



TEMA 8: TRASTORNOS PSICÓTICOS: TIPOS CLÍNICOS, EVOLUCIÓN, PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO. OTROS TRASTORNOS DELIRANTES AGUDOS Y CRONICOS

Dr. Celso Arango López

Curso académico 2011-2012

OBJETIVOS DE LA CLASE

Describir los subtipos de esquizofrenia su curso y pronóstico.

Conocer los principales tratamientos farmacológicos, psicoterapéuticos e intervenciones sociales.

Conocer intervenciones para prevención de recaídas

Conocer la información para paciente y familiares

Conocer otros trastornos delirantes

Tipos clínicos

CIE-10

TIPOS DE ESQUIZOFRENIA (CIE-10)

Esquizofrenia paranoide

Esquizofrenia hebefrénica

Esquizofrenia simple

Esquizofrenia indiferenciada

Esquizofrenia catatónica

Esquizofrenia residual

Depresión post-esquizofrénica

TIPOS DE ESQUIZOFRENIA (CIE-10)

Esquizofrenia paranoide

Esquizofrenia hebefrénica

Esquizofrenia simple

Esquizofrenia indiferenciada

Esquizofrenia catatónica

Esquizofrenia residual

Depresión post-esquizofrénica





<http://www.chovil.com/1.html>

Formas de evolución

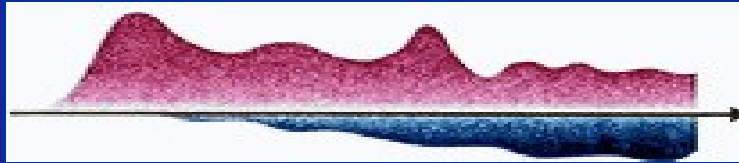
HISTORIA NATURAL DE LA ESQUIZOFRENIA

Estadíos de la enfermedad



FORMAS DE EVOLUCIÓN

Continuo (puede mostrar o no síntomas negativos)



Síntomas positivos



Síntomas negativos

Episódico con síntomas negativos progresivos



Episódico con síntomas negativos estables



Episodio remitente



Remisión completa



CURSO DE LA ESQUIZOFRENIA

Enfermedad aguda con recuperación completa	20 %
Enfermedad aguda recurrente	20 %
Enfermedad crónica con inicio agudo	20 %
Enfermedad crónica con inicio insidioso	20 %
Suicidio	10-15 %

Factores pronósticos

FACTORES PRONÓSTICOS DE LA ESQUIZOFRENIA

Buen pronóstico

Inicio y curso previo

- Inicio agudo
- Presencia de factores precipitantes claros
- Edad de inicio tardía
- Ausencia de recaídas previas

Mal pronóstico

Inicio y curso previo

- Inicio insidioso
- Ausencia de factores precipitantes
- Edad de inicio temprana
- Múltiples recaídas
- Mayor duración de la hospitalización
- Ninguna remisión en 3 años

FACTORES PRONÓSTICOS DE LA ESQUIZOFRENIA

Buen pronóstico

Psicopatología

- Predominio de síntomas positivos (alucinaciones e ideas delirantes)
- Subtipo paranoide y probablemente catatónico
- Síntomas de trastorno del estado de ánimo (especialmente depresión)

Mal pronóstico

Psicopatología

- Predominio de síntomas negativos
- Aplanamiento afectivo
- Subtipo desorganizado e indeferenciado
- Historia de violencia

FACTORES PRONÓSTICOS DE LA ESQUIZOFRENIA

Buen pronóstico

Factores biológicos

- Sexo femenino
- Sin alteraciones en las pruebas de neuroimagen (TAC, ET, SPECT normales, (potenciales evocados y EEG

Mal pronóstico

Factores biológicos

- Sexo masculino
- TAC con alteraciones estructurales PET, SPECT y EEG anormales
- Signos y síntomas neurológicos
- Historia de dificultades perinatales

FACTORES PRONÓSTICOS DE LA ESQUIZOFRENIA

Buen pronóstico

Antecedentes

- Personalidad premórbida adaptada
- Sin antecedentes psiquiátricos personales
- Sin antecedentes familiares de esquizofrenia
- Historia familiar de trastornos del estado de ánimo

Mal pronóstico

Antecedentes

- Personalidad esquizoide
- Antecedentes psiquiátricos personales
- Historia familiar de esquizofrenia

FACTORES PRONÓSTICOS DE LA ESQUIZOFRENIA

Buen pronóstico

Atmósfera emocional en la familia

- Familiares con baja emoción expresada
- Contacto cara a cara con familiares de baja emoción expresada

Mal pronóstico

Atmósfera emocional en la familia

- Familiares con elevada emoción expresada (comentarios críticos, hostilidad, sobreimplicación emocional)
- Contacto cara a cara con familiares con elevada emoción expresada

FACTORES PRONÓSTICOS DE LA ESQUIZOFRENIA

Buen pronóstico

Adaptación social

- Buena adaptación social, sexual y laboral premórbida:
- Buenos sistemas de apoyo (casado, vivir en pareja)
- Sexualidad adaptada
- Buena integración ocupacional
- Alto nivel educativo del paciente

Mal pronóstico

Adaptación social

- Escasa adaptación social, sexual y laboral premórbida:
- Pocos sistemas de apoyo (soltero, divorciado o viudo)
- Alteración de la capacidad de contacto
- Aislamiento social, conducta autista
- Clase social baja

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL PRONÓSTICO DE LA ESQUIZOFENIA



*El comienzo es más tardío y por lo general menos grave en mujeres;
La comorbilidad con consumo de drogas en esquizofrenia es mayor en varones



SUICIDIO EN ESQUIZOFRENIA

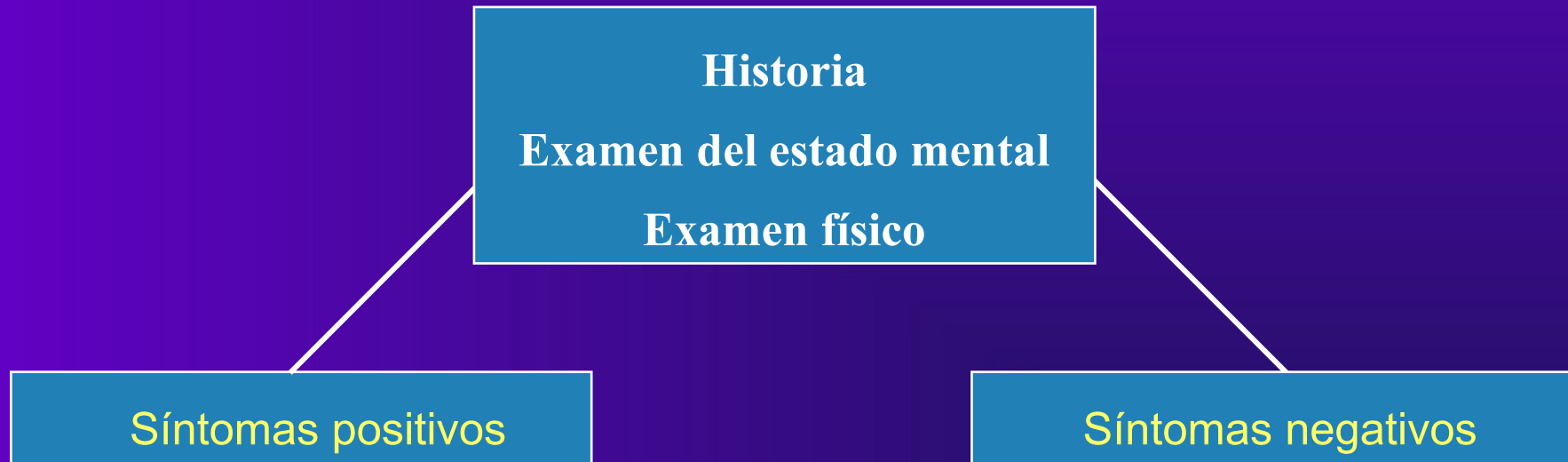
- Más del 10% de pacientes con esquizofrenia se suicida
- La mayoría lo hace durante los primeros años de la enfermedad
- Más del 50% ha realizado tentativas previas
- Los síntomas depresivos y el alcoholismo están estrechamente relacionados con esta conducta
- Se correlaciona con la presencia de acatisia y desesperanza
- Habitualmente los pacientes que se suicidan son jóvenes con un buen funcionamiento premórbido y grandes expectativas de rendimiento

Diagnóstico diferencial

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL PRIMER EPISODIO PSICÓTICO

- Esquizofrenia
- Trastorno esquizofreniforme
- Trastorno esquizoafectivo
- Trastorno bipolar
- Depresión psicótica
- Trastorno psicótico breve
- Trastorno psicótico debido a condición médica
- Psicosis tóxica
- Trastorno delirante
- Psicosis post-parto
- Cuadros psicóticos específicos en ciertas culturas
- Trastornos psicóticos atípicos

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

SÍNTOMAS POSITIVOS

Piense siempre en:

- Psicosis inducida por consumo de drogas, alcohol, medicación
- Episodio depresivo con síntomas psicóticos
- Episodio maníaco con síntomas psicóticos
- (en personas mayores) delirio y demencia

Menos común:

- Epilepsia del lóbulo temporal
- Infecciones del SNC
- Porfiria aguda
- LES
- Esclerosis múltiple
- Lesión en el espacio intercraneal

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

SÍNTOMAS NEGATIVOS

Piense siempre en:

- Efectos secundarios de los antipsicóticos
- Depresión post-esquizofrénica
- Episodio depresivo

Menos común:

- Patología del lóbulo frontal (ej: demencia, lesión cerebral)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Trastornos del humor
- Trastornos de personalidad no psicóticos
- Trastornos psicóticos inducidos por sustancias
- Trastornos psicóticos debidos a enfermedad médica o a trastornos mentales orgánicos

ENFERMEDADES MÉDICAS QUE PUEDEN PRESENTARSE COMO PSICOSIS

- Epilepsia del lóbulo temporal
- Tumor
- Ictus
- Traumatismo
- Alteraciones endocrinas o metabólicas
- Infecciones
- Esclerosis múltiple
- Enfermedades autoinmunes
- Abuso de sustancias

DROGAS QUE PUEDEN INDUCIR A PSICOSIS

- Anfetaminas
- Cannabis
- Alucinógenos
- Cocaína
- Alcohol

PRUEBAS A REALIZAR EN UN PRIMER EPISODIO PSICÓTICO

- Buena anamnesis
- Exploración psicopatológica
- Exploración neurológica
- Hemograma
- Bioquímica
- Hormonas tiroideas
- Vit B12 y Ac Fólico
- Marcadores
- EEG
- TAC o RMN
- Otras dependiendo del cuadro

Tratamiento

TRATAMIENTO ESQUIZOFRENIA: ASPECTOS GENERALES

- **Debe ser individualizado**
- **La esquizofrenia no es sólo un desequilibrio bioquímico**
- **La monoterapia no es suficiente en las enfermedades complejas**

PAUTA GENERAL DE TRATAMIENTO

- Diagnóstico preciso
- Información familiar
- Compromiso terapéutico
- Valorar tratamientos previos
 - inicial
 - agitación
 - síntomas negativos
 - reactivación procesual
- Soporte sociofamiliar
- Rehabilitación psicosocioterápica
- Tratamiento de mantenimiento

ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS

BIOLÓGICAS	SOCIALES
<ul style="list-style-type: none">• Antipsicóticos<ul style="list-style-type: none">– Oral– Depot• Ayuda para monitorización y cumplimiento	<ul style="list-style-type: none">• Cuidado comunitario<ul style="list-style-type: none">– Programa de cuidados– Examen del equipo multidisciplinar• Rehabilitación• Intervención familiar

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN I

1. CUSTODIAL

Salvaguarda del paciente (agitación)

Salvaguardar a la comunidad de la conducta del paciente

Sacar al paciente de un ambiente nocivo

2. DIAGNÓSTICO

Observación

Disponer de mejores medios diagnósticos

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN II

3. TRATAMIENTO

Motivación del paciente y familia:

- Aceptar y soportar el tratamiento
- Hacer los necesarios cambios de vida

Terapéutica farmacológica

- Inicio de tratamiento
- Mejor control de efectos secundarios
- Vigilar el cumplimiento

4. SOCIOFAMILIAR

Disminución de las tensiones familiares

5. TERAPÉUTICAS ESPECIALES

CRITERIOS PARA EL ALTA

Gran mejoría clínica y posibilidad de tratamiento externo

No riesgos auto o heteroagresivos

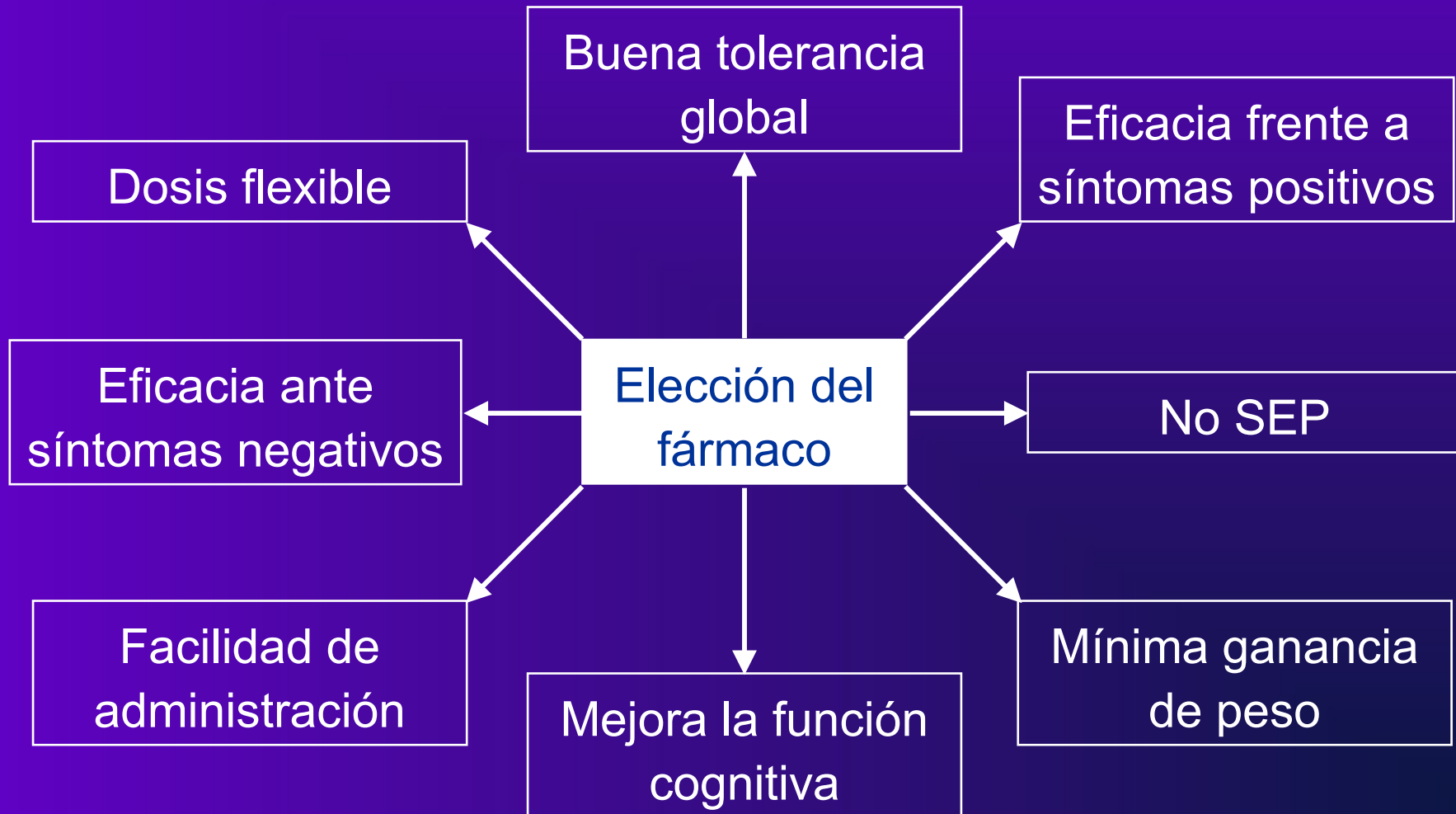
Poder asumir responsabilidades

Disponer de buen soporte externo

No obtención de mayor beneficio con la hospitalización

Necesidad de otros tratamientos externos

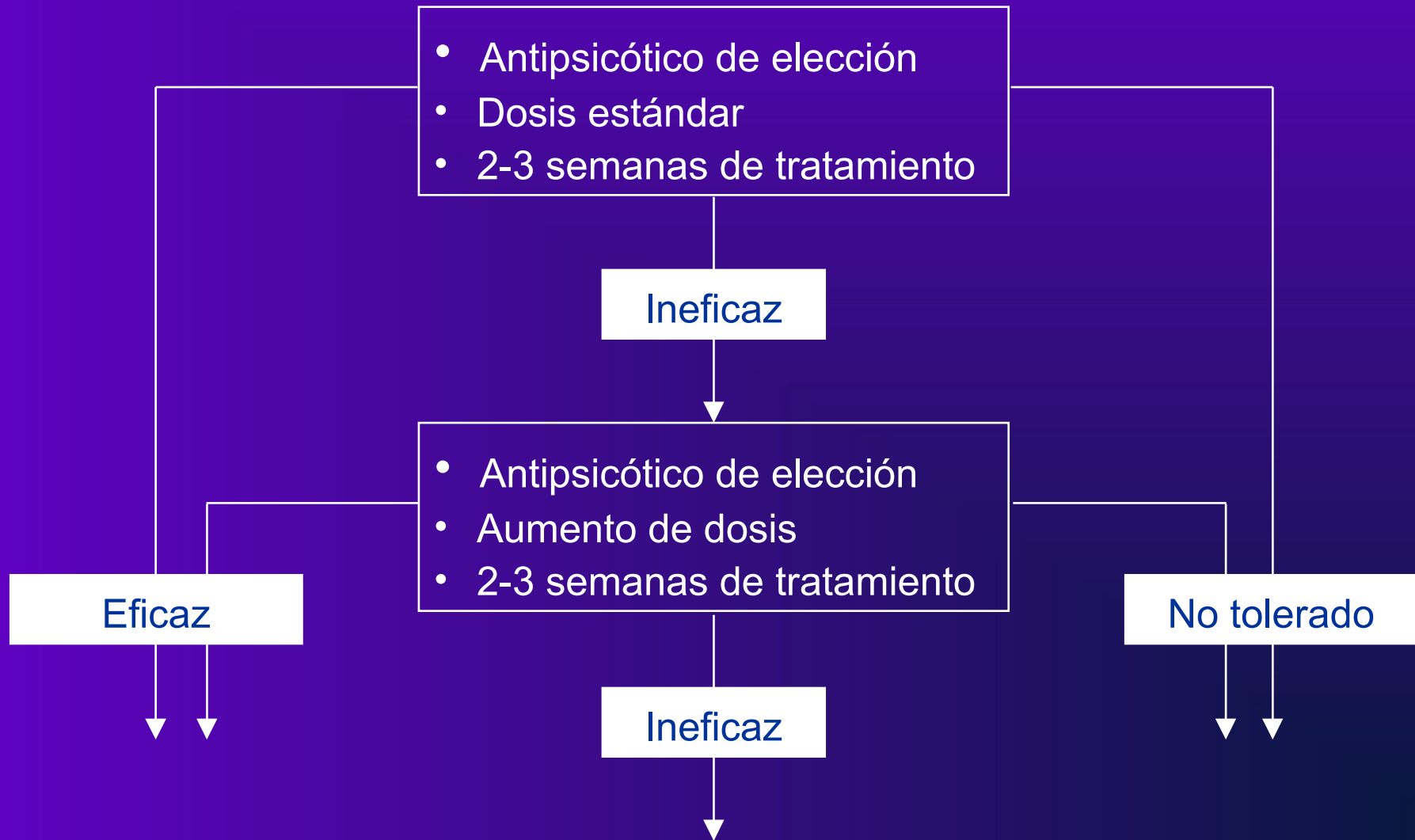
FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DEL TRATAMIENTO

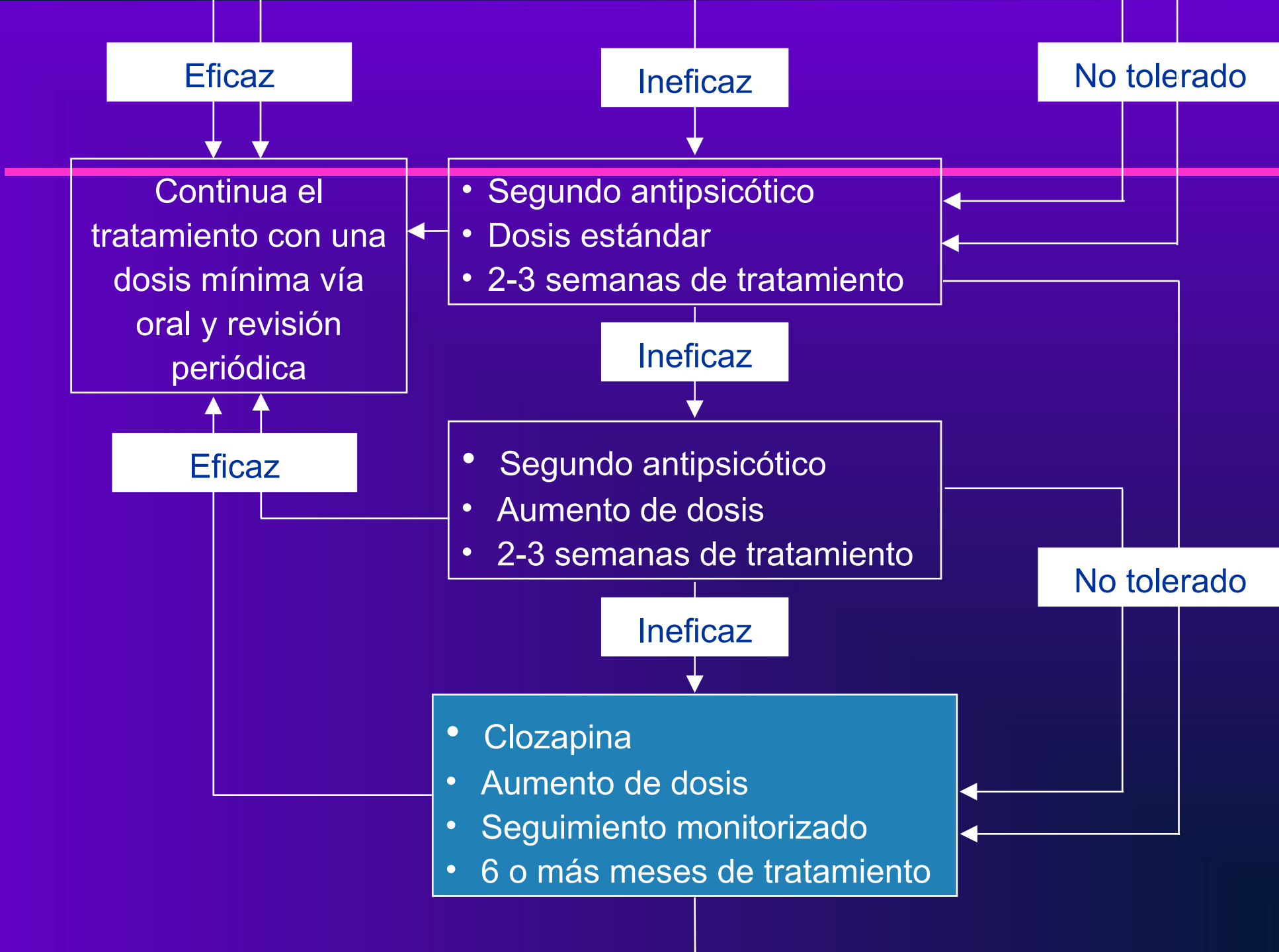


ANTIPSIKÓTICOS COMPARADOS CON HALOPERIDOL

Fármaco	D1	D2	5HT2	α-1	Ach	Hist
Haloperidol	-	+++	+	+	-	-
Sulpiride	-	+++	-	-	-	-
Amisulpride	-	+++	-	-	-	-
Risperidona	-	+++	+++	++	-	(+)
Ziprasidona	-	++	+++	++	-	(+)
Clozapina	++	+(+)	++	+++	+++	++
Olanzapina	+	++	++	++	+++	++
Quetiapina	-	+(+)	++	++	-	++

ALGORITMO DEL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO DE LA ESQUIZOFRENIA





Eficaz

Ineficaz

No tolerado

Continua el tratamiento con una dosis mínima vía oral y revisión periódica

- Segundo antipsicótico
- Dosis estándar
- 2-3 semanas de tratamiento

Ineficaz

- Segundo antipsicótico
- Aumento de dosis
- 2-3 semanas de tratamiento

Eficaz

Ineficaz

- Clozapina
- Aumento de dosis
- Seguimiento monitorizado
- 6 o más meses de tratamiento

No tolerado

Ineficaz

- Revisión del diagnóstico
- Nueva evaluación
- Exclusión de psicotomiméticos
- Exclusión de comorbilidad
- Considerar suspender la medicación y hacer nueva evaluación
- Considerar añadir otra medicación como benzodiazepinas o litio
- TEC (antes si sintomatología catatónica)

PRINCIPALES LIMITACIONES DE LOS Aps CLÁSICOS

- 20% a 40% de respuesta insuficiente
- Eficaces especialmente frente a síntomas positivos y mucho menos sobre negativos
- Elevada incidencia de efectos indeseables neurológicos y neuroendocrinos
 - discinesia tardías
 - impiden alcanzar dosis terapéuticas
 - no cumplimiento, que contribuye al elevado porcentaje de recaídas (35% al año)
- Síndrome neuroléptico maligno

NUEVOS ANTIPSICÓTICOS

RISPERIDONA/PALIPERIDONA

OLANZAPINA

AMISULPRIDE

QUETIAPINA

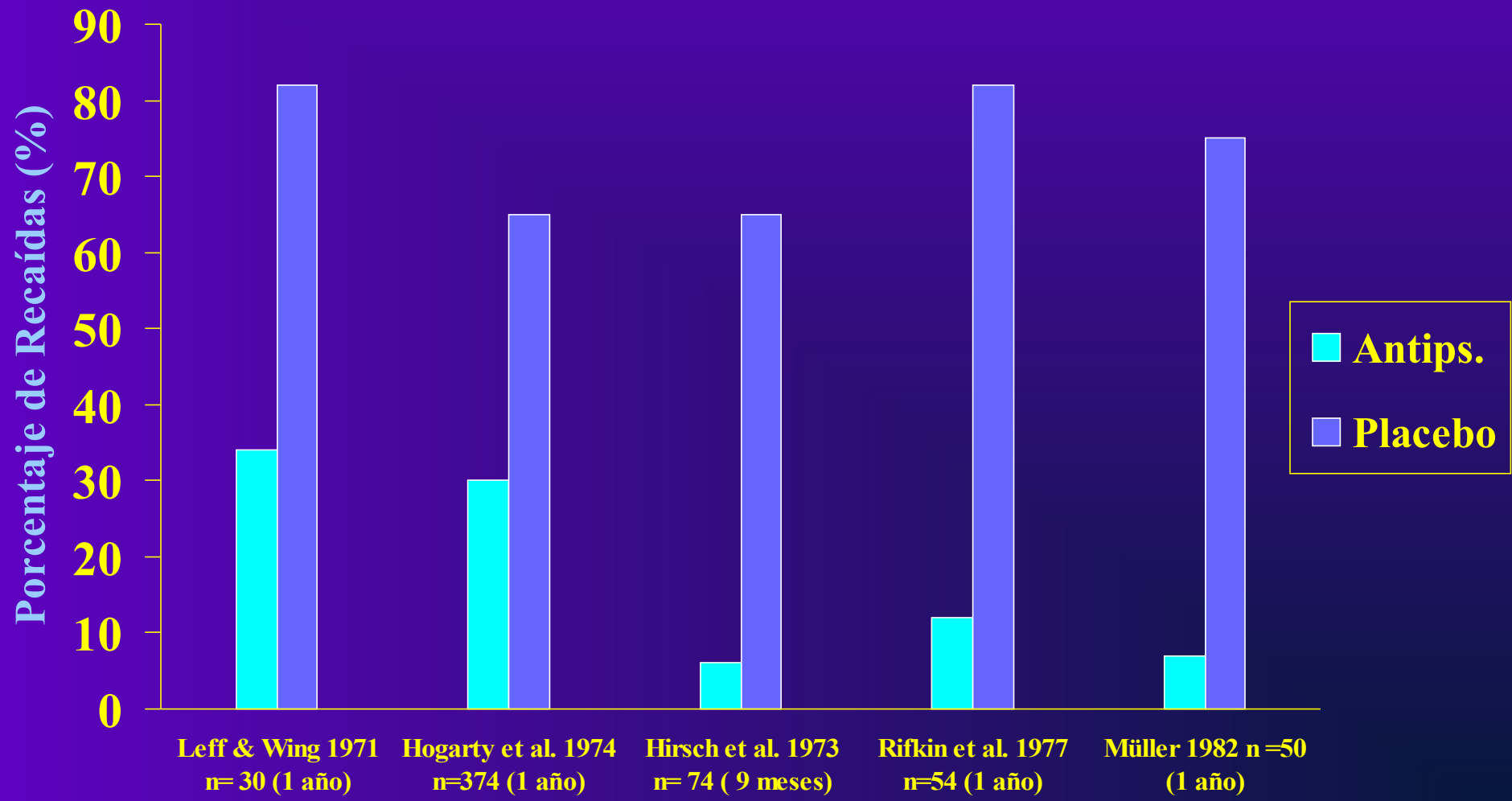
ZIPRASIDONA

ARIPIRAZOL

NUEVOS ANTIPSICÓTICOS COMPARADOS CON HALOPERIDOL

Fármaco	SEP	Efectos adversos		Aumento peso	Náuseas Dolor cabeza
		Sedación	Autonómicos		
Haloperidol	+++	+	+	+	-
Sulpiride	+(+)	+	(+)	+	-
Amisulpride	+(+)	+	(+)	+	-
Risperidona	+(+)	+	+	+ (+)	(+)
Ziprasidona	+	++	+	+	(+)
Clozapina	-	+++	+++	+++	(+)
Olanzapina	+	++	+(+)	++(+)	(+)
Quetiapina	(+)	++	+	++	(+)

PREVENCIÓN RECAÍDAS



PRINCIPALES LIMITACIONES DE LOS A. SEGUNDA GENERACIÓN

- 20% a 40% de respuesta insuficiente a excepción de clozapina.
- Eficaces especialmente frente a síntomas positivos y mucho menos sobre negativos o cognitivos
- Síndrome metabólico, aumento de peso.
Heterogeniedad: hiperprolactinemia, somnolencia, desinhibición.
- Precio

¿PORQUÉ ABANDONAN LOS PACIENTES EL TRATAMIENTO?

Factores relacionados con el ambiente:

Apoyo social
Apoyo económico
Actitud hacia el tratamiento
Supervisión del tratamiento
Estatus social
Recursos asistenciales disponibles

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA

Factores relacionados con el tratamiento:

Efectos secundarios
Vía de administración
Periodicidad en tomas
Duración del tratamiento
Coste
Polifarmacia

Factores relacionados con el paciente:

INSIGHT
Sintomatología
Problemas cognitivos
Edad
Comorbilidad
Sexo

PSICOTERAPIAS

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS QUE HAN DEMOSTRADO EFICACIA:

- Intervenciones familiares psicoeducativas
- Entrenamiento en habilidades sociales
- Tratamientos cognitivo-conductuales, dirigidos a:
 - Los síntomas positivos de la enfermedad
 - Las alteraciones de los procesos cognitivos básicos subyacentes
- Paquetes integrados multimodales

- Centrados en:
 - Efectos de la adaptación a las experiencias psicóticas
 - Reducción de los síntomas psicóticos residuales
 - Prevención de recaídas
 - Cumplimiento del tratamiento
 - Relaciones interpersonales
 - Adquisición de habilidades para vida independiente
 - Reducción del estrés
 - Reducción de la carga familiar

PSICOTERAPIAS

- **Terapia cognitivo-conductual**
- **Terapia orientada en la familia**
- **Terapia grupal**
- **Psicoterapia individual**

Otros tratamientos biológicos:

TEC

CRITERIOS PARA EL USO PRIMARIO DE TEC

- Cuando se da una de estas condiciones:
 - Necesidad de una respuesta urgente
 - Los riesgos de otros tratamientos sobrepasan a los de la TEC
 - Historia de la respuesta pobre a los fármacos
 - Buena respuesta a la TEC en episodios previos
 - Preferencia del paciente

INDICACIÓN PRIMARIA DE LA TEC EN ESQUIZOFRENIA

- Esquizofrenia con clínica de:
 - Agitación y/o estupor catatónico y/o desorientación
 - Episodios agudos con severa agitación y gran desorganización conductual y cognoscitiva
 - Embarazo

PREVENCIÓN RECAÍDAS

Programa de prevención con antipsicóticos:

En primer episodio: 1 - 2 años

Varios episodios: por vida (5 años) (MBV)

Conducta incontrolable: indefinido

CAUSAS PRINCIPALES DE DISCAPACIDAD

	Total (millones)	(%)
Todas las causas	472,7	
Depresión mayor	50,8	10,7
Anemia ferropénica	22,0	4,7
Cataratas	22,0	4,6
Alcoholismo	15,8	3,3
EPOC	14,7	3,1
Trastorno bipolar	14,1	3,0
Anomalías congénitas	13,5	2,9
Osteoartritis	13,3	2,8
Esquizofrenia	12,1	2,6
TOC	10,2	2,2

REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA

- Servicios médico-psiquiátricos
 - Atención primaria
 - Servicio de psiquiatría con cuidados biopsicosociales
- Albergues comunitarios
- Intervenciones psicosociales
 - Entrenamiento en habilidades sociales
 - Intervenciones familiares
 - Clubes sociales
 - Terapia social
 - Grupos de autoayuda
- Coordinación de recursos

Trastorno esquizoafectivo

Trastorno esquizoafectivo

Generalidades

Tiene características de la esquizofrenia y de los trastornos afectivos. Es el mejor diagnóstico para pacientes que debutan con combinaciones de ambos.

Trastorno esquizoafectivo

Epidemiología

La prevalencia de por vida es inferior al 1%, posiblemente del orden del 0,5 al 0,8%.

Diferencias por sexo y edad:

- Comienza más tarde en mujeres que en hombres, como la esquizofrenia.**

Trastorno esquizoafectivo

Etiología

Se desconoce la causa del trastorno. Puede ser un tipo de esquizofrenia, un tipo de trastorno del estado de ánimo o la expresión simultánea de ambos.

Hay mayor riesgo de esquizofrenia en los familiares de casos de trastorno esquizoafectivo.

Trastorno esquizoafectivo

Criterios diagnósticos [295.70]

A. Un período continuo de enfermedad durante el que se presenta en algún momento un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto, simultáneamente con síntomas que cumplen el Criterio A para la esquizofrenia.

Nota: El episodio depresivo mayor debe incluir el Criterio A1: estado de ánimo depresivo.

B. Durante el mismo período de enfermedad ha habido ideas delirantes o alucinaciones durante al menos 2 semanas en ausencia de síntomas afectivos acusados.

Trastorno esquizoafectivo

Criterios diagnósticos [295.70]

- C. Los síntomas que cumplen los criterios para un episodio de alteración del estado de ánimo están presentes durante una parte sustancial del total de la duración de las fases activa y residual de la enfermedad.**
- D. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso o un medicamento) o a enfermedad médica.**

Codificación basada en tipo:

Trastorno esquizoafectivo

Criterios diagnósticos [295.70]

Codificación basada en tipo:

0 Tipo bipolar: si la alteración incluye un episodio maníaco o mixto (o un episodio maníaco o mixto y episodios depresivos mayores)

1 Tipo depresivo: si la alteración sólo incluye episodios depresivos mayores

Trastorno equizoafectivo

Características clínicas

No se ha esclarecido si los especificadores de tipo bipolar o depresivo son útiles, pero pueden dirigir las opciones terapéuticas.

A menudo los subtipos se confunden con subtipos previos (tipo esquizofrénico vs afectivo), que se consideraba que tenían implicaciones para la evolución y el pronóstico.

Trastorno delirante

Trastorno delirante

” La construcción, a partir de premisas falsas, de un sistema de ideas delirantes, lógicamente desarrolladas, con partes lógicamente interrelacionadas e incommovibles, sin ninguna perturbación demostrable que afecte a las otras funciones mentales y por tanto sin síntomas de deterioro, si se pasa por alto la completa carencia de discernimiento por parte del paranoico con respecto al propio sistema delirante”

» Eugen Bleuler (1950)

Trastorno delirante

Según el DSM-IV, se llega a un diagnóstico de trastorno delirante cuando una persona presenta delirios no extraños de no menos de un mes de duración que no pueden ser atribuidos a otros trastornos psiquiátricos.

No es extraño que los delirios pueden ocurrir en la vida real, por ejemplo, ser seguido, infectado, amado en la distancia, etc.

Existen varios tipos de delirios.

Trastorno delirante

Epidemiología

En los EEUU se estima una prevalencia actual del 0,025% al 0,03%.

Es mucho más infrecuente que la esquizofrenia.

La media de edad de comienzo es alrededor de 40 años, con ligera preponderancia de pacientes de sexo femenino.

La probabilidad de delirios paranoides es más frecuente en hombres, mientras que en mujeres se presentan más delirios erotomaníacos.

Trastorno delirante

El seguimiento a largo plazo indica que este diagnóstico es relativamente estable y que, con el tiempo, menos de un 25% de los casos se reclasifican como esquizofrenia y menos de un 10%, como un trastorno del estado de ánimo.

Trastorno delirante

Factores de riesgo asociados

Edad avanzada

Alteración sensorial/aislamiento

Abuso de alcohol

Aislamiento social

**Características de la personalidad (por ejemplo,
sensibilidad interpersonal poco habitual)**

Inmigración reciente

Trastorno delirante [297.1]

Criterios diagnósticos DSM-IV-TR

A. Ideas delirantes no extrañas (p. ej., que implican situaciones que ocurren en la vida real, como ser seguido, envenenado, infectado, amado a distancia o engañado por el cónyuge o amante, o tener una enfermedad) de por lo menos 1 mes de duración.

B. Nunca se ha cumplido el Criterio A para la esquizofrenia.

Nota: En el trastorno delirante puede haber alucinaciones táctiles u olfatorias si están relacionadas con el tema delirante.

Trastorno delirante [297.1]

Criterios diagnósticos DSM-IV-TR

- C. Excepto por el impacto directo de las ideas delirantes o sus ramificaciones, la actividad psicosocial no está deteriorada de forma significativa y el comportamiento no es raro ni extraño.**
- D. Si se han producido episodios afectivos simultáneamente a las ideas delirantes, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos delirantes.**
- E. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga o un medicamento) o a enfermedad médica.**

Trastorno delirante [297.1]

Crterios diagn3sticos DSM-IV

Tipo (en base al tema delirante que predomine):

Tipo erotomaniaco

Tipo de grandiosidad

Tipo celotípico

Tipo persecutorio

Tipo somático

Tipo mixto

Tipo no especificado

Trastorno delirante

Manifestaciones clínicas II

Pensamiento:

- El trastorno del contenido del pensamiento es el síntoma clave del trastorno. Por lo general los delirios se caracterizan por ser factibles.
- El sistema delirante puede ser complejo o simple.
- No presentan otro signo de trastorno del pensamiento, aunque algunos pueden tener un lenguaje ampuloso, circunstancial o idiosincrásico cuando hablan de sus delirios.

Trastorno delirante

Manifestaciones clínicas III

Juicio y conciencia de enfermedad (insight):

- Prácticamente no tienen conciencia de enfermedad y casi siempre son llevados al hospital por la policía y familiares.**
- Se ha de valorar el comportamiento pasado, presente y planificado del paciente.**

Trastorno psicótico compartido



También se le ha denominado:

- Trastorno paranoide compartido, trastorno psicótico inducido, folie à deux, folie impose e insania doble.

Se caracteriza por la transferencia de delirios de una persona a otra. Ambas personas están estrechamente relacionadas, con relativo aislamiento social.

El individuo que primero tiene el delirio suele tener una enfermedad crónica y, por lo general, es un miembro influyente en una relación estrecha con una persona más sugestionable, que también presenta el delirio.

ESTIGMA RECOMENDACIONES WPA 2000

- Iniciar actividades educativas en la comunidad dirigidas a cambiar actitudes
- Incluir la educación antiestigma en los profesores y profesionales sanitarios
- Mejorar la psicoeducación de los pacientes y sus familiares sobre las formas de vivir con la enfermedad
- Implicar a los pacientes y a sus familiares en la identificación de las prácticas discriminatorias
- Promover acciones legales y sociales para reducir la discriminación

INFORMACIÓN ESENCIAL PARA EL PACIENTE Y SU FAMILIA

- **La inquietud y el comportamiento extraño son síntomas de enfermedad mental.**
- **Curso episódico de la enfermedad. Identificar pródromos y preparación para recaídas.**
- **La medicación es esencial en el tratamiento: reduce dificultades vida diaria, previene recaídas, etc.**
- **Importancia del apoyo familiar para el cumplimiento terapéutico y adecuada rehabilitación .**
- **Existen organizaciones de autoayuda para el enfermo y familiares.**

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS A PACIENTES Y SUS FAMILIARES

- **Discutir con la familia el plan de tratamiento.**
- **Explicar beneficios de la medicación e informar de efectos secundarios.**
- **Animar al paciente para que realice sus tareas al mayor nivel posible.**
- **Estimularle a respetar las normas sociales.**
- **Para reducir al máximo el estrés y la agresividad:**
 - **No discutir sobre las creencias delirantes**
 - **Evitar confrontaciones o críticas**
 - **Aislar al enfermo del entorno estresante**

Bibliografía recomendada:

KAPLAN, H.I. y SADOCK, B.J.: Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica. 9ª ed. Waverly Hispánica. Madrid, 2004.

VALLEJO RUILOBA, J.: Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 6ª ed. Masson. Barcelona. 2006.

Para profundizar:

COLODRON, A. El trastorno esquizofrénico de la acción humana. Triacastela, Madrid. 1995.

BERRIOS, GE. y FUENTENEbro DE DIEGO, F. Historia, Clínica, Metateoría, Trotta, Madrid. 1996

ARANGO, C. Esquizofrenia: 125 Preguntas, algunas respuestas Madrid. 2006.

www.ucm.es/info/fmed

www.hggm.es/ua

carango@mce.hggm.es