
 <p>ESE CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<p>DOCUMENTO DE APOYO GUIA DE ATENCIÓN MÉDICA PREHOSPITALARIA ESQUIZOFRENIA</p>			
<p>PROCESO: REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA</p>	<p>CODIGO: SRC-S1-G5</p>	<p>VIGENCIA: 21/11/2025</p>	<p>V5</p>	<p>PÁGINA1 de 13</p>

GUIA DE ATENCION MÉDICA PREHOSPITALARIA



CARMEN EMILIA OSPINA
Salud, bienestar y dignidad



ESQUIZOFRENIA

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

 **LÍNEA AMIGA**
863 2828

 **WHATSAPP**
304 384 99 92

 **ESE Carmen Emilia Ospina**

 <p>CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<p>DOCUMENTO DE APOYO GUIA DE ATENCIÓN MÉDICA PREHOSPITALARIA ESQUIZOFRENIA</p>			
<p>PROCESO: REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA</p>	<p>CODIGO: SRC-S1-G5</p>	<p>VIGENCIA: 21/11/2025</p>	<p>V5</p>	<p>PÁGINA2 de 13</p>

DEFINICION

La esquizofrenia es un trastorno mental crónico y grave que afecta la forma en que una persona piensa, siente y se comporta. Se caracteriza por la presencia de síntomas psicóticos, que incluyen alucinaciones (percepciones falsas o distorsionadas), delirios (creencias falsas o irracionales), pensamiento desorganizado y dificultades en la cognición y la función social. Estos síntomas suelen manifestarse en la adolescencia o la adultez temprana y pueden provocar un deterioro significativo en el funcionamiento personal, social y ocupacional.

La esquizofrenia se considera un trastorno multifactorial con causas que incluyen factores genéticos, neurobiológicos, ambientales y psicosociales. El tratamiento suele implicar una combinación de medicamentos antipsicóticos, psicoterapia y apoyo social y comunitario.

EPIDEMIOLOGIA

Prevalencia global: La esquizofrenia afecta aproximadamente al 1% de la población mundial.

Edad de inicio: La esquizofrenia generalmente comienza en la adolescencia tardía o en la adultez temprana, aunque puede presentarse en cualquier momento de la vida.



Género: Los hombres tienen una mayor probabilidad de desarrollar esquizofrenia y tienden a presentar síntomas más graves y un inicio más temprano que las mujeres.

Factores genéticos: Existe un componente genético claro en la esquizofrenia. Los familiares de primer grado de personas con esquizofrenia tienen un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad en comparación con la población general.

Factores ambientales: Además de los factores genéticos, diversos factores ambientales pueden influir en el desarrollo de la esquizofrenia, como el estrés prenatal, complicaciones durante el parto, historia de abuso o trauma, consumo de drogas y exposición a toxinas ambientales.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad



 <p>CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<p>DOCUMENTO DE APOYO GUIA DE ATENCIÓN MÉDICA PREHOSPITALARIA ESQUIZOFRENIA</p>			
<p>PROCESO: REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA</p>	<p>CODIGO: SRC-S1-G5</p>	<p>VIGENCIA: 21/11/2025</p>	<p>V5</p>	<p>PÁGINA 3 de 13</p>

ETIOLOGIA Y PATOGENIA



La esquizofrenia presenta una vulnerabilidad genética que interactúa con factores estresores ambientales que darían inicio al cuadro, sugiriendo entonces un enfoque biopsicosocial en su comprensión etiológica y de manejo:

Factores biológicos.

- Dentro de los aspectos neuropsicológicos, se acepta actualmente como etiología una alteración en el flujo de la información que envían las estructuras subcorticales (ganglios basales y tálamo) a la corteza frontal, debido a una lesión difusa de estas estructuras, producida en los períodos tempranos del desarrollo individual puestos de manifiesto al finalizar la adolescencia.
- Las evaluaciones neurofisiológicas han mostrado dilatación ventricular, leve grado de atrofia cortical y pérdida de la asimetría de los lóbulos frontales. De igual forma, alteraciones en lóbulos temporales que muestran reducción de las áreas del lenguaje, especialmente en el hemisferio izquierdo y en el complejo hipocampo – amígdala y el giro parahipocampal.
- **Predisposición genética:** Gemelo homocigótico (idéntico) de una persona con esquizofrenia tiene una probabilidad de 40% – 50%, de desarrollar la enfermedad; padre o madre enfermo 10%; familiar de paciente esquizofrénico (no gemelo) 8%; hijo con padre y madre esquizofrénicos 40%.
- **Desarrollo prenatal:** Dificultades prenatales, malnutrición intrauterina, infecciones virales, complicaciones; establecimiento de conexiones incorrectas durante el desarrollo del feto.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad



 <p>CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<p>DOCUMENTO DE APOYO GUIA DE ATENCIÓN MÉDICA PREHOSPITALARIA ESQUIZOFRENIA</p>			
<p>PROCESO: REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA</p>	<p>CODIGO: SRC-S1-G5</p>	<p>VIGENCIA: 21/11/2025</p>	<p>V5</p>	<p>PÁGINA 4 de 13</p>

Factores sociales.

Relaciones disfuncionales familiares, desempleo, pobreza, experiencias traumáticas en la infancia como abuso; habitabilidad en medio urbano.

Factores psicológicos.

- Se han identificado sesgos cognitivos bajo estados de estrés que incluyen hacer atribuciones externas, problemas de razonamiento, dificultades de procesamiento visual y memoria, atención excesiva a posibles amenazas

- Sensibilidad emocional.

Rasgos previos de personalidad que incluyen timidez, excentricidad, desconfianza o sumisión.

CUADRO CLINICO

Síntomas psicóticos:

Alucinaciones: Percepciones falsas o distorsionadas que pueden afectar cualquiera de los sentidos, siendo las auditivas las más comunes (escuchar voces que no existen).

Delirios: Creencias falsas o irracionales que son mantenidas con firmeza a pesar de la evidencia en contrario.

Síntomas negativos:

Aplanamiento afectivo: Reducción o ausencia de expresión emocional.

Retiro social: Aislamiento social y dificultad para relacionarse con los demás.



Anhedonia: Incapacidad para experimentar placer o disfrutar de actividades que antes eran gratificantes.

Síntomas cognitivos:

Deterioro de la memoria: Dificultades para recordar información y aprender nuevas tareas.

Dificultades en la atención y concentración: Incapacidad para mantener la atención en una tarea durante períodos prolongados.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

 <p>CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<p>DOCUMENTO DE APOYO GUIA DE ATENCIÓN MÉDICA PREHOSPITALARIA ESQUIZOFRENIA</p>			
<p>PROCESO: REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA</p>	<p>CODIGO: SRC-S1-G5</p>	<p>VIGENCIA: 21/11/2025</p>	<p>V5</p>	<p>PÁGINA 5 de 13</p>

Pensamiento desorganizado: Dificultad para organizar ideas y expresarlas de manera coherente.

Síntomas afectivos:

Depresión: Sentimientos de tristeza, desesperanza o vacío.

Ansiedad: Sensación de nerviosismo, preocupación excesiva o miedo.

Cambios en el comportamiento:

Desorganización motora: Movimientos repetitivos, inusuales o catatónicos.



Descuido personal: Falta de interés en el autocuidado y la higiene personal.

Comportamiento agresivo o violento: Puede manifestarse en respuesta a alucinaciones o delirios.

ANTECEDENTES PERSONALES

- **Historia familiar de trastornos psiquiátricos:** Las personas con antecedentes familiares de esquizofrenia u otros trastornos psicóticos tienen un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad.
- **Trauma o estrés temprano:** Experiencias traumáticas durante la infancia o la adolescencia, como abuso físico, emocional o sexual, o eventos estresantes importantes pueden aumentar el riesgo de desarrollar esquizofrenia en personas con predisposición genética.
- **Consumo de drogas:** El uso de sustancias psicoactivas, como cannabis, anfetaminas, cocaína o alucinógenos, puede desencadenar el inicio o empeorar los síntomas de la esquizofrenia en personas vulnerables.
- **Lesiones cerebrales:** Lesiones traumáticas en la cabeza, infecciones cerebrales graves o complicaciones durante el parto que afectan al cerebro pueden aumentar el riesgo de desarrollar esquizofrenia en algunas personas.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

 <p>CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<p>DOCUMENTO DE APOYO GUIA DE ATENCIÓN MÉDICA PREHOSPITALARIA ESQUIZOFRENIA</p>			
<p>PROCESO: REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA</p>	<p>CODIGO: SRC-S1-G5</p>	<p>VIGENCIA: 21/11/2025</p>	<p>V5</p>	<p>PÁGINA 6 de 13</p>

- **Problemas de desarrollo prenatal:** Factores que afectan el desarrollo cerebral durante el embarazo, como infecciones virales maternas, desnutrición, exposición a toxinas ambientales o complicaciones durante el parto, pueden aumentar el riesgo de esquizofrenia en la descendencia.
- **Historia de trastornos psiquiátricos o del desarrollo:** Las personas con antecedentes de trastornos psiquiátricos, como trastornos del espectro autista, trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) o trastornos del estado de ánimo, pueden tener un mayor riesgo de desarrollar esquizofrenia.

EXAMEN MENTAL



- **Porte y actitud:** El paciente puede presentar agitación, lo gorrea y verbigeración con discurso delirante y alucinatorio o al contrario actitud catatónica o realizando rituales de su concepción delirante. Con frecuencia se encuentra sucio, desarreglado, mal oliente e indiferente al medio externo.
- **Conciencia:** Regularmente no se presentan alteraciones, a veces confusión.
- **Atención:** Hipoprosexia e indiferencia hacia el medio o hiperprosexia sobre su temática delirante.
- **Sueño:** Insomnio sobre todo al iniciarse la crisis.
- **Sensopercepción:** Ilusiones y alucinaciones (auditivas y visuales), pseudoalucinaciones y autocopia o imagen fantasma.
- **Pensamiento:** Alteraciones en la forma (ilógico, autista); en el curso (disgregación y disociación); en el contenido (ideas delirantes que dependen de su contexto y experiencias previas generalmente de tipo referencial, persecutorio y de influencia exterior).
- **Juicio y raciocinio:** Alteración en capacidad de introspección, juicios ilógicos y prospección inadecuada.
- **Lenguaje:** Meditación, mutismo, lo gorrea, estereotipias verbales o ecolalia; neologismos.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92

f i o y
ESE Carmen Emilia Ospina

 <p>CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<p>DOCUMENTO DE APOYO GUIA DE ATENCIÓN MÉDICA PREHOSPITALARIA ESQUIZOFRENIA</p>			
<p>PROCESO: REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA</p>	<p>CODIGO: SRC-S1-G5</p>	<p>VIGENCIA: 21/11/2025</p>	<p>V5</p>	<p>PÁGINA 7 de 13</p>

- **Memoria:** Compromiso de memoria reciente y memoria de fijación por déficit de atención.
- **Afectividad:** Anteponía, ambivalencia, disociación ideo-afectiva y afecto insuficiente.
- **Conducta psicomotriz:** Actitudes de escucha, agitación psicomotriz, estereotipias motoras, manierismos, negativismo, catatonia, obediencia automática o flexibilidad cérea; aumento de conductas impulsivas en algunos pacientes.
- **Conducta alimentaría:** En algunos pacientes alteraciones del tipo de la pica.
- **Conducta sexual:** Generalmente no hay alteraciones; en algunos pacientes masturbación compulsiva.

DIAGNOSTICO APH

Diagnóstico a partir de la observación de signos y síntomas, el relato de experiencias de paciente y exploración de antecedentes:

- **Anamnesis:** Características socio demográficas, tiempo de evolución del cuadro, principales síntomas, antecedentes personales específicos (existencia de otro episodio previo y manejo), factores precipitantes, antecedentes farmacológicos y patológicos, capacidad de red de apoyo social.
- Examen Mental y físico.



Criterios generales para el diagnóstico de esquizofrenia según CIE 10:

(A) Al menos uno de los síndromes, signos o síntomas listados en el apartado (I) o bien por lo menos 2 de los síntomas y signos listados en (II) deben haber estado presentes, la mayor parte del tiempo durante un episodio de enfermedad psicótica por lo menos 1 mes de duración:

(I) Por lo menos uno de los siguientes:

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad



 <p>CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<p>DOCUMENTO DE APOYO GUIA DE ATENCIÓN MÉDICA PREHOSPITALARIA ESQUIZOFRENIA</p>			
<p>PROCESO: REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA</p>	<p>CODIGO: SRC-S1-G5</p>	<p>VIGENCIA: 21/11/2025</p>	<p>V5</p>	<p>PÁGINA 8 de 13</p>

- a) Eco, inserción, robo o difusión del pensamiento.
- b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia, o pasividad, referidas claramente al cuerpo, movimientos, pensamientos, acciones, o sensaciones o percepciones delirantes.
- c) Voces alucinatorias que comentan, discuten, u otras voces que provienen de otras partes del cuerpo.
- d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son propios de su cultura y que son inverosímiles.

(II) Al menos 2 de los siguientes:

- a) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad con ideas delirantes no muy estructuradas y fugaces, sin contenido afectivo claro o ideas sobrevaloradas, o de presentación diaria por un mes.
- b) Neologismos, interceptación o bloqueo del pensamiento que dan lugar a incoherencia o lenguaje circunstancial.
- c) Conducta catatónica.
- d) **Síntomas Negativos:** Apatía, pobreza mímica, embotamiento, o incongruencia ideo afectiva.

B) Criterios de exclusión:

1. Si hay criterios que dan manía o depresión, los síntomas esquizofrénicos deben haberse presentado antes que los síntomas del humor.

El cuadro sicótico no es atribuible a causa orgánica cerebral o a intoxicación, dependencia o abstinencia relacionados a alcohol u otras drogas.

CODIGO CIE10



F20

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92

f i y t
ESE Carmen Emilia Ospina

 <p>CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<p>DOCUMENTO DE APOYO GUIA DE ATENCIÓN MÉDICA PREHOSPITALARIA ESQUIZOFRENIA</p>			
<p>PROCESO: REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA</p>	<p>CODIGO: SRC-S1-G5</p>	<p>VIGENCIA: 21/11/2025</p>	<p>V5</p>	<p>PÁGINA9 de 13</p>

PLAN DE MANEJO APH



1. Comunicación con familiar o vecinos para obtener los mayores datos del estado del paciente: Síntomas, agresividad, agitación psicomotora. Evaluación de la necesidad de apoyo del sistema de protección (policía).
2. Acercamiento, aseguramiento y evaluación de la escena. Recolección de información sobre el cuadro, evolución, antecedentes del paciente, a través de familiares o personas allegadas a la escena.
3. Preparación del lugar con establecimiento de control de variables ambientales (objetos cortopunzantes, armas de fuego, evitar aislamiento en habitación).
4. Entrevista individual.
5. Establecimiento del diagnóstico, el estado del paciente y sus necesidades en salud. Definición de conducta.
6. Contención terapéutica (en caso que el paciente no manifieste síntomas positivos), utilización de estrategias para manejo del cuadro, educación en salud familiar y recomendación de consulta externa.
7. Inmovilización mecánica (en caso de síntomas positivos).
8. Traslado a un centro asistencial de tercer nivel por la necesidad de evaluación y manejo psiquiátrico.

CRITERIOS DE REFERENCIA APH

Consulta especializada Psiquiátrica por urgencias paciente con:

- Cuadro psicótico agudo - síntomas positivos.
- Agresividad; agitación psicomotora.
- Conducta suicida.
- Conducta homicida.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

 <p>ESE CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<p>DOCUMENTO DE APOYO GUIA DE ATENCIÓN MÉDICA PREHOSPITALARIA ESQUIZOFRENIA</p>			
<p>PROCESO: REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA</p>	<p>CODIGO: SRC-S1-G5</p>	<p>VIGENCIA: 21/11/2025</p>	<p>V5</p>	<p>PÁGINA10 de 13</p>

- Con morbilidad con otros trastornos mentales y/o adicción a drogas.
- Sin manejo farmacológico por no compromiso con tratamiento o primer episodio.
- Situaciones agravadas por carencia en red de apoyo, antecedentes y posibilidad de inminencia de muerte.



COPIA CONTROLADA ESE CEO

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

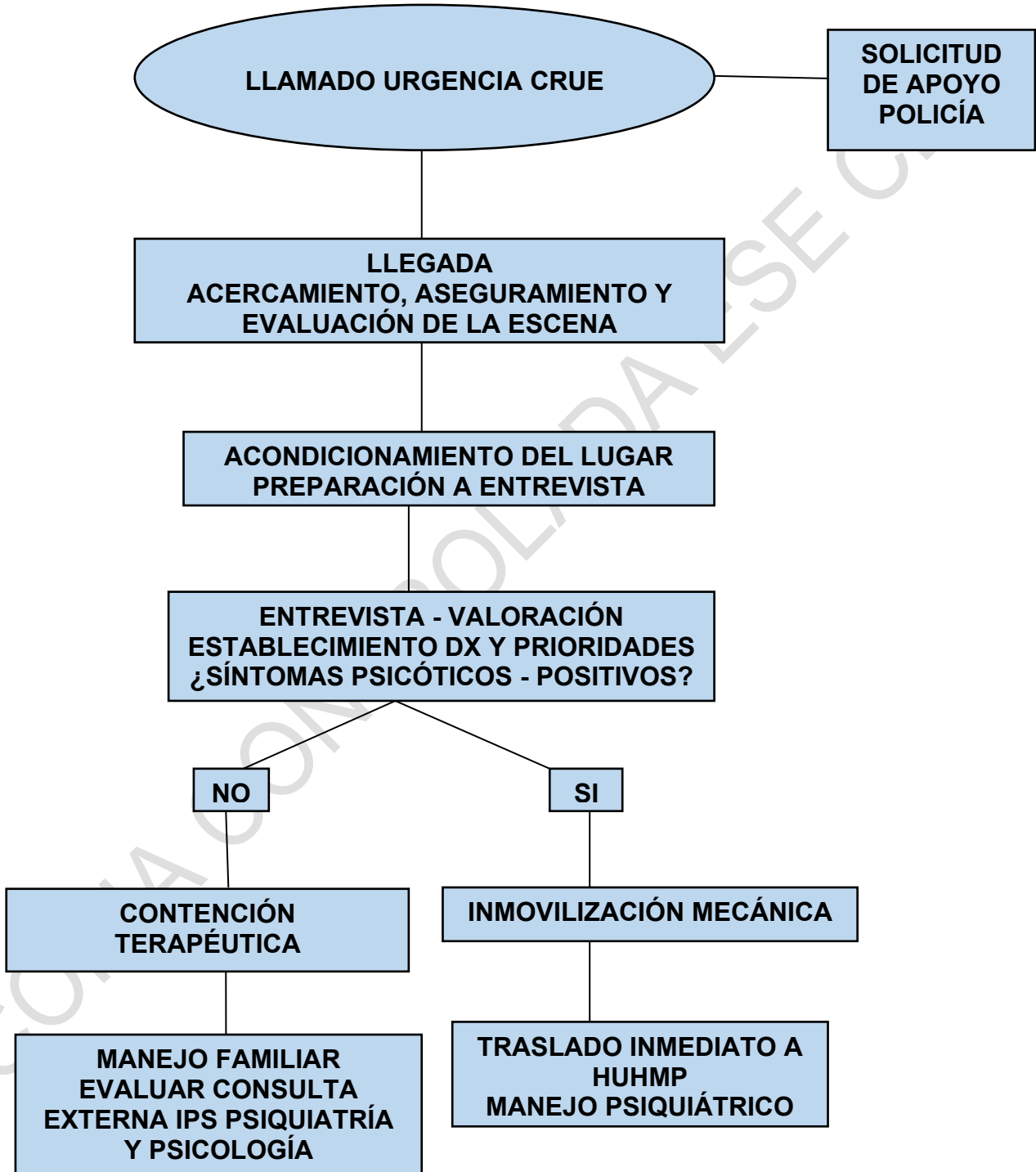
 **LÍNEA AMIGA**
863 2828

 **WHATSAPP**
304 384 99 92



 **ESE Carmen Emilia Ospina**

 <p>ESE CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<p>DOCUMENTO DE APOYO GUIA DE ATENCIÓN MÉDICA PREHOSPITALARIA ESQUIZOFRENIA</p>			
<p>PROCESO: REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA</p>	<p>CODIGO: SRC-S1-G5</p>	<p>VIGENCIA: 21/11/2025</p>	<p>V5</p>	<p>PÁGINA11 de 13</p>

FLUJOGRAMA



Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

 <p>ESE CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<p>DOCUMENTO DE APOYO GUIA DE ATENCIÓN MÉDICA PREHOSPITALARIA ESQUIZOFRENIA</p>			
<p>PROCESO: REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA</p>	<p>CODIGO: SRC-S1-G5</p>	<p>VIGENCIA: 21/11/2025</p>	<p>V5</p>	<p>PÁGINA12 de 13</p>

BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
2. Harrison G, Hopper K, Craig T, Laska E, Siegel C, Wanderling J. Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study. *Br J Psychiatry* 2001;178:506-17.
3. Owen, M. J., & O'Donovan, M. C. (2017). Schizophrenia and the neurodevelopmental continuum:evidence from genomics. *World Psychiatry*, 16(3), 227–235.
<https://doi.org/10.1002/wps.20435>
4. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
5. Cannon, T. D., & Keller, M. C. (2006). Endophenotypes in the genetic analyses of mental disorders. *Annual review of clinical psychology*, 2, 267-290.
6. Morrison, A. P., & Petersen, T. (2019). Clinical Psychosis and Risk Assessment. En *The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Psychiatry (Seventh edition)* (pp. 781-823). American Psychiatric Association Publishing.
7. Mantilla, Carlos, Rodríguez Marcela, Paz, Alexander. (2008). *Urgencia Psiquiátrica*. Bogotá D.C., Colombia: Centro Regulador de Urgencias.
8. Téllez-Vargas, Jorge, Taborda, Burgos de Taborda, Cecilia. (2003). *Psicopatología clínica*. Bogotá D.C., Colombia: NuevoMilenio Editores.
9. National Institute of Mental Health. (2003). Esquizofrenia.Tomado de la página <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/esquizofrenia/index.shtml>

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad





CARMEN EMILIA OSPINA
Salud, bienestar y dignidad

DOCUMENTO DE APOYO
**GUIA DE ATENCIÓN MÉDICA
PREHOSPITALARIA ESQUIZOFRENIA**



PROCESO:
REFERENCIA Y
CONTRAREFERENCIA

CODIGO: SRC-S1-G5

VIGENCIA: 21/11/2025

V5

PÁGINA13 de 13

CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Descripción el Cambio	Fecha de aprobación
2	Modificación del documento:	25/11/2013
3	Modificación del documento:	08/11/2021
4	Con la finalidad de obtener un mejoramiento dentro de los estándares del subproceso "Sistema de referencia y Contrareferencia". Se realizan los siguientes ajustes: <ul style="list-style-type: none"> • Modificación del contenido de los ítems: Definición, Epidemiología, cuadro clínico, examen mental, flujograma. • Actualización de la vigencia. • Ajustes estructurales. 	15/04/2024
5	Modificación del documento: Con la finalidad de obtener un mejoramiento dentro de los estándares del subproceso "Sistema de referencia y Contrareferencia". Se realizan los siguientes ajustes: <ul style="list-style-type: none"> • Actualización de la vigencia 	21/11/2025
<p>Nombre: María Alejandra Rojas Mora Contratista área Sistema de Referencia y Contrareferencia.</p>		
<p>Nombre: Paula Clareth Garnica Quintero Contratista área Planeación</p>		
<p>Nombre: Lina María Vásquez Diaz. Cargo: Subgerente de Servicios de Salud</p>		
<p>Nombre: Lina María Vásquez Diaz. Cargo: Gerente (E)</p>		
Elaboró	Revisó	Aprobó

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad



ESE Carmen Emilia Ospina