



PSICOSIS: PERSPECTIVAS CLÍNICAS INTEGRADAS



Leonel Lozano Ducuara

Psicosis: Perspectivas Clínicas Integradas

IMPORTANTE

La información aquí presentada no pretende sustituir el consejo profesional en situaciones de crisis o emergencia. Para el diagnóstico y manejo de alguna condición particular es recomendable consultar un profesional acreditado.

Cada uno de los artículos aquí recopilados son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

ISBN: 978-628-7821-10-1

Una producción © Cuevas Editores SAS

Avenida Carrera 14 No. 58 - 26

Bogotá, Colombia

Septiembre 2025

www.cuevaseditores.com

Editado en Colombia - Edited in Colombia

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Índice

Primer Episodio Psicótico en la Consulta General	6
---	----------

Prólogo

La práctica de la medicina se encuentra en una encrucijada perpetua, un punto de equilibrio dinámico entre la ciencia consolidada y el arte de la intuición clínica. Cada día, en la intimidad de la consulta, el médico moderno no solo se enfrenta a la enfermedad, sino a la compleja biografía de la persona que la padece. Este libro nace de la convicción de que, en un mundo saturado de información y protocolos, la herramienta más poderosa sigue siendo un conocimiento profundo, actualizado y, sobre todo, humanizado.

Las páginas que siguen no pretenden ser un compendio exhaustivo de verdades inmutables, sino una guía práctica y reflexiva para el clínico de primera línea. A través de sus capítulos, buscamos tender un puente entre los avances neurocientíficos más recientes y la realidad pragmática del día a día, ofreciendo herramientas que son a la vez rigurosas en su evidencia y flexibles en su aplicación.

Nuestra esperanza es que esta obra no solo sirva para resolver dudas diagnósticas o terapéuticas, sino que también inspire al lector a renovar su compromiso con la escucha atenta, el diagnóstico diferencial meticuloso y un cuidado que reconozca la dignidad inherente a cada paciente. Porque la buena medicina, hoy más que nunca, reside en la capacidad de integrar la evidencia más sólida con la empatía más profunda.

Primer Episodio Psicótico en la Consulta General

Resumen

El primer episodio psicótico (PEP) es una de las emergencias más complejas de la medicina, representando una crisis biológica, psicológica y social para el individuo y su entorno. Su manejo efectivo en la atención primaria es el pilar fundamental del paradigma de la intervención temprana, un modelo que ha revolucionado el pronóstico de los trastornos psicóticos. El médico de familia, posicionado en la vanguardia del sistema sanitario, tiene la oportunidad única de acortar la duración de la psicosis no tratada (DUP), uno de los predictores más robustos de los resultados a largo plazo. Este capítulo ofrece una inmersión profunda y exhaustiva en el abordaje del PEP. Se desglosa la compleja red etiopatogénica, desde la vulnerabilidad genética hasta los correlatos neurobiológicos. Se detalla la rica fenomenología de la fase prodrómica y psicótica, se ofrece una guía pormenorizada para el diagnóstico diferencial de múltiples capas, y se establecen los pasos prácticos para el manejo inicial seguro, la comunicación empática y la derivación efectiva a servicios especializados, todo ello enmarcado en las consideraciones ético-legales que rigen la práctica clínica.

Puntos Clave para la Práctica

- **El Pródromo es la Clave:** La detección de un "estado mental de alto riesgo" a través de un deterioro funcional inexplicado en un joven es la mayor oportunidad de intervención temprana.
- **La Psicosis es un Diagnóstico de Exclusión:** Antes de atribuir los síntomas a un trastorno psiquiátrico primario, es imperativo un cribado sistemático de causas médicas y toxicológicas. La psicosis es un síntoma, no una enfermedad en sí misma.
- **Riesgo como Prioridad Absoluta:** La evaluación estructurada del riesgo de suicidio, auto-negligencia y heteroagresividad debe preceder a cualquier otra consideración diagnóstica y dicta la urgencia de la actuación.
- **La Alianza Terapéutica es la Primera Herramienta:** La forma en que el médico se comunica con un paciente asustado y desconfiado y con su familia angustiada es tan importante como el proceso diagnóstico.

- **Derivación Rápida y Coordinada:** El objetivo final del médico de familia no es tratar, sino identificar y derivar de forma segura y eficiente a un Equipo de Intervención Temprana en Psicosis (EIPS), que es el estándar de oro del tratamiento.

Introducción: Un Cambio de Paradigma en la Atención a la Psicosis

El concepto del primer episodio psicótico ha evolucionado desde una visión de inevitable cronicidad hacia un modelo de esperanza y recuperación. Este cambio ha sido impulsado por una abrumadora evidencia que demuestra que la intervención intensiva y multidisciplinar en las fases tempranas de la enfermedad puede alterar fundamentalmente su trayectoria (1). La DUP media a nivel mundial sigue siendo preocupantemente larga, a menudo superando el año, un tiempo durante el cual el daño neurobiológico, psicológico y social se acumula (2).

El médico de familia se encuentra en el epicentro de esta estrategia. No es un mero "portero" del sistema, sino un agente activo de detección. La consulta de atención primaria es el escenario donde los sutiles signos del pródromo se manifiestan como ansiedad, depresión o problemas de concentración, y donde las familias desesperadas buscan por primera vez una explicación al cambio incomprensible de su ser querido. Este capítulo está diseñado para equipar al clínico con el conocimiento y las herramientas para navegar este complejo escenario con competencia y confianza.

Etiopatogenia: Un Mosaico de Vulnerabilidad y Estrés

La psicosis no surge de una única causa, sino de una convergencia de factores a lo largo del tiempo, bien descrita por el modelo de diátesis-estrés neurodesarrollal.

Vulnerabilidad Genética y Epigenética

La heredabilidad de la esquizofrenia se estima en torno al 80%. Sin embargo, no se trata de un único gen, sino de la contribución de cientos de variantes genéticas comunes de pequeño efecto (riesgo poligénico) y algunas variantes raras de gran efecto (3). Los estudios de asociación de genoma completo (GWAS) han identificado numerosos loci implicados en la neurotransmisión, la plasticidad sináptica y la función inmune. La epigenética (modificaciones como la metilación del ADN que alteran la expresión génica sin cambiar la secuencia)

actúa como un puente entre los genes y el ambiente, explicando cómo el estrés temprano o el uso de sustancias pueden "activar" una vulnerabilidad latente.

Factores Ambientales y del Neurodesarrollo

El cerebro de una persona que desarrollará psicosis a menudo muestra una trayectoria de desarrollo alterada desde mucho antes de la aparición de los síntomas.

- **Factores Prenatales y Perinatales:** Infecciones maternas (ej. influenza, toxoplasmosis), desnutrición, estrés materno extremo y complicaciones obstétricas que causan hipoxia fetal se han asociado con un mayor riesgo. Estos eventos parecen alterar procesos clave como la proliferación neuronal y la migración celular (4).
- **Uso de sustancias:** La relación entre el cannabis y la psicosis es causal. El consumo, especialmente de cannabis de alta potencia (alto THC) durante la adolescencia, puede duplicar el riesgo. El THC altera el sistema endocannabinoide, crucial para la poda sináptica durante la maduración cerebral, un proceso que ya está alterado en individuos vulnerables (5). Estimulantes como las anfetaminas o la cocaína también pueden precipitar psicosis.
- **Estrés Psicosocial:** El trauma infantil (abuso, negligencia), el bullying y la exclusión social actúan como potentes estresores crónicos. El modelo de la "derrota social" postula que la experiencia prolongada de sentirse marginado o subyugado conduce a una sensibilización del sistema dopaminérgico mesolímbico, haciéndolo hiperreactivo a estímulos futuros (6).

Correlatos Neurobiológicos

- **La Hipótesis Dopaminérgica (Revisada):** El modelo clásico de una simple hiperactividad dopaminérgica se ha refinado. Ahora se postula una hiperactividad en las vías mesolímbicas (que causa los síntomas positivos) y una hipoactividad en las vías mesocorticales hacia el córtex prefrontal (que causa los síntomas negativos y cognitivos) (7).
- **Disfunción del Glutamato:** El glutamato es el principal neurotransmisor excitatorio. La evidencia creciente apunta a una hipofunción de los receptores NMDA, lo que lleva a una desregulación de las interneuronas GABAérgicas y, secundariamente, a la hiperactividad dopaminérgica.

Fármacos como la ketamina, que bloquean el receptor NMDA, pueden producir síntomas psicóticos transitorios en voluntarios sanos, apoyando este modelo (8).

- **Neuroinflamación:** Existe una creciente evidencia del papel de la disfunción inmune. Pacientes con PEP a menudo muestran niveles elevados de citoquinas pro-inflamatorias en sangre y líquido cefalorraquídeo. La activación anómala de la microglía (las células inmunes del cerebro) podría contribuir a una poda sináptica excesiva durante la adolescencia (9).

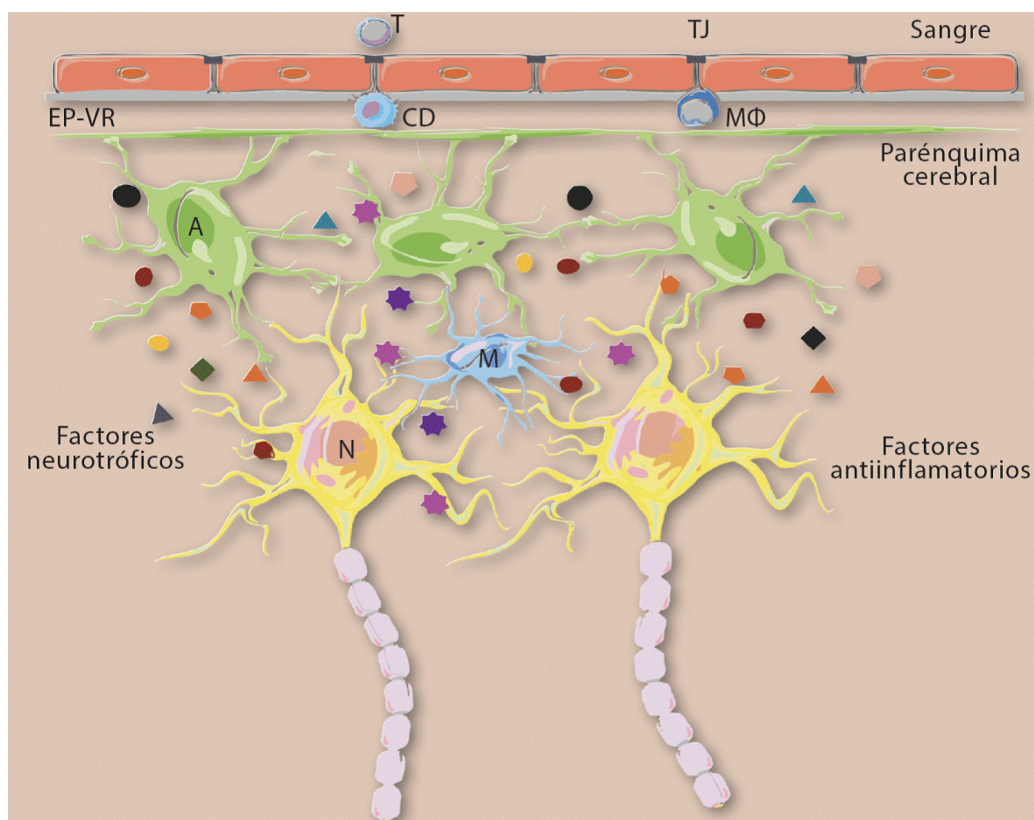


Figura 1. Estructura y homeostasis neuroinmune en el SNC. En estado fisiológico, astrocitos (A) y neuronas (N) secretan factores neurotróficos y antiinflamatorios para mantener a la microglía (M) en un estado de reposo, evitando así la activación de la cascada neuroinflamatoria.

Leyenda: A: astrocito; CD: célula dendrítica; E: endotelio; EP-VR: espacio perivascular de Virchow-Robin; GL: glía limitante; M: microglía; MΦ: macrófago; N: neurona; T: linfocito T; TJ: unión estrecha. **Fuente:** Martínez-Tapia RJ, et al. Rev Fac Med (Méx.). 2018.

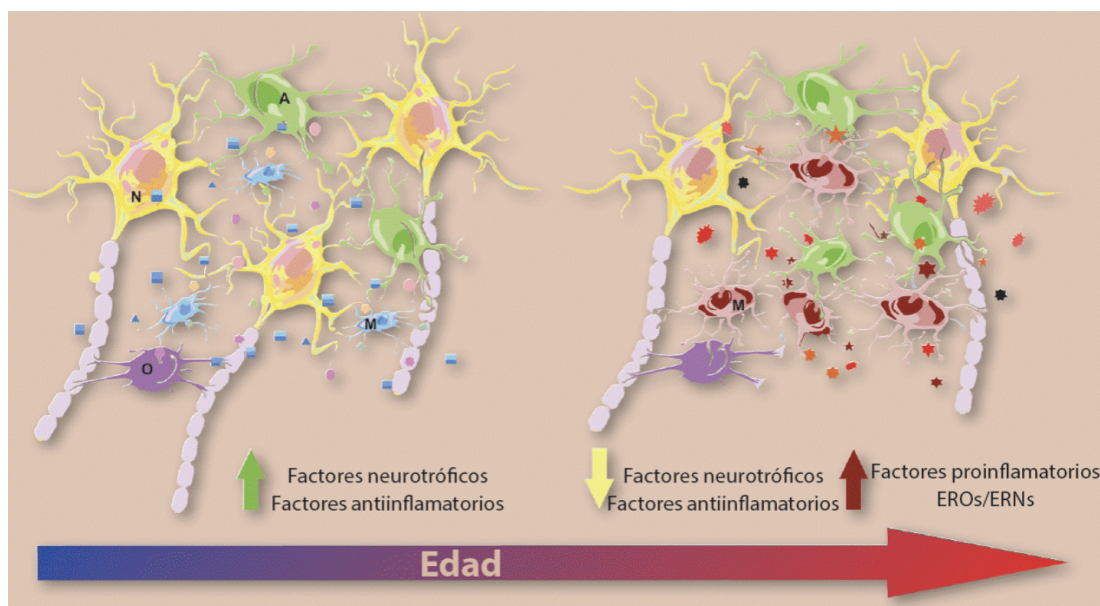


Figura 2. Desequilibrio neuroinmune relacionado con la edad en el SNC. La imagen compara un estado saludable (izquierda), con predominio de factores neurotróficos y antiinflamatorios, con un estado de **neuroinflamación crónica** (derecha), donde se observa una disminución de factores protectores y un aumento de agentes proinflamatorios y EROs/ERNs que activan la microglía y contribuyen al daño neuronal.

Leyenda: A: astrocito; M: microglía; N: neurona; O: oligodendrocito; **EROs:** especies reactivas de oxígeno; **ERNs:** especies reactivas de nitrógeno. **Fuente:** Martínez-Tapia RJ, et al. Rev Fac Med (Méx.). 2018.

Fenomenología Clínica: La Experiencia de la Psicosis

La presentación en la consulta puede ser extremadamente variada. Es crucial comprender la experiencia subjetiva del paciente.

La Fase Prodrómica y el Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR)

Esta fase, que puede durar meses o años, es la ventana de oportunidad para la prevención. Los criterios de "Ultra-Alto Riesgo" (UHR) ayudan a identificar a los jóvenes con más probabilidades de una transición a la psicosis (10):

- **Síntomas Positivos Atenuados (SPA):** Son el núcleo. El paciente experimenta ideas de referencia ("siento que la gente en el autobús habla de mí, aunque sé que probablemente no es cierto"), percepciones inusuales o pensamiento mágico, pero aún conserva cierto grado de introspección.
- **Síntomas Psicóticos Breves, Limitados e Intermitentes (BLIPS):** Episodios de síntomas psicóticos francos que duran menos de una semana y remiten espontáneamente.

- **Vulnerabilidad Genética y Deterioro Funcional:** Un familiar de primer grado con psicosis sumado a un descenso significativo y reciente en el funcionamiento académico, social o laboral.

En la consulta, esto se traduce en quejas de ansiedad, pánico, depresión, problemas de sueño o una vaga sensación de que "algo no va bien".

Caso Clínico

- **Parte 1: La Consulta**

Javier, 19 años, es traído por su madre, Elena. El motivo inicial es "ansiedad y problemas en la universidad". Elena describe un deterioro funcional de 6 meses: de ser un estudiante brillante ha pasado a aislarse y suspender. Javier, al ser entrevistado a solas, admite con dificultad que "a veces me siento observado" y que tiene problemas para "seguir el hilo de los pensamientos". Esto son síntomas positivos atenuados. La acusación posterior a su madre de ser una espía marca la transición a la psicosis franca.

La Fase Psicótica Aguda

La experiencia subjetiva de la psicosis es aterradora. El mundo deja de ser un lugar predecible.

- **Alteraciones de la Percepción (Alucinaciones):** Las más comunes son las auditivas. Pueden ser voces que comentan los actos del paciente, le insultan o le dan órdenes (de comando). Es crucial preguntar por su contenido.
- **Alteraciones del Contenido del Pensamiento (Delirios):** Son creencias fijas e irreductibles a la lógica. Los más comunes son los persecutorios (creencia de ser espiado, perseguido o conspiran contra él) y los de referencia (creer que eventos neutros, como una noticia en la TV, tienen un significado especial dirigido a él).
- **Alteraciones del Curso del Pensamiento (Trastorno Formal del Pensamiento):** Se evidencia en el discurso: descarrilamiento (salta de un tema a otro), tangencialidad (responde de forma oblicua) o bloqueo del pensamiento.

- **Síntomas Negativos:** A menudo son los más incapacitantes a largo plazo. Se dividen en dos dominios: disminución de la expresividad (aplanamiento afectivo, alogia) y abulia-apatía (pérdida de motivación e interés).
- **Deterioro Cognitivo:** Afecta a la atención, la memoria de trabajo y la función ejecutiva. Es un predictor clave del funcionamiento a largo plazo.

El Proceso Diagnóstico: Un Enfoque Sistemático

El objetivo no es etiquetar, sino excluir otras causas y confirmar la presencia de un síndrome psicótico que requiere evaluación especializada.

La Entrevista Clínica y el Examen del Estado Mental

Construir una alianza es el primer paso. Utilice un enfoque calmado, no confrontacional y empático. Valide el sufrimiento del paciente ("Suenan muy angustiante sentir que te observan") sin validar el delirio. Aquí reside el verdadero arte de la primera entrevista en psicosis. La tarea del clínico no es confrontar la creencia delirante, lo cual es invariablemente contraproducente y fractura la incipiente alianza, sino explorar y validar la emoción que la subyace. Frases como 'Entiendo que sentirse vigilado constantemente debe ser agotador y aterrador' o 'Debe ser muy confuso escuchar voces que nadie más parece oír' conectan directamente con el sufrimiento del paciente sin necesidad de aceptar la premisa de la persecución o la veracidad de la alucinación. Esta aproximación, fundamentada en una curiosidad empática, transforma al médico de un inquisidor a un aliado que busca comprender un mundo interno aterrador y fragmentado. Es igualmente crucial modular el ritmo de la entrevista, empleando un lenguaje claro, frases cortas y pausas generosas que permitan al paciente procesar la información y organizar un pensamiento que a menudo es caótico y acelerado.

El Examen del Estado Mental (EEM) debe ser sistemático, evaluando apariencia, comportamiento, habla, ánimo, afecto, curso y contenido del pensamiento, percepciones, cognición e introspección (insight).

El Encuentro con la Familia: Aliados y Sujetos de Cuidado

El abordaje del primer episodio psicótico es inconcebible sin la participación de la familia. Los familiares no son meros informantes, aunque su perspectiva sea crucial para reconstruir la cronología del deterioro funcional y la duración de la psicosis no tratada (DUP). Son, ante todo, sujetos de cuidado que atraviesan su propia crisis de angustia, miedo y desconcierto. El médico de familia debe

establecer con ellos una alianza paralela a la del paciente, reconociendo su sufrimiento y ofreciendo psicoeducación inicial. Explicar la psicosis como una condición médica del cerebro, tratable y con posibilidades de recuperación, puede aliviar la carga de culpa y estigma que a menudo sienten. En esta primera fase, la familia necesita un anclaje, una explicación plausible para el cambio incomprensible de su ser querido. Al proporcionar este marco, el médico no solo obtiene un aliado indispensable para el plan terapéutico, sino que también inicia el proceso de sanación del sistema familiar en su conjunto.

Ampliación del Rol de la Familia y Psicoeducación: Las 5 Claves Iniciales

Más allá de la recopilación de información, el médico de familia tiene la oportunidad única de iniciar el proceso de sanación del sistema familiar. Ofrecer un marco psicoeducativo claro y conciso puede transformar la angustia en colaboración. Aquí se presentan cinco puntos clave que pueden guiar esta conversación crucial:

1. La psicosis es una enfermedad médica... (desarrollo de los 5 puntos sugeridos).
2. La recuperación es posible...
3. Ustedes no lo causaron, pero son clave en la solución...
4. Cómo comunicarse eficazmente...
5. La importancia del autocuidado familiar...

El Extenso Diagnóstico Diferencial

La psicosis es la "fiebre" de la psiquiatría: un síntoma inespecífico de múltiples causas posibles.

Tabla 1 . Diagnóstico Diferencial Detallado del Primer Episodio Psicótico

Categoría	Condición Específica	Características y Pistas Clave
Trastornos Psiquiátricos	Trastorno Bipolar I (Episodio Maníaco)	La psicosis es congruente con el ánimo (delirios de grandeza). Se acompaña de euforia, logorrea, fuga de ideas, aumento de la energía y disminución de la necesidad de sueño. Buscar historia de episodios depresivos.
	Depresión Mayor con Síntomas Psicóticos	Psicosis congruente con el ánimo (delirios de culpa, ruina, enfermedad). Aparece en el contexto de un episodio depresivo grave. El paciente está inhibido, triste, anhedónico.

	Trastorno Esquizoafectivo	Coexistencia de un episodio anímico (maníaco o depresivo) con síntomas de fase activa de esquizofrenia. Debe haber al menos 2 semanas de psicosis en ausencia de síntomas anímicos.
	Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)	Pueden existir flashbacks vívidos o percepciones disociativas que se confunden con alucinaciones. La temática está siempre ligada al evento traumático.
	Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC)	Las obsesiones pueden ser extrañas, pero el paciente (generalmente) las reconoce como producto de su mente (egodistónicas), a diferencia de los delirios.
Psicosis por Sustancias	Cannabis, Estimulantes (anfetaminas, cocaína), Alucinógenos (LSD, ketamina)	La psicosis es de inicio rápido, en relación temporal con el consumo. Son frecuentes las alucinaciones visuales y la perplejidad. Suele remitir con la abstinencia, aunque puede ser la puerta de entrada a un trastorno primario.
Psicosis por Afección Médica	Neurológicas	Encefalitis autoinmune (ej. anti-NMDAR): Inicio rápido con síntomas psiquiátricos, seguido de convulsiones, disquinesias. ¡Una emergencia médica! Epilepsia del lóbulo temporal: Alucinaciones olfatorias o visuales simples, automatismos. Tumores, ACV, Huntington.
	Endocrinas	Hiper/Hipotiroidismo: Pueden causar agitación, psicosis, depresión o manía. Enfermedad de Cushing: Psicosis por exceso de corticoides.
	Infecciosas / Inflamatorias	Neuro-sífilis, VIH, Lupus Eritematoso Sistémico (LES) con afectación del SNC.

Fuente: Basado en criterios del DSM-5-TR y revisiones clínicas (4, 11).

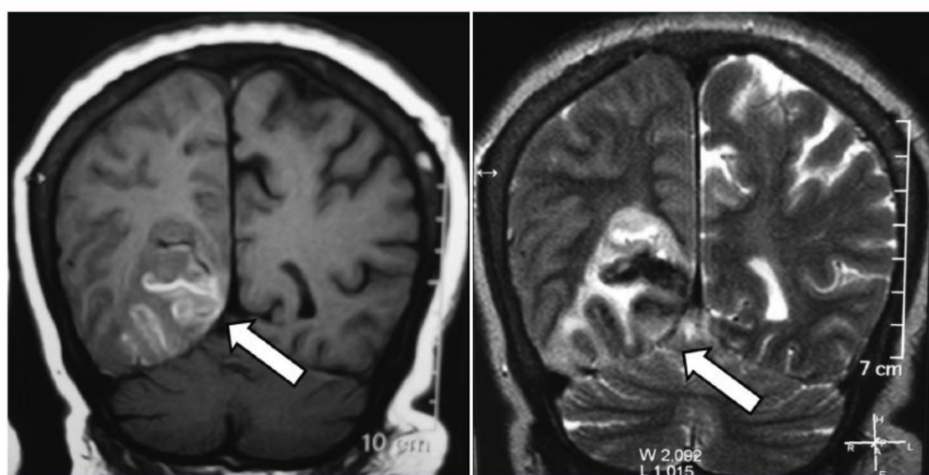


Figura 3. Ejemplo de causa orgánica en el diagnóstico diferencial de la psicosis. Resonancia magnética coronal (izquierda en T1, derecha en T2) que muestra una extensa lesión cerebral (flecha) en un paciente que podría debutar con síntomas psicóticos. Hallazgos como este subrayan la importancia de descartar causas neurológicas en todo primer episodio psicótico antes de asumir un diagnóstico psiquiátrico primario.

Fuente: de Dios-Cuadras U, et al. Rev Mex Oftalmol. 2019.

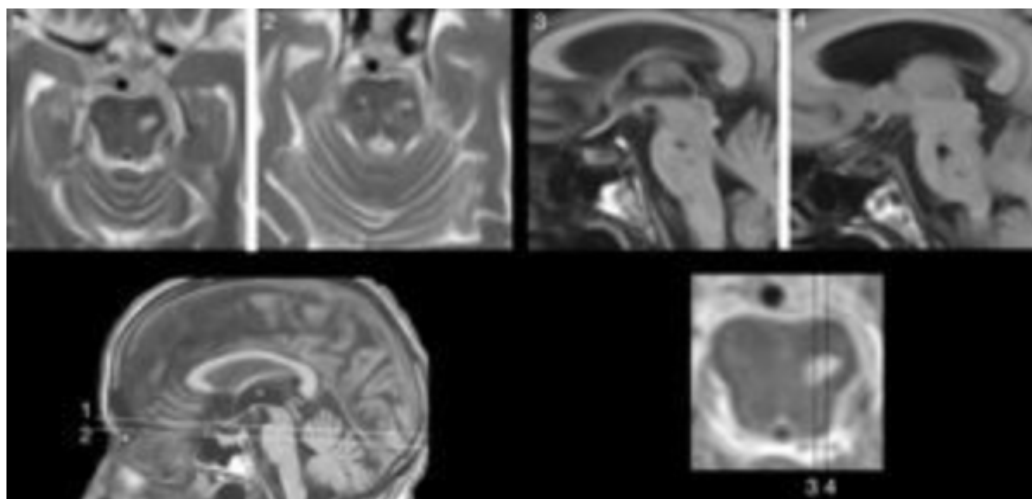


Figura 4. Alucinaciones auditivas secundarias a una lesión del tronco encefálico. Resonancia magnética de una paciente de edad avanzada con alucinaciones auditivas complejas. Las imágenes muestran una lesión en la vía auditiva (lemnisco lateral) que fue la causa de los síntomas psicóticos, destacando la importancia de la neuroimagen en casos de psicosis de inicio tardío.

Fuente: Robles Bayón A, et al. Neurología. 2017.

El Cribado Médico Esencial

Todo PEP requiere un estudio para descartar la organicidad.

Tabla 2. Justificación del Estudio Básico Inicial en el PEP

Prueba Solicitada	Racional / Justificación Clínica
Hemograma y Bioquímica	Descartar infecciones, anemia, alteraciones electrolíticas o insuficiencia renal/hepática que puedan causar delirium/confusión.
Perfil Tiroideo (TSH, T4L)	El hipo e hipertiroidismo son causas reversibles clásicas de síndromes neuropsiquiátricos.
Vitamina B12 y Folato	Su déficit puede causar "psicosis megaloblástica". Es tratable.
Serología (VIH, Sífilis-VDRL)	La neuro-sífilis y la encefalopatía por VIH son grandes imitadores psiquiátricos.
Análisis de Tóxicos en Orina	Esencial para descartar psicosis inducida por sustancias.

Neuroimagen (TAC/RMN)	No es rutinario para todos, pero indicado de urgencia si: inicio >40 años, signos neurológicos focales (paresia, dismetría), historia de TCE reciente, catatonia, o presentación atípica.
Considerar EEG / Punción Lumbar	Si hay sospecha de convulsiones o de encefalitis/proceso inflamatorio del SNC.

Fuente: Recomendaciones consolidadas en guías de práctica clínica (5, 12).

Manejo, Derivación y Consideraciones Legales

El manejo del médico de familia se centra en tres pilares: seguridad, apoyo y derivación.

Evaluación y Gestión del Riesgo

Es la prioridad absoluta.

- **Riesgo de Suicidio:** La ideación suicida es muy alta en el PEP. Preguntar directamente sobre ideas, planes e intentos no induce al suicidio, sino que salva vidas.
- **Riesgo de Heteroagresividad:** Generalmente bajo, pero puede aumentar si existen delirios persecutorios intensos o alucinaciones de comando que ordenan hacer daño.
- **Riesgo de Auto-negligencia:** Incapacidad para cuidarse, comer o beber, que puede llevar a un deterioro físico grave.

Si existe un riesgo inminente, la derivación debe ser a urgencias hospitalarias para una evaluación psiquiátrica inmediata, activando los protocolos locales.

Manejo de la Agitación Psicomotriz en el Entorno Primario

Aunque el objetivo final es la derivación, el médico de familia puede encontrarse ante un paciente en un estado de agitación psicomotriz que requiere una intervención inmediata para garantizar la seguridad de todos. Antes de cualquier consideración farmacológica, la primera herramienta es el entorno y la comunicación. Es imperativo asegurar un espacio físico sin riesgos, manteniendo una distancia segura y evitando movimientos bruscos o un tono de voz confrontacional. La desescalada verbal es una técnica activa que busca reducir la tensión a través de la calma y la empatía. Consiste en escuchar al paciente, validar su malestar y ofrecer opciones sencillas y concretas.

Solo cuando la desescalada verbal fracasa y el riesgo de auto o heteroagresividad es inminente, se debe considerar la intervención farmacológica. El objetivo no es la sedación profunda, sino la reducción de la angustia y la agitación a un nivel que permita una evaluación y un traslado seguros. Las benzodiazepinas, como el lorazepam por vía oral o intramuscular, son a menudo la primera elección por su rápido inicio de acción y su perfil de seguridad. Alternativamente, los antipsicóticos de segunda generación inyectables, como la olanzapina o el aripiprazol, pueden ser eficaces. La elección dependerá de la situación clínica y la experiencia del médico, pero el principio rector es siempre usar la dosis mínima eficaz y monitorizar estrechamente al paciente mientras se espera al equipo de emergencias o se coordina el traslado.

Derivación a Servicios de Intervención Temprana (EIPS)

Los EIPS son equipos multidisciplinarios (psiquiatra, psicólogo, enfermería, trabajo social) que ofrecen un tratamiento asertivo y comunitario durante los primeros 2-5 años de la enfermedad. El tratamiento incluye medicación a dosis bajas, terapia psicológica (TCC para psicosis), apoyo familiar, y ayuda para la reinserción académica y laboral. La derivación a un EIPS es el objetivo final de la evaluación en atención primaria.

Caso Clínico

- **Parte 2: El Plan**

Tras realizar el cribado médico básico (que resulta normal), evalúas el riesgo de Javier. Niega ideación suicida. Su delirio se centra en su madre, pero no hay amenazas. Se determina que no hay riesgo inminente. El plan es una derivación preferente al EIPS local. Redactas una carta detallada explicando la DUP (6 meses de pródromo), los síntomas actuales, los hallazgos del EEM y los resultados de las pruebas.

Marco Ético-Legal

- **Capacidad y Consentimiento:** Muchos pacientes con PEP carecen de introspección (anosognosia) y pueden rechazar el tratamiento. Evaluar la capacidad para tomar decisiones es clave. Si el paciente carece de capacidad y está en riesgo, se deben activar los mecanismos legales locales para el tratamiento involuntario, un proceso que debe garantizar los derechos del paciente.

- **Confidencialidad:** Es un pilar, pero no es absoluto. Se puede y se debe romper si existe un riesgo grave, específico e inminente de daño a un tercero identificable. La comunicación con la familia, con el consentimiento o asentimiento del paciente, es crucial para el plan terapéutico.

El Médico de Familia como Garante de la Salud Integral a Largo Plazo

La responsabilidad del médico de familia no concluye con una derivación exitosa a los servicios de salud mental. De hecho, es entonces cuando comienza su papel fundamental como garante de la salud integral del paciente a largo plazo. Existe una alarmante brecha de mortalidad de 15 a 20 años en personas con trastornos psicóticos, debida en gran medida a enfermedades cardiovasculares y metabólicas prevenibles. Los fármacos antipsicóticos, si bien son esenciales para el tratamiento de la psicosis, pueden contribuir significativamente al aumento de peso, la dislipidemia y la resistencia a la insulina.

Por ello, el seguimiento proactivo de la salud física se convierte en una tarea primordial de la atención primaria. Esto implica integrar en la rutina clínica la monitorización periódica del peso, el índice de masa corporal, el perímetro abdominal, la presión arterial y la realización de análisis anuales de glucemia y perfil lipídico. Más allá de la monitorización, el médico de familia está en una posición única para ofrecer consejo sobre el estilo de vida, promover el cese del tabaquismo —cuya prevalencia es altísima en esta población— y coordinar el cuidado con otros especialistas. Al hacerlo, el médico de familia trasciende el rol de detector de la crisis inicial para convertirse en el pilar que sostiene la recuperación física y la esperanza de una vida larga y saludable para sus pacientes.

Conclusión: El Papel Insustituible del Médico de Familia

El primer episodio psicótico es un punto de inflexión en la biografía de una persona. Una actuación tardía o un manejo inadecuado pueden consolidar una trayectoria de discapacidad. Por el contrario, una detección temprana, un diagnóstico diferencial riguroso, una comunicación empática y una derivación eficiente por parte del médico de familia pueden abrir la puerta a la recuperación. El conocimiento profundo de la fenomenología y la neurobiología de la psicosis no es un mero ejercicio académico; es la base que permite al

clínico de primera línea actuar con decisión y humanidad, transformando el pronóstico y devolviendo la esperanza a sus pacientes y familias.

Bibliografía

1. Penttilä M, Jääskeläinen E, Hirvonen N, et al. Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: a meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2024;224(2):65-72.
2. Scott J, Malla A. The implementation and evaluation of early intervention services for psychosis. *World Psychiatry*. 2023;22(2):225-239.
3. Trubetskoy V, Pardiñas AF, Qi T, et al. Mapping genomic loci implicates genes and synaptic biology in schizophrenia. *Nature*. 2022;604(7906):502-508.
4. Keshavan MS, Gokhale S, Schooler NR. An update on the early course and treatment of schizophrenia. *World Psychiatry*. 2023;22(1):40-51.
5. Di Forti M, Quattrone D, Freeman TP, et al. The contribution of cannabis use to variation in the incidence of psychotic disorder across Europe (EU-GEI): a multicentre case-control study. *Lancet Psychiatry*. 2022;9(6):486-494.
6. Selten JP, van der Ven E, Rutten BP, Cantor-Graae E. The social defeat hypothesis of schizophrenia: an update. *Br J Psychiatry*. 2021;219(2):431-437.
7. McCutcheon RA, Abi-Dargham A, Howes OD. Schizophrenia, dopamine and the striatum: from big data to pathophysiology. *Nat Rev Neurosci*. 2022;23(5):291-307.
8. Uno Y, Coyle JT. Glutamatergic theory of schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2022;76(7):314-325.
9. Khandaker GM, Cousins L, Deakin J, et al. Inflammation and immunity in schizophrenia: implications for pathophysiology and treatment. *Lancet Psychiatry*. 2022;9(7):569-580.
10. Fusar-Poli P, Raballo A, Parnas J, et al. The clinical-high-risk-for-psychosis-paradigm as a transdiagnostic and translational research hub. *World Psychiatry*. 2023;22(3):369-388.

11. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2022.
12. Hasan A, Falkai P, Wobrock T, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, Part 1: Update 2022 on the management of schizophrenia. *World J Biol Psychiatry*. 2022;23(7):495-519.

Datos de Autor

Leonel Lozano Ducuara

Médico Universidad del Tolima

Médico Hospitalario Unidad de Salud Mental Clínica Keralty Sanitas Ibagué
Tolima