



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLOGICAS DE LOS PACIENTES ADOLESCENTES QUE FUERON ATENDIDOS POR UN PRIMER EPISODIO PSICÓTICO EN UN INSTITUTO DE SALUD MENTAL”

Nombre del Autor: Marco Antonio Macavilca Cruz

Nombre del Asesor: Horacio Vargas Murga

LIMA – PERÚ

2019

1. RESUMEN

La información sobre primer episodio psicótico en población adolescente es limitada en nuestro medio: se desconocen las frecuencias de características epidemiológicas tales como la etiología, las comorbilidades psiquiátricas, el tratamiento recibido y la sintomatología. El objetivo de este estudio es identificar las características clínico-epidemiológicas (edad, sexo, etiología del trastorno psicótico, comorbilidades psiquiátricas, sintomatología psicótica, lugar de procedencia lugar de nacimiento y tratamiento psicofarmacológico) en los pacientes adolescentes que fueron atendidos por un primer episodio psicótico en un instituto de salud mental. Se trata de un estudio descriptivo, transversal, que consistirá en la revisión retrospectiva de las historias clínicas de los pacientes estudiados. La unidad de análisis será el paciente mayor de 13 años con diagnóstico compatible con un primer episodio psicótico, que haya sido atendido como Paciente Nuevo en el Consultorio Externo del Servicio de Niños y Adolescentes del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (INSM HD-HN), durante el periodo de mayo del 2018 a abril del 2019. La información se recopilará en una Ficha de Datos, y se mantendrá su confidencialidad. Este estudio contribuirá a la identificación del perfil epidemiológico de la población adolescente con un primer episodio psicótico, lo cual conllevará a la toma de decisiones terapéuticas y a medidas de salud pública.

Palabras Clave: *primer episodio psicótico, psicosis, adolescentes.*

2. INTRODUCCIÓN

El término psicosis se refiere a la presencia de delusiones o ideas delirantes (creencias falsas e implausibles) o alucinaciones (percepciones falsas de cualquier modalidad sensorial). Definiciones más generales del término incluyen otras manifestaciones como los trastornos formales del pensamiento, la conducta desorganizada o los síntomas catatónicos (1). Se reporta en la literatura que la prevalencia de síntomas psicóticos en la población general oscila entre el 5% y el 8% (1). Mientras tanto, en el grupo etario de niños y adolescentes, la prevalencia de síntomas psicóticos es mayor, con índices que van del 9% al 14%, con estos datos podemos concluir que un porcentaje importante de individuos jóvenes han padecido síntomas psicóticos (1, 2, 3).

Entre los principales diagnósticos incluidos dentro de la categoría de trastornos psicóticos están: los trastornos psicóticos agudos y transitorios, esquizofrenia, trastornos psicóticos debido a una condición médica o psicosis orgánicas, trastornos psicóticos inducidos por sustancias y los trastornos esquizoafectivos (4). Además, otras patologías también pueden presentar síntomas psicóticos relevantes, entre ellos las denominadas psicosis afectivas en sus estadios más graves: la depresión mayor y el trastorno bipolar (4). Sobre las etiologías de los trastornos psicóticos, un estudio longitudinal sobre las características del primer episodio psicótico en niños y adolescentes realizado en España con 110 pacientes (Castro-Fornieles, 2008) encontró que los principales diagnósticos en la medición de base fueron: trastorno psicótico no especificado 38,2%, trastorno esquizofreniforme 39,1%, trastorno depresivo con síntomas psicóticos 11,8% y trastorno bipolar 10,9% (5).

A estos trastornos clínicos se pueden agregar otras entidades como los trastornos disociativos, el trauma, el bullying, entre otros; que si bien presentan síntomas psicóticos, no llegan a constituir trastornos psicóticos en sí. Sobre el trauma infantil, cabe mencionar que este componente ha sido identificado como un factor de riesgo para síntomas psicóticos y trastornos psicóticos en la adolescencia y adultez. Los niños que han sufrido abuso tienen más riesgo de aparición más temprana de síntomas psicóticos, y ante la persistencia en el tiempo del abuso, también persiste la sintomatología psicótica. Por otro lado, entre los adultos con síntomas psicóticos, aquellos que han experimentado abuso en la infancia y un cuidado negligente, presentan índices más bajos de coeficiente intelectual y mayores dificultades en su memoria visual (1, 6, 7). Finalmente, diversos tipos de patología médica también presentan síntomas psicóticos, tales como enfermedades autoinmunes, infecciones, enfermedades neurológicas, endocrinopatías, tumores cerebrales e intoxicaciones (1, 6, 7).

La esquizofrenia es una de los trastornos psiquiátricos más relevantes, el cual constituye una forma de psicosis crónica con una prevalencia global estimada en un 1%. Esta patología deviene en un trastorno neuropsiquiátrico devastador, discapacitante y asociado con varios déficits cognitivos, conductuales y del funcionamiento social. Además, los individuos con este trastorno presentan un mayor riesgo de suicidarse, con estudios que reportan que hasta un 30% intentos suicida en su vida, por lo que la supervisión del riesgo suicida es imprescindible (1, 4). En cuanto a su aparición, la esquizofrenia debuta generalmente entre los 14 a 35 años, 50% de los casos son diagnosticados antes de los 25 años, y hasta un 20% de adultos lo padecen antes de los 18 años. Cuando la esquizofrenia debuta entre los 13 y los 18 años se le llama esquizofrenia de inicio temprano, y cuando es diagnosticada antes de los 13 años, se le llama esquizofrenia de aparición muy temprana, prepuberal o de aparición en la infancia, esta última con un peor pronóstico pero con una baja incidencia, de 1 en 10,000 niños (1). Antes de los 15 años, hay una proporción mayor en el sexo masculino, con un índice varón/mujer de 3:1, pero después de los 15 años esta proporción se equipara llegando a ser de 1:1 (4).

En cuanto a la presentación clínica, los síntomas más comunes en los jóvenes con psicosis son las alucinaciones, el afecto aplanado, el funcionamiento comprometido y el aislamiento social, estando estos tres últimos englobados dentro de la categoría de síntomas negativos (1). Entre algunos factores asociados con el riesgo incrementado de psicosis, tenemos al uso regular de cannabis, sobre todo en la adolescencia; y cuando se correlaciona con cierta vulnerabilidad genética y a los cambios propios del desarrollo cerebral en esa edad, incrementa tanto el riesgo de desarrollo de esquizofrenia como el de deterioro cognitivo (1).

En cuanto a las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes con los trastornos psicóticos en la población adolescente, tenemos los trastornos depresivos (37%, 13/35) y los trastornos de conducta (28%, 10/35), aunque el estudio citado recolectó la información en población infantil (8).

Respecto al tratamiento recibido, el estudio longitudinal mencionado que se realizó en España encontró que los antipsicóticos más usados en estos pacientes fueron la risperidona (n = 50), la quetiapina (n = 18) y la olanzapina (n = 16). No se encontraron diferencias significativas entre estos medicamentos en cuanto a la mejoría de la sintomatología, pero sí hubo mayor incremento de peso con la olanzapina y más efectos adversos de tipo neurológico con la risperidona (5).

Parte de la importancia de la identificación de un primer episodio psicótico tiene que ver con el pronóstico, y si bien la información es limitada en la población adolescente, un estudio de seguimiento a 2 años de pacientes con un primer episodio psicótico (Pencer, 2005), encontró que los adolescentes con estos diagnósticos tenían una funcionalidad y una sintomatología en el seguimiento bastante parecida a la población adulta, por ello la importancia de llegar a un diagnóstico (9).

En el ámbito peruano, encontramos información respecto a la prevalencia de trastornos psicóticos tanto en la población general, como en la población atendida en hospitales psiquiátricos. El Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y el Callao, realizado en el 2012 por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (INSM HD-HN), es uno de los estudios más importantes sobre salud mental realizados en nuestro país. En el acápite correspondiente al grupo etario de adolescentes, tal estudio encontró una prevalencia de vida de episodio psicótico del 3.0% (2,0-4,5, IC 95%), en cuanto a la distribución por sexos, la prevalencia fue de 1,7 % (0,9-3,1) para el sexo masculino y del 4,3% (2,5-7,2) para el sexo femenino. Cabe mencionar que para definir un episodio psicótico en este estudio, bastaba la presencia de al menos un síntoma psicótico al mes (10).

Existen datos epidemiológicos también sobre trastornos psicóticos en pacientes atendidos en hospitales psiquiátricos. Por un lado, una revisión estadística de las atenciones a población adolescente en el Hospital Hermilio Valdizán, durante los años 2003 a 2005, encontró que el 18% (1279 pacientes) de pacientes atendidos por la consulta externa del Departamento de Salud Mental del Niño y del Adolescente tenía el diagnóstico de esquizofrenia, siendo la segunda causa de morbilidad en este servicio; no mencionándose ningún otro trastorno psicótico entre las causas más frecuentes de morbilidad de los atendidos. (11) En la otra mano, una tesis publicada en el año 2003 describió los principales diagnósticos psiquiátricos en adolescentes atendidos por consulta externa del Hospital Víctor Larco Herrera (2000-2001), quienes además debían consignar al síntoma de “agresividad” como motivo principal de atención,. Tal estudio arrojó que en el grupo de 13 a 17 años, el 13.33% de atendidos tenía

un diagnóstico de “Psicosis”, el cual incluía la esquizofrenia, los trastornos psicóticos agudos, las psicosis orgánicas y la psicosis puerperal. (12)

Tras la revisión bibliográfica, encontramos que la información sobre un primer episodio psicótico en la población adolescente de nuestro medio es limitada, si bien tenemos prevalencia y algunos datos de distribución por sexos, se desconocen las frecuencias de otras características epidemiológicas en este grupo tales como las etiologías (aparte de la esquizofrenia), las comorbilidades psiquiátricas, el tratamiento recibido y la sintomatología, por lo que consideramos que nuestro estudio se justifica. Investigar este tema sería factible pues el Instituto donde se realizaría el estudio es un centro psiquiátrico especializado y de referencia, contando con el número suficiente de pacientes para ingresar al estudio; además, al plantearse como un estudio transversal no sería necesario un mayor tiempo de seguimiento ni un presupuesto oneroso. Consideramos, asimismo, que el tema a investigar es interesante y de gran relevancia en la actualidad, pues son muchas las líneas de investigación en el campo del primer episodio psicótico tanto en la recuperación como en la rehabilitación del trastorno.

Nuestro estudio sería también novedoso, pues como se mencionó hay poca información sobre el tema de primer episodio psicótico en población peruana y adolescente. Por otro lado, el tema de estudio es relevante, pues al aportar información nueva sobre esta patología en el ámbito nacional, puede servir como base para futuros estudios comparativos o elaborar protocolos de atención de adolescentes con psicosis. Finalmente, consideramos que el estudio es ético, pues al ser un estudio descriptivo y que involucra la revisión de historias clínicas no expondrá a los pacientes a alguna intervención potencialmente perjudicial, guardando la confidencialidad de la información recabada.

3. OBJETIVOS

General:

- Identificar las características clínico-epidemiológicas de los pacientes adolescentes que fueron atendidos por un primer episodio psicótico en un instituto de salud mental.

Específicos:

- Establecer la frecuencia de un primer episodio psicótico en los pacientes atendidos en un instituto de salud mental.
- Describir la distribución por sexo y edad de los pacientes atendidos por un primer episodio psicótico.
- Establecer la frecuencia de los trastornos psicóticos (diagnóstico CIE-10) en los pacientes atendidos por un primer episodio psicótico.
- Identificar las principales comorbilidades en los pacientes atendidos por un primer episodio psicótico.
- Estimar la frecuencia de los principales síntomas psicóticos en los pacientes atendidos por un primer episodio psicótico.
- Identificar los principales psicofármacos indicados en pacientes con un primer episodio psicótico.

4. MATERIAL Y MÉTODO

a) Diseño del estudio:

El presente es un estudio descriptivo, transversal, que se llevará a cabo en el INSM HD-HN. Se trata de un estudio retrospectivo que consistirá en la revisión de las historias clínicas de los pacientes adolescentes atendidos como Paciente Nuevo en el Consultorio Externo del Servicio de Niños y Adolescentes del INSM HD-HN, durante el periodo de mayo del 2018 a abril del 2019.

b) Población:

El universo de estudio incluirá a todos los pacientes que fueron atendidos como Paciente Nuevo en el Consultorio Externo del Servicio de Niños y Adolescentes del INSM HD-HN, durante el periodo de mayo del 2018 a abril del 2019, quienes tengan un diagnóstico compatible con un primer episodio psicótico en la clasificación internacional CIE-10 (13), según se verá en los criterios de inclusión. Como se trabajará con toda la población no será necesario realizar el cálculo correspondiente a una muestra.

La unidad de análisis será el paciente mayor de 13 años con diagnóstico compatible con un primer episodio psicótico, que haya sido atendido como Paciente Nuevo en el Consultorio Externo del Servicio de Niños y Adolescentes del INSM HD-HN, durante el periodo de mayo del 2018 a abril del 2019. Elegimos como punto de corte la edad de 13 años por ser dicha edad el punto de corte de algunos estudios revisados durante la búsqueda bibliográfica y por ser, además el punto de corte para la esquizofrenia de inicio temprano (1, 12).

Criterios de inclusión:

- Pacientes con edad mayor o igual de 13 años.
- Pacientes atendidos como Paciente Nuevo por Consultorio Externo del Servicio de Niños y Adolescentes del INSM HD-HN.
- Diagnóstico compatible con un trastorno psicótico, tales diagnósticos incluyen: trastorno de ideas delirantes orgánico (F06.2), esquizofrenia (F20.x), trastornos psicóticos agudos y transitorios (F23.x), trastornos esquizoafectivos (F25.x), psicosis no orgánica sin especificación (F29), trastorno bipolar (F31.x), episodio o trastorno depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3, F33.3).

Criterios de exclusión:

- Pacientes menores de 13 años.
- Pacientes con un episodio previo de un trastorno psicótico.
- Pacientes con un diagnóstico previo de un trastorno psicótico realizado hace más de 6 meses.
- Pacientes con un diagnóstico de dependencia a sustancias psicoactivas comórbido.
- Pacientes cuyo trastorno psicótico tenga por etiología a una psicosis inducida por sustancias psicoactivas.
- Pacientes cuyas historias clínicas sean ininteligibles.

c) Definición operacional de variables:

1.- Edad: Variable cuantitativa, discreta. Tomará los siguientes valores en años: 13, 14, 15, 16, 17 y 18.

2.- Sexo: Variable cualitativa, dicotómica. Toma los valores de “masculino” y “femenino”.

3.- Etiología: Variable cualitativa, nominal. Describe el origen de los trastornos psicóticos en evaluación. Incluye las siguientes etiologías:

- Trastorno de ideas delirantes orgánico (F06.2)
- Esquizofrenia (F20.x)
- Trastornos psicóticos agudos y transitorios (F23.x)
- Trastornos esquizoafectivos (F25.x)
- Psicosis no orgánica sin especificación (F29)
- Trastorno bipolar (F31.x)
- Trastornos depresivos con síntomas psicóticos (F32.3, F33.3)
- Otras etiologías: Trastorno por ideas delirantes (F22.x), otros trastornos psicóticos no orgánicos (F28.x)

4.- Comorbilidad psiquiátrica: Variable cualitativa, nominal. Describe las comorbilidades psiquiátricas en los pacientes con trastornos psicóticos. Incluye, principalmente, los siguientes trastornos:

- Trastornos depresivos (F32.x, F33.x)
- Trastornos de ansiedad (F40.x, F41.x, F42.x)
- Trastornos disociativos (F44.x)
- Retraso mental (F7x.x)
- Trastornos generalizados del desarrollo (F84.x)
- Trastornos de conducta (F91.x, F92.x, F93.x)
- Otros trastornos

5.- Sintomatología psicótica: Variable cualitativa, nominal. Según el DSM-5 (14), incluye las 5 principales categorías de síntomas de los trastornos psicóticos. Incluye los siguientes:

- Ideas delirantes
- Alucinaciones
- Lenguaje desorganizado
- Comportamiento desorganizado o catatónico
- Síntomas negativos

6.- Lugar de procedencia: Variable cualitativa, nominal. Se considerará lugar de procedencia al lugar en el que ha residido el paciente durante el último mes.

7.- Lugar de nacimiento: Variable cualitativa, nominal.

8.- Tratamiento psicofarmacológico: Variable cualitativa, nominal. Se considerarán los psicofármacos indicados al paciente durante la atención médica

. **Tabla:** Operacionalización de variables

VARIABLE	INDICADOR	TIPO	ESCALA	OBTENCIÓN
Edad	13 años	Cuantitativa	Ordinal	Ficha datos
	14 años			
	15 años			
	16 años			
	17 años			
	18 años			
Sexo	Masculino	Cualitativa	Nominal	Ficha de datos
	Femenino			
Etiología	Trastorno de ideas delirantes orgánico	Cualitativa	Nominal	Ficha de datos
	Esquizofrenia			
	Trastornos esquizoafectivos			
	Trastornos psicóticos agudos y transitorios			
	Psicosis no orgánica sin especificación			
	Trastorno bipolar			
	Trastornos depresivos			
	Otras etiologías			
Comorbilidad psiquiátrica	Trastornos depresivos	Cualitativa	Nominal	Ficha de datos
	Trastornos de ansiedad			
	Trastornos disociativos			
	Retraso mental			

	Trastornos generalizados del desarrollo			
	Trastornos de conducta			
	Otros trastornos			
Sintomatología psicótica	Ideas delirantes	Cualitativa	Nominal	Ficha de datos
	Alucinaciones			
	Lenguaje desorganizado			
	Comportamiento desorganizado o catatónico			
	Síntomas negativos			
Lugar de procedencia	Lista de departamentos del Perú	Cualitativa	Nominal	Ficha de datos
Lugar de nacimiento	Lista de departamentos del Perú	Cualitativa	Nominal	Ficha de datos
Tratamiento psicofarmacológico	Psicofármaco indicado durante la atención médica	Cualitativa	Nominal	Ficha de Datos

d) Procedimientos y técnicas:

Una vez aprobado el protocolo, se procederá a la recolección de datos. Con tal fin se hará una revisión de las historias clínicas de los pacientes atendidos en el INSM HD-HN que cumplan los criterios de inclusión. Dicha revisión se realizará a las historias clínicas del período de mayo del 2018 a abril del 2019. Cabe mencionar que al revisarse la historia clínica de pacientes nuevos atendidos por consultorio externo, podremos acceder tanto a datos de filiación como a datos del Formato de Evaluación Inicial Abreviada (FEIA), el cual es una breve historia clínica que contiene datos de la enfermedad actual, antecedentes personales y familiares, examen mental y diagnósticos; este formato es llenado justamente durante la primera atención de un paciente nuevo (Ver Anexo 1).

Se empleará una Ficha de Datos para recopilar la información obtenida de las historias clínicas de los pacientes incluidos en nuestro estudio. Esta ficha recolectará datos generales y los relacionados a las variables en estudio (Ver Ficha de Datos en Anexo 2). Además cuenta con espacio para consignar otras posibles etiologías o comorbilidades de los trastornos psicóticos no incluidas en el formato y que se identifiquen durante la recolección de datos. Las Fichas de Datos recolectadas se almacenarán en carpetas rotuladas, a las que solo tendrán acceso los investigadores.

e) Aspectos éticos del estudio:

Se realizará la revisión de historias clínicas de pacientes atendidos por Consultorio Externo del INSM con el diagnóstico de un trastorno psicótico. No se invadirá la privacidad de los pacientes puesto que estos ya habrán sido atendidos cuando se realice la recolección de datos, no habrá contacto personal entre el investigador y el paciente.

La confidencialidad de la información está garantizada, pues no se difundirá la identidad de los pacientes y solo los investigadores tendrán acceso a esta información. Todas las Fichas de Datos serán codificadas al ser llenadas, no se tomarán datos del nombre y apellidos de los pacientes, identificándose las fichas en el análisis posterior con el código asignado. Los datos recolectados sólo servirán para fines de investigación y una vez finalizado el estudio se eliminarán de forma segura.

En cuanto a los procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos, se tomarán en cuenta seis consideraciones éticas para la realización del proyecto:

- 1) Valor: La información obtenida nos permitirá conocer las características clínico-epidemiológicas de los pacientes adolescentes con un primer episodio psicótico. Con los resultados del presente estudio se podrá realizar estudios comparativos en el futuro, que partan de los parámetros que hemos investigado para indagar sobre los factores de riesgo o el pronóstico de los primeros episodios psicóticos. No se repetirán resultados previos pues no hay trabajos similares específicamente con este tema en nuestro medio.
- 2) Validez científica: Se llevará a cabo un estudio descriptivo, transversal. Consideramos el estudio válido pues generará conocimiento científico, observaremos algunas características clínico-epidemiológicas descritas en la bibliografía extranjera sobre las características de los primeros episodios psicóticos, tales como la sintomatología psicótica, la etiología, las comorbilidades y el tratamiento recibido.
- 3) Selección equitativa del sujeto: Solo circunstancias relacionadas con la investigación dirigirán a quién se selecciona. Toda historia clínica cuyo paciente cumpla los criterios de inclusión participará en la investigación.
- 4) Relación riesgo – beneficio:
 - a) Riesgos y beneficios potenciales para los sujetos: No existirán riesgos ni beneficios potenciales para los pacientes ya que solo se recolectará información de la historia clínica.

b) Riesgos para los sujetos comparados con beneficios para la sociedad: Los riesgos son nulos para los pacientes, en cuanto a los beneficios potenciales, al recabarse información no disponible en nuestro medio, los resultados serían relevantes para la toma de decisiones clínicas y en salud pública.

- 5) Evaluación independiente: El proyecto será sometido a la evaluación de grupos imparciales, no asociados con el estudio. Se presentará el protocolo al Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, quien tiene la autoridad para aprobar o cancelar la investigación.
- 6) Consentimiento informado: No será necesario, pues solo se realizará la revisión de historias clínicas de los pacientes incluidos en el estudio, sin mayor contacto personal con los pacientes.

f) Plan de análisis:

Se realizará una base de datos con la información recopilada usando el programa STATA Versión 15.

Se determinará la frecuencia de pacientes con un primer episodio psicótico teniendo en cuenta el cociente entre el Número total de pacientes incluidos en nuestro estudio (Ne) y el Número total (Nt) de pacientes atendidos como Paciente Nuevo en el Consultorio Externo del Servicio de Niños y Adolescentes del INSM HD-HN en el periodo de estudio, de mayo del 2018 a abril del 2019.

Se realizará el análisis uni-variado de las variables. Para las variables cuantitativas se calculará a media. Para las variables cualitativas, se determinarán la frecuencia absoluta (que expresa cantidad), la frecuencia relativa (que expresa porcentaje) y otras medidas. Se determinarán las frecuencias de las siguientes variables:

- Edad: Media.
- Sexo: Frecuencia de los valores de “masculino” o “femenino”.
- Etiología: Se determinará la frecuencia de cada una de las etiologías establecidas.
- Comorbilidad psiquiátrica: Se determinará la frecuencia de cada uno de los trastornos psiquiátricos comórbidos.
- Sintomatología psicótica: Se determinará la frecuencia de cada una de las 5 categorías de síntomas psicóticos.
- Lugar de procedencia: Frecuencia de cada uno de los lugares de procedencia.
- Lugar de nacimiento: Frecuencia de cada uno de los lugares de nacimiento.
- Tratamiento psicofarmacológico: Frecuencia de cada uno de los fármacos indicados.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Stevens JR, Prince JB, Prager LM, Stern TA. Psychotic Disorders in Children and Adolescents: A Primer on Contemporary Evaluation and Management. Prim Care Companion CNS Disord [Internet]. 2014 [consultado: 24 Ene 2019]; 16(2):1-23. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4116281/?report=printable>
2. Stevens JR, Prince JB, Prager LM, Stern TA. Hallucinations in middle childhood. Br J Psychiatry. 2010;196(1):41–46.
3. Horwood J, Salvi G, Thomas K, et al. IQ and non-clinical psychotic symptoms in 12-year-olds: results from the ALSPAC birth cohort. Br J Psychiatry. 2008;193(3):185–191.
4. Kumperscak HG. Childhood and Adolescent Schizophrenia and Other Early-Onset Psychoses. En: Uehara T, editor. Psychiatric Disorders - Trends and Developments [Internet]. 1st Ed. InTech; 2011 [consultado: 24 Ene 2019]. p.131-152. Disponible en: <http://www.intechopen.com/books/psychiatric-disorders-trends-anddevelopments/childhood-and-adolescent-schizophrenia-and-other-early-onset-psychoses>
5. Castro-Fornieles J, Parellada M, Soutullo CA, Baeza I, Gonzalez-Pinto A, Graell M, et al. Antipsychotic Treatment in Child and Adolescent First-Episode Psychosis: A Longitudinal Naturalistic Approach. Journal of child and adolescent psychopharmacology. 2008;18(4):327-336.
6. Burgić-Radmanović M. First-psychotic episode in childhood and adolescence. Psychiatria Danubina. 2012;24(3):388–391.
7. McCarthy JB, Barbot B. First Episode Psychosis in Children: Precursors of Psychotic Disorders and Gaps in Research. J Child Adolesc Behav. 2017;5(1).
8. Russell AT, Bott L, Sammons C. The phenomenology of schizophrenia occurring in childhood. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1989;28:399-407.
9. Pencer A, Addington J, Addington D. Outcome of a first episode of psychosis in adolescence: a 2-year follow-up. Psychiatry Research [Internet]. 2005 [consultado: 13 May 2019]; 133: 35– 43. Disponible en: www.sciencedirect.com Suscripción requerida.
10. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012. Informe General. Anales de Salud Mental 2013; 29 Supl 1.
11. Toledo-Castillo M. Atención de adolescentes en los servicios de salud mental del Hospital Hermilio Valdizán. Avances en Salud Mental Relacional [Internet]. 2006 [consultado: 13 May 2019]; 5(2). Disponible en: <http://sid.usal.es/idocs/F8/ART9889/atenciondeadolescentes.pdf>
12. Carazas-Aedo G, Castro-Vásquez R. Diagnósticos psiquiátricos asociados a agresividad en niños y adolescentes en consulta externa de un hospital psiquiátrico [Tesis] [Internet]. Lima; 2003 [consultado: 13 May 2019]. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/1861>
13. World Health Organization. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2000. Disponible en: <http://www.who.int/iris/handle/10665/42326>
14. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.

6. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

PRESUPUESTO

Rubro	Cantidad	Costo por unidad	Total
Materiales			
Ficha de Datos	4 originales	S/. 1.00	S/. 4.00
	200 copias	S/. 0.30	S/. 60.00
Folder (Carpetas)	5	S/. 20	S/. 100
Memoria USB marca Kingston de 8 GB	1	S/. 80	S/. 80
Logística			
Telecomunicaciones (uso de celular para comunicación con los familiares del paciente, con el asesor y entre los investigadores)	1	1	S/. 300
Procesamiento de los datos por estadístico	1	1	S/. 500
	1	S/. 100	S/. 100
Gastos imprevistos			
Total			S/. 1044

Cronograma

Actividades	2019				2020				2021						
	Ma y-Jun	Jul - Ago	Set - Oct	No v-Dic	En e-Feb	Ma r-Abr	Ma y-Jun	Jul - Ago	Set - Oct	No v-Dic	En e-Feb	Ma r-Abr	Ma y-Jun	Jul - Ago	Set - Oct
1 Fase de planeamiento															
Revisión del protocolo															
Presentación a autoridades															

	Reclutamiento y selección de encuestados																		
	Prueba de instrumentos																		
	Revisión y reproducción de instrumentos																		
2	Fase de ejecución																		
	Recolección de datos																		
	Revisión de elementos llenados																		
	Codificación																		
	Verificación de información																		
3	Fase de análisis																		
	Tabulación de datos																		
	Análisis e interpretación																		
4	Fase de comunicación y divulgación																		
	Redacción del informe final																		
	Impresión de informe final																		
	Divulgación de resultados																		

TRASTORNOS PSIQUIATRICOS PASADOS (Identificación de síndromes antiguos no diagnosticados actualmente - CIE-10)

- Trastornos mentales orgánicos
- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias
- Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes
- Trastornos del humor
- Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos
- Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos
- Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto

- Retraso mental
- Trastornos del desarrollo psicológico
- Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia
- Trastorno mental sin especificación

Observaciones: _____

INVENTARIO DE SINTOMAS Y EXAMEN MENTAL

I. ASPECTO GENERAL Y CONDUCTA

II. LENGUAJE Y PATRON DE PENSAMIENTO

III. HUMOR Y AFECTO

S=SI	N=NO	2=SEVERA
1=LEVE-MODERADO	7=DESCONOCIDO	

	DU- NAN- TE EN- TRE- VISTA	Episodio Actual					PA SA SO
		PRESENTE	1	2	?	5	
1. HIPERACTIVIDAD INTRANQUILIDAD, AGITACION	S	N	1	2	?	5	
2. HIPOACTIVIDAD	S	N	1	2	?	5	
3. AUTO-NEGLIGENCIA DESALINO, FALTA DE HIGIENE	S	N	1	2	?	5	
4. CONDUCTA EXTRAVAGANTE APARIENCIA IDEOSINCRATICA	S	N	1	2	?	5	
5. HOSTILIDAD BELIGERANTE, NO COOPERA	S	N	1	2	?	5	
6. CONDUCTA VIOLENTA	S	N	1	2	?	5	
7. IMPULSIVIDAD	S	N	1	2	?	5	
8. LENGUAJE-PENSA. LENTIFICADO	S	N	1	2	?	5	
9. LENGUAJE-PENSA. ACELERADO	S	N	1	2	?	5	
10. DESORGANIZACION EN EL PROCESO DEL PENSAMIENTO INCOHERENCIA ASOCIACIONES LAXAS, BLOQUEOS	S	N	1	2	?	5	
11. ANSIEDAD GENERALIZADA TENSION MOTORA, APREHENSIVIDAD, HIPERACTIVIDAD AUTONOMICA	S	N	1	2	?	5	
12. ATAQUES DE PANICO	S	N	1	2	?	5	
13. FOBIAS	S	N	1	2	?	5	
14. TRISTEZA	S	N	1	2	?	5	
15. PERDIDA DEL INTERES	S	N	1	2	?	5	
16. AUTOESTIMA DISMINUIDA, CULPA	S	N	1	2	?	5	
17. AFECTO APLANADO O INCONGRUENTE	S	N	1	2	?	5	
18. EUFORIA	S	N	1	2	?	5	
19. IRRITABILIDAD	S	N	1	2	?	5	
20. HIPOSONNIA	S	N	1	2	?	5	
21. HIPERSONNIA	S	N	1	2	?	5	
22. APETITO DISMINUIDO	S	N	1	2	?	5	
23. APETITO AUMENTADO	S	N	1	2	?	5	
24. LIBIDO DISMINUIDA	S	N	1	2	?	5	
25. LIBIDO AUMENTADA	S	N	1	2	?	5	

IV. CONTENIDO DEL PENSAMIENTO Y PERCEPCION

V. SENSORIO, ORIENTACION, FUNCIONES INTELECTUALES, Y CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

	DURANTE ENTREVISTA	EPISODIO ACTUAL PRESENTE	PA SA DO
26. SUSPICACIA HIPERVIGILANCIA, DESCONFIANZA	S	N 1 2 ?	S
27. SINTOMAS DISOCIATIVOS <input type="checkbox"/> HNESICOS <input type="checkbox"/> DESPERSONALIZA.	S	N 1 2 ?	S
28. IDEACION SUICIDA	S	N 1 2 ?	S
29. INTENTO SUICIDA	S	N 1 2 ?	S
30. INDICADORES HOMICIDAS <input type="checkbox"/> IDEACION <input type="checkbox"/> CONDUCTA	S	N 1 2 ?	S
31. OBSESIONES Y COMPULSIONES	S	N 1 2 ?	S
32. SINTOMAS SOMATOMORFOS <input type="checkbox"/> CONVERSIVO <input type="checkbox"/> SOMATIZACION <input type="checkbox"/> HIPOCONDRIASIS	S	N 1 2 ?	S
33. SINTOMAS SCHNEIDERIANOS VOCES QUE COMENTAN ACTOS PROPIOS, SONRIZACION O ENAJENACION DEL PENSAMIENTO, ACTOS INFLUIDOS, PERCEPCION DELUSIVA, ETC.	S	N 1 2 ?	S
34. OTRAS ALUCINACIONES <input type="checkbox"/> AUDITIVAS <input type="checkbox"/> VISUALES <input type="checkbox"/> OLFATORIAS <input type="checkbox"/> GUSTATORIAS <input type="checkbox"/> TACTILES <input type="checkbox"/> CENESTOPATICOS	S	N 1 2 ?	S
35. DELUSIONES PARANOIDES	S	N 1 2 ?	S
36. DELUSIONES DEPRESIVAS	S	N 1 2 ?	S
37. OTRAS DELUSIONES	S	N 1 2 ?	S
38. PERTURBACION DEL SENSORIO	S	N 1 2 ?	S
39. DESORIENTACION <input type="checkbox"/> TIEMPO <input type="checkbox"/> LUGAR <input type="checkbox"/> PERS.	S	N 1 2 ?	S
40. DETERIORO INTELECTUAL <input type="checkbox"/> DESARROLLO <input type="checkbox"/> ADQUIRIDO	S	N 1 2 ?	S
41. DEFECTOS DE ATENCION	S	N 1 2 ?	S
42. CARENCIA DE CONCIENCIA DE ENFERMEDAD	S	N 1 2 ?	S

STORIA PERSONAL Y SOCIAL (Historia del desarrollo educacional, conyugal, sexual, ocupacional, legal y sistema de apoyo s.

A. DESARROLLO	No	Si	Descocido
1. Problemas perinatales	N	S	?
2. Retardo en el desarrollo	N	S	?
3. Prob. escolares académicos	N	S	?
4. Prob. escolares disciplinarios	N	S	?
5. Problemas familiares durante el crecimiento.	N	S	?
6. Victima de abuso físico/sexual	N	S	?

OBSERVACIONES _____

B. SOCIAL EN GENERAL	No	Si	DESCO/ NOCIDO	SEVERIDAD 1. LEVE/MOJ 2. SEVERO
1. Disarmonía conyugal o divorcio	N	S	?	1 2
2. Otros problemas interpersonales serios	N	S	?	1 2
3. Problemas legales	N	S	?	1 2
4. Subempleo persistente	N	S	?	1 2
5. Dificultades económicas o de vivienda	N	S	?	1 2
6. Soporte social inadecuado <input type="checkbox"/> familiar <input type="checkbox"/> comunitario	N	S	?	1 2

OBSERVACIONES _____

HISTORIA FAMILIAR

TRASTORNOS PSIQUIATRICOS NINGUNO

E=Esquizofrenia B=Trast. bipolar
P=Psicosis no espec. D=Depresión
A=Ansiedad H=Alcohol y otras
S=Suicidio consumado O=Otras
?=Desconocido

TRASTORNOS FISICOS NINGUNO

N=Neurológicos
T=Tuberculosis
C=Cardiovascular
M=Diabetes mellitus

OBSERVACIONES

PADRE	E	B	P	D	A	H	S	O	?	N	C	T	M	O	?
MADRE	E	B	P	D	A	H	S	O	?	N	C	T	M	O	?
HERMANOS	E	B	P	D	A	H	S	O	?	N	C	T	M	O	?
HIJOS	E	B	P	D	A	H	S	O	?	N	C	T	M	O	?
FAM. EXT.	E	B	P	D	A	H	S	O	?	N	C	T	M	O	?
FAMILIA	<input type="checkbox"/> Armónica		<input type="checkbox"/> Desarmónica												

HISTORIA MEDICA GENERAL

NINGUNO

PROBLEMAS IMPORTANTES P= Pasado A= Actual
?= Desc.

- | | | | | | | | |
|---------------------|---|---|---|---------------------|---|---|---|
| 1. Respiratorio | P | A | ? | 5. Endócrino | P | A | ? |
| 2. Cardiovascular | P | A | ? | 6. Neurológico | P | A | ? |
| 3. Gastrointestinal | P | A | ? | 7. Musc-esquelético | P | A | ? |
| 4. Genitourinario | P | A | ? | 8. Otros | P | A | ? |
- Alergias _____

MEDICACION ACTUAL

Observaciones

EXAMEN FISICO

F.V.: Pulso _____ PA _____ / _____ Izq. der. Temp. _____ Resp. _____ Paso: _____

Hallazgos físicos importantes: No Si Desconocido

RESUMEN NARRATIVO

Confiabilidad de la información obtenida

Alta Marginal Pobre

PROBLEMAS

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

RECOMENDACIONES

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

FORMATO DE EVALUACION INICIAL ABREVIADO
SUMARIO DIAGNOSTICO

Pag. 5

Nombre: _____
 Número de H.C.:

--	--	--	--	--

 Fecha: ____/____/____
 Lugar de Evaluación: _____

I. DIAGNOSTICOS CLINICOS

<p>A. Trastorno clínico psiquiátrico en general</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p>	<p>Códigos</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Alternativas para descartar</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>							<p>Códigos</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>B. Trastorno de personalidad y retardo mental</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p>	<p>Códigos</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Alternativas para descartar</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>			<p>Códigos</p> <p>_____</p> <p>_____</p>				
<p>C. Trastornos Médicos Generales</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p>	<p>Códigos</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Alternativas para descartar</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>							<p>Códigos</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

II. DISCAPACIDADES: Evalúe el funcionamiento del individuo durante el último mes en el área respectiva, según la escala de discapacidad de la OMS (incluido en la página anversa)

<p>A. Cuidado personal</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>0</td><td>20</td><td>40</td><td>60</td><td>80</td><td>100</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	0	20	40	60	80	100							<p>C. Con la Familia</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>0</td><td>20</td><td>40</td><td>60</td><td>80</td><td>100</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	0	20	40	60	80	100						
0	20	40	60	80	100																				
0	20	40	60	80	100																				
<p>B. Ocupacional</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>0</td><td>20</td><td>40</td><td>60</td><td>80</td><td>100</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	0	20	40	60	80	100							<p>D. Social c/otros individuos</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>0</td><td>20</td><td>40</td><td>60</td><td>80</td><td>100</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	0	20	40	60	80	100						
0	20	40	60	80	100																				
0	20	40	60	80	100																				

Duración total de la discapacidad: < de 1 año > de 1 año

III. FACTORES CONTEXTUALES: Los factores contextuales a ser identificados son aquellos que significativamente influyen la emergencia y curso de la enfermedad actual o que son suficientemente serias para ser consideradas en la atención clínica. Concéntrate sobre los factores que han ocurrido durante los últimos 12 meses. Factores anteriores pueden ser considerados si han contribuido claramente a la enfermedad actual. Marque todas las categorías que sean aplicables y especifique el código Z específico.

<p>Cod. Z</p> <p><input type="checkbox"/> Eventos negativos infantiles _____</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas relacionados a la educación _____</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas relacionados a la familia o grupos de soporte primario _____</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas relacionados al ambiente social _____</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas relacionados a la vivienda o circunstancias económicas _____</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas relacionados al (des)empleo _____</p>	<p>Cod. Z</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas relacionados al ambiente físico _____</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas relacionados a circunstancias legales _____</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas relacionados a historia familiar de enfermedades o incapacidades _____</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas relacionados al estilo y manejo de vida _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otros _____</p>
--	--

Observaciones: _____

A. DISPOSICIONES: Admisión o transferencia

Nombre del Programa o Centro de Atención	Fecha de Admisión o Cita (día/mes/año)	Consentimiento para usar la información

B. Las recomendaciones y la transferencia fueron aceptadas por el paciente/familia? Si No Si es no, explique:

EVALUADORES (Entrevistaron al paciente)

1. _____	3. _____
2. _____	4. _____
NOMBRE DE LOS CLINICOS FIRMA	NOMBRE DE LOS CLINICOS FIRMA

ESCALA DE DISCAPACIDAD (OMS): Eje II

0 - 5 puntos	Discapacidad %	Nombre	Definición
0	0	Ninguno	Ninguna incapacidad
1	20	Mínimo	Ocasional discapacidad leve
2	40	Notorio	Frecuente discapacidad leve u ocasional discapacidad moderada
3	60	Sustancial	Frecuente discapacidad moderada u ocasional discapacidad severa
4	80	Serio	Continua discapacidad moderada o frecuente discapacidad severa
5	100	Grosero	Continua discapacidad severa

ANEXO 2: INSTRUMENTOS

FICHA DE DATOS DE PACIENTES CON PRIMER EPISODIO PSICÓTICO

(Llenar o marcar con una X donde corresponda)

Fecha de llenado:

1. Datos demográficos

Edad: _____ años

Sexo: _____femenino _____masculino

Lugar de procedencia:

Lugar de nacimiento:

2. Historia clínica

Tiempo de enfermedad:

Historia de trastorno psicótico: _____*presente* _____*ausente*

Fecha de diagnóstico del trastorno psicótico:

Sintomatología psicótica:

- Ideas delirantes _____
- Alucinaciones _____
- Lenguaje desorganizado _____
- Comportamiento desorganizado _____
- Síntomas negativos _____

Etiología del trastorno psicótico:

- Trastorno de ideas delirantes orgánico (F06.2) _____
- Esquizofrenia (F20.x) _____
- Trastornos psicóticos agudos y transitorios (F23.x) _____
- Trastornos esquizoafectivos (F25.x) _____
- Psicosis no orgánica sin especificación (F29) _____
- Trastorno bipolar (F31.x) _____
- Trastornos depresivos con síntomas psicóticos (F32.3, F33.3) _____
- Otras etiologías: (Describir) _____

Comorbilidades psiquiátricas:

- Trastornos depresivos (F32.x, F33.x) _____
- Trastornos de ansiedad (F40.x, F41.x, F42.x) _____
- Trastornos disociativos (F44.x) _____
- Retraso mental (F7x.x) _____
- Trastornos generalizados del desarrollo (F84.x) _____
- Trastornos de conducta (F91.x, F92.x, F93.x) _____
- Otros trastornos: (Describir) _____

3. Tratamiento psicofarmacológico

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____