

# La psicosis desde la perspectiva de la atención primaria

RAMON CIURANA MISOL\*

## RESUMEN

Los médicos de familia juegan un importante papel en la evaluación y el tratamiento de los pacientes con trastornos psicóticos. Su posición les permite proporcionar una atención de continuidad con una perspectiva biopsicosocial. El conocimiento de los pródromos y de la fase precoz de las psicosis puede minimizar el retraso de los pacientes en recibir tratamiento. El tratamiento adecuado de los pacientes con trastorno psicótico debe incluir un tratamiento psicológico intensivo y los recursos para integrarlos en la sociedad. Los médicos de familia, los profesionales de la salud mental y los familiares de los pacientes deben estar coordinados para proporcionar un tratamiento más individualizado. PALABRAS CLAVE: antipsicóticos, atención primaria, diagnóstico precoz, entrevista clínica, esquizofrenia, psicosis.

## ABSTRACT

PSYCHOSIS FROM A PRIMARY CARE PERSPECTIVE. Family physicians play an increasingly important role in the assessment and management of patients with psychotic disorders. Their position enables them to provide continuity of care with a biopsychosocial orientation. Knowledge of the prodromal and early phases of psychotic illnesses may minimise delays in patients' receiving treatment. Appropriate treatment of patients with psychotic disorders should include intensive psychological therapy and resources to integrate them into society. Family physicians, mental health professionals and family members of patients should be coordinated in order to provide a more individualized treatment. KEY WORDS: antipsychotics, primary care, early diagnosis, clinical interview, schizophrenia, psychosis.

## RESUM

LA PSICOSI DES DE LA PERSPECTIVA DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA. Els metges de família juguen un important paper en l'avaluació i el tractament dels pacients amb trastorns psicòtics. La seva posició els permet proporcionar una atenció de continuïtat amb una perspectiva biopsicosocial. El coneixement dels pròdroms i de la fase precoç de les psicosis pot minimitzar l'endarreriment dels pacients per rebre tractament. Aquest tractament ha d'incloure un abordatge psicològic intensiu i els recursos per integrar-los a la societat. Els metges de família, els professionals de la salut mental i els familiars dels pacients haurien d'estar coordinats per proporcionar un tractament més individualitzat. PARAULES CLAU: antipsicòtics, atenció primària, diagnòstic precoç, entrevista clínica, esquizofrènia, psicosi.

El término psicosis, utilizado por primera vez por el médico vienés Ernst von Feuchtersleben en 1845, se emplea de forma genérica para denominar un conjunto de trastornos mentales que tienen en común la falta de contacto con la realidad. Procede del griego psyche (alma) y osis (trastorno). Desde este punto de vista, la psicosis es la expresión inespecífica de un trastorno mental grave.

Según el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM IV-TR, López-Ibor Aliño y Valdés Miyar, 2002), se pueden categorizar 9 trastornos psicóticos diferenciados: esquizofrenia –paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada, residual–; trastorno esquizofreniforme, esquizoafectivo, delirante, psicótico breve, psicótico compartido, psicótico debido a enfermedad médica, trastorno psicótico inducido por

\* Médico de familia. Centro de asistencia primaria "La Mina, Sant Adrià de Besòs", Barcelona.  
Correspondencia: rciurana.bcn.ics@gencat.cat

sustancias y trastorno psicótico no especificado. Se estima una prevalencia de la esquizofrenia del 0,4 al 0,8% y de otros trastornos psicóticos del 0,3 al 0,6% (Tizón, et al, 2007). El 80% de los pacientes afectados presentan su primer episodio entre los 16 y los 30 años de edad (Orygen Youth Health, 2002). Aunque algunos autores consideran que es más frecuente en hombres que en mujeres otros estudios, más rigurosos, no encuentran diferencias significativas (Saha, Chant, Welham and McGrath, 2005). Existen evidencias de una mayor frecuencia del trastorno en poblaciones inmigradas (McGrath, 2006).

Actualmente se considera que el inicio y el progreso de las psicosis vienen determinados por un conjunto de circunstancias no estrictamente biológicas. Sobre la base de una predisposición genética y del desarrollo neuronal, en el que la función neurotransmisora de la dopamina parece jugar un papel predominante, son necesarios condicionantes de tipo ambiental para su eclosión sintomática. Entre las influencias ambientales destacan el importante papel de los desencadenantes de orden psicosocial y el relacionado con el consumo de sustancias. Se debe tener en cuenta que determinados trastornos médicos o biológicos y el uso de determinadas sustancias pueden ser causa de la aparición de síntomas psicóticos (Díaz, 1996; Vázquez-Barquero, 1998).

Existen experiencias en poblaciones infantiles con un riesgo genético aumentado de esquizofrenia del papel protector de un clima familiar desprovisto de críticas sistemáticas pero capaz de proporcionar una comunicación fluida y normativa (Tienari et al, 2004). Entre los factores de riesgo relacionados con la psicosis, los más frecuentes son: la historia familiar de psicosis, los trastornos de la personalidad paranoide, esquizoide o esquizotípico y la edad –adolescentes y adultos jóvenes– (JIM, 2008).

### Los síntomas

En relación a la esquizofrenia, clásicamente se distinguen tres tipos de síntomas fundamentales, aunque para establecer el diagnóstico del trastorno no se precisa la existencia de todos ellos. El primer grupo incluye los síntomas positivos, en referencia a que representan síntomas adicionales al funcionamiento mental normal. Los principales síntomas positivos son las *alucinaciones*, sobre todo auditivas y los *delirios*

(una fuerte creencia en algo que el grupo cultural de la persona que lo sufre considera improbable pero que es defendido tenazmente por quien lo cree; también se los define como errores del juicio lógico). Los anglosajones utilizan el término *delusion* (delusión).

El segundo grupo es el de síntomas negativos, porque representan una disminución del funcionamiento ordinario. Estos incluyen la falta de expresión emocional (aplanamiento afectivo), la escasez o empobrecimiento del lenguaje (alogia) y la falta del deseo para llevar a cabo actividades o “hacer cosas” (abulia). El tercer y último grupo hace referencia a los síntomas de desorganización. Incluyen la conducta desorganizada (dificultades para cuidarse, para recordar las citas, etc.) y el lenguaje desorganizado, que es una manifestación conductual del pensamiento desorganizado, que puede ir desde la dificultad para encontrar una palabra hasta la completa incoherencia.

### El diagnóstico de las psicosis en atención primaria

En la práctica, uno de los principales problemas de la esquizofrenia y de otras psicosis es el retardo en el diagnóstico y en el inicio del tratamiento. El tiempo transcurrido desde los primeros síntomas psicopatológicos definidos, detectables, y el tratamiento de un paciente con esquizofrenia debe ser el mínimo posible, debido a que el retardo terapéutico implica un peor pronóstico y un tratamiento menos efectivo (Orygen Youth Health, 2002; Tizón, et al, 2003). En nuestro país es habitual que antes del inicio del tratamiento haya transcurrido un periodo de tiempo de 1 a 5 años desde el comienzo de los primeros síntomas detectables. El sufrimiento mental acumulado, tanto para el paciente como para su entorno, el elevado consumo de drogas de los individuos con psicosis no tratada y el deterioro neuronal progresivo son argumentos importantes para realizar el diagnóstico precoz. Se ha constatado que cuanto menor es el periodo de duración de la psicosis no tratada mayor es la frecuentación de estos pacientes a los centros de atención primaria (Skeate, Jackson, Birchwood, Jones, 2002), y que esta frecuentación va disminuyendo a medida que se prolonga el tiempo sin tratamiento. Con este argumento parece relevante poder sospechar la existencia de un trastorno psicótico desde atención primaria (Lester, 2001; Mandel, Gozlan and Hamelin, 2005).

En la Tabla 1 se exponen las poblaciones de mayor

riesgo a las que desde los dispositivos de atención primaria se debería prestar mayor atención con la finalidad de detectar el trastorno psicótico lo más precozmente posible. Las primeras entrevistas deben ir dirigidas a aclarar el motivo de demanda, proporcionando una atmósfera acogedora, exenta de prejuicios y utilizando preguntas abiertas: “¿Qué le ha traído aquí?”; “¿Cómo se siente?”; “¿Cómo va el trabajo, la escuela?”; “¿Tienes confianza con tus padres?”. Si el paciente acude acompañado es aconsejable buscar el momento más oportuno para pactar una entrevista a solas. Más adelante, cuando esta vinculación se haya establecido estará indicado introducir en la entrevista preguntas más cerradas como: “¿Siente que le ocurre algo extraño?”; “¿Ha pensado que pueda tener un problema importante?”; “¿Tiene dificultades en la relación con los demás?”; “¿Ha notado alguna vez alguna voz que otros dicen no oír?”. Estas preguntas y la observación clínica sistematizada de los aspectos paraverbales ayudan al profesional a situarse en un contexto donde orientar los principales aspectos a explorar, que son los siguientes:

- Funcionamiento social (hogar, familia, educación, trabajo, actividades de ocio, interés en la red social).
- Estado cognitivo (delirios, alucinaciones).
- Estado de ánimo.
- Curso del pensamiento (desorden, confusión).
- Consumo de drogas (tabaco, alcohol y drogas ilegales).

Una vez orientado el caso se debe plantear la necesidad de derivar al paciente a los servicios de salud mental en el momento más oportuno. No es inusual que el paciente se niegue abiertamente a tal derivación o diga que se lo pensará. En este punto existe la posibilidad de “perder” al paciente o que acuda posteriormente por síntomas médicos diversos.

Si el paciente acepta, es aconsejable establecer una derivación a estos servicios pero mostrando la disponibilidad e interés por seguir viendo al paciente para ver “como van las cosas”. Si el paciente no acepta es conveniente mantener la disponibilidad y dejar abierta la posibilidad de que medite la necesidad de ser derivado a salud mental y concertar una entrevista en unos días-semanas. Es conveniente realizar una interconsulta con los profesionales de salud mental comunicando el caso y procurar contactar con algún familiar para que mantenga informado al médico de familia de forma periódica. En algún caso, cuando se cumplen los criterios diagnósticos y el médico no tiene dudas

de que se trata de una esquizofrenia (u otras psicosis) puede estar indicado iniciar un tratamiento con neurolepticos, con la idea de reducir la ansiedad y los síntomas positivos y derivar al paciente en una segunda fase. Se debe tener en cuenta que cuidar los aspectos de la relación entre el profesional de atención primaria y la persona con el diagnóstico de psicosis es lo que mejor puede facilitar y mantener el vínculo asistencial a corto y a largo plazo.

### Tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis

Hasta bien entrada la segunda mitad del siglo XX, los pacientes con trastornos psicóticos vivían en la comunidad sin recibir un tratamiento específico o eran internados en instituciones psiquiátricas cerradas, dependiendo sobre todo de su conflictividad familiar y social. Los fármacos disponibles hasta los años 50 (paraldehido, hidrato de cloral, amobarbital o fenobarbital), sin propiedades antipsicóticas, se utilizaban para controlar la agitación de los pacientes o reducir su potencial violento. En 1950 se sintetiza en Francia el primer medicamento que puede considerarse antipsicótico: la clorpromazina. En este país se empieza a utilizar en la clínica al año siguiente y en los EE UU en 1954. La aparición en el mercado de medicamentos capaces de mitigar los síntomas positivos de las psicosis y el momento histórico en que esto se produjo, después de la Segunda Guerra Mundial, permitieron vislumbrar un futuro de desinstitutionalización de los enfermos mentales. Se trataba de poder atender a la mayoría de los pacientes con trastornos mentales de forma ambulatoria e integrados en la sociedad. En la década de los 60 y los 70 del siglo XX se desarrolló un debate social y médico defendido desde diversas perspectivas e intereses, no exento de significado político, donde los aspectos como la integración social o el respeto por la dignidad de los pacientes jugaban un papel primordial. Este movimiento, impulsado sobre todo desde Francia, el Reino Unido e Italia culminó en los años 80 en un modelo mayoritario claramente decantado al tratamiento de los pacientes con psicosis en régimen ambulatorio, fuera de la institución psiquiátrica cerrada, reservando el hospital para una minoría de pacientes en estancias crónicas y para los casos de descompensación aguda grave.

Con la perspectiva de medio siglo hoy se reconoce el importante avance que supuso la introducción de

los neurolépticos pero se admite, con preocupación, que las perspectivas de mejora de la atención de los pacientes no ha sido la deseada. Tal como apuntan algunos autores se ha confiado de forma desproporcionada en la bondad de los recursos farmacológicos y se ha dejado de lado el tratamiento integrado con los recursos psicosociales, necesarios para una auténtica inserción familiar y social de estos pacientes (Cancro, 2000; Tizón, 2007).

### *Tratamiento integrado de atención multidisciplinar de las psicosis*

Un tratamiento adecuado de las psicosis, es decir, adaptado a las necesidades de cada paciente, debe incluir un tratamiento psicológico intensivo y los recursos necesarios para su integración a la sociedad. La evidencia científica de que estos recursos son eficaces es creciente. La integración laboral, por ejemplo, se ha demostrado altamente beneficiosa. Las necesidades de estos pacientes van más allá de lo que pueda ofrecer una buena atención psiquiátrica individual. Los médicos deben actuar como coordinadores de un conjunto de recursos necesarios que implican a muchos agentes sociales desde la escuela, las empresas u otros, no exclusivamente del ámbito sanitario. Se trata, en definitiva, de ofrecer un “tratamiento adaptado a las necesidades del paciente y de su familia en la comunidad” (TANC). Lamentablemente los profesionales encuentran con frecuencia muchas dificultades para proporcionar tales recursos y el paciente es tratado únicamente con psicofármacos y terapia individual, en general poco intensiva.

### *El papel de los neurolépticos*

Como ya se ha mencionado, la aparición de los neurolépticos hace unos 50 años ha permitido tratar los síntomas de la esquizofrenia y de otras psicosis de un modo distinto a como se hizo en el pasado. Los neurolépticos, también denominados antipsicóticos, se han mostrado capaces de controlar la mayoría de los síntomas positivos de las psicosis y, en menor grado, los negativos pero existe evidencia de que poco han contribuido, globalmente, al funcionamiento social de los pacientes (Swartz, 2007). Si bien debe reconocerse que los neurolépticos son una parte importante del tratamiento de las psicosis, no son la única ni la más relevante. El uso juicioso y combinado con estrategias decididas de índole psicosocial puede permitir que sean usados a dosis menores y que puedan discontinuarse por períodos de tiempo en que la remisión de

los síntomas del paciente lo hacen menos vulnerable. De este modo podrían ser considerados un elemento necesario pero no suficiente dentro de la estrategia “global” de tratamiento. Las percepciones del paciente en tratamiento con antipsicóticos y los efectos secundarios que producen a corto, medio y largo plazo condicionan que su tasa de abandono sea muy elevada. Según diversos trabajos, se estima que al cabo de un mes de iniciado el tratamiento el cumplimiento es aproximadamente del 65%, a los 6 meses del 55% y a los 18 meses del 25% (Kane and Nemeč, 2002; Lewis and Lieberman, 2008).

Con la idea de obtener fármacos mejor tolerados, en los últimos años han aparecido en el mercado diversos antipsicóticos, denominados “atípicos” o de segunda generación. El primero de ellos fue la clozapina aprobado para su uso en clínica hace 15 años y que en su momento se consideró un avance relevante por su eficacia y mejor tolerancia, aunque pronto vio limitada su utilización por la potencialidad de causar agranulocitosis, lo que le ha convertido en un fármaco de uso muy restringido. Posteriormente han aparecido nuevos fármacos que comparten con la clozapina un mecanismo de acción distinto a los convencionales: una menor afinidad por los receptores D2 de la dopamina y una mayor afinidad por otros neuroreceptores, en particular por los HT2A.

En los últimos años, y con la finalidad de aclarar las ventajas e inconvenientes de los antipsicóticos típicos y los atípicos se han publicado dos grandes estudios independientes de la industria farmacéutica, uno en los EE UU, CATIE (Lieberman et al, 2008), financiado por el *National Institute of Mental Health* (NIMH) y el otro CUTLASS en el Reino Unido (Jones et al, 2006; Lewis, et al, 2006), financiado por el *National Health Service* (NHS). Las conclusiones más relevantes de ambos ensayos clínicos, definidos como pragmáticos porque se aproximan mejor a las condiciones reales de la prescripción de estos fármacos no son tan favorables a los nuevos antipsicóticos. Si se entiende, desde un punto de vista práctico, que la efectividad es la combinación de la eficacia y los efectos secundarios, se impone la cautela. Además, el coste elevado de estos nuevos medicamentos, si no presentan unas ventajas incontestables sobre los de primera generación, cuya experiencia de uso es mucho más prolongada, es otro argumento a tener en cuenta. Algunos autores sostienen que no hay motivos importantes para prescindir

de los antipsicóticos de la primera generación como indicación de primera elección, ya en el tratamiento del primer brote, cuando se requieren dosis no muy elevadas y se realiza un control clínico adecuado del paciente (Kahn, et al, 2008; Rosenheck, 2008).

### Pronóstico

En conjunto, se considera que un tercio de los pacientes presentará una recuperación completa, un tercio una mejoría de los síntomas, pero no recuperación completa, y un tercio mostrará síntomas persistentes. El trayecto de la recuperación, no obstante es muy variable y los pacientes que han superado un primer episodio son más vulnerables a nuevas crisis (Orygen Youth Health, 2002). Si los criterios de recuperación completa son más exigentes e incluyen la desaparición total de los síntomas tanto positivos como negativos y la reinserción vocacional y social plena a los dos años, se estima que es del 14%. Un estudio realizado por la OMS, llevado a cabo en diferentes países, mostró que la evolución de los pacientes era mucho mejor en los países en vías de desarrollo (India, Colombia y Nigeria) que en los países más desarrollados (EE UU, Reino Unido, Dinamarca, República Checa, Eslovaquia, Japón o Rusia –Hopper and Wanderling, 2000), lo que hace pensar que los factores de índole psicosocial tienen mucho que ver con la trayectoria de recuperación.

Se han postulado algunos factores de mejor pronóstico: sexo femenino, presentación aguda de los síntomas, edad avanzada del primer episodio, síntomas positivos predominantes, presencia de trastornos del estado de ánimo y estado premórbido sin patología conocida. Las actitudes negativas hacia los pacientes, sobre todo por parte de la familia (comentarios críticos, hostilidad, actitudes de control o autoritarias), se ha correlacionado con mayores tasas de recaída en todas las culturas.

Es oportuno mencionar algunos aspectos relacionados con la potencialidad violenta de los pacientes con psicosis. Existe una creencia popular de que los pacientes con psicosis son violentos con frecuencia, una manifestación más del estigma que tan poco ayuda a estos pacientes. Los estudios más rigurosos indican un riesgo real, que no debe subestimarse, pero mucho más reducido del percibido por la comunidad. Se estima que las personas afectadas por trastornos mentales

graves, entre los que se incluyen las psicosis llevan a cabo algún acto violento hacia terceras personas a lo largo de su vida en un 16% de los casos, frente al 7% de las personas sin un trastorno mental (Friedman, 2006). El acto violento se define en este estudio como el uso de un arma –revólver o arma blanca– en una contienda y haberse involucrado en más de una pelea que dio lugar a golpes, con una persona diferente a la esposa/esposo o compañera/compañero. Sin embargo, la variable que incrementa más el riesgo de ser protagonista de un acto violento es la dependencia o abuso de sustancias (incluido el alcohol). El 35% de estas personas, sin que presenten ningún trastorno mental asociado, perpetran violencia a lo largo de la vida. Si el trastorno mental se asocia a la dependencia/abuso de sustancias (incluido el alcohol) este porcentaje crece al 43% (Friedman, 2006). Los pacientes que siguen un tratamiento adecuado presentan un riesgo de realizar actos violentos mucho menor que los que no lo siguen. Un dato consistente es que los pacientes con esquizofrenia son 14 veces más víctimas de la violencia de terceros que perpetradores de violencia y, por lo tanto, son una población vulnerable a los malos tratos.

### El paciente con psicosis y la atención primaria. Una visión global

El acercamiento a las psicosis desde atención primaria requiere una disposición especialmente sensible por parte de estos profesionales. Se trata de trastornos no muy prevalentes pero que solicitan de los profesionales conocimientos y habilidades específicos. Para entender la complejidad del tratamiento de estos pacientes es pertinente recordar los siguientes aspectos:

- Las personas con trastornos psicóticos son pacientes de alto riesgo médico, por diversos motivos. La mortalidad de los pacientes con esquizofrenia en las edades medias de la vida es el doble que la de la población general, a expensas sobre todo de las enfermedades cardiovasculares y también del suicidio, que se consume en el 10% de los pacientes (Allebeck, 1999; Capasso, Lineberry, Bostwick, Decaer, Sauver, 2008) y su esperanza de vida se ve acortada entre 10 y 15 años. Aproximadamente el 90% de los pacientes con esquizofrenia son fumadores, con una media de 40 cigarrillos al día (Strasse, 2001).
- Las personas que sufren trastornos psicóticos



raramente solicitan atención sanitaria de forma espontánea. Según estimaciones de la OMS, en Europa aproximadamente el 18% de los casos de esquizofrenia y el 40% de los trastornos bipolares mayores no han recibido ningún tipo de asistencia por parte de ningún proveedor médico o profesional, especializado o no, público o privado (Kohn, Saxena, Levav and Sarraceno, 2004).

- Establecer una adecuada relación con los pacientes de quien se sospecha un trastorno psicótico es la mejor garantía de continuidad asistencial. Acercarse a su sufrimiento favorece que puedan vincularse a sus expectativas de mejoría clínica y ayuda a convencerlos (en algún momento) de la necesidad del tratamiento.
- La familia juega un papel muy importante. Con frecuencia es el interlocutor con el profesional cuando el paciente no acude a la consulta. Su actitud puede condicionar la evolución del paciente. Su atención por parte de los profesionales de salud es imprescindible.
- Los efectos secundarios de los antipsicóticos condicionan un bajo cumplimiento, que se debe monitorizar de forma periódica. En conjunto, los nuevos antipsicóticos se asocian a un mayor riesgo de complicaciones metabólicas. Para su seguimiento se requieren controles clínicos y analíticos periódicos, que podrá llevar a cabo el psiquiatra o el médico de familia, cuando aquel no los realice (Conference on Antipsychotic Drugs and Obesity and Diabetes, 2004; Morro et al, 2010).

El paciente con psicosis requiere una atención global que sobrepasa la atención psiquiátrica. Los profesionales de atención primaria juegan un papel fundamental en la coordinación de todas sus necesidades médicas, psicológicas y sociales con los profesionales de salud mental y con los trabajadores sociales. En la Tabla 2 se exponen algunas recomendaciones prácticas para su seguimiento desde atención primaria (Burns and Kendrick, 1997).

### Notas

1. Con todas las limitaciones de las guías de práctica clínica para un trastorno tan complejo, la guía de la *Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya* incluye una sistematización del cuidado de los pacientes con esquizofrenia.

San Emeterio M, Aymerich M, Faus G, Guillaumon I, Illa JM, Lalucat Ll. *Guia de pràctica clínica per a l'atenció al pacient amb esquizofrènia*. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, 2003. Disponible en:

<http://www.gencat.net/salut/depsan/units/aatrm/pdf/gp0301ca.pdf>

2. La siguiente es una versión actualizada de la guía del *National Institute for Health and Clinical Excellence*, de amplia difusión en el Reino Unido. Incluye una sistematización del cuidado de los pacientes con esquizofrenia.

*National Collaborating Centre for Mental Health*. Schizophrenia. Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care. NICE Clinical Guideline 82. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, March 2009. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11786/43608/43608.pdf>

### Bibliografía

ALLEBECK P (1999). Schizophrenia: a life shortening disease. *Schizophr Bull*; 15:81-89.

BURNS T, KENDRICK T (1997). The primary care of patients with schizophrenia: a search for good practice. *Br J Gen Pract*; 47:515-520.

CANCRO R (2000). The introduction of neuroleptics: a psychiatric revolution. *Psychiatr Serv*: 51:333-335.

CAPASSO RM, LINEBERRY TW, BOSTWICK JM, DECKER PA, ST. SAUVER J. MORTALITY (2008). In schizophrenia and schizophreniform disorder: an Olmsted County, Minnesota cohort: 1950-2005. *Schizophr Res*; 98:287-94.

CONSENSUS DEVELOPMENT CONFERENCE ON ANTIPSYCHOTIC DRUGS AND OBESITY AND DIABETES. DIABETES CARE (2004). American Diabetes Association; American Psychiatric Association; American Association of Clinical Endocrinologists; North American Association for the Study of Obesity; 27: 596-601.

DÍAZ J (1996). *How drugs influence behaviour*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

FRIEDMAN RA (2006). Violence and Mental Illness-How strong is the link? *N Engl J Med* ; 355:2064-66.

HOPPER K, WANDERLING J (2000). Revisiting the developed versus developing country distinction in course and outcome in schizophrenia: results from

ISOs, the WHO collaborative follow up project. International Study of Schizophrenia. *Schizophr Bull*; 26:835-46.

JONES PB, BARNES TRE, DAVIES L, DUNN G, LLOYD H, HAYHURST KP, MURRAY RM, MARKWICK A, LEWIS SW (2006). Randomized controlled trial of effect on quality of life on second vs. first generation antipsychotic drugs in schizophrenia. Cost utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study (CUtLASS 1). *Arch Gen Psychiatry*; 63:1079-87.

KAHN RS, FLEISCHHACKER WW, DAVIDSON M, VERGOUWE I, GHEORGHE MD, RYBAKOWSKI J et al (2008). Effectiveness of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: an open randomised clinical trial, *Lancet*; 371:1085-97.

KANE JM, NEMEC CHEA (2002). Adherence issues and solutions with antipsychotic therapy. En *Medscape Family Medicine*. Release date: September 25. Disponible en: <http://www.medscape.com/viewprogram/2031>

Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B (2004). The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ*; 82:858-866.

LESTER H (2001). First episode psychosis. Ten minute consultation *BMJ*; 323:1048.

LEWIS S, LIEBERMAN J (2008). CATIE and CUtLASS: can we handle the truth? *Br J Psychiatry*; 192:161-63.

LEWIS SW, BARNES TRE DAVIES L, MURRAY RM, DUNN G, HAYHURST KP, MARKWICK A, LLOYD H, JONES PB (2006). Randomized controlled trial of effect of prescription of clozapina versus other second generation antipsychotic drugs in resistant schizophrenia. *Schizophr Bull*; 32:715-23.

LIEBERMAN JA, STROUP TS, McEVOY JP, SWARTZ MS, ROSENHECK RA, PERKINS DO, et al (2005). Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med*; 353:1209-23.

LÓPEZ-IBOR ALIÑO, JUAN J; VALDÉS MIYAR, MANUEL (dir.) (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, Masson. Texto revisado.

MANDEL C, GOZLAN G, HAMELIN J (2005). Clinique pédiatrique de la schizophrénie: dépistage précoce et diagnostic au cours de l'enfance et de l'adolescence. *Médecine et enfance*. Décembre; 647-655.

MCGRATH JJ (2006). Variations in the incidence of schizophrenia: data versus dogma. *Schizophr Bull*; 32:195-7.

MORRO J, VIÑAS L, ILULDAIN E, MASA R, BARROSO A, MARTÍN J, CIURANA R, SAN EMETERIO L, CASTRO DÍAZ B, SANCHÍS R, COLETAS J, MARTÍN LM, FERNÁNDEZ MI. (GRUP PSICOSI-LITORAL) (2010). Efectivitat d'una intervenció conjunta primària-salut mental per millorar el seguiment dels factors de risc cardiovascular dels pacients psicòtics. Comunicació. "II Congrés de l'Àmbit d'Atenció Primària de Barcelona Ciutat. Barcelona", octubre.

ORYGEN YOUTH HEALTH (2002). *The early diagnosis and management of psychosis. A booklet for General Practitioners*. Melbourne.

ROSENHECK RA (2008). Pharmacotherapy of first episode schizophrenia (editorial). *Lancet*; 371:1048-49.

SAHA S, CHANT D, WELHAM J, MCGRATH J. (2005). A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PloS Medicine*; 2:413-433.

SAOUD M (2008). Schizophrénie: quels facteurs de risque? *JIM*: Disponible en: [http://www.jim.fr/e-docs/00/01/7D/B6/document\\_mise\\_point.phtml](http://www.jim.fr/e-docs/00/01/7D/B6/document_mise_point.phtml)

SKEATE A, JACKSON CH, BIRCHWOOD M, JONES CH (2002). Duration of untreated psychosis and pathways to care in first episode psychosis. *Br J Psychiatry*; 181 (suppl. 43): s73-s77.

SWARTZ MS, PERKINS DO, STROUP TS, DAVIS SM, CAPUANO G, ROSENHECK RA et al (2007). Effects of antipsychotic medications on psychosocial functioning in patients with chronic schizophrenia: findings from NIMH CATIE study. *Am J Psychiatry*; 164:428-436.

TIENARI P, WYNNE LC, SORRI A, LAHTI I, LAKSY K, MORING J et al (2004). Genotype-environment interaction in schizophrenia-spectrum disorder. Long-term follow-up study of finnish adoptees. *Br J Psychiatry*; 184:216-22.

TIZÓN J L (2007). Los cuidados democráticos de la psicosis como un indicador de democracia social. *Átopos. Salud mental, comunidad y cultura*. Núm. 6:27-43.

TIZÓN J L, FERRANDO J, PARÉS A, ARTIGUÉ J, PARRA B, PÉREZ C (2007). Trastornos esquizofrénicos en la atención primaria a la salud mental. *Aten Primaria*; 39:119-124.

STRASSE A M (2001). Smoking reduction and cessation for people with schizophrenia. *Guidelines for General Practitioners*. Melbourne: SANE-University of Melbourne.

VÁZQUEZ-BARQUERO JL. (ed) (1998). *Psiquiatría en atención primaria*. Madrid:Aula Médica.

### Anexos

**Tabla 1. Poblaciones diana para la detección precoz de las psicosis. (Adaptada de Tizón et al. 2007).**

- *Menores altamente vulnerables* (MAV): Adolescentes y niños, con acumulación de factores de riesgo: hijos de padres con patología mental, familias muy desestructuradas, niños con enfermedades crónicas o enfermedades y problemas perinatales graves, etc.
- *Personas en riesgo de psicosis* (SRP): Jóvenes que presentan suspicacia, cambios de humor, alteraciones del sueño, aislamiento social, educacional o laboral, episodios de violencia no integrada, patrones desestructurados de consumo de drogas, etc.
- *Personas en primeros episodios de psicosis delirante*: La labor fundamental ha de realizarse en el primer año de “manifestación abierta” del trastorno.

**Tabla 2. Actividades organizadas a llevar a cabo por el médico de familia en los pacientes con psicosis. (Adaptada de Burns T, Kendrick T, 1997).**

1. *Identificar síntomas prodrómicos y situaciones de crisis y organizar el seguimiento*
  - Crear un registro de casos con el diagnóstico preciso.
  - Vincularse al sufrimiento del paciente y derivar a salud mental, asegurando una adecuada coordinación entre profesionales.
  - Monitorizar que el paciente acude regularmente a las visitas de salud mental.
  - Realizar una visita anual para una evaluación global.
2. *Evaluación global anual*
  - A. Recursos psicosociales
    - Revisar los acontecimientos del último año (progresos, crisis, ingresos, etc.).
    - Valorar la ayuda familiar y social disponible.
    - Revisar las actividades cotidianas: trabajo, ocio, remuneración económica, etc.
  - B. Estado mental
    - Conducta en la consulta: autocuidado, vestido,

- actitud con el profesional.
  - Evaluar síntomas mentales: ansiedad, depresión, síntomas psicóticos activos o ideas de suicidio.
- C. Problemas físicos
    - Promoción de la salud: tabaco, alcohol, drogas, obesidad, hipertensión, ejercicio físico. Practicar análisis de sangre, sobre todo si toma antipsicóticos atípicos.
    - Audición, visión y necesidades podológicas.
    - Planificación familiar y cribados de mama y cervix (en las mujeres).
    - Nutrición.
    - Revisar abuso de sustancias.
  - D. Medicación
    - Revisar y ordenar la medicación actual.
    - Evaluar cumplimiento, efectos secundarios y interacciones.

3. *Información y normas para el paciente y sus cuidadores*

- Incentivar las visitas a salud mental.
- Informar de los recursos biopsicosociales existentes.
- Explicar la actitud a seguir en caso de aparición de nuevos síntomas.
- Informar sobre las asociaciones de autoayuda o de voluntarios.

4. *Tratamiento de las crisis*

- A. Informar como actuar en caso de crisis
  - Proporcionar teléfono de emergencias, si precisa.
  - Asegurarse de que los cuidadores saben con quien contactar en caso de crisis.
- B. En caso de crisis
  - Valorar riesgo de autoagresión o violencia antes de ver al paciente.
  - Revisar episodios previos en la historia clínica.
  - Discutir la situación con la familia y con otros profesionales.
  - Asegurarse ayuda física si es necesario.
  - Evitar permanecer solo con el paciente y asegurarse una vía rápida de salida.
  - Considerar tratamiento farmacológico si el paciente lo acepta.
  - Considerar ingreso en el hospital. Si se requiere un ingreso forzoso, seguir las pautas establecidas en cada ámbito.