

## GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA EN ESQUIZOFRENIA

I.-Nombre y Codigo : Psicosis Esquizofrenica F20 CIE-10 OMS.

### **F20.0 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

## II.- DEFINICIÓN:

1.- **Definición :** " La esquizofrenia es una enfermedad compleja o grupo de trastornos caracterizados por alucinaciones, ideas delirantes , trastornos conductuales , funcionamiento social alterado y síntomas coexistentes, en lo que suele ser un sensorio por lo de mas claro."

### 2.- Etiologia :

#### **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

Incluirían el género, desventajas socioeconómicas y factores socio-culturales, cómo nacimiento en zonas urbanas, así cómo afecciones peri natales. Recientemente está cada vez más claro que cuáles son los factores de riesgo pero aún hace falta una mayor investigación en el estudio del funcionamiento pato fisiológico de los procesos más cercanos al inicio del síndrome.

Este segundo sistema de factores supuesto implica cualquiera procesos endógenos del sistema nervioso central (SNC) por ejemplo la disfunción neuronal creciente con una reducida conectividad, o candidatos extrínsecos tales como abuso de sustancias, infecciones virales y estresores en el desarrollo.

La especificidad de estos factores de riesgo supuestos para la esquizofrenia aún no está clara. Recientes avances en neurología, han puesto en evidencia un extenso descubrimiento de anomalías estructurales y la presencia de anormalidades funcionales leves en el CNS de la gente con esquizofrenia, aunque ningunos de éstos son específicos. Mientras se va confirmando que la esquizofrenia está asociada a unas disfunciones del cerebro y la esquizofrenia de hecho puede ser mirada firmemente una enfermedad del cerebro, todavía no hay pruebas de laboratorio que puedan confirmar el diagnóstico 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 tto. Cambios de riego y metabolismo cerebral en RMN y PET.
- **Teoría del neurodesarrollo en la adolescencia** con cambios en el desarrollo neuronal y crecimiento axonó-dendrítico.
- **Cambios neuroquímicos múltiples.**- Actividad dopaminérgica elevada, igualmente alteraciones en la nor-adrenalina, serotonina, sistemas colinérgicos, glutamatergicos, gaba y neuropeptidos.
- **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.

### **3.-Psicopatología del problema:**

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

01) 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 acompaña de síntomas delirantes como:

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

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

**b) Procesos del pensamiento :**

01) Capacidad disminuida para abstraer y generalizar.- (Concreto y personal).

02) Sobreinclusión.- inclusión de cantidad excesiva de conceptos en una oración o un tema.

03) Asociación inconexa.- Ideas abarcan temas no relacionados.

04) Pensamiento pobre.- escasa información a pesar de discurso abundante.

05) Bloqueo.- Interrupción brusca del discurso.

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

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

02) Ecolalia,- Repetición en eco de palabras o frases de otros.

03) Neologismos,- Palabras o expresiones inventadas.

04) Verbigeración.- Repetición sin sentido de una palabra o frase por días.

05) Mutismo,- Inhibición funcional del habla.

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

01) Ecopraxia.- Imitación de gestos y acciones de otros.

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

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

04) Estupor.- Inmovilidad de días o semanas.

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

06) Conducta excéntrica, inapropiada o imprevisible.

07) Deterioro de los modales y del aspecto general.

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

01) Alucinaciones auditivas.- Son las más comunes.

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

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

04) Alucinaciones cinestésicas.- Alteraciones en los órganos del cuerpo.

05) Hipersensibilidad a la luz o el ruido.

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

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

01) Afecto atenuado o chato.- Apático.

02) Anhedonia.- incapacidad de sentir algún tipo de sensación placentera.

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

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

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

01) Relación alterada con la realidad.- desrealización, despersonalización y confusión de la imagen personal.

02) Alteración de la regulación y control de los impulsos.- surgimiento de impulsos agresivos y sexuales sin control.

03) Alteración del pensamiento.

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

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

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

07) Función de Síntesis alterada.- no diferencia lo importante de lo trivial.

**h) Experiencia subjetiva del paciente:**

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

02) Aislamiento.- tendencia a aislarse, por ideas o alucinaciones.

03) Terror.- basada en las alucinaciones o delusiones.

04) Hipersensibilidad a los estímulos.- se siente fácilmente herido por rechazos leves.

05) 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.- Aspectos epidemiológicos importantes :**

- Incidencia igual entre hombres y mujeres.
- La edad de inicio es en adolescencia y adultez joven.
- El riesgo de vida para tener la enfermedad es de 0.9-1%.

### III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

a) **Predisposición genética:** 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%

b) **Medio ambiente familiar:** La existencia de familias con predominio de "emocion expresada" ( Intercambio de comentarios criticos, hostilidades o excesivo compromiso emocional), hacen que el paciente a pesar de un buen tto. recidive la enfermedad.

c) **Factores socioeconómicos y culturales :** La esquizofrenia prevalece en los grupos socioeconómicos mas bajos (Deriva social) y en los hijos de la primera generación de migrantes.

d) **Personalidad :** Antes de iniciar el cuadro los pacientes son descritos como personas retraídas, timidas, excéntricas, desconfiadas o excesivamente sumisas.

### IV. CUADRO CLÍNICO

1.- Grupos de signos y síntomas relacionados con la esquizofrenia:

SÍNTOMAS NEGATIVOS	SÍNTOMAS POSITIVOS
<p><b>Aplanamiento afectivo</b>            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><b>Alogia</b>            Pobreza del habla            Bloqueo            Aumento de la latencia de respuesta</p> <p><b>Abulia-Apatía</b>            Higiene personal insuficiente            Falta de persistencia en trabajo o escuela</p> <p><b>Anhedonia-Asociabilidad</b>            Escasez de intereses o actividades            Escaso interés sexual            Pocas relaciones con amigos y compañeros</p> <p><b>Atención</b>            Distrabilidad social</p>	<p><b>Alucinaciones</b>            Auditivas (generalmente, voces comentando o conversando)            Visuales            Olfativas-gustativas            Somáticas-táctiles</p> <p><b>Ideas delirantes</b>            De persecución            Celotípicas            De culpabilidad            Religiosas            Somáticas            De referencia            De control            De lectura de la mente            Eco, inserción, difusión del pensamiento</p> <p><b>Conducta extraña</b>            Alteración en conducta sexual y social            Agresividad, agitación            Conducta estereotipada, repetitiva            Alteración en vestido y apariencia</p> <p><b>Trastornos formales del pensamiento</b>            Descarrilamiento            Tangencialidad            Incoherencia            Circunstancialidad            Asociaciones sonoras</p>

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

B. Tardíos:

- Conducta bizarra.
- Abandono de hábitos higiénicos.
- Afecto inapropiado.
- Discurso vago y sobrevalorado.
- Pensamientos mágicos o peculiares.
- Discurso circunstancial.
- Percepciones inusuales.

CURSO:

1. Evolución final.- Por historia natural de la enfermedad :
  1. Episódicos con Sx. Residuales entre episodios.
  2. Episódicos con síntomas negativos prominentes
  3. Episódicos sin síntomas residuales entre episodios.
  4. Continuo con síntomas positivos o negativos
  5. Episodio único en remisión parcial o con síntomas negativos prominentes.
  6. Episodio único en remisión total.
  7. Otro tipo de configuración no específica.
  8. Los síntomas centrales de esquizofrenia se acompañan de otros síntomas como depresión, ansiedad, fobia y pánico que pueden perjudicar su evolución.

2. Pronóstico.- Indicadores :

De buen pronóstico :

- Inicio tardío.
- Factores precipitantes obvios.
- Inicio agudo.
- Buena adaptación social, sexual y laboral premorbida.

De mal pronóstico :

- Inicio precoz.
- No hay factores precipitantes
- Inicio insidioso.
- Escasa 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
- 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.

## V. DIGNÓSTICO

### Evaluación:

El diagnóstico de esquizofrenia es fundamentalmente clínico.

### Anamnesis:

- Edad, sexo, estado civil, religión y procedencia, ocupación.
- Tiempo de enfermedad.
- Síntomas principales
- Antecedentes de episodios anteriores y tratamientos recibidos.
- Estresores precipitantes actuales y previo s.
- Enfermedades previas y concomitantes así como medicación que recibe.
- Nivel de funcionamiento actual y previo.
- Evaluar soporte social.

### Examen Mental: ( Anexo I )

- Observación General
- Conciencia, Orientación y Atención
- Lenguaje
- Pensamiento
- Percepción
- Afectividad
- Voluntad
- Funciones Mentales Superiores
- Conciencia de Enfermedad

### Examen Clínico:

- Examen físico completo.

### 1. Criterios de Diagnósticos: Presencia de síntomas mas de 1 mes:

**Síntomas positivos:** alucinaciones (percepciones sin objeto o estímulo externo); Ideas delirantes (falsa creencia con ruptura de la realidad y donde el individuo tiene plena convicción de que lo que esta viviendo es cierto.); transtornos del curso formal del pensamiento y conducta bizarra.

**Síntomas negativos :** Aplanamiento afectivo, alergia y apatía.

**Trastorno de las relaciones sociales e interpersonales.**

**Según CIE-10.Criterios generales para el diagnostico de esquizofrenia :**

A) Al menos uno de los síndromes, signos o síntomas listados en el apartado ( I ) o bien por lo menos 2 de los síntomas y signos listados en ( II ) deben haber estado presentes , la mayor parte del tiempo durante un episodio de enfermedad psicótica por lo menos 1 mes de duración:

(I) Por lo menos uno de los siguientes:

a) Eco, inserción, robo o difusión del pensamiento.

b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia, o pasividad, referidas claramente al cuerpo, movimientos, pensamientos, acciones, o sensaciones o percepciones delirantes.

c) Voces alucinatorias que comentan, discuten, u otras voces que provienen de otras partes del cuerpo.

d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son propios de su cultura y que son inverosímiles.

(II ) Al menos 2 de los siguientes :

a) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad con ideas delirantes no muy estructuradas y fugaces, sin contenido afectivo claro o ideas sobrevaloradas ,o de presentación diaria por un mes.

b) Neologismos, interceptación o bloqueo del pensamiento que dan lugar a incoherencia o lenguaje circunstancial.

c) Conducta catatónica.

d) Sx. Negativos : Apatía, pobreza mímica, embotamiento, o incongruencia ideo afectiva.

B) Criterios de exclusión:

01) Si hay criterios que dan manía o depresión , los síntomas esquizofrénicos deben haberse presentado antes que los síntomas del humor.

02) El cuadro sicótico no es atribuible a causa orgánica cerebral o a intoxicación, dependencia o abstinencia relacionados a alcohol u otras drogas.

**CLASIFICACION:**

- i. **Tipo desorganizado o Hebefrenico.-** Caracterizado por: desorganización del habla y el comportamiento, afecto aplanado o inapropiado, risas y comportamiento tontos o incongruentes.
- ii. **Tipo catatonico.-** Caracterizado por: trastornos psicomotores marcados (inmovilidad o agitación), negativismo extremo, mutismo, ecolalia, ecopraxia, estereotipias o manierismos, catalepsia o estupor.
- iii. **Tipo paranoide.-** Caracterizado por: Ideas delusivas de daño o grandeza, alucinaciones auditivas de daño, preservación del afecto y de las funciones cognoscitivas.

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

## 2. Diagnóstico diferencial:

**Trastornos mentales orgánicos .-** Abuso de sustancias y toxicidad por drogas (cocaína, LSD, mezcalina, marihuana, alcohol, antidepresivos, l-dopa, efedrina, cimetidina, carba,mazepina, 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 dependen de la relación temporal entre los síntomas afectivos y los esquizofrénicos y de su duración relativa.

**La psicosis reactiva breve .-** Se presenta menos de 4 semanas y esta 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 (cárcel). Los síntomas se presentan en forma atípica.

## VI. EXÁMENES AUXILIARES

- De Patología clínica basal.  
Hemograma, hemoglobina, hematocrito, pruebas hepáticas, glicemia, urea y creatinina; examen completo de orina; pruebas serológicas; pruebas de embarazo
- De Imágenes: Rx de cráneo, TAC cerebral, Neuroespect.

- De Exámenes especializados :
  - EEG, ECG.
  - Perfil neuropsicológico y social
    - Evaluación psicológica: personalidad, organicidad, pensamiento, C.I.
    - Evaluación neuropsicológica
    - Evaluación social
  - Perfil ocupacional
    - Evaluación ocupacional
    - Evaluación física.

## VII. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

### a) A nivel de promoción de salud:

Trabajar contra la estigmatización y la discriminación social.

Fomentar estilos de vida sanos

Mejora de los servicios básicos ( vivienda, alimentación, vestido, agua, luz , desague)

### b) A nivel de prevención:

Vigilar la salud mental de la comunidad.

Educación de la población sobre la enfermedad.

Vigilancia de signos de alarma y prodromicos para dx. Precoz.

### c) A nivel de recuperación mínima:

#### - MEDICO NO ESPECIALISTA

Tratamiento farmacológico: al inicio el tratamiento es de 3 a 6 meses como promedio.(después pasa a fase de mantenimiento)

**Sulpiride 200mg** : iniciar con ½ tab. mañana y tarde y 1 noche, progresivamente llevarlo a 1 tab. MTN. Hacer seguimiento de evolución de síntomas , generalmente a las 2 semanas se hace control , tiene pocos efectos secundarios y leves es bien tolerado por adolescentes y adultos, puede presentar somnolencia, síntomas extrapiramidales amenorrea y galactorrea, aumento de peso. Contraindicado uso con levodopa.

**Haloperidol 10mg ½ tab.** En la noche para niños y ancianos .

Para adolescentes y adultos iniciar con ½ tab mañana y tarde y 1 noche .hacer seguimiento y puede llegar a 30 mg por dia., medicamento provoca menos somnolencia , si efectos extrapiramidales , no aumentan peso.

**Risperidona 2mg tab** : Medicamento atípico cuyo uso se debe dar en 2da opción cuando la respuesta terapéutica es mala , graves reacciones extrapiramidales o síntomas negativos predominan. Uso en adolescentes y adultos (no en niños o ancianos). Iniciar con ½ tab en la noche e ir aumentando lentamente hasta 4mg por día en dosis fraccionada de 12 horas.Puede presentar efectos extrapiramidales a altas dosis.

Tratamiento de las reacciones extrapiramidales :

1.- Distonia.( contracturas de masas musculares ) 1 ampolla de biperideno de 5mg c/12 horas o biperideno 2mg tab. Cada 8horas via oral.

2.- Acatisia.( ansiedad con intranquilidad motora ) reducir dosis y dar diazepam 5mg via oral cada 8 horas.

3.- Parkinsonismo( aumento del tono muscular ,movimientos de robot.)reducir dosis o dar biperideno.

4.- Diskinesia tardia. ( reacciones bucolinguales intensas) cambio de neuroléptico.

Biperideno tab.2mg. uso para síntomas extrapiramidales se puede usar hasta 3 tab al dia.

Diazepam de 10mg, tab. uso en ansiedad y para insomnio,media a una tableta cada 8 horas.

Terapéutica de mantenimiento El tratamiento de mantenimiento se prolonga hasta 1 año en primer episodio y 2-5 años en segundo episodio y mas tiempo en recaídas múltiples. Disminuir las dosis hasta el nivel mínimo efectivo.

Si el paciente no coopera , no acepta tto. Oral.se usan preparados de depósito.

Decanoato de flufenazina 25mg ampollas (1/2 amp. A 1 amp. IM. Cada mes.

Haldol decanoas 50 mg IM. Cada mes.

Puede asociarse con biperideno 5mg en amp. Para evitar efectos extrapiramidales.

- **NIVEL DE ESPECIALISTA:**

**Terapia farmacológica:**

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 del tratamiento

La vía de administración se decidirá de acuerdo a la posibilidad de aceptación de medicación oral y a la necesidad de sedación del paciente.

La dosis de inicio debe ser baja e incrementarse de acuerdo a la respuesta clínica dentro del rango terapéutico. Se buscara continuar coherentemente con la medicación iniciada en los establecimientos de ESSALUD.

Se anexa Flujograma de Tratamiento Farmacológico de la Esquizofrenia en Fase Aguda. (ANEXO IV )

## FÁRMACOS ANTIPSICÓTICOS

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

### Terapia electro convulsiva

Eficaz en la fase aguda de la enfermedad.

De preferencia en esquizofrenia catatónica.

En pacientes resistentes a la farmacoterapia o con intolerancia a la misma.

Se aplicara de acuerdo al protocolo respectivo (ver Anexo VI).

### Terapia con Clozapina

La Clozapina es el fármaco de elección en los cuadros resistentes a psicofármacos.

Tiene efectos beneficiosos tanto en la sintomatología positiva como negativa.

El riesgo de Agranulocitosis obliga a monitorización hematológica periódica y continua.

Su empleo se realizara de acuerdo al protocolo respectivo (ver Anexo V).

### *Prevención de recaídas*

- 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 los pacientes con bajo cumplimiento terapéutico.
  - Flufenacina decanoato 25 - 50 mgr. por v.i.m. c/ 2 - 4 semanas.
  - Haloperidol decanoas 50 - 100 mgr. por v.i.m. cada 4 semanas.

(Anexo III)

### Terapeutica Psicosocial:

**Psicoterapia individual.-** La psicoterapia individual en la esquizofrenia cumple una función de apoyo y depende del interés y la paciencia del terapeuta. Los objetivos consisten en disminuir la sensación de aislamiento y extrañeza del paciente, en evitar una recurrencia psicótica, y en mejorar la función social.

**Terapia familiar.-** El modelo psicoeducacional es el mejor, se busca reducir el estrés, estimular la red social familiar, y disminuir la sobreprotección o exclusión familiar.

**Terapia del medio ambiente.-** Se basa en hacer un ambiente terapéutico para que el paciente pueda desenvolverse adecuadamente y mejore según la situación clínica que presente : si el cuadro es agudo se buscara un alto grado de interacción paciente - personal, una sala pequeña y estrategias para la disminución de estímulos provocadores de ansiedad. Búsqueda de objetivos prácticos y claros. Si el paciente es crónico se buscara acciones que lo comprometan en actividades constantes y estimulantes para desarrollar la interacción socio-laboral.

**Terapia de grupo.**- Es útil cuando es mas de apoyo que interpretativa, se debe hacer grupos de actividades ( ocupacionales, recreacionales, y sociales) y actividades de educación social.

- **Indicaciones:**

**Para el paciente:**

- No abandonar tratamiento
- informar de reacciones secundarias.

**Para la familia:**

- Comprensión adecuada de la enfermedad.
- Promover pautas para un mejor tratamiento.
- Mejorar la actitud de la familia ante el paciente.
- Facilitar el mutuo apoyo y manejo de los riesgos.
- Incorporar al proceso de socialización tanto al paciente como al grupo familiar.

**Para la comunidad:**

- Evitar rechazo y estigmatización del paciente .
- Apoyo afectivo y social .

**Acciones de emergencia :**

- En cuadros agudos que van acompañados de conductas auto - heteroagresivas y agitación psicomotriz se recomienda :
- Diazepan 10mg. amp.( 10 a 20mg EV. Lento condicional hasta que se logre tranquilizarlo y con controles de presión arterial pre y post tratamiento.) 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.

### **VIII. COMPLICACIONES: Derivar. Hospitales regionales o especializados.**

- Falla en la respuesta terapéutica .( resistencia a tto.)
- Conductas suicidas.
- Conductas homicidas.
- Comorbilidad con farmacodependencias. (Tabaco, Alcohol y Drogas ilegales)
- Complicaciones físicas (.Obesidad, problemas medico quirúrgicos).

### **IX. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA**

#### **1.- A NIVEL NO MÉDICO:**

**Actividades:**

**Nivel de promoción de salud :**

Trabajar contra la estigmatización y la discriminación social.

Fomentar estilos de vida sanos

Mejora de los servicios básicos ( vivienda, alimentación, vestido, agua, luz , desague)

**Nivel de prevención :**

Vigilar la salud mental de la comunidad.

Educación de la población sobre la enfermedad.

Vigilancia de signos de alarma y prodromicos para dx. Precoz. Y derivación al nivel superior para tratamiento.

**Nivel de tratamiento :**

Vigilancia y supervisión de tratamiento en pacientes diagnosticados y con tratamiento antipsicótico en fase de tratamiento y supervisión .

Observación por signos de recaída.y / o abandono de tratamiento-( Derivar)

Presencia DE Urgencias Psiquiátricas ( Derivar)

Talleres de rehabilitación en pacientes psicóticos crónicos.en forma comunal.

Educación a la familia y a la comunidad para el apoyo al tratamiento.

**SE DERIVA:**

**Cuadros sicóticos emergentes, emergencias psiquiátricas, reactivación de cuadros crónicos.**

**2.- A NIVEL DE MÉDICO NO ESPECIALISTA:**

**Actividades:**

Diagnostico de la enfermedad CON SINTOMAS TIPICOS.

Tratamiento de la esquizofrenia leve y moderada en forma ambulatoria .

Tratamiento de esquizofrenia aguda y moderada que requiera hospitalización breve:

Tratamiento de los efectos secundarios de los antipsicóticos.

Atención inicial de urgencias psiquiátricas .

Inicio y Mantenimiento del programa de antipsicóticos de depósito.

**SE DERIVA:**

. Cuadros con heteroagresividad.

. Falla en la respuesta terapéutica . ( resistencia a tto.)

- Conductas suicidas.
- Conductas homicidas.
- Comorbilidad con farmacodependencias. (Tabaco, Alcohol y Drogas ilegales)
- Complicaciones físicas (.Obesidad, problemas médico quirúrgicos).

### 3.- A NIVEL DE PSIQUIATRA GENERAL EN HOSPITAL GENERAL.

Diagnostico de cuadros con síntomas no definidos,  
Manejo de conductas suicidas y homicidas.  
Manejo de urgencias psiquiátricas complejas o complicadas.  
Cuadros resistentes al tratamiento.  
Complicaciones físicas para manejo multiespecializado.  
Manejo hospitalario breve.

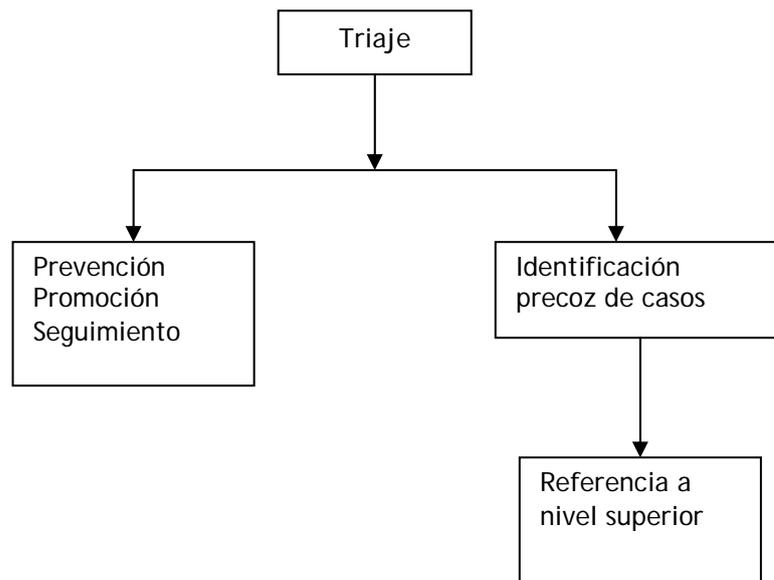
Se deriva a Hospital especializado :  
Cuadros con comorbilidad compleja.  
Manejo agudo de hospitalización moderada.  
Cuadros resistentes al tratamiento que necesiten ETC.  
Cuadros con síntomas atípicos.

### 4.- A NIVEL DE PSIQUIATRA DE HOSPITAL ESPECIALIZADO :

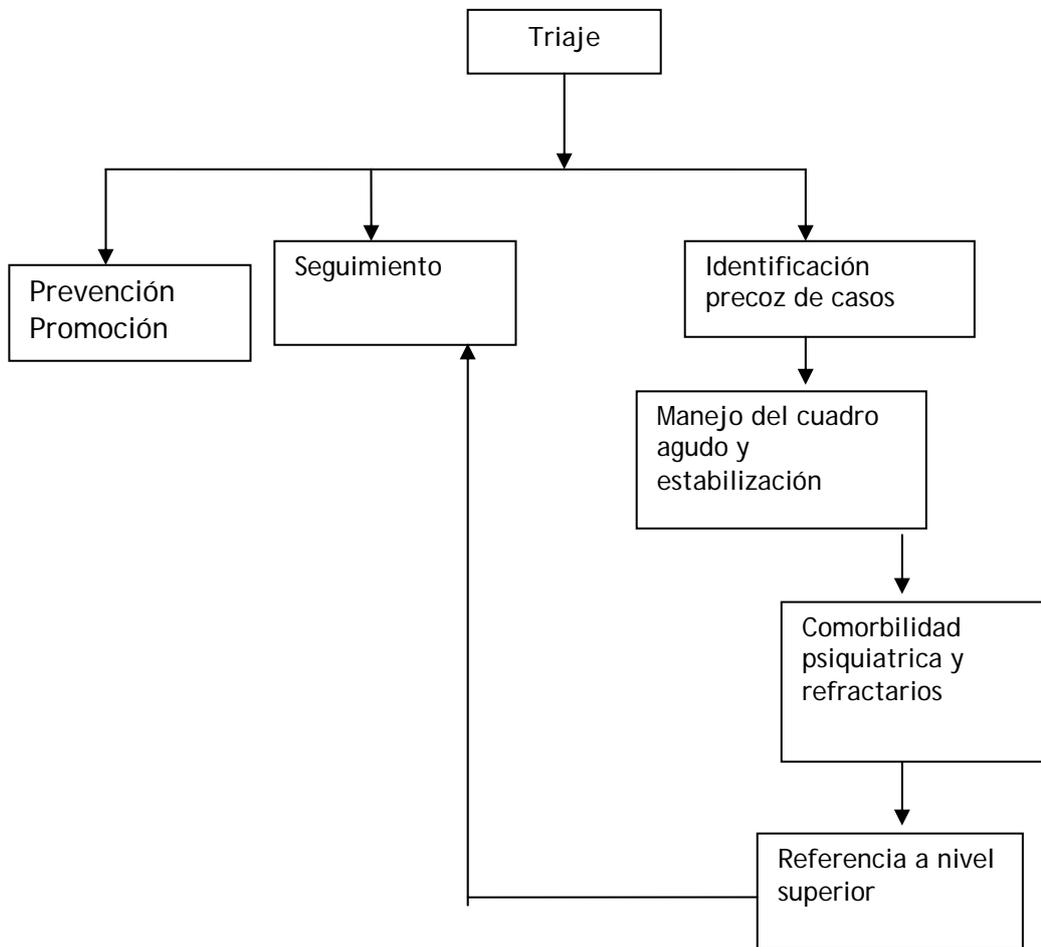
Diagnostico de cuadros atípicos .  
Manejo de conductas suicidas y homicidas ,  
Comorbilidades asociadas a la esquizofrenia.  
Cuadros resistentes a tratamiento que ameriten tratamiento electroconvulsivo asociado.  
Cuadros agudos o reagudizados. con manejo hospitalario de mediano plazo

## X. FLUXOGRAMA / ALGORITMO POR NIVELES DE ATENCIÓN Y RESOLUCIÓN.

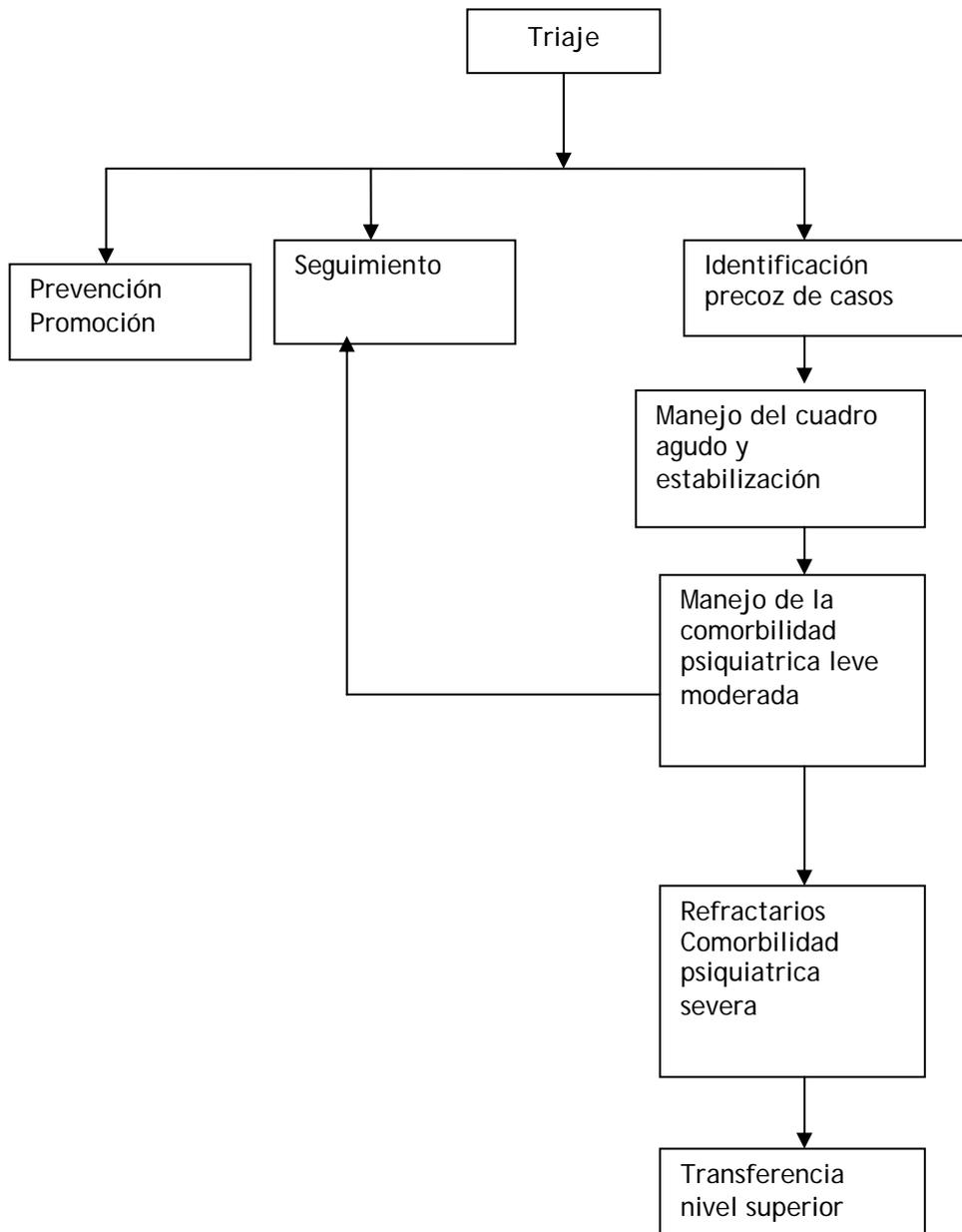
### Nivel I (sin medico)



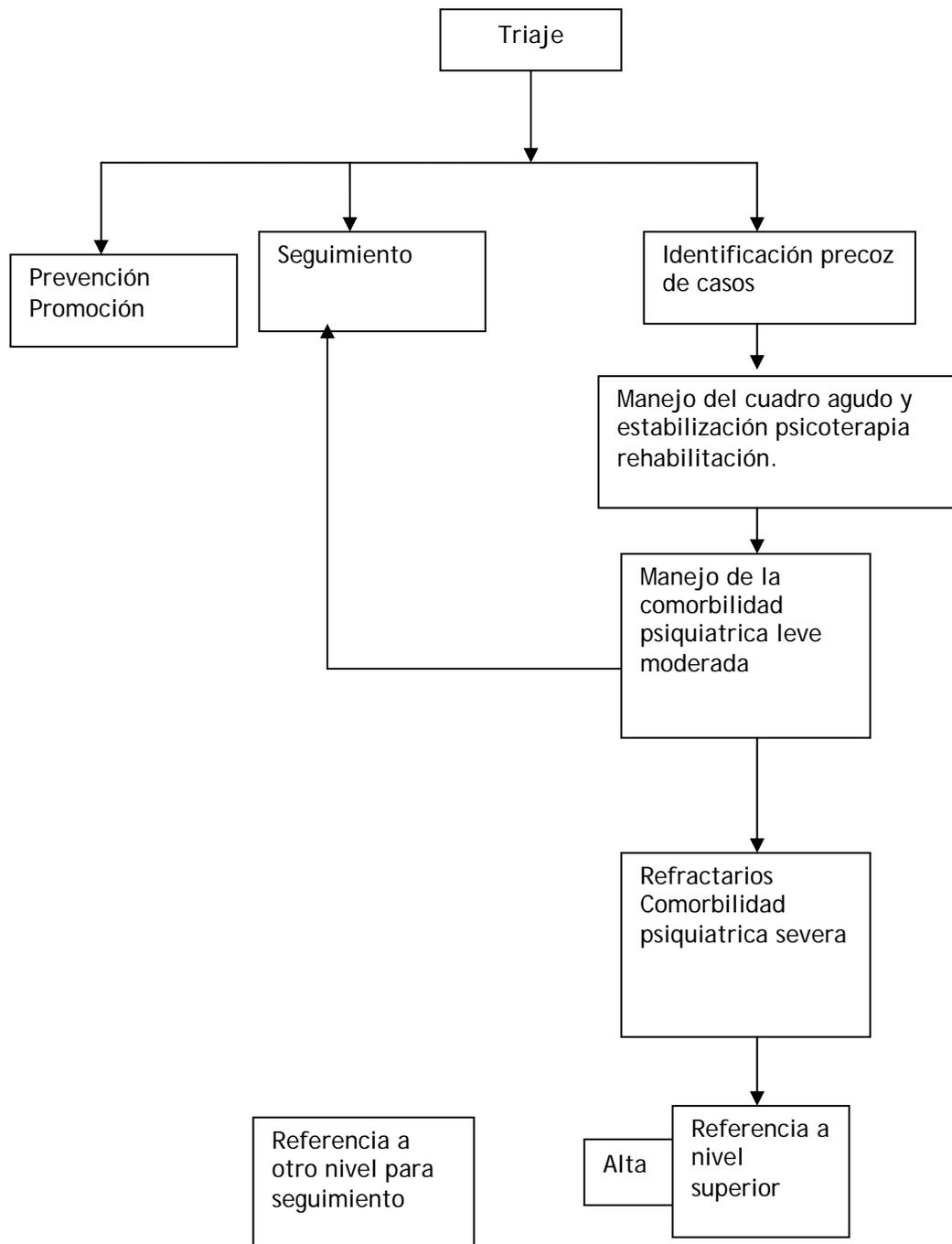
## Nivel I (2, 3, 4: Sin medico psiquiatra)

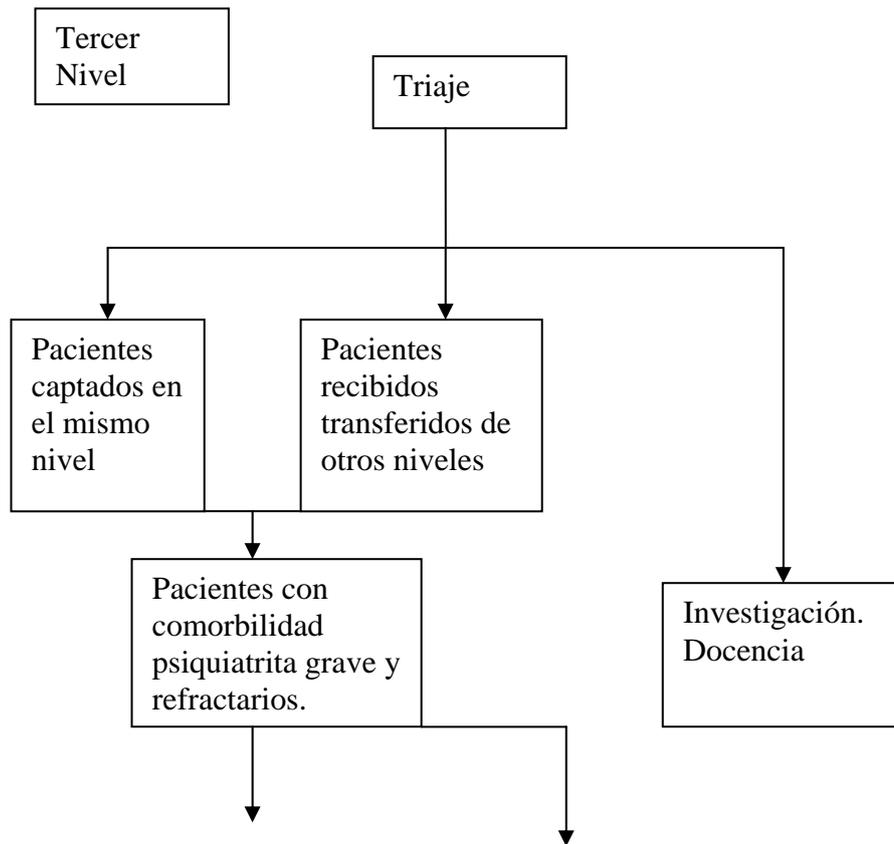


## Nivel II- 1 (sin medico psiquiatra)



Nivel II-2 (con servicio de psiquiatría)





## XI. 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 (8ª ed). Madrid: Médica Panamericana 1999.

American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia. Am J Psychiatry 154: 4, April 1997  
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, Haahr U et al.: Early detection and intervention in first-episode schizophrenia: a critical review. Acta Psychiatr Scand 2001, 103 (5): 323-334

Kaplan HI, Sadock BJ. Tratado de Psiquiatría. 6ª ed. Buenos Aires: Ed. Inter.-Médica; 1997.

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 Guía de Práctica Clínica para la atención al paciente con esquizofrenia. Barcelona, 2003. [Guía breve]

Kane JM, McGlashan TH: Treatment of schizophrenia. Lancet 1995; 346 (8978): 820-5 [Medline]

Shriqui CL, Nasrallah HA. Aspectos actuales en el tratamiento de la esquizofrenia. Madrid: Edit. Médicos; 1996

Soler PA, Gascón J. RTM-II. Recomendaciones Terapéuticas en los Trastornos Mentales. 2ª ed. Masson: Barcelona; 1999.

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 20002.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 PSICHIATRY VOL.11 N° 2JUNE 2003136-147. )

MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. "GUIA CLINICA PRIMER EPISODIO ESQUIZOFRENIA. 1ERA ED. SANTIAGO MINSAL 20005.

## XII. ANEXOS

### ANEXO N° I

#### EXAMEN MENTAL

##### 1. Observaciones generales

Se describe la edad aparente de la persona, en contraste con la declarada. El orden, desorden o excentricidad en el vestir. El uso de arreglo y maquillaje. Si existe evidencia de problemas somáticos, tales como palidez, diaforesis, cianosis, disnea, adelgazamiento, etc. Expresión facial (alerta, preocupada, inexpresiva, triste, irritable, etc.) y gestos desusados (tics, temblores)

##### 2. Conciencia, orientación y atención

Conciencia con estrechamiento, entorpecimiento y anublamiento: su alteración compromete la atención, orientación, memoria y la actividad perceptiva. Explorar orientación en tiempo, espacio, persona y situación. Precisar la atención que el sujeto presta a la entrevista, el grado de fatigabilidad y la presencia de distraibilidad.

##### 3. Lenguaje

Velocidad del discurso y sus fluctuaciones (aceleración o retardo), productividad aumentada o restringida; fluidez, bloqueos, orden o desorden de las asociaciones.

##### 4. Pensamiento

Coherente, incoherente, con asociaciones laxas. Delirios de contenido persecutorio, de daño, místico, religioso, demoníaco, mesiánico, erótico, celotípico, de ruina, culpa, acusación, minusvalía.

##### 5. Percepción

Pseudopercepciones auditivas y visuales; las referidas al propio cuerpo, táctiles y olfatorias.

##### 6. Afectividad

Animo paranoide, autorreferencial; apatía, ambivalencia afectiva, anhedonia.

##### 7. Voluntad

Abulia, hipobulia; impulsividad. Negativismo.

##### 8. Funciones mentales superiores

Memoria inmediata, reciente y remota. Capacidad de cálculo, información general, comprensión y razonamiento verbal, juicio y formación de conceptos. Esto da una estimación muy cercana del nivel de inteligencia.

##### 9. Conciencia de enfermedad

Capacidad del paciente de penetrar y entender la naturaleza general, causas y consecuencias de su enfermedad o problema.

## ANEXO II

### ESCALA DE PANSS (Escala de Síntomas Positivos y Negativos) ESCALA BPRS (Escala breve de Evaluación Psiquiátrica)

										PANSS	BPRS
P1	Delirios	1	2	3	4	5	6	7			
P2	Desorganización conceptual	1	2	3	4	5	6	7			
P3	Comportamiento alucinatorio	1	2	3	4	5	6	7			
P4	Excitación	1	2	3	4	5	6	7			
P5	Grandiosidad	1	2	3	4	5	6	7			
P6	Desconfianza	1	2	3	4	5	6	7			
P7	Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7			

1.- Subescala Positiva

2.- Subescala Negativa

N1	Embotamiento afectivo	1	2	3	4	5	6	7		
N2	Retraimiento emocional	1	2	3	4	5	6	7		
N3	Contacto pobre	1	2	3	4	5	6	7		
N4	Retraimiento social-pasividad/apatía	1	2	3	4	5	6	7		
N5	Dificultad en el pensamiento abstracto	1	2	3	4	5	6	7		
N6	Falta de espontaneidad y fluidez en al conversación	1	2	3	4	5	6	7		
N7	Pensamiento estereotipado	1	2	3	4	5	6	7		

3.- Subescala de Psicopatología General

G1	Preocupación somática	1	2	3	4	5	6	7		
G2	Ansiedad	1	2	3	4	5	6	7		
G3	Sentimientos de culpa	1	2	3	4	5	6	7		
G4	Tensión motora	1	2	3	4	5	6	7		
G5	Manerismo y postura	1	2	3	4	5	6	7		
G6	Depresión	1	2	3	4	5	6	7		
G7	Retardo motor	1	2	3	4	5	6	7		
G8	Falta de cooperación	1	2	3	4	5	6	7		
G9	Contenido inusual del pensamiento	1	2	3	4	5	6	7		
G10	Desorientación	1	2	3	4	5	6	7		
G11	Falta de atención	1	2	3	4	5	6	7		
G12	Falta de juicio e introspección	1	2	3	4	5	6	7		
G13	Trastornos de la voluntad	1	2	3	4	5	6	7		
G14	Deficiente control de los impulsos	1	2	3	4	5	6	7		
G15	Introversión	1	2	3	4	5	6	7		
G16	Activa evasión social	1	2	3	4	5	6	7		

Puntaje:

Conclusiones:

---



---



---



---

## ESCALA DE SIMPSON-ANGUS

### SÍNTOMAS EXTRAPIRAMIDALES

1	Trastorno en la marcha	0	1	2	3	4			
2	Balanceo 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			
<input type="text"/>	Inicio del Tratamiento							Fecha:	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Semana de Tratamiento							Fecha:	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Final del Tratamiento							Fecha:	<input type="text"/>

TOTAL: \_\_\_\_

## ESCALA DE HAMILTON PARA DEPRESION

Apellidos y

Nombres: .....

H.C.: .....

SINTOMA	0 inicio	4 sem.	6 sem.	8 sem.	6 mes	12 mes	18 mes	24 mes
<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 rumiación 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>								

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).							
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.							
8.	Retardo: (lentitud en el pensamiento y el habla, disminución de la capacidad de concentración, actividad motora disminuida).							
0	Habla y pensamientos normales.							
1	Discreto retardo durante la entrevista.							
2	Retardo obvio durante la entrevista.							
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.							
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 gastrointestinales							
0	Ninguno.							
1	Pérdida del apetito pero el sujeto se alimenta sin deseos. Sensación de pesadez en el abdomen.							
2	Dificultad para alimentarse sin ver la urgencia del mismo. Se requiere de laxantes o medicación para el intestino o los síntomas gastrointestinales.							
13.	Síntomas somáticos generales							
0	Ninguno.							
1	Pesadez en los miembros, la espalda o cabeza; dolores de espalda, cefalea; dolores musculares o pérdida de energía o fatiga.							
2	Cualquier síntoma claro se evalúa como 2.							
14.	Síntomas genitales: (pérdida de libido, Alteraciones menstruales, no determinado)							
0	Ausentes.							
1	Moderado.							
2	Severo.							
15.	Hipocondría							
0	No está presente.							
1	Preocupación por el propio cuerpo.							
2	Preocupación por la salud.							
3	Quejas constantes, búsqueda de ayuda, etc.							
4	Delusiones hipocondríacas.							

16. Pérdida de peso A Cuando se evalúa por historia: 0 No hay pérdida de peso. 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

## ANEXO III

### 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.

ANEXO IV

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA ESQUIZOFRENIA

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

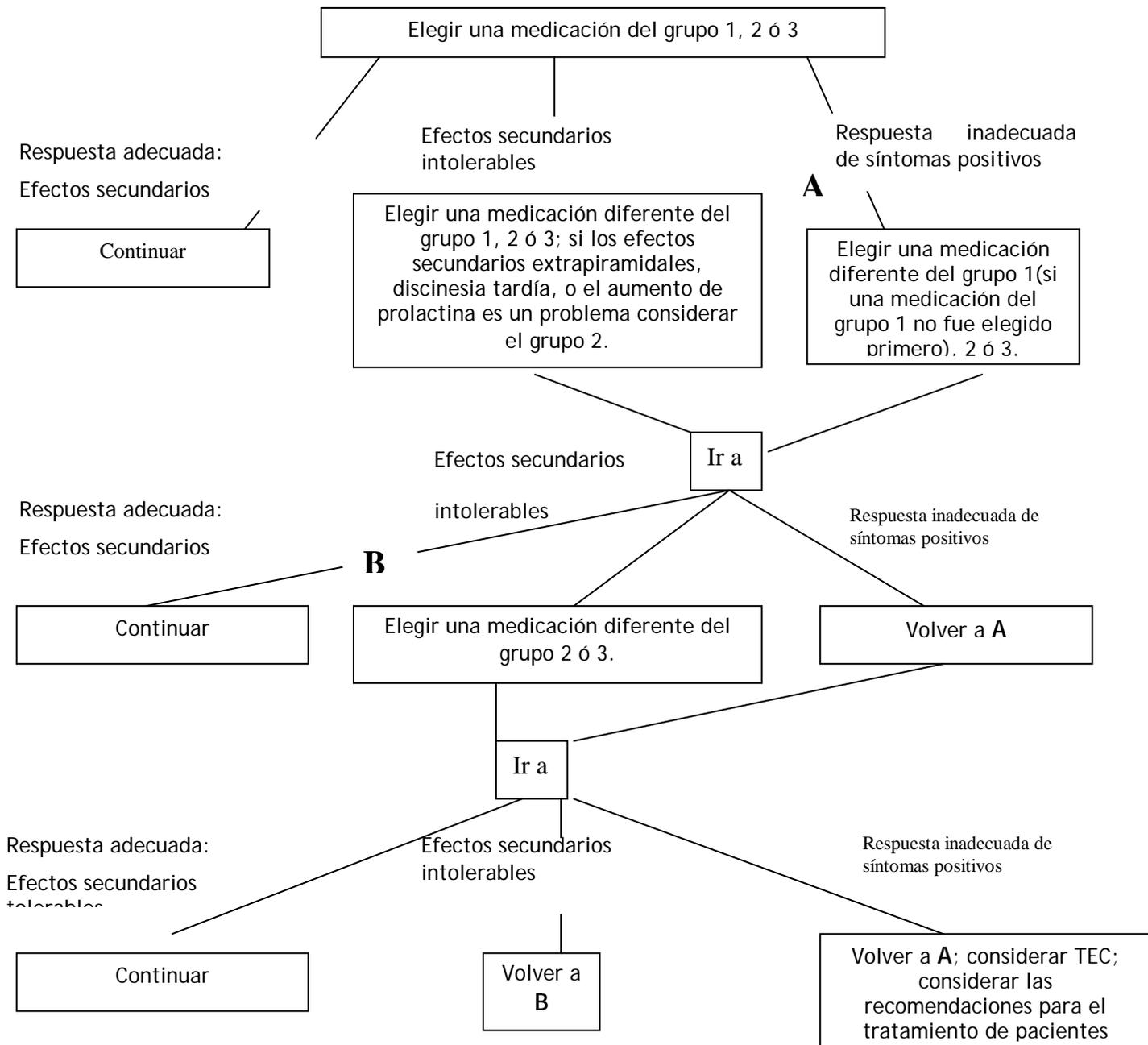
La medicación debe elegirse sobre la base de:

- 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 V

### MANEJO DE ESQUIZOFRENIA RESISTENTE AL TRATAMIENTO CON CLOZAPINA

#### INTRODUCCION

La esquizofrenia es un grave trastorno mental que según los estudios epidemiológicos puede presentarse entre un 0.5 a 1.6 % de la población general. El impacto familiar y social de la esquizofrenia es muy elevado debido fundamentalmente a la significativa discapacidad que puede ocasionar, la cual puede ser constante y producir una mala calidad de vida.

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:

a.- 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).

b.- 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**

1.- Antecedente de alergia al medicamento

2.- Paciente con recuento leucocitario anormal.

3.- Mujeres embarazadas o lactando.

4.- Antecedente de convulsiones u otros trastornos neurológicos.

5.- Abuso de alcohol u otras sustancias.

6.- 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

Día2: 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 <sup>3</sup> )		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 VI

### 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 anormalidades 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 benzodiacepinas 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 discontinuados 48 horas antes del inicio de ECT. El Carbonato de Litio debe ser discontinuado 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 benzodiacepinas 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.

## ANEXOVII

### SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA

#### ALTERACIONES DE LA CONCIENCIA

**Confusión:** trastorno de la orientación respecto al tiempo, al espacio o a la persona.

**Obnubilación:** conciencia incompleta con trastornos en la percepción y actitudes.

**Estupor:** falta de reacción y de conciencia de lo que rodea a la persona.

**Delirio:** reacción de desconcierto, agitación, confusión y desorientación asociada a miedo y desconcierto

**Coma:** grado profundo de inconsciencia

**Coma vigil:** coma en que los ojos permanecen abiertos

- **Trastornos de la atención**

**Distractilidad:** incapacidad de concentrar la atención.

**Inatención selectiva:** Bloqueo de las cosas que originan ansiedad.

- **Trastornos de la sugestibilidad**

**Folie à deux:** enfermedad emocional compartida entre dos personas

**Hipnosis:** modificación de la conciencia inducida artificialmente.

- **Alteraciones de la afectividad**

**Disociación afectiva:** desacuerdo entre la afectividad y la ideación.

**Estados afectivos agradables:**

- **Euforia:** intensa sensación de bienestar psicológico
- **Júbilo:** aspecto de confianza y alegría con actividad motriz
- **Exaltación:** intenso júbilo con sentimientos de grandeza

- **Éxtasis:** sentimiento de intenso arrebatamiento

*Estados afectivos desagradables:*

- **Depresión:** sentimiento psicopatológico de tristeza
- **Aflicción:** tristeza propia de una pérdida real

- **Otros estados afectivos**

**Ansiedad:** sentimiento de temor (conflictos inconscientes)

**Miedo:** ansiedad debida a un peligro real y reconocido conscientemente

**Agitación:** ansiedad asociada con agitación motora

**Tensión:** con aumento de actividad motora y psíquica

**Pánico:** **ataque agudo e intenso de ansiedad**

**Ansiedad flotante:** miedo penetrante sin causa aparente

**Apatía:** tono emocional insulso, asociado con desapego o indiferencia

**Ambivalencia:** coexistencia de dos impulsos opuestos hacia la misma cosa, en la misma persona y al mismo tiempo

**Despersonalización:** sentimiento de irrealidad relativo a la propia persona o al ambiente que lo rodea

**Desrealización:** distorsión de las relaciones espaciales de modo que el ambiente se hace extraño

**Agresión:** acción con fines violentos, verbal o física y que es la contraparte motora de la emoción de rabia, cólera u hostilidad

**Oscilaciones del estado de ánimo:** oscilaciones entre períodos de euforia y depresión o ansiedad.

## ALTERACIONES DE LA CONDUCTA MOTORA

**Ecolalia:** repetición psicopatológica de las palabras de una persona, por otra.

**Ecopraxia:** imitación patológica de los movimientos de una persona, por otra.

**Flexibilidad cérica:** estado en el que el paciente mantiene la postura corporal en la que se le ha colocado

**Catalepsia:** estado de inconsciencia en el que se mantiene de manera constante una postura inmóvil

**Obediencia automática:** cumplimiento automático de lo sugerido

**Automatismo:** realización automática de actos que representan una actividad simbólica inconsciente

**Cataplejía:** pérdida temporal del tono muscular y debilidad precipitada por diversos estados emocionales

**Estereotipia:** repetición continua del lenguaje o de actividades físicas.

**Negativismo:** oposición frecuente a lo sugerido.

**Manierismo:** movimiento involuntario estereotipado.

**Verbigeración:** repetición de palabras o frases sin sentido.

Actividad excesiva:

- **Hiperactividad:** actividad agitada, agresiva y destructora
- **Tic:** Movimientos motores espasmódicos
- **Sonambulismo:** actividad motora durante el sueño
- **Compulsión:** impulso incontrolable de realizar un acto de manera repetida
- **Hipoactividad:** lentitud psicomotriz.

## Trastornos en la forma del pensamiento

**Desrealismo:** actividad mental que no concuerda con la lógica o la experiencia.

**Pensamiento autista:** pensamiento que gratifica deseos insatisfechos, sin tener en cuenta la realidad.

## Alteraciones en la estructura de las asociaciones

**Neologismos:** nuevas palabras creadas por el paciente

**“Ensalada de palabras”:** mezcla incoherente de palabras y frases

**Circunstancialidad:** digresión de sentimientos inadecuados en procesos ideativos, pero el paciente consigue ir desde un punto deseado a la finalidad deseada

**Tangencialidad:** incapacidad para hacer asociaciones de pensamientos dirigidas a una finalidad deseada

**Incoherencia:** flujo de pensamientos sin conexión lógica, que dan lugar a una desorganización

**Perseveración:** repetición psicopatológica de la misma palabra o idea en respuesta a preguntas diferentes

**Condensación:** fusión de varios conceptos en uno

**Respuesta desatinada:** respuesta que no está en armonía con la pregunta realizada (para respuesta)

## Alteraciones en la velocidad de las asociaciones

**Fuga de ideas:** verbalizaciones rápidas, de modo que existe un salto de una idea a otra

**Asociaciones por asonancia:** palabras parecidas por el sonido, pero no en su significado, sugieren nuevas ideas

**Bloqueo:** interrupción del curso del pensamiento, de origen inconsciente

**Lenguaje torrencial:** lenguaje voluble que es difícil interrumpir

**Logorrea:** lenguaje prolijo, coherente y lógico

## Alteraciones del tipo de asociaciones

**Afasia motora:** trastorno del lenguaje debido a una causa orgánica, en el que se conserva la comprensión pero se pierde la capacidad de hablar

**Afasia sensorial:** pérdida en la capacidad para comprender el significado de las palabras o el uso de los objetos

**Afasia nominal:** dificultad en encontrar el nombre correcto de un objeto

**Afasia sintáctica:** incapacidad de coordinar palabras en una secuencia adecuada

## Trastornos del contenido del pensamiento

**.Delirio:** falsa creencia, que no es compatible con la inteligencia del paciente y su base cultural, que no puede corregirse mediante razonamientos

- **Delirio de grandeza:** concepto exagerado de la propia importancia
- **Delirio de persecución:** falsa creencia de ser perseguido
- **Delirio de referencia:** falsa creencia de que la conducta de los demás va dirigida a la persona
- **Delirio de autoacusación:** falso sentimiento de remordimiento
- **Delirio de control:** sentimiento falso de estar controlado por los demás
- **Delirio de infidelidad:** falsa creencia de que la persona amada le es infiel, suele derivarse de los celos patológicos

**Tendencia o preocupación del pensamiento:** Concentración del contenido del pensamiento sobre una idea particular, asociado con un intenso tono afectivo

**Hipocondría:** preocupación exagerada por la propia salud

**Obsesión:** Persistencia patológica de un pensamiento, sentimiento o impulso irresistible

**Fobia:** Temor exagerado e invariablemente patológico a un tipo específico de estímulo o situación.

## Percepción

### Alteraciones asociadas con una enfermedad:

- **Agnosia:** incapacidad para reconocer e interpretar el significado de las impresiones sensoriales.

### Alteraciones asociados al trastorno conversivo:

- **Anestesia conversiva:** pérdida de modalidades sensoriales provocada por conflictos emocionales.
- **Macropsia:** estado en la que los objetos aparecen más grandes de lo que son en realidad.
- **Micropsia:** estado en la que los objetos aparecen más pequeños de lo que son.

### Alucinaciones:

- **Hipnagógicas:** percepción sensorial falsa que se produce en la transición de la vigilia al sueño.
- **Auditiva:** percepción auditiva falsa.
- **Visual:** percepción visual falsa.
- **Olfatoria:** falsa percepción de olores.
- **Gustatoria:** percepción falsa del gusto.
- **Táctil háptica:** falsa percepción de tacto.
- **Cinestésica:** falsa percepción de movimiento o sensación.

**Ilusiones:** distorsión en la percepción de objetos reales.

### *Memoria : alteraciones*

**Amnesia:** incapacidad parcial o total para recordar experiencias pasadas.

**Paramnesia:** falsificación de la memoria por la distorsión del recuerdo.

### **Falso reconocimiento.**

**Falsificación retrospectiva:** evocación de un recuerdo verdadero, al cual añade el paciente falsos detalles.

**Fabulación:** relleno inconsciente de lagunas en la memoria con experiencias imaginadas o irreales, que el paciente cree, **pero carecen de una base real.**

**Déjà vu:** Ilusión de reconocimiento visual, en la que se considera de manera incorrecta una situación como una repetición de un recuerdo anterior.

**Déjà entendu:** ilusión de un reconocimiento auditivo.

**Jamais vu:** falso sentimiento de extrañeza con una situación real que se ha experimentado

**Hipermnnesia:** grado exagerado de retención y recuerdo.

## Inteligencia

Capacidad de comprender, recordar, movilizar e integrar de manera constructiva el aprendizaje anterior, al enfrentarse con nuevas situaciones.

- **Retraso mental:** falta de inteligencia de causa orgánica en un grado en que existe interferencia con la realización vocacional y social. (leve: 50 - 70; moderada: 35 - 49; grave: 20 - 34; profunda < 20)
- **Demencia:** pérdida de la función mental de origen orgánico.