

GPC01/2003

Barcelona, noviembre de 2003

guía

DE PRÁCTICA CLÍNICA

Guía de práctica clínica para la atención al paciente con esquizofrenia

Versión extensa



Agència d'Avaluació
de Tecnologia i Recerca Mèdiques

La *Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques* es una empresa pública, sin ánimo de lucro, creada en mayo de 1994. Tiene como objetivos promover que la introducción, la adopción, la difusión y la utilización de tecnologías médicas se haga de acuerdo con criterios de eficacia, seguridad, efectividad y eficiencia demostradas, y también promover la investigación orientada a las necesidades de salud de la población y a las de conocimiento del sistema sanitario. La *Agència* es centro colaborador de la Organización Mundial de la Salud en evaluación de tecnología médica, es miembro fundador de la Red Internacional de Agencias de Evaluación de Tecnología Médica (INAHTA), y es centro coordinador de la Red de Investigación Cooperativa para la Investigación en Resultados de Salud y Servicios Sanitarios (Red IRYSS).

Las opiniones expresadas en este documento son exclusivamente de los autores y no reflejan la posición del CatSalut. Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

© *Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques*

La *Agència* tiene la propiedad intelectual de este documento. Ningún fragmento de esta edición puede ser reproducido, almacenado o transmitido de ninguna forma ni por ningún procedimiento, sin el permiso previo expreso del titular del *copyright*.

GPC01/2003

Barcelona, noviembre de 2003

guía

DE PRÁCTICA CLÍNICA

Guía de práctica clínica para la atención al paciente con esquizofrenia

Versión extensa

Maite San Emeterio

Marta Aymerich

Gustavo Faus

Imma Guillamón

Josep M Illa

Lluís Lalucat

Carles Martínez

Ignasi Sánchez

Mercè Teixidó

Estudio financiado parcialmente por
el Fondo de Investigación Sanitaria
(número de expediente 01/10077)



Agència d'Avaluació
de Tecnologia i Recerca Mèdiques

1. INTRODUCCIÓN.....	9
2. NIVELES DE EVIDENCIA CIENTÍFICA. GRADOS DE RECOMENDACIONES	11
3. DESARROLLO DEL PROCESO DE REALIZACIÓN DE LA GUÍA	12
4. CONSIDERACIONES GENERALES	15
4.1. DEFINICIÓN.....	15
4.2. HISTORIA NATURAL Y CURSO	15
4.3. EPIDEMIOLOGÍA	17
5. LÍNEAS GENERALES DEL MANEJO DE LA ESQUIZOFRENIA	18
5.1. DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN.....	18
5.2. MANEJO PSIQUIÁTRICO	24
5.3. DESARROLLO DEL PLAN DE TRATAMIENTO.....	26
6. TIPOS Y ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN.....	28
6.1. INTERVENCIÓN FARMACOLÓGICA.....	28
6.1.1. Medicaciones antipsicóticas	28
6.1.2. Otras medicaciones coadyuvantes	39
6.2. TERAPIA ELECTROCONVULSIVA	42
6.3. INTERVENCIONES PSICOSOCIALES	43
6.3.1. Psicoterapia individual.....	43
6.3.2. Psicoterapia grupal	50
6.3.3. Intervención familiar.....	54
6.3.4. Rehabilitación psicosocial	56
6.4. MODALIDADES DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO INTENSIVO EN LA COMUNIDAD	63
7. TRATAMIENTO SEGÚN MOMENTOS DE LA ENFERMEDAD Y SITUACIONES ESPECIALES	69
7.1. ESQUIZOFRENIA EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.....	69
7.2. PRIMEROS EPISODIOS.....	73
7.3. FASE AGUDA (O CRISIS)	76
7.4. FASE DE ESTABILIZACIÓN (O POSTCRISIS)	79
7.5. FASE ESTABLE (O DE MANTENIMIENTO)	80
7.6. SITUACIONES ESPECIALES (TRASTORNOS POR SUSTANCIAS, SUICIDIO, VIOLENCIA, SÍNTOMAS DEPRESIVOS, PACIENTES SIN HOGAR)	84
8. RED ASISTENCIAL PARA LA ATENCIÓN A LA ESQUIZOFRENIA. DISPOSITIVOS, PROGRAMAS Y SERVICIOS.	90
9. BIBLIOGRAFÍA	93
ANEXO 1. EQUIPO DE DESARROLLO DE LA GPC	101

ANEXO 2. COMPARACIÓN DE LA CALIDAD METODOLÓGICA DE LAS GPC Y RECOMENDACIONES SOBRE ESQUIZOFRENIA SEGÚN EL CUESTIONARIO AGREE	102
ANEXO 3. REVISORES EXTERNOS DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	107
ANEXO 4. CUESTIONARIO DE REVISIÓN DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA Y RESUMEN DE LAS REVISIONES EXTERNAS EFECTUADAS.....	108
ANEXO 5. CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LA PRUEBA PILOTO DE LA GPC	110

1. INTRODUCCIÓN

El **objetivo** de esta Guía de Práctica Clínica (GPC) es elaborar unas recomendaciones para la atención a pacientes con esquizofrenia aplicables sobre todo a los servicios de salud mental de utilización pública, sobre las actuaciones diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación, para dar apoyo al profesional en la toma de decisiones y para mejorar la adecuación del tratamiento al paciente al ofrecerle las diversas opciones terapéuticas y rehabilitadoras según sus características idiosincrásicas.

Los principales **usuarios** de esta GPC son los psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores y educadores sociales, terapeutas ocupacionales, auxiliares psiquiátricos y demás profesionales de la salud mental, así como médicos de familia, enfermeros y otros profesionales de atención primaria que atienden a los pacientes con esquizofrenia.

La base sobre la que se asienta la práctica clínica es fundamentalmente el juicio clínico, es decir, el conjunto de conocimientos y experiencias adquiridos por cada profesional clínico a lo largo de su trayectoria profesional y que se expresa en cada una de sus actuaciones y en la toma de decisiones frente a un paciente individual y concreto.

Sin embargo, el desarrollo cuantitativo y cualitativo de la investigación científica en el ámbito médico general y en el psiquiátrico en particular hacen difícil a cada profesional el mantenerse al día en unos conocimientos que crecen y se diversifican de forma exponencial.

Por esta razón, resulta necesario facilitar a todos y cada uno de los profesionales asistenciales que atienden a pacientes con esquizofrenia una información actualizada y fiable sobre los avances ofrecidos por la investigación y aplicables al campo clínico. Esta información garantizará una mayor utilidad si puede ser formulada en términos de una GPC considerada como “un conjunto de recomendaciones diseñadas para ayudar a los profesionales sanitarios y a los usuarios a seleccionar la mejor opción en el diagnóstico y el tratamiento de condiciones clínicas específicas en circunstancias concretas”.¹

La elaboración de una GPC aplicable a la esquizofrenia requiere que ésta sea sometida a precisas condiciones de realización y a una metodología que garantice una revisión sistemática de la evidencia científica existente. Sin embargo, no es fácil hallar estudios de buena calidad metodológica, especialmente en lo que concierne a las psicoterapias, donde se puedan aislar los efectos de cada una ya que se suelen estudiar combinaciones y, a menudo, combinaciones diferentes.

Por otra parte, la elaboración de una guía de recomendaciones debe necesariamente considerar las condiciones de práctica clínica real donde deben ser aplicadas; es decir, todos aquellos elementos que condicionan el juicio clínico y la práctica asistencial, como son las características específicas de los profesionales asistenciales en cuanto a formación, experiencia y conocimientos técnicos específicos; las características de la población asistida, en particular la aceptabilidad de las propuestas terapéuticas y el consentimiento informado; y, por último, las condiciones que enmarcan el acto asistencial como la accesibilidad, la disponibilidad de recursos y las condiciones materiales de la asistencia.

Por todas estas razones, pretendemos ofrecer una guía que cumpla tanto con las exigencias técnicas y de rigor metodológico en lo concerniente a la revisión sistemática y elaboración de las recomendaciones como una consideración de las condiciones de aplicabilidad propias de nuestro entorno asistencial, particularmente por lo que se refiere a la red de salud mental de utilización pública.

2. NIVELES DE EVIDENCIA CIENTÍFICA. GRADOS DE RECOMENDACIONES

Las definiciones de los niveles de evidencia científica (Tabla 1) utilizadas en esta GPC son las de la *US Agency for Health Care Policy and Research* (ahora, *US Agency for Healthcare Research and Quality*)² y la clasificación de las recomendaciones son las que la *Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)* propuso a partir de los anteriores niveles (Tabla 2).³

Tabla 1. Niveles de evidencia científica

Nivel	Tipo de evidencia científica
Ia	La evidencia científica procede de metaanálisis de ensayos clínicos aleatorizados
Ib	La evidencia científica procede al menos de un ensayo clínico aleatorizado
IIa	La evidencia científica procede al menos de un estudio prospectivo controlado bien diseñado sin aleatorizar
IIb	La evidencia científica procede al menos de un estudio casi experimental bien diseñado
III	La evidencia científica procede de estudios observacionales bien diseñados, como estudios comparativos, estudios de correlación o estudios de casos y controles
IV	La evidencia científica procede de documentos u opiniones de comités de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio

Tabla 2. Grados de las recomendaciones

Grado	Recomendación
A (Niveles de EC Ia, Ib)	Requiere al menos un ensayo clínico aleatorizado como parte de un conjunto de evidencia científica globalmente de buena calidad y consistencia con relación a la recomendación específica
B (Niveles de EC IIa, IIb, III)	Requiere disponer de estudios clínicos metodológicamente correctos que no sean ensayos clínicos aleatorizados sobre el tema de la recomendación. Incluye estudios que no cumplan los criterios ni de A ni de C
C (Nivel de EC IV)	Requiere disponer de documentos u opiniones de comités de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades reconocidas. Indica la ausencia de estudios clínicos directamente aplicables y de alta calidad

EC: evidencia científica

3. DESARROLLO DEL PROCESO DE REALIZACIÓN DE LA GUÍA

- **Composición de los miembros del grupo de trabajo**

En el grupo participaron 7 psiquiatras: 5 de centros de salud mental de adultos, 1 de hospital de día de adultos y 1 de hospital de día de adolescentes (Forum de Salud Mental de Cataluña, Forum SM). Además, también participaron una investigadora y una técnica de la *Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques* (AATRM) de Cataluña. Todos los autores de la GPC (ver Anexo 1) han declarado la ausencia de conflictos de intereses.

- **Delimitación de la condición clínica e identificación y definición de intervenciones a considerar**

En el seno del grupo de trabajo se acordó que la GPC se centrara en pacientes adultos (mayores de 18 años) diagnosticados de esquizofrenia y, además, incluyera un apartado específico para la atención en la infancia y la adolescencia. La GPC, tal y como se menciona en el objetivo, considera tanto el diagnóstico como el tratamiento y la rehabilitación de la esquizofrenia.

- **Metodología de revisión y síntesis de la literatura biomédica**

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica de GPC y recomendaciones sobre el manejo de la esquizofrenia en las bases de datos: MEDLINE, *National Guidelines Clearinghouse* y otros directorios de GPC como el de la *Scottish Intercollegiate Network*, SIGN (descriptores utilizados: *schizophrenia, clinical practice guideline*). A los documentos obtenidos se les aplicó el cuestionario AGREE de evaluación de GPC que contiene 23 ítems distribuidos en 6 áreas (ver Anexo 2).

De la búsqueda bibliográfica se identificaron 10 GPC^a o documentos de consenso con recomendaciones sobre el tratamiento de la esquizofrenia.⁴⁻¹³ La aplicación del cuestionario AGREE mostró que las GPC de mejor calidad fueron la de la *American Psychiatric Association* de 1996 (revisada en 2000)⁷ y la de la *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* de 1998.¹⁰ Ambas constituyeron el punto de partida de la presente GPC.

Después de determinar las GPC de mayor calidad y que iban a constituir la base de la presente GPC, se llevó a cabo una búsqueda específica en MEDLINE (1966-2002), *The Cochrane Library* (Issue 4, 2002), i PsychInfo (1967-2001) con el fin de actualizar y ampliar los contenidos sobre intervenciones psicosociales para la atención al paciente con esquizofrenia ya que en estas existe mayor variabilidad de práctica clínica, además de encontrarse mucha menos documentación de síntesis (tales como revisiones sistemáticas de calidad), que en las intervenciones psicofarmacológicas. Se utilizaron diversos descriptores tales como *schizophrenia, psychosis, severe mental disorder* y sus derivados, así como descriptores del tipo de publicación: *meta-analysis, systematic review, overview, randomized controlled trial* o *clinical trial*. Además, se desarrollaron búsquedas específicas para terapias o ámbitos de intervención en concreto en las que se utilizaron descriptores concretos

^a En diciembre de 2002, cuando esta GPC se había ya desarrollado, el *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) británico publicó una GPC que no pudo ser incluida en el presente documento.

(*psychosocial, socioenvironmental therapy, psychotherapy, cognitive therapy, therapeutic community, outpatient clinic, community mental health services, ambulatory care facilities, care management, assertive community treatment*). Se seleccionaron revisiones sistemáticas, los estudios con un diseño de ensayo clínico aleatorizado, o aquellos estudios donde, como mínimo, se incorporara un grupo a comparar. Se excluyeron las revisiones no sistemáticas, los estudios con diseños de series de casos sin un grupo a comparar, o sin comparación antes y después, las descripciones de casos, los resúmenes y las comunicaciones a congresos.

- **Determinación de los formatos de presentación según los usuarios de la GPC**

En una de las primeras reuniones del grupo de trabajo, se decidieron los formatos de presentación siguientes (que se llevaron a cabo en 2 fases):

Primera fase (con financiación parcial del Instituto de Salud Carlos III)

La GPC extensa. Documento base y que surge de la tarea del grupo de trabajo aplicando la metodología que se ha comentado en el punto anterior.

Segunda fase (con financiación de la AATRM)

- Una versión reducida. Resumen que, a partir de la versión extensa, contenga los algoritmos de actuación clínica y sea fácilmente manejable.
- La GPC en versión electrónica disponible en Internet (www.aatrm.net).
- Publicaciones científicas. Se llevará a cabo un artículo en una revista española en cuanto se hayan elaborado todos los formatos anteriores.

- **Revisión externa**

La revisión externa la realizaron tanto psiquiatras como psicólogos, médicos generalistas, enfermeros, epidemiólogos y representantes de fundaciones para la esquizofrenia (ver Anexo 3). Todos los revisores recibieron un cuestionario de evaluación. En el Anexo 4 se muestra el formulario utilizado y un resumen de las respuestas obtenidas.

Finalmente, los cambios sugeridos por los revisores fueron discutidos en el grupo de trabajo para la posterior modificación, siguiendo el método de revisión externa de los estudios PORT. Esto es, las recomendaciones fueron modificadas sólo si estaban apoyadas por literatura científica; es decir, no se consideró razón suficiente para modificar una recomendación.¹³

- **Realización de la prueba piloto**

En la realización de la prueba piloto participaron 22 profesionales de diferentes disciplinas (psicólogos, psiquiatras, enfermeras y trabajadores sociales) y en diferentes centros de salud mental comunitarios, hospitales de día y servicios de psiquiatría de hospitales generales. Para probar la GPC elaborada, se les envió el documento con un cuestionario de evaluación (ver Anexo 5) y una carta explicativa del proceso a seguir para analizar tanto el formato de presentación como la factibilidad de aplicación y aceptación de las recomendaciones. Se les solicitó utilizar la GPC en su práctica

clínica durante un período de dos semanas y realizar después su evaluación. Las sugerencias recogidas se incorporarán en el formato de los algoritmos, y en un nuevo diseño del tríptico, alcanzando el principal objetivo: mejorar la presentación de la GPC antes de su edición y publicación.

- **Planificación para la actualización y revisión de la GPC**

Una vez publicada la GPC, el Forum SM y la AATRM se ocuparán de que al cabo de 2 años se realice una revisión de la GPC mediante una nueva búsqueda bibliográfica por si es necesario actualizarla o modificarla.

- **Diseminación de la GPC**

Se llevará a cabo por correo dirigido a los profesionales interesados, actos públicos de presentación de la GPC y comunicaciones a congresos. Será necesario ponerse en contacto con los servicios de salud mental españoles y con las sociedades científicas.

- **Determinación de los indicadores de implementación de la GPC**

Los objetivos a alcanzar con la implementación de la GPC son los siguientes:

- Ofrecer un abordaje múltiple para la atención al paciente con esquizofrenia que incluya tratamiento farmacológico; psicoterapia individual, grupal y familiar; y rehabilitación.
- Ofrecer una combinación adecuada idiosincrásica de los tratamientos de la esquizofrenia.

El indicador diseñado para medir su alcance es que al 100% de los pacientes con esquizofrenia atendidos se les haya ofrecido tratamiento farmacológico; psicoterapia individual, grupal y familiar; y rehabilitación.

Cuando se efectúe la diseminación de la GPC, se incluirá un pequeño cuestionario que informe de la disponibilidad de dispositivos, programas y servicios en cada centro. Un tiempo después se distribuirá de nuevo un cuestionario para volver a obtener información sobre la disponibilidad y, además, sobre la aplicación de las recomendaciones de la GPC.

4. CONSIDERACIONES GENERALES

4.1. Definición

Entre el conjunto de las enfermedades mentales graves que provocan una modificación profunda y duradera de la persona, la esquizofrenia es la alteración mental caracterizada por un proceso de disgregación, que ha sido llamado alternativamente “demencia precoz”, “discordancia intrapsíquica” o “disociación autística de la personalidad”.¹⁴

Históricamente, a finales del siglo XIX, estos enfermos fueron denominados por Morel, en Francia, como de “dementes precoces”. En Alemania, Hecker designó esta enfermedad como una hebefrenia (estado demencial de la gente joven); y Kahlbaum, como catatonía, haciendo referencia a los trastornos psicomotores. Kraepelin reunió todos estos tipos en una sola entidad nosológica que definió como “demencia precoz”. Distinguía tres formas clínicas: simple o hebefrénica, catatónica y paranoide, esta última definida por ideas delirantes.¹⁵

Muchos autores de la época ya apreciaron que se trataba menos de demencia que de una disociación de la vida psíquica, que pierde su unidad. Es esta noción la que queda reflejada en el mismo concepto de “esquizofrenia” designado por Bleuler en 1911.¹⁶ Este proceso se caracteriza por un síndrome deficitario de disociación y por un síndrome secundario de producción de ideas, sentimientos y actividad delirante. Es a partir de esta conceptualización se desarrolla la actual definición.

La esquizofrenia es un trastorno psicótico grave. Sus manifestaciones básicas consisten en una mezcla de signos y síntomas característicos. Los síntomas afectan a múltiples procesos psicológicos, como la percepción (alucinaciones), ideación, comprobación de la realidad (delirios), procesos de pensamiento (asociaciones laxas), sentimientos (afecto plano, afecto inapropiado), conducta (catatonía, desorganización), atención, concentración, motivación y juicio. No hay ningún síntoma que sea por sí solo patognomónico de la esquizofrenia. Estas características psicológicas y conductuales se asocian a diversos tipos de deterioro. Los síntomas característicos de la esquizofrenia se han clasificado a menudo en dos grandes categorías (síntomas positivos y negativos [o déficits]), a las que recientemente se ha añadido una tercera, la de desorganización. No todos los síntomas descritos están presentes en cada uno de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia. No son específicos, pues se dan también en otras enfermedades. El trastorno se caracteriza por una gran heterogeneidad entre los distintos individuos y una variabilidad en cada uno de ellos a lo largo del tiempo. También se asocia a un aumento de la incidencia de enfermedades médicas generales y de mortalidad, especialmente por suicidio, que se da hasta en un 10% de los pacientes.⁷

4.2. Historia natural y curso ⁷

El inicio de la esquizofrenia se puede producir durante la adolescencia –e incluso en la infancia- o al inicio de la edad adulta. Afecta de forma similar a ambos sexos. Sin embargo, en los varones, la edad de inicio más frecuente es a comienzos de la tercera década de la vida, mientras que en las mujeres lo es a finales de la tercera década y comienzos de la cuarta. La mayor parte de los pacientes alternan los episodios psicóticos agudos con fases estables de remisión total o parcial. Son frecuentes los síntomas residuales entre los episodios. Esta enfermedad, que a menudo es de tipo crónico, puede caracterizarse mediante 3 fases que se fusionan unas con otras sin que existan unos

límites claros y absolutos entre ellas. Estas fases forman la estructura para integrar los enfoques terapéuticos que se describen en esta GPC.

- **Fase aguda (o crisis).** Durante esta fase, los pacientes presentan síntomas psicóticos graves, como delirios y/o alucinaciones, y un pensamiento gravemente desorganizado; y, generalmente, no son capaces de cuidar de sí mismos de forma apropiada. Con frecuencia, los síntomas negativos pasan a ser también más intensos.
- **Fase de estabilización (o postcrisis).** Durante esta fase, se reduce la intensidad de los síntomas psicóticos agudos. La duración de la fase puede ser de 6 meses o más tras el inicio de un episodio agudo (o crisis).
- **Fase estable (o de mantenimiento).** Los síntomas son relativamente estables y, en el caso de que los haya, casi siempre son menos graves que en la fase aguda. Los pacientes pueden estar asintomáticos; otros pueden presentar síntomas no psicóticos, como tensión, ansiedad, depresión o insomnio. Cuando persisten los síntomas negativos (déficit) y/o positivos, como delirios, alucinaciones o trastornos del pensamiento, a menudo están presentes en formas atenuadas no psicóticas (por ejemplo, circunstancialidad en vez de relajación, ilusiones en vez de alucinaciones, ideas sobrevaloradas en vez de delirios).

Antes de que un paciente que se encuentra en la fase estable presente una recidiva, habitualmente se produce un período prodrómico en el que pueden haber síntomas disfóricos no psicóticos, formas atenuadas de síntomas positivos o conductas idiosincrásicas. Este período prodrómico dura generalmente entre varios días y unas semanas, pero en ocasiones puede persistir durante varios meses. La mayor parte de los estudios longitudinales de la esquizofrenia sugieren que su curso es variable; en algunos pacientes no se presentan nuevos episodios, en la mayoría se producen exacerbaciones y remisiones, y en una pequeña parte persiste un estado psicótico grave de forma crónica. Dadas las diferencias existentes en los criterios diagnósticos utilizados en los estudios que se han llevado a cabo, no es posible realizar un resumen exacto y completo de la evolución a largo plazo de la esquizofrenia. La remisión completa (es decir, el restablecimiento de la función previa a la aparición del trastorno) no es frecuente en esta enfermedad. De los pacientes que continúan estando afectados, algunos parecen mantener un curso relativamente estable, mientras que otros presentan un empeoramiento progresivo asociado a una discapacidad grave. En la fase inicial de la enfermedad, pueden predominar los síntomas negativos y manifestarse fundamentalmente en alteraciones prodrómicas. Posteriormente, aparecen los síntomas positivos. Dado que estos síntomas positivos responden especialmente bien al tratamiento, es característico que disminuyan; sin embargo, persisten los síntomas negativos. Se ha sugerido que los síntomas negativos pueden intensificarse en algunos individuos durante el curso de la enfermedad.

Como se desarrollará en el punto 7.2 sobre primeros episodios, el curso de la enfermedad puede variar según se instaure tratamiento de forma precoz y según la respuesta asistencial que reciba el paciente con esquizofrenia. Además, en relación con el tratamiento, la evolución de los avances científicos (desarrollo de nuevos fármacos, estudios genéticos, diseño de nuevos abordajes psicosociales, nuevos ámbitos de tratamiento, etc.) permite concebir expectativas respecto al futuro del tratamiento de los pacientes con esquizofrenia y sus familias.

4.3. Epidemiología

La prevalencia de la esquizofrenia a lo largo de la vida es variable, pero los resultados de la mayor parte de los estudios establecen globalmente un promedio de una tasa ligeramente inferior a 1 caso por cada 100 habitantes.¹⁷ El trastorno parece tener una distribución uniforme en todo el mundo, aunque pueden existir algunas bolsas de prevalencia elevada o baja.⁷

En cuanto a la incidencia, el estudio de Primeros Episodios de Esquizofrenia en Cantabria reveló que existía una incidencia de esquizofrenia para la edad de riesgo 15-54 años de 1,9/10.000 habitantes por año, no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre los sexos.¹⁸ La edad media de la primera aparición de la enfermedad es de 26 años, siendo significativamente más alta en las mujeres que en los hombres.

Dado que la esquizofrenia suele aparecer en una fase temprana de la vida y, a menudo, puede ser de carácter crónico, los costes que provoca el trastorno son considerables. En EE.UU., según la revisión de estudios llevada a cabo por la *American Psychiatric Association*, la esquizofrenia fue la causa de un 2,5% del total de gastos directos de asistencia sanitaria; es decir, de unos 16.000-19.000 millones de dólares en 1990. Los costes indirectos motivados por factores como la pérdida de productividad y la carga familiar se estimaron en unos 46.000 millones de dólares. Además, las tasas de desempleo pueden alcanzar un 70-80% en los casos graves y se calcula que los pacientes esquizofrénicos constituyen un 10% de los que están en invalidez permanente.⁷

5. LÍNEAS GENERALES DEL MANEJO DE LA ESQUIZOFRENIA

5.1. Diagnóstico y evaluación

5.1.1. Diagnóstico

En todo paciente debe realizarse un estudio diagnóstico inicial completo que incluya:

- Historia clínica psiquiátrica y médica general
- Historia psicosocial e historia psiquiátrica familiar
- Examen del estado mental
- Evaluación física que incluya una exploración neurológica, aunque ésta generalmente no resulta útil para el diagnóstico de esquizofrenia en la fase aguda
- Deben realizarse las exploraciones complementarias necesarias para descartar trastornos que puedan parecer una esquizofrenia, determinar la presencia de trastornos asociados, establecer unas características basales para la administración de medicaciones antipsicóticas y orientar la asistencia médica habitual en caso necesario. Los pacientes que abusan de alcohol o de otras drogas o que presentan una psicosis inducida por alcohol o drogas deben recibir un tratamiento específico (ver apartado 7.6.1.). El riesgo de autolesiones o de causar daños a terceros y la presencia de alucinaciones de órdenes han de ser evaluadas y deben tomarse las precauciones apropiadas siempre que esté en duda la seguridad del paciente o de otras personas.⁷

En nuestro medio, se utilizan tanto el DSM como la CIE para el diagnóstico de enfermedades mentales, por lo que se incluyen los criterios de ambas clasificaciones para el diagnóstico de la esquizofrenia.

Criterios de clasificación de la esquizofrenia según el DSM-IV-TR¹⁹

Criterio A. Síntomas característicos: dos (o más) de los siguientes^b, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si se ha tratado con éxito): 1) ideas delirantes; 2) alucinaciones; 3) lenguaje desorganizado, incoherencia; 4) comportamiento catatónico o gravemente desorganizado; 5) síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia.

Criterio B. Disfunción social/laboral: durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel

^b Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

previo al inicio del trastorno (o cuando el inicio es en la infancia o adolescencia: fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperado de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

Criterio C. Duración: persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes con síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (por ejemplo, creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

Criterio D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivos y del estado de ánimo: el trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a:

- a. No ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa, o
- b. Si los episodios de la alteración anímica han aparecido durante la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración del periodo activo y del residual.

Criterio E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: el trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (por ejemplo, un medicamento, uso de una droga) o de una enfermedad médica.

Criterio F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

- **Clasificación del curso longitudinal según el DSM-IV-TR:** determinada por si la evolución es continua o episódica y por la presencia de síntomas psicóticos.
 - Episódico con síntomas residuales interepisódicos (los episodios están determinados por la reaparición de síntomas psicóticos destacados); hay que especificar si cursa con síntomas negativos acusados.
 - Episódico sin síntomas residuales interepisódicos.
 - Continuo (existencia de claros síntomas psicóticos a lo largo del período de observación); hay que especificar si cursa con síntomas negativos acusados.
 - Episodio único en remisión parcial; hay que especificar si cursa con síntomas negativos acusados.
 - Episodio único en remisión total.
 - Otro patrón o no especificado.
 - Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa

- **Subtipos de esquizofrenia según el DSM-IV-TR:** se definen según los síntomas predominantes en el momento de la evaluación más reciente y pueden modificarse, por tanto, a lo largo del tiempo.
 - Tipo paranoide, en el que la preocupación por los delirios o las alucinaciones auditivas es una característica prominente.
 - Tipo desorganizado, en el que destaca el habla y la conducta desorganizada y el afecto plano o inapropiado.
 - Tipo catatónico, en el que lo más destacado son los síntomas motores característicos.
 - Tipo indiferenciado, que es una categoría inespecífica que se utiliza cuando ninguna de las demás características de subtipo se manifiesta de manera predominante.
 - Tipo residual, en el que hay una ausencia de síntomas positivos pero existen signos persistentes de alteración (por ejemplo, síntomas negativos o síntomas positivos en una forma atenuada).

Aunque el pronóstico y las implicaciones terapéuticas de estos subtipos son variables, el tipo desorganizado tiende a ser el más grave y el tipo paranoide el menos grave.⁷

Criterios de clasificación de la esquizofrenia según la CIE-10²⁰

La CIE-10, como el DSM-IV-TR, plantea que no hay síntomas patognomónicos, pero sí que ciertos fenómenos psicopatológicos tienen una significación especial para el diagnóstico de esquizofrenia, que suelen presentarse asociados entre sí. Estos son:

- 1) Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo.
- 2) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos, acciones o sensaciones concretos y percepción delirante.
- 3) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, tales como la identidad religiosa o política, la capacidad y los poderes sobrehumanos (por ejemplo, ser capaz de controlar el clima, estar en comunicación con seres de otros mundos).
- 4) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes o cuando se presentan a diario, durante semanas, meses o permanentemente.
- 5) Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.
- 6) Manifestaciones catatónicas tales como excitación, posturas características o flexibilidad cética, negativismo, mutismo, estupor.
- 7) Síntomas “negativos” tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (éstos habitualmente conducen a retraimiento

social y disminución de la competencia social). Debe quedar claro que estos síntomas no se deban a depresión o a medicación neuroléptica.

8) Un cambio consistente y significativo de la calidad general de algunos aspectos de la conducta personal, que se manifiesta como pérdida de interés, falta de objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social.

- **Pautas para el diagnóstico según la CIE-10:** el requisito habitual para el diagnóstico de esquizofrenia es la presencia como mínimo de un síntoma muy evidente, o dos o más si son menos evidentes, de cualquiera de los grupos de uno a cuatro; o síntomas de por lo menos dos de los grupos referidos entre el cinco y el ocho, que hayan estado claramente presentes la mayor parte del tiempo durante un período de un mes o más. Los cuadros que reúnan otras pautas pero de una duración menor a un mes (hayan sido tratados o no) deberán ser diagnosticados en primera instancia como trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico y reclasificados como esquizofrenia si el trastorno persiste por un período de tiempo más largo. El primer síntoma de la lista precedente se aplica sólo a la esquizofrenia simple y requiere, por lo menos, una duración de un año.
- **Formas de evolución según la CIE-10:** continua; episódica con defecto progresivo; episódica con defecto estable; episódica con remisiones completas; remisión incompleta; otra forma de evolución; forma de evolución indeterminada, período de observación demasiado breve.
- **Subtipos de evolución según la CIE-10:** esquizofrenia paranoide, esquizofrenia hebefrénica, esquizofrenia catatónica, esquizofrenia indiferenciada, depresión postesquizofrénica, esquizofrenia residual, esquizofrenia simple, otra esquizofrènia, esquizofrenia sin especificación.

Sin embargo, a pesar de las clasificaciones expuestas, la más usada es la clasificación de tres categorías de síntomas: positivos (delirios y alucinaciones), negativos (afecto aplanado, alogia, abolición/apatía y dificultades de atención) y de “desorganización” (que incluye habla desorganizada-trastorno del pensamiento; conducta desorganizada y falta de atención). Los síntomas determinantes en las disfunciones sociales y ocupacionales de los pacientes con esquizofrenia son los síntomas negativos y los déficits cognitivos. Los síntomas negativos y los déficits cognitivos son extremadamente importantes tanto clínicamente como en términos de rehabilitación, pues afectan a la capacidad de trabajo, las relaciones con los otros y los lazos emocionales, es decir, la capacidad del paciente para llevar una vida normal.

5.1.2. Diagnóstico diferencial^{8,21}

Se ha de realizar un diagnóstico diferencial de la esquizofrenia con otros cuadros psíquicos, con cuadros orgánicos, así como con cuadros tóxicos.

En cuanto a los cuadros psíquicos, debería diferenciarse entre trastorno esquizoafectivo; trastorno afectivo con rasgos psicóticos; trastorno esquizofreniforme; trastorno psicótico breve; trastorno delirante; trastorno profundo del desarrollo; trastorno de la personalidad esquizotípico, esquizoide o paranoide; trastornos *borderline*; psicosis histórica disociativa; y psicosis puerperales.

El diagnóstico diferencial referido a cuadros orgánicos debería llevarse a cabo con tumores cerebrales (frontales, temporales); enfermedad del lóbulo temporal; epilepsia; encefalopatía vírica-encefalitis; abscesos cerebrales; postencefalitis; tirotoxicosis; porfiria aguda intermitente; y trastorno psicótico debido a delirium, demencia.

Finalmente, en cuanto a cuadros tóxicos, deberían tenerse en cuenta los siguientes: consumo crónico de cannabis, anfetaminas, LSD, digital, esteroides, alucinosis alcohólica, u otros.

5.1.3. Estado clínico y evaluación continuada

Es importante valorar, como mínimo, estas cuatro circunstancias: peligro de agresión para sí mismo o para otros; acceso a medios con finalidad suicida u homicida; presencia de alucinaciones que dan órdenes; y habilidades para el cuidado de uno mismo.⁷

5.1.4. Comorbilidad con otros trastornos mentales

Los síntomas de otros trastornos mentales, especialmente la depresión, pero también los síntomas obsesivos y compulsivos, las preocupaciones somáticas, los síntomas disociativos y otros síntomas de ansiedad o del estado de ánimo, pueden darse también junto con la esquizofrenia. Tanto si se trata de síntomas como si son trastornos asociados a la enfermedad, estas manifestaciones pueden agravar el pronóstico de manera notable y, a menudo, requieren que se les preste una atención y una planificación terapéutica específicas.⁷

5.1.5. Comorbilidad con trastornos por uso de sustancias y de alcohol

Evaluación de uso y dependencia del alcohol y otras sustancias. Junto con los trastornos médicos generales, el trastorno asociado más frecuente parece ser el de consumo de sustancias, en especial el uso del alcohol y estimulantes, como la cocaína y las anfetaminas; otras sustancias de uso frecuentes son la nicotina, el cannabis, la fenciclidina (PCP) y el LSD.⁷

5.1.6. Comorbilidad con otras enfermedades y antecedentes médicos

Debe valorarse el estado general, así como la función cardíaca, las medicaciones y otros tratamientos que el paciente recibe. Los cuadros médicos concomitantes más frecuentes y factores de riesgo que deben ser evaluados y tratados son los siguientes:⁸ obesidad, conductas de riesgo por VIH, hábito tabáquico e hipertensión.

En función de las circunstancias particulares de cada caso, hay que considerar la evaluación de complicaciones médicas o uso de sustancias, diabetes y problemas cardiovasculares. Si es necesario, deberá consultarse con el médico general.

En un paciente que presenta una primera crisis, se recomienda pedir pruebas de laboratorio:⁸ análisis de laboratorio básicos para hacer diagnósticos diferenciales con otros trastornos que puedan parecer una esquizofrenia, análisis para descartar presencia de sustancias tóxicas, bioquímica general, hemograma completo y análisis de orina.

En función de las circunstancias de cada paciente, deben considerarse también las siguientes pruebas complementarias: test del embarazo, electrocardiograma, tomografía computadorizada (TC) o resonancia magnética (RM), electroencefalograma, estudios neuropsicológicos y psicometría general.

5.1.7. Antecedentes psiquiátricos

Es importante valorar como mínimo estas cuatro circunstancias: episodios previos, peligrosidad para el paciente u otras personas, respuesta a tratamientos previos y uso anterior de sustancias.

5.1.8. Historia psicosocial e historia psiquiátrica familiar⁵

Es importante recoger la frecuencia y calidad de las relaciones sociales que ha mantenido el paciente a lo largo de su vida, así como las relaciones significativas en el momento actual. La evaluación de la estructura familiar y el patrón de relaciones es importante para establecer un plan terapéutico. Es fundamental la evaluación de los factores de relaciones sociales y familiares que pueden actuar como elementos de estrés o vulnerabilidad así como los que pueden actuar como factores de protección.

También se ha de recabar información sobre el funcionamiento premórbido que incluya la historia laboral, el máximo nivel laboral y/o académico alcanzado, el funcionamiento en el empleo, las relaciones significativas en el trabajo, y las dificultades específicas.

5.1.9. Revisiones generales anuales⁸

Las recomendaciones para todos los pacientes son: historial médico y exploración física que incluya la talla y el peso, así como la presión sanguínea y un hemograma completo.

En función de las circunstancias de cada paciente, son aconsejables los siguientes análisis y exploraciones: bioquímica general, electrocardiograma, revisión dental, exploración pélvica/Papanicolau, descartar presencia de sustancias tóxicas, prueba de la tuberculina, perfil de lípidos, mamografía, antígeno específico de la próstata, análisis para descartar hepatitis y análisis para la detección del VIH.

Es importante la coordinación con el médico de atención primaria en las revisiones ya que es clave su papel en la detección y derivación rápida de las recidivas, y el seguimiento del estado general de salud.

5.2. Manejo psiquiátrico

5.2.1. Aspectos generales

Para la elaboración de un plan de tratamiento para un paciente con esquizofrenia se han de tener en cuenta cuestiones transversales: por ejemplo, estado clínico actual y cuestiones longitudinales como frecuencia, gravedad, tratamientos y consecuencias de los episodios anteriores.

Siempre que sea posible en el plan de tratamiento se ha de intentar involucrar al paciente y a la familia en una colaboración activa, mediante un planteamiento integrado de las intervenciones farmacológicas e intervenciones psicosociales apropiadas.

Los objetivos generales son la reducción de la frecuencia, gravedad y consecuencias psicosociales de los episodios y la optimización de la función psicosocial entre los episodios. Los objetivos específicos dependerán de la fase de la enfermedad y de otras características del paciente.

5.2.2. Componentes del manejo psiquiátrico

El tratamiento de un paciente con esquizofrenia se ve facilitado por un conocimiento global del paciente que incluya: sus necesidades y objetivos; sus conflictos intrapsíquicos y defensas; sus estilos de afrontamiento; sus capacidades personales; y los factores biológicos, interpersonales, sociales y culturales que afectan a la adaptación del paciente.

Los profesionales que participan en la atención al paciente han de trabajar para desarrollar un plan de tratamiento en el que frecuentemente intervienen varios profesionales y servicios por lo que es necesario **un plan de coordinación**.

Los elementos concretos del tratamiento psiquiátrico son los siguientes:⁷

- **Establecer y mantener una alianza terapéutica.** Constituye la base sobre la que se sustenta el tratamiento: es importante que el profesional que trata al paciente establezca una alianza terapéutica de apoyo. Ello es esencial tanto para obtener información fundamental respecto al paciente, como para desarrollar un vínculo de confianza con el profesional y un deseo de colaborar en el tratamiento.
- **Vigilar del estado psiquiátrico del paciente.** Se ha de estar atento a los cambios que puedan producirse en el estado psiquiátrico. La colaboración con la familia y personas cercanas al paciente es importante porque los pacientes que padecen una esquizofrenia carecen a veces de una perspectiva respecto a la naturaleza de la enfermedad; y además, porque las alteraciones del estado de ánimo, el comportamiento o los procesos mentales pueden anunciar la aparición de un episodio agudo con consecuencias que pueden ser graves. La vigilancia puede facilitarse mediante el conocimiento adquirido a lo largo del tiempo acerca de los síntomas y las conductas prodrómicas concretas de un paciente que han precedido a los episodios previos.
- **Proveer al paciente y a la familia de educación respecto a la enfermedad y su tratamiento.** Los pacientes y las familias obtienen a menudo un beneficio de la educación sanitaria y de la información respecto a la enfermedad; a su pronóstico y tratamiento. Es frecuente que la capacidad del paciente para comprender y retener esta información varíe a lo largo del tiempo. En consecuencia, este proceso debe ser continuado y deben introducirse hechos relativos a la enfermedad con la atención terapéutica adecuada a los factores

psicológicos que puedan impedir al paciente el uso de la información. La educación sanitaria al paciente a lo largo de un tiempo prolongado puede facilitarle el actuar como colaborador en el tratamiento de su enfermedad.

- **Facilitar el cumplimiento del plan de tratamiento.** El cumplimiento de los planes de tratamiento puede mejorar significativamente el estado de salud del enfermo. Las causas frecuentes de falta de cumplimiento son la negación de la enfermedad; los estigmas asociados a la misma; las creencias culturales; la necesidad de tomar una medicación diariamente, incluso en la fase estable (o de mantenimiento); y la aparición de efectos secundarios desagradables.

Los profesionales que tratan al paciente han de crear un clima de confianza en el que éste pueda comentar libremente lo que considera negativo en el proceso de tratamiento, con objeto de reducir al mínimo los abandonos. Resulta útil volver a evaluar el plan de tratamiento en colaboración con el paciente e intentar modificarlo en consonancia con las preferencias y necesidades de éste.

Cuando un paciente no acude a las visitas programadas o no cumple el tratamiento en otros aspectos, una solicitud firme mediante llamadas telefónicas y visitas a domicilio puede resultar muy útil para hacer que el paciente vuelva a implicarse en el tratamiento.

- **Incrementar la comprensión y la adaptación a los efectos psicosociales de la enfermedad.** Es frecuente que los efectos psicosociales de la esquizofrenia dejen a muchos pacientes con problemas emocionales, sociales, familiares, académicos, laborales y económicos, que requieran de una ayuda terapéutica.

Se le ha de ayudar a hacer frente a su entorno, incluyendo las relaciones interpersonales, las condiciones de trabajo y de vida, y otras necesidades médicas o relacionadas con la salud. Trabajar en colaboración con el paciente para establecer unos objetivos realistas y alcanzables a corto y largo plazo puede ser útil ya que los pacientes pueden desarrollar su capacidad de autoestima al lograr estos objetivos, con lo que se reduce la desmoralización que experimentan muchos de estos enfermos.

En los pacientes con hijos puede ser útil ayudar a evaluar y satisfacer las necesidades de los hijos.

- **Identificar los factores que precipitan o exacerban crisis y promover intervenciones precoces para prevenir recaídas.** Se ha de ayudar al paciente y a su familia a identificar los síntomas y signos iniciales de los episodios agudos. Esta identificación puede ayudar al paciente a tener una sensación de dominio de la enfermedad y puede ayudar a que se instaure un tratamiento adecuado de la manera más precoz posible en el curso de un episodio, con lo que se reducirá la probabilidad de una recidiva.
- **Proveer a la familia de psicoeducación y apoyo para aliviar dificultades y mejorar la función familiar.** Es frecuente que los familiares experimenten dificultades considerables ante la presencia de un miembro de la familia con diagnóstico de esquizofrenia. Puede ser útil la educación sanitaria respecto a los síntomas y conductas asociadas al diagnóstico, la vulnerabilidad del paciente al estrés y la forma de abordar las conductas alteradas y alteradoras. A los familiares puede resultarles de utilidad, también, el apoyo y las orientaciones. Además, su papel como posibles aliados en el proceso de tratamiento puede resultar muy útil para el paciente.

- **Ayuda para acceder a los servicios necesarios y coordinación de los recursos en los diversos sistemas de salud mental, salud general y otros servicios.** Los pacientes con esquizofrenia necesitan a menudo toda una gama de servicios psiquiátricos, médicos generales, de rehabilitación y sociales. Hay que asegurar una buena articulación y coordinación de los profesionales y servicios que respondan a las necesidades del paciente.

Para el manejo psiquiátrico del paciente con esquizofrenia, se recomienda establecer y mantener una alianza terapéutica, vigilar el estado psiquiátrico del paciente, proveer a éste y a su familia de educación respecto a la enfermedad y su tratamiento, facilitar el cumplimiento del plan de tratamiento, incrementar la comprensión y la adaptación a los efectos psicosociales de la enfermedad, identificar los factores que precipitan o exacerban crisis y promover intervenciones precoces para prevenir recaídas, proveer a la familia de psicoeducación y apoyo, así como ayuda para acceder a los servicios necesarios.⁷ **Recomendación de grado C.**

5.3. Desarrollo del plan de tratamiento

En primer lugar, además de comprometer al paciente en el plan de tratamiento debería también implicarse a la familia y otras personas significativas para el paciente. En segundo lugar, deberá tenerse en cuenta tanto el tipo de tratamiento o intervención como el ámbito donde éste se va a desarrollar. Las diferentes alternativas de tratamiento farmacológico (antipsicóticos y otras medicaciones adyuvantes), electroconvulsivo y de intervenciones psicosociales (individual, grupal, familiar y de rehabilitación psicosocial) se desarrollarán en el apartado 6 de esta GPC.

- **Elección del ámbito del tratamiento⁷**

Los pacientes han de ser atendidos en el contexto menos restrictivo posible en el que sea probable una situación segura y se pueda aplicar un tratamiento eficaz. En este sentido, los pacientes con esquizofrenia pueden ser atendidos en diversos ámbitos. La elección del ámbito de tratamiento debe basarse en la situación clínica del paciente, las preferencias del mismo y de su familia, las exigencias del plan de tratamiento y las características de los ámbitos de tratamiento disponibles. Los diversos contextos varían en cuanto a la disponibilidad de distintas posibilidades terapéuticas, grado de apoyo, limitación y protección frente a conductas nocivas, horario de funcionamiento, capacidad de atender a pacientes psicóticos o con agitación grave, y medio general y filosofía de tratamiento.

a. Ámbitos de intervención

- Hospitalización total: suele estar indicada para los pacientes que se considera que plantean una amenaza grave de daño contra sí mismos o contra otras personas, o que presentan una desorganización tan intensa o sufren tal influencia de delirios o alucinaciones que no son capaces de cuidar de sí mismos y necesitan una supervisión constante. Debe intentarse la hospitalización voluntaria de estos pacientes. Si se niegan a ello, pueden ser hospitalizados de manera no voluntaria si su estado cumple los criterios establecidos para un ingreso involuntario según las normas legales.^c

^c El artículo 763 de la Ley de enjuiciamiento civil y Ley orgánica de protección jurídica del menor.

Otras indicaciones para la hospitalización son los problemas médicos generales o psiquiátricos que hacen considerar que el tratamiento ambulatorio no sería seguro o resultaría ineficaz.

- Hospitalización parcial (hospital de día): puede utilizarse como alternativa inmediata a la asistencia intrahospitalaria para los pacientes con psicosis agudas que se considera que no son una amenaza para sí mismos o para otros. También puede ser una alternativa para la fase de estabilización (o postcrisis) después o no de un ingreso hospitalario.
- Tratamiento ambulatorio desde un centro de salud mental (CSM): para aquellos pacientes que puedan beneficiarse de la oferta terapéutica desde los CSM y que no sea indicada su hospitalización. Requerirán de una buena articulación y coordinación de los profesionales y servicios que han de intervenir en su plan terapéutico individualizado.
- Modalidades de atención y seguimiento intensivo en la comunidad: dirigidas a aquellos pacientes desvinculados de los servicios asistenciales o con dificultades para una continuidad de cuidados. Debido a que es la opción más reciente, se va a tratar más ampliamente en el apartado 6 de esta GPC.

b. Factores a considerar en la elección del ámbito de intervención

- Riesgo de agresión hacia sí mismo u otros
- Capacidad de autocuidado
- Necesidad de determinados tipos de tratamiento
- Accesibilidad a apoyos y recursos sociales en la comunidad
- Preferencias del paciente y la familia
- Necesidad de hospitalización involuntaria

6. TIPOS Y ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN

6.1. Intervención farmacológica

Los tratamientos farmacológicos son un elemento indispensable en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia. Las medicaciones se utilizan para el tratamiento de los episodios agudos, para la prevención de futuros episodios y para la mejoría de los síntomas entre episodios. Los fármacos antipsicóticos son el principal tratamiento farmacológico de los pacientes con esquizofrenia (ver Algoritmo de intervención farmacológica). Sin embargo, otras medicaciones, como los estabilizantes del estado de ánimo y otras medicaciones coadyuvantes, también resultan útiles en determinados subgrupos de pacientes.⁷

6.1.1. Medicaciones antipsicóticas^d

A) Antipsicóticos convencionales

Se clasifican en tres grupos según su potencia antipsicótica: a) alta potencia (como haloperidol, flufenazina); b) potencia intermedia (como loxapina, perfenazina); c) baja potencia (como clorpromazina, tioridacina).

Son eficaces para reducir la mayor parte de los síntomas de la esquizofrenia, tanto los positivos (alucinaciones, delirios, conductas extrañas) como los negativos (apatía, embotamiento afectivo, alogia, abulia), siendo más eficaces en los positivos.

Poseen un margen terapéutico de seguridad muy elevado por lo que las sobredosis rara vez son mortales si no se complican con problemas médicos preexistentes o por el consumo simultáneo de alcohol u otras medicaciones. En caso de sobredosis, la depresión respiratoria y la hipotensión son las que presentan mayor riesgo.

Se pueden utilizar en forma oral, intramuscular de acción rápida o en depot de acción prolongada, siendo la preparación intramuscular de acción breve la que alcanza antes la concentración máxima. Las medicaciones depot son de especial utilidad en la fase de mantenimiento.

La dosis eficaz de una medicación antipsicótica está estrechamente relacionada con su afinidad por los receptores dopaminérgicos (especialmente los D₂) y con su tendencia a causar efectos secundarios extrapiramidales.

Las medicaciones de alta potencia tienen una mayor afinidad por los receptores dopaminérgicos que la que presentan las de baja potencia, y precisan dosis mucho más bajas. Las de alta potencia se prescriben con mayor frecuencia que las de baja potencia, (aunque tienen mayor tendencia a producir efectos secundarios extrapiramidales), y se administran de manera más segura por vía intramuscular ya que rara vez producen hipotensión. Se puede alcanzar la dosis adecuada en 2 días. Se ha comprobado que dosis altas de antipsicóticos de alta potencia no son más eficaces ni tienen

^d Ver también los Apartados 7.3, 7.4, y 7.5.

acción más rápida que dosis moderadas y se asocian a una mayor incidencia de efectos secundarios.²²

Las de baja potencia producen sedación e hipotensión ortostática y se debe aumentar la dosis de forma gradual. Pueden causar una amplia gama de efectos secundarios, muchos de ellos consecuencia de efectos farmacológicos sobre sistemas de neurotransmisores en regiones distintas del lugar donde se pretende que la medicación ejerza sus efectos terapéuticos.

Tabla 3. Dosis recomendadas de los antipsicóticos convencionales*

	Dosis equipotente (mg)	Dosis día v.o. (mg)
Fenotiazinas alifáticas		
Clorpromazina	100	25-2.000
Levomepromazina	100	25-1.500
Piperidinas		
Tioridazina	100	75-800
Piperazinas		
Flufenazina	2	1-40
Perfenazina	10	4-64
Trifluoperazina	5	2-40
Tioxantenos		
Tiotixeno	4	6-60
Flupentixol	2	3-50
Zuclopentixol	25	20-40
Butirofenonas		
Haloperidol	2	3-50
Difenilbutilpiperidinas		
Pimozida	1,3	2-20
Dibenzoxacepinas		
Clotiapina	20	40-160
Loxapina	10	10-250
Benzamidas		
Sulpiride	200	400-2.000

*Tabla adaptada de RTM-II.²³

- **Efectos secundarios frecuentes de los antipsicóticos convencionales⁷**

a) Sedación

Es el más frecuente; se produce en casi todas las medicaciones antipsicóticas pero es más frecuente con las de baja potencia. Es más pronunciada en las primeras fases del tratamiento y la mayoría de pacientes desarrollan una cierta tolerancia. La sedación en un paciente agitado en la fase aguda puede tener efectos terapéuticos, pero en la fase de mantenimiento puede ser un problema, y mejorará con la reducción de la dosis diaria, una única toma nocturna o el cambio a otra medicación menos sedante.

b) Efectos anticolinérgicos y antiadrenérgicos

Los efectos anticolinérgicos pueden producir sequedad de boca, visión borrosa, estreñimiento, taquicardia y retención urinaria en un 10-50% de los pacientes tratados. Estos efectos pueden ser problemáticos en personas de edad avanzada o con patología prostática, por ejemplo. La mayor parte de estos efectos son leves y tolerables.

La toxicidad anticolinérgica central puede causar un deterioro de la memoria y de la cognición, confusión, delirio, somnolencia y alucinaciones. Estos síntomas pueden afectar la respuesta a los programas psicosociales y de rehabilitación.

El cese del tratamiento generalmente produce una reversión de los síntomas.

La taquicardia puede aparecer también como resultado de una hipotensión postural producida por los efectos antiadrenérgicos, que si es grave puede dar lugar a un síncope.

c) Efectos neurológicos. Efectos secundarios extrapiramidales

Son los más problemáticos. Pueden ser agudos y crónicos, los agudos se producen en los primeros días y semanas de administración de la medicación, son dosis-dependientes y son reversibles al reducir la dosis de medicación o suspenderla. Los crónicos se producen tras meses y años de medicación antipsicótica, no presentan dependencia clara de las dosis y pueden persistir después de suspender el fármaco.

Existen 4 tipos de efectos secundarios extrapiramidales agudos: parkinsonismo, distonía y acatisia que son los más frecuentes, y el síndrome neuroléptico maligno que es infrecuente pero que puede poner en peligro la vida del paciente.

Aproximadamente un 60% de pacientes que reciben un tratamiento agudo con medicación antipsicótica presentan efectos secundarios extrapiramidales clínicamente significativos.

- **Parkinsonismo inducido por medicación.** Se caracteriza por los síntomas de la enfermedad de Parkinson idiopática (rigidez, temblor, acinesia y bradicinesia) y se ha hallado en un 20% de pacientes tratados con antipsicóticos. Surge en los primeros días y semanas de la administración de la medicación y es dosis-dependiente. Normalmente se resuelve al suspender la medicación.

La acinesia o bradicinesia cursa con movimientos lentos, indiferencia a los estímulos y limitación emocional. Se observa como efecto aislado o junto a otros efectos extrapiramidales en casi la mitad de pacientes tratados con antipsicóticos, y en casos muy graves puede parecer una catatonía.

En más del 50% de pacientes con acinesia pueden haber síntomas depresivos y en este caso se denomina "depresión acinética" .

Los síntomas del parkinsonismo inducido por medicación deben diferenciarse cuidadosamente de los síntomas negativos de la esquizofrenia.

Generalmente responden a la reducción de la dosis de la medicación antipsicótica o al tratamiento con medicación antiparkinsoniana anticolinérgica.

- **Distonía.** La distonía aguda se caracteriza por la contracción espástica de grupos musculares aislados y se da en un 10% de los pacientes que inician el tratamiento. Los factores de riesgo son la juventud del paciente, el sexo masculino, el empleo de medicaciones de alta potencia, las dosis altas y la administración intramuscular. Se produce con frecuencia después de las primeras dosis de medicación y en un 90% en los tres primeros días.

Puede afectar a diversas regiones corporales pero lo más frecuente es que afecte a cuello, ojos y torso, utilizando los términos "torticolis", "laringospasmo", "crisis oculogira" y "opistotonos" para describir las reacciones distónicas de regiones corporales específicas. Estas reacciones son de inicio súbito, de aparición muy llamativa y causan gran incomodidad al paciente; además, el laringoespasmo puede poner en peligro la vida del paciente.

Responden rápidamente a la administración de medicación anticolinérgica o antihistamínica, generalmente por vía parenteral, posteriormente se puede mantener una pauta oral de medicación antiparkinsoniana anticolinérgica para prevenir las recidivas. También se ha utilizado vitamina E y toxina botulínica.

- **Acatisia.** Se caracteriza por la agitación somática que se manifiesta de manera objetiva y subjetiva en un 20-25% de pacientes tratados con antipsicóticos. Característicamente los pacientes refieren una sensación interna de agitación y una necesidad irresistible de mover diversas partes del cuerpo. La forma más frecuente es la que lleva al paciente a andar y no poder estar sentado. Es una causa frecuente de incumplimiento del tratamiento antipsicótico, y si no se trata puede causar disforia y posiblemente una conducta agresiva o suicida.

Responde menos que el parkinsonismo y la distonía al tratamiento; un primer paso puede ser la reducción lenta y pequeña de la dosis de antipsicótico. Las medicaciones antiparkinsonianas anticolinérgicas tienen una eficacia limitada, pero generalmente constituyen la primera línea de tratamiento. Algunos autores sostienen la utilización de betabloqueantes como el propanolol a dosis de 30-90 mg/día, con vigilancia de la presión arterial y el pulso. Las benzodiazepinas (loracepam y clonacepam) también pueden ser útiles.

Se debe diferenciar la acatisia de la agitación psicomotora asociada a la psicosis para evitar el aumento de dosis de antipsicótico y por lo tanto el empeoramiento de la acatisia.

Tratamiento profiláctico de los efectos secundarios extrapiramidales agudos. Teniendo en cuenta la elevada frecuencia de estos efectos se puede considerar la conveniencia de utilizar medicación antiparkinsoniana de forma profiláctica, principalmente en pacientes con antecedentes previos de sensibilidad a estos efectos y en los que la previsión de actitudes negativas y la falta de cumplimiento se pueda ver reforzada por la aparición de reacciones adversas. Se utiliza clorhidrato de biperideno, clorhidrato de trihexifenidilo y amantadina. **Recomendación de grado C.**

- **Síndrome neuroléptico maligno.** Se caracteriza por la tríada de rigidez, hipertermia e inestabilidad del sistema vegetativo, que incluye hipertensión y taquicardia, y a menudo se asocia a elevación de la creatinina en suero, leucocitosis, alteración de la función hepática y alteraciones del electroencefalograma.

Puede tener un inicio súbito e impredecible y ser mortal en un 5-20% de casos si no se trata. Su prevalencia podría llegar al 1-2% de los pacientes tratados con neurolépticos y suele producirse en una fase temprana del tratamiento, en la primera semana del inicio de éste o tras un aumento de dosis.

Los factores de riesgo son: juventud del paciente, sexo masculino, discapacidad neurológica preexistente, enfermedades físicas, la deshidratación, el aumento rápido de la dosis, empleo de medicaciones de alta potencia y el empleo de preparaciones intramusculares.

El primer paso del tratamiento es suspender la medicación antipsicótica, y a continuación tratamiento de apoyo para la fiebre y los síntomas cardiovasculares, que se hará en una unidad de vigilancia intensiva, con dantroleno sódico o bromocriptina. También se han utilizado amantadina y benzodiacepinas.

Una vez recuperado el paciente se podrá reanudar la medicación antipsicótica con otra de menor potencia y aumento gradual de la dosis.

d) Discinesia tardía

Es un trastorno de movimientos involuntarios anormales hiperkinéticos causado por la exposición mantenida a la medicación antipsicótica. Puede afectar a la función neuromuscular en cualquier región del cuerpo, pero se observa especialmente en la región orofacial. Puede aparecer tras la exposición a cualquier medicación antipsicótica, excepto clozapina. Su frecuencia es del 4% por año de tratamiento.

La propia esquizofrenia puede asociarse a un riesgo de discinesia espontánea que es indistinguible de la inducida por medicación. Los factores de riesgo son: edad avanzada, sexo femenino combinado con estado posmenopáusico, trastorno afectivo (depresivo mayor), enfermedades médicas simultáneas (diabetes), y el empleo de dosis altas de medicación antipsicótica.

La mayoría de pacientes tienen síntomas leves pero un 10% tienen síntomas de carácter moderado o intenso. La supresión de la medicación se realizará únicamente si el paciente está en remisión completa, estable o con pocos síntomas residuales. La reducción gradual de la dosis puede dar lugar a una reducción o remisión de la discinesia tardía.

La opción terapéutica preferida es la clozapina, pero también se ha utilizado vitamina E, amantadina, L-dopa y selegilina.

- **Otros efectos secundarios de los antipsicóticos convencionales** ⁷

- **Crisis convulsivas.** Las medicaciones antipsicóticas pueden reducir el umbral convulsivo y dar lugar a crisis comiciales, siendo las convencionales de baja potencia y la clozapina las que comportan mayor riesgo. Su frecuencia está en relación con la dosis, a mayor dosis mayor riesgo. Su incidencia es inferior al 1% para todas las medicaciones antipsicóticas convencionales a las dosis habitualmente utilizadas. Si un paciente sufre una crisis convulsiva se suspenderá la medicación antipsicótica (excepto clozapina) o se reducirá la dosis un 50% hasta realizar una evaluación neurológica.

- **Efectos endocrinos: galactorrea y oligomenorrea.** Todas las medicaciones antipsicóticas convencionales aumentan la secreción de prolactina al bloquear la acción inhibitoria de la dopamina sobre la hipófisis. La hiperprolactinemia puede dar galactorrea en un 1-5% de pacientes y alteraciones del ciclo menstrual (oligomenorrea) en hasta un 20% de mujeres. La reducción de la dosis puede disminuir la gravedad o aliviar estos efectos. Si no se puede disminuir o los efectos son graves se pueden utilizar dosis bajas de bromocriptina o amantadina.

- **Aumento de peso.** Se produce en hasta un 40% de pacientes tratados con la mayor parte de antipsicóticos. Se puede reducir la dosis e iniciar control de la dieta.

- **Efectos sobre la función sexual.** La disfunción eréctil se da en un 25-34% de varones. Otros efectos pueden ser alteraciones de la eyaculación en el varón y en pérdida de la libido o anorgasmia en mujeres y hombres. Se ha descrito eyaculación retrógrada con tioridacina. La reducción de la dosis o su supresión produce habitualmente la mejoría o la eliminación de los síntomas, si no es posible se puede sustituir por una medicación alternativa. Se ha utilizado yohimbina o ciproheptadina, e imipramina para la eyaculación retrograda.

- **Efectos alérgicos y cutáneos.** Las reacciones cutáneas se producen con poca frecuencia y se utiliza la suspensión del tratamiento o la administración de un antihistamínico. La fotosensibilidad es también poco frecuente y es más común con las fenotiazinas de baja potencia, se debe indicar evitar el exceso de luz solar o el uso de cremas protectoras.

- **Efectos hepáticos.** Se puede producir una elevación de las enzimas hepáticas y una ictericia colestásica. La ictericia aparece en un 0,1-0,5 % de pacientes tratados con clorpromazina. Suele aparecer en el primer mes siguiente a la instauración del tratamiento y generalmente obliga a la supresión del fármaco.

- **Efectos oftalmológicos.** Se pueden producir retinopatías pigmentarias y opacificaciones corneales con la administración crónica de las medicaciones de baja potencia como tioridacina o clorpromazina, en especial a dosis altas (más de 800 mg/día de tioridacina). Se recomiendan exámenes oftalmológicos periódicos si se utilizan de forma mantenida estas medicaciones.

- **Efectos hematológicos.** Se puede producir una inhibición de la leucopoyesis, que provocaría leucopenia benigna o agranulocitosis más grave. La clorpromazina produce leucopenia benigna en hasta el 10% de pacientes y agranulocitosis en un 0,32% de los casos tratados.

- **Efectos cardiovasculares.** Los producen más los de baja potencia, la clorpromazina produce prolongación de intervalos QT y PR, aplanamiento onda T y depresión del segmento ST; la tioridacina se asocia con arritmias malignas como "torsade des pointes".²⁴

- **Interacciones farmacológicas de los antipsicóticos convencionales⁷**

Existen varias interacciones farmacológicas que pueden tener efectos clínicamente importantes en pacientes tratados con medicaciones antipsicóticas. Determinados antidepressivos heterocíclicos, la mayor parte de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), algunos betabloqueantes y la cimetidina pueden aumentar las concentraciones plasmáticas e incrementar los efectos secundarios. Los barbitúricos y la carbamacepina reducen las concentraciones plasmáticas.

B) Antipsicóticos atípicos

Hasta el momento existen en el mercado los siguientes antipsicóticos atípicos: Clozapina, risperidona, olanzapina, sertindol^e, quetiapina, ziprasidona, amisulpride y aripiprazol^e. Según una revisión sistemática reciente y muy exhaustiva de la literatura, la evidencia científica sobre la eficacia de los antipsicóticos atípicos comparándolos con los convencionales es de calidad limitada (con muchas pérdidas de seguimiento), basada en estudios con período de seguimiento corto y difíciles de generalizar a toda la población con esquizofrenia. Se necesitan más estudios con períodos de seguimiento largo, tamaños muestrales mayores y criterios de inclusión menos restrictivos. Las conclusiones de esta revisión se enumeran a continuación: ²⁵

- Risperidona, quetiapina, sertindol, amisulpride, olanzapina y clozapina son tan o más eficaces que los antipsicóticos convencionales para aliviar los síntomas globales de la esquizofrenia.
- Clozapina y risperidona son tan o más eficaces que los antipsicóticos convencionales para prevenir recaídas.
- Sólo en pocos estudios se incluyeron pacientes con síntomas predominantemente negativos. La clozapina fue más eficaz que los antipsicóticos convencionales en la mejora de los síntomas negativos en pacientes resistentes al tratamiento. Del mismo modo, la clozapina es más eficaz que los antipsicóticos convencionales para aquellos pacientes que no han respondido previamente al tratamiento.
- Todos los antipsicóticos atípicos parecen causar menos efectos secundarios extrapiramidales que los convencionales.
- La sedación puede ocurrir más frecuentemente en los pacientes tratados con clozapina que con los antipsicóticos convencionales. Olanzapina, amisulpride, sertindol y, quizá, risperidona, pueden causar menos somnolencia. No hay suficiente evidencia científica que sugiera que los otros antipsicóticos atípicos sean más o menos sedantes que los convencionales.
- Los efectos secundarios anticolinérgicos y antiadrenérgicos pueden darse más frecuentemente en los pacientes tratados con clozapina y sertindol, y menos frecuentemente en los tratados con quetiapina u olanzapina, que en los tratados con antipsicóticos convencionales.
- Se han descrito efectos secundarios cardíacos graves y potencialmente fatales al menos en dos antipsicóticos atípicos (sertindol y clozapina) y en dos convencionales (pimozida y tioridazina). Se desconocen a largo plazo los efectos secundarios cardíacos, así como hepáticos, de la mayoría de antipsicóticos atípicos.
- Sembla que els antipsicòtics atípics poden causar més augment de pes que els convencionals.^f
- Los pacientes con esquizofrenia pueden hallar los antipsicóticos atípicos más aceptables que los convencionales ya que, en general, menos pacientes tratados con atípicos (con excepción de ziprasidona) abandonaron precozmente los estudios.
- Aparte de la clozapina para los pacientes resistentes al tratamiento, ningún antipsicótico atípico destaca por ser más eficaz que cualquier otro. Estos fármacos tienen perfiles de efectos

^e Pendiente de comercialización en el momento de editar esta GPC.

^f A més, s'han detectat alguns casos d'hiperglucèmia elevada que han fet pensar en un possible risc de diabetes mellitus. Calen encara més estudis que ho confirmin.

secundarios ligeramente diferentes entre sí, cuya importancia puede variar en función del paciente y sus familias o cuidadores.

- Si la enfermedad es crónica, hay poca diferencia en el tratamiento con un antipsicótico convencional o uno atípico, a excepción de los casos en los que efectos secundarios tales como parkinsonismo obligaron a abandonar el estudio.

- **Clozapina**

Presenta actividad antagonista sobre los receptores dopaminérgicos D₁ y D₂, así como sobre los receptores 5HT, adrenérgicos, histaminérgicos y muscarínicos. Se caracteriza por la ausencia de efectos secundarios extrapiramidales y por la posibilidad de producir en un 1% de pacientes agranulocitosis que puede llegar a ser mortal.

En un ensayo clínico aleatorizado y multicéntrico se demostró que es eficaz en pacientes resistentes al tratamiento con antipsicóticos convencionales, y en aquellos que no toleran los efectos secundarios extrapiramidales de los antipsicóticos convencionales, especialmente la discinesia tardía. En estos pacientes, fue eficaz tanto en síntomas positivos como negativos ²⁶ (**nivel de evidencia científica Ib**).

Las dosis terapéuticas están entre 300 y 600 mg/día y se deben aumentar lentamente en incrementos diarios de 25-50 mg/día inicialmente y posteriormente en 50-100 mg semanales. La dosis máxima es de 900 mg/día.

Se utiliza cuando hay resistencia a dos antipsicóticos de diferente familia. Su uso está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad previa a la clozapina; historial de granulocitopenia/agranulocitosis inducida por fármacos; recuento leucocitario inferior a 3.500/mm³; función alterada de la médula ósea; psicosis alcohólicas, tóxicas y estados comatosos, col-lapso respiratorio y/o depresión del sistema nervioso central de cualquier etiología; enfermedad hepática, renal o cardíaca grave.

Antes de iniciar el tratamiento se debe efectuar un análisis del recuento y fórmula leucocitaria para asegurar que sólo los pacientes con recuento leucocitario normal reciben el tratamiento. Se deben realizar semanalmente recuentos leucocitarios durante las primeras 18 semanas y a continuación mensualmente durante, como mínimo, el tiempo que dure el tratamiento con clozapina. Un recuento leucocitario inferior a 3.500 mm³ y de granulocitos neutrófilos inferior a 2.000-1.500/mm³ supondrá recuentos leucocitarios 2 veces por semana, y el descenso por debajo de 3.000 leucocitos/mm³ y de neutrófilos por debajo de 1.500/mm³ la supresión inmediata del tratamiento. Por debajo de 2.000 leucocitos/mm³ y 1.000 neutrófilos/mm³ se debe proceder al ingreso hospitalario y supervisión por el hematólogo (ver Tabla 4).

Tabla 4. Control del paciente en tratamiento con clozapina*

Recuento leucocitario	Granulocitos neutrófilos	Medidas a tomar
< 3.500/mm ³		Control de recuento y fórmula leucocitaria
< 3.500/mm ³	< 2.000 – 1.500/mm ³	Control 2 veces/semana de granulocitos y leucocitos
< 3.000/mm ³	< 1.500/mm ³	Retirar tratamiento de inmediato Monitorizar al paciente con recuentos hematológicos diarios
< 2.000/mm ³	< 1.000/mm ³	Ingreso hospitalario

*Estos resultados de las analíticas de recuento leucocitario deben ser enviados a la División de Farmacoepidemiología y Farmacovigilancia de la Agencia Española del Medicamento.

Los pacientes deben ser advertidos para que informen sobre cualquier síntoma de fiebre o infección. Un paciente al que se le ha retirado el tratamiento por agranulocitosis no debe ser tratado de nuevo con clozapina.

Los efectos secundarios más frecuentes son la sedación, aumento de peso, hipersalivación, taquicardia, hipotensión y fiebre, siendo los tres primeros especialmente frecuentes y dándose en la mayor parte de pacientes, en especial en la primera fase del tratamiento.

La clozapina se asocia también a riesgo de crisis convulsivas asociado con la dosis, siendo del 1-2% con dosis inferiores a 300 mg/día, del 3-4% con dosis inferiores a 600 mg/día y del 4-5% con dosis entre 600-900 mg/día.

La presentación es por vía oral, en comprimidos.

- **Risperidona**

Es un potente antagonista de los receptores 5-HT₂ y D₂ lo que hace que sea eficaz en el tratamiento de síntomas negativos⁹, positivos y afectivos,^{21,27} reduciendo la incidencia de efectos secundarios extrapiramidales. Tiene escasa afinidad por receptores β-adrenérgicos y muscarínicos, y alta por α₁ y H₁.

Se utiliza a dosis de 3-12 mg/día, siendo posible por semivida plasmática una administración única diaria, manteniendo su efectividad y tolerancia.²¹

En un estudio comparativo con clozapina en pacientes resistentes, se constató que ambas eran igual de eficaces, pero risperidona era mejor tolerada, con menor sedación e incremento de peso.²⁸

La risperidona se asocia con sintomatología extrapiramidal que es dosis-dependiente y es mínima en el intervalo terapéutico de dosis. En el período inicial de ajuste de dosis puede producirse hipotensión ortostática y taquicardia refleja (por actividad α-adrenérgica) que es transitoria.²¹

⁹ Aunque su eficacia para estos síntomas no ha sido tan robustamente demostrada. ²⁵

Como efectos secundarios poco frecuentes produce sedación, disfunción eréctil, incremento leve de peso, disminución del apetito sexual, e incremento de prolactina (galactorrea y alteraciones menstruales).

Se utiliza por vía oral y recientemente se ha comercializado en preparado depot (consta).

- **Olanzapina**

Es químicamente similar a la clozapina, con afinidad moderada por receptores D_1 , D_2 y 5-HT, adrenérgicos, histaminérgicos y muscarínicos, con acción sobre síntomas positivos y negativos⁹.

Se utiliza a dosis de 10-20 mg/día, siendo la dosis media de 12,5 mg/día, claramente superior al placebo. Los efectos secundarios más frecuentes y que afectan a más del 2% de pacientes son: aturdimiento, boca seca, acatisia e insomnio; y, con menos frecuencia, dispepsia, ansiedad, náuseas, temblor, hipotensión ortostática y diaforesis.²¹

Por encima de 10 mg/día aumenta la probabilidad de sintomatología extrapiramidal. Puede provocar aumento de peso preocupante que puede variar de 3,5 a 12 Kg en el intervalo de dosis altas.²¹ De forma transitoria puede elevar la prolactina y las enzimas hepáticas en las primeras semanas de tratamiento.

Se utiliza por vía oral en comprimidos y en forma de absorción de disolución rápida.

- **Sertindol**

Presenta afinidad por los receptores $5HT_{2C}$, $5-HT_{2A}$, D_2 , α_1 y α_2 , sin afinidad por receptores histaminérgicos por lo que es probable que produzca menos sedación por este motivo. Ha demostrado su eficacia antipsicótica ante el placebo.²⁵

Los efectos secundarios más frecuentes son: congestión nasal, hipotensión postural (generalmente durante el escalado de dosis), sedación, taquicardia, disminución del volumen eyaculatorio en el 20% de varones tratados (sin asociarse a disminución de la libido ni alteraciones de la función eréctil) y aumento de peso. Los ensayos clínicos demuestran que se tolera mejor que el haloperidol y que produce menos efectos extrapiramidales.^{21,25}

Mención aparte merece la presencia en el 3% de pacientes tratados con sertindol de una prolongación en el QTc del electrocardiograma, mayor o igual a 500 msec, sin taquiarritmia ventricular asociada, pero con posibilidad de vulnerabilidad para desarrollar *torsades des pointes* (arritmia ventricular) que puede resultar mortal.^{7,21} Esta posibilidad aconsejó su retirada cautelosa del mercado en el año 1997, iniciándose en el momento de redactar esta guía varios estudios multicéntricos que, de ser favorables, producirían su reintroducción en el mercado farmacéutico en el año 2004.

La dosis óptima parece estar entre 20-24 mg/día, iniciándose con 4 mg/día y con escaladas de 4 mg cada 3-4 días.²¹ La presentación es por vía oral.

- **Quetiapina**

Presenta baja afinidad por receptores 5-HT, α_1 , α_2 , H_1 , D_1 y D_2 por lo cual tiene un perfil de afinidad diferente tanto de antipsicóticos convencionales como atípicos.

La dosis media se sitúa entre 300-800 mg/día. Es eficaz en el tratamiento de síntomas positivos y afectivos, y produce mejoría en la función cognitiva, la hostilidad y la agresividad.²⁹ En cuanto al tratamiento de los síntomas negativos, al igual que los demás antipsicóticos atípicos, no ha demostrado ser eficaz de forma robusta.²⁵

Los efectos secundarios más frecuentes son: sedación, mareo, cefalea, insomnio, hipotensión ortostática y aumento de peso, todos ellos con una baja incidencia.²¹ Presenta escasa incidencia de efectos extrapiramidales.²⁵ No produce elevación de prolactina.

La presentación de quetiapina es por vía oral.

- **Ziprasidona**

Presenta alta afinidad por receptores 5-HT_{2A} y moderado antagonismo por D_2 , con antagonismo potente por 5-HT_{1D} y 5-HT_{2C} y siendo agonista del receptor 5-HT_{1A}, con moderado antagonismo de receptores adrenérgicos e histaminérgicos, y mínima sobre muscarínicos. Este mecanismo farmacológico se asocia a elevada eficacia sobre síntomas positivos y negativos, con mínimos efectos extrapiramidales y sobre la prolactina.³⁰ No interacciona con litio, anticonceptivos orales, carbamacepina, benzodiazepinas, antiácidos o cimetidina.

La dosis utilizada es de 80-160 mg/día en la presentación oral y de 40 mg/día como máximo en la intramuscular.

Los efectos secundarios más frecuentes son: cefalea, somnolencia, náuseas y dispepsia, sin producir incremento de peso significativo y con baja incidencia de efectos extrapiramidales (acatisia). Puede elevar de forma leve y transitoria la prolactina.

La presentación de ziprasidona es por vía oral e intramuscular.

- **Amisulpride**

Presenta gran afinidad selectiva sobre receptores D_2 y D_3 ; a dosis bajas (50-300 mg) es un antagonista D_2 , D_3 presináptico con eficacia sobre síntomas negativos, y a dosis altas (400-1.200 mg) es un antagonista D_2 postsináptico, con eficacia sobre síntomas positivos.

Los efectos secundarios más frecuentes son de tipo extrapiramidal (discinesia, acatisia) y de baja incidencia, con elevación de peso y de prolactina similar a la de otros neurolépticos.²¹

Su presentación es por vía oral.

- **Aripiprazol**

Tiene actividad agonista parcial sobre receptores D_2 y 5-HT_{1A}, y antagonista sobre 5-HT_{2A}. Es eficaz sobre síntomas positivos, negativos y afectivos, y se utiliza a dosis de 15-30 mg/día, por vía oral. Los

efectos secundarios más frecuentes son: cefalea, ansiedad, náuseas, mareo e insomnio, con baja incidencia de sintomatología extrapiramidal.³¹ En el momento de redactar esta GPC, todavía está pendiente su aparición en el mercado español.

Tabla 5. Dosis recomendadas de los antipsicóticos atípicos*

Antipsicótico atípico	Dosis/día v.o. (mg)
Clozapina	300-600
Risperidona	3-12
Olanzapina	10-20
Sertindol	8-24
Quetiapina	300-800
Ziprasidona	80-160
Amisulpride	200-800
Aripiprazol	15-30

*Adaptada a partir de Guía terapéutica de las esquizofrenias²¹

Se recomienda que los fármacos antipsicóticos, convencionales o atípicos, no sean prescritos simultáneamente, excepto por cortos periodos para cubrir un cambio de fármaco.³²

Recomendación de grado C.

6.1.2. Otras medicaciones coadyuvantes

Se utilizan otras medicaciones para potenciar la eficacia terapéutica de los antipsicóticos y para tratar los síntomas residuales, incluyendo los positivos, negativos y afectivos.

- **Litio**

Al añadirlo a los antipsicóticos aumenta la respuesta antipsicótica y reduce los síntomas negativos, así como los afectivos. La dosis de litio es la necesaria para obtener una concentración hemática de 0,8-1,2 meq/l.

Los efectos secundarios del litio son: poliuria, polidipsia, aumento de peso, alteraciones cognitivas, temblor, sedación, deterioro de la coordinación, alteraciones gastrointestinales, caída del pelo, leucocitosis benigna, acné y edemas.

La combinación de un tratamiento antipsicótico con litio puede producir confusión y desorientación y aumentar la probabilidad de que se produzca un síndrome neuroléptico maligno.

- **Benzodiacepinas**

Pueden tener utilidad en la fase aguda como coadyuvantes en la agitación psicótica, pudiendo reducir la dosis de antipsicótico.

Sus efectos secundarios incluyen sedación, ataxia, deterioro cognitivo y en algún paciente desinhibición conductual. Se debe controlar el posible abuso de estos fármacos, y tener en cuenta que la combinación de éstos con clozapina y levopromazina puede ser peligrosa y estar contraindicada.^{33, 34}

- **Anticonvulsivantes**

Pueden ser eficaces como coadyuvantes de los antipsicóticos en pacientes con anomalías del electroencefalograma indicativas de una actividad convulsiva y en pacientes con conducta agitada o violenta.

No se recomienda el uso de carbamacepina con clozapina por el potencial de ambos fármacos de producir agranulocitosis.

Carbamacepina y valproato reducen las concentraciones hemáticas de los antipsicóticos como consecuencia de la inducción de las enzimas hepáticas.

- **Antidepresivos**

Los ISRS se utilizan sobre todo cuando se produce una depresión postpsicótica, difícil de distinguir de los síntomas negativos provocados por los antipsicóticos convencionales.

6.2. Terapia electroconvulsiva

La terapia electroconvulsiva (TEC) es siempre un tratamiento de segunda elección en la esquizofrenia,⁷ indicado tras el fracaso de los antipsicóticos, siendo las indicaciones más frecuentes: esquizofrenia catatónica, casos graves que cursan con intensa agitación y/o desorientación, contraindicación de antipsicóticos (por la posibilidad de causar síndrome neuroléptico maligno), depresión secundaria y trastornos esquizoafectivos resistentes.³⁵

La TEC unilateral se ha mostrado tan eficaz como la bilateral, y parece causar un deterioro cognitivo menor. Por su parte, no se ha estudiado adecuadamente la eficacia de la TEC como tratamiento de mantenimiento. Sin embargo, cabe considerar este empleo en el caso de un paciente que responda a la TEC y en el que la profilaxis farmacológica sola haya resultado ineficaz o no sea bien tolerada.⁷

La evaluación previa a la TEC debe incluir la historia clínica psiquiátrica y un examen psiquiátrico para verificar la iniciación del tratamiento, examen médico general para identificar posibles factores de riesgo (historia clínica y exploración física, valoración de constantes vitales, hemograma, determinación de electrolitos séricos y electroencefalograma), evaluación anestésica para evaluar el carácter y el grado del riesgo anestésico, obtención del consentimiento informado y una evaluación que resuma las indicaciones del tratamiento y los riesgos y que sugiera si están indicadas otras técnicas de evaluación adicionales, modificaciones del tratamiento o cambios en la técnica de la TEC.⁷

El infarto de miocardio reciente, algunas arritmias cardíacas y lesiones ocupantes de espacio intracraneal deben ser motivo de precaución puesto que la TEC causa aumento transitorio de la frecuencia cardíaca, carga de trabajo cardíaco, presión arterial, presión intracraneal y permeabilidad de la barrera hematoencefálica.

Los principales efectos secundarios de la TEC son de tipo cognitivo, asociándose a un estado confusional postictal transitorio y a un período más prolongado de alteración de la memoria anterógrada y retrógrada, que se resuelve habitualmente a las pocas semanas del cese del tratamiento.

6.3. Intervenciones psicosociales

El tratamiento psicofarmacológico del paciente esquizofrénico se considera útil e imprescindible para controlar los síntomas psicóticos y para la reducción de la vulnerabilidad a las recaídas. Por su parte, las intervenciones psicoterapéuticas o psicosociales paliar las limitaciones de un abordaje exclusivamente psicofarmacológico, aumentando los recursos para hacer frente a los conflictos, problemas o tensiones interpersonales o biográficas. También pueden favorecer el análisis o la modificación de estilos perceptivos o mecanismos de defensa. En este sentido, las intervenciones psicosociales engloban una serie de medidas encaminadas a minimizar la vulnerabilidad del paciente ante las situaciones de estrés, reforzando su adaptación y funcionamiento social. Estas intervenciones pueden incidir en áreas como la prevención de recaídas, la adquisición de habilidades sociales y el funcionamiento social y ocupacional (ver Resumen de recomendaciones generales para las intervenciones psicosociales).

La elección de un determinado abordaje estará determinado tanto por el paciente, su situación clínica, necesidades, capacidades y preferencias, como por los recursos existentes en un momento dado³⁶ (**nivel de evidencia científica IV**). **Recomendación de grado C.**

Se recomienda que las intervenciones psicosociales sean llevadas a cabo por profesionales que tengan una formación específica, una experiencia suficiente (apoyada por una supervisión y acompañamiento técnicos), una disponibilidad, constancia, calificación y un vínculo a largo plazo¹¹ (**nivel de evidencia científica IV**). **Recomendación de grado C.**

6.3.1. Psicoterapia individual

Existen diversas definiciones de psicoterapia, no obstante para esta guía se va a considerar la que ha sido propuesta por JL Tizón: "la psicoterapia consiste en la aplicación metódica de técnicas y procedimientos psicológicos en el tratamiento de los problemas de conducta, los trastornos mentales y el sufrimiento humano (no sólo psicológico)".³⁷

La psicoterapia individual (PI) consiste en un encuentro humano basado en la confianza, el reconocimiento del sufrimiento psíquico, la comprensión profunda y la presencia atenta. Siempre que esté indicada se ha de realizar dentro de un planteamiento terapéutico global integrando las otras intervenciones psicosociales así como la psicofarmacológica.⁷

Los objetivos son muy diversos en función del paciente concreto, el trastorno que presente y la situación de vida. El objetivo general, así como el tratamiento global, ha de ser reducir al mínimo la vulnerabilidad y el estrés, optimizar las capacidades de adaptación y la función, y evitar al máximo el deterioro.⁷

La PI ha de estar basada en las necesidades y preferencias del paciente, así como en un sistema de valores en la elección de objetivos y metas a conseguir. Una PI óptima utiliza diversas estrategias basadas en una relación interpersonal continua, de comprensión y empática.

La PI engloba toda una gama de intervenciones que pueden ser útiles para el tratamiento de la esquizofrenia. Las formas más comúnmente descritas son las de apoyo y dinámicas. En la práctica, los psicoterapeutas utilizan una combinación o síntesis de diversos enfoques y estrategias. Esta combinación se determina y ajusta de manera individual para cada paciente en función de su estado clínico concreto, sus capacidades de afrontamiento y sus preferencias.⁷

Fenton revisó los ensayos clínicos aleatorizados sobre la PI desde la década de 1960 hasta mediados de la década de 1990.³⁸ En esta revisión se remarca el papel importante realizado sobre todo por investigadores de EE.UU. y Gran Bretaña en el estudio de la PI en la esquizofrenia. Los estudios revisados se enmarcan en el contexto histórico de la investigación y tratamiento de la enfermedad, señalando que el progreso en este sentido no ha estado exento de luchas ideológicas. Las conclusiones de esta revisión se enumeran a continuación.

- 1) De los estudios de investigación sobre la eficacia de **la PI entre 1960-1975** se concluyó que:
 - a. Ningún estudio evidencia la eficacia de ningún tipo de PI como único tratamiento de la esquizofrenia.
 - b. Estudios de terapia psicodinámica no indicaron una clara ventaja cuando se comparaba ésta más medicación versus sólo medicación, con la posible excepción del hallazgo de mejores resultados en pacientes tratados por terapeutas muy experimentados.
 - c. Un estudio metodológicamente riguroso sugirió un efecto aditivo en evitación de recaídas y en el funcionamiento para las terapias orientadas a la resolución de problemas.^{39,40}

- 2) **Alrededor de 1980**, destacan los estudios de eficacia en los que se compara la PI combinada con medicación versus la psicoterapia de apoyo y versus la terapia psicodinámica (*The Boston Psychotherapy Study*).^{41,42} Contrariamente a las expectativas de los investigadores (que esperaban ventajas para la terapia psicodinámica), ningún tratamiento fue marcadamente superior (**nivel de evidencia científica Ib**):
 - a. La psicoterapia de apoyo era más efectiva reduciendo rehospitalizaciones y mejorando el ajuste vocacional.
 - b. La terapia psicodinámica mostró una tendencia hacia un mejor funcionamiento del yo y de la cognición, pero las diferencias no fueron estadísticamente significativas.
 - c. Ambos tratamientos eran comparables en su impacto sobre los síntomas. Los que continuaron la psicoterapia continuaron incrementando beneficios.

Habiendo encontrado pocas diferencias entre los pacientes que recibieron un tipo y otro de psicoterapia, los investigadores buscaron los factores comunes en los tratamientos con cambios terapéuticos positivos y buenos resultados. Los resultados indicaron que, independientemente de la gravedad psicopatológica, aquellos pacientes capaces de establecer una alianza terapéutica dentro de los 6 primeros meses de tratamiento presentaron mayor tendencia a continuar el tratamiento y a cumplir con la medicación. Estos pacientes consiguieron mejores resultados a los 2 años y usaron menos medicación que los que no consiguieron una buena alianza terapéutica.⁴¹ También se observó una fuerte correlación positiva entre la reducción de síntomas negativos (enlentecimiento y apatía) y terapeutas fundamentalmente competentes que demostraron un acertado entendimiento dinámico y una cuidadosa sintonía con las preocupaciones subyacentes. La actividad directiva estaba asociada con una reducción de los síntomas de ansiedad y depresión.

Sin embargo, las conclusiones del *Boston Psychotherapy Study* han sido revisadas y debatidas⁴³ llegándose a las siguientes conclusiones:

- A pesar de obtener buenos resultados en casos individuales, para la mayoría de pacientes no hay evidencia empírica que apoye la eficacia de la terapia psicodinámica combinada con medicación sobre otras aproximaciones terapéuticas individuales menos intensivas y costosas.
- Una convergencia de técnicas entre terapeutas con ideologías diferentes sugiere que la distinción entre terapia de apoyo y terapia dinámica pueden no ser significativas o notables.
- Independientemente de la gravedad de la psicopatología, una positiva alianza terapéutica basada en una alta sintonía con las necesidades de los pacientes, se asocia con un mejor cumplimiento de la medicación y unos mejores resultados. Estos resultados son coherentes con numerosos estudios que indican que el sentimiento del paciente de ser escuchado y entendido por el médico es un fuerte predictor de cumplimiento de la medicación.

3) La reevaluación de **la PI entre 1985-1995**, en el contexto de los avances de la terapéutica biológica, de intervenciones familiares y de las técnicas de apoyo comunitario, concluyó que:

- a. El tratamiento debe estar basado en un vínculo que proporcione una continuidad de cuidados, que integre las diferentes modalidades de tratamiento basadas en el entendimiento fenomenológico de las necesidades del paciente. Dada la heterogeneidad de la enfermedad, el tratamiento tiene que estar basado en las necesidades individuales del paciente.⁴³
- b. Lo esencial es un vínculo de confianza y se advierte contra las intervenciones intrusivas, abogando por un rol de apoyo y un rol de agente activo en el manejo de la enfermedad.
- c. Los focos más apropiados en la PI serían: ayudar al paciente en el manejo de la enfermedad, atención a los problemas cotidianos, aproximación ecléctica que incluya educación, intervención en crisis, fortalecimiento y apoyo para las angustias existenciales, consejos prácticos, e *insight*.
- d. Se considera como bueno el modelo de vulnerabilidad al estrés para guiar los esfuerzos psicoterapéuticos.
- e. Se revisa el concepto psicodinámico de contratransferencia para ayudar a los clínicos a evitar luchas de poder u otras reacciones dañinas para el curso del tratamiento de los pacientes con esquizofrenia.

Con posterioridad al año 1995 se ha revisado la literatura científica por parte del grupo que ha desarrollado esta GPC. Las conclusiones y recomendaciones de esta revisión se describen en este apartado.

Modalidades

De toda la literatura científica revisada sobre PI se va a describir con mayor detalle la eficacia y efectividad de la psicoterapia de apoyo, la terapia personal, la terapia cognitivo-conductual, la terapia psicodinámica y el psicoanálisis.

Los objetivos de la **psicoterapia de apoyo** son facilitar el desarrollo de una relación de confianza, dar información sobre la enfermedad, promover el cumplimiento del tratamiento antipsicótico, facilitar la resolución de problemas con el paciente y afrontamiento de conflictos, facilitar la orientación a la realidad, realizar refuerzo positivo de las conductas adaptativas, establecer límites ante comportamientos desadaptativos y enseñar a detectar signos prodrómicos precoces de recaída.

- **Terapia personal**

La terapia personal se concibe como una terapia en fases y para pasar de una a otra se han tenido que conseguir una serie de objetivos; se administra con una periodicidad semanal (durante unos 30-45 minutos). Estaría integrada por las siguientes fases: a) básica, en la cual se establece una alianza terapéutica y el logro de una estabilización sintomática; b) intermedia, hacia los 6-18 meses de alta, donde prové a los pacientes de estrategias para la rehabilitación, un mayor afrontamiento interno, técnicas de reconstrucción cognitiva y de relajación básica; y c) avanzada, hacia los 18-36 meses de tratamiento, donde el terapeuta anima entre otras a iniciativas sociales y vocacionales en la comunidad.

Un ensayo clínico aleatorizado de Hogarty y cols. comparó la terapia personal con otras terapias en 151 pacientes con esquizofrenia, de los cuales 97 vivían con su familia y 54 vivían solos o en casas compartidas.^{44,45} Los primeros 97 pacientes fueron aleatorizados a una de estas cuatro terapias: terapia personal, terapia familiar, terapia de apoyo o una combinación de terapia personal y familiar. Los 54 que no vivían con su familia fueron aleatorizados a terapia personal o terapia de apoyo. Todos los pacientes recibían la medicación farmacológica antipsicótica mínima.

En el citado estudio se evaluó la eficacia en términos de la proporción de recaídas y el ajuste personal y social, en un período de 3 años posterior al alta hospitalaria. Los resultados mostraron que entre los pacientes que vivían con su familia, la terapia personal tuvo una menor proporción de recaídas que la terapia familiar ($p=0,02$) y que la terapia de apoyo, aunque en esta última comparación no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,10$). Sin embargo, entre los pacientes que vivían solos o con no familiares, experimentaron menos recaídas los tratados con terapia de apoyo que los tratados con terapia personal; las diferencias en cuanto a la proporción de recaídas fueron estadísticamente significativas ($p=0,02$). Por ello se concluyó que la terapia personal es mejor posponerla hasta haber logrado una estabilización sintomática y una estabilidad residencial con la familia (**nivel de evidencia científica Ib**).

En cuanto al ajuste personal y social (también a 3 años y de los mismos pacientes), los resultados mostraron que la terapia personal tuvo efectos permanentes en el ajuste social de los pacientes que fue independiente de la prevención de recaídas. No obstante, los pacientes que recibieron terapia personal estuvieron más ansiosos que los pacientes que recibieron terapia familiar o de apoyo. Esta última, produjo efectos de ajuste con un pico a los 12 meses después del alta y una meseta posterior (**nivel de evidencia científica Ib**).

- **Terapia cognitivo-conductual**

En relación con la **terapia cognitivo-conductual** (TCC), en la última década se ha observado un interés creciente por aplicar las técnicas de la TCC a las personas con esquizofrenia, especialmente a las que siguen presentando síntomas psicóticos a pesar de recibir un tratamiento farmacológico correcto. Los objetivos principales de la TCC en la psicosis resistente a la medicación consisten en reducir la intensidad de las ideas delirantes y las alucinaciones y estimular la colaboración activa del paciente para reducir el riesgo de recaída y los niveles de discapacidad social.

La revisión sistemática de la TCC para la esquizofrenia más reciente es la realizada por la colaboración de Cochrane.⁴⁶ Los objetivos de este metaanálisis fueron revisar la efectividad de la TCC para personas con esquizofrenia comparando con cuidados estándares, medicación específica, otras terapias y no intervención. Se incluyeron 13 ensayos clínicos aleatorizados (**nivel de evidencia científica Ia**).

a) En la comparación de la TCC más atención estándar versus solamente atención estándar, los resultados del metaanálisis fueron los siguientes:

- No hubo diferencias significativas entre ambos abordajes en cuanto a la reducción de la proporción de recaídas y de readmisiones hospitalarias.
- Hubo diferencias estadísticamente significativas a favor de la TCC en relación con el resultado de estar en condiciones de ser dado de alta del hospital.
- Hubo diferencias estadísticamente significativas a favor de la TCC en cuanto a la mejoría del estado mental a las 13-16 sesiones de tratamiento. Después de 1 año las diferencias no eran estadísticamente significativas.
- No hubo suficiente evidencia científica para determinar el efecto de la TCC en escalas estandarizadas para el curso clínico de la esquizofrenia (BPRS^h, LPRSⁱ, PAS^j).
- La TCC puede tener efectos en el *insight* y en las actitudes ante la medicación, pero el significado clínico de estos datos no es claro.

b) En la comparación de la TCC versus terapia de apoyo, los resultados del metaanálisis no mostraron efectos en la proporción de recaídas y en la mejoría del estado mental.

c) En la comparación de la TCC combinada con otras intervenciones psicosociales versus intervenciones educativas, se mostró que puede disminuir el número de personas capaces de tolerar la intervención, al menos bajo las condiciones de los estudios.

Los resultados de otro metaanálisis de 2001 con 7 estudios que incluyeron 340 pacientes sugieren que la TCC es efectiva en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia que tienen síntomas persistentes (**nivel de evidencia científica Ia**).⁴⁷

^h BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale

ⁱ LPRS: Long Psychiatric Rating Scale

^j PAS: Psychiatric Assessment Scale

Neil y cols.⁴⁸ llevaron a cabo una revisión de las investigaciones de la TCC en el tratamiento de los síntomas que no desaparecen con el tratamiento antipsicótico como los delirios y las alucinaciones. La TCC ha presentado amplios efectos clínicos en los síntomas positivos y negativos.

Se recomienda la terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de los síntomas positivos y negativos en la esquizofrenia resistente a los antipsicóticos. **Recomendación de grado A**

- **Terapia psicodinámica y/o psicoanálisis**

Existe una revisión sistemática sobre terapia psicodinámica para la esquizofrenia, actualizada en el 2000⁴⁹ que tuvo por objetivo revisar los efectos de la terapia psicodinámica y/o psicoanálisis para personas con esquizofrenia o enfermedad mental grave. No fueron identificados ensayos clínicos aleatorizados de abordajes psicoanalíticos. Los datos fueron escasos para todas las comparaciones concernientes a abordajes psicodinámicos y no hubo evidencia científica de ningún efecto positivo de la terapia psicodinámica. La posibilidad de efectos adversos parece que nunca ha sido considerada. Sin embargo, se sugería que las aproximaciones psicodinámicas pueden ser más aceptables que una terapia cognitiva de adaptación a la realidad. La conclusión de esta revisión sistemática fue que:

No existe suficiente evidencia científica que apoye el uso de técnicas de terapia psicodinámica para personas hospitalizadas con esquizofrenia. Si la terapia psicoanalítica está siendo usada para pacientes con esquizofrenia hay una urgente necesidad de llevar a cabo ensayos clínicos aleatorizados.

Objetivos y recomendaciones de la PI según la fase de la enfermedad

Durante la **fase aguda (o crisis)**: los objetivos específicos han de ser prevenir daños, controlar la conducta alterada, suprimir los síntomas, conseguir una recuperación máxima funcional, establecer una alianza con el paciente y familia, formular planes de tratamiento a corto y largo plazo y poner al paciente en contacto con la asistencia adecuada en la comunidad. Las intervenciones psicosociales en esta fase van destinadas a reducir las relaciones, entornos o episodios de la vida que resultan sobreestimulantes o estresantes y a fomentar la relajación o la reducción de la excitación mediante comunicaciones y expectativas sencillas, claras y coherentes con un entorno estructurado y predecible, una baja exigencia funcional y unas relaciones de apoyo tolerantes y no exigentes con todos los profesionales que intervengan en esta fase de la enfermedad.⁷

Durante la fase aguda (o crisis) de la esquizofrenia, se recomienda que las intervenciones psicosociales vayan destinadas a reducir las relaciones o episodios de la vida que resulten estresantes y a fomentar unas relaciones de apoyo (tolerantes y no exigentes) por parte de los profesionales que intervienen en esta fase. **Recomendación de grado C.**

El paciente debe recibir una información sobre la naturaleza y el tratamiento de la enfermedad que sea adecuada a su capacidad de asimilación. Se debe alentar a su colaboración con los tratamientos que sean adecuados y al consentimiento de éstos. Para ello es muy importante informarle sobre los tratamientos propuestos y sus posibles efectos secundarios. Se deberá tener en cuenta que el grado de aceptación de los tratamientos propuestos tenga relación por un lado con el vínculo que se haya

podido establecer con el paciente, la información adecuada a su estado y el esfuerzo puesto en ello y, por otro, con la capacidad cognitiva del paciente y el grado de negación que éste realice con la enfermedad.⁷

No existe suficiente evidencia científica que apoye el uso de técnicas de terapia psicodinámica para personas hospitalizadas con esquizofrenia.^{13,49} Algunos estudios recopilados por la *American Psychiatric Association*⁷ sugieren que este tipo de terapia puede prolongar la desorganización o desencadenar una recidiva (**nivel de evidencia científica IV**) y, en consecuencia, se recomienda no usar la terapia psicodinámica durante la fase aguda de la psicosis. **Recomendación de grado C.**

Durante la **fase de estabilización (o postcrisis)**, los objetivos del tratamiento son reducir al mínimo el estrés sufrido por el paciente y aportarle un apoyo para que la posibilidad de recidiva sea mínima, potenciar la adaptación del paciente a la vida en comunidad, y facilitar la reducción continuada de los síntomas así como la consolidación de la remisión.

Durante la fase de estabilización, se recomienda psicoterapia de apoyo centrada en la realidad para los pacientes moderadamente discapacitados y estables o intermitentemente estables.⁸ **Recomendación de grado C.**

Durante la **fase estable (o de mantenimiento)**, los objetivos terapéuticos consisten en garantizar que el paciente mantenga o mejore su grado de función y su calidad de vida, que se traten eficazmente los aumentos de los síntomas o las recidivas y que se mantenga una vigilancia de los efectos adversos de los tratamientos.

En los pacientes que presentan pocos síntomas, ya sean positivos o de déficit, las intervenciones psicosociales como la psicoterapia individual o de grupo, pueden llegar a tener unas expectativas más elevadas, en especial si los pacientes cumplen bien el tratamiento y tienen una tolerancia al estrés algo superior a la mínima. Los pacientes con estados de déficit intensos requieren, en cambio, un mantenimiento de estrategias de suavización y apoyo más estructuradas.

El programa de tratamiento debe organizarse para responder rápidamente cuando un paciente, familiar o amigo indica que el paciente presenta síntomas prodrómicos o una exacerbación de los síntomas esquizofrénicos. La intervención precoz con el empleo de técnicas terapéuticas de apoyo y dosis más altas de medicación según esté indicado puede ser útil para la planificación del tratamiento.

Durante la fase estable, se recomienda psicoterapia de apoyo para la resolución de problemas ya que reduce de manera significativa las recidivas y potencia la función social y laboral al añadirla a la medicación en pacientes tratados ambulatoriamente^{10,44,45} (**nivel de evidencia científica Ia**). **Recomendación de grado A.**

Se recomiendan las estrategias orientadas a la realidad dado que resultan igual de eficaces o mejores que la terapia psicodinámica en cuanto a recidivas y ajuste sociolaboral^{44,45} (**nivel de evidencia científica Ia**). **Recomendación de grado A.**

La terapia psicodinámica puede estar indicada para un número reducido de pacientes que han alcanzado una remisión estable, han desarrollado una alianza sólida, cumplen bien el tratamiento

farmacológico de mantenimiento y son capaces de tolerar y se sienten motivados para continuar un trabajo orientado a la perspectiva para controlar conductas negativas contra sí mismos, aproximarse más a sus sentimientos y obtener un enriquecimiento emocional.⁷

6.3.2. Psicoterapia grupal

La psicoterapia grupal o terapias de grupo incluyen un amplio abanico de modalidades terapéuticas como son los grupos psicoeducativos, los grupos de autoayuda y la psicoterapia de grupo, y en algunos casos se utiliza una combinación de éstas. Los objetivos de la terapia de grupo consisten en potenciar la resolución de problemas, la planificación de objetivos, las interacciones sociales, y el cumplimiento de la medicación y el manejo de los efectos secundarios.⁷

Las pruebas de la eficacia de la terapia de grupo no son sólidas, posiblemente debido a las dificultades metodológicas que presentan muchos estudios.¹¹ La mayoría de estudios sobre la terapia de grupo para pacientes ambulatorios y hospitalizados se realizaron en los años setenta y hay pocos estudios posteriores.⁷ Las limitaciones más comunes en los estudios son la pobre definición y operacionalización de las intervenciones psicoterapéuticas, la falta de atención a la experiencia y formación de los terapeutas, la inadecuada especificación de la "dosis mínima" de tratamiento, una comparación de grupos inapropiada, una desviación en la asignación de procedimientos de tratamiento, un inadecuado tamaño de la muestra que limita su validez estadística, la falta de atención al diagnóstico psiquiátrico, y la no estandarización de las medidas de resultados.⁵⁰ El efecto acumulativo de estas deficiencias en los estudios disminuye la confianza en los resultados y en su capacidad de generalización al resto de la población que no constituyen los sujetos de estudio.

A la luz de la revisión llevada a cabo se recomienda la realización de nuevos proyectos de investigación, metodológicamente adecuados, que permitan avanzar en el conocimiento de los efectos de los tratamientos grupales.

Modalidades

Los abordajes grupales ofrecen a los pacientes un lugar de intercambio facilitando la libre expresión oral y favoreciendo hacerse cargo de su propio sufrimiento y el de los otros participantes. Permite la instauración de identificaciones multifocales y de vínculos transferenciales con los terapeutas del grupo, vínculos compartidos con los otros miembros del grupo.

Un documento de consenso español⁵ describe muchos modelos de intervención que pueden desarrollarse en "formato grupal" pudiéndose incluir abordajes psicoanalíticos, interpersonales y educativos, así como terapia de entrenamiento en habilidades sociales, terapias cognitivas, intervenciones familiares y grupos de autoayuda. En la medida en que se incorporan abordajes cognitivos en el entrenamiento en habilidades sociales, se usa el término "entrenamiento en habilidades psicosociales".⁵⁰ Por otra parte, la guía francesa de consenso clasifica las psicoterapias de grupo en función de:¹¹

- Las referencias teóricas que van desde la teoría de la comunicación hasta el psicoanálisis
- Las modalidades técnicas: grupos de palabra, grupos que utilizan objetos transicionales y grupos que utilizan la interpretación

- Los objetivos definidos

A nivel de lo que serían propiamente psicoterapias grupales, Kanas⁵¹ describe tres enfoques teóricos principales: educativo, psicodinámico (orientado al *insight*, a la perspectiva) e interpersonal (orientado a la interacción, de apoyo).

- **Educativos:** tienen por objetivo ayudar a los pacientes a manejarse con sus problemas y síntomas más inmediatos, utilizando el consejo y las técnicas educativas. La información sobre la enfermedad, medicación y habilidades sociales aplicadas a las relaciones interpersonales suelen ser los temas más tratados.
- **Psicodinámicos:** tienen por objetivo mejorar el autoconocimiento del paciente mediante la técnica del esclarecimiento e interpretación de la transferencia.
- **Interpersonales:** tienen por objetivo mejorar la capacidad de sus miembros para relacionarse mejor con los demás, mediante el aquí y ahora de la interacción entre los miembros del grupo y/o la discusión de sus problemas interpersonales y posibles soluciones.

Las terapias de grupo tienen un papel importante en los programas asistenciales de la esquizofrenia: ofrecen un contexto realista y específico de referencia, promueven la alianza y la relación terapéutica y proporcionan un mejor conocimiento y autoconocimiento de los miembros del grupo, mejorando las relaciones interpersonales y la capacidad de hacer frente a los síntomas psicóticos. Los criterios para la selección de pacientes para los grupos se basan en la experiencia clínica.

Se recomienda que los pacientes tengan estabilidad clínica suficiente para poder participar de una forma adecuada en el grupo, excluyéndose a pacientes muy afectados por alucinaciones o delirios, la desorganización del pensamiento y el mal control de impulsos.⁷ **Recomendación de grado C.**

Los tratamientos grupales se pueden incluir a lo largo del proceso de atención al paciente requiriéndose diferente modalidad de intervención según la fase de la enfermedad y el grado de discapacidad y de estabilidad clínica.

- **Tratamiento grupal en la fase aguda (o de crisis)**

En la fase aguda y, sobre todo, en pacientes que han requerido hospitalización no hay pruebas de la eficacia de la psicoterapia de grupo orientada al *insight* y hay indicios de que puede ser perjudicial^{7,50} (**nivel de evidencia científica IIb**).

En esta fase, los grupos orientados a la interacción pueden ser útiles para aprender nuevas maneras de hacer frente a los síntomas, establecer una relación con otras personas en un entorno controlado y desarrollar una alianza terapéutica con el equipo de tratamiento. La psicoterapia de apoyo puede reducir la sintomatología y la rehospitalización y puede mejorar el ajuste social de los pacientes con esquizofrenia, al menos en algún subgrupo de pacientes.⁵² Las investigaciones en este ámbito requieren que se desarrollen modelos de terapia de apoyo que puedan replicarse y compararse. Es necesario distinguir en los estudios la psicoterapia de apoyo de otros tipos de apoyo que se dan en otras intervenciones, por ejemplo con relación a la gestión del tratamiento farmacológico.

La homogeneidad basada en el diagnóstico es útil en grupos a corto plazo, y en grupos de pacientes psicóticos agudos ya que facilita el desarrollo más rápido de la cohesión grupal y favorece la

utilización de técnicas de apoyo y de técnicas estructurantes en la estrategia de tratamiento. En la práctica clínica, cuando se hacen grupos en la unidad de hospitalización, a menudo no pueden ser homogéneos en el diagnóstico ya que deben integrar a los pacientes internados en un momento dado y que puedan beneficiarse de este abordaje. A nivel ambulatorio no se incluyen en un grupo pacientes agudos, excepto que la descompensación se produzca en el curso del grupo y que se considere que éste puede actuar como factor de contención y de estabilización.

En pacientes agudos ingresados, diversos autores^{53,54} valoran que la eficacia de la psicoterapia de grupo es muy escasa. Sugieren que los resultados positivos estarían en relación con que los objetivos de la intervención, las actitudes y conductas a cambiar estén bien definidas y medidas, y la intervención esté claramente definida y estructurada.⁵³

- **Tratamiento grupal en la fase de estabilización (o postcrisis)**

Los objetivos del tratamiento en esta fase se orientan a reducir al mínimo el estrés del paciente y proporcionarle un apoyo para que la probabilidad de recaída sea mínima, para así potenciar la adaptación del paciente a la vida en la comunidad y para facilitar la reducción continuada de los síntomas y la consolidación de la remisión.

La educación sanitaria sobre el curso y la evolución de la enfermedad, y sobre los factores que influyen en ella, incluido el incumplimiento del tratamiento, se puede continuar en esta fase para los familiares e iniciarla para los pacientes.

Un ensayo clínico aleatorizado en pacientes ambulatorios comparaba un programa específico de prevención de recaídas con un grupo control que recibía psicoterapia de apoyo y seguimiento del tratamiento psicofarmacológico.⁵⁵ Hubo 41 pacientes en cada grupo y el estudio tuvo una duración de 18 meses. El programa específico incluía psicoeducación, detección e intervención en pródromos, psicoterapia grupal de periodicidad semanal, además de grupo multifamiliar cada 2 semanas los primeros 6 meses y mensualmente después. Los pacientes que rechazaron el abordaje grupal siguieron psicoterapia individual con el mismo contenido que la grupal. En ambos grupos se utilizaban otros recursos (gestión de casos, visitas a domicilio...) si se consideraba oportuno. El estudio concluyó que el programa de prevención de recaídas es eficaz detectando pródromos de recaída y que las intervenciones en pródromos con el reajuste del tratamiento psicofarmacológico que correspondía redujeron la tasa de recaídas (17% *versus* 34% en el grupo control) y de reingresos (22% *versus* 39% en el grupo control). No se apreciaron diferencias significativas en la tasa de recaídas, cuando el abordaje se realizó a nivel grupal o individual (**nivel de evidencia científica Ib**). Puesto que en el estudio se observó que entre la reagudización sintomatológica y la recaída transcurría menos de una semana en algunos casos, los autores recomendaron visitas semanales al menos durante el primer año.

Se recomienda psicoterapia grupal (o individual) además de información y educación al paciente y a la familia, con el objetivo de detectar síntomas prodrómicos e intervenir precozmente sobre ellos.

Recomendación de grado A.

Dado que entre la reagudización sintomatológica y la recaída puede transcurrir menos de una semana, se recomienda una visita semanal durante un año y posteriormente según evolución.

Recomendación de grado C.

- **Tratamiento grupal en la fase estable (o de mantenimiento)**

El tratamiento en esta fase va dirigido a optimizar la función social y calidad de vida, y a disminuir al mínimo el riesgo y las consecuencias de las recaídas. Cuando el paciente pasa a estar relativamente estabilizado y más motivado, pueden introducirse estrategias de tratamiento psicosocial de apoyo cada vez más específicas. Cuando esté indicado incluye la reeducación respecto a las habilidades sociales, rehabilitación cognitiva e inicio de rehabilitación laboral.⁷

En pacientes con algún síntoma positivo y de déficit parece especialmente indicada la reeducación en las habilidades básicas de la vida cotidiana, el entrenamiento en habilidades sociales, la rehabilitación cognitiva y el inicio de rehabilitación laboral.

En los pacientes con pocos o ningún síntoma positivo o de déficit puede estar indicado un abordaje grupal orientado a la interacción o al *insight*. Incluso si los pacientes están suficientemente estabilizados pueden incluirse en un grupo de pacientes neuróticos.

Diversos estudios^{53,54} apoyan el efecto del grupo en su capacidad de socialización más que en la reducción de la sintomatología o la disminución de las rehospitalizaciones. Los programas específicos de educación de los pacientes y las familias acerca de los síntomas prodrómicos, y la intervención precoz cuando éstos aparecen se perfilan como útiles para disminuir las tasas de recaídas.⁷ El conocimiento de las fluctuaciones sintomáticas del paciente a lo largo del tiempo ayuda al psiquiatra a evaluar si la aparición de síntomas disfóricos indica o no un episodio prodrómico y una posible recidiva inminente. Aún así, un aumento de las dosis de medicación demasiado frecuente debido a falsas alarmas puede ser peligroso para los pacientes, puesto que éstos pueden recibir una sobremedicación y experimentar efectos adversos. Además, los profesionales, los pacientes y familiares no deben centrarse excesivamente en la vigilancia de los síntomas prodrómicos, puesto que el tratamiento debe resaltar la atención a la mejoría de los síntomas y de las capacidades, y no sólo a la patología.

Marder et al.⁵⁶ en un ensayo clínico aleatorizado realizado a lo largo de 24 meses, observaron que en pacientes con esquizofrenia de inicio precoz se obtienen mejores resultados con técnicas de habilidades sociales que de apoyo. En pacientes sin déficits cognitivos, las diferencias respecto a la adquisición de habilidades se igualan a lo largo del tiempo (**nivel de evidencia científica Ib**).

En la fase estable (o de mantenimiento), en pacientes con esquizofrenia de inicio precoz, se recomiendan técnicas de habilidades sociales, ya que se obtienen mejores resultados que con las técnicas de apoyo. **Recomendación de grado A.**

En distintos estudios controlados⁵⁷⁻⁵⁹ se comparan diversos abordajes en la fase estable: cognitivo-conductuales, habilidades sociales y apoyo, acotados a objetivos delimitados. No se aprecian diferencias significativas en relación con la estructura del abordaje grupal, perfilándose la periodicidad (semanal, quincenal) y la continuidad del tratamiento como los factores de mayor influencia en los resultados (**nivel de evidencia científica IIa**).

Se recomienda una periodicidad semanal o quincenal de la psicoterapia grupal, así como la continuidad de ésta a lo largo del tiempo. **Recomendación de grado B.**

6.3.3. Intervención familiar

En el momento actual no existe ninguna duda sobre el impacto que supone una patología como la esquizofrenia sobre la vida familiar ni de la importancia que tiene la colaboración de la familia para un abordaje adecuado del problema. La influencia sobre el funcionamiento familiar es obvia, tanto en las situaciones de crisis como por lo que supone la convivencia con una persona con una enfermedad crónica de estas características. Por lo tanto, todo programa de tratamiento de la esquizofrenia deberá considerar la atención a las familias tanto por sus necesidades en cuanto son quienes cuidan a los pacientes como por el importante papel que su colaboración puede jugar en el control de los síntomas y en la rehabilitación del paciente.

Las primeras aproximaciones a la intervención familiar (IF) en la psicosis se basaron en teorías que emergieron en la década de los 50 dentro del modelo sistémico, principalmente los estudios sobre la comunicación humana y la teoría del doble vínculo. Estas teorías tenían en común el partir de una concepción parentogénica de la esquizofrenia, hacían énfasis en aspectos negativos, carenciales y deficitarios de la familia y eran de naturaleza especulativa, sin una investigación sólida que justificara su aplicación. El principal problema de estas intervenciones recayó en la excesiva culpabilización sobre la familia al considerarla poco menos que responsable de la enfermedad. Ello provocó el lógico rechazo de familias y asociaciones de familiares con la consiguiente marginación de este tipo de intervenciones.

Como alternativa, surgió en los años posteriores la idea de intervenciones basadas en la "orientación familiar", sobre todo a partir de los estudios de Brown en 1958⁶⁰ que analizaban los factores que intervenían en las recaídas. Estas nuevas aproximaciones tienen en común la desconexión con cualquier planteamiento etiológico, están integradas en el tratamiento global y se basan en investigaciones que resaltan el papel de las características del ambiente inmediato sobre el curso de la enfermedad, principalmente los acontecimientos vitales (estrés agudo) y la alta expresión de emociones (estrés crónico).

El constructo emoción expresada (EE) hace referencia a una serie de actitudes de la familia hacia el paciente (hostilidad, criticismo y sobreprotección) que se relacionan con la tasa de recaídas. A partir de su descripción se desarrollaron una serie de programas de IF con una base psicoeducativa, dirigidos a reducir la EE, mejorar el cumplimiento terapéutico y apoyar emocionalmente a la familia. En la actualidad se puede afirmar que la EE es un constructo válido y modificable y que es un potente predictor de recaída y mala evolución en la esquizofrenia y también en otras patologías.⁶¹ Al parecer tendría mayor influencia predictiva cuanto mayor fuera el tiempo de evolución de la enfermedad, actuando independientemente de otros factores pronósticos.⁶¹

Los objetivos generales de cualquier IF son:⁶²

- construir una alianza con los familiares,
- reducir la atmósfera familiar adversa,
- potenciar la capacidad de los familiares para la anticipación y resolución de los problemas,
- reducir las expresiones de angustia y culpa dentro de la familia,
- mantener unas expectativas razonables para el funcionamiento del paciente,
- ayudar a los familiares a mantener unos límites apropiados así como una distancia adecuada cuando sea necesario, y

- conseguir cambios deseados en el comportamiento de los familiares y en su sistema de creencias

La mayoría de los estudios publicados sobre la utilidad de los programas de IF en la esquizofrenia⁶¹⁻⁶⁶ demuestran la eficacia de los mismos en cuanto a la reducción de la proporción de recaídas e ingresos hospitalarios (**nivel de evidencia científica Ia**). Aunque de forma menos clara, también se muestran eficaces en la reducción de carga familiar, mejoría del conocimiento sobre la enfermedad, mejoría del cumplimiento del tratamiento, del ajuste social y calidad de vida así como en la reducción del coste económico (**nivel de evidencia científica Ib**).

Se recomienda la IF de tipo psicoeducativo basada en el manejo de la emoción expresada para evitar recaídas y mejorar el pronóstico de la enfermedad (sus efectos se mantienen al cabo de 24 meses). **Recomendación de grado A.**

Se recomiendan los programas de IF para la reducción de la carga familiar, mejoría del funcionamiento social del paciente y reducción del coste económico. **Recomendación de grado A.**

Respecto al tipo de IF, no se ha demostrado la mayor eficacia de un modelo concreto, aunque la mayoría de programas utilizan intervenciones de tipo psicoeducativo. Parecen ser más eficaces las modalidades de intervención en forma de grupo multifamiliar⁶⁷ pero los resultados no son concluyentes. Lo que sí parece claro es que más que el tipo de intervención, lo que importa es la duración de la misma. Intervenciones a corto plazo no han resultado eficaces en la prevención de recaídas por lo que se recomiendan programas con un mínimo de seis meses de duración^{63,64} (**nivel de evidencia científica Ia**).

En general, se aconseja que la IF debe ser añadida al tratamiento psicosocial estándar, pudiendo optarse por un tipo u otro de intervención dependiendo de las circunstancias. Por ejemplo, en familias con baja EE puede que únicamente sea necesaria una intervención individual mientras que en otros casos, la IF aislada puede ser tan útil como una intervención combinada.⁶⁴ Se considera que, independientemente del modelo utilizado, el paciente debe participar y estar siempre informado de los programas de IF.⁶³ Es conveniente también que los programas se dirijan a grupos de pacientes homogéneos en cuanto al diagnóstico.⁶⁴

Se recomienda aplicar la terapia de intervención familiar en pacientes moderada o gravemente discapacitados y sobre todo en aquellos de larga evolución. En pacientes con inicio reciente habrá que valorar cada situación de forma individualizada. **Recomendación de grado A.**

Los programas deberán aplicarse en grupos de familiares de pacientes homogéneos en cuanto al diagnóstico y deberán incluir de una u otra forma al propio paciente, añadidos al tratamiento habitual y con una duración que nunca será inferior a seis meses para que resulte eficaz. **Recomendación de grado A.**

Los programas psicoeducativos que se han propuesto incluyen diferentes estrategias terapéuticas, principalmente técnicas de afrontamiento del estrés, entrenamiento en resolución de problemas e información sobre la enfermedad. Algunas investigaciones sugieren que más que la mera transmisión de la información los programas son útiles en cuanto a que condicionan un cambio en la relación de la familia con el paciente y suponen una alianza de los familiares con los terapeutas.

Últimamente se está propugnando la implantación de programas basados en las necesidades de las familias, pues existen ensayos clínicos aleatorizados que han mostrado su eficacia en cuanto a prevención de recaídas y reducción de ingresos hospitalarios^{68,69} (**nivel de evidencia científica Ib**). Estos programas contemplan diversas intervenciones tanto individuales como familiares en función de la situación particular de cada caso. Sin embargo, se debe ser cuidadoso con la información que se aporta teniendo en cuenta la situación específica de cada familia y evitar los efectos negativos que pudiera conllevar un exceso de información, sobre todo en fases iniciales de la enfermedad.

Los programas deberán incluir siempre información a las familias sobre la enfermedad junto con diferentes estrategias como técnicas de afrontamiento del estrés o entrenamiento en resolución de problemas. **Recomendación de grado A.**

Una opción que también se ha mostrado eficaz son las intervenciones familiares centradas en necesidades concretas de las familias, que mantienen su efecto al menos durante 12 meses (**nivel de evidencia científica Ib**). Por tanto, se recomienda aplicar esta modalidad de IF que se centra en las necesidades de los cuidadores de los pacientes con esquizofrenia. **Recomendación de grado A.**

En resumen, para que la aplicación de la **IF resulte eficaz se recomienda** que:

- El paciente participe y esté informado del programa de IF.
- La IF se combine con el resto de intervenciones incluidas en el plan general de tratamiento. **Recomendación de grado A.**
- La IF sea prolongada en el tiempo (más de seis meses), ya que se ha demostrado que intervenciones más cortas no resultan eficaces. **Recomendación de grado A.**
- La IF incluya elementos informativos sobre la enfermedad, siempre que se adapten a las necesidades y situación de cada familia. **Recomendación de grado A.**
- Se tenga en cuenta el momento evolutivo de la enfermedad ya que las intervenciones psicoeducativas se han mostrado más eficaces en fases avanzadas, mientras que en fases iniciales convendría considerar abordajes que tuvieran en cuenta otros objetivos. **Recomendación de grado A.**

6.3.4. Rehabilitación psicosocial

El propósito de la rehabilitación psicosocial (a veces también denominada, genéricamente, rehabilitación) es prevenir el deterioro de la función social, laboral, educativa y familiar, así como fomentar que estas capacidades sociales de la persona con esquizofrenia puedan desarrollarse al máximo.⁷ Así, la rehabilitación psicosocial persigue los siguientes objetivos, según la Asociación Española de Neuropsiquiatría:⁷⁰

- Favorecer y posibilitar la adquisición o recuperación del conjunto de destrezas, habilidades y competencias necesarias para el funcionamiento en la comunidad en las mejores condiciones de normalización y calidad de vida que sea posible.

- Potenciar la integración social dentro de la comunidad, apoyando y fomentando un funcionamiento lo más autónomo, integrado e independiente que sea posible así como el desempeño de roles sociales valiosos y normalizados.
- Ofrecer el seguimiento, apoyo y ayuda social que cada persona necesite para asegurar su mantenimiento en la comunidad del modo más autónomo y normalizado que sea posible en cada caso.
- Prevenir o disminuir el riesgo de deterioro psicosocial, marginalidad y/o institucionalización.
- Asesorar y apoyar a las familias de las personas con esquizofrenia para favorecer su competencia en el manejo de los problemas que se les plantean e incidir positivamente en el proceso de rehabilitación y ajuste social de sus familiares con problemas psiquiátricos.

Las intervenciones psicosociales con estos objetivos son sobre todo aplicables durante la fase estable (o de mantenimiento) y la fase de estabilización (o postcrisis). Estas intervenciones son las siguientes:

- Entrenamiento en habilidades sociales
- Rehabilitación cognitiva
- Rehabilitación laboral (también llamada orientación vocacional, orientación laboral o rehabilitación profesional)

Además, en este apartado sobre la rehabilitación psicosocial se ha revisado la literatura científica referente a los programas siguientes:

- Alternativas residenciales en la comunidad
- Clubes sociales y fundaciones tutelares

- **Entrenamiento en habilidades sociales**

Para llevar a cabo este conjunto de intervenciones se emplean técnicas conductuales o técnicas de aprendizaje que permiten a los pacientes adquirir unas habilidades instrumentales necesarias para las relaciones con los demás, el cuidado personal y para afrontar los problemas en la vida comunitaria.

De acuerdo con el esquema descrito por Bellack y Mueser,⁷¹ y referenciado por Bustillo y cols.,⁶⁵ existen tres modalidades diferentes de entrenamiento en habilidades sociales:

- **Modelo básico** (*motor skills model*), en el que las conductas sociales complejas son fraccionadas en pasos mucho más sencillos susceptibles de ser recogidos a través del aprendizaje mediante la escenificación (*role playing*).
- **Modelo de resolución de problemas sociales**, que se centra en las áreas que deben cambiar, incluyendo el manejo de la medicación, los síntomas, el tiempo libre, los niveles básicos de conversación y el cuidado personal. Cada área es abordada pedagógicamente como parte de un módulo con la finalidad de corregir los déficits de las capacidades receptiva, de procesamiento y emisora.

- **Modelo de resolución cognitiva**, que consiste en una intervención grupal donde el proceso de aprendizaje corrector se centra, de entrada, en las alteraciones cognitivas más básicas, como la atención y la planificación.

Según una revisión sistemática de 1996⁷² se ha demostrado, a través de 6 estudios prospectivos controlados (con tamaños muestrales de 28 a 103 pacientes y duración de 6 meses a 2 años), la eficacia del **modelo básico** –en términos de mejoría de determinadas habilidades sociales- en personas con esquizofrenia (**nivel de evidencia científica IIa**). No obstante, no se ha demostrado la eficacia en cuanto a disminución de recaídas; en ninguno de los 6 estudios hubo diferencias respecto al grupo control con relación a este resultado. La eficacia en términos de mejoría de síntomas o de adaptación social no está clara. De los 6 estudios incluidos en la mencionada revisión, sólo en 2 hubo una mejoría de los síntomas respecto al grupo control, pero cabe decir que en los estudios en los que no hubo mejoría, la terapia del grupo control era otro tratamiento psicosocial. En cuanto a la adaptación social, este resultado fue medido en 4 estudios, en 2 hubo una mejoría en el grupo de entrenamiento de habilidades sociales respecto al grupo control, y en los otros 2 no.

El **modelo de resolución de problemas sociales** también ha demostrado un efecto favorable sobre la mejoría de las habilidades sociales según una revisión sistemática de la literatura científica.⁶⁵ El efecto a largo plazo de este modelo ha sido estudiado mediante 2 ensayos clínicos aleatorizados (**nivel de evidencia científica Ib**). Uno de los estudios tuvo una duración de 18 meses y el otro de 24 meses. Ambos mostraron mejorías estadísticamente significativas al cabo del mencionado seguimiento, en el primer estudio respecto a un mayor número de bienes materiales, mayores habilidades culinarias y mejor administración económica⁷³ y, en el otro, en dos escalas (de un total de 6) de adaptación social.⁵⁶

En cuanto al **modelo de resolución cognitiva**, todavía no ha podido demostrarse un efecto estadísticamente significativo en relación con la mejoría de las habilidades sociales.⁶⁵ Sin embargo, parece que en pacientes gravemente discapacitados el enfoque de resolución cognitiva podría potenciar la respuesta a una terapia de entrenamiento en habilidades sociales mediante el modelo de resolución de problemas⁷⁴ (**nivel de evidencia científica IIb**).

El entrenamiento en habilidades sociales, según el modelo básico (escenificación), es eficaz sólo en términos de mejoría de determinadas habilidades sociales y no es eficaz en cuanto a prevención de recaídas (**nivel de evidencia científica IIa**). No existe suficiente evidencia científica que demuestre la eficacia de esta modalidad en relación con la mejoría de síntomas y adaptación social.

El entrenamiento en habilidades sociales, según el modelo de resolución de problemas, es eficaz en términos de adaptación social y sus efectos se mantienen al cabo de 2 años (**nivel de evidencia científica Ib**). Se recomienda aplicar esta terapia a pacientes graves o moderadamente discapacitados durante la fase estable (o de mantenimiento) y la de estabilización (o postcrisis).

Recomendación de grado A.

- **Rehabilitación cognitiva**

El objetivo principal de la rehabilitación cognitiva consiste en estimular la colaboración activa del paciente para reducir el riesgo de recaída, y recuperar los déficits cognitivos y los niveles de

discapacidad social.⁷ Las intervenciones consisten en estrategias para contrarrestar las limitaciones neurocognitivas que impiden la adaptación funcional. A pesar de que puede llevarse a cabo de distintas formas, en general implica tareas y ejercicios repetitivos realizados en un taller y que están directamente relacionados con el proceso cognitivo; puede llevarse a cabo mediante programas informáticos, vídeos o estímulos audiovisuales.⁷⁵

La eficacia de la rehabilitación cognitiva en pacientes con esquizofrenia fue estudiada mediante un meta-análisis que identificó 3 ensayos clínicos aleatorizados, 2 la comparaban con placebo y el otro con rehabilitación laboral.⁷⁵ En conjunto, incluyeron 117 pacientes pero no se pudo demostrar ningún efecto en cuanto a estado mental, adaptación social o función cognitiva (**nivel de evidencia científica Ia**). En el ensayo clínico que comparó la rehabilitación cognitiva con la rehabilitación laboral se demostró una mejoría estadísticamente significativa de la primera en cuanto a autoestima⁷⁵ (**nivel de evidencia científica Ib**).

Un enfoque novedoso de rehabilitación cognitiva aplicado recientemente en esquizofrenia consiste en utilizar estrategias en el entorno social del paciente. Se trata de utilizar etiquetas, objetos o instrumentos electrónicos que avisen o recuerden las conductas requeridas en una determinada actividad social de la vida diaria.⁷⁶ Existe un único ensayo clínico aleatorizado que estudia la eficacia de esta intervención en la mejoría de la adaptación funcional y en la prevención de recaídas.⁷⁶ Los 45 pacientes incluidos en este estudio fueron aleatorizados a tres grupos de intervención: 1) medicación y seguimiento estándar, 2) medicación y seguimiento estándar más rehabilitación cognitiva en el entorno, 3) medicación y seguimiento estándar más visitas regulares igual que el anterior grupo ofreciendo objetos para su adaptación ambiental (por ejemplo, pósters o plantas) pero que no tuvieran nada que ver con la rehabilitación cognitiva. Los resultados al cabo de 9 meses de terapia mostraron mejorías estadísticamente significativas en adaptación social. En cuanto a la reducción de recaídas, hubo también diferencias estadísticamente significativas mostrando un 13% de recaídas en el grupo de rehabilitación cognitiva frente a un 33% en el grupo con medicación y seguimiento estándar y un 69% en el tercer grupo (**nivel de evidencia científica Ib**).

La rehabilitación cognitiva tradicional no ha podido demostrar ningún efecto sobre el estado mental, cognitivo o de adaptación social (**nivel de evidencia científica Ia**), pero la rehabilitación cognitiva aplicada en el entorno social del paciente ha demostrado ser eficaz en la adaptación social y la prevención de recaídas (**nivel de evidencia científica Ib**).

Se recomienda aplicar la terapia de rehabilitación cognitiva en el entorno para la rehabilitación psicosocial en pacientes con esquizofrenia. **Recomendación de grado A.**

- **Rehabilitación laboral**

Las medidas de rehabilitación laboral se centran en pacientes que viven en la comunidad, en la fase de mantenimiento. Cabe decir que esta modalidad de rehabilitación psicosocial depende en gran medida de los recursos y servicios existentes de trabajo en un determinado contexto.

La mayoría de estudios sobre rehabilitación laboral no son específicos de esquizofrenia sino que se refieren a enfermedades mentales graves en general. Los elementos comunes de los programas de

rehabilitación laboral son, entre otros,⁶⁵ el objetivo de obtener un empleo normalizado^k estable, aprender las habilidades para un proceso de selección mínimo para un puesto de trabajo, un apoyo ilimitado en el tiempo y la consideración de las preferencias del paciente. Considerando este último aspecto, cabe decir que al obtener un trabajo se pierden las compensaciones económicas por invalidez y que, a algunos pacientes, les genera frustración si el empleo no está a la medida de sus posibilidades.

Existen fundamentalmente dos enfoques para la rehabilitación laboral: **1) los programas de formación prelaboral**, que constituyen el enfoque más tradicional y consisten en ofrecer preparación y formación previo a conseguir un empleo normalizado (a menudo se trata de empleos tutelados o empleos de transición); y **2) el apoyo laboral**, más reciente, en el que el paciente se incorpora al empleo normalizado inmediatamente y se le provee ayuda para el empleo; esta ayuda puede ser genérica (sobre higiene personal o transporte, por ejemplo) o más específica sobre el empleo en concreto.^{65,77}

Una revisión sistemática de la evidencia científica sobre rehabilitación laboral en pacientes con trastornos mentales severos⁷⁸ identificó 6 ensayos clínicos aleatorizados que demostraron la eficacia del apoyo laboral en términos de obtención de un empleo normalizado (**nivel de evidencia científica Ia**). La media no ponderada de los pacientes incluidos en los programas de apoyo laboral que obtuvieron un empleo normalizado fue del 58%, mientras que este mismo dato en los pacientes con terapias de control (otros tipos de rehabilitación laboral o psicosocial en general) fue del 21%. El periodo de seguimiento de estos estudios fue de 12 a 18 meses.

Un metaanálisis⁷⁷ que incluyó los ensayos clínicos aleatorizados que comparaban específicamente el apoyo laboral con los programas de formación prelaboral concluyó que el primero fue más eficaz que los segundos para obtener un empleo normalizado a los 12 y 18 meses. En este metaanálisis se incluyeron 5 ensayos clínicos y su principal resultado fue que a los 12 meses, mediante el apoyo laboral, el 34% de los pacientes con trastorno mental severo obtuvieron un empleo y, mediante los programas de formación, sólo el 12% (**nivel de evidencia científica Ia**). Otro metaanálisis de 5 ensayos clínicos aleatorizados, incluido en la misma publicación,⁷⁷ comparó los programas de formación prelaboral con tratamiento comunitario y los resultados no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos en cuanto a la obtención de un empleo normalizado a los 18 y 24 meses (**nivel de evidencia científica Ia**).

Las revisiones de la literatura científica sugieren que el apoyo laboral debiera ser continuo e integrado en un programa de rehabilitación psicosocial.^{7,79}

Sólo el apoyo laboral ha demostrado ser eficaz para la obtención de un puesto de trabajo normalizado en pacientes con trastorno mental severo (**nivel de evidencia científica Ia**).

Se recomienda ofrecer esta terapia a los pacientes moderada o ligeramente discapacitados y que estén en fase estable o de mantenimiento. **Recomendación de grado A.**

A la luz de la revisión de la literatura científica llevada a cabo, todas las recomendaciones en relación con la rehabilitación laboral han sido formuladas para pacientes ligeramente o moderadamente discapacitados; en consecuencia, se recomienda llevar a cabo estudios sobre rehabilitación laboral en pacientes gravemente discapacitados.

^k Ejercer un trabajo comunitario a diferencia de estar empleado en un programa tutelado por un servicio de rehabilitación. ⁶⁵

- **Alternativas residenciales en la comunidad**

Entre los recursos residenciales en la comunidad se cuentan: miniresidencias, pisos supervisados y pensiones concertadas.⁷⁰ Estas alternativas son habitualmente utilizadas por pacientes que no pueden vivir de forma totalmente independiente y de los que la familia no puede hacerse cargo.

Una miniresidencia se concibe como un servicio residencial comunitario abierto y flexible, con una capacidad de entre 15 y 30 plazas. Proporcionan con carácter temporal (estancia corta o transitoria) o indefinido: alojamiento, manutención, cuidado y ayuda, apoyo personal y social, rehabilitación y apoyo comunitario y, en su caso, orientación y apoyo a las familias. Ofrece apoyo y supervisión durante las 24 horas en un ambiente de convivencia lo más familiar y normalizado posible.⁷⁰

Los pisos supervisados, protegidos o tutelados constituyen un recurso residencial comunitario organizado en pisos normales insertos en el entorno social en los que conviven personas con esquizofrenia. Con los pisos supervisados se pretende proporcionar un recurso de alojamiento, convivencia y apoyo lo más normalizado posible que facilite el mantenimiento en la comunidad en las mejores condiciones posibles de normalización y calidad de vida.⁷⁰

Las pensiones concertadas supervisadas definen la existencia de un determinado número de plazas en diferentes "pensiones de huéspedes" que sirven como alternativa para cubrir necesidades de alojamiento y otras necesidades básicas de determinadas personas con esquizofrenia. Se trata de personas con un estilo de vida muy independiente a las que se les ofrece la cobertura de sus necesidades básicas y de alojamiento mediante plazas en pensiones junto con supervisión y seguimiento por parte de los servicios de salud mental.⁷⁰

En una revisión sistemática de la literatura científica, en que se revisaron 139 artículos que tuvieran por objetivo estudiar los efectos de los pisos supervisados así como las pensiones concertadas para personas con trastornos mentales severos, no se pudo incluir ninguno de ellos por ser de baja calidad metodológica.⁸⁰

- **Clubes sociales y fundaciones tutelares**

Además de las alternativas residenciales en la comunidad y las diferentes intervenciones de rehabilitación psicosocial descritas (que todas persiguen como objetivo último la inserción comunitaria) existen otras estructuras de apoyo social para la inserción comunitaria para personas con trastornos mentales severos. Entre éstas, destacan los clubes sociales y las fundaciones tutelares.

Los clubes sociales son recursos de apoyo social destinados a ofrecer ayuda a la población con trastornos mentales severos que presenta dificultades para un funcionamiento psicosocial adecuado en ambientes totalmente normalizados. Sus objetivos consisten en el fomento del uso de recursos comunitarios, el aumento del desempeño de roles socialmente valiosos y la mejoría de las relaciones interpersonales, el uso y disfrute del tiempo libre, la independencia y la autonomía.⁷⁰

Las fundaciones tutelares están pensadas para personas con trastornos mentales que no puedan gobernar efectivamente su vida; su objetivo es la integración y normalización de los incapacitados, por lo que las actuaciones de estas fundaciones han de estar en estrecha coordinación al resto de los recursos de rehabilitación psicosocial.⁷⁰

No se ha identificado ninguna revisión sistemática ni ningún estudio de suficiente calidad metodológica que analizara los efectos de las estructuras de apoyo social en la evolución clínica y social de los pacientes con esquizofrenia.

Se recomienda la realización de estudios específicos de buena calidad metodológica que evalúen la eficacia de las alternativas residenciales en la comunidad y otras estructuras de apoyo social para pacientes con esquizofrenia.

6.4. Modalidades de atención y seguimiento intensivo en la comunidad

Los procesos de reforma de la asistencia psiquiátrica que han tenido lugar desde los años setenta han comportado una presencia creciente de pacientes esquizofrénicos en la comunidad. Consecuentemente, ello ha conducido a la aparición de diferentes alternativas en las formas de organizar su atención en ese medio, principalmente a través de equipos de salud mental comunitarios y de otras modalidades de atención y seguimiento intensivo en la comunidad.

La existencia de pacientes especialmente graves, con trastornos persistentes en el tiempo, con especiales dificultades de integración y con un mayor riesgo y tendencia a las recaídas y a la hospitalización ha llevado al diseño de diversas modalidades de atención y seguimiento intensivo en la comunidad. K.T. Mueser et al.⁸¹ describen seis modalidades de atención comunitaria del trastorno mental severo en una revisión de la investigación sobre la gestión de casos. Las modalidades descritas son las siguientes:

- 1) El **modelo de agente** en que el principal papel del gestor de casos consiste en poner en contacto al paciente con los servicios requeridos y en coordinar a los diferentes proveedores. Las funciones específicas incluyen la evaluación, la planificación, el contacto con los servicios, el seguimiento y la defensa.
- 2) El **modelo de gestión clínica de casos** reconoce el hecho de que los gestores de casos deben actuar frecuentemente como clínicos ofreciendo servicios directos en cuatro áreas que incluyen diversos componentes: a) en la fase inicial (compromiso, evaluación, planificación); b) intervenciones dirigidas al entorno (contacto con recursos comunitarios, contacto con familias y otros apoyos, mantenimiento y extensión de redes sociales, colaboración con médicos y hospitales, defensa); c) intervenciones dirigidas al paciente (psicoterapia individual intermitente, entrenamiento en estilos de vida independiente, psicoeducación); y d) intervenciones dirigidas al paciente y entorno (intervención en crisis, seguimiento).
- 3) El **programa para el tratamiento comunitario asertivo** desarrollado como un conjunto de intervenciones especializadas orientadas a las necesidades del paciente como tratamiento integral. Este programa es ofrecido por un equipo multidisciplinario, frecuentemente compuesto por un psiquiatra, un diplomado en enfermería y al menos dos gestores de casos. El modelo incluye una razón de 10 a 1 en la relación pacientes/profesional. El énfasis del tratamiento se pone en el paciente, en su entorno natural y en la provisión directa de servicios incluyendo apoyo para la vida diaria.
- 4) El **modelo de gestión intensiva de casos** para resolver las necesidades de grandes frecuentadores de servicios. Incluye una razón baja de pacientes/profesional y provee activamente de servicios en el entorno natural del paciente así como de asistencia práctica para la vida diaria.
- 5) El **modelo strengths** destaca por: a) focalizar más en las capacidades individuales que en la patología; b) la relación del gestor de casos con el paciente es primaria y esencial; c) las intervenciones se basan en la autodeterminación del paciente; d) la comunidad es vista como un oasis de recursos y no como un obstáculo; e) los contactos con el paciente se realizan en la comunidad; y f) considera que las personas que sufren de un trastorno mental severo pueden continuar aprendiendo, creciendo y cambiar.

- 6) El **modelo de rehabilitación**, similar al anterior pone el énfasis en proveer los servicios de gestión de casos partiendo de los deseos y objetivos de cada paciente individual, más que en los objetivos definidos por el sistema de salud mental.

Los seis modelos expuestos pueden sintetizarse en el modelo de tratamiento comunitario asertivo y en el de gestión de casos que se diferenciarían fundamentalmente por el hecho de organizarse el primero de ellos entorno a un equipo específico y el segundo por ser realizado individualmente por profesionales de la gestión de casos.

A continuación se analizan seis guías clínicas de tratamiento de la esquizofrenia y seis revisiones sistemáticas sobre modalidades de intervención y seguimiento intensivo en la comunidad.

La GPC de la *American Psychiatric Association*⁷ contempla como objetivos en la fase estable el mantenimiento o mejoría del nivel de funcionamiento y de la calidad de vida, y que los síntomas prodrómicos y/o el incremento de síntomas esquizofrénicos sean tratados efectivamente. Por otra parte, se señala que en aquellos pacientes con estados marcadamente deficitarios, se requieren estrategias de apoyo continuado estructuradas y no estresantes. Así, para pacientes con una restricción moderada o grave en su funcionamiento durante su fase estable, se requieren intervenciones integradas en la comunidad. En esta dirección, propone intervenciones comunitarias terapéuticas coordinadas y de apoyo como la gestión de casos y los programas de tratamiento comunitario asertivo.

La gestión de casos permite que uno o más miembros de un equipo sean asignados como gestores de casos para garantizar que los pacientes reciban servicios coordinados, continuados e integrales. Se reconoce que el resultado de estudios controlados sobre los efectos de la gestión de casos ha conducido a resultados inconsistentes, probablemente por problemas metodológicos en el diseño. Éstos serían: 1) falta de especificación de la intervención de gestión de casos; 2) deficiente caracterización de la población de pacientes; 3) carácter inadecuado de las medidas de resultados; 4) duración inadecuada del programa; y 5) falta de especificación de contexto comunitario. También se indican que pueden aparecer problemas en la aplicación de la gestión de casos cuando el gestor funciona independientemente y no está bien integrado en el equipo de tratamiento.

El programa de tratamiento comunitario intensivo incluye tanto la gestión de casos como intervenciones terapéuticas intensivas por parte de un equipo que utiliza un enfoque altamente integrado y está diseñado para individuos con un ajuste marginal y pobre funcionamiento. Los elementos clave del programa son incrementar las capacidades del paciente para adaptarse a la vida comunitaria, promover apoyo a las redes naturales del mismo, y disponer de una actitud activa para garantizar que el paciente se mantenga en el programa terapéutico. Se considera que este enfoque puede beneficiar a pacientes esquizofrénicos con un funcionamiento marginal y/o poco cumplidores con el tratamiento.⁷

Los estudios controlados de tratamiento comunitario asertivo de pacientes con una reducción moderada o severa en su funcionamiento durante la fase estable del trastorno muestran una reducción de los tiempos de hospitalización y una mejoría de las condiciones de vida (**nivel de evidencia científica Ib**).

Se recomienda el programa de tratamiento comunitario asertivo para aquellos individuos que padecen esquizofrenia, durante la fase estable y con una severa restricción y funcionamiento marginal y/o pobre cumplimiento terapéutico. **Recomendación de grado A.**

La guía de consenso de la *Canadian Psychiatric Association* indica que una gestión de casos integrada e intensiva resulta necesaria para aquellos pacientes que recaen con frecuencia y que requieren hospitalizaciones⁴ (**nivel de evidencia científica IV**).

Se recomienda gestión de casos integrada e intensiva para pacientes con frecuentes recaídas y que requieren hospitalización. **Recomendación de grado C.**

La guía de consenso del *Journal of Clinical Psychiatric*⁸ considera que las recomendaciones de los expertos en política sanitaria coinciden casi por completo con las pronunciadas por los expertos en materia clínica en lo referente al tratamiento extrahospitalario de pacientes que padecen esquizofrenia. Parece que no cabe duda de que la necesidad y disponibilidad de programas de asistencia especializada en salud mental como, por ejemplo, el tratamiento comunitario asertivo (ACT) y el tratamiento individualizado/intensivo de los pacientes irá en aumento.

La guía recomienda, para pacientes que muestran una inestabilidad moderada o alta, ACT, tratamiento intensivo individualizado, asistencia ambulatoria en centros comunitarios de salud mental, hospitalización parcial y servicios de rehabilitación⁸ (**nivel de evidencia científica IV**).

Para los pacientes estables con discapacidad relativamente poco importante, dicha guía aconseja asistencia ambulatoria en un centro comunitario de salud mental que ofrezca tratamiento farmacológico, terapia individual, de grupo y/o familiar, medidas psicoeducativas y un tratamiento individualizado de intensidad variable⁸ (**nivel de evidencia científica IV**).

Se recomienda tratamiento comunitario asertivo, tratamiento intensivo individualizado y asistencia ambulatoria en centros comunitarios de salud mental para pacientes que muestran inestabilidad moderada o alta. **Recomendación de grado C.**

Se recomienda asistencia ambulatoria en un centro comunitario de salud mental que ofrezca tratamiento farmacológico, terapia individual, de grupo y/o familiar, medidas psicoeducativas y un tratamiento individualizado de intensidad variable para los pacientes estables con discapacidad relativamente poco importante. **Recomendación de grado C.**

La GPC de la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry considera que el tratamiento de la esquizofrenia de aparición temprana de inicio anterior a los 18 años requiere de un continuo de proveedores de servicios y tratamientos. Además de la administración de psicofármacos y psicoterapia, algunos de estos jóvenes requieren de una gestión de casos intensiva y de servicios de apoyo comunitario⁶ (**nivel de evidencia científica IV**).

Se recomienda la gestión de casos intensiva y servicios de apoyo comunitario, además de la administración de psicofármacos y psicoterapia, para algunos pacientes que padecen esquizofrenia de inicio precoz. **Recomendación de grado C.**

El *Schizophrenia Patient Outcomes Research Team* (PORT) de la *Agency for Health Care Policy and Research*¹³ y del *National Institute of Mental Health* desarrolla y difunde recomendaciones para el tratamiento de la esquizofrenia basados en la evidencia científica. Las recomendaciones publicadas están basadas en una revisión exhaustiva de la literatura de resultados terapéuticos.

Una de las recomendaciones indica que los sistemas de atención para personas que padecen esquizofrenia y que son altos frequentadores de servicios deben incluir gestión asertiva de casos y programas de tratamiento comunitario asertivo debido a que se trata de personas con un alto riesgo de interrupción del tratamiento o de crisis repetidas y que requieren un abanico de servicios clínicos, sociales y de rehabilitación orientados a sus necesidades. Los programas de gestión clínica y tratamiento comunitario asertivo pueden incrementar la coordinación, integración y continuidad de servicios.

Diversos ensayos clínicos aleatorizados han demostrado consistentemente la efectividad de estos programas en la reducción de hospitalizaciones de estos pacientes de alto riesgo (**nivel de evidencia científica Ib**).

Otra recomendación señala que los programas de tratamiento comunitario asertivo deben dirigirse a individuos con alto riesgo de hospitalizaciones repetidas o que presentan dificultades de vinculación a tratamientos activos con servicios de carácter más tradicional (**nivel de evidencia científica Ib**).

Sin embargo, la aplicación de este modelo a grupos de pacientes de menor riesgo no ha sido establecida.⁸²

Se recomiendan programas de gestión de casos y de tratamiento comunitario asertivo para pacientes de alto riesgo. **Recomendación de grado A.**

Se recomiendan programas de tratamiento comunitario asertivo en pacientes con alto riesgo de hospitalizaciones repetidas o que presentan dificultades de vinculación al tratamiento ambulatorio. **Recomendación de grado A.**

K.T. Mueser et al. analizan los resultados de 75 estudios de atención comunitaria para personas con trastorno mental severo en los que la esquizofrenia representa un 66% de los casos. Incluye 44 programas de tratamiento comunitario asertivo y 16 de gestión intensiva de casos. Los estudios controlados de ambos modelos indican que reducen el tiempo de hospitalización e incrementan la estabilidad en el domicilio, especialmente entre pacientes que son altos frequentadores de servicios. Parecen tener un efecto moderado en la mejoría de la sintomatología y calidad de vida. Algunos estudios sugieren un efecto limitado en el funcionamiento social y laboral, detenciones y tiempo pasado en la cárcel⁸¹ (**nivel de evidencia científica IIa**).

Se recomiendan los programas de tratamiento comunitario asertivo y de gestión intensiva de casos en pacientes con esquizofrenia que frecuentan habitualmente los servicios. **Recomendación de grado B.**

P. Tyrer et al. llevaron a cabo un metaanálisis en el que se evaluó la efectividad de los equipos comunitarios de salud mental en el tratamiento de cualquier tipo de enfermedad mental grave.⁸³ En el metaanálisis se incluyeron cuatro ensayos clínicos aleatorizados en los que se comparó el tratamiento en equipos de salud mental comunitaria con la asistencia convencional. Los resultados indicaron que el tratamiento en equipos de salud mental comunitaria podía estar asociado con menos muertes por suicidio o, en circunstancias sospechosas, menor número de personas insatisfechas con la asistencia que reciben y que abandonan. No se encontró una diferencia clara con respecto al número de ingresos hospitalarios, los resultados clínicos globales y la duración de las estancias hospitalarias. Como conclusión se indicó que el tratamiento con equipos comunitarios es superior en cuanto a una mayor aceptación del tratamiento, en la reducción de ingresos hospitalarios y en la evitación de muertes por suicidio⁸³ (**nivel de evidencia científica Ia**).

Se recomienda asistencia ambulatoria en un centro comunitario de salud mental en pacientes con trastornos mentales severos ya que disminuye las muertes por suicidio, la insatisfacción con la asistencia y los abandonos de tratamiento. **Recomendación de grado A.**

M. Marshall y A. Lockwood analizaron la efectividad del tratamiento comunitario asertivo como alternativa a la atención estándar en la comunidad, la rehabilitación tradicional en el hospital y la gestión de casos. Se incluyeron 17 ensayos clínicos aleatorizados, que compararon el tratamiento comunitario asertivo con las restantes modalidades de atención, en pacientes con trastorno mental severo de entre 18 y 65 años de edad. Las conclusiones señalaron que el tratamiento comunitario asertivo es un enfoque clínicamente eficaz para la atención de personas con trastorno mental severo en la comunidad. Correctamente dirigido a personas que requieren hospitalizaciones frecuentes, puede reducir sustancialmente los costos hospitalarios, mejorando el resultado y la satisfacción del paciente⁸⁴ (**nivel de evidencia científica Ia**).

Se recomienda tratamiento comunitario asertivo en personas con trastorno mental severo de entre 18 y 65 años de edad, que requieren hospitalizaciones frecuentes, para reducir sustancialmente los costos hospitalarios, mejorando el resultado y la satisfacción del paciente. **Recomendación de grado A.**

M. Marshall et al. analizó 11 ensayos clínicos aleatorizados que se proponen determinar la eficacia de la gestión de casos para la atención comunitaria de trastornos mentales severos. Se comparó con la atención estándar mediante cuatro indicadores: 1) casos en contacto con los servicios; 2) duración de las estancias hospitalarias; 3) resultado clínico y social, y 4) costos. Las conclusiones señalaron que la gestión de casos incrementó la vinculación a los servicios, duplicó los ingresos hospitalarios y aumentó las estancias, mejoró el cumplimiento terapéutico pero no presentó mejoría clínica significativa, ni del funcionamiento social o de la calidad de vida⁸⁵ (**nivel de evidencia científica Ia**).

Se recomienda la gestión de casos para la atención comunitaria de trastornos mentales severos con vistas a incrementar la vinculación a los servicios y el cumplimiento terapéutico. **Recomendación de grado A.**

RESUMEN DE RECOMENDACIONES GENERALES PARA LAS INTERVENCIONES PSICOSOCIALES

Grados de recomendación

A

Requiere al menos un ensayo clínico aleatorizado como parte de un conjunto de evidencia científica globalmente de buena calidad y consistencia con relación a la recomendación específica

B

Requiere disponer de estudios clínicos metodológicamente correctos que no sean ensayos clínicos aleatorizados sobre el tema de la recomendación. Incluye estudios que no cumplan los criterios de A ni de C

C

Requiere disponer de documentos u opiniones de comités de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades reconocidas. Indica la ausencia de estudios clínicos directamente aplicables y de alta calidad

RECOMENDACIONES GENERALES

- C** Para el **manejo psiquiátrico del paciente** con esquizofrenia, se recomienda establecer y mantener una alianza terapéutica, vigilar el estado psiquiátrico del paciente, proveer a éste y a su familia de educación respecto a la enfermedad y su tratamiento, facilitar el cumplimiento del plan de tratamiento, incrementar la comprensión y la adaptación a los efectos psicosociales de la enfermedad, identificar los factores que precipitan o exacerban crisis y promover intervenciones precoces para prevenir recaídas, proveer a la familia de psicoeducación y apoyo, así como ayuda para acceder a los servicios necesarios.
- C** La elección de un **determinado abordaje** estará determinada por el paciente, su situación clínica, necesidades, capacidades y preferencias, o por los recursos existentes en un momento dado.
- C** Se recomienda que las intervenciones psicosociales sean llevadas a cabo por profesionales que tengan una **formación específica**, una **experiencia suficiente** (apoyada por una supervisión y acompañamiento técnicos), una disponibilidad, constancia, cualificación y un vínculo a largo plazo.
- C** **Asistencia ambulatoria en un centro comunitario de salud mental** que ofrezca tratamiento farmacológico, terapia individual, grupal y/o familiar, medidas psicoeducativas y un tratamiento individualizado de intensidad variable para los pacientes con discapacidad leve o moderada.
- A** **Asistencia ambulatoria en un centro comunitario de salud mental** en pacientes con trastornos mentales severos ya que disminuye las muertes por suicidio, la insatisfacción con la asistencia y los abandonos de tratamiento.
- A** **Programas de tratamiento comunitario asertivo** en pacientes con alto riesgo de hospitalizaciones repetidas o que presentan dificultades de vinculación al tratamiento ambulatorio. También para pacientes con severa restricción y funcionamiento marginal y/o pobre cumplimiento terapéutico.
- C** **Tratamiento comunitario asertivo, tratamiento intensivo individualizado y asistencia ambulatoria** en centros comunitarios de salud mental para pacientes que muestran inestabilidad moderada o alta.
- C** **Gestión de casos integrada e intensiva** para pacientes con frecuentes recaídas y que requieren hospitalización.

7. TRATAMIENTO SEGÚN MOMENTOS DE LA ENFERMEDAD Y SITUACIONES ESPECIALES

7.1. Esquizofrenia en la infancia y adolescencia

El proceso evolutivo de las diferentes áreas madurativas en el niño, adolescente o joven, implica una diferenciación progresiva de funciones psiconeuroevolutivas en intensa interrelación con el entorno. La presentación clínica y la psicopatología infantil y juvenil, curso y pronóstico quedan sujetos a la cronopatía y patoplastia según la edad, el momento evolutivo y las variables del entorno, dependiendo abiertamente de la maduración emocional, cognitiva y relacional del individuo.

La evolución, curso y pronóstico de las diferentes entidades nosológicas en el área infantil y juvenil es diversa, pudiendo tener las siguientes formas: a) curso progresivo rápido de disociación esquizofrénica (presentación con delirios y alucinaciones, sintomatología de primer rango de Schneider); b) curso insidioso con sintomatología negativa y alteraciones cognitivas; c) curso crónico en forma de un trastorno de la personalidad de tipo esquizoide; y d) evolución hacia un trastorno afectivo.

- **Personalidad previa y ajuste premórbido**

No se ha mostrado un patrón único y diferenciado como marcador y/o predictor evolutivo de psicosis o de esquizofrenia que, generado en la infancia, pueda delimitar un grupo de riesgo en la adolescencia. Sin embargo, se han descrito algunos signos y síntomas como componentes predictores estructurales de personalidad previa premórbida para desarrollar una psicosis en el adolescente o joven, y por extensión un proceso esquizofrénico. Estos signos y síntomas son: impulsividad, pulsionalidad, auto y heteroagresividad, trastornos madurativos severos, mitomanía, autoreferencialidad, rasgos pasivo-dependientes y simbióticos, hiperadaptación^l, perfeccionismo obsesivoide y adultomorfismo, rasgos de suspicacia, desconfianza y recelo, características disociales bizarras con rasgos opositoristas beligerantes, comportamiento de inhibición, ambivalencia afectiva, falta de empatía, aplanamiento afectivo, disociabilidad, aislamiento y retraimiento, tendencias a la fantasía excesiva, desconexión parcial del entorno, y conducta extraña.^{86,87} Obsesividad y miedo fóbico graves, así como rituales conjuratorios y pensamiento operativo^m pueden considerarse síntomas predictores de un trastorno psicótico y/o esquizofrénico⁸⁸ (**nivel de evidencia científica III**).

En particular sobre la esquizofrenia se han analizado, mediante estudios observacionales, algunos rasgos de personalidad premórbidos que pueden constituir factores de riesgo para la esquizofrenia. Un estudio halló que los niños con alto riesgo de desarrollar una esquizofrenia presentaron alteraciones neuroconductuales con problemas de ajuste, en especial aquellos que recibieron un diagnóstico de trastorno de personalidad del clúster A del DSM-IV (esquizoide, esquizotípico,

^l *Enfant sage*: hiperadaptado, silente, niño bueno y con poca resonancia afectiva.

^m Descrito por unos autores como pensamiento no simbólico; por otros como alexitimia; y habitualmente relacionado con enfermedades psicósomáticas.

paranoide).⁸⁹ Otro estudio coincidió en el diagnóstico de rasgos de personalidad del clúster A como elemento previo a la evolución esquizofrénica.⁹⁰ Otros estudios, en cambio, apuntan no sólo al clúster A, sino que añaden rasgos de características pasivo-dependientes y disociales (caracterial, trastorno del control de los impulsos)⁹¹ (**nivel de evidencia científica III**).

A grandes rasgos, pueden distinguirse dos grandes alteraciones previas: las que cursan con mecanismos de inhibición y las que cursan con mecanismos de exaltación; las primeras están más relacionadas con sintomatología negativa y las segundas con la sintomatología positiva, con un mejor pronóstico.⁹²

La patología de inhibición estaría relacionada con rasgos de personalidad esquizoide (esquizofrenia latente), esquizotípica (esquizofrenia atenuada), personalidades con rasgos pasivos y dependientes, rasgos fóbico-obsesivos y de hiperadaptación sin proceso disociativo. En cambio, la patología de exaltación correspondería a personalidades con rasgos disociales de comportamiento, hiperactividad mórbida maniforme y formas dismadurativas neuropsicobiológicas.

Cuanto peor es el ajuste premórbido peor es la evolución en el proceso esquizofrénico predominante (**nivel de evidencia científica III**).

- **Fase prodrómica en el adolescente**

La fase prodrómica se puede definir como el conjunto de signos y síntomas precoces que preceden a las manifestaciones agudas y características de una enfermedad, en este caso, de esquizofrenia. Los pródromos son una variable no específica de la esquizofrenia, pero sí de un trastorno psicótico y/o personalidad psicótica.

La dificultad en el examen mental y psicopatológico en el adolescente en relación con el adulto está relacionada con el momento y etapa madurativa. El inicio de la esquizofrenia en el adolescente puede ser brusco, pero habitualmente es tórpido e insidioso sin solución de continuidad con los rasgos de personalidad premórbidos, y se caracteriza por la poca concreción de la clínica senso-perceptiva (alucinaciones, pseudoalucinaciones) y del pensamiento (delirios). Cursa de forma poco estructurada presentándose frecuentemente intuiciones delirantes, distorsiones perceptivas y errores en la interpretación de la realidad.

La fase prodrómica interactúa dinámicamente con la personalidad premórbida y los mecanismos psíquicos del individuo dando lugar a presentaciones clínicas muy diversas. Cuando más insidiosa es la fase prodrómica, la evolución esquizofrénica es más desfavorable⁹³ (**nivel de evidencia científica IV**).

- **Diagnóstico y evaluación del niño y adolescente**

Es necesaria una evaluación diagnóstica exhaustiva que incluya, siempre que sea posible, entrevista con el niño o adolescente y su familia. La exploración debe incluir una evaluación detallada de los síntomas psicóticos requeridos para el diagnóstico (ver apartado 5.1.1. de esta GPC). Los aspectos que deben tenerse en cuenta son los siguientes: ⁶

- Presentación de los síntomas
- Curso de la enfermedad

- Historia psiquiátrica familiar (en especial, de enfermedades psicóticas)
- Examen del estado mental
- Coexistencia de síntomas de patología comórbida, como historia significativa de problemas de desarrollo, trastornos del estado de ánimo o uso de sustancias

En cuanto a la exploración física, deben descartarse posibles causas médicas u orgánicas de los síntomas psicóticos. Para ello, es aconsejable seguir las indicaciones para los adultos detalladas en el apartado 5.1.2. de esta GPC.

Finalmente, en cuanto a la exploración psicopatológica, ante las dificultades de este tipo de exploración en niños y adolescentes toman especial importancia el contacto afectivo y relacional, el grado de empatía y de expresividad emocional (aplanamiento, expansividad, afecto restringido, indiferencia), así como la observación y análisis del comportamiento (bizarro, extraño, disruptivo, auto y heteroagresividad, impulsividad, retraimiento y aislamiento).⁹⁴

- **Diagnóstico diferencial psiquiátrico**

El diagnóstico de esquizofrenia en niños y adolescentes debe diferenciarse de:

- Trastornos esquizoafectivos
- Trastornos depresivos mayores
- Trastorno de la personalidad límite (*borderline*) y disocial
- Trastornos disociativos (despersonalización, desrealización)
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Trastorno esquizotípico de la personalidad
- Trastorno esquizoide de la personalidad
- Trastorno esquizofreniforme

Es necesario diferenciar la esquizofrenia infanto-juvenil de las psicosis infantiles y trastornos precoces del desarrollo, que aparecen muy precozmente de los 2 a los 5 años de edad; la esquizofrenia infanto-juvenil, en cambio, suele aparecer alrededor de los 15 años con una clínica donde es difícil captar fenómenos alucinatorios y delirantes, con un curso insidioso y subsindrómico.

En la esquizofrenia infantil, los elementos fenomenológicos son diferentes a los de los adultos, muy relacionados con la evolución cognitiva, emocional y conductual del niño. Por otro lado, las llamadas disarmonías evolutivas evolucionan a un cuadro de psicosis deficitaria en base a un retraso madurativo (en estos casos, se trata de una psicosis pero no de una esquizofrenia). En cuanto a los estados psicóticos no filiados, es necesario seguir su evolución para discernir entre cuadros psicóticos y el diagnóstico de esquizofrenia.⁹⁵ Es en estos aspectos diagnósticos donde radica la diferencia entre la psicopatología del desarrollo y la psicopatología del adulto, habitualmente más

clara desde del punto de vista fenomenológico. En consecuencia, es aconsejable cierta prudencia en las intervenciones terapéuticas en niños, adolescentes y jóvenes.

- **Tratamiento de la esquizofrenia en niños y adolescentes**

Un tratamiento adecuado requiere la combinación de psicofármacos e intervenciones psicosociales. Sin embargo, hay que tener en cuenta que las recomendaciones están basadas en los estudios científicos llevados a cabo en adultos ya que, igual que ocurre en otros campos, no existe suficiente evidencia científica sobre el tratamiento en niños y adolescentes.⁶

Se recomienda la realización de ensayos clínicos aleatorizados sobre la eficacia y la seguridad de los tratamientos (farmacológicos y psicosociales) en población infantil y adolescente con esquizofrenia.

Las diferentes estrategias de tratamiento, tanto farmacológicas como psicosociales, variarán en función de la fase de la enfermedad. Así pues, se recomiendan las mismas estrategias que en adultos, teniendo en cuenta la limitación expuesta más arriba en cuanto a la insuficiente evidencia científica al respecto.

Hay, sin embargo, unas condiciones a tener en cuenta por lo que respecta al tratamiento psicofarmacológico en niños y adolescentes:⁶

- Obtención del consentimiento informado del padre o adolescente (en función de la edad)
- Documentación de los síntomas clave
- Documentación de los análisis de laboratorio, de inicio y de seguimiento de los fármacos que lo requieran
- Documentación de los efectos secundarios sospechados
- Probar el tratamiento adecuadamente, lo que generalmente requiere el uso de la dosis suficiente durante 4 – 6 semanas
- Monitorización a largo plazo para reajustar las dosis, dependiendo de la fase de la enfermedad. Se pueden requerir dosis altas durante la fase aguda (crisis), con dosis menores durante las fases de estabilización (o postcrisis) y estable (o de mantenimiento). La decisión de disminuir las dosis (que reduce el riesgo de efectos secundarios) debe sopesarse con el potencial aumento de riesgo de una recaída.

Las estrategias de tratamiento farmacológicas y psicosociales pueden llevarse a cabo en distintos ámbitos de intervención según las fases y características de la enfermedad (tal como se ha indicado en el apartado 5.3. de esta GPC): ambulatoriamente en centros de salud mental, en régimen de hospitalización o bien en hospitalización parcial (hospital de día infanto-juvenil).

7.2. Primeros episodios

La aparición de un primer episodio psicótico puede ser brusca o insidiosa, pero la mayor parte de individuos presentan algún tipo de fase prodrómica que se manifiesta por un desarrollo lento y gradual de diversos signos y síntomas (retramiento social, pérdida del interés en la escuela o el trabajo, deterioro de la higiene y el cuidado personal, conducta poco habitual, episodios bruscos de enfado, etc.) tras los cuales puede aparecer un síntoma característico de la fase activa, que define el trastorno como esquizofrenia. También suele haber un período prodrómico antes de presentar una recidiva. Este período prodrómico puede durar entre varios días y unas semanas, pero en ocasiones puede persistir durante varios meses.⁷

El estudio de las manifestaciones prodrómicas en la esquizofrenia ha ido evolucionando desde la publicación de estudios descriptivos hasta, en los últimos 5 años, el inicio de ensayos clínicos aleatorizados, algunos de ellos aún en fases muy iniciales, que introducen nuevas perspectivas en la prevención de la esquizofrenia y en la intervención en las fases iniciales de la enfermedad.^{96,97}

A pesar de que hay diversos factores implicados en la aparición de la esquizofrenia, algunos de ellos se consideran factores de riesgo o marcadores dirigidos a poder predecir el riesgo de presentación de un trastorno esquizofrénico.^{96,98} complicaciones obstétricas y perinatales, historia familiar de esquizofrenia, déficit neurointegrativo, funcionamiento familiar alterado, clase social baja, sufrir una situación de estrés^{7,96,98,99} y de sustancias.⁹⁸ Aunque los estudios genéticos aportan información en torno a lo que está en la base del trastorno señalando lo que pueden ser factores predisponentes, no se ha encontrado un patrón genético de riesgo. La comprensión de los factores no-genéticos que contribuyen a que la esquizofrenia se manifieste, pueden aportar elementos que favorezcan la disminución del riesgo de aparición del trastorno. La epidemiología clínica es el modelo científico de mayor proyección en éste ámbito.

Actualmente se están llevando a cabo dos grandes líneas de investigación en relación con la intervención precoz: intervención precoz en la fase de los pródromos, que implica una intervención a nivel de prevención primaria y va dirigida a disminuir la incidencia del trastorno; e intervención precoz en la fase inicial de la enfermedad, que pretende acortar el período sin tratamiento una vez se ha iniciado la clínica psicótica y cuyo objetivo es la disminución de la prevalencia siendo una actuación de prevención secundaria. Generalmente los primeros síntomas preceden al primer diagnóstico en algunos años, siendo los síntomas iniciales poco específicos a menudo de tipo depresivo o negativo.

El estudio de Bonn fue el primer estudio sistemático sobre las manifestaciones premórbidas de la enfermedad diferenciando los síndromes precursores de los pródromos.⁹⁶ Los síndromes precursores son manifestaciones fásicas y autolimitadas caracterizadas por síntomas depresivos, asténicos y cinestésico-vegetativos que pueden aparecer en diferentes combinaciones. Los síndromes precursores pueden remitir de forma espontánea o evolucionar a pródromos. Los pródromos, al contrario, enlazan con la psicosis franca.

Uno de los programas pioneros en realizar una detección precoz de la esquizofrenia realizando una detección de síntomas prodrómicos en atención primaria es el Proyecto Buckingham en el que refieren una disminución de 10 puntos en la incidencia estimada en el área del estudio.

En Australia se ha desarrollado el programa PACE (Personal Assistance and Crisis Evaluation), centrado en intervenciones preferentemente psicosociales, que utiliza profesores y profesionales de atención a adolescentes como identificadores de posibles pacientes a través de un cribado secuencial que asigna niveles de riesgo estimado. Diferenciaban tres grupos de riesgo: pacientes con

familiares de primer grado del espectro psicótico según el DSM-IV, disminución de treinta o más puntos en el GASⁿ y síntomas inespecíficos de ansiedad y/o depresión; pacientes con síntomas psicóticos atenuados (algún criterio de personalidad esquizotípica); y pacientes con historia previa de síntomas psicóticos transitorios (resolución espontánea en menos de una semana).^{97,98,100} Realizada la detección de los pacientes hay una segunda fase clínica en la que se produce una intervención asistencial en los pacientes que reunían un umbral más alto de riesgo de presentación de la enfermedad. Se realizó un estudio aleatorizado, no ciego, en el que se distribuían 60 pacientes en dos grupos de tratamiento de 6 meses de duración. Un grupo recibía tratamiento antipsicótico con risperidona 1-2mg/día, antidepresivos y ansiolíticos en combinación con tratamiento cognitivo. El grupo control recibía atención estándar, además de antidepresivos y ansiolíticos. En el primer grupo el 12% de los pacientes acabaron presentando un proceso psicótico, mientras que en el grupo control la evolución a psicosis se dio en el 36% de los pacientes. A pesar de estos resultados, los mismos autores reconocen la limitación y, por tanto, la necesidad de utilizar un concepto de pródromo más consensuado. Esto es particularmente importante dados los problemas éticos que plantea la detección de falsos positivos.

Con algunas variaciones, se están desarrollando estudios similares en diversos países, entre ellos Inglaterra, Noruega, Finlandia y Estados Unidos. Cabe decir que muchos de ellos adolecen de limitaciones metodológicas (no aleatorización, poca delimitación de los pródromos, escaso número de pacientes incluidos en el estudio) que los sitúan en un **nivel de evidencia científica IIb**; sin embargo, constituyen prometedoras líneas de investigación, siendo recomendable la realización de nuevas investigaciones en este campo.

Otra gran línea de investigación actual en la esquizofrenia está constituida por la detección temprana del trastorno a fin de disminuir el período sin tratamiento, es decir, actuar a nivel de prevención secundaria. Entre estos estudios destaca el EPPIC (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre), desarrollado en Australia por Mc Gorry et al.^{96,98,100} y que consiste en instaurar tratamiento antipsicótico y psicosocial precoz en pacientes con factores premórbidos de riesgo que presentan síntomas psicóticos. Se establecía un grupo de controles históricos con pacientes atendidos en los servicios de salud mental con anterioridad a la instauración del programa específico de tratamiento. A pesar de las limitaciones metodológicas –pues no se trata de un estudio con un grupo de controles concurrentes–, se describen resultados prometedores en la línea de disminuir la frecuencia y la gravedad de la patología, cuando ésta aparece, mejorando también el funcionamiento psicosocial. En el estudio se observó que el resultado del programa intensivo de intervención mejoraba significativamente los resultados cuando podía establecerse dentro de los 6 meses posteriores al inicio de la sintomatología psicótica. Sin embargo, se señaló la dificultad de delimitar el momento de iniciar el tratamiento, especialmente si la sintomatología manifiesta era insidiosa. Los autores esbozaron en el artículo nuevos proyectos de estudio para determinar la consistencia de la asociación entre retraso en el inicio del tratamiento y sintomatología insidiosa, y reducción del período sin tratamiento y mejoría de los resultados del mismo.

A estas características responde también el estudio multicéntrico TIPS (Early Treatment and Intervention of Psicosis), con participación de distintas zonas de Noruega y de Dinamarca, y que realizó la detección de pacientes básicamente a través de campañas de sensibilización y de educación sanitaria en los medios de comunicación. Sus resultados están en la línea de apoyar que la instauración del tratamiento precoz puede variar el curso natural del trastorno mejorando el

ⁿ Global Assessment of functioning Scale

pronóstico de la enfermedad.^{98,100} Intervenciones tempranas pueden disminuir la tasa de suicidios. Según el estudio de Mc Gorry y Yung la ideación suicida está presente en el 24% de pacientes en las fases iniciales de la enfermedad, antes de que el tratamiento sea instaurado.¹⁰⁰

Más allá de los posibles cambios que estas investigaciones puedan deparar en el futuro, tanto a nivel de la organización de los servicios como a nivel del momento en que se desarrolle una intervención asistencial, es evidente que ante la sospecha de un primer episodio esquizofrénico debe irse a un diagnóstico de confirmación. Un paciente que presenta un primer episodio con síntomas característicos de la esquizofrenia puede estar sufriendo un episodio esquizofrénico (o el inicio de un trastorno esquizofreniforme) o puede presentar un episodio de otra enfermedad o trastorno que curse con síntomas similares. Por tanto, el primer paso consiste en realizar una valoración inicial que incluya lo que ha sido mencionado en el apartado 5.1.1. de esta GPC con relación al diagnóstico.

En cuanto al tratamiento farmacológico, no existe suficiente evidencia científica para recomendar si la elección en un primer episodio debe ser con un antipsicótico convencional o un atípico.²⁵

En los pacientes jóvenes que presentan una primera crisis es necesario introducir un tratamiento integral que incluya abordaje psicosocial y psicofarmacológico. A nivel farmacológico se observa que los fármacos antipsicóticos pueden producir más efectos extrapiramidales y pueden requerir dosis más bajas que los adultos.⁹⁶ Sin embargo, tal como se ha comentado en el apartado 7.1., la decisión de disminuir las dosis, que reduce el riesgo de efectos secundarios, debe sopesarse con el potencial aumento de riesgo de una recaída.⁶ Cabe considerar también el riesgo de presentar un síndrome neuroléptico maligno como reacción adversa, así como también son más frecuentes en jóvenes las hipotensiones intensas y las distonías. En el caso de los efectos extrapiramidales puede ser aconsejable, tal como se ha expuesto para los adultos en el apartado 6.1.1., el empleo de fármacos antiparkinsonianos para la profilaxis de los efectos secundarios de los antipsicóticos convencionales.

Los datos existentes indican que la tasa de recidivas después de un primer episodio de esquizofrenia es relativamente elevada y que el mantenimiento de la medicación puede desempeñar un papel clave en la prevención de recaídas.⁷

Se recomienda un mínimo de un año de tratamiento de mantenimiento con medicación antipsicótica para los pacientes con una remisión después de un primer episodio. **Recomendación de grado C.**

Se recomienda esta continuidad en el tratamiento por el deterioro social y las posibles pérdidas consecutivas a una recidiva. Alrededor del 40-60% de los pacientes no tratados recidivan en el plazo de un año tras recuperarse del período agudo inicial.⁷

Algunas variables pronósticas se consideran útiles para predecir la evolución a largo plazo de un episodio psicótico. La evolución parece ser mejor cuando se dan las siguientes características: sexo femenino, antecedentes familiares de trastornos afectivos, ausencia de antecedentes familiares de esquizofrenia, buen funcionamiento previo al trastorno, CI elevado, pacientes casados, inicio agudo con un estrés desencadenante, menor número y menor duración de los episodios previos, patrón fásico de episodios y remisiones, edad avanzada, patología asociada mínima, subtipo paranoide y síntomas predominantemente positivos (delirios y alucinaciones) y sin manifestaciones de desorganización (trastorno del pensamiento, conducta alterada) o negativas (afecto plano, alogia, avoliación). El entorno social y cultural influye también en la evolución.⁷

7.3. Fase aguda (o crisis)

El objetivo durante la crisis o fase aguda de la esquizofrenia es reducir los síntomas agudos y mejorar la función psicosocial.

El paciente debe ser diagnosticado y evaluado según se ha descrito en el punto 5.1. de esta GPC. Además cabe considerar:

- Posibilidad de tratamiento en régimen ambulatorio: si el paciente tiene antecedentes previos y recaída leve, si tiene posibilidad de cambio de medicación en recaída con medicación a bajas dosis o por condicionantes psicosociales.⁵
- Deberá ser tratado en régimen de hospitalización si existen varios factores: intensidad de la psicopatología, riesgo valorable de auto o heteroagresividad, patología médica general que desaconseje el abordaje ambulatorio, factores psicosociales o familiares y legales (autorización u orden de internamiento judicial).⁷

Se considerará la posibilidad, según las circunstancias de cada caso, de ingreso en unidad de hospitalización total o la hospitalización parcial (hospital de día), en función de la evaluación del estado del paciente, la necesidad de tratamientos concretos, la función familiar, los apoyos sociales, las preferencias del paciente y su familia, y los recursos terapéuticos disponibles en su comunidad.

En esta fase los objetivos del tratamiento son: prevenir posibles daños, control de los trastornos de conducta, control de los síntomas, recuperación del mejor grado de función posible, establecimiento de una alianza terapéutica con el paciente y su familia y elaboración de un programa terapéutico individualizado a corto y largo plazo, así como poner al paciente en contacto con los servicios ambulatorios una vez finalizada la hospitalización.

El paciente y su familia deberán ser informados sobre la naturaleza de su enfermedad y sobre el tratamiento recibido, así como del pronóstico y de las diversas posibilidades de tratamiento tras el alta. **Recomendación de grado C.**

- **Empleo de fármacos antipsicóticos en la fase aguda**

Los fármacos antipsicóticos están indicados en casi todos los episodios psicóticos agudos de pacientes con esquizofrenia y el tratamiento debe iniciarse tempranamente ya que la esquizofrenia puede asociarse a riesgo de suicidio y otras conductas peligrosas, y se ha comprobado que la psicosis no tratada en el primer episodio de esquizofrenia se asocia con una peor respuesta al tratamiento y una mala evolución a largo plazo.¹⁰¹

A la hora de elegir una determinada medicación antipsicótica se recomienda tener en cuenta la respuesta previa del paciente al tratamiento, el perfil de efectos secundarios del mismo, las preferencias para una determinada medicación en función de la experiencia previa y la vía de administración prevista. Las dosis recomendadas de antipsicóticos han sido descritas en las Tablas 3 (convencionales) y 5 (atípicos) de esta GPC. **Recomendación de grado C**

Según revisiones sistemáticas de la evidencia científica llevadas a cabo con relación a la medicación antipsicótica, se han podido obtener las siguientes conclusiones:

- Está justificado el uso del haloperidol ante la ausencia de otras opciones disponibles y los riesgos y las consecuencias potencialmente peligrosas que implica no tratar la esquizofrenia, teniendo en cuenta que es una causa importante de trastornos del movimiento, produciendo distonía aguda, acatisia y parkinsonismo¹⁰² (**nivel de evidencia científica Ia**).
- La risperidona tiene una menor tendencia a causar trastornos del movimiento en comparación con haloperidol¹⁰³ (**nivel de evidencia científica Ia**).
- La olanzapina tiene menos efectos extrapiramidales que el haloperidol y que la risperidona, pero presenta un mayor aumento de peso¹⁰⁴ (**nivel de evidencia científica Ia**).
- La quetiapina puede producir menos incidencia del uso de medicamentos para tratar efectos secundarios extrapiramidales como parkinsonismo, acatisia y distonía. Esta incidencia es la misma para dosis altas o bajas¹⁰⁵ (**nivel de evidencia científica Ia**).
- La clozapina tiene una eficacia clínica superior entre los pacientes resistentes a los antipsicóticos convencionales en términos de mejoría clínica y reducción de síntomas, así como de satisfacción de los pacientes¹⁰⁶ (**nivel de evidencia científica Ia**).
- La amisulpride parecía ser bastante similar a la risperidona en un único ensayo clínico aleatorizado¹⁰⁷ (**nivel de evidencia científica Ib**).
- Las medicaciones depot de acción prolongada no suelen prescribirse para los episodios agudos por el tiempo necesario para alcanzar concentraciones estables y su lenta eliminación, pero podrían ser útiles en la utilización no voluntaria o por un cumplimiento esporádico de la medicación oral. Entre las más utilizadas están el decanoato de flufenazina, el acetato y decanoato de zuclopentixol, y recientemente comercializada, la risperidona *consta* (preparación depot).

- **Empleo de medicaciones coadyuvantes en la fase aguda**

Es frecuente que se añadan otras medicaciones psicoactivas a los fármacos antipsicóticos cuando los pacientes siguen presentando síntomas psicóticos activos: litio, carbamacepina, ácido valproico y benzodiazepinas; sin embargo, la eficacia de estos tratamientos coadyuvantes no ha sido demostrada mediante ensayos clínicos aleatorizados.⁷

Se recomienda que estas medicaciones (litio, carbamacepina, ácido valproico y benzodiazepinas) se reserven para los casos en que la clozapina no sea apropiada en pacientes resistentes al tratamiento, bien por falta de eficacia, efectos adversos, preferencia del paciente o por probable falta de cumplimiento del programa de vigilancia. **Recomendación de grado C**

Además las medicaciones coadyuvantes pueden utilizarse para potenciar la respuesta en pacientes que presentan una respuesta insuficiente (especialmente con síntomas afectivos), para reducir la conducta violenta o en trastornos asociados a la esquizofrenia: antidepresivos si hay síntomas depresivos persistentes, benzodiazepinas si hay ansiedad o agitación (loracepam o clonacepam).

Se usan también medicaciones para el tratamiento de los síntomas extrapiramidales o de otros efectos secundarios, su utilización depende de la gravedad e intensidad de éstos y de la consideración de otras posibles estrategias como la reducción de la dosis antipsicótica o el cambio

de antipsicótico. En relación al uso profiláctico de medicación antiparkinsoniana hay que tener en cuenta los siguientes factores: la tendencia de la medicación antipsicótica a causar efectos secundarios extrapiramidales, las preferencias del paciente, los antecedentes de efectos secundarios extrapiramidales, otros factores de riesgo (la distonía), y los factores de riesgo y posibles consecuencias de los efectos secundarios anticolinérgicos.

- **Utilización de TEC en la fase aguda**

Puede estar indicado en los pacientes catatónicos y resistentes al tratamiento, sobre todo si estos últimos no responden o no toleran el tratamiento con clozapina, y podrían obtener beneficio de un ensayo de TEC de 8 a 20 sesiones, en especial si tienen síntomas afectivos intensos.

Los datos existentes sugieren que se debe mantener el tratamiento antipsicótico durante y después de la TEC.

Según una revisión sistemática sobre la TEC, ésta es menos efectiva que la medicación antipsicótica y puede ser utilizada como coadyuvante de ésta en pacientes que muestren una respuesta limitada sólo con la medicación (**nivel de evidencia científica Ia**).¹⁰⁸

- **Intervenciones psicosociales en la fase aguda**

Las intervenciones psicosociales irán destinadas a reducir las relaciones, situaciones, o episodios vitales que pudieran resultar estresantes o sobreestimulantes, favoreciendo la relajación o la reducción de la excitación mediante comunicaciones y expectativas sencillas, claras y coherentes, en un entorno estructurado y de baja exigencia funcional. No se recomienda la terapia psicodinámica en esta fase de la enfermedad ya que podría prolongar la desorganización o desencadenar una recidiva. **Recomendación de grado C.**

7.4. Fase de estabilización (o postcrisis)

Los objetivos son reducir al mínimo el estrés sufrido por el paciente y aportarle apoyo para reducir la posibilidad de recidiva, potenciando la adaptación del paciente a la vida en la comunidad y facilitando la reducción continuada de los síntomas y la consolidación de la remisión.

Dado el riesgo de recidiva rápida en la fase de postcrisis, se recomienda evitar la supresión o la reducción prematura del tratamiento farmacológico antipsicótico instaurado en la fase aguda; la continuación del tratamiento durante 1 o 2 años después de una crisis debe discutirse, cuando sea adecuado, con el paciente y su familia (**nivel de evidencia científica IV**).³² **Recomendación de grado C.**

Se recomiendan los programas de educación sanitaria en esta fase ya que han resultado eficaces para la enseñanza del autocontrol de la medicación (tratamiento antipsicótico de mantenimiento, efectos secundarios, etc.), autocontrol de los síntomas (identificación de signos iniciales de recidivas, prevención de éstas, y rechazo de drogas y alcohol), y habilidades sociales básicas (**nivel de evidencia científica Ib**).¹⁰⁹⁻¹¹¹ **Recomendación de grado A.**

Las intervenciones psicoterapéuticas son de apoyo pero pueden pasar a ser menos estructuradas y dirigidas que en la fase aguda.

Puede iniciarse educación sanitaria para los pacientes sobre el curso y la evolución de la enfermedad, así como de los factores que inciden sobre ésta, incluyendo el cumplimiento del tratamiento y la continuación de la iniciada en la fase aguda para los familiares. Debe intentarse involucrar activamente a los familiares en el proceso de tratamiento.

Al alta hospitalaria hay que evitar vacíos en la continuidad del tratamiento, concertando cita previa con el CSM correspondiente y ayudando al paciente a establecer objetivos realistas (sin una presión indebida para alcanzar un grado excesivo de función laboral y/o social) para evitar estrés a los pacientes o aumentar el riesgo de recidivas (**nivel de evidencia científica IV**).⁷

- **Intervenciones psicosociales en la fase de estabilización**

Según la literatura científica revisada en esta GPC, las recomendaciones sobre intervenciones psicosociales en esta fase pueden sintetizarse de la siguiente manera (ver Esquema de recomendaciones sobre intervenciones psicosociales según fases de la esquizofrenia):

En cuanto a la psicoterapia individual, en esta fase se recomienda la psicoterapia de apoyo centrada en la realidad para los pacientes moderadamente discapacitados y estables o intermitentemente estables. **Recomendación de grado C.**

También se recomienda aplicar psicoterapia cognitivo-conductual para el tratamiento de síntomas positivos y negativos resistente a los antipsicóticos. **Recomendación de grado A.**

En cuanto a la psicoterapia grupal, se recomiendan técnicas de habilidades sociales en pacientes de inicio precoz. **Recomendación de grado A.**

La periodicidad de la psicoterapia grupal en esta fase debería ser semanal aplicada durante 1 año y, posteriormente, según la evolución, ya que entre la reagudización sintomatológica y la recaída puede transcurrir menos de una semana. **Recomendación de grado A.**

En pacientes moderada o gravemente discapacitados y sobre todo en aquellos de larga evolución se recomienda intervención familiar que debe combinarse con el resto de intervenciones. Para pacientes con inicio reciente se debería valorar de forma individualizada. **Recomendación de grado A.**

Los programas de intervención familiar deberían incluir familiares de pacientes con diagnóstico homogéneo, donde el paciente participe y esté informado. La duración debería ser no inferior a 6 meses. **Recomendación de grado A.**

7.5. Fase estable (o de mantenimiento)

Los objetivos son la disminución del estrés del paciente y procurar el apoyo suficiente para reducir al mínimo el riesgo de recaída y facilitar la adaptación a la vida en comunidad, así como la mejoría de la calidad de vida, el tratamiento del aumento de los síntomas o de las recidivas y la vigilancia de los efectos adversos del tratamiento (por ejemplo la discinesia tardía).

En esta fase pueden introducirse instrucciones psicosociales específicas como la reeducación respecto a las habilidades básicas de la vida cotidiana, entrenamiento en habilidades sociales, rehabilitación cognitiva y el inicio de rehabilitación laboral.

El programa de tratamiento debe organizarse para responder rápidamente cuando el paciente, familiar o alguien próximo a él, indique la presencia de síntomas prodrómicos o exacerbación de síntomas esquizofrénicos, bien con empleo de técnicas psicoterapéuticas o ajustes de la medicación antipsicótica.

- **Empleo de fármacos antipsicóticos en la fase estable** ⁷

Es importante establecer un plan de tratamiento a largo plazo para reducir al mínimo los efectos secundarios y el riesgo de recidiva.

En pacientes con antecedentes de mal cumplimiento pueden ser de elección las presentaciones depot de acción prolongada, y estos pacientes tienden a presentar una evolución a largo plazo mejor que los tratados por vía oral.

La reducción significativa de la dosis de antipsicótico o su supresión pueden producir un empeoramiento casi inmediato.

En otros pacientes, con síntomas psicóticos mínimos, la medicación puede tener un efecto profiláctico.

La dosis de medicación de mantenimiento debe ser instaurada teniendo en cuenta que dosis demasiado altas pueden producir efectos secundarios extrapiramidales (acinesia o acatisia) que pueden reducir la adaptación a la comunidad y reducir el cumplimiento del tratamiento.

Durante el tratamiento crónico, una acinesia sutil puede manifestarse en forma de disminución del movimiento espontáneo, reducción de la conversación, apatía y dificultad en iniciar cualquier actividad. Es difícil de distinguir del deterioro negativo de la esquizofrenia o de los síntomas de la depresión.

Dosis muy bajas de antipsicóticos pueden asociarse a un mayor cumplimiento, mejor estado subjetivo, y mejor adaptación a la comunidad, pero debe tenerse en cuenta el riesgo superior de recidiva y exacerbaciones más frecuentes de los síntomas esquizofrénicos.

En pacientes estables que no presentan síntomas negativos puede estar indicada una reducción de dosis, que deberá ser reducida de forma gradual, hasta llegar como mínimo a una quinta parte de la dosis de mantenimiento habitual. **Recomendación de grado C.**

En un paciente que haya presentado sólo un episodio de sintomatología positiva y no haya sufrido ningún síntoma durante el año siguiente de tratamiento de mantenimiento puede plantearse un período de prueba sin medicación. **Recomendación de grado C.**

También se puede plantear una supresión de la medicación en pacientes con múltiples episodios previos que se hayan mantenido estables durante 5 años sin síntomas positivos y que cumplan bien el tratamiento. **Recomendación de grado C.**

Se recomienda tratamiento indefinido en pacientes con antecedentes de intentos de suicidio graves o de conductas violentas y agresivas. **Recomendación de grado C.**

Al tomar la decisión de suspender la medicación antipsicótica se deben adoptar precauciones para reducir al mínimo el riesgo de recidiva: reducción gradual de la dosis durante varios meses, visitas más frecuentes, y empleo de estrategias de intervención precoz. **Recomendación de grado C.**

En pacientes resistentes al tratamiento de la esquizofrenia, se recomienda el tratamiento con clozapina. **Recomendación de grado A.**

Es importante durante esta fase llevar a cabo educación sanitaria para el paciente y su familia respecto a los signos iniciales de recidiva.

- **TEC de mantenimiento**⁷

Se considerará su utilización cuando el paciente ha respondido a esta modalidad terapéutica o cuando el tratamiento farmacológico solo ha resultado ineficaz o no es tolerado. **Recomendación de grado C.**

- **Intervenciones psicosociales en la fase estable**

Tal como se ha ido exponiendo a lo largo de la GPC, las intervenciones psicosociales que resultan eficaces en la fase de estabilización también lo son para la fase estable o de mantenimiento (ver Esquema de recomendaciones sobre intervenciones psicosociales según fases de la esquizofrenia). Así pues, en la modalidad de psicoterapia individual, se recomienda la psicoterapia cognitivo-

conductual para el tratamiento de los síntomas positivos y negativos resistentes a los antipsicóticos.

Recomendación de grado A.

En la modalidad de psicoterapia grupal, se recomiendan las técnicas de habilidades sociales en pacientes de inicio precoz. **Recomendación de grado A.** En cuanto a la periodicidad de la psicoterapia grupal, a diferencia de la fase de estabilización, puede ser quincenal o semanal, pero debe garantizarse la continuidad del tratamiento. **Recomendación de grado B.**

También se recomienda la IF durante esta fase de la enfermedad, con las mismas consideraciones expuestas para la fase de estabilización.

Específicamente para la fase estable de la esquizofrenia, se recomienda la psicoterapia de apoyo centrada en la realidad ya que ha mostrado ser eficaz en la reducción de recidivas y la potenciación de la función social y laboral (**nivel de evidencia científica Ia**). **Recomendación de grado A.**

También específico de esta fase es la rehabilitación psicosocial. En concreto, se recomienda el entrenamiento en habilidades sociales (según el modelo de resolución de problemas) para pacientes graves o moderadamente discapacitados. También se recomienda la rehabilitación cognitiva en el entorno social del paciente ya que ha mostrado ser eficaz (a diferencia de la rehabilitación cognitiva tradicional) para la prevención de recaídas y la adaptación social. Para la rehabilitación laboral, se recomienda el enfoque de apoyo laboral pues, a diferencia de los programas de formación prelaboral, ha mostrado ser eficaz en la obtención de un empleo normalizado. **Recomendaciones de grado A.**

ESQUEMA DE RECOMENDACIONES SOBRE INTERVENCIONES PSICOSOCIALES SEGÚN FASES DE LA ESQUIZOFRENIA

FASE AGUDA (O CRISIS)	INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN C Información al paciente y a su familia sobre la enfermedad, el tratamiento y el pronóstico.	
	INTERVENCIÓN C Las intervenciones psicosociales irán destinadas a reducir las relaciones, situaciones o episodios vitales que pudieran resultar estresantes o sobreestimulantes, favoreciendo la relajación o la reducción de la excitación mediante comunicaciones y expectativas sencillas, claras y coherentes, en un entorno estructurado y de baja exigencia funcional.	
FASE DE ESTABILIZACIÓN (O POSTCRISIS)	INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN A Programas de educación sanitaria eficaces para autocontrol de la medicación, autocontrol de los síntomas y habilidades sociales básicas.	
	A Información a la familia sobre la enfermedad y estrategias de afrontamiento del estrés o de entrenamiento en la resolución de problemas.	
	INTERVENCIÓN A Psicoterapia grupal. Técnicas de habilidades sociales en pacientes de inicio precoz.	INTERVENCIÓN FAMILIAR A Abordaje familiar en pacientes moderada o gravemente discapacitados y, sobre todo, en aquellos de larga evolución. En pacientes con inicio reciente, valoración de forma individualizada. Debe combinarse con el resto de intervenciones de tratamiento.
	A Psicoterapia individual. Terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de los síntomas positivos y negativos resistentes a los antipsicóticos.	
C Psicoterapia Individual. Psicoterapia de apoyo centrada en la realidad para los pacientes moderadamente discapacitados y estables o intermitentemente estables.	A Programas para grupos de familiares de pacientes con diagnóstico homogéneo, donde el paciente participe y esté informado; con duración no inferior a 6 meses.	
C Intervenciones individual y/o grupal. Incluir visita semanal durante 1 año y posteriormente según la evolución, ya que entre la reagudización sintomatológica y la recaída puede transcurrir < 1 semana.		
FASE ESTABLE (O DE MANTENIMIENTO)	A Psicoterapia grupal. Se recomienda periodicidad semanal o quincenal, así como la continuidad de la intervención a lo largo del tiempo.	
	A Psicoterapia individual. Psicoterapia de apoyo para la resolución de problemas ya que reduce las recaídas y potencia la función social y laboral. Estrategias orientadas a la realidad.	
	A Rehabilitación psicosocial Entrenamiento en habilidades sociales, según el modelo de resolución de problemas, a pacientes graves o moderadamente discapacitados. Rehabilitación cognitiva en el entorno social del paciente para prevención de recaídas y adaptación social. Apoyo laboral a los pacientes moderada o ligeramente discapacitados para la obtención de un empleo normalizado.	

7.6. Situaciones especiales (trastornos por sustancias, suicidio, violencia, síntomas depresivos, pacientes sin hogar)

7.6.1. Trastornos relacionados con sustancias ⁷

Los trastornos relacionados con el uso de sustancias constituyen un factor de morbilidad importante cuando se producen de manera combinada con la esquizofrenia. Las estimaciones de la incidencia del uso de sustancias o la dependencia son del orden de hasta un 40% en los individuos con esquizofrenia y la incidencia a lo largo de la vida es aún mayor (de un 60% en algunos estudios).

Los trastornos relacionados con sustancias se asocian a períodos de hospitalización más frecuentes y prolongados, y a otros resultados negativos como las personas sin hogar, la violencia, la encarcelación, el suicidio y la infección por el VIH.

Se recomienda que los objetivos del tratamiento en pacientes con esta patología asociada sean los mismos que para el tratamiento de la esquizofrenia sin patología asociada, pero añadiendo a estos los objetivos relativos al problema del uso de sustancias, como por ejemplo, reducción del daño, abstinencia, prevención de recaídas y rehabilitación. **Recomendación de grado C.**

La presencia de un trastorno por uso de sustancias pasa desapercibida con frecuencia o es infravalorada en los individuos con esquizofrenia, en especial si el paciente es examinado durante un episodio psicótico agudo. La información espontánea es con frecuencia poco fiable, por lo que debe buscarse una confirmación a partir de otras fuentes, como familiares y otros terapeutas que hayan intervenido.

Los análisis de laboratorio y los estudios de detección de sustancias pueden resultar útiles para detectar o sugerir un consumo de alcohol u otras sustancias. Muchos pacientes esquizofrénicos no presentan un síndrome de dependencia fisiológica asociado a la dependencia del alcohol u otra sustancia. En consecuencia, se recomienda a los psiquiatras que tengan presentes otros indicios de un posible abuso de sustancias en esta población, como pueden ser la marginalidad, la violencia, la falta de cumplimiento del tratamiento, las exacerbaciones sintomáticas frecuentes y los conflictos familiares y económicos.

Los efectos del uso de sustancias en los síntomas esquizofrénicos son diversos, y ello dificulta la distinción de los síntomas relacionados con el uso de sustancias de los debidos a la psicosis o a ambas cosas.

La cuestión clave para la aplicación del tratamiento en esta población es desarrollar un enfoque que integre el tratamiento del trastorno por uso de sustancias y el de la esquizofrenia. En la actualidad existen muchos programas que proporcionan esta integración mediante equipos interdisciplinarios con experiencia en el tratamiento de la esquizofrenia y del trastorno por uso de sustancias. Las medicaciones antipsicóticas pueden utilizarse a las dosis habituales, pero debe informarse a los pacientes que el empleo conjunto de medicación antipsicótica y alcohol u otras sustancias puede aumentar la sedación y la falta de coordinación. Al prescribir medicamentos, el psiquiatra debe tener en cuenta la posibilidad de disminución del umbral convulsivo al utilizar fármacos antipsicóticos, así como la posibilidad de abuso de benzodiazepinas y fármacos antiparkinsonianos. Aunque, de manera poco frecuente, los fármacos antipsicóticos pueden desencadenar crisis convulsivas durante la abstinencia del alcohol o de las benzodiazepinas.

El disulfiram puede plantear un cierto riesgo para los pacientes con esquizofrenia que abusan del alcohol, puesto que puede desencadenar un episodio psicótico. Dado que tiene unos efectos físicos nocivos cuando se toma con alcohol, sólo debe utilizarse en pacientes con un juicio razonablemente bueno, que cumplan el tratamiento y que tengan un buen contacto con la realidad.

La naltrexona es un fármaco que parece reducir el deseo de alcohol y se utiliza para tratar la dependencia de opiáceos, pero no se ha estudiado a fondo en pacientes con esquizofrenia. Serán necesarios nuevos estudios sobre el empleo de naltrexona en esta población.

El planteamiento terapéutico debe ser integrado y ha de tener en cuenta los déficits cognitivos del paciente y la tolerancia limitada al estrés. En general, los grupos deben ser de apoyo y psicoeducativos. La duración y la frecuencia de las sesiones de grupo han de regularse en función del período de atención y la tolerancia de los pacientes. Los terapeutas deben mantener activamente la estructura del grupo y deben limitar el grado de estrés evitando la confrontación directa de los pacientes que es tradicional en los programas orientados al uso de sustancias.

Los pacientes deben comprender que tienen dos trastornos crónicos complejos que, conjuntamente, dan lugar a un pronóstico peor que el que tendría cada uno por separado.

Algunos estudios indican que los programas de apoyo y aceptación para estos pacientes proporcionaron resultados mejores que los programas de confrontación dirigidos a los pacientes sólo con patología adictiva⁷ (**nivel de evidencia científica Ib**).

El hecho de no haber alcanzado la abstinencia completa no debe ser un motivo de exclusión de las intervenciones recomendadas para los pacientes con esquizofrenia ni tampoco de las recomendadas para pacientes con trastorno por uso de sustancias.

7.6.2. Esquizofrenia y suicidio ⁷

El suicidio es la causa principal de muerte prematura en los pacientes con esquizofrenia. Según la revisión que se llevó a cabo para elaborar la GPC de la *American Psychiatric Association*, la incidencia de suicidios a lo largo de la vida en pacientes con esquizofrenia es de un 10% a un 13%, y se estima en un 18% a 55% el porcentaje de pacientes con esquizofrenia que intentan suicidarse.

El conocimiento de los factores de riesgo de suicidio asociados a la esquizofrenia son limitados. Algunos de ellos son comunes a los de la población general: sexo masculino, raza blanca, soltería, aislamiento social, depresión o desesperanza, falta de empleo, dependencia de sustancias, pérdidas recientes, y antecedentes personales y/o familiares de intentos de suicidio.

Otros factores de riesgo específicos son, por un lado, la juventud, con una media de edad de 33 años, mientras que en la población general el mayor riesgo se sitúa después de los 65 años; y por otro, encontrarse en los 6 primeros años siguientes a la hospitalización inicial, tener un CI elevado, un curso crónico y con un deterioro progresivo con exacerbaciones, o una percepción de la pérdida de capacidades funcionales. Otros factores de riesgo adicionales son la presencia de ideas suicidas, las alucinaciones auditivas y el alta reciente del hospital.

Se recomienda aumentar la frecuencia de las visitas ambulatorias en pacientes con alta reciente del hospital, ya que constituye un período de vulnerabilidad del paciente. **Recomendación de grado C.**

Es posible que el mayor riesgo de suicidio en la esquizofrenia se produzca en la fase de remisión. La sintomatología depresiva asociada se caracteriza principalmente por desesperanza, empobrecimiento y deterioro cognitivo, más que por síntomas diagnosticables como depresión mayor.

Muchos pacientes presentan uno o varios de estos factores de riesgo, pero no se suicidan ni intentan suicidarse, mientras que otros pueden hacerlo de manera inesperada sin que existan indicios previos de riesgo importante. No es posible predecir si un paciente concreto se quitará la vida.

Generalmente los suicidios tempranos coinciden con una clara conciencia de enfermedad incapacitante y tras la remisión de la sintomatología aguda. Los suicidios de aparición tardía coinciden con un deterioro especialmente social; generalmente son suicidios premeditados aunque pueden estar precipitados por algún acontecimiento estresante.

Una parte importante de los suicidios de pacientes esquizofrénicos se producen durante un período de remisión después de 5 a 10 años de enfermedad, como reflejo al parecer de una percepción de desespero respecto a su propia patología que puede aparecer sin ningún signo de alarma. Los familiares deben conocer esta posibilidad. Incluso con la mejor de las asistencias posibles, una parte de los pacientes esquizofrénicos es probable que fallezcan por suicidio.

No obstante, es esencial evaluar el riesgo de suicidio inicialmente y de manera regular como parte de la evaluación psiquiátrica del paciente. Las ideas suicidas o las amenazas de suicidio deben evaluarse en el contexto de la historia clínica del paciente proporcionada por él mismo y por los familiares y el terapeuta actual, si ello es posible.

Los pacientes en los que se considera que existe un riesgo elevado de suicidio deben ser hospitalizados, y deben aplicarse las precauciones necesarias para evitarlo. Es importante optimizar el tratamiento farmacológico de la psicosis y la depresión, y abordar la tendencia suicida del paciente de manera directa, con un enfoque de empatía y apoyo. Debe haber una estrecha vigilancia de los pacientes vulnerables durante los períodos de crisis personal, modificaciones del entorno o períodos de dificultad o depresión durante el curso de la enfermedad. **Recomendaciones de grado C.**

En un metaanálisis de cuatro ensayos clínicos aleatorizados, ya comentado en el apartado 6.4 de esta GPC, en el que se evaluó la efectividad de los equipos comunitarios de salud mental, versus la asistencia convencional, en el tratamiento de cualquier tipo de enfermedad mental grave.⁸³ Uno de los resultados analizados fue el suicidio. Los resultados indicaron que el tratamiento con equipos comunitarios es superior en cuanto a una mayor aceptación del tratamiento, en la reducción de ingresos hospitalarios y en la evitación de muertes por suicidio⁸³ (**nivel de evidencia científica Ia**).

Se recomienda el tratamiento en equipos de salud mental comunitaria para los trastornos mentales severos para la reducción de las muertes por suicidio. **Recomendación de grado A.**

7.6.3. Conducta violenta ⁷

La conducta violenta puede aparecer en los pacientes esquizofrénicos y su incidencia varía en función del carácter más o menos agudo o grave de la psicosis. Los factores de riesgo generales son: antecedentes de detenciones previas, uso de sustancias, presencia de alucinaciones, delirios o conductas extrañas, deterioro neurológico, ser varón, de clase socioeconómica baja, pocos estudios y soltero.

La identificación de los factores de riesgo para la violencia y las ideas violentas forma parte de la evaluación psiquiátrica estándar. En una valoración de un paciente que puede ser violento es esencial el empleo de precauciones de seguridad (personal adicional). Si un paciente plantea una amenaza grave para otras personas, el psiquiatra debe utilizar su propio criterio, en consonancia con las exigencias legales, para proteger a esas personas de un daño previsible. En los pacientes en los que existe un riesgo inminente de conducta violenta debe realizarse una evaluación para una posible hospitalización y, si está indicado, tomar precauciones al ingreso.

El tratamiento de la agresión puede realizarse a menudo con tratamiento conductual y mantenimiento en ámbito restringido. La medicación antipsicótica es el eje del tratamiento, pero también se ha descrito la utilidad de anticonvulsivantes, litio y propranolol a dosis altas, así como un posible efecto favorable de clozapina.

El tratamiento de urgencia de la violencia en la esquizofrenia puede incluir la sedación (con benzodicepinas como el diacepam a dosis de 10-20 mg intramuscular,²³ o combinada con haloperidol 5 mg intramuscular), y un entorno con restricciones. La utilización de un entorno con restricciones debe ser una medida de urgencia aplicable cuando han fracasado otras menos restrictivas, y el paciente deberá ser visitado con la frecuencia necesaria para mantener la vigilancia adecuada a los cambios del estado físico o mental. La finalización de las restricciones puede ser gradual a medida que disminuye el riesgo de auto o heteroagresividad.

Según normas éticas^o, las medidas de restricciones sólo pueden ser aplicadas si derivan de un plan terapéutico y se cumplen los siguientes criterios:

- Una indicación clínica individualizada y limitada en el tiempo.
- Una necesidad expresa de orden médica previa. En una situación de urgencia y en el caso de que enfermería emprenda alguna acción, se debe comunicar lo más rápido posible al médico de referencia para que dé su aprobación.
- Un carácter de excepcionalidad y con finalidad exclusivamente terapéutica, que se sustenta en el principio del beneficio de la persona.
- La medida anterior debe ser razonablemente efectiva y debe aportar muy claramente más beneficios que riesgos.
- No hay unas formas alternativas menos restrictivas para ofrecer a la persona el tratamiento que requiere.
- En ningún caso se podrán emplear como castigo o forma de control.

^o *White Paper on the protection of the human rights and dignity of people suffering from mental disorder, especially those placed as involuntary patients in a psychiatric establishment. CM (2000)23 Addendum, 10.2.2000. Committee of Ministers. Council of Europe.*

- En ningún caso no deben responder a razones extraclínicas, como por ejemplo para paliar una falta de personal.
- Las acciones se deben realizar por personal sanitario con nivel de conocimiento y formación suficientes.
- Al paciente se le tiene que facilitar una cuidada información previa, procurando en la medida de lo posible que dé el consentimiento. Se informará también a la familia y, a la vez, se intentará obtener su colaboración en el proceso de tratamiento.
- Las acciones se realizarán siempre tratando al paciente con la máxima dignidad y respeto, y vigilando la garantía de sus derechos constitucionales.
- La restricción debe basarse siempre en una disminución de la competencia mental del paciente debida a su estado psicopatológico. No es aceptable la idea de que se hace “por su beneficio” si su conducta es responsable y el paciente es competente.
- Las medidas restrictivas indicadas tienen que constar siempre en las órdenes médicas de la historia clínica.

7.6.4. Síntomas depresivos ⁷

Los síntomas depresivos se producen con frecuencia en el marco de la psicopatología de la esquizofrenia. Cuando se dan en la fase aguda de la enfermedad se ha de realizar un diagnóstico diferencial del trastorno esquizoafectivo. La adición de un antidepresivo durante la fase aguda debe realizarse con precaución ya que se pueden exacerbar los síntomas psicóticos. Se debe realizar el tratamiento de forma secuencial.

Los síntomas depresivos que persisten después de la remisión de los síntomas psicóticos o que aparecen después de la remisión de éstos se denominan síntomas depresivos “residuales” o “secundarios” (postpsicóticos) y se ha demostrado que responden al tratamiento antidepresivo.

Al igual que ocurre con los síntomas negativos de un estado de déficit, la depresión secundaria debe diferenciarse de otros posibles trastornos causales:

- Trastornos médicos generales
- Trastornos inducidos por sustancias
- Efectos secundarios extrapiramidales de los antipsicóticos: acatisia y acinesia. Esta “depresión” puede desaparecer disminuyendo la dosis del antipsicótico o añadiendo un fármaco anticolinérgico.
- La desmoralización por el efecto de la enfermedad y reacciones “situacionales” de crisis personales o modificaciones del entorno que requieren de mayor vigilancia del enfermo y un enfoque de empatía y apoyo.

El tratamiento antidepresivo está indicado cuando los síntomas cumplen criterios sindrómicos establecidos para el trastorno depresivo mayor y causan molestias o interferencias importantes en la función.

- Se pueden utilizar los antidepresivos tricíclicos ya que las concentraciones hemáticas de algunos antidepresivos aumentan con la administración simultánea de AP, los pacientes deben ser objeto de vigilancia para identificar signos de toxicidad, en especial durante la fase de ajuste de dosis
- También se pueden utilizar los ISRS, para un mejor perfil de efectos secundarios.

7.6.5. Pacientes sin hogar

La prevalencia de esquizofrenia entre los pacientes sin hogar varía, según los estudios y los contextos, de un 2% a un 43%; en España varía de un 18% a un 26%.¹¹²

Entre los pacientes con esquizofrenia, los factores de riesgo de quedarse sin hogar después del alta hospitalaria pueden ser, según un estudio longitudinal:¹¹³ comorbilidad con trastorno por uso de sustancias, persistencia de síntomas psiquiátricos -por ejemplo, BPRS > 40- y función global disminuida - por ejemplo, GAS^P < 43- (**nivel de evidencia científica III**).

No sería razonable pensar que los problemas de los pacientes con esquizofrenia sin hogar pueden ser solucionados desde los servicios de salud mental solamente. Sin embargo, los profesionales de salud mental pueden detectar los pacientes con alto riesgo de quedarse sin hogar y actuar de manera preventiva interviniendo sobre los factores de riesgo conocidos.

Se recomienda seguir a los pacientes después del alta hospitalaria y prestar especial atención a la comorbilidad por uso de sustancias, a los síntomas psiquiátricos y a la función global para prevenir el riesgo de que se queden sin hogar. **Recomendación de grado B.**

En cuanto a la asistencia clínica de los pacientes sin hogar, aunque no existe suficiente evidencia científica que evalúe la eficacia de las intervenciones y a la espera de que se lleven a cabo los estudios pertinentes, se recoge en esta GPC lo esgrimido anteriormente por otros estudios.⁷

Para los pacientes sin hogar con esquizofrenia se recomiendan medidas forzadas, tratamiento y apoyo en la transición al alojamiento. **Recomendación de grado C.**

^P El *Global Assessment Scale* (GAS) es una escala de medida que evalúa el funcionamiento general del paciente psiquiátrico. Una nueva versión de ésta es la escala GAF, *Global Assessment of Functioning*.

8. RED ASISTENCIAL PARA LA ATENCIÓN A LA ESQUIZOFRENIA. DISPOSITIVOS, PROGRAMAS Y SERVICIOS.

Como se señalaba en la introducción, el objetivo de esta GPC es elaborar unas recomendaciones sobre las actuaciones diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación para aquellas personas que padecen un trastorno esquizofrénico y que resulten aplicables desde los dispositivos de salud mental.

Por esta razón se deben examinar las condiciones de aplicabilidad en función del sistema sanitario general y, más en particular, de las características y desarrollo alcanzado por las redes de salud mental de utilización pública.

Nuestro entorno sanitario ofrece condiciones favorables para la atención a personas con trastorno esquizofrénico. En primer lugar, por tratarse de un sistema nacional de salud que garantiza la universalidad de acceso a las prestaciones sanitarias. En segundo lugar, por ofrecer un sistema sectorizado y escalonado de atención sanitaria. Y, en tercer lugar, por ofrecer redes asistenciales especializadas en la atención a la salud mental.

Sin embargo, el diferente nivel de evolución general del sistema sanitario y de la reforma psiquiátrica en particular, los distintos grados de integración de la asistencia psiquiátrica y el desigual desarrollo de los recursos sociales, condicionan en gran medida el acceso, la utilización y la coordinación de todos estos recursos.

La red sanitaria general ofrece desde su primer escalón con la atención primaria de salud el punto inicial para la detección precoz y la derivación a los servicios especializados, pero también el ámbito idóneo para una continuidad de atención del estado general del paciente y de acompañamiento a las familias. Sería recomendable consensuar entre ambos niveles sanitarios, primario y especializado, unos criterios de derivación desde el primero al segundo.

Las redes de salud mental de utilización pública que se han desplegado acostumbran a inspirarse en las ideas y principios de la psiquiatría comunitaria, y presentan un conjunto de dispositivos para el abordaje de los diferentes momentos y circunstancias por las que atraviesan las personas con trastorno esquizofrénico.

En general, dichos dispositivos se diferencian por su carácter ambulatorio u hospitalario por ofrecer una asistencia total o parcial y por la extensión diaria y horaria de sus prestaciones. Pero también por la accesibilidad, intensidad y continuidad de la atención que ofrecen.

Estas redes acostumbran a incluir dispositivos de tratamiento ambulatorio en la forma de centros de salud mental, hospitalización total para pacientes agudos y subagudos, hospitalización en régimen de comunidad terapéutica, hospitalización de media y larga estancia o de rehabilitación hospitalaria, residencias psiquiátricas y pisos asistidos, unidades de hospitalización parcial como hospitales de día, servicios de urgencias y de rehabilitación psicosocial. Estos dispositivos, a su vez, presentan diferencias cuando acogen a poblaciones de edad infantil y juvenil, adulta o geriátrica.

Para formular unas condiciones idóneas para las prestaciones de salud mental se debe tener en cuenta la interrelación entre los diferentes momentos de la evolución o presentación del trastorno, los objetivos terapéuticos de cada fase, los distintos dispositivos existentes y los servicios que éstos deben facilitar (ver Tabla 6).

Tabla 6. Prestaciones de salud mental según fase de la enfermedad, objetivos terapéuticos, dispositivos, programas y servicios

FASE	OBJETIVOS	DISPOSITIVOS	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	PROGRAMAS
AGUDA Crisis	Disminuir síntomas agudos Mejorar la función social	Centros de salud mental Hospitalización de agudos Hospitalización de día Servicios de urgencias	Diagnóstico y evaluación Psicofarmacológico Terapia electroconvulsiva Intervención individual Intervención familiar	Tratamiento comunitario asertivo Gestión de casos
ESTABILIZACIÓN Postcrisis	Lograr una disminución continuada de síntomas Mejorar la adaptación comunitaria Dar apoyo para la disminución del estrés sufrido Consolidar la remisión y disminuir la posibilidad de recidivas	Centros de salud mental Hospitalización de día Comunidad terapéutica Hospitalización de subagudos Hospitalización de media y larga estancia/unidades hospitalarias de rehabilitación	Diagnóstico y evaluación Psicofarmacológico Intervención individual Intervención grupal Intervención familiar Educación sanitaria y psicoeducación	
ESTABLE De mantenimiento	Dar apoyo para la disminución del estrés Disminuir el riesgo de recaídas Aumentar la adaptación comunitaria Mejorar la calidad de vida	Centros de salud mental Servicio de rehabilitación Residencias psiquiátricas Pisos asistidos	Diagnóstico y evaluación Psicofarmacológico Intervención individual Intervención grupal Intervención familiar Educación sanitaria y psicoeducación Habilidades sociales Rehabilitación cognitiva Rehabilitación laboral Apoyo a la inserción comunitaria Apoyo a la vivienda	

La existencia de los tres momentos evolutivos contemplados y la diversidad de dispositivos y servicios que intervienen en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del trastorno esquizofrénico plantean el problema de la continuidad asistencial y de la articulación de los diferentes recursos asistenciales.

Una línea de respuesta a estos problemas está en la configuración de programas longitudinales de coordinación de dispositivos y servicios, así como de programas transversales de articulación de las prestaciones. Tanto en un caso como en otro se trata de garantizar unos mínimos exigibles en cuanto a la calidad asistencial en el tratamiento de personas con trastorno esquizofrénico.

Los programas longitudinales deben garantizar fundamentalmente la continuidad asistencial entre dispositivos, y muy particularmente entre el ámbito ambulatorio y el hospitalario, en evitación de la interrupción de los tratamientos en curso y de la desvinculación de pacientes de la red asistencial. Deben asegurar también la transmisión de la información diagnóstica, clínica y terapéutica relevante.

Por otra parte, los programas transversales deben estar orientados a integrar de forma adecuada los distintos servicios coincidentes en un momento dado y la adherencia de la persona y su familia a la asistencia que se les ofrece.

Algunos de los programas que intentan alcanzar dichos objetivos contemplan los momentos evolutivos del trastorno esquizofrénico como, por ejemplo, los primeros episodios y las fases tempranas de la esquizofrenia o, por el contrario, fases más avanzadas del trastorno, como en la organización de intervenciones dirigidas al trastorno mental severo. También se han contemplado programas que parten de las especiales dificultades para la vinculación con los dispositivos o de la mayor gravedad clínica en condiciones ambulatorias, como ocurre con los programas de tratamiento comunitario asertivo o de gestión de casos.

Finalmente, cabe destacar la importancia de que el conjunto de las actuaciones y programas contemplen todas aquellas normas deontológicas y legales que afectan a la práctica asistencial y que deben presidir la relación entre los equipos asistenciales y las personas con trastorno esquizofrénico y sus familias. Esto es especialmente importante cuando se trata de incorporar a las personas con trastorno esquizofrénico y a sus familiares como participantes activos de todo el proceso asistencial.

9. BIBLIOGRAFÍA

- 1 Field MJ, Lohr KN. editores. Guidelines for Clinical Practice: From development to use. Washington D.C.: Committee on Clinical Practice Guidelines, Division of Health Care Services, and Institute of Medicine. 1992.
- 2 Acute Pain Management Guideline Panel. Acute pain management: operative or medical procedures and trauma. Clinical practice guideline. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research. 1992.
- 3 Hospital in-patient management of acute asthma attacks source. Edinburgh, Scotland: Scottish Intercollegiate Guidelines Network. 1996. Informe Núm.6.
- 4 Canadian clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia. The Canadian Psychiatric Association. Can J Psychiatry 1998;43(Suppl 2):25S-40S.
- 5 Consenso español sobre evaluación y tratamiento de la esquizofrenia. Madrid: Sociedad Española de Psiquiatría. 1998.
- 6 Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001;40(7 Suppl):4S-23S.
- 7 American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. Am J Psychiatry 1997;154(4 Suppl):1-63.
- 8 McEvoy JP, Scheifler PL, Frances A. Treatment of schizophrenia 1999. The expert consensus guideline series. J Clin Psychiatry 1999;60(Suppl 11):3-80.
- 9 Practice Enhancement Division. Treating schizophrenia. Montréal, Québec: Collège des Médecins du Québec.Public Affairs and Communications Department. 1999.
- 10 Psychosocial interventions in the management of schizophrenia. A national clinical guideline . Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). 1998. Informe Núm.30 SIGN publication.
- 11 Strategies therapeutiques a long term dans les psychoses schizophréniques. Paris: Fédération Française de Psychiatrie. 1994.
- 12 Miller AL, Chiles JA, Chiles JK, Crismon ML, Rush AJ, Shon SP. The Texas Medication Algorithm Project (TMAP) schizophrenia algorithms. J Clin Psychiatry 1999;60(10):649-57.

- 13 Lehman AF, Steinwachs DM. Translating research into practice: the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations. *Schizophr Bull* 1998;24(1):1-10.
- 14 Ey H. *Traité des hallucinations*. Paris: Masson ; 1973.
- 15 Kraepelin E. *Introduction a la psychiatrie clinique*. Paris: Vigon ; 1907.
- 16 Bleuer E. *Tratado de psiquiatria*. Madrid: Calpe ; 1924.
- 17 Health Council of the Netherlands. Screening and treatment of adolescents with schizophrenia. The Hague, Netherlands: Health Council of the Netherlands. 1999. Informe Núm.1999/08E.
- 18 Vazquez-Barquero JL, Cuesta Nunez MJ, de I, V, Herrera CS, Gaité L, Arenal A. The Cantabria first episode schizophrenia study: a summary of general findings. *Acta Psychiatr Scand* 1995;91(3):156-62.
- 19 Othmer E, Othmer SC. *DSM-IV-TR: la entrevista clínica (T.I.) Fundamentos*. Barcelona: Editorial Masson-Salvat ; 2002.
- 20 Clasificación de trastornos mentales CIE 10. Criterios de la OMS . 2002.[en línea]. URL disponible a: <http://www.psycoactiva.com/cie10/cie1.htm> Data d'accés: 18-12-02.
- 21 Chinchilla Moreno A. *Guía terapeutica de las esquizofrenias*. Barcelona: Masson ; 2000.
- 22 Baldessarini RJ, Cohen BM, Teicher MH. Significance of neuroleptic dose and plasma level in the pharmacological treatment of psychoses. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45(1):79-91.
- 23 Soler PA, Gascon J. *RTM II. Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales*. Comité de consenso de Catalunya en terapéutica de los trastornos mentales. Barcelona: Masson ; 1999.
- 24 Kaplan HI, Sadock BI, Grebb JA. *Kaplan and Shadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry*. 7a. ed. Baltimore: Williams & Wilkins ; 1994.
- 25 Bagnall AM, Jones L, Ginnelly L, Lewis R, Glanville J, Gilbody S, Davies L, Torgerson D, Eijnen J. A systematic review of atypical antipsychotic drugs in schizophrenia. Southamphthon, United Kingdom: Health Technology Assessment NHS R&D HTA Programme. 2003. Informe Núm.VOL 7(13).
- 26 Kane J, Honigfeld G, Singer J, Meltzer H. Clozapine for the treatment-resistant schizophrenic. A double-blind comparison with chlorpromazine. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45(9):789-96.
- 27 Stahl SM. *Essential psychopharmacology of depression and bipolar disorder*. London: Cambridge University.Press ; 2001.

- 28 Bondolfi G, Dufour H, Patris M, May JP, Billeter U, Eap CB et al. Risperidone versus clozapine in treatment-resistant chronic schizophrenia: a randomized double-blind study. The Risperidone Study Group. *Am J Psychiatry* 1998;155(4):499-504.
- 29 Kasper S, Muller-Spahn F. Review of quetiapine and its clinical applications in schizophrenia. *Expert Opin Pharmacother* 2000;1(4):783-801.
- 30 Aranza JR, Garcia E, Sádaba B, Muñoz MJ. Ziprasidona. *Farmacología práctica. Actas Esp Psiquiatr* 2002;30(Monográfico 2):1-9.
- 31 McGavin JK, Goa KL. Aripiprazole. *CNS Drugs* 2002;16(11):779-86.
- 32 National Collaborating Centre for Mental Health. Schizophrenia. Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care. London: National Institute for Clinical Excellence (NHS). 2002. Informe Núm.1. Clinical Guideline.
- 33 Jackson CW, Markowitz JS, Brewerton TD. Delirium associated with clozapine and benzodiazepine combinations. *Ann Clin Psychiatry* 1995;7(3):139-41.
- 34 Hatta K, Takahashi T, Nakamura H, Fujii S, Yamashiro H, Asukai N et al. Prolonged upper airway instability in the parenteral use of benzodiazepine with levomepromazine. *J Clin Psychopharmacol* 2000;20(1):99-101.
- 35 Rojo JE, Vallejo J. *Terapia electroconvulsiva*. Barcelona: Masson-Salvat ; 1994.
- 36 Sociedad Española de Psiquiatría. Consenso español de expertos para recomendaciones de actuación en el tratamiento de la esquizofrenia. Madrid: Sociedad Española de Psiquiatría. 2000.
- 37 Fernandez-Liria A, Hernandez-Monsalve M, Rodriguez-Vega B. (coordinadores). *Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración*. Madrid: Asociación Española de neuropsiquiatría. 1997. Informe Núm.19.
- 38 Fenton WS. Evolving perspectives on individual psychotherapy for schizophrenia. *Schizophr Bull* 2000;26(1):47-72.
- 39 Hogarty GE, Goldberg SC, Schooler NR. Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients. III. Adjustment of nonrelapsed patients. *Arch Gen Psychiatry* 1974;31(5):609-18.
- 40 Hogarty GE, Goldberg SC, Schooler NR, Ulrich RF. Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients. II. Two-year relapse rates. *Arch Gen Psychiatry* 1974;31(5):603-8.
- 41 Frank AF, Gunderson JG. The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. Relationship to course and outcome. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47(3):228-36.

- 42 Gunderson JG, Frank AF, Katz HM, Vannicelli ML, Frosch JP, Knapp PH. Effects of psychotherapy in schizophrenia: II. Comparative outcome of two forms of treatment. *Schizophr Bull* 1984;10(4):564-98.
- 43 Carpenter WT, Jr. Thoughts on the treatment of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1986;12(4):527-39.
- 44 Hogarty GE, Greenwald D, Ulrich RF, Kornblith SJ, DiBarry AL, Cooley S et al. Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, II: Effects on adjustment of patients. *Am J Psychiatry* 1997;154(11):1514-24.
- 45 Hogarty GE, Kornblith SJ, Greenwald D, DiBarry AL, Cooley S, Ulrich RF et al. Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, I: Description of study and effects on relapse rates. *Am J Psychiatry* 1997;154(11):1504-13.
- 46 Cormac I, Jones C, Campbell C, Silveira da Mota J. Cognitive behaviour therapy for schizophrenia (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(1).
- 47 Gould RA, Mueser KT, Bolton E, Mays V, Goff D. Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: an effect size analysis. *Schizophr Res* 2001;48(2-3):335-42.
- 48 Rector NA, Beck AT. Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: an empirical review. *J Nerv Ment Dis* 2001;189(5):278-87.
- 49 Malmberg L, Fenton M. Individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia and severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(2).
- 50 Scott JE, Dixon LB. Psychological interventions for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995;21(4):621-30.
- 51 Kanas N. Group therapy with schizophrenics: a review of controlled studies. *Int J Group Psychother* 1986;36(3):339-60.
- 52 Hogarty GE, Kornblith SJ, Greenwald D, DiBarry AL, Cooley S, Flesher S et al. Personal therapy: a disorder-relevant psychotherapy for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995;21(3):379-93.
- 53 Mosher LR, Keith SJ. Psychosocial treatment: individual, group, family, and community support approaches. *Schizophr Bull* 1980;6(1):10-41.
- 54 Schooler NR, Keith SJ. The clinical research base for the treatment of schizophrenia. *Psychopharmacol Bull* 1993;29(4):431-46.
- 55 Herz MI, Lamberti JS, Mintz J, Scott R, O'Dell SP, McCartan L et al. A program for relapse prevention in schizophrenia: a controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57(3):277-83.

- 56 Marder SR, Wirshing WC, Mintz J, McKenzie J, Johnston K, Eckman TA et al. Two-year outcome of social skills training and group psychotherapy for outpatients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1996;153(12):1585-92.
- 57 Ascher-Svanum H, Whitesel J. A randomized controlled study of two styles of group patient education about schizophrenia. *Psychiatr Serv* 1999;50(7):926-30.
- 58 Smith TE, Hull JW, Romanelli S, Fertuck E, Weiss KA. Symptoms and neurocognition as rate limiters in skills training for psychotic patients. *Am J Psychiatry* 1999;156(11):1817-8.
- 59 Hornung WP, Feldmann R, Klingberg S, Buchkremer G, Reker T. Long-term effects of a psychoeducational psychotherapeutic intervention for schizophrenic outpatients and their key-persons--results of a five-year follow-up. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1999;249(3):162-7.
- 60 Brown G, Carstairs JM, Topping GG. The post-hospital adjustment of chronic mental patients. *The Lancet* 1958;11:685-9.
- 61 Butzlaff RL, Hooley JM. Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55(6):547-52.
- 62 Pharoah FM, Mari JJ, Streiner D. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(2).
- 63 Barbato A, D'Avanzo B. Family interventions in schizophrenia and related disorders: a critical review of clinical trials. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102(2):81-97.
- 64 Pitschel-Walz G, Leucht S, Bauml J, Kissling W, Engel RR. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia--a meta-analysis. *Schizophr Bull* 2001;27(1):73-92.
- 65 Bustillo JR, Lauriello J, Horan WP, Keith SJ. Actualización deñ tratamiento psicosocial de la esquizofrenia. *Am J Psychiatry (Edic España)* 2001;4(2):104-16.
- 66 Huxley NA, Rendall M, Sederer L. Psychosocial treatments in schizophrenia: a review of the past 20 years. *J Nerv Ment Dis* 2000;188(4):187-201.
- 67 McFarlane WR, Lukens E, Link B, Dushay R, Deakins SA, Newmark M et al. Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52(8):679-87.
- 68 Sellwood W, Barrowclough C, Tarrier N, Quinn J, Mainwaring J, Lewis S. Needs-based cognitive-behavioural family intervention for carers of patients suffering from schizophrenia: 12-month follow-up. *Acta Psychiatr Scand* 2001;104(5):346-55.
- 69 Barrowclough C, Tarrier N, Lewis S, Sellwood W, Mainwaring J, Quinn J et al. Randomised controlled effectiveness trial of a needs-based psychosocial intervention service for carers of people with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1999;174:505-11.

- 70 Gisbert C, Coordinación. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) ; 2002.
- 71 Bellack AS, Mueser KT. Psychosocial treatment for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1993;19(2):317-36.
- 72 Penn DL, Mueser KT. Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1996;153(5):607-17.
- 73 Liberman RP, Wallace CJ, Blackwell G, Kopelowicz A, Vaccaro JV, Mintz J. Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1998;155(8):1087-91.
- 74 Spaulding WD, Reed D, Sullivan M, Richardson C, Weiler M. Effects of cognitive treatment in psychiatric rehabilitation. *Schizophr Bull* 1999;25(4):657-76.
- 75 Hayes RL, McGrath JJ. Cognitive rehabilitation for people with schizophrenia and related conditions. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(2).
- 76 Velligan DI, Bow-Thomas CC, Huntzinger C, Ritch J, Ledbetter N, Prihoda TJ et al. Randomized controlled trial of the use of compensatory strategies to enhance adaptive functioning in outpatients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2000;157(8):1317-23.
- 77 Crowther R, Marshall M, Bond G, Huxley P. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(2).
- 78 Bond GR, Becker DR, Drake RE, Rapp CA, Meisler N, Lehman AF et al. Implementing supported employment as an evidence-based practice. *Psychiatr Serv* 2001;52(3):313-22.
- 79 Drake RE, Mueser KT, Torrey WC, Miller AL, Lehman AF, Bond GR et al. Evidence-based treatment of schizophrenia. *Curr Psychiatry Rep* 2000;2(5):393-7.
- 80 Chilvers R, Macdonald GM, Hayes AA. Supported housing for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(2):CD000453.
- 81 Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG. Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophr Bull* 1998;24(1):37-74.
- 82 Lehman AF, Steinwachs DM. Patterns of usual care for schizophrenia: initial results from the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) Client Survey. *Schizophr Bull* 1998;24(1):11-20.
- 83 Tyrer P, Coid J, Simmonds S, Joseph P, Marriott S. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(2).
- 84 Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(2).

- 85 Marshall M, Gray A, Lockwood A, Green R. Case management for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(2).
- 86 Hollis C. Child and adolescent (juvenile onset) schizophrenia. A case control study of premorbid developmental impairments. *Br J Psychiatry* 1995;166(4):489-95.
- 87 Olin SC, Mednick SA. Risk factors of psychosis: identifying vulnerable populations premorbidly. *Schizophr Bull* 1996;22(2):223-40.
- 88 Eaton WW, Badawi M, Melton B. Prodromes and precursors: epidemiologic data for primary prevention of disorders with slow onset. *Am J Psychiatry* 1995;152(7):967-72.
- 89 Hans SL, Marcus J, Nuechterlein KH, Asarnow RF, Styr B, Auerbach JG. Neurobehavioral deficits at adolescence in children at risk for schizophrenia: The Jerusalem Infant Development Study. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56(8):741-8.
- 90 Cuesta MJ, Peralta V, Caro F. Premorbid personality in psychoses. *Schizophr Bull* 1999;25(4):801-11.
- 91 McCreddie RG, Connolly MA, Williamson DJ, Athawes RW, Tilak-Singh D. The Nithsdale Schizophrenia Surveys. XII. 'Neurodevelopmental' Schizophrenia: a search for clinical correlates and putative aetiological factors. *Br J Psychiatry* 1994;165(3):340-6.
- 92 Kentros M, Smith TE, Hull J, McKee M, Terkelsen K, Capalbo C. Stability of personality traits in schizophrenia and schizoaffective disorder: a pilot project. *J Nerv Ment Dis* 1997;185(9):549-55.
- 93 Huber G. The heterogeneous course of schizophrenia. *Schizophr Res* 1997;28(2-3):177-85.
- 94 Yung AR, McGorry PD, McFarlane CA, Jackson HJ, Patton GC, Rakkar A. Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. *Schizophr Bull* 1996;22(2):283-303.
- 95 Altman H, Collins M, Mundy P. Subclinical hallucinations and delusions in nonpsychotic adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 1997;38(4):413-20.
- 96 Peralta V y Cuesta MJ. Síntomas prodrómicos en la esquizofrenia. *Upd Psiquiatr* 2000;(7):91-104.
- 97 Jimenez O, Dieguez J, Castro E. Detección e intervención precoces en la esquizofrenia. *Psiquiatr Publ* 1999;11(1):54-7.
- 98 McGorry PD. The nature of schizophrenia: signposts to prevention. *Aust N Z J Psychiatry* 2000;34(Suppl):S14-S21.
- 99 Obiols JE, Barrantes N. Evaluación psicobiológica de la esquizofrenia. *Inf Psiquiatr* 2002;168(2):217-24.

- 100 Larsen TK, Friis S, Haahr U, Joa I, Johannessen JO, Melle I et al. Early detection and intervention in first-episode schizophrenia: a critical review. *Acta Psychiatr Scand* 2001;103(5):323-34.
- 101 McGlashan TH, Johannessen JO. Early detection and intervention with schizophrenia: rationale. *Schizophr Bull* 1996;22(2):201-22.
- 102 Joy CB, Adams CE, Lawrie SM. Haloperidol versus placebo for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(1).
- 103 Kennedy E, Song F, Hunter R, Clarke A, Gilbody S. Risperidone versus typical antipsychotic medication for schizophrenia (Cochrane review). *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(1).
- 104 Duggan L, Fenton M, Dardennes RM, El-Dosoky A, Indran S. Olanzapine for schizophrenia (Cochrane review). *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(1).
- 105 Srisurapanont M, Disayavanish C, Taimkaew K. Quetiapine for schizophrenia (Cochrane review). *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(1).
- 106 Wahlbeck K, Cheine M, Essali A. Clozapine versus typical neuroleptic medication for schizophrenia (Cochrane review). *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(1).
- 107 Gilbody SM, Bagnall AM, Duggan L, Tuunainen A. Risperidone versus other atypical antipsychotic medication for schizophrenia (Cochrane review). *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(1).
- 108 Tharyan P, Adams CE. Electroconvulsive therapy for schizophrenia (Cochrane review). *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(1).
- 109 Eckman TA, Wirshing WC, Marder SR, Liberman RP, Johnston-Cronk K, Zimmermann K et al. Technique for training schizophrenic patients in illness self-management: a controlled trial. *Am J Psychiatry* 1992;149(11):1549-55.
- 110 Wallace CJ, Liberman RP, MacKain SJ, Blackwell G, Eckman TA. Effectiveness and replicability of modules for teaching social and instrumental skills to the severely mentally ill. *Am J Psychiatry* 1992;149(5):654-8.
- 111 Eckman TA, Liberman RP, Phipps CC, Blair KE. Teaching medication management skills to schizophrenic patients. *J Clin Psychopharmacol* 1990;10(1):33-8.
- 112 Martens WH. A review of physical and mental health in homeless persons. *Public Health Rev* 2001;29(1):13-33.
- 113 Olfson M, Mechanic D, Hansell S, Boyer CA, Walkup J. Prediction of homelessness within three months of discharge among inpatients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 1999;50(5):667-73.

ANEXO 1. EQUIPO DE DESARROLLO DE LA GPC

Maite San Emeterio, psiquiatra

Centro de Salud Mental de Adultos de Les Corts. CHM Les Corts (Barcelona)

Marta Aymerich, investigadora

Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques

Gustavo Faus, psiquiatra

Centro de Salud Mental de Adultos de la derecha de la *Eixample*. CPB-SSM (Barcelona)

Imma Guillamón, técnica

Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques

Josep M. Illa, psiquiatra

Hospital de día para adolescentes de Gavá. Fundación Orienta (Gavá)

Lluís Lalucat, psiquiatra

Centro de Higiene Mental Les Corts

Carles Martínez, psiquiatra

Centro de Salud Mental de Adultos de Osona. Fundación CMP Osona (Vic)

Ignasi Sánchez, psiquiatra

Hospital de día del *Maresme*. Comunidad Terapéutica del Maresme, SSM (*Malgrat de Mar*)

Mercè Teixidó, psiquiatra

Centro de Salud Mental de Adultos de *Sarrià-Sant Gervasi*. CHM Les Corts (Barcelona)

ANEXO 2. COMPARACIÓN DE LA CALIDAD METODOLÓGICA DE LAS GPC Y RECOMENDACIONES SOBRE ESQUIZOFRENIA SEGÚN EL CUESTIONARIO AGREE

De la búsqueda bibliográfica citada en el apartado 2 de esta GPC se obtuvieron 10 GPC que fueron las siguientes:

Referencia bibliográfica	Abreviación utilizada en este anexo
Canadian clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia. The Canadian Psychiatric Association. Can J Psychiatry 1998; 43(Suppl 2):25S-40S.	Canadian, 98
Consenso español sobre evaluación y tratamiento de la esquizofrenia. Madrid: Sociedad Española de Psiquiatría. 1998.	Consens EE, 00
Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001; 40(7 Suppl):4S-23S.	Children, 94 (99)
American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. Am J Psychiatry 1997; 154(4 Suppl):1-63.	APA, 96 (2000)
McEvoy JP, Scheifler PL, Frances A. Treatment of schizophrenia 1999. The expert consensus guideline series. J Clin Psychiatry 1999; 60(Suppl 11):3-80.	Consens EUA, 99
Practice Enhancement Division. Treating schizophrenia. Montréal, Québec: Collège des Médecins du Québec. Public Affairs and Communications Department. 1999.	Québec, 99
Psychosocial interventions in the management of schizophrenia. A national clinical guideline. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). 1998. Informe Núm.30 SIGN publication.	SIGN, 98
Strategies therapeutiques a long term dans les psychoses schizophréniques. Paris: Fédération Française de Psychiatrie et ANDEM, 1994.	ANDEM, 94
Miller AL, Chiles JA, Chiles JK, Crismon ML, Rush AJ, Shon SP. The Texas Medication Algorithm Project (TMAP) schizophrenia algorithms. J Clin Psychiatry 1999; 60(10):649-57.	TMAP, 99
Lehman AF, Steinwachs DM. Translating research into practice: the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations. Schizoph Bull 1998; 24(1):1-10.	PORT, 98

Además, fue identificada otra GPC pero al tratarse exclusivamente del ámbito penitenciario fue excluida⁹. Tal como se indicaba en la guía (ver pie de página a), el *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) británico publicó una GPC en diciembre de 2002, pero no ha sido incluida en la presente evaluación puesto que ésta fue previa a la aparición de la GPC del NICE.

A los documentos obtenidos y seleccionados se les aplicó, por parte de dos revisores independientes, el cuestionario AGREE de evaluación de GPC que contiene 23 ítems distribuidos en 6

⁹ Buscema CA, Abbasi QA, Barry DJ, Lauve TH. An Algorithm for the treatment of Schizophrenia in the Correctional Setting: The Forensic Algorithm Project. J Clin Psychiatry 2000;61:767-783.

áreas:^f 1) alcance y objetivo (ítems 1-3), se refiere al propósito general de la guía, a las preguntas clínicas específicas y a la población diana de pacientes; 2) participación de los implicados (ítems 4-7), se refiere al grado en el que la guía representa los puntos de vista de los usuarios a los que está destinada; c) rigor en la elaboración (ítems 8-14), hace referencia al proceso utilizado para sintetizar la evidencia científica, los métodos para formular las recomendaciones y para actualizarlas; d) claridad y presentación (ítems 15-18), se ocupa del lenguaje y del formato de la guía; e) aplicabilidad (ítems 19-21), hace referencia a las posibles implicaciones de la aplicación de la guía en aspectos organizativos, de comportamiento y de costes; f) independencia editorial (ítems 22-23), tiene que ver con la independencia de las recomendaciones y el reconocimiento de los posibles conflictos de intereses por parte del grupo de desarrollo de la guía.

Los resultados por dimensiones pueden observarse en los Gráficos 1 a 6. Las puntuaciones se expresan en base 100 y están estandarizadas según la puntuación máxima y mínima posible en cada dimensión. Tal como recomienda el equipo de investigación AGREE, las puntuaciones de las 6 dimensiones son necesariamente independientes y no se puede obtener una puntuación global. Cabe decir que si bien los resultados de este cuestionario pueden utilizarse para comparar GPC, la recomendación de AGREE es que no se pueden establecer umbrales que identifiquen una GPC como "buena" o "mala".

Así pues, con el propósito de seleccionar las GPC de mejor calidad, el grupo de trabajo decidió dar mayor importancia a tres de las dimensiones (rigor en la elaboración –dimensión 3-, claridad y presentación –dimensión 4 y aplicabilidad –dimensión 5), coincidiendo en ese criterio con otra evaluación de GPC, en concreto para el contexto norteamericano.⁵ Según esto, la GPC de la *American Psychiatric Association* -APA, 96 (2000)- y la del *Scottish Intercollegiate Network* -SIGN, 98- fueron las mejor clasificadas en dos de las dimensiones citadas (3 y 4) y, además, ésta última destacó especialmente en la dimensión de aplicabilidad. Estos resultados pueden apreciarse en los Gráficos 3, 4 y 5.

^f The AGREE Collaboration. AGREE Instrument Spanish version, www.agreecollaboration.org

⁵ Millner KK, Valenstein M. A comparison of Guidelines for the Treatment of Schizophrenia. *Psychiatric Services* 2002;53:888-890.

Gráfico 1. Puntuación de las GPC sobre esquizofrenia en la dimensión 1 del cuestionario AGREE

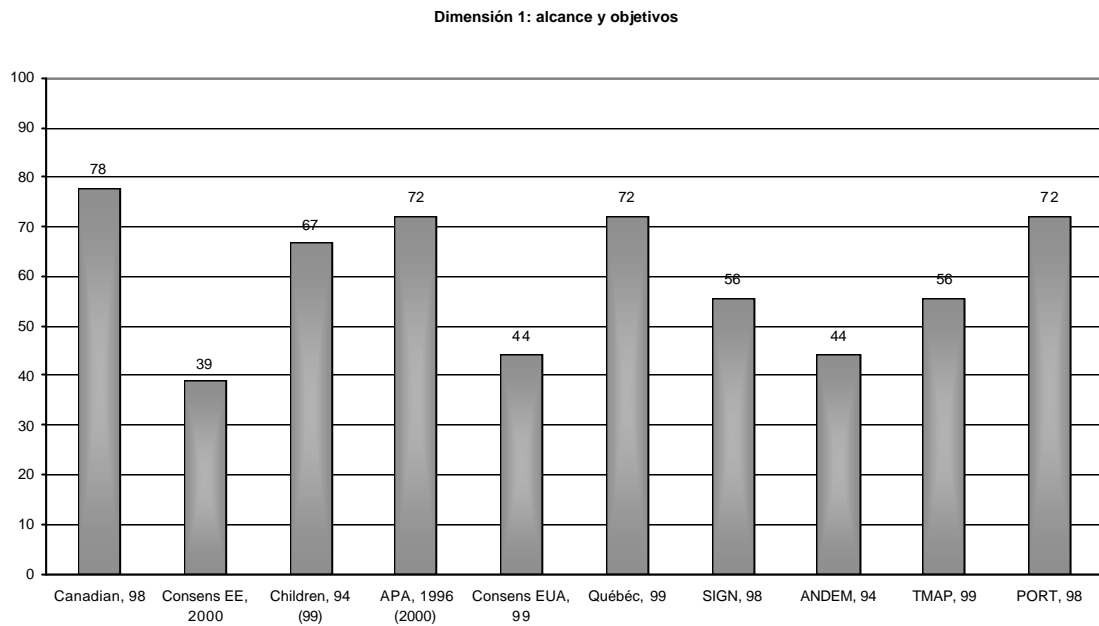


Gráfico 2. Puntuación de las GPC sobre esquizofrenia en la dimensión 2 del cuestionario AGREE

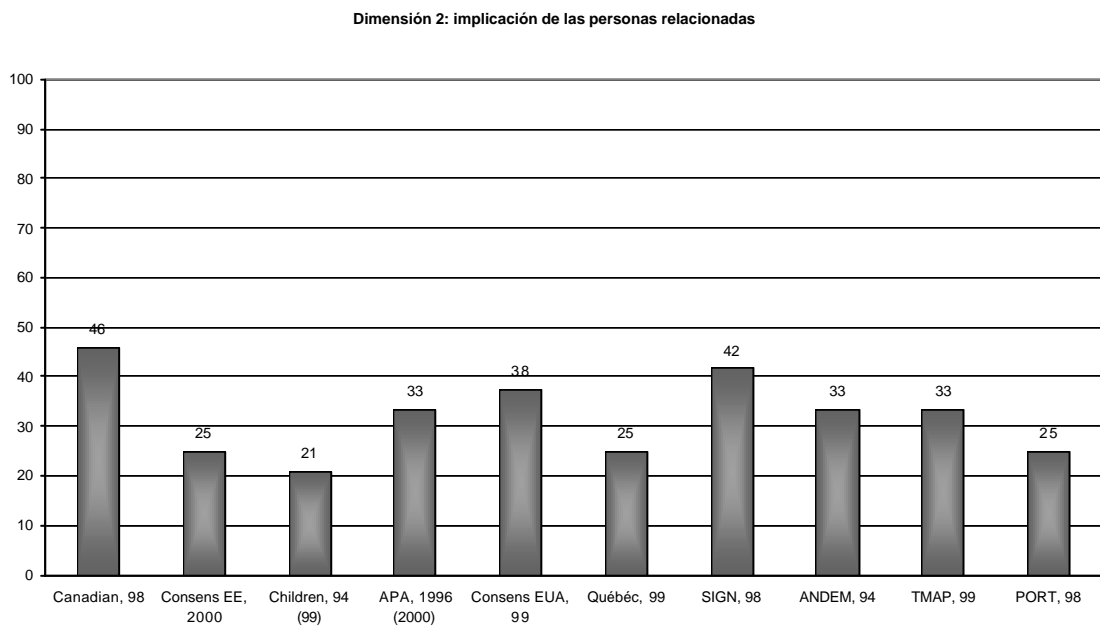


Gráfico 3. Puntuación de las GPC sobre esquizofrenia en la dimensión 3 del cuestionario AGREE

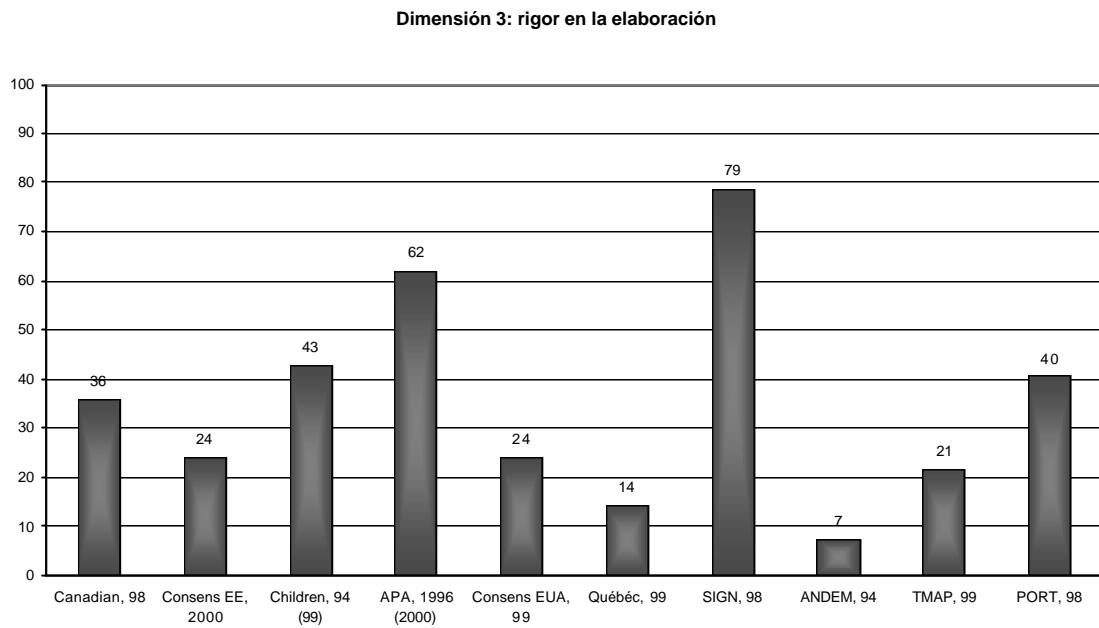


Gráfico 4. Puntuación de las GPC sobre esquizofrenia en la dimensión 4 del cuestionario AGREE

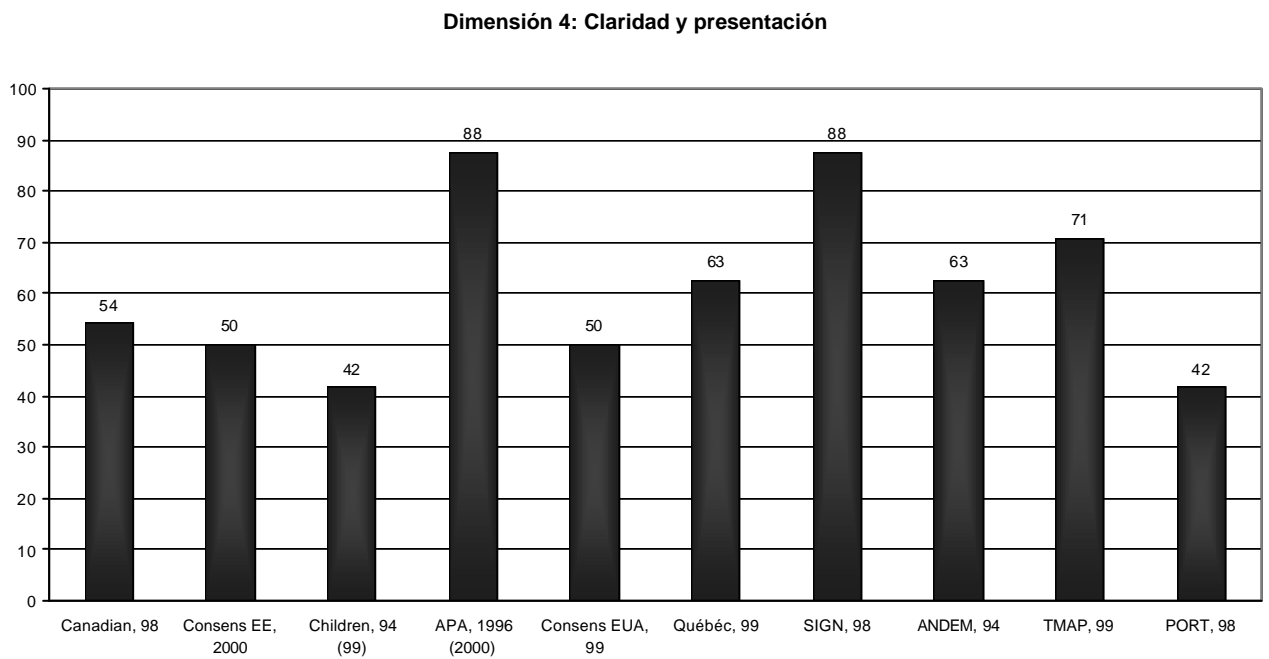


Gráfico 5. Puntuación de las GPC sobre esquizofrenia en la dimensión 5 del cuestionario AGREE

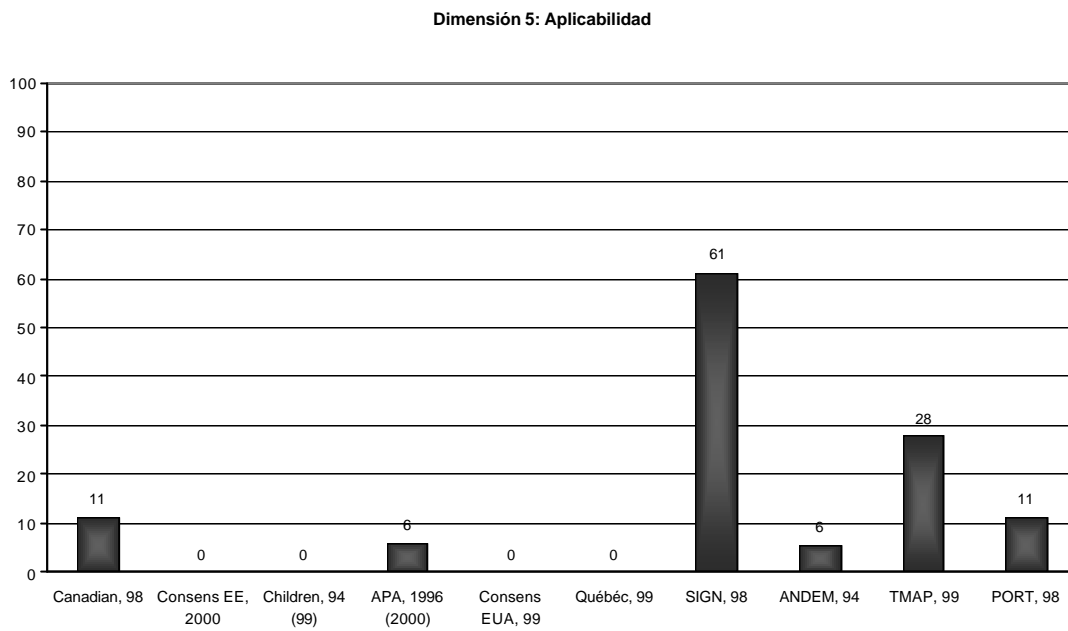
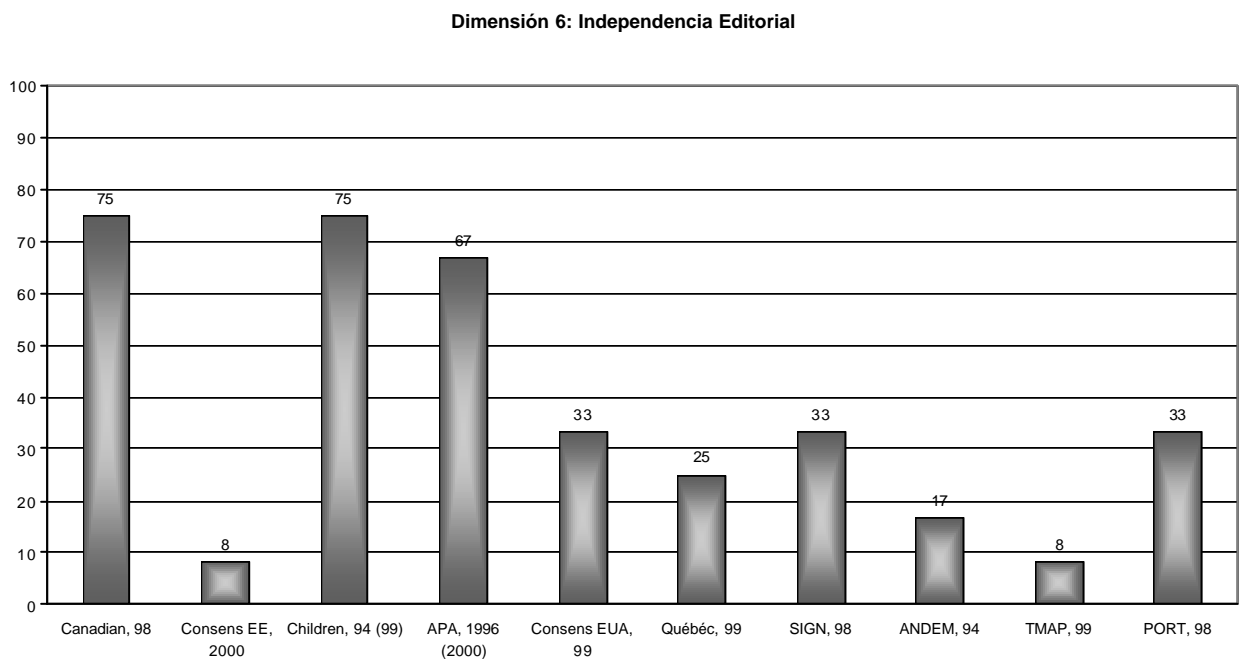


Gráfico 6. Puntuación de las GPC sobre esquizofrenia en la dimensión 6 del cuestionario AGREE



ANEXO 3. REVISORES EXTERNOS DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

Jaume Aguilar, psiquiatra, Fundación Hospital Pere Claver

Carles Ballús, psiquiatra, Departamento Psiquiatría y Psicobiología Clínica, Facultad de Medicina, Universidad de Barcelona

Francisco Checa, enfermero, Servicios Asistenciales Emili Mira, Santa Coloma de Gramenet

M Paz Flores, psiquiatra, Hospital del Mar y Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas

Josep M Haro, psiquiatra y epidemiólogo, Hospital Sant Joan de Déu

Mariano Hernández, psiquiatra, Asociación Española de Neuropsiquiatría

Juan Luis Linares, psiquiatra, Hospital de Sant Pau

Amando Martín Zurro, médico de familia, División de Atención Primaria, Instituto Catalán de la Salud

Jordi Masià, Presidente de la Fundación SENY

M^a Luisa Rodríguez Morató, médico de familia, Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria

José Emilio Rojo, psiquiatra, Hospital de Bellvitge

Manel Salamero, psicólogo, Hospital Clínic de Barcelona

Lluís San, psiquiatra, Hospital Benito Menni

Inmaculada Baeza, psiquiatra, Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil, Hospital Clínic de Barcelona

ANEXO 4. CUESTIONARIO DE REVISIÓN DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA Y RESUMEN DE LAS REVISIONES EXTERNAS EFECTUADAS

CUESTIONARIO DE REVISIÓN DE LA GPC

Título de la guía de práctica clínica

Revisor

Revisión externa (ponga una **X** en la respuesta elegida):

1. ¿Los objetivos globales de la guía están descritos específicamente?

Totalmente

Bastante

Poco

Nada

2. ¿Está descrita de forma clara la definición del problema de salud?

Totalmente

Bastante

Poco

Nada

3. ¿Están descritos de forma clara los criterios de diagnóstico?

Totalmente

Bastante

Poco

Nada

4. ¿Las recomendaciones son específicas y sin ambigüedades?

Totalmente

Bastante

Poco

Nada

5. ¿Hay una conexión explícita entre las principales recomendaciones y el grado de evidencia científica que las apoya?

Totalmente

Bastante

Poco

Nada

6. Por favor, evalúe (1-10) la aplicabilidad de esta guía de práctica clínica en la realidad asistencial

Comentarios adicionales

Por favor, haga los comentarios específicos, observaciones y sugerencias que crea oportunos que puedan mejorar esta guía de práctica clínica. Si no está de acuerdo con alguna de las recomendaciones, por favor, aporte los estudios que podrían modificarla con sus correspondientes referencias bibliográficas.

RESUMEN DE LAS REVISIONES EFECTUADAS

	Media	Valoración cualitativa (rango)
1. Objetivos globales	3,46	Bastante (Poco-Totalmente)
2. Definición problema salud	3,31	Bastante (Poco-Totalmente)
3. Criterios diagnósticos	3,46	Bastante (Poco-Totalmente)
4. Recomendaciones específicas	2,92	Bastante (Poco-Totalmente)
5. Conexión recomendaciones y evidencia científica	3,33	Bastante (Poco-Totalmente)
6. Aplicabilidad en la práctica clínica	6,77	Rango: 3 - 9

La media de la respuesta a cada una de las preguntas^t haciendo el promedio con todos los evaluadores ha sido de **Bastante** con un intervalo que va de 'Poco' a 'Totalmente' en todos los casos. La media de las respuestas a la pregunta sobre aplicabilidad clínica ha sido de 6,8 con un intervalo de 3 a 9.

^t Para poder obtener la media aritmética, fue necesario considerar la siguiente equivalencia: Totalmente=4; Bastante=3; Poco=2; Nada=1.

ANEXO 5. CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LA PRUEBA PILOTO DE LA GPC

Nombre y Apellidos:

Centro:

Especialidad:

Fecha:

.....

■ **¿Cree que la GPC breve (versión editada) tiene un formato adecuado?**

Sí Dudoso No

Si ha contestado *Dudoso* o *No*, ¿Por qué?

■ **¿Cree que el lenguaje utilizado en la GPC es claro?**

Sí Dudoso No

Si ha contestado *Dudoso* o *No*, ¿Por qué?

■ **¿Le parece que el folleto con los algoritmos es más cómodo para su uso?**

Sí Dudoso No

Si ha contestado *Dudoso* o *No*, ¿Por qué?

■ **¿Los algoritmos son fáciles de entender?**

Sí Dudoso No

Si ha contestado *Dudoso* o *No*, ¿Por qué?

- **¿Cree que la GPC breve y el folleto se adaptan a los profesionales que deben de utilizarlos?**

Sí Dudoso No

Si ha contestado *Dudoso* o *No*, ¿Por qué?

- **¿En general, considera que el diseño y formato de la GPC facilitan su uso?**

Sí Dudoso No

Si ha contestado *Dudoso* o *No*, ¿Por qué?

- **¿Qué aspectos son los que más le han gustado de la GPC?**

- **¿Qué aspectos son los que usted mejoraría de la GPC?**

- **¿Esta GPC, le ha sido útil durante estos últimos días?**

- **Y, finalmente, dos preguntas sobre las GPC en general:**

- ✓ **¿Tenía conocimiento de las GPC?**

Sí No

- ✓ **¿Cree que le pueden ayudar en su práctica clínica?**

Sí No



Agència d'Avaluació
de Tecnologia i Recerca Mèdiques

www.aatrm.net

Esteve Terradas, 30
Recinte Parc Sanitari Pere Virgili
Edifici Mestral, 1a planta
08023 Barcelona
Tel. 93 259 42 00
Fax 93 259 42 01



Con la colaboración de:



Servei Català
de la Salut

 Generalitat de Catalunya
Departament de Sanitat
i Seguretat Social