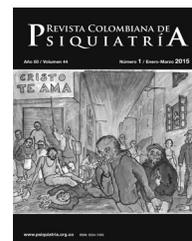




REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Carta al Editor

Tenemos que hablar sobre prevención, psicosis

We have to Talk about Prevention and Psychosis



Sr. Editor,

Existen pocas condiciones psiquiátricas más desestabilizantes para la persona que la padece y su familia que enfrentar la psicosis. Por este motivo, habiendo analizado el artículo de revisión «Revisión de los programas de intervención temprana de psicosis: propuesta de implementación en Perú» publicado en *Revista Colombiana de Psiquiatría*¹, se resalta que es fundamental establecer un programa de intervención temprana, pero no solo basada en la identificación precoz de síntomas psicóticos en sí mismos o la observación de los primeros episodios de psicosis (PEP), sino también la identificación de síntomas prodrómicos que sirvan como señales de advertencia para identificar a los pacientes con estados mentales de alto riesgo (EMAR).

El estudio realizado por Domínguez et al. encontró diferencias significativas entre los grupos EMAR y PEP (tabla 1); entre ellas describen que la edad de inicio de los síntomas inespecíficos, el primer tratamiento especializado y los síntomas prodrómicos fue posterior en los pacientes con PEP que en aquellos con EMAR; además, estos revelaron mayores puntuaciones en síntomas en general, manía y ajuste premórbido desde la adolescencia temprana². Este periodo de perturbación prepsicótica puede ser prolongado, con una duración media de 1-5 años, y suele vincularse con niveles sustanciales de deterioro y discapacidad psicosocial².

En un análisis de los diferentes factores del propio entorno de la persona afectada, por ejemplo, Ortega et al. encontraron que un factor de riesgo de psicosis acompañada de síntomas psicóticos positivos más graves es el maltrato infantil³. Se observó también una asociación entre el abuso sexual y una

mayor gravedad de síntomas alucinatorios y delirios, en tanto que un aumento en la intensidad de los síntomas negativos se asocia con la negligencia³.

Hay evidencia de que, en familias con alta emocionalidad expresada, las recaídas son mayores⁴. Betsen et al. encontraron que las familias monoparentales, como madres solteras que pasaban mucho tiempo con su hijo esquizofrénico, promovían que fuera más ansioso y depresivo⁵. Por otro lado, Anderson et al. describen que existe correlación entre una red social escasa y que el paciente un curso de enfermedad mucho más largo⁶.

Esta es solo una pequeña muestra de que el entorno social y las experiencias previas influyen de manera fundamental en el desarrollo de la psicosis y la gravedad de su presentación. Conuerdo firmemente en que vivimos en un país con un alto grado de estigmatización y discriminación de la esquizofrenia¹, y ante cualquier trastorno psiquiátrico en general, por lo que se debe promover una cultura de salud mental libre de toda sensación de vergüenza o estigma causados por la enfermedad. De esta forma se confirma que urge un programa de intervención temprana y que es esencial que cualquiera sea que se establezca evalúe también a los parientes y los posibles precipitantes emocionales; esta intervención debe acompañarse sobre todo de campañas de concientización y eliminación de prejuicios sobre los diferentes trastornos y síntomas que nos pueden alertar, evitando de esta manera el curso crónico e incapacitante, el habitual mal pronóstico e incluso generador de incremento de la mortalidad y de altos costos económicos proveniente de la psicosis y, de esta, la psicosis por excelencia, la esquizofrenia⁷.

Tabla 1 – Diferencias halladas en el estudio de Domínguez et al.2

	EMAR (n = 43) ^a		PEP (n = 40) ^b	
Principal razón de consulta en un servicio de salud mental	Condición del estado de ánimo/depresión/tristeza/baja autoestima		Problemas de pensamiento/suspiciosa o delirios	
Tratamiento psiquiátrico actual	Predomina medicamento antidepresivo		Predomina medicamento antipsicótico	
<i>Antecedentes del trastorno actual</i>				
Edad (años) al inicio de síntomas inespecíficos	14,5 ± 4,1		21,6 ± 7,0	
Edad (años) al inicio de los síntomas prodrómicos	17,4 ± 3,4		23,1 ± 6,0	
Edad (años) al inicio de los síntomas psicóticos	NA		24,1 ± 6,2	
Edad (años) a la primera visita psiquiátrica/psicológica especializada	18,4 ± 4,5		24,1 ± 6,4	
Duración de la enfermedad no tratada (DUI) (semanas)	94,1 ± 185,4		72,1 ± 144,9	
Duración de la psicosis no tratada (DUP) (semanas)	NA		55,1 ± 100,2	
<i>Gravedad de los síntomas</i>				
CGI general	2,9 ± 0,8		3,4 ± 1,0	
PANSS general	36,8 ± 9,0		31,5 ± 8,2	
Síntomas prodrómicos (CAARMS)	Gravedad	Frecuencia	Gravedad	Frecuencia
Síntomas positivos	9,5 ± 3,6	10,4 ± 4,0	NA	NA
Cambio cognitivo	4,3 ± 1,8	3,4 ± 1,4	NA	NA
Trastorno emocional	5,1 ± 2,9	6,7 ± 4,3	NA	NA
Síntomas negativos	7,8 ± 3,0	9,1 ± 3,0	NA	NA
Cambio de comportamiento	8,6 ± 3,4	8,5 ± 3,8	NA	NA
Motor/cambios físicos	4,7 ± 3,23	4,2 ± 3,4	NA	NA
Psicopatología general	13,7 ± 5,8	12,9 ± 6,3	NA	NA
<i>Síntomas afectivos</i>				
Manía (YMRS)	4,8 ± 4,8		2,6 ± 3,8	
Depresión (CDS)	6,7 ± 4,9		5,2 ± 4,8	
Ajuste premórbido (PAS) ^c , n	43		40	
Infancia	0,31 ± 0,14		0,25 ± 0,15	
n	43		40	
Adolescencia temprana	0,41 ± 0,16		0,30 ± 0,18	
n	38 ^d		36 ^d	
Adolescencia tardía	0,44 ± 0,17		0,33 ± 0,17	
n	30 ^e		32 ^e	
Edad adulta	0,49 ± 0,15		0,41 ± 0,19	
Calidad de vida (WHOQOL-BREF) ^f , n	41		25 ^g	
Puntuación total de la calidad de vida	5,9 ± 1,9		6,6 ± 1,4	
CAARMS: entrevista para la evaluación general de los estados mentales de alto riesgo; CDS: escala de depresión de Calgary; CGI: escala de impresión clínica global; DUI: duración de la enfermedad no tratada; DUP: duración de la psicosis no tratada; EMAR: estados mentales de alto riesgo; NA: no aplicable; PANSS: escala de los síndromes positivo y negativo; PAS: escala de ajuste premórbido; PEP: primer episodio psicótico; WHOQOLBREF: versión breve del cuestionario de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud; YMRS: escala de manía de Young.				
^a Edad 14-30 años.				
^b Edad 16-40 años.				
^c Una puntuación más baja indica un nivel de funcionamiento más «saludable».				
^d La subescala de la PAS de la adolescencia tardía no fue aplicable a pacientes menores de 15 años.				
^e La subescala de la PAS de adultos no fue aplicable a pacientes menores de 18 años.				
^f Una puntuación más alta indica una mejor calidad de vida.				
^g Los datos del WHOQOL-BREF solo se recopilaron de 25 pacientes con PEP porque este cuestionario no se incluyó inicialmente en el protocolo de evaluación de los pacientes con PEP, pero sí después.				
Salvo otra indicación, los valores expresan media ± desviación estándar.				

BIBLIOGRAFÍA

1. Valle R. Revisión de los programas de intervención temprana de psicosis: propuesta de implementación en Perú. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2020;49:178-86.
2. Domínguez-Martínez T, Cristóbal-Narváez P, Kwapil RT, Barrantes-Vidal N. Características clínicas y psicosociales de

- pacientes con estados mentales de alto riesgo y primeros episodios de psicosis de un programa de psicosis incipiente en Barcelona (España). *Actas Esp Psiquiatr.* 2017;45:145-56.
3. Ortega L, Montalvo I, Solé M, Creus M, Cabezas Á, Gutiérrez-Zotes A, et al. Relación entre el maltrato infantil y la adaptación social en una muestra de jóvenes atendidos en un servicio de intervención precoz en psicosis. *Rev Psiquiatría Salud Mental.* 2020;13:131-9.

4. Perales A. Manual de Psiquiatría "Humberto Rotondo". 2. a ed Lima: UNMSM; 1998. Disponible en: <https://sisbib.unmsm.edu.pe/bivirtual/libros/psicologia/manual.psiquiater%C3%ADa/indice.htm>.
5. Bentsen H, Boye B, Munkvold OG, Notland TH, Lersbryggen AB, Oskarsson KH, et al. Emotional overinvolvement in parents of patients with schizophrenia or related psychosis: demographic and clinical predictors. *Br J Psychiatry*. 1996;169:622-30.
6. Anderson CM, Hogarty G, Bayer T, Needleman R. Expressed emotion and social networks of parents of schizophrenic patients. *Br J Psychiatry*. 1984;144:247-55.
7. Cabrera AS, Michel C, Cruzado L. Estados clínicos de alto riesgo para esquizofrenia y otras formas de psicosis: una breve revisión. *Rev Neuropsiquiatr*. 2017:80.

Scarlett Juliet Torres Saavedra*
y Germán Víctor Martín Rossani Alatriza
Facultad de Medicina Humana, Universidad Ricardo Palma, Lima,
Perú

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: scarlettjts98@gmail.com

(S.J. Torres Saavedra).

0034-7450/

© 2020 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por

Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.11.003>