) En la **situación** del paciente:
  - Acontecimientos vitales
  - Estrés psicosocial evidente
  - Abuso de sustancias (cannabis. )
  - Cambios subjetivos y funcionales

## SIGNOS Y SÍNTOMAS PRODRÓMICOS

- a) Cambios en el funcionamiento psico-social: deterioro en el trabajo o en los estudios, ***aislamiento social, pérdida de energía o motivación***
- b) Cambios conductuales: trastornos del sueño, alteraciones del apetito
- c) Cambios emocionales: depresión, ansiedad, tensión, irritabilidad, ira, cambios afectivos, ***percepción de cambios en el entorno, sensación de aceleración o enlentecimiento en el pensamiento***
- d) Cambios cognitivos: problemas de concentración o memoria, ***desconfianza, aparición de creencias inusuales***

SI UNA PERSONA PRESENTA ALGUNOS DE ESTOS **SIGNOS O SINTOMAS**, SI ADEMAS ES UN **ADOLESCENTE**, Y SI ESTAN PRESENTES ALGUNOS DE **LOS FACTORES DE RIESGO**, **CONTACTAR CON PSIQUIATRA-ENLACE** PARA INICIAR LA GESTION DEL CASO

# ETAPA PRODRÓMICA Y DETECCIÓN TEMPRANA



- El diagnóstico en etapa prodrómica conlleva el aspecto ético del SOBREDIAGNÓSTICO con el riesgo de estigmatizar.
- Sin embargo los **RIESGOS** son mínimos si el diagnóstico esta correctamente sustentado en la clínica, y las **VENTAJAS** de evitar el deterioro posterior son significativamente superiores a la posibilidad de error.



# AFECCIONES MÉDICAS QUE PUEDEN INDUCIR PSICOSIS

- Lesiones ocupantes de espacio
- Traumatismo craneal
- Infecciones
- Enfermedades endocrinas (Addison, tiroideas, hipofisarias, Cushing)
- LES y EM
- ACV
- Enfermedad de Huntington
- Enfermedad de Parkinson
- Migrañas
- Arteritis temporal
- Pelagra (niacina)
- Anemia perniciosa
- Porfiria
- Estados de abstinencia
- Delirium y demencia
- Deprivación sensorial





# DROGAS Y MEDICAMENTOS QUE PUEDEN INDUCIR SÍNTOMAS PSICÓTICOS

- Cocaína
- Fenciclidina
- LSD
- Mescalina
- Psilocibina
- Marihuana
- Alcohol

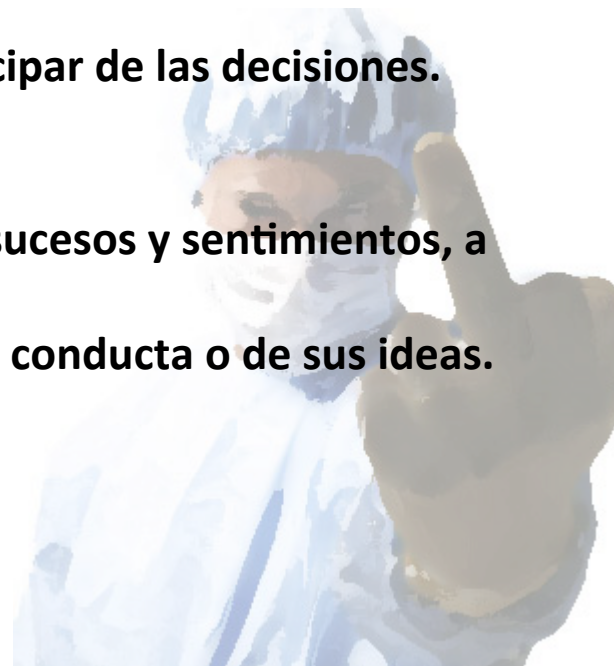


- Antibióticos
- Antidepresivos
- L-dopa
- Bromocriptina
- Amantadina
- Efedrina
- Fenilpropanolamina
- AINE
- Antihistamínicos
- Medicamentos para el corazón
- Hormonas tiroideas
- Agentes anticolinérgicos potentes



# ENTREVISTA

- ✓ **Expresar las ideas de manera breve y sencilla.**
- ✓ **Asegurarse de que el paciente nos ha escuchado y comprendido.**
- ✓ **Limitación clara de las conductas agresivas y pacto previo sobre lo tolerable/ intolerable.**
  
- ✓ **Mirar a los ojos, pero no fijamente ni de forma insistente.**
- ✓ **Cuidar los gestos.**
- ✓ **Preservar su dignidad: utilizar su nombre, hacerle participar de las decisiones.**
  
- ✓ **Distraerle de las preocupaciones delirantes.**
- ✓ **Si está confuso, ayudarle a poner nombres a las cosas, sucesos y sentimientos, a organizarse, separar, clasificar, etc.**
- ✓ **Si es necesario, no dude en hablar de la irrealidad de su conducta o de sus ideas.**
  
- ✓ **Ayuda o acompañamiento de familiar adulto, si puede.**





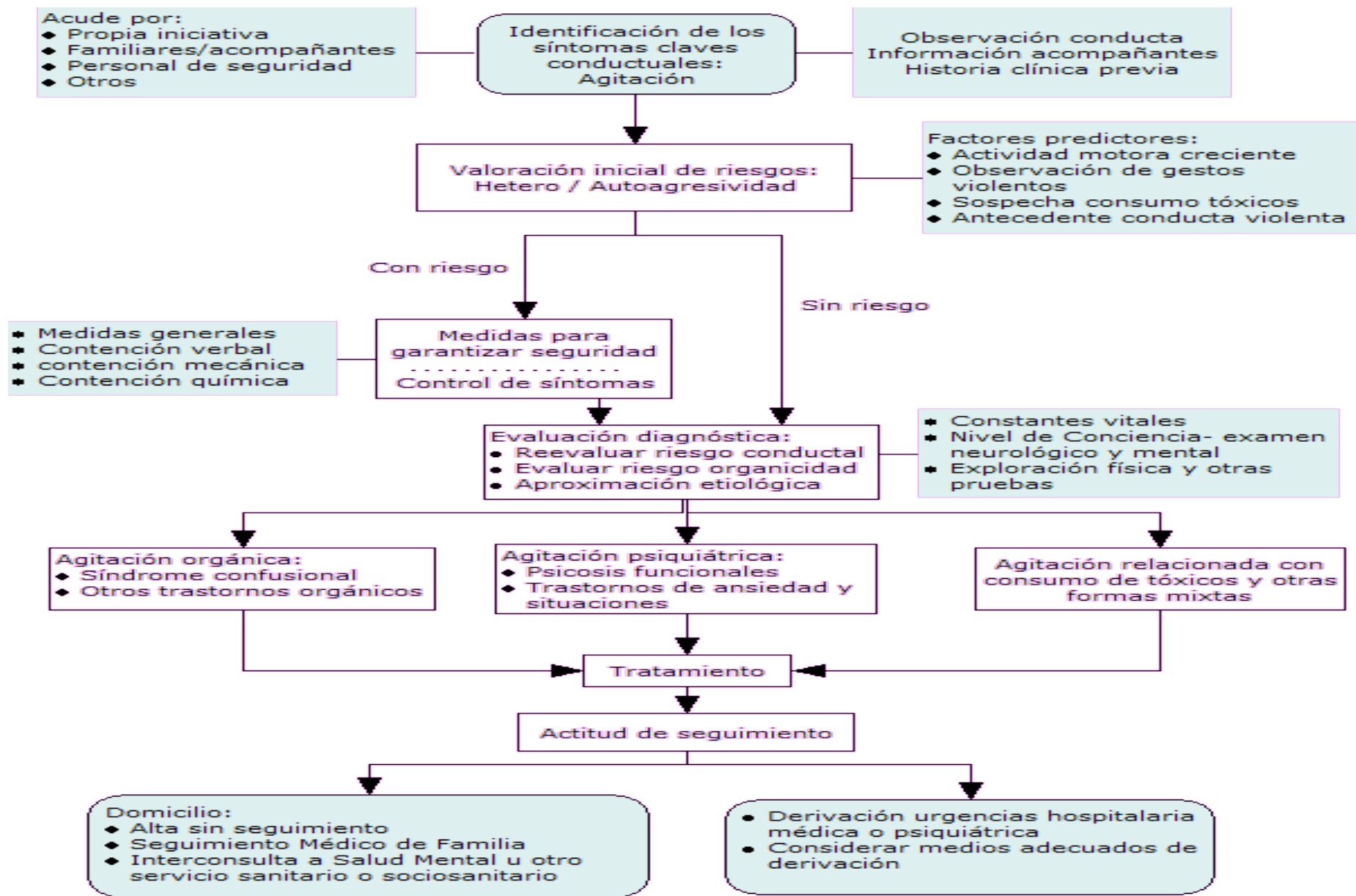
**Conductas  
agresivas**

**Higiene y cuidados  
corporales**

**Aislamiento social**



**Invalideces  
absolutas e  
incapacidades**



# FACTORES PRECIPITANTES DE LAS CRISIS



- Situaciones emocionales difícilmente elaborables.
- Acontecimientos vitales que producen ansiedad.
- Cambios notables en el nivel de estímulos recibidos.
- Sobreimplicación de la familia.
- Intrusiones de la familia en la intimidad del paciente.
- Subimplicaciones de la familia y allegados.
- Falta de confianza en el paciente.

# La FAMILIA



# La CULPA y la psicosis



- El dilema “la familia TIENE la culpa/la familia NO TIENE la culpa” es un falso dilema.
- Desde el punto de vista científico, hoy sabemos que la familia “casi siempre SIENTE culpa”.

# “Afrontando la necesidad de CAMBIAR”



- 1) “Es un tema complejo y no todo depende de la familia, ni mucho menos”.
- 2) “Con lo difícil que debe haber sido para ustedes”...
- 3) “Lo importante es qué podemos hacer a partir de ahora, qué cosas podemos cambiar para que todos sufran menos”.
- 4) Concretar pequeñas recomendaciones o cuestiones ya en ese momento o en los posteriores.





- Transmitir que es un trastorno basado en la omnipresente desconfianza y en la tendencia a perder la confianza en esas personas en las que se confía y a las que se necesita.
- Recordar que, como trastorno, la psicosis implica un trastorno de la identidad que le lleva a confundir sucesos mentales con sucesos externos.
- El paciente mantiene capacidades que no hay que cortocircuitar, sino estimular.
- Que invadirle y controlarle en todas sus intimidades, pertenencias y acciones no hace sino disminuir sus capacidades, su autoestima, su capacidad de autonomía y su sentido de identidad.
- Que es mejor una actitud de cuidado expectante, a una cierta distancia, sin intrusiones bruscas o excesivas.
- Procurar bajar el nivel de emociones violentas expresadas y disminuir el nivel de críticas y acusaciones al paciente, sin que ello signifique “darle la razón” o “protegerlo en todo”.
- Recomendar no comulgar con los delirios (ilusiones) del paciente. Pero también hemos de evitar que contradecirle lleve a discusiones interminables o emocionalmente encendidas.
- Importancia de comenzar cuanto antes el tratamiento y de que éste sea continuado.
- Que si hay dudas acerca de si utiliza drogas, o de que no cumple con la medicación, más que vigilarle a escondidas, es conveniente intentar el “pacto”.
- Transmitir que se trata de un trastorno que evoluciona con crisis y recaídas. Definir o a recordar los indicadores o señales de alarma.

# Lo que SUPONE para la familia



- La existencia de un paciente con psicosis en la familia es un importante factor de riesgo para su calidad biopsicosocial de vida.
- Componentes de ese descenso de la calidad de vida son los enormes dispendios socioeconómicos que el trastorno implica, el aumento de la incidencia en la familia de los trastornos mentales, la morbilidad somática, los riesgos de suicidio, etc.

# El EAP como colaborador del tratamiento



1. Cuidando que el tratamiento sea global, integral e integrado.
2. Ayudándoles a comprender el por qué de los diversos tratamientos y de sus efectos secundarios.
3. Monitorizando la continuidad del tratamiento integral y proporcionando oportunos refuerzos para que no se interrumpa.
4. Cuidados de la salud mínimos por parte del médico de familia o de enfermería de AP:
  - Analítica general al menos una vez por año (pruebas hepáticas, renales y tiroideas).
  - Cuidados de enfermería básicos.
  - Higiene sexual y reproductiva.
  - Tabaquismo.
  - Vigilar el sobrepeso y la obesidad.
  - Favorecer y recomendar el ejercicio físico.

- ✓ **Tolerar y recomendar que se toleren “estoicamente” las pequeñas agresiones: NO.**
- ✓ **Dada la gravedad del trastorno, dar bajas laborales largas de entrada, o no controladas.**
- ✓ **Olvidarse en estos problemas de atender especialmente a los “cuidados del cuidador”.**
- ✓ **Culpabilizar a la familia o a alguno de sus miembros.**
- ✓ **Desculpabilizar por sistema a la familia y no compartir con ella sus posibilidades de producir cambios y mejoras en el paciente y en el grupo familiar.**
- ✓ **Repartir consejos y orientaciones “al por mayor”: escuchar y contener suelen ser labores mucho más útiles por parte del médico de familia.**

- ✓ **No plantearse la visita domiciliaria en el caso de jóvenes “atrincherados” en su domicilio.**
- ✓ **Creer que el médico de familia no puede indicar un ingreso de un paciente con psicosis, ni voluntario ni involuntario. “Si la familia no lo pide, yo no puedo indicar el ingreso”.**
- ✓ **“Hasta que no se vea claro si es una esquizofrenia o no, no se puede hacer nada”.**
- ✓ **Cuando ya ha pasado el episodio psicótico, creer que “cuanto más tranquilo esté el paciente, mejor”.**
- ✓ **No hacer educación sanitaria sobre el abuso de drogas legales e ilegales y fármacos.**

En caso de dudas y  
temores fundados,  
preguntar, preguntar,  
preguntar... (y responder,  
responder, responder...)



*¡Muchas gracias!*