

Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente

NOTA:

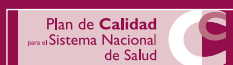
Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Las recomendaciones que contiene han de ser consideradas con precaución teniendo en cuenta que está pendiente evaluar su vigencia.

Versión resumida

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO



Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente

Versión resumida

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO



Departament
de Salut

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Esta Guía de Práctica Clínica es una ayuda para la toma de decisiones en la atención sanitaria. No es de obligado cumplimiento ni sustituye el juicio clínico del personal sanitario.

Edición: 1ª edición mayo 2009

© Ministerio de Sanidad y Consumo

© Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques

© Fòrum de Salut Mental

Edita: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya

Roc Boronat, 81-95 08005 Barcelona

NIPO: 477-08-021-2

ISBN: 978-84-393-8089-4

Depósito Legal: B-29.494-2009

Imprime: Milenio Manipulados

Esta Guía de Práctica Clínica ha sido financiada mediante el convenio suscrito por el Instituto de Salud Carlos III, organismo autónomo del Ministerio de Sanidad y Consumo, y la Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya, en el marco de colaboración previsto en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud.

Esta guía debe citarse:

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente. Forum de Salut Mental, coordinación. Guía de Práctica Clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente [Versión resumida]. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guía de Práctica Clínica: AATRM. Nº 2006/05-2.



Índice

Presentación	9
Autoría y colaboraciones	11
1. Introducción	15
2. Consideraciones generales	17
2.1. Definición	17
2.2. Historia natural y curso	17
2.3. Epidemiología	19
3. Líneas generales del manejo de la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente	23
3.1. Diagnóstico y evaluación	23
3.2. Manejo psiquiátrico	26
3.3. Desarrollo del plan terapéutico	29
4. Tipos y ámbitos de intervención	31
4.1. Intervención farmacológica	31
4.2. Terapia electroconvulsiva	46
4.3. Intervenciones psicosociales	47
4.3.1. Terapia cognitivo-conductual	51
4.3.2. Psicoterapia de apoyo	54
4.3.3. Psicoterapia psicodinámica	55
4.3.4. Psicoeducación	55
4.3.5. Intervención familiar	56
4.3.6. Rehabilitación cognitiva	58
4.3.7. Entrenamiento en habilidades sociales	60
4.3.8. Entrenamiento en actividades de la vida diaria	61
4.3.9. Técnicas expresivas	62
4.3.10. Apoyo a la inserción laboral	62
4.3.11. Recursos de vivienda	64

4.4.	Modalidades de atención y seguimiento intensivo en la comunidad	65
4.4.1.	Equipos de salud mental comunitarios	65
4.4.2.	Gestión de casos y tratamiento asertivo comunitario	66
4.5.	Monitorización del estado de salud y comorbilidad somática	68
4.6.	Estigma y discriminación	69
5.	Tratamiento según fases del trastorno y situaciones especiales	71
5.1.	Fases precoces de la psicosis: psicosis incipiente	71
5.1.1.	Fase de estado mental de alto riesgo	71
5.1.2.	Fase de primer episodio psicótico	73
5.1.3.	Fase de recuperación tras el primer episodio	75
5.2.	Fases de la esquizofrenia	78
5.2.1.	Fase aguda (o crisis)	79
5.2.2.	Fase de estabilización (o postcrisis)	81
5.2.3.	Fase estable (o de mantenimiento)	84
5.3.	Situaciones especiales	86
5.3.1.	Trastornos relacionados con el uso de sustancias	86
5.3.2.	Esquizofrenia y suicidio	86
5.3.3.	Conducta violenta	88
5.3.4.	Síntomas depresivos	88
5.3.5.	Pacientes sin hogar	89
6.	Red asistencial para la atención a los pacientes con esquizofrenia, dispositivos, programas y servicios	91
	ANEXOS	95
A1.	Tablas con los niveles de evidencia científica y grados de las recomendaciones	97
A2.	Figuras y tablas	98
A3.	Información para pacientes	109
A4.	Abreviaturas	123
	Bibliografía	125

Presentación

Para que las decisiones clínicas sean adecuadas, eficientes y seguras, se precisan profesionales con conocimientos y habilidades actualizados.

Aunque la información científica es más accesible que nunca, las numerosas referencias, la falta de tiempo y la necesidad de graduar la importancia de la evidencia científica hacen necesarias ciertas herramientas dirigidas al apoyo de la toma de decisiones clínicas. Las Guías de Práctica Clínica (GPC) dan respuesta a las preguntas más relevantes que se pueden realizar ante un enfermo con una patología concreta y presentan la evidencia científica en forma de recomendaciones graduadas según la calidad de los estudios que las apoyan.

Conscientes de que las GPC facilitan a diario la toma de miles de decisiones clínicas en el ámbito asistencial y que son una herramienta para mejorar los resultados en salud, la Agencia de Calidad apoya su elaboración, difusión y utilización, a la vez que vela para que las GPC elaboradas en España sean de calidad.

En el año 2003 el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS) creó el proyecto GuíaSalud, que tiene como objetivo final la mejora en la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia científica, a través de actividades de formación y de la configuración de un registro de GPC en el SNS. Desde entonces, el proyecto GuíaSalud ha evaluado decenas de GPC de acuerdo con criterios explícitos generados por su comité científico, las ha registrado y las ha difundido a través de Internet.

A principios del año 2006 la Dirección General de la Agencia de Calidad del SNS elaboró el Plan de Calidad para el SNS que se despliega en doce estrategias.

El propósito de este plan es incrementar la cohesión del SNS y ayudar a garantizar la máxima calidad de la atención sanitaria a todos los ciudadanos con independencia de su lugar de residencia.

La estrategia décima del plan se dirige a la mejora de la práctica clínica e incluye como objetivos la disminución de la variabilidad de la práctica clínica y el fomento de la elaboración y uso de las GPC. GuíaSalud, en lo que respecta a la creación de un registro, la formación y la asesoría, y el programa de elaboración de las GPC en lo que respecta a la creación de nuevas guías, están respondiendo a los objetivos planteados en el Plan de Calidad.

En 2006 se encomendó la elaboración de ocho GPC a diferentes agencias y grupos de expertos en patologías prevalentes relacionadas con las estrategias de salud. Esta actualización de la Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente forma parte de este grupo de guías.

Además, se encargó la definición de una metodología común de elaboración de GPC dentro del SNS. Este encargo se concretó en un Manual metodológico para la elaboración de GPC, que está a disposición de todos los profesionales desde noviembre de 2007 y que desde el punto de vista metodológico es el referente para las guías realizadas en este programa.

Actualmente, están en proceso de elaboración, en colaboración con las mismas instituciones y con la participación de las sociedades científicas implicadas, otras catorce guías.

En 2007 se renovó el proyecto GuíaSalud y se creó la Biblioteca de Guías de Práctica Clínica. Este proyecto profundiza en la elaboración de GPC e incluye otros servicios y productos de Medicina Basada en la Evidencia que vayan dirigidos a apoyar la toma de decisiones clínicas. También hace especial énfasis en la difusión, la diseminación y la implementación de las GPC para favorecer su uso, así como en la evaluación de los resultados sobre la salud de los ciudadanos.

La esquizofrenia y otras formas de psicosis representan un importante problema de salud pública, ya que estos trastornos pueden afectar gravemente el desarrollo psicológico y social de las personas afectadas y de su entorno familiar y social.

Sin embargo, los avances científicos registrados en los últimos años hacen concebir esperanzas respecto a su tratamiento y a la rehabilitación de los afectados. Asimismo, estudios recientes muestran que el curso clínico puede variar si se instaura una intervención precoz y específica adaptada a las fases iniciales de estos trastornos.

En esta dirección, la Organización Mundial de la Salud (OMS) conjuntamente con la Asociación Internacional de Psicosis Incipiente hicieron pública en el año 2005 una declaración para impulsar la intervención precoz y la recuperación para jóvenes con psicosis temprana.

Esta GPC sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente es, a la vez, una actualización de la guía publicada en el año 2003 y una ampliación de contenidos que contempla los trastornos psicóticos incipientes. Pretende poner a disposición de los profesionales y usuarios de los servicios sanitarios una información rigurosa de la evidencia científica disponible para el tratamiento de dichos trastornos, y facilitar de esta manera el desarrollo de intervenciones preventivas, terapéuticas y rehabilitadoras que permitan mejorar el curso clínico, el pronóstico y la calidad de vida de quienes los padecen y de su entorno familiar y social.

PABLO RIVERO CORTE

Director General

Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud

Autoría y colaboraciones

El Fòrum de Salut Mental y la Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques han realizado conjuntamente la actualización de la Guía de Práctica Clínica que aquí se presenta. El Grupo de trabajo que ha desarrollado la GPC está constituido por un grupo coordinador y un grupo elaborador. A continuación se detallan los nombres de las personas que han formado parte de estos grupos, así como otros colaboradores y los revisores externos:

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente

Grupo coordinador

Lluís Lalucat, psiquiatra (coordinador). Centre de Higiene Mental
Les Corts. Fòrum de Salut Mental (Barcelona)

Judith Anglés, trabajadora social. Plan de Servicios Individualizados, Les Corts-Sarrià-Sant Gervasi. CHM Les Corts.
Fòrum de Salut Mental (Barcelona)

Ana Aznar, psicóloga. Servicios de Rehabilitación Comunitaria.
CHM Les Corts. Fòrum de Salut Mental (Barcelona)

David Bussé, psiquiatra. Centro de Salud Mental de Adultos
Horta-Guinardó. Fòrum de Salut Mental (Barcelona)

Maite Carbonero, psiquiatra. Centro de Salud Mental de Adultos.
CHM Les Corts. Fòrum de Salut Mental (Barcelona)

Rocío Casañas, psicóloga. Departamento de Investigación.
CHM Les Corts. Fòrum de Salut Mental (Barcelona)

Gustavo Faus, psiquiatra. Centro de Salud Mental de Adultos,
dreta de l'Eixample. CPB-SSM. Fòrum de Salut Mental (Barcelona)

Imma Guillamón, psicóloga. Agència d'Avaluació de Tecnologia
i Recerca Mèdiques (Barcelona)

Carles Martínez, psiquiatra. Centro de Salud Mental de Adultos.
CHM Les Corts. Fòrum de Salut Mental (Barcelona)

Laia Mas, psicóloga. Departamento de Formación, Docencia, Investigación
y Publicaciones, CHM Les Corts. Fòrum de Salut Mental (Barcelona)

M^a Teresa Romero, enfermera. Centro de Salud Mental de Adultos,
Sarrià-Sant Gervasi. CHM Les Corts. Fòrum de Salut Mental (Barcelona)

Raquel Rubio, psicóloga. Servicios de Rehabilitación Comunitaria.
CHM Les Corts. Fòrum de Salut Mental (Barcelona)

Maite San Emeterio, psiquiatra. Centro de Salud Mental de Adultos.
CHM Les Corts. Fòrum de Salut Mental (Barcelona)

Ignasi Sánchez, psiquiatra. Clínica Llúria Comunidad Terapéutica.
CPB-SSM. Fòrum de Salut Mental (Barcelona)

Emília Sánchez, epidemióloga. Agència d'Avaluació de Tecnologia i
Recerca Mèdiques (Barcelona)

Mercè Teixidó, psiquiatra. Centro de Salud Mental de Adultos,
Sarrià-Sant Gervasi. CHM Les Corts. Fòrum de Salut Mental (Barcelona)

Francisco Villegas, psicólogo. Servicios de Rehabilitación Comunitaria.
CHM Les Corts. Fòrum de Salut Mental (Barcelona)

Grupo elaborador

Jordi Andreu, terapeuta ocupacional. Servicios de Rehabilitación
Comunitaria. CHM Les Corts. Fòrum de Salut Mental (Barcelona)

Francisco Javier Aznar, psicólogo. Hospital de Día.
Fundación Orienta. Fòrum de Salut Mental (Barcelona)

Janina Carlson, psicóloga. Departamento de Investigación.
CHM Les Corts. Fòrum de Salut Mental (Barcelona)

Claudia Casanovas, psicóloga. Fundació Els Tres Turons.
Fòrum Salut Mental (Barcelona)

Gemma Castells, psicóloga. Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil.
CHM Les Corts. Fòrum de Salut Mental (Barcelona)

Juanjo Gil, enfermero. Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil.
CHM Les Corts. Fòrum de Salut Mental (Barcelona)

Elena Godoy, trabajadora social. Servicios de Rehabilitación Comunitaria.
CHM Les Corts. Fòrum de Salut Mental (Barcelona)

David Lascorz, trabajador social. Residencia Llúria, CPB-SSM.
Fòrum de Salut Mental (Barcelona)

Victòria López, psicóloga. Servicios de Rehabilitación Comunitaria.
CPB-SSM. Fòrum de Salut Mental (Barcelona)

Rosa Ordóñez, psicóloga. Centro de Día, esquerre de l'Eixample.
Septimània. Fòrum de Salut Mental (Barcelona)

Carmen Pinedo, enfermera. Centro de Salud Mental de Adultos,
dreta de l'Eixample. CPB-SSM. Fòrum de Salut Mental (Barcelona)

Mercedes Serrano, trabajadora social. Servicios de Rehabilitación
Comunitaria. CHM Les Corts. Fòrum de Salut Mental (Barcelona)

Sílvia Vidal, psicóloga. Asociación para la Rehabilitación de Enfermos
Psíquicos (AREP). Fòrum de Salut Mental (Barcelona)

Colaboración

Antoni Parada, documentalista, Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (Barcelona)

Revisores externos

Miquel Bernardo. Coordinador de Investigación del Institut Clínic de Neurociències del Hospital Clínic. Corporació Sanitària Clínic (Barcelona)

Antonio Ciudad. Unidad de investigación clínica, Laboratorios Lilly Research (Madrid)

Alberto Fernández. Asociación Española de Neuropsiquiatría (Madrid)

Mariano Hernández. Jefe de Servicios Salud Mental. Asociación Española de Neuropsiquiatría (Madrid)

Roser Llop. Fundació Institut Català de Farmacologia (Barcelona)

Jordi Masià. Presidente de la Fundació Seny (Barcelona)

Fermín Mayoral. Jefe de Sección de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Carlos Haya Asociación andaluza de rehabilitación psicosocial (Málaga)

Rafael Penadés. Institut Clínic de Neurociències, Hospital Clínic (Barcelona)

José J. Uriarte. Hospital de Zamudio. Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial (Vizcaya)

Óscar Valina. Servicio Cántabro de Salud (Cantabria)

Declaración de intereses: Todos los miembros del Grupo de trabajo (coordinador y elaborador), así como los revisores externos, han declarado ausencia de conflicto de interés mediante un formulario diseñado para tal fin. Esta guía es editorialmente independiente de la entidad financiadora.

1. Introducción

El presente documento constituye la versión resumida de la GPC sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente, actualización y ampliación de la GPC editada en el año 2003. En la versión completa se detalla el proceso metodológico seguido. Además, existe una guía rápida, de fácil manejo, con las recomendaciones y algoritmos principales, y una versión para pacientes. Todas las versiones de la GPC están disponibles en formato electrónico en las webs de GuíaSalud (www.guiasalud.es) y de la Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (www.aatrm.net).

Para la actualización, se ha realizado una nueva revisión sistemática de la evidencia científica aparecida con posterioridad al año 2002, y para la ampliación se han tenido en cuenta las nuevas aportaciones derivadas de la investigación de las fases precoces de la esquizofrenia y del trastorno psicótico incipiente. Ambos aspectos han aconsejado modificar el orden de los contenidos, particularmente los referidos a las intervenciones asistenciales y la clasificación de las fases de dichos trastornos. Como podrá verse, se ha optado por subdividir el curso clínico y las consiguientes recomendaciones en dos grandes etapas: fases precoces de las psicosis y fases de la esquizofrenia propiamente dicha.

El objetivo de la GPC es ofrecer recomendaciones para la atención a pacientes con esquizofrenia y trastorno psicótico incipiente aplicables preferentemente en los servicios de salud mental de utilización pública. Esta GPC desarrolla recomendaciones sobre actuaciones diagnósticas, terapéuticas y rehabilitadoras, con la finalidad de brindar apoyo al profesional en la toma de decisiones. Pretende así adecuar mejor el tratamiento a cada paciente, ofreciendo las diversas opciones terapéuticas y rehabilitadoras según cada fase del trastorno y las características idiosincrásicas de cada paciente.

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. Su consulta puede ser también de utilidad para médicos de familia, enfermeros y otros profesionales de atención primaria que atienden a los pacientes con esquizofrenia. Además, también pueden ser usuarios de esta GPC las personas afectadas de esquizofrenia y sus familiares, amigos o personas con las que se relacionan, ya que se incluye un anexo con información específica para ellos.

En la presente actualización, las recomendaciones extraídas de las GPC seleccionadas mantienen el grado de recomendación, aunque no incorporan el nivel de evidencia científica que ya está referenciado en la GPC de origen.

Además, las recomendaciones actualizadas se señalan coloreando el espacio del grado de recomendación.

Dado que se trata de una actualización, el documento que aquí se presenta ha mantenido cierta coherencia con la GPC editada en el año 2003 y se aleja en algunos puntos del formato y criterios metodológicos asumidos en el marco del Programa de GPC para el desarrollo del Plan de Calidad del SNS.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

2. Consideraciones generales

2.1. Definición

Entre los trastornos mentales graves, la esquizofrenia es un trastorno psicótico caracterizado por una alteración sustantiva del funcionamiento mental, que ha sido llamado alternativamente «demencia precoz», «discordancia intrapsíquica» o «disociación autística de la personalidad».¹

Con el término esquizofrenia se designa a un conjunto de trastornos psicóticos, caracterizados todos ellos por la presencia de síntomas psicóticos positivos en algún momento de su desarrollo, y donde los síntomas negativos y cognitivos se asocian, a su vez, a un grado variable de discapacidad. 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 (catatonia, desorganización), cognición (atención, concentración), motivación y juicio. No hay ningún síntoma que sea, por sí solo, patognomónico de la esquizofrenia.

2.2. Historia natural y curso

El inicio de la esquizofrenia se puede producir durante la adolescencia –e incluso en la infancia– o al entrar en 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 segunda década de la vida o comienzos de la tercera, mientras que en las mujeres el inicio es más tardío. Dicho inicio puede producirse de forma aguda o bien presentarse de forma insidiosa. La mayor parte de los pacientes alternan en su curso clínico episodios psicóticos agudos con fases estables de remisión total o parcial. Son frecuentes los síntomas residuales entre los episodios. Este trastorno, que a menudo es de tipo crónico, puede caracterizarse mediante tres 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 seis meses o más tras el inicio de un episodio agudo (o crisis).
- **Fase estable (o de mantenimiento).** La sintomatología puede haber desaparecido o es relativamente estable y, en el caso de que persista, casi siempre es menos grave que en la fase aguda. Unos pacientes pueden mantenerse asintomáticos; otros pueden presentar síntomas no psicóticos, como tensión, ansiedad, depresión o insomnio. Cuando persisten los síntomas negativos (déficits) y/o positivos, como delirios, alucinaciones o trastornos del pensamiento, a menudo están presentes en formas atenuadas no psicóticas (por ejemplo, ilusiones en vez de alucinaciones o ideas sobrevaloradas en vez de delirios).

Antes de que un paciente que se encuentra en la fase estable presente una recaída, habitualmente se produce un período prodrómico en el que pueden manifestarse síntomas disfóricos no psicóticos, formas atenuadas de síntomas positivos o conductas idiosincrásicas. Este período prodrómico puede durar 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.

Los trabajos desarrollados más recientemente, se han centrado en la identificación prospectiva de los pródromos, para posibilitar tanto la investigación como la intervención. Sin embargo, se debe partir del hecho de que las manifestaciones prodrómicas no son específicas, y pueden estar originadas por diferentes condiciones clínicas, como depresión mayor, abuso de sustancias, enfermedades somáticas, o un trastorno psicótico propiamente dicho.² Entre los pródromos inespecíficos destacan: cambios en el sentido del yo, sentimientos de cansancio, letargia, falta de motivación, depresión, ansiedad, preferencia por el aislamiento, excentricidad y dificultad para el estudio o el trabajo.³ Entre las manifestaciones prodrómicas más específicas podemos encontrar: ideas o creencias inusuales, suspicacia, grandiosidad, sensación de cambio en la apariencia de las cosas y dificultad para pensar con claridad. En personas jóvenes suele observarse un inicio de aislamiento social, presencia de ansiedad e inquietud. Tampoco las manifestaciones psi-

cólicas atenuadas o aisladas tienen que progresar necesariamente hasta un trastorno psicótico franco.

Se han introducido los conceptos de estados mentales de riesgo (EMR) y estados mentales de alto riesgo y de riesgo extremo (EMAR/UHR) para describir estas poblaciones.⁴ Las poblaciones de alto riesgo están así caracterizadas por la presencia de síntomas psicóticos iniciales. Además, han establecido tres subtipos de alto riesgo: 1. Presencia de síntomas psicóticos atenuados (subumbrales); 2. Historia de síntomas psicóticos breves y limitados, y 3. Historia familiar positiva de psicosis y bajo nivel funcional persistente. Estos criterios han sido testados en diferentes estudios para confirmar su validez⁵ y para valorar detalladamente fenómenos psicóticos umbrales y subumbrales, así como otros signos y síntomas que aparecen en los prodromos psicóticos, incluyendo síntomas negativos, disociativos y los llamados «básicos».

Al considerar la historia natural y el curso de la esquizofrenia, no se puede ignorar toda la investigación producida en las últimas décadas y que permite establecer una secuencia que va desde los momentos prodrómicos hasta el establecimiento del trastorno esquizofrénico y su evolución ulterior. En esta línea se consideran dos grandes momentos: el primero, que incluye las fases precoces de la psicosis y, el segundo, las diferentes fases del trastorno esquizofrénico. Esta clasificación permite subdividir dichos momentos en las fases que se exponen a continuación:

- a. **Fases precoces de la psicosis**, que incluyen la fase de estado mental de alto riesgo o prodrómica, la fase de primer episodio psicótico y la fase de recuperación y período crítico.
- b. **Fases del trastorno de la esquizofrenia**, que incluyen una fase aguda, una fase de estabilización y una última fase de carácter estable.

2.3. 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.⁶ 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 *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, y que no había diferencias estadísticamente significativas entre los sexos.⁸ La edad media de la primera aparición de la enfermedad es a los 26 años, y es 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 (APA), 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

Una revisión de estudios examinó datos acerca de la frecuencia de este trastorno. A continuación, se describen, sucesivamente, la incidencia de la esquizofrenia, su prevalencia y los primeros episodios psicóticos.⁹

A. Incidencia de la esquizofrenia. El estudio multicéntrico internacional realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para determinar los ratios de incidencia en ocho lugares de siete países y la publicación del informe preliminar, mostró una incidencia de la esquizofrenia con un rango de entre 7 y 14 por 100.000. Los autores concluyeron que los resultados apoyaban la noción de que la esquizofrenia ocurría con frecuencia comparable en diferentes poblaciones.^{10,11}

Sin embargo, una revisión de 158 estudios realizados entre 1965 y 2001 y llevados a cabo en 32 países permitió establecer una media de incidencia anual de 15,2 por 100.000, con cifras más elevadas en los países desarrollados con un rango de entre 7,7 y 43,0 por 100.000. Dos revisiones sistemáticas independientes mostraban diferencias de incidencia según el género del paciente, con tasas significativamente más altas en varones (razón varón-mujer de 1,42/1,00). También aparecieron incidencias más altas en zonas urbanas frente a rurales, estatus migratorio y mes de nacimiento, con predominio en los meses de invierno.¹²⁻¹⁴

Otros estudios posteriores muestran heterogeneidad en las razones de incidencia de la esquizofrenia y de otros síndromes psicóticos a partir del estudio AESOP llevado a cabo en tres centros del Reino Unido con una población de 1.600.000 habitantes. La esquizofrenia presentaba mayor incidencia en varones (2,3/1,0); los trastornos psicóticos eran más frecuentes en los grupos étnicos negros y minoritarios, y se registraron, asimismo, diferencias en edad y lugar del estudio. Los autores concluyen variaciones independientes y significativas de la esquizofrenia y otras psicosis en términos de género, edad, grupo étnico y lugar.¹⁵

- B. Prevalencia de la esquizofrenia.** En una revisión sistemática de la evidencia científica (RSEC) de 188 estudios publicados entre 1965 y 2002 sobre la prevalencia de la esquizofrenia en 46 países, si bien aparecen variaciones sustanciales entre distintos lugares, la prevalencia muestra generalmente valores comprendidos entre 4 y 7/1.000, dependiendo del tipo de estimación empleado. En la misma revisión, la prevalencia se mostró mayor en poblaciones emigrantes.¹⁶
- C. Frecuencia de los primeros episodios psicóticos.** Un estudio realizado en el ámbito rural irlandés sobre la epidemiología de los primeros episodios psicóticos entre 1995 y 2003, centrado en la incidencia de la esquizofrenia, el trastorno bipolar, la manía y el trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos, dio como resultado una incidencia anual de todas las formas de psicosis de 31,6/100.000 habitantes por año, con razones superiores en varones. Para la esquizofrenia, la incidencia fue de 7,0; para los trastornos esquizoafectivos, 2,0; y para el trastorno esquizofreniforme, 1,8. Las psicosis afectivas registraron una incidencia de 11,6/100.000 habitantes por año, y para el trastorno psicótico breve, el trastorno delirante y otros trastornos psicóticos, una incidencia de 9,3/100.000 habitantes por año.¹⁷ Estos datos contrastan con los resultados obtenidos en el estudio realizado en Cantabria descrito al inicio de este capítulo.⁸

Por último, debe considerarse la mortalidad en la esquizofrenia desde una perspectiva epidemiológica, ya que la mortalidad en pacientes esquizofrénicos es consistente y significativamente más alta, en una proporción entre dos y tres veces mayor, que en la población general. Las causas de este exceso de mortalidad deben buscarse en factores diversos como son suicidios y muertes violentas, mortalidad natural no cardíaca, enfermedades cardiovasculares y uso de antipsicóticos y polifarmacia.¹⁸

3. Líneas generales del manejo de la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente

Para establecer las líneas generales del manejo de la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente se consideran en primer lugar el diagnóstico y la evaluación pertinente. En segundo lugar, se desarrollan los aspectos generales del manejo psiquiátrico y sus componentes, como son la alianza terapéutica, la monitorización, la provisión de cuidados y la elección del ámbito de tratamiento.

3.1. Diagnóstico y evaluación

3.1.1. 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.
- Deben realizarse las exploraciones complementarias necesarias para descartar trastornos que asemejen un trastorno psicótico incipiente o un trastorno esquizofrénico, 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. El riesgo de autolesiones o de causar daños a terceros y la presencia de alucinaciones de órdenes deben ser evaluadas y deben tomarse las precauciones apropiadas siempre que esté en duda la seguridad del paciente o de otras personas.⁷

Para el diagnóstico de los trastornos mentales en nuestro medio, se utilizan tanto el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-IV-TR), como la Clasificación Internacional de las Enfermedades, en su décima revisión de

los Trastornos mentales y del comportamiento (*The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*).

Clasificación y agrupación de los síntomas psicóticos

Además de las clasificaciones expuestas, es de uso habitual una clasificación y agrupación de los síntomas en tres categorías sintomáticas: síntomas positivos (delirios y alucinaciones), síntomas negativos (afecto aplanado, alogia, abolición/apatía y dificultades de atención) y síntomas de «desorganización» (que incluyen habla desorganizada, trastorno del pensamiento, conducta desorganizada y falta de atención). Si bien los síntomas positivos son los más relevantes en las fases agudas de los trastornos, 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, a las relaciones con los demás y a los lazos emocionales, es decir, a la capacidad del paciente para desarrollar una vida en condiciones normales.

3.1.2. Diagnóstico diferencial

Se consideran los siguientes aspectos del diagnóstico diferencial:^{19,20}

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

En cuanto a los cuadros psicóticos, 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 histérica 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 delirio o 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.

3.1.3. Estado clínico y evaluación continuada

Es importante valorar, como mínimo, estas cuatro circunstancias críticas: 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

3.1.4. 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.

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

Hay que evaluar el uso y la 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 y el LSD.⁷

3.1.6. Comorbilidad con otras enfermedades y antecedentes médicos

Debe valorarse el estado general, así como la función cardiaca, 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: obesidad, conductas de riesgo para el VIH, hábito tabáquico e hipertensión.²¹

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 de medicina general.

En un paciente que presenta una primera crisis, se recomienda pedir pruebas de laboratorio: análisis 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.¹⁹

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

3.1.7. 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.

3.1.8. Historia psicosocial e historia psiquiátrica familiar

Según el consenso de expertos, 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.²²

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.

3.1.9. Revisiones generales anuales

Según McEvoy y colaboradores, 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.¹⁹

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 y analítica para descartar hepatitis y detectar el 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, así como en el seguimiento del estado general de salud.

3.2. Manejo psiquiátrico

3.2.1. Aspectos generales

Para la elaboración de un plan de tratamiento para un paciente con esquizofrenia o trastorno psicótico incipiente deben tenerse en cuenta cuestiones transversales, por ejemplo, el estado clínico actual, y cuestiones longitudi-

nales, como el curso clínico y la frecuencia, gravedad, tratamientos y consecuencias de los episodios anteriores.

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

Los objetivos generales son la mejoría del curso clínico, así como la reducción de la frecuencia, gravedad y consecuencias psicosociales de los episodios. Por otra parte, se tratará de optimizar el funcionamiento psicosocial entre los episodios. Los objetivos específicos dependerán de la fase en que se halle el trastorno y de las características específicas del paciente.

3.2.2. Componentes del manejo psiquiátrico

El tratamiento de un paciente con esquizofrenia o trastorno psicótico incipiente se ve facilitado por un conocimiento global del afectado que incluya la valoración de sus necesidades objetivas y subjetivas; sus 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 integrado y coordinado** dado que frecuentemente intervienen en la atención varios profesionales y servicios, tanto de forma simultánea como sucesiva.

Los elementos principales que componen el plan terapéutico están relacionados con su influencia sobre la evolución de la enfermedad y la eficacia del tratamiento. Cuestiones que se presentan en el tratamiento de todas las enfermedades psiquiátricas.²¹

- **Evaluación de los síntomas y establecimiento de un diagnóstico**

Para que un tratamiento sea eficaz y apropiado deben realizarse evaluaciones diagnósticas y clínicas exactas y pertinentes. En el caso de la esquizofrenia, el diagnóstico tiene repercusiones importantes en la planificación a corto y largo plazo del tratamiento.

- **Desarrollo de un plan de tratamiento**

Una vez se ha evaluado el diagnóstico y las circunstancias clínicas y psicosociales del paciente, debe formularse y aplicarse un plan de tratamiento. Este proceso implica seleccionar las modalidades terapéuticas, el tipo de tratamiento o tratamientos específicos y su contexto. En función de la gravedad de la situación clínica y debido a que en ocasiones la información sobre los antecedentes del paciente y la evaluación clínica se obtienen de forma progresiva, es posible que el proceso deba repetirse y modificarse mientras dure la relación entre el paciente y el médico.

- **Establecimiento de alianza terapéutica y estimulación del cumplimiento terapéutico**

Es indispensable que el psiquiatra que trata al paciente establezca y mantenga una alianza terapéutica de apoyo, a partir de la cual llevar a cabo el tratamiento. Esta alianza proporciona información muy importante al psiquiatra y aumenta la confianza del paciente y su deseo de colaborar con el tratamiento.

- **Educación y terapia para el paciente y su familia**

Trabajar con los pacientes para que aprendan a reconocer los síntomas precoces de la recaída evita una agudización completa de la enfermedad. Informar a la familia acerca de las características de la enfermedad y enseñarles estrategias para afrontarla puede reducir las recaídas y aumentar de forma notable la calidad de vida del paciente.

- **Tratamiento de las enfermedades comórbidas**

Hay diversos trastornos psiquiátricos, sociales y médicos que son mucho más frecuentes en personas con esquizofrenia que en la población general. El equipo terapéutico debe evaluar estas enfermedades de manera periódica. Algunas comorbilidades frecuentes, como la depresión mayor, los trastornos inducidos por consumo de sustancias y el trastorno por estrés postraumático, pueden detectarse habitualmente mediante exploraciones clínicas y conversando con el paciente y las personas cercanas, además de la observación longitudinal de los patrones de comportamiento del paciente.

- **Circunstancias y funcionamiento sociales del paciente**

Las circunstancias y el funcionamiento sociales del paciente pueden tener una gran influencia sobre el cumplimiento terapéutico y la respuesta al tratamiento. Las condiciones de vida, la participación de la familia, la fuente y la cuantía de los ingresos, la situación legal y las relaciones con personas significativas pueden ser situaciones tanto estresantes como protectoras. En consecuencia, son áreas que los profesionales sanitarios de psiquiatría podrían explorar de forma periódica.

- **Integración de los tratamientos de distintos médicos**

Muchos pacientes con esquizofrenia reciben diversos tratamientos que, a menudo, administran médicos distintos. Esta circunstancia provoca un posible riesgo de fragmentación de los esfuerzos terapéuticos para aquellos pacientes que habitualmente tienen problemas para planificar y organizarse.

- **Documentación del tratamiento**

La mayoría de las personas con esquizofrenia son tratadas por muchos profesionales distintos durante la evolución de su enfermedad.

Esto es una consecuencia de los cambios en el lugar de tratamiento (hospitalario, extrahospitalario, tratamiento asertivo extrahospitalario, etc.), la disponibilidad de los programas, su lugar de residencia y el personal sanitario. Puesto que para planificar el tratamiento es fundamental tener un conocimiento detallado de la historia de los tratamientos que ha seguido el paciente y de los que está siguiendo, es indispensable mantener una buena documentación.

Recomendación sobre manejo psiquiátrico

A

Una alianza terapéutica de apoyo permite al psiquiatra conseguir información esencial sobre el paciente y permite a éste adquirir confianza en el psiquiatra y un deseo de cooperar en el tratamiento. Identificar los objetivos y las aspiraciones del paciente y relacionar éstos con los resultados promueve la adherencia al tratamiento, así como la relación terapéutica.²¹

3.3. Desarrollo del plan terapéutico

3.3.1. Diseño del plan terapéutico

En primer lugar, deberán establecerse, si es posible, los objetivos del plan terapéutico a corto, medio y largo plazo. En segundo lugar, habrá que tener en cuenta el tipo de tratamiento o intervención que deba llevarse a cabo, contando con la participación del paciente y su familia. Las diferentes alternativas de tratamiento farmacológico (antipsicóticos y otras medicaciones coadyuvantes) y de intervenciones psicosociales (psicológicas y de rehabilitación psicosocial) se describen posteriormente. En tercer lugar, deberá considerarse en función del estado clínico, de la fase del trastorno y del tratamiento elegido, el ámbito donde éste debe llevarse a cabo.

Para alcanzar los objetivos del tratamiento se sugiere la valoración de la sintomatología positiva y negativa, la depresión, la ideación y conducta suicida, el abuso de sustancias, las comorbilidades médicas, el trastorno por estrés postraumático y un abanico de problemas potenciales de ajuste a la comunidad, entre los que se incluyen el no tener hogar, el aislamiento, la desocupación, la victimización y la implicación en el sistema de justicia criminal.²¹

3.3.2. Elección del ámbito de tratamiento

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.⁷

Factores que hay que considerar en la elección del ámbito de intervención

Algunos de los criterios que deben tenerse en cuenta en la elección del ámbito de intervención más adecuado en cada momento son los siguientes:

- Estado psicopatológico del paciente
- Riesgo de agresión hacia sí mismo u otros
- Necesidad de hospitalización
- Modalidad de intervención o intervenciones requeridas
- Autonomía y capacidad de autocuidado
- Apoyo familiar
- Accesibilidad a apoyos y recursos sociales en la comunidad
- Preferencias del paciente y la familia

4. Tipos y ámbitos de intervención

El abordaje del trastorno esquizofrénico y de las fases precoces de los trastornos psicóticos exige una elección cuidadosa de los diferentes tipos de intervenciones disponibles, su adecuada articulación, así como la opción de ámbito de intervención más adecuada.

En esta línea se han desarrollado estudios como el de Falloon orientados a la implementación de tratamientos integrados con evidencia científica.²³ Según este autor, toda persona con un trastorno esquizofrénico debería ser atendida con una combinación de tratamiento antipsicótico óptimo, estrategias educativas dirigidas al paciente y su entorno, y estrategias cognitivas conductuales para mejorar objetivos laborales y sociales, reducción de síntomas residuales y atención asertiva domiciliaria.

Presentamos, a continuación, el análisis de los distintos tipos de intervención, así como un estudio de los diferentes ámbitos asistenciales en la comunidad.

4.1. Intervención farmacológica

Los tratamientos farmacológicos son un elemento habitualmente indispensable tanto en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia como en los primeros episodios psicóticos. 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 estos pacientes. Sin embargo, otros medicamentos, como los estabilizantes del estado de ánimo y otras medicaciones coadyuvantes, también resultan útiles en determinados subgrupos de pacientes.^{21,24-26}

4.1.1. Medicaciones antipsicóticas

La medicación principal en el tratamiento de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos está constituida por los fármacos antipsicóticos, introducidos en la práctica clínica desde los años cincuenta del pasado siglo. Por sus características, efectos sobre los síntomas psicóticos y por sus perfiles de efectos adversos, se los ha clasificado en dos grandes grupos: antipsicóticos de primera generación o convencionales, y antipsicóticos de segunda generación o atípicos. En el análisis de ambos grupos, que se presenta a continuación,

se han tenido en cuenta las consideraciones sobre los tratamientos farmacológicos contenidas en las diferentes guías de práctica clínica examinadas, así como las que aparecen en la *Guía de prescripción terapéutica* (GPT) con información de medicamentos autorizados en el Estado español, adaptación española del *British National Formulary*, publicada por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (2006)^a. La GPT se ha tenido especialmente en cuenta en lo tocante a la posología de los diferentes fármacos contemplados, tanto en la redacción del texto como en las diferentes tablas de prescripción y en las tablas comparativas que se han elaborado. En este sentido, y en relación a la recomendación sobre las dosis superiores al límite alto indicado, se recoge que «salvo especificación contraria, las dosis indicadas son las autorizadas; es decir, ninguna dosis superior está autorizada».²⁷

A) Antipsicóticos de primera generación (o convencionales)

Los fármacos antipsicóticos de primera generación agrupan a un conjunto de especialidades farmacéuticas que se caracterizan por actuar frente a los síntomas psicóticos. Los actualmente autorizados en el Estado español son los siguientes: clorpromazina, clotiapina, haloperidol, levomepromazina, perfenazina, periciazina, pimozida, sulpirida, tioroperazina, trifluoperazina y zuclopentixol.

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

Son eficaces para reducir la mayor parte de los síntomas positivos de la esquizofrenia (alucinaciones, delirios, conductas extrañas), y en menor medida los síntomas negativos (apatía, embotamiento afectivo, alogia, abulia), frente a los que son relativamente ineficaces.

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; la preparación intramuscular de acción breve es la que alcanza antes la concentración máxima. Las medicaciones depot son de especial utilidad en la fase de mantenimiento (tabla 3, anexo 2).

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 adversos extrapiramidales.

^a Se han tenido en cuenta, asimismo, sus posibles actualizaciones en su página web en 2008.

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 adversos extrapiramidales), y se administran de manera más segura por vía intramuscular ya que rara vez producen hipotensión.²⁸ Se puede alcanzar la dosis adecuada en dos días. Se ha comprobado que dosis altas de antipsicóticos de alta potencia no son más eficaces ni tienen acción más rápida que dosis moderadas y se asocian a una mayor incidencia de efectos adversos.²⁸

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 adversos, 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.

Las pautas de posología de cada uno de los antipsicóticos de primera generación se recogen en la tabla 4, anexo 2. Asimismo, se ha elaborado un cuadro comparativo de intervalos de posología habitual para adultos según recomendaciones de la GPT²⁷, así como de las GPC de la APA²¹ y la Canadian Psychiatric Association (CPG),²⁶ las recomendadas por la World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP)^{29,30} y PORT³¹ y, finalmente, las de dos publicaciones de consulta en el ámbito español: RTM-III³² y el libro de Chinchilla³³ (tabla 5, anexo 2).

Efectos adversos de los antipsicóticos de primera generación (o convencionales)

A continuación, se expone de forma individualizada una serie de efectos adversos según las recoge la GPC de la APA.²¹

a) Sedación

La sedación es un efecto secundario muy común de los antipsicóticos de primera generación. Este efecto puede estar relacionado con efectos antagonistas de estos fármacos sobre los receptores histaminérgicos, adrenérgicos y dopaminérgicos.

La sedación es más pronunciada en las fases iniciales del tratamiento, ya que con la administración continuada de estos fármacos la mayoría de pacientes desarrolla cierta tolerancia a los efectos sedantes. En el caso de los pacientes agitados, es posible que los efectos sedantes de estos fármacos en la fase inicial del tratamiento tengan alguna ventaja terapéutica. La sedación persistente, como la somnolencia diurna y pasar más horas durmiendo, pueden interferir con la función social, recreativa y laboral. La reducción de la dosis diaria, la consolidación de dosis separadas en una dosis nocturna o el cambio a un fármaco

antipsicótico menos sedante puede ser eficaz para reducir la gravedad de la sedación.

b) Efectos neurológicos. Efectos adversos extrapiramidales

Los efectos adversos neurológicos son: efectos adversos extrapiramidales agudos, como parkinsonismo inducido por medicación, distonía y acatisia; efectos adversos extrapiramidales crónicos, como la discinesia y la distonía tardías, y el síndrome neuroléptico maligno.

Los efectos adversos extrapiramidales agudos son signos y síntomas que aparecen durante los primeros días y semanas de la administración de medicamentos antipsicóticos, son dependientes de la dosis y reversibles si se reduce la dosis del fármaco o se interrumpe por completo su administración.

Los efectos adversos extrapiramidales crónicos son signos y síntomas que aparecen al cabo de meses y años de la administración de medicamentos antipsicóticos, no dependen tan claramente de la dosis y pueden persistir tras la retirada del medicamento.

Más del 60% de los pacientes que reciben un tratamiento intensivo con antipsicótico de primera generación manifiestan algún tipo de efectos adversos extrapiramidales clínicamente significativos.³⁴⁻³⁶

El **parkinsonismo inducido por medicamentos** se caracteriza por la presencia de los síntomas de la enfermedad idiopática de Parkinson (rigidez, temblores, acinesia y bradicinesia) y es la forma más frecuente de manifestación de efectos adversos extrapiramidales. Estos síntomas se originan durante los primeros días y semanas de la administración de medicamentos antipsicóticos y son dependientes de la dosis.

La acinesia o la bradicinesia son características del parkinsonismo inducido por medicación que afecta tanto a la función motora como a la cognitiva.

En los pacientes con acinesia también pueden observarse síntomas depresivos; se trata de la denominada «depresión acinética».

La **distonía aguda** se caracteriza por la contracción espástica de grupos musculares aislados. Las reacciones distónicas se dan en un 10% de los pacientes que inician 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 del cuerpo, pero aquejan con mayor frecuencia a los músculos del cuello, la laringe, los ojos y el torso; se utilizan los términos «torticolis», «laringoespasma», «crisis oclógira» y «opistótonos» para describir las reacciones distónicas de regiones cor-

porales concretas. Estas reacciones tienen un inicio repentino y causan un gran malestar. En algunos pacientes, estas afecciones, por ejemplo el laringoespasma, pueden ser peligrosas e incluso poner la vida en peligro.

Responden rápidamente a la administración de medicación anticolinérgica o antihistamínica. La administración por vía parenteral tiene un inicio más rápido que la administración oral, posteriormente se puede mantener una pauta oral de medicación antiparkinsoniana anticolinérgica para prevenir las recidivas.

La **acatisia** se caracteriza por una agitación somática, que se manifiesta de forma subjetiva y objetiva en un 30% de los pacientes tratados con antipsicóticos de primera generación, y es menos frecuente con los de baja potencia.

Los pacientes suelen referir una sensación interna de agitación y una necesidad irresistible de mover diversas partes del cuerpo.

En la acatisia leve, el paciente puede controlar los movimientos corporales, pero en formas más graves no deja de andar mientras está de pie y es incapaz de permanecer sentado. Este efecto secundario es a menudo muy molesto y una causa frecuente de incumplimiento del tratamiento antipsicótico; si no se impide que persista, puede producir disforia. También puede contribuir al comportamiento agresivo o suicida.

Entre los tratamientos eficaces para la acatisia destacan los β -bloqueantes de acción central, propranolol (30-90 mg/día). Cuando se administren estos medicamentos, es conveniente controlar la presión sanguínea y el pulso con las distintas dosis.

El **síndrome neurotónico maligno** se caracteriza por una tríada de características: rigidez, hipertermia e inestabilidad autónoma, incluidas la hipertensión y la taquicardia. Se relaciona con una elevación de la concentración sérica de la creatina-cinasa.

La prevalencia es de menos del 1% de los pacientes tratados, y el diagnóstico se pasa por alto con cierta frecuencia y puede ser mortal en el 5-20% de los pacientes sin tratar.

Su inicio puede ser repentino, a menudo en la primera semana o tras haber aumentado la dosis.

Los factores de riesgo son: agitación aguda, juventud, sexo masculino, incapacidad neurológica previa, enfermedad física, deshidratación, aumento rápido de la dosis de antipsicótico, administración de fármacos de alta potencia y de preparados intramusculares.

Siempre debería interrumpirse el tratamiento con antipsicóticos y debería proporcionarse tratamiento de apoyo para mantener la hidratación y tratar la fiebre, así como los síntomas cardiovasculares, renales y otros.

Para su tratamiento se requiere, en la mayoría de los casos, el ingreso hospitalario.

La **discinesia tardía** es un trastorno de movimientos involuntarios anormales hipercinéticos 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.

La propia esquizofrenia puede asociarse a un riesgo de discinesia espontánea que es indistinguible de la inducida por medicación.

La discinesia tardía aparece en un porcentaje anual del 4 al 8% en pacientes adultos tratados con este tipo de antipsicóticos.

Los factores de riesgo son: edad avanzada, los síntomas parkinsonianos inducidos por antipsicóticos, sexo femenino combinado con estado posmenopáusico, el diagnóstico de trastorno afectivo (trastorno 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% sufren síntomas de carácter moderado o intenso. Una variante frecuente y grave de la discinesia tardía es la **distonia tardía**, que se caracteriza por la aparición de contracciones musculares espásticas en lugar de movimientos coreoatéticos. La distonia tardía a menudo se relaciona con un mayor malestar y sensación de incomodidad física.

En el caso de la discinesia tardía, las opciones terapéuticas son pasar a un antipsicótico de segunda generación o reducir la dosis del primero, en cuyo caso puede producir un aumento inicial de los síntomas discinéticos (discinesia por retirada). Con la exposición continuada a antipsicóticos de primera generación, sin reducir la dosis tras la aparición de discinesia tardía, disminuye pero no desaparece la probabilidad de reversibilidad.

c) **Efectos anticolinérgicos y antiadrenérgicos**

Los efectos adversos de los antipsicóticos de primera generación (y, en caso de administrarlos conjuntamente, junto con los efectos anticolinérgicos de los antiparkinsonianos) pueden producir una variedad de efectos adversos periféricos, como sequedad de boca, visión borrosa, estreñimiento, taquicardia, retención urinaria y efectos termorreguladores. Los efectos adversos anticolinérgicos pueden aparecer en un 10-50% de los pacientes tratados. Cabe señalar que se han observado más efectos anticolinérgicos con el uso de clorpromazina que con el de haloperidol.

Aunque la mayor parte de efectos adversos anticolinérgicos son leves y tolerables, este tipo de efectos puede ser particularmente problemático

en los pacientes de edad (p. ej. hombre de edad con hipertrofia prostática). Las condiciones de los efectos anticolinérgicos son graves sólo en muy pocos casos.

Los efectos anticolinérgicos son alteraciones del aprendizaje y la memoria, y un enlentecimiento de la cognición. Los síntomas de toxicidad anticolinérgica son la confusión, el delirio, la somnolencia y las alucinaciones. Es más probable que estos síntomas aparezcan con fármacos cuyos efectos anticolinérgicos son más potentes, o debido a la administración de fármacos antiparkinsonianos anticolinérgicos, y también en pacientes ancianos o médicamente debilitados.

Otros efectos adversos

Convulsiones: Los antipsicóticos de primera generación pueden reducir el umbral de convulsión y originar la aparición de convulsiones tonicoclónicas generalizadas. La baja potencia de estos antipsicóticos se asocia con un riesgo mayor. En el caso de los antipsicóticos de baja potencia, la frecuencia de las convulsiones se relaciona con las dosis, y las dosis más altas están asociadas a un riesgo mayor. A las dosis habituales, el porcentaje de convulsiones es inferior al 1%, aunque en el caso de los pacientes con antecedentes de convulsiones idiopáticas o inducidas por la medicación el riesgo es más elevado.

Efectos alérgicos y dermatológicos: Las reacciones alérgicas cutáneas son bastante frecuentes con los antipsicóticos de primera generación. Para remitir estos síntomas suele ser eficaz interrumpir el tratamiento farmacológico o administrar un antihistamínico.

Efectos hepáticos: Con este tipo de medicamentos también se produce elevación de la concentración de las enzimas hepáticas e ictericia colestásica. Se ha observado aparición de ictericia entre el 0,1 y el 0,5% de los pacientes que toman clorpromazina. Este efecto secundario suele producirse durante el primer mes tras el inicio del tratamiento, y generalmente requiere la interrupción de éste.

Efectos oftalmológicos: Pueden aparecer retinopatías pigmentarias y opacidades corneales con la administración crónica de medicamentos de baja potencia, como la clorpromazina, en particular en dosis altas (p. ej. más de 800 mg/día de tioridazina -ya retirada del mercado-). Por esta razón, los pacientes mantenidos con estos medicamentos deberían someterse a exámenes oftalmológicos periódicos.

Efectos hematológicos: La administración de medicamentos antipsicóticos puede causar efectos hematológicos, como la inhibición de la leucopoyesis. Este tipo de efectos incluye leucopenia benigna y agranulocitosis, que es más grave. La clorpromazina es la causante de la leuco-

penia benigna en más del 10% de los pacientes y de agranulocitosis en el 0,32% de ellos.

Efectos cardiovasculares: entre los efectos cardiovasculares destacan la hipotensión ortostática, la taquicardia y la prolongación del intervalo QT con haloperidol.

Aumento de peso: el incremento de peso se produce con la mayor parte de antipsicóticos; hasta un 40% de los pacientes tratados suben de peso.

Evitar el aumento de peso debería ser una prioridad, ya que muchos pacientes tienen dificultades para adelgazar. Cuando se observe que el afectado ha ganado peso, hay que señalarle la necesidad de ponerse a dieta y hacer ejercicio, o de derivarle a un dietista.

Efectos sobre la función sexual: La disfunción eréctil aparece en el 23-54% de los hombres. Otros efectos consisten en alteraciones en la eyaculación en el hombre y en pérdidas de la libido o anorgasmia en ambos sexos. Además, con determinados antipsicóticos se ha observado eyaculación retrógrada, debida probablemente a los efectos antiadrenérgicos y antiserotoninérgicos. La reducción de la dosis o la interrupción del tratamiento normalmente conllevan una reducción o desaparición de los síntomas. Si no puede reducir la dosis ni es posible administrar un fármaco alternativo, puede recurrirse a la yohimbina o la ciproheptadina.

Interacciones farmacológicas de los antipsicóticos de primera generación (convencionales)

Pueden producirse numerosas interacciones farmacológicas que tengan efectos clínicos importantes en los pacientes que reciben tratamiento con medicación antipsicótica. Determinados antidepresivos heterocíclicos, la mayor parte de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), algunos beta-bloqueantes y la cimetidina pueden aumentar la concentración plasmática de antipsicóticos e incrementar los efectos adversos. Por otro lado, los barbitúricos y la carbamazepina disminuyen la concentración plasmática al actuar sobre las enzimas del citocromo P-450.²¹

B) Antipsicóticos de segunda generación (o atípicos)

En la actualidad están autorizados en el Estado español los siguientes antipsicóticos de segunda generación: clozapina, risperidona, olanzapina, paliperidona, sertindol, quetiapina, ziprasidona, amisulpride y aripiprazol.

Se han incluido las pautas de posología, que se recogen en la GPT, de cada uno de los antipsicóticos de segunda generación (tabla 6, anexo 2),²⁷ así como un cuadro comparativo de intervalos de posología habitual para adul-

tos según recomendaciones de la GPT,²⁷ las GPC de la APA²¹ y la CPG²⁶, las recomendadas por la WFSBP^{29,30} y PORT³¹ y, finalmente, las de dos publicaciones de consulta en el ámbito español: RTM-III³² y el libro de Chinchilla³³ (tabla 7, anexo 2).

En lo referente a los efectos adversos de los antipsicóticos atípicos (EAAA) la GPT recoge que comprenden el aumento de peso, los mareos, la hipotensión postural (sobre todo, durante el ajuste inicial de la dosis) que puede asociarse con síncope o taquicardia reflejos de algunos pacientes, los síntomas extrapiramidales (en general, leves y pasajeros, que responden al descenso de la dosis o a un antimuscarínico) y, a veces, la discinesia tardía tras el tratamiento prolongado (hay que suspender la medicación cuando aparezcan los primeros signos). La hiperglucemia y, en ocasiones, la diabetes pueden ocurrir, sobre todo con la clozapina y la olanzapina; la monitorización del peso y de la glucosa plasmática permite detectar la hiperglucemia. Rara vez se ha descrito el síndrome neuroléptico maligno.

Efectos adversos frecuentes de los antipsicóticos de segunda generación

Síndrome metabólico

Se denomina síndrome metabólico al conjunto de obesidad, hiperglucemia e hipertrigliceridemia, normalmente asociado a resistencia a la insulina. Estos factores pueden conducir a cardiopatía isquémica, diabetes y enfermedades por sobrepeso.³⁷

El síndrome metabólico para ser diagnosticado como tal debe cumplir tres de las siguientes alteraciones: a) obesidad abdominal (perímetro abdominal > 102 cm en varones y > 88 cm. en mujeres), b) hipertrigliceridemia (triglicéridos séricos \geq 150 mg/dl), c) concentración baja de colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad (HDLc < 40 mg/dl en varones y \leq 50 mg/dl en mujeres), d) presión arterial elevada (130/85 mmHg) o e) glicemia en ayunas elevada (110 mg/dl).³⁸

Se ha documentado que algunos antipsicóticos de segunda generación, especialmente clozapina y olanzapina, provocan aumentos de peso significativos^{39,40} y en algún caso riesgo de diabetes,⁴¹⁻⁴³ que es de por sí mayor en esquizofrénicos que en la población general,⁴⁴ con la posibilidad de factores de riesgo previos al tratamiento antipsicótico.^{45,46}

Todo ello hace altamente aconsejable la realización de controles físicos: Tensión arterial, glicemias, perímetro abdominal y determinaciones de colesterol y triglicéridos en sangre de forma periódica.^{37,42,47}

Los efectos anticolinérgicos sedantes, hipotensores y el aumento de peso son frecuentes con todos los antipsicóticos atípicos. La clozapina se asocia a una elevada incidencia de efectos anticolinérgicos y sedan-

tes, y puede producir convulsiones y agranulocitosis. La clozapina y la olanzapina producen más aumento de peso e hiperglucemia, la risperidona tiene más efectos extrapiramidales y produce más aumento de prolactina y quizá alargamiento del QT, y la quetiapina y el sertindol podrían alargar más el intervalo QT.⁴⁸

Por otro lado, un estudio retrospectivo, ha advertido que el alargamiento del intervalo QT y la muerte súbita de origen cardíaco pueden ser producidas tanto por los antipsicóticos típicos como por los atípicos, y tienen relación con las dosis.⁴⁹ La incidencia del alargamiento del intervalo QT según los resultados del ensayo clínico CATIE (Clinical Antipsychotic Trials of Intervention) sería aproximadamente del 3%, y la de la muerte súbita en pacientes tratados con antipsicóticos sería, según este nuevo estudio, del 3 por 1.000.

4.1.2. Otras medicaciones coadyuvantes

Si bien la GPC del APA (2004) recoge la utilización de otros medicamentos para potenciar la eficacia terapéutica de los antipsicóticos y para tratar los síntomas residuales, incluyendo los positivos, negativos y afectivos, se discute la eficacia de estos tratamientos en pacientes con esquizofrenia.

Litio

Existe alguna evidencia científica de que el uso de las sales de litio como potenciadores del tratamiento antipsicótico en pacientes con sintomatología resistente puede incrementar la respuesta antipsicótica y reducir los síntomas negativos y afectivos. La dosis de litio es la necesaria para obtener una concentración hemática de 0,8-1,2 meq/l.

Los efectos adversos 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.

Benzodiazepinas

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

Sus efectos adversos 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.^{50,51}

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 post-psicótica, difícil de distinguir de los síntomas negativos provocados por los antipsicóticos de primera generación. En conjunto, las pruebas a favor de la eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de los síntomas negativos son muy moderadas y la mayor parte de los estudios se han realizado con antipsicóticos de primera generación.⁵² En dos estudios se comprobó la eficacia de fluvoxamina y clomipramina en el tratamiento de los síntomas obsesivo-compulsivos en la esquizofrenia.⁵²

Además, la depresión mayor y el trastorno obsesivo compulsivo son condiciones comórbidas frecuentes en pacientes con esquizofrenia que podrían responder a los antidepresivos. Sin embargo, algunos antidepresivos (aquellos que inhiben la recaptación de catecolamina) pueden potencialmente mantener o exacerbar síntomas psicóticos en algunos pacientes.²¹

Se puede afirmar que la toma de decisiones sobre el uso de medicación antipsicótica parece condicionada por tres factores principales. En primer lugar, la similitud de los efectos terapéuticos de los dos grupos de antipsicóticos frente a los síntomas positivos, que son los que habitualmente conducen al inicio de un tratamiento farmacológico. En segundo lugar, los diferentes perfiles de efectos adversos que pueden producir a los que se atribuye ser la causa principal de la falta de adherencia al tratamiento. Y finalmente, las preferencias del paciente hacia un fármaco o presentación determinados. Todo ello confirma la necesidad de individualizar el tratamiento antipsicótico.

A continuación se presenta un conjunto de recomendaciones sobre las intervenciones farmacológicas con antipsicóticos que se acompaña de un Algoritmo de intervención farmacológica (anexo 2).

Recomendaciones sobre intervenciones farmacológicas

Aspectos generales

A	La medicación antipsicótica debería ser prescrita siempre que sea posible de una manera no coercitiva en combinación con intervenciones psicosociales que incluyan estrategias de promoción de la adherencia. ⁵³
A	Las medicaciones antipsicóticas están indicadas para casi todos los pacientes que experimentan una recaída aguda; la elección de la medicación debería guiarse por las características individuales de cada paciente. ²⁶
C	El peso y el índice de masa corporal deben ser medidos al inicio del tratamiento, después mensualmente durante seis meses y, a partir de entonces, cada tres meses. La consulta con un dietista es aconsejable así como el fomentar la realización de ejercicio físico regular. También podría ser necesario considerar una medicación con un menor riesgo de incremento de peso si éste no se modifica o es notable. Deberían tratarse con el paciente los pros y los contras, y proporcionarle apoyo psicosocial. ⁵³
C	La glucemia plasmática en ayunas y los perfiles lipídicos deberían medirse al inicio, así como a intervalos regulares durante su curso. ⁵³
C	Una valoración inicial óptima debería incluir una resonancia magnética, una valoración neurocognitiva, un examen neurológico de trastornos neurológicos y motores, un electrocardiograma, medición de la altura y el peso (índice de masa corporal), pruebas de detección de sustancias ilegales, perfiles lipídicos y glucemia plasmática en ayunas (y/o HbA1c). ⁵³

Prescripción de antipsicóticos y efectos adversos

A	Los tratamientos farmacológicos deberían ser instaurados con extrema precaución en los pacientes que no se han sometido a ningún tratamiento previo, bajo el principio básico de producir el mínimo daño posible, al tiempo que se alcanza el máximo beneficio. Esto significa la introducción gradual, con una explicación cuidadosa, de dosis bajas de medicación antipsicótica junto con medicación anti-mañaca o antidepresiva cuando estos síndromes estén presentes. ⁵³
---	--

A	En pacientes que inician tratamiento por primera vez, se recomienda la elección de medicación antipsicótica de segunda generación, puesto que está justificada por tener una mejor tolerancia y un menor riesgo de discinesia tardía. ⁵³
A	Se recomienda el uso de la medicación de segunda generación oral como la risperidona, olanzapina, quetiapina, amisulpiride y aripiprazol como primera y segunda línea de tratamiento en el primer episodio de psicosis. Las dosis iniciales deben ser bajas e incrementarse poco a poco en intervalos espaciados sólo si la respuesta es baja o incompleta. El malestar secundario, el insomnio y la agitación deberían ser tratados inicialmente con benzodiacepinas. Otros síntomas como la manía y la depresión grave requieren de tratamiento específico con estabilizadores del humor y antidepresivos. ⁵³
C	Probablemente, estas dosis no tendrán un efecto temprano (durante los primeros días) en el malestar, el insomnio y los trastornos conductuales secundarios a la psicosis, por lo que resultarán componentes esenciales provisionalmente en el manejo de una atención de enfermería especializada, un contexto seguro y de apoyo, y unas dosis regulares y suficientes de benzodiacepinas. ⁵³
C	Debería reconsiderarse una medicación alternativa antipsicótica de primera o segunda generación cuando la relación riesgo-beneficio pueda cambiar para algunos pacientes, por ejemplo, si hay aumento de peso, alteración de la tolerancia a la glucosa o efectos adversos sexuales asociados al desarrollo de los agentes de segunda generación. ⁵³
C	Se recomienda, en las situaciones de emergencia, evitar el uso de primera elección de fármacos propensos a socavar la futura adherencia al tratamiento por la producción de efectos indeseados que generen un efecto subjetivo aversivo. Los fármacos de primera generación deberían ser utilizados sólo como última opción en estas circunstancias, particularmente el haloperidol, dado que producen rigidez más que sedación. ⁵³
C	Si en un primer episodio de psicosis no afectiva se presentan efectos adversos, como por ejemplo aumento de peso o el síndrome metabólico, se recomienda el uso de un antipsicótico convencional. Si la respuesta es insuficiente, hay que valorar las causas. Si no se producen efectos adversos, incrementar las dosis. Si la adherencia es pobre, analizar los motivos, optimizar la dosis y ofrecer terapia de cumplimiento terapéutico. ⁵³

Aspectos técnicos de la prescripción

A	Se recomienda el mantenimiento de la farmacoterapia para la prevención de recaídas en las fases estable y de estabilización, con dosis siempre dentro del intervalo de tratamiento recomendado para los antipsicóticos de primera y segunda generación. ²⁶
B	La medicación antipsicótica para el tratamiento de un primer episodio de psicosis debería mantenerse durante un mínimo de dos años después de la primera recuperación de los síntomas. ²⁶
B	En un primer episodio de psicosis, la dosificación debe ser iniciada en la mitad inferior del rango del tratamiento; los antipsicóticos de segunda generación están indicados debido al menor riesgo a corto y largo plazo de efectos adversos extrapiramidales. ²⁶
B	Se recomienda el uso de clozapina en casos de agresividad persistente. ²⁶
B	La administración de múltiples medicamentos antipsicóticos, tales como la combinación de fármacos de primera generación y de segunda, no debería utilizarse excepto durante los períodos de transición de un cambio de medicación. ⁵³
C	Las medicaciones antipsicóticas, de segunda generación o de primera, no deberían ser prescritas simultáneamente, excepto por cortos períodos de tiempo durante una transición. ²⁴
C	No se recomienda la combinación de un antipsicótico con otro, ya que podría incrementar el riesgo de efectos adversos e interacciones farmacocinéticas. ²⁴
C	La recomendación de combinar un medicamento antipsicótico, un estabilizador del humor y una benzodiacepina o un antidepresivo podría estar totalmente justificada por las características de los síntomas comórbidos, que son extremadamente comunes en los trastornos psicóticos. ⁵³
C	Si el tratamiento parenteral se considerara necesario, la vía intramuscular es preferible a la intravenosa, desde el punto de vista de la seguridad. La administración intravenosa debería ser utilizada sólo en circunstancias excepcionales. ²⁴

C	Las constantes vitales deberían ser controladas después de una administración parenteral del tratamiento. La presión sanguínea, el pulso, la temperatura y la frecuencia respiratoria deberían ser registrados en intervalos regulares, establecidos por el equipo multidisciplinar, hasta que el paciente vuelva a estar nuevamente activo. Si éste está dormido o parece estarlo, se requiere una monitorización más intensiva. ²⁴
C	La medicación depot debería reservarse para dos grupos. En primer lugar, para aquellos que optan clara y voluntariamente por esta vía de administración. Los medicamentos inyectables de segunda generación son preferibles debido a su mejor tolerabilidad y un menor riesgo de discinesia tardía. En segundo lugar, para aquellos que, a pesar de una serie de intervenciones psicosociales integrales destinadas a promover la adaptación y la adherencia, repetidamente fracasan en adherirse a la medicación necesaria y presentan recaídas frecuentes. Esto resulta aún más urgente cuando las consecuencias de las recaídas son graves e implican un riesgo sustancial tanto para el paciente como para otros. ⁵³

Resistencia al tratamiento antipsicótico

A	Los pacientes que están recibiendo medicación antipsicótica de primera generación y en los que persisten los síntomas positivos o negativos, o quienes experimentan efectos adversos de malestar, deberían cambiar a medicación antipsicótica de segunda generación oral bajo la estrecha supervisión de un especialista. ⁵³
A	Si el riesgo de suicidio es elevado o persistente a pesar del tratamiento para la depresión, si tal tratamiento resulta ineficaz, o si la depresión no es grave, debería contemplarse el uso inmediato de la clozapina. ⁵³
A	Se recomienda medicación de segunda generación para los pacientes que recaen a pesar de una buena adherencia a la medicación antipsicótica de primera generación, aunque deban tenerse en cuenta otras causas reversibles de las recaídas. ⁵³
A	La clozapina debe ser introducida con garantías de seguridad en la primera ocasión en caso de resistencia al tratamiento. ⁵³
A	Ante la falta de respuesta al tratamiento con una administración adecuada de antipsicóticos de dos tipos diferentes, se recomienda el uso de clozapina. ²⁶

B	La medicación antipsicótica depot debería ser tenida en cuenta para aquellos pacientes que presentan una pobre adherencia a la medicación. ²⁶
C	Si los síntomas de la esquizofrenia no responden a los antipsicóticos de primera generación, puede considerarse el uso de un antipsicótico de segunda generación previamente a un diagnóstico de esquizofrenia resistente al tratamiento y a la introducción de la clozapina. En estos casos, podría valorarse la introducción de olanzapina o risperidona. Se recomienda informar a los pacientes. ²⁴
C	La adición de un segundo antipsicótico a la clozapina podría tenerse en cuenta en personas resistentes al tratamiento en las que la clozapina por sí sola no se ha mostrado suficientemente efectiva. ²⁴

Comorbilidad y medicaciones coadyuvantes

B	Es posible añadir antidepresivos como complemento de los antipsicóticos cuando los síntomas depresivos cumplen los criterios sindrómicos del trastorno por depresión mayor o son graves, causando un malestar significativo o interfiriendo con la funcionalidad del paciente. ²¹
B	Un episodio de depresión mayor en la fase estable de la esquizofrenia es una indicación de tratamiento con un fármaco antidepresivo. ²⁶

4.2. Terapia electroconvulsiva

La terapia electroconvulsiva (TEC) es siempre un tratamiento de segunda elección en la esquizofrenia,⁷ indicado tras el fracaso de los antipsicóticos; las indicaciones más frecuentes son: 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.⁵⁴

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

En una de las guías seleccionadas, se considera que la TEC ocupa tan sólo un lugar residual en el manejo de la esquizofrenia y establece dos recomendaciones para su utilización:⁵³

Los pacientes con esquizofrenia persistente, crónica y resistente a los neurolepticos es improbable que respondan a la TEC. Sin embargo, existe evidencia de que la TEC conjuntamente con antipsicóticos puede ser beneficiosa al menos para algunos de estos pacientes (nivel de evidencia científica IV).⁵³

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 cardiacas y lesiones ocupantes de espacio intracraneal deben ser motivo de precaución puesto que la TEC causa aumento transitorio de la frecuencia cardiaca, carga de trabajo cardiaco, presión arterial, presión intracraneal y permeabilidad de la barrera hematoencefálica.

Los principales efectos adversos 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.

Recomendaciones sobre terapia electroconvulsiva

C	La TEC podría estar indicada en pacientes refractarios o con intolerancia a la medicación. También puede ser ocasionalmente útil cuando existe un episodio psicótico apreciable y el trastorno está caracterizado por síntomas catatónicos o afectivos. ⁵³
C	Algunos de los pacientes con esquizofrenia persistente, crónica y resistente a los neurolepticos, podrían beneficiarse de una TEC. ⁵³

4.3. Intervenciones psicosociales

Las intervenciones psicosociales engloban una serie de medidas encaminadas a minimizar la vulnerabilidad del paciente ante las situaciones de estrés, facilitar los procesos de recuperación, reforzar su adaptación y funcionamiento familiar, social y formativo-laboral, así como a aumentar sus recursos para hacer frente a los conflictos, problemas y tensiones interpersonales

o biográficas. También pueden favorecer el análisis o la modificación de estilos perceptivos o mecanismos de defensa. Estas intervenciones pueden incidir en áreas como la prevención de recaídas, la adquisición de habilidades sociales, y el funcionamiento social y laboral.

El marco asistencial que se ofrece a los pacientes debe cumplir una función terapéutica, es decir, debe estar orientado a fomentar el cambio en el funcionamiento mental, conductual y relacional, con el fin de promover la capacidad de vivir más saludablemente.⁵⁵

En los últimos años, se ha desarrollado una nueva orientación en la comprensión del tratamiento y la evolución de trastornos mentales graves como la esquizofrenia, representada en el concepto Recuperación (*recovery*). Se refiere al proceso de recuperación de la enfermedad, entendida como recuperación del funcionamiento autónomo y de integración comunitaria, y no sólo como la estabilización de síntomas. Por otra parte el concepto de recuperación hace también referencia a la capacitación del paciente sobre el manejo de la enfermedad y, en consecuencia, el papel del afectado en todo el proceso (*empowerment*). Ello exige a su vez, la reorientación de los sistemas de asistencia y la realización de esfuerzos por eliminar las barreras discriminatorias.

Muchos pacientes con esquizofrenia no están recibiendo la asistencia adecuada pues, a pesar de que existe evidencia científica de tratamientos psicoterapéuticos e intervenciones psicosociales eficaces, la asistencia que reciben no reúne el conjunto de las diversas intervenciones que serían apropiadas para ellos. En la actualidad, están siendo notablemente infrutilizados tratamientos psicosociales de probada eficacia.⁵⁶

El espectro de las intervenciones psicosociales es muy amplio y abarca diversos tipos de intervenciones que, a menudo, se integran en un continuum asistencial lo que dificulta la delimitación entre ellas. A efectos de favorecer su exposición, se han dividido las intervenciones psicosociales en los siguientes apartados:

1. Terapia cognitivo-conductual
2. Psicoterapia de apoyo
3. Psicoterapia psicodinámica
4. Psicoeducación
5. Intervenciones familiares
6. Rehabilitación cognitiva
7. Entrenamiento en habilidades sociales
8. Entrenamiento en actividades de la vida diaria
9. Actividades expresivas (arteterapia, musicoterapia, etc.)
10. Apoyo a la inserción laboral
11. Recursos de vivienda

Los tres primeros apartados corresponden a tratamientos psicoterapéuticos específicos. La psicoeducación y las intervenciones familiares pueden desarrollarse como tratamientos específicos o pueden considerarse en el marco de otras intervenciones. Los apartados que van del 6 al 11 se dedican a diversas intervenciones rehabilitadoras y a recursos de apoyo a la integración social.

Los tratamientos psicoterapéuticos tienen en común el hecho de estar basados en diversas técnicas específicas de naturaleza psicológica, reconocidas por la comunidad científica y profesional. Partiendo de las manifestaciones psíquicas, físicas o interpersonales, estos tratamientos tienen como objetivo primordial reducir el sufrimiento, principalmente el debido a los trastornos mentales y promover cambios saludables. Los aspectos que se han de tener en cuenta en todas las modalidades terapéuticas son:

- La relación con el paciente.
- El papel activo por parte del terapeuta.
- La necesidad de poner unos límites claros en el encuadre como forma de evitar la interrupción prematura del tratamiento y el descontrol de impulsos.
- La actitud flexible por parte del terapeuta.
- La capacidad del terapeuta para crear una atmósfera de calidez y empatía, así como para manejar sus propios sentimientos.⁵⁵

La psicoterapia tiene como punto de partida la existencia de 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 generales de la psicoterapia, y de las intervenciones psicosociales en general son minimizar la vulnerabilidad y el estrés y maximizar las capacidades de adaptación y el funcionamiento, al tiempo que se favorecen los apoyos sociales.²¹

La psicoterapia ha de estar basada en primer lugar en las necesidades y preferencias del paciente, pero no es posible pasar por alto la importancia de respetar su sistema de valores en la elección de objetivos y metas a conseguir. Una psicoterapia óptima utiliza estrategias diversas y facilita la consolidación de una relación interpersonal continua, de comprensión y empática entre el paciente y el psicoterapeuta.

En cuanto a la rehabilitación psicosocial, su propósito es facilitar los procesos de recuperación y prevenir el deterioro de la función social, laboral, educativa y familiar, así como fomentar estas capacidades sociales al máximo.⁷ Según la Asociación Española de Neuropsiquiatría, la rehabilitación psicosocial persigue los siguientes objetivos:⁵⁷

- 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 sean posibles.
- 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.

Los tratamientos psicoterapéuticos y las intervenciones rehabilitadoras, pueden desarrollarse tanto a nivel individual como a nivel grupal. Esta elección dependerá de las características y estado del paciente, sus preferencias y los recursos de los que dispongan los profesionales y los equipos. Los abordajes grupales ofrecen a los pacientes un lugar de intercambio que facilita la libre expresión oral y favorece que puedan hacerse cargo del propio sufrimiento y del 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.

Recomendaciones sobre intervenciones psicosociales

C	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 dado. ⁵⁸
C	Se recomienda que las intervenciones psicosociales sean llevadas a cabo por profesionales que tengan formación específica, experiencia suficiente, cualificación (apoyada por supervisión y acompañamiento técnico), así como disponibilidad y constancia para poder mantener un vínculo a largo plazo. ⁵⁹

4.3.1. Terapia cognitivo-conductual

Es una intervención psicológica específica que estimula al paciente a establecer relaciones entre sus pensamientos, sentimientos o acciones en relación a síntomas actuales o pasados.

Permite a los destinatarios reevaluar sus percepciones, creencias o razonamientos ligados al objetivo diana. Implica, al menos, una de las siguientes acciones: a) monitorización de los pensamientos, sentimientos o conductas en relación a los síntomas; b) promoción de vías alternativas de afrontamiento de los síntomas; c) reducción del estrés.²⁴

En la última década se ha observado un interés creciente por aplicar las técnicas de la Terapia cognitivo-conductual (TCC) a personas con esquizofrenia, especialmente aquellas que siguen presentando síntomas psicóticos a pesar de recibir un tratamiento farmacológico adecuado (nivel de evidencia científica Ia).²⁴

En cuanto a la aceptabilidad de la TCC por parte de los pacientes, existe poca evidencia científica, basada en el número de sujetos que abandonan los estudios, que sugiere que la TCC es más aceptable para los pacientes que el tratamiento estándar al final del tratamiento o en el seguimiento (nivel de evidencia científica Ia). Cuando se utiliza la TCC para tratar un primer episodio de psicosis, hay cierta evidencia científica que sugiere que ésta es más aceptable que el tratamiento estándar (nivel de evidencia científica Ib).²⁴

Existe evidencia científica sobre cómo la duración y/o el número de sesiones de la TCC pueden influir en la eficacia del tratamiento. Así, algunos estudios sugieren que en el tratamiento de personas con esquizofrenia la TCC que consta de menos de diez sesiones o tiene una duración inferior a tres meses produce una leve mejoría en síntomas depresivos comparada con el tratamiento estándar, pero no se produce una mejoría en los síntomas psicóticos (nivel de evidencia científica Ia). En este sentido, hay cierta evidencia científica que sugiere que la TCC de más de seis meses de duración y que incluye más de diez sesiones consigue mejorar el estado mental comparada con otras intervenciones (nivel de evidencia científica Ib).²⁴

Una RSEC, realizada por la colaboración Cochrane,⁶⁰ incluía 19 ensayos clínicos aleatorizados donde destacaba en la comparación de la TCC más atención estándar versus sólo atención estándar los resultados siguientes (nivel de evidencia científica Ia):

- No hay diferencias significativas entre ambos abordajes en cuanto a reducción de proporción de recaídas y número de reingresos hospitalarios.
- Hay diferencias estadísticamente significativas a favor de la TCC en relación a la reducción de tiempo de estancia en el hospital.
- Se observa una diferencia a favor de la TCC para el funcionamiento

general psicológico y psiquiátrico medido con la Global Assessment Scale (GAS)^b a corto y medio plazo. Este efecto no se mantiene a largo plazo.

- Hay diferencias estadísticamente significativas a favor de la TCC en cuanto a la mejoría del estado mental. Tras un año las diferencias no son estadísticamente significativas.
- No hay suficiente evidencia científica para determinar el efecto en general de la TCC con escalas estandarizadas para el curso clínico de la esquizofrenia (BPRS^c, CPRS^d, PANSS^e). En cuanto a las agrupaciones de síntomas específicos, la TCC tiene un efecto significativo a largo plazo por encima de la atención estándar para las alucinaciones.
- Los pacientes que reciben TCC muestran mayor grado de *insight* que los que reciben sólo atención estándar, tanto a corto como a medio plazo. No se observan diferencias significativas a largo plazo.
- No hay diferencias en la calidad de vida.
- En relación al funcionamiento social, únicamente se observa un efecto significativo en las conductas prosociales que favorece a la TCC.

Gaudio realiza una revisión de 12 ensayos clínicos aleatorizados que comparan TCC con cuidados de rutina, psicoeducación y terapia de apoyo.⁶¹ Los datos que analiza verifican la mejoría de los síntomas cuando se añade TCC a los cuidados de rutina. Se sugiere también que la TCC es particularmente eficaz en el tratamiento de los síntomas positivos (nivel de evidencia científica IIb).

Terrier y Wykes llevan a cabo una revisión de 20 ensayos clínicos aleatorizados buscando evidencias de la eficacia de la TCC y, en caso de ser evidencia positiva, intentando entender por qué es eficiente e investigando qué beneficios aparentes pueden deberse a otras fuentes potenciales, así como viendo la posibilidad de mejorar la evaluación de los tratamientos. Los ensayos que tienen en cuenta comparan la TCC con cuidado estándar y grupo de apoyo. La principal conclusión de la revisión es que la TCC es eficaz en el tratamiento de la esquizofrenia (nivel de evidencia científica Ia).⁶² Se cons-

^b 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.

^c BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale.

^d CPRS: Comprehensive Psychiatric Scale.

^e PANSS: Positive and Negative Symptom Scale.

tatan leves mejoras en los síntomas positivos en comparación con el cuidado estándar. Se propone, además, que la eficacia del tratamiento farmacológico puede enmascarar la eficacia de otros tratamientos. Hay también una leve evidencia científica de que la TCC protege frente a futuras recaídas en los siguientes 18 meses. Al respecto, los pacientes que sólo reciben medicación presentan más síntomas residuales. La TCC muestra más beneficios que los cuidados estándar en la prevención de la progresión de la psicosis en la intervención precoz previniendo la prescripción de medicación antipsicótica y reduciendo los síntomas. Finalmente los autores aprecian que muchos aspectos importantes de la TCC no están cuantificados y recomiendan su identificación y evaluación en ensayos de mayor extensión.

Para los pacientes en fase aguda se constata cierta evidencia científica de que la TCC produce efecto con mayor rapidez que el tratamiento estándar, pero no sucede así cuando se compara con las intervenciones de apoyo.⁶² Sin embargo, existe evidencia científica en esta fase de que la TCC junto con la atención estándar pueden acelerar la recuperación y el alta hospitalaria (nivel de evidencia científica Ib).⁵³

Recomendaciones sobre terapia cognitivo-conductual

A	Se recomienda la TCC para el tratamiento de síntomas psicóticos persistentes a pesar de recibir un tratamiento farmacológico adecuado. ²⁴
A	La TCC debería estar indicada para el tratamiento de los síntomas positivos de la esquizofrenia, especialmente las alucinaciones. ⁶⁰
A	Se recomienda la TCC como opción de tratamiento para ayudar en el desarrollo del <i>insight</i> y para incrementar la adherencia al tratamiento. ⁶⁰
A	Se recomienda la TCC para evitar la progresión a psicosis en intervención precoz. ⁶²
A	Se recomienda la TCC como opción de tratamiento para prevenir la prescripción de fármacos y reducir la sintomatología en la atención a la psicosis incipiente. ⁶²
A	Se recomienda la TCC en fase aguda junto con los cuidados estándar para acelerar la recuperación y el alta hospitalaria. ⁵³
B	La TCC debería considerarse para el tratamiento del estrés, ansiedad y depresión en pacientes con esquizofrenia; para lo que deberían ser necesarias algunas adaptaciones a las técnicas utilizadas en otras poblaciones. ²⁶

4.3.2. Psicoterapia de apoyo

No es tarea fácil encontrar una definición ampliamente aceptada de psicoterapia de apoyo y esto se debe fundamentalmente a la gran variedad de intervenciones englobadas dentro de este concepto que van desde el apoyo y el consejo en un marco no directivo y no estructurado, hasta entrevistas en las que el terapeuta sigue las pautas de la escucha activa y empática (haciéndose eco de lo que el paciente le dice y del sentimiento que lo acompaña), la actitud de cooperación y el manejo de crisis. El apoyo y el consejo son los componentes específicos de este tipo de terapia, pero también son tácticas frecuentes las sugerencias, las explicaciones y las aclaraciones.⁶³

Se observa que gran parte de las intervenciones profesionales destinadas a personas con esquizofrenia contienen elementos de apoyo y que además, este tipo de elementos, están presentes en todas las modalidades de psicoterapia. De hecho se trata de una de las prácticas más habituales y constituye un pilar esencial de la actividad psicoterapéutica. La psicoterapia de apoyo se considera una modalidad de intervención especialmente adecuada para las personas con esquizofrenia debido al importante papel que desempeñan las actitudes de apoyo emocional de los profesionales en el tratamiento de estos pacientes.⁶⁴ La alianza terapéutica basada en el apoyo facilita la expresión de los sentimientos y la afirmación de las capacidades del paciente y contribuye de forma destacada a generar un contexto apropiado para la contención de sus ansiedades.⁶⁵

Por todo ello, la limitada disponibilidad de otras intervenciones de probada eficacia y las preferencias de los pacientes deben tenerse en cuenta a la hora de las recomendaciones. Por otro lado, las relaciones de apoyo, la empatía entre la persona con esquizofrenia y los profesionales, y la escucha comprensiva desempeñan un papel importante en el desarrollo de la alianza terapéutica y son esenciales como parte de una buena práctica. De hecho, se trata de una de las prácticas más habituales, por lo que es posible encontrar elementos de apoyo en todos los tipos de psicoterapia (nivel de evidencia científica IV).⁶⁵

Recomendaciones sobre psicoterapia de apoyo

C	Se recomienda desarrollar la alianza terapéutica a partir de una actitud de apoyo emocional y cooperación, ya que desempeña un importante papel en el tratamiento de las personas con esquizofrenia. ⁶⁵
C	La terapia de apoyo no es recomendable como intervención específica en el cuidado habitual de personas con esquizofrenia si otras intervenciones de eficacia probada están indicadas y disponibles. A pesar de ello, deben tenerse en cuenta las preferencias de los pacientes, especialmente si otros tratamientos psicológicos más eficaces no están disponibles. ⁶⁵

4.3.3. Psicoterapia psicodinámica

El tratamiento psicodinámico es una intervención que puede clasificarse como una de las terapias de conversación, en la que la relación entre la persona que busca el tratamiento y el terapeuta conforma el componente principal de la terapia.⁶⁶ Se estructura en torno a sesiones regulares de terapia individual con un terapeuta experimentado o con un terapeuta bajo supervisión. Las sesiones de terapia deben basarse en el modelo psicodinámico o en el psicoanalítico, utilizando una gran variedad de estrategias que incluyen la actividad exploratoria dirigida al *insight* o la actividad de apoyo o directiva, aplicadas con flexibilidad, trabajando con la transferencia, pero con terapeutas que usan una técnica menos estricta que la utilizada en el psicoanálisis.²⁴

Recomendación sobre psicoterapia psicodinámica

C

Los principios psicoanalíticos y psicodinámicos pueden ser de utilidad para ayudar a los profesionales a comprender la experiencia de las personas con esquizofrenia y sus relaciones interpersonales.²⁴

4.3.4. Psicoeducación

Es una aproximación terapéutica que no se identifica con un único modelo teórico. Proporciona a pacientes y familiares información específica acerca de la enfermedad y entrenamiento en técnicas para afrontar los problemas que de ella se derivan. Su objetivo es mejorar la calidad de vida del paciente y de los cuidadores creando ambientes con muy bajo nivel de estrés, disminuyendo la probabilidad de recaída y carga familiar, y proporcionando información sobre el trastorno.

En una RSEC se evaluaba la eficacia de las intervenciones psicoeducativas cuando se incorporaban a la atención «estándar», en comparación con la eficacia de ésta. En esta revisión se incluyeron 10 ensayos clínicos controlados y aleatorizados centrados en psicoeducación para la esquizofrenia o enfermedades mentales graves. Se definieron las intervenciones psicoeducativas como programas individuales o grupales que tratan la enfermedad desde un punto de vista multidimensional que incluye perspectivas familiares, sociales, biológicas y farmacológicas. Se proporcionó a los pacientes apoyo, información y estrategias de tratamiento. Se consideraron «breves» los programas de 10 sesiones o menos y «estándar» los programas de 11 o más sesiones. Se excluyeron de esta revisión las intervenciones que incluían elementos de entrenamiento conductual como las habilidades sociales o el entrenamiento en actividades de la vida diaria y la educación impartida por pares. Los autores concluyen que (nivel de evidencia científica Ia):⁶⁷

- Las intervenciones psicoeducativas pueden reducir las tasas de recaídas y de reingreso hospitalario después de 9 a 18 meses de seguimiento.
- Estos programas deben formar parte del plan de tratamiento.
- Estas intervenciones son breves y no muy costosas, características que deberían facilitar su implementación en los servicios.

Recomendaciones sobre psicoeducación

A	Se recomienda implantar en los planes de tratamiento intervenciones psicoeducativas para pacientes y familiares de forma habitual. ⁶⁷
C	Se recomienda graduar la transmisión de información en función de las necesidades e inquietudes del paciente y su familia y de la fase de evolución del trastorno en que se encuentre el paciente. ²⁴

4.3.5. Intervención familiar

En el momento actual no existe ninguna duda sobre el impacto que supone un trastorno como la esquizofrenia sobre la vida familiar, ni de la importancia que tiene la colaboración de la familia para abordar la enfermedad de forma adecuada. 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 un trastorno que puede llegar a ser crónico y necesitar tratamientos prolongados, incluso de por vida. 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 desempeñar en el control de los síntomas y en la rehabilitación del paciente.

La mayoría de los estudios publicados sobre la utilidad de los programas de intervención familiar (IF) en la esquizofrenia^{68,69-74} demuestran la eficacia de los mismos en cuanto a la reducción de la proporción de recaídas e ingresos hospitalarios (nivel de evidencia científica Ia). La reducción de las recaídas es significativa durante los primeros 24 meses después del tratamiento; no obstante, no existen diferencias después de este período de tiempo. Además, en comparación con otros tratamientos, la IF reduce la posibilidad de recaídas en pacientes con síntomas persistentes después de 12 meses de tratamiento. También se ha demostrado una mejoría del ajuste global después de 12 meses de tratamiento, una mejoría de la adherencia al tratamiento y reducción de la carga familiar. Sin embargo, no hay evidencia científica de que se produzca una mejoría en los síntomas negativos y el funcionamiento social (nivel de evidencia científica Ia).⁷²

Lo que parece estar claro es que la duración de la IF es importante. Intervenciones breves no han resultado eficaces en la prevención de recaídas por lo que se recomiendan programas con un mínimo de seis meses de duración (nivel de evidencia científica Ia).^{24,69,70} También es un factor importante la participación del paciente en la IF ya que si se le incluye disminuye significativamente la tasa de recaídas (nivel de evidencia científica Ia),²⁴ mientras que si éste no participa, la evidencia científica es insuficiente para determinar si disminuyen las recaídas (nivel de evidencia científica Ib).²⁴

Otro elemento que también ha sido estudiado es la realización de la terapia con grupos multifamiliares o con una sola familia. Existe suficiente evidencia para afirmar que la eficacia de la intervención es similar si se realiza con familias separadamente o de forma grupal (nivel de evidencia científica Ia),²⁴ aunque ciertos trabajos afirman que los grupos multifamiliares podrían resultar más eficaces que los unifamiliares (nivel de evidencia científica Ib).⁵³ Otros estudios sostienen que durante el primer episodio son más eficaces los grupos multifamiliares.⁷⁵ No obstante, existe evidencia científica que las intervenciones grupales conllevan abandonos más precoces que las unifamiliares (nivel de evidencia científica Ia).²⁴

La selección de las familias en función de la emoción expresada supone una reducción eficaz de las recaídas a los 4–15 meses de seguimiento después del tratamiento. En este sentido, la inclusión del paciente en este tipo de intervención disminuye eficazmente las recaídas (nivel de evidencia científica Ia).²⁴

Recomenacions sobre intervenció familiar

A	Se recomiendan los programas de IF para la reducción de la carga familiar, mejoría del funcionamiento social del paciente y disminución del coste económico. ^{69,70}
A	Se recomienda aplicar la terapia de IF en pacientes moderada o gravemente discapacitados y, sobre todo, en los de larga evolución. En pacientes con inicio reciente de la enfermedad habrá que valorar cada situación de forma individualizada. ^{69,70}
A	Debe ofrecerse IF a las familias que convivan o estén en contacto con pacientes que sufren esquizofrenia, sobre todo de aquellos que han recaído o con riesgo de recaída y también en aquellos casos con sintomatología persistente. ²⁴
A	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). ^{68-71,74,76}

A	Los programas deberán aplicarse en grupos de familiares de pacientes homogéneos teniendo en cuenta la emoción expresada y deberán incluir de una u otra forma al propio paciente, serán añadidos al tratamiento habitual y con una duración que nunca será inferior a seis meses para que resulte efectiva. ^{69,70}
A	Los pacientes deberían ser incluidos, siempre que sea posible, en las sesiones de IF ya que reduce significativamente las recaídas. ²⁴
A	Se recomienda la IF prolongada en el tiempo (más de seis meses) para reducir las recaídas. ²⁴
A	Los pacientes y sus familiares suelen preferir intervenciones de familia individuales en vez de las intervenciones de grupo multifamiliares. ²⁴
A	Los programas deberían 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. ^{77,78}
B	Se recomiendan las derivaciones a redes sociales de pacientes y cuidadores. ⁵³
B	Los programas de IF deberían durar más de nueve meses e incluir características de compromiso, apoyo y desarrollo de habilidades, no simplemente información o conocimiento compartido. ²⁶
C	Se recomienda transmitir de forma gradual la información en función de las necesidades e inquietudes del paciente y su familia y de la fase de evolución del trastorno en que se encuentre el paciente. ²⁴

4.3.6. Rehabilitación cognitiva

Las personas con esquizofrenia sufren, en diferentes grados, dificultades cognitivas que afectan a sus capacidades de procesamiento de información, atención, memoria, funcionamiento ejecutivo y planificación. Los déficits cognitivos, a menudo, están relacionados con la sintomatología negativa y parecen tener implicaciones en su funcionamiento cotidiano, además de reducir el aprovechamiento de los recursos terapéuticos psicosociales.²⁶

Las disfunciones cognitivas están presentes desde el inicio de la enfermedad.⁷⁹ Con base en la evidencia científica disponible se ha sugerido que los déficits cognitivos constituyen una característica fundamental de la esquizofrenia, hecho que justificaría su inclusión en los criterios diagnósticos de esta enfermedad (nivel de evidencia científica IV).⁸⁰

El tratamiento de rehabilitación cognitiva se define como una intervención focalizada en los niveles más básicos de las funciones cognitivas (atención, memoria y funciones ejecutivas), que tiene como objetivo mejorar el rendimiento de dichas funciones específicas. Es un instrumento que posibilita una mejoría del funcionamiento cognitivo deficitario, una reducción del hipofuncionalismo cerebral, un aumento de la autonomía personal y una mejoría del funcionamiento psicosocial de los pacientes con esquizofrenia con mejor pronóstico.⁷⁹

Existen diferentes tipos de intervenciones para la rehabilitación cognitiva, que pueden llevarse a cabo de manera individual y/o grupal y que implican, generalmente, una o varias de las tres estrategias siguientes:⁸⁰

- Estrategias de restauración, en la que el objetivo es reducir el déficit cognitivo subyacente.
- Estrategias de compensación, que apunta a ayudar al paciente a compensar el déficit cognitivo.
- Estrategias ambientales, que consiste en utilizar estrategias en el entorno social del paciente, como por ejemplo recordatorios externos (etiquetas, objetos o instrumentos electrónicos), que avisen o recuerden las conductas requeridas en una determinada actividad social de la vida diaria⁸¹ con el fin de disminuir el impacto del déficit cognitivo.

La eficacia de la rehabilitación cognitiva en pacientes con esquizofrenia ha sido estudiada mediante diversos metanálisis o RSEC. Uno de ellos revisó 26 estudios controlados y aleatorizados que incluyeron a 1.151 pacientes, en los que se evaluaron los efectos de rehabilitación cognitiva en la mejoría del rendimiento cognitivo, los síntomas y el funcionamiento psicosocial en la esquizofrenia. Los resultados indicaron que la rehabilitación cognitiva fortalece y mejoría el funcionamiento cognitivo en una amplia variedad de programas de rehabilitación cognitiva y de condiciones de los pacientes. El tamaño del efecto en ejecución cognitiva indica mejoras después de la rehabilitación cognitiva, y ésta se mantiene un promedio de ocho meses después de haber finalizado el tratamiento. Además, se observó que la rehabilitación cognitiva también tiene un importante efecto en la mejoría del funcionamiento psicosocial, a pesar de que éste es ligeramente inferior al efecto de la ejecución cognitiva. Cabe destacar que la mejoría del funcionamiento psicosocial es mayor en los estudios que ofrecen rehabilitación psiquiátrica y en los programas de rehabilitación cognitiva que incluyen entrenamiento en estrategias, instrucción y práctica (nivel de evidencia científica Ia)⁸². En cuanto a los síntomas propios de la enfermedad, el tamaño del efecto global de la rehabilitación cognitiva en la mejoría de los síntomas fue importante pero menor que el efecto sobre la ejecución cognitiva y el funcionamiento psicosocial.⁸²

Desde una visión global, la rehabilitación cognitiva basada sólo en métodos tradicionales no ha podido demostrar con claridad ningún efecto sobre el estado mental, funcionamiento cognitivo o adaptación social (nivel de evidencia científica Ia).⁸³ Sin embargo, 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).⁸¹

Sobre estrategias ambientales, existe un único ensayo clínico aleatorizado (ECA) que estudia la eficacia de esta intervención en la mejoría de la adaptación funcional y en la prevención de recaídas.⁸¹ Los 45 pacientes incluidos en este estudio fueron asignados aleatoriamente 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, pero que no tuvieran nada que ver con la rehabilitación cognitiva. Los resultados al cabo de nueve meses de terapia mostraron mejorías estadísticamente significativas en adaptación social. En cuanto a la reducción de recaídas, hubo también diferencias estadísticamente significativas: mostraban 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).

Recomendaciones sobre rehabilitación cognitiva

A	Se recomienda aplicar la terapia de rehabilitación cognitiva, en sus diversas modalidades como técnica que mejora el funcionamiento cognitivo en una amplia gama de condiciones clínicas del paciente con esquizofrenia. ⁸²
A	Se recomienda aplicar la terapia de rehabilitación cognitiva en el entorno cotidiano del paciente con esquizofrenia. ⁸¹

4.3.7. Entrenamiento en habilidades sociales

Las habilidades sociales se definen como aquellas conductas que resultan eficaces en la interacción social. Incluyen diversos aspectos, como la comunicación verbal y no verbal, la autoconciencia de sentimientos internos y de las actitudes, la percepción del contexto, la capacidad de respuestas adaptadas y el refuerzo social.

La intervención, que requiere una evaluación conductual de las habilidades interpersonales, puede ser grupal o individual y tiene como objetivos reducir el estrés y las dificultades en las relaciones sociales e incrementar las capacidades de afrontamiento de situaciones de interacción social. 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 y el afrontamiento de los problemas en la vida comunitaria.

Se ha podido determinar que el entrenamiento en habilidades sociales comporta mejores resultados en la interacción social y también en la sintomatología, el funcionamiento social y la calidad de vida, comparado con los cuidados estándares o con la terapia ocupacional.²⁶ Marder y colaboradores, en un ECA 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).⁸⁴

El modelo de resolución de problemas sociales ha demostrado un efecto favorable sobre la mejoría de las habilidades sociales según una RSEC.⁷⁶ El efecto a largo plazo de este modelo ha sido estudiado mediante dos ensayos clínicos aleatorizados (nivel de evidencia científica Ib). Ambos estudios mostraron mejorías estadísticamente significativas al finalizar el seguimiento, en el primer estudio respecto a un mayor número de bienes materiales, mayores habilidades culinarias y mejor administración económica⁸⁵ y, en el otro, en dos escalas de adaptación social de un total de seis.⁸⁴ El entrenamiento en habilidades sociales, según el modelo de resolución de problemas, es eficaz en relación a la adaptación social y sus efectos se mantienen después de dos años (nivel de evidencia científica Ib).⁸⁴

Recomendaciones sobre entrenamiento en habilidades sociales

A	Se recomienda aplicar el entrenamiento en habilidades sociales (según el modelo de resolución de problemas) a pacientes graves o moderadamente discapacitados. ⁸⁴
B	El entrenamiento en habilidades sociales debe estar disponible para pacientes con dificultades y/o estrés y ansiedad relacionadas con la interacción social. ²⁶

4.3.8. Entrenamiento en actividades de la vida diaria

Desde la terapia ocupacional, el pilar fundamental de la funcionalidad de las personas es la ocupación, que incluye las distintas actividades que una persona realiza a lo largo de su vida, para prepararse y desarrollar el rol que le es propio.

Las actividades de la vida diaria (AVD) forman parte de estas áreas de ocupación humana. Incluyen dos modalidades:

- AVD básicas (orientadas hacia los cuidados del propio cuerpo: higiene personal, alimentación, vestido, movilidad funcional, cuidado de ayudas técnicas, descanso y sueño)
- AVD instrumentales (orientadas hacia la interacción con el medio: cuidado de otras personas o de animales, uso de sistemas de comunicación, movilidad en la comunidad, administración financiera, mantenimiento y cuidado de la salud, mantenimiento y limpieza del hogar, preparación de la comida, hacer la compra, procedimientos de seguridad y respuestas de emergencia)

Recomendación sobre entrenamiento en actividades de la vida diaria

B	El entrenamiento en las AVD, basado en la evidencia científica, debería estar disponible para pacientes que tienen dificultades con las tareas de funcionamiento cotidiano. ²⁶
----------	---

4.3.9. Técnicas expresivas

Son un conjunto de técnicas terapéuticas desarrolladas por personal específicamente cualificado, basadas en la utilización de mecanismos de simbolización, comunicación y expresión mediante canales verbales o no verbales (expresión artística, musical o corporal) y diferenciadas en su finalidad y metodología de las actividades ocupacionales. Incluye modalidades terapéuticas como arteterapia, musicoterapia y técnicas de expresión corporal.

Investigaciones recientes permiten recomendar la aplicación de técnicas expresivas (con independencia de la modalidad utilizada: arteterapia, musicoterapia, etc.) realizada por profesionales con formación especializada acreditada en pacientes con sintomatología negativa.⁸⁶

4.3.10. Apoyo a la inserción laboral

La persona con esquizofrenia puede tener dificultades para el acceso al empleo. En la mayoría de los casos, estas personas desean encontrar un trabajo; sin embargo, existe un alto índice de desempleo en este sector de la población debido en gran parte al estigma social que provoca la enfermedad mental.⁸⁷ Los programas de rehabilitación laboral están dirigidos a pacientes que viven en la comunidad, no institucionalizados, que poseen un nivel suficiente de estabilidad psicopatológica, para darles apoyo en el desarrollo de itinerarios de inserción laboral. Cabe decir que esta modalidad de rehabilitación psicosocial depende en gran medida de los recursos y servicios de inserción laboral existentes y de trabajo en un determinado contexto.

Es importante señalar que el estar involucrado en un proceso de rehabilitación laboral parece tener consecuencias psicosociales positivas para

el paciente e, indirectamente, también para su familia, ya que reduce la re-hospitalización, y mejora el *insight*.⁵³ Se hace necesario, por ello, valorar la necesidad de trabajar de forma paralela con las familias, a nivel individual y grupal, para que puedan comprender y apoyar el proceso de rehabilitación laboral.

Las revisiones de la literatura científica sugieren que el apoyo laboral debiera ser continuo e integrado en un programa de rehabilitación psicosocial donde los afectados pudiesen contar con el apoyo de un equipo multidisciplinar.^{7,88} Diversas RSEC han demostrado la eficacia del apoyo laboral en términos de obtención de un puesto de trabajo normalizado en pacientes moderada o ligeramente discapacitados y que estén en fase estable o de mantenimiento.^{89,90}

El segundo estudio, identificado a través de una revisión reciente, es un ECA que también utilizó el programa de trabajo con apoyo asignando de forma aleatoria a 51 pacientes en la modalidad de trabajo/formación con apoyo o a la situación de control (programa de rehabilitación laboral más tradicional).⁹¹ Se realizó el seguimiento durante 18 meses (6 meses de intervención y 12 meses de seguimiento). Los resultados fueron superiores en el grupo experimental (trabajo o estudios con apoyo), ya que el 93% de este grupo volvió a estudiar o trabajar durante los seis meses de intervención respecto al 50% del grupo control. En el período de seguimiento, el 93% se mantuvo estudiando o trabajando respecto al 55% del grupo control (nivel de evidencia científica Ib).

En esta misma revisión, se describió un estudio donde se comparó, entre otras cuestiones, el trabajo con apoyo con otro tipo de intervenciones de rehabilitación laboral o psicosocial. Dicho estudio concluyó, de nuevo, que el trabajo con apoyo es el mejor tipo de intervención posible para la obtención de un empleo normalizado y el éxito de esta inserción laboral (nivel de evidencia científica Ia).⁹¹

Los programas de apoyo en el empleo deberían ser ofrecidos a pacientes con esquizofrenia que desean volver a trabajar o conseguir un empleo. Sin embargo, no sólo deben ofrecerse actividades relacionadas con el mundo laboral, especialmente cuando el individuo es incapaz de trabajar o no tiene éxito en sus intentos de encontrar un empleo.

Recomendaciones sobre apoyo a la inserción laboral

A

Se recomienda alentar a las personas con esquizofrenia a encontrar un puesto de trabajo. Los especialistas en salud mental deberían facilitarlos activamente y los programas específicos que incorporen esta intervención necesitarían ser ampliamente establecidos.⁵³

A	Se recomiendan los programas de trabajo con apoyo para la inserción laboral de personas con esquizofrenia, ya que se obtienen mejores resultados en comparación con el resto de intervenciones de rehabilitación laboral. ^{91,92}
A	Se recomienda ofrecer apoyo laboral a los pacientes moderada o ligeramente discapacitados y que estén en fase estable o de mantenimiento. ^{89,90}
C	Los servicios de salud mental, en colaboración con el personal social y sanitario y otros grupos locales relevantes, deberían facilitar el acceso a las oportunidades de trabajo, incluyendo un abanico de modalidades de apoyo adaptadas a las diferentes necesidades y a las habilidades de las personas con esquizofrenia. ²⁴

4.3.11. Recursos de vivienda

En nuestro modelo social, se reconocen tres aspectos básicos para afirmar que una persona está plenamente integrada: vivienda, trabajo y ocio. Dentro de esta triple base, la vivienda es:

- el punto de partida de la integración en tanto que la persona siente que pertenece y se identifica con la comunidad donde vive.
- salvaguardia de la privacidad
- para las personas con esquizofrenia, la plataforma desde donde se desarrollan sus objetivos de rehabilitación psicosocial.

En un estudio se pone de manifiesto que el hecho de ir a vivir a una residencia para personas con trastorno mental favorece la mejoría en la calidad de vida de los residentes con una mayor estabilidad clínica, reduciendo el número de ingresos, el tiempo de estancia hospitalaria, y mejorando el nivel de vinculación a los recursos comunitarios (nivel de evidencia científica IIb).⁹³

Recomendaciones sobre recursos de vivienda

B	Se aconseja que los recursos de vivienda centren su atención en la interacción entre la persona atendida y su contexto, activando los recursos personales del individuo y los recursos comunitarios en aras de conseguir la máxima autonomía posible. ⁹³
C	Siempre que sea posible debería favorecerse la elección de aquellos recursos o lugares donde la persona desee vivir, atendiendo al derecho a contar con la oportunidad de hacerlo en un entorno lo más normalizado posible, articulando los programas de entrenamiento necesarios y ofreciendo el apoyo preciso para que pueda acceder y mantenerse en dicho entorno. ⁸⁷

4.4. Modalidades de atención y seguimiento intensivo en la comunidad

A partir de los años setenta y de los procesos de reforma psiquiátrica, la atención a las personas con trastorno mental grave se desplaza de los antiguos hospitales psiquiátricos a la comunidad con el fin de conseguir la igualdad de derechos civiles y su inclusión social.

Ello ha hecho que en los últimos 40 años se hayan desarrollado diferentes modalidades de atención en la comunidad^f, desde los equipos de salud mental comunitarios hasta otras modalidades de atención y seguimiento intensivo en la comunidad de carácter más específico, como la gestión de casos (GC) y el tratamiento asertivo comunitario (TAC) analizados por Burns en *Community mental health teams*.⁹⁴

Recomendación sobre modalidades de atención y seguimiento intensivo en la comunidad

A

Se recomienda que los pacientes sean tratados en el entorno menos restrictivo posible y con posibilidades de ser seguro y permitir un tratamiento efectivo.²¹

4.4.1. Equipos de salud mental comunitarios

Los equipos de salud mental comunitarios han sido el modelo básico para el desarrollo de otros equipos más especializados. Se trata de equipos multidisciplinares compuestos por enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos y psiquiatras, y ubicados en los centros de salud mental comunitarios. El tamaño de los equipos puede oscilar entre 10-12 personas hasta 20, dependiendo de si incluyen programas de intervención precoz, de intervención en crisis, atención domiciliaria, etc. Estos equipos presentan amplias diferencias en función de la organización sanitaria del contexto en el que actúan, aunque son consistentes a nivel internacional en cuanto a su función y objetivos.

La efectividad de los equipos comunitarios de salud mental en el tratamiento de cualquier enfermedad mental grave se evaluó por Tyrer y colaboradores mediante un metanálisis.⁹⁵ En el metanálisis se incluyeron cuatro ensayos clínicos aleatorizados en los que se comparó el tratamiento en equipos de salud mental comunitarios con la asistencia convencional. Los resultados indicaron que el tratamiento en dichos equipos podía estar asociado

^f Inicialmente el *case management* se refería genéricamente a un modelo de intervención intensiva en la comunidad que englobaba otros subtipos; a medida que estos se han ido definiendo el *case management* se ha utilizado para la modalidad realizada por un *case manager* y el TAC para la realizada por un equipo.

con menos muertes por suicidio o con un menor número de personas insatisfechas con la asistencia que reciben y que, en consecuencia, abandonan el tratamiento (nivel de evidencia científica Ia).

Malm y colaboradores realizaron un ECA que comparaba la eficacia de dos programas de atención comunitaria en Suecia para pacientes con trastorno mental grave. El primero ofrecía atención estándar y, el segundo, un plan de cuidados integrados (*Integrated care*), y la principal diferencia entre ambos era la inclusión del paciente en la toma de decisiones y el énfasis en su capacitación. El segundo demostró superioridad en la recuperación social de los pacientes y el grado de satisfacción (nivel de evidencia científica Ib).⁹⁶

Recomendaciones sobre equipos de salud mental comunitarios

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. ¹⁹
A	Se recomienda asistencia ambulatoria en un centro comunitario de salud mental a pacientes con trastorno mental grave ya que disminuye las muertes por suicidio, la insatisfacción con la asistencia y los abandonos de tratamiento. ⁹⁵
A	Se recomienda atención comunitaria con un plan de cuidados integral a pacientes con trastorno mental grave, incluyendo al paciente en la toma de decisiones y poniendo énfasis en su capacitación para que mejore el grado de satisfacción del paciente y su recuperación social. ⁹⁶

4.4.2. Gestión de casos y tratamiento asertivo comunitario

Existe un tipo de pacientes con trastorno mental severo caracterizado por la gravedad, persistencia del trastorno y discapacidad que no pueden recibir una adecuada atención psiquiátrica por la dificultad para acceder a los equipos comunitarios o para permanecer en ellos.

La GC o el TAC, diseñados para este tipo de pacientes, no son tratamientos en sí mismos sino modelos de aproximación al paciente y de estructuración y gestión de los recursos que éste precisa. Éstos se diferencian fundamentalmente en que en la GC realiza su función un profesional: el gestor de casos; mientras que en el TAC la realiza un equipo específico.

Ambas modalidades de atención, la GC y el TAC, van dirigidas a un perfil de pacientes con trastorno mental grave que presentan sintomatología deficitaria o negativa,⁹⁷ dificultades en la vinculación, hospitalizaciones repetidas,⁹⁸ mal cumplimiento terapéutico y a menudo otros problemas añadidos (marginalidad, drogas, problemas legales).⁹⁹

La efectividad del TAC como alternativa a la atención estándar en la comunidad, la rehabilitación tradicional en el hospital y la GC fueron revisadas por Marshall y Lockwood.¹⁰⁰ Se incluyeron 17 ensayos clínicos aleatorizados, que compararon el TAC con las restantes modalidades de atención, en pacientes con trastorno mental grave de entre 18 y 65 años de edad. Las conclusiones señalaron que el TAC es un enfoque clínicamente eficaz para la atención de personas con trastorno mental grave en la comunidad. Correctamente dirigido a personas que requieren hospitalizaciones frecuentes, puede reducir sustancialmente los costos hospitalarios, mejorando el resultado y la satisfacción del paciente (nivel de evidencia científica Ia).

Marshall y colaboradores analizaron 11 ensayos clínicos aleatorizados que pretendían determinar la eficacia de la GC para la atención comunitaria de trastornos mentales graves. 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 GC incrementó la vinculación a los servicios, duplicó los ingresos hospitalarios y aumentó las estancias, mejoró el cumplimiento terapéutico pero no presentó mejora clínica significativa, ni del funcionamiento social o de la calidad de vida (nivel de evidencia científica Ia).¹⁰¹

Por otro lado, Mueser y colaboradores analizaron los resultados de 75 estudios de atención comunitaria para personas con trastorno mental grave en los que la esquizofrenia representa un 66% de los casos. Incluyeron 44 programas de TAC 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 frecuentadores de servicios; además, 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 cárcel (nivel de evidencia científica IIa).¹⁰²

Los distintos estudios sobre la eficacia de la GC o el TAC para reducir las hospitalizaciones o el tiempo de estancia hospitalaria muestran a menudo resultados contradictorios. En una RSEC, realizada por Burns, se mostraba que cuando el consumo hospitalario de los pacientes con trastorno mental grave es alto, la gestión intensiva de casos puede reducirlo pero que es menos efectivo cuando dicho consumo es bajo (nivel de evidencia científica Ia).¹⁰³

Por otro lado, la GPC de la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry considera que el tratamiento de la esquizofrenia de apari-

ción 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 una gestión de casos intensiva y servicios de soporte comunitario (nivel de evidencia científica IV).¹⁰⁴

Recomendaciones sobre gestión de casos y tratamiento asertivo comunitario

A	Se recomiendan programas de GC y de TAC para pacientes de alto riesgo, con historia de reingresos hospitalarios, difícil vinculación a los servicios habituales o sin techo. ³¹
A	Se recomienda TAC a personas con trastorno mental grave entre 18 y 65 años, que requieren hospitalizaciones frecuentes para reducir sustancialmente los costes hospitalarios, mejorando el resultado y la satisfacción del paciente. ¹⁰⁰
A	Se recomienda TAC para pacientes con alto riesgo de reingreso hospitalario y que no pueden continuar el tratamiento comunitario convencional. ²¹
A	Se recomienda la GC para la atención comunitaria en pacientes con trastorno mental grave con vistas a incrementar la vinculación a los servicios y el cumplimiento terapéutico. ¹⁰¹
B	Se recomiendan los programas de TAC y de gestión intensiva de casos en pacientes con esquizofrenia que frecuentan habitualmente los servicios. ¹⁰²
A	Se recomienda la gestión intensiva de casos en pacientes con trastorno mental grave cuando éstos hacen uso de los servicios hospitalarios con la finalidad de reducir este consumo. ¹⁰³
C	Se recomienda la gestión intensiva de casos y los servicios de apoyo comunitarios, además de la administración de psicofármacos y psicoterapia, para pacientes que presentan esquizofrenia de inicio precoz (anterior a los 18 años). ¹⁰⁴

4.5. Monitorización del estado de salud y comorbilidad somática

El hecho de padecer un trastorno esquizofrénico está asociado a un mayor riesgo de padecer otras enfermedades y una mayor mortalidad.

Las personas con esquizofrenia presentan un mayor grado de comorbilidad física, estimándose que casi la mitad padecen algún trastorno médico, la mitad de los cuales no son detectados por el médico que los trata. Estas cifras, sin embargo, han sido descritas por estudios recientes como el de Carney y colaboradores que las incrementan hasta valores muy superiores, sugiriendo que el 70% de las personas con esquizofrenia sufre por lo menos de otro trastorno médico, y que el 33% padece tres o más trastornos de salud, entre los que se encuentran más frecuentemente la hipertensión, la EPOC y la diabetes. Por todo ello, la mortalidad prematura llega a ser cinco veces superior en este colectivo.¹⁰⁵

Lambert recoge los problemas de salud más comunes (diabetes, hiperlipidemia, trastorno cardiovascular, obesidad, neoplasia maligna, sida, hepatitis C, osteoporosis, hiperprolactinemia, y otros trastornos físicos) encontrados en pacientes con trastornos mentales, relacionándolos con la condición psiquiátrica, la medicación y los estilos de vida.¹⁰⁵

Los elementos que contribuyen a la génesis de este tipo de trastornos físicos asociados proceden de diferentes ámbitos, como los estilos de vida, que incorporan factores de riesgo para la salud, por ejemplo los hábitos alimentarios inadecuados, el sedentarismo, y el uso y abuso de sustancias como el tabaco y el alcohol. Por otro lado, los tratamientos medicamentosos también contribuyen, con sus efectos adversos de uno u otro tipo, a agravar los riesgos para la salud, bien sea por sus efectos neurológicos extrapiramidales y la disquinesia tardía, bien sea por toda la sintomatología vinculada al síndrome metabólico. Por último, también debe considerarse como factor de riesgo, las dificultades de acceso de estas personas a una atención médica continuada y adecuada a sus necesidades de salud, por causas que pueden ser referidas tanto al propio sujeto como a la atención sanitaria. Posiblemente, hay que considerar todos estos factores, así como sus interacciones, como el sustrato de un peor estado de salud general entre la población que padece trastorno esquizofrénico.

Del resultado de diferentes estudios se deriva la necesidad de incorporar a la atención psiquiátrica de la esquizofrenia fórmulas de seguimiento, promoción de la salud y prevención de los trastornos que puedan desarrollarse desde la colaboración entre la atención primaria de salud, la atención especializada en salud mental y el sistema sanitario en su conjunto.^{47,106,107}

4.6. Estigma y discriminación

El estigma es el prejuicio que predispone a actitudes negativas hacia la persona con trastorno mental. Implica un conjunto de creencias erróneas, actitudes de rechazo social, temor y acciones excluyentes que dificultan los procesos de recuperación y aumentan el riesgo de exclusión social y de dis-

crimación. Esta actitud aparece también entre los familiares (que a su vez la sufren), los profesionales y los mismos afectados (autoestigma). La tendencia a la negación de que se pueda padecer una enfermedad mental suele propiciar el rechazo a la petición de ayuda profesional y, en consecuencia, retraso en la detección, el diagnóstico y el inicio del tratamiento.

Los estereotipos más frecuentes son: peligrosidad y relación con actos violentos, responsabilidad sobre la enfermedad, incompetencia e incapacidad para tareas básicas de la vida, impredecibilidad de sus reacciones y falta de control. Los medios de comunicación pueden contribuir poderosamente a su mantenimiento o bien a contrarrestar la dimensión del problema.¹⁰⁸

Hay datos favorables en cuanto a eficacia en reducción de la estigmatización de campañas educativas a escala local, de campañas con segmentación de la audiencia y de campañas que aumentan el contacto con los afectados, ya que el conocimiento personal de la enfermedad mental se asocia con una mayor tolerancia.¹⁰⁹

5. Tratamiento según fases del trastorno y situaciones especiales

Dada la importancia de poder intervenir precozmente para lograr evitar o minimizar el desarrollo del trastorno, se ha reorganizado este apartado siguiendo la siguiente estructura:

- 5.1. Fases precoces de la psicosis:
 - 5.1.1. Fase de estado mental de alto riesgo
 - 5.1.2. Fase de primer episodio psicótico
 - 5.1.3. Fase de recuperación y período crítico
- 5.2. Fases de la esquizofrenia:
 - 5.2.1. Fase aguda
 - 5.2.2. Fase de estabilización
 - 5.2.3. Fase estable

5.1. Fases precoces de la psicosis: psicosis incipiente

La evolución del trastorno en estas fases y la demora en su tratamiento puede derivar en una alteración en las circunstancias vitales, como fracaso escolar y laboral, autoagresiones, cambios en las relaciones interpersonales, conflictos intrafamiliares, etc. Estas alteraciones pueden producir lo que se denomina «toxicidad psicológica», cuyos efectos pueden limitar el nivel posterior de recuperación del trastorno, aunque después, en el momento de presentar el primer episodio psicótico, se haya tratado de forma eficaz.^{110,111}

Por lo tanto, la intervención en esta fase va dirigida a detectar el trastorno con la mayor precocidad posible y a instaurar el tratamiento más adecuado a cada situación.

5.1.1. Fase de estado mental de alto riesgo

Esta fase, también llamada fase de alto riesgo de desarrollar psicosis o fase de manifestaciones iniciales prodrómicas, se caracteriza por una desviación

del funcionamiento emocional, cognitivo, conductual o social, y por la presencia de pródromos inespecíficos.

En esta etapa, el objetivo del tratamiento es evitar, demorar o minimizar el riesgo de transición a psicosis. Las intervenciones suelen dirigirse, por un lado, a tratar los síntomas presentes y, por el otro, a intentar reducir el riesgo de empeorar su gravedad o su evolución a un primer episodio psicótico.

Para ello, se han aplicado diferentes tipos de tratamiento: combinación de tratamientos psicológicos (terapias cognitivo-conductuales, de apoyo, psicodinámicas) y farmacológicos (con antipsicóticos, antidepresivos, ansiolíticos) en el contexto de servicios tradicionales o de programas y servicios específicos de atención temprana. En esta fase, los tipos de estudio realizados tienen diversas metodologías (estudios prospectivos, controlados, aleatorizados y otros) y los principales resultados de estos estudios son:

- Hay individuos con riesgo más alto de psicosis (nivel de evidencia científica Ib,^{112,113} nivel de evidencia científica II^{114,115}).
- Por lo general, se debería transmitir una actitud firme y optimista respecto al tratamiento y posibilidad de recuperación en la esquizofrenia y la psicosis (nivel de evidencia científica IV).¹¹⁶
- La revisión de la evidencia científica disponible demuestra que los resultados de los tratamientos farmacológicos y psicológicos son superiores que el placebo o la simple supervisión en conseguir demorar la transición a la psicosis (nivel de evidencia científica Ia,⁶² nivel de evidencia científica Ib.¹¹²)
- Por otra parte, los programas específicos de atención temprana obtienen mejores resultados que los tratamientos inespecíficos: disminuyendo o retrasando la transición a psicosis, mejorando la sintomatología prepsicótica y previniendo el declive o estancamiento social (nivel de evidencia científica Ib,^{112,113,117,118} nivel de evidencia científica III.¹¹⁴)

Recomendaciones sobre la fase de estado mental de alto riesgo

A	Se recomiendan programas específicos de atención temprana ya que pueden disminuir y/o retrasar la transición a la psicosis. ^{62,112}
B	Se recomiendan programas específicos de atención temprana para mejorar la sintomatología prepsicótica y prevenir el declive o estancamiento social. ^{112-114,117,118}
C	Se recomienda realizar una aproximación cuidadosa a la sintomatología y sufrimiento presente, tanto con el paciente como con la familia con una actitud empática y esperanzadora. ¹¹⁶

C	Se recomienda desarrollar programas de atención temprana con intervenciones integrales farmacológicas (en función de la sintomatología) y psicosociales (tratamiento psicológico, intervenciones familiares y de apoyo a la recuperación). ¹¹⁹
C	La medicación antipsicótica no debería ser prescrita de forma habitual a menos que haya un rápido deterioro, que exista un alto riesgo de suicidio y no haya resultado efectivo el tratamiento con cualquier antidepresivo o que la agresión u hostilidad vaya aumentando poniendo en riesgo a otros. ¹²⁰

5.1.2. Fase de primer episodio psicótico

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 (retraimiento 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 afectivo o no afectivo, característico de la fase activa, que permite realizar el diagnóstico de primer episodio psicótico. Este período prodrómico puede durar entre varios días y unas semanas, pero en ocasiones puede persistir durante varios meses. Las características de este período suelen repetirse si se da una nueva recidiva.

Entre el inicio del trastorno psicótico y su reconocimiento e intervención terapéutica se observó que transcurrían períodos de tiempo muy largos a los que se denominó duración de la psicosis no tratada (DUP).¹²¹

Las principales intervenciones en la fase aguda de un primer episodio van dirigidas a proporcionar apoyo y psicoeducación, y están centradas en ocuparse de los problemas inmediatos al inicio del tratamiento en lugar de centrarse en los traumas del pasado de los pacientes o en la disfunción familiar. El apoyo requiere transmitir esperanza, respeto y empatía reconocible por el paciente. El primer paso del tratamiento es construir una alianza terapéutica. Una vez conseguida, la terapia de apoyo se basa en un abordaje psicoeducativo sincronizado y adecuado a la capacidad de comprensión del paciente. Todo ello da al paciente esperanza y sentimiento de un mayor control sobre el trastorno.¹¹⁶

Los principales resultados de los principales estudios sobre esta fase son:

- La TCC muestra más beneficios que los cuidados estándar en la prevención de la progresión de la psicosis en la intervención precoz disminuyendo la prescripción de medicación antipsicótica y reduciendo los síntomas (nivel de evidencia científica Ia).⁶²

- Asimismo en una revisión de estudios de primeros episodios de psicosis en la que se comparan programas multielementos (que incluyen, además de tratamiento farmacológico, TCC o de apoyo) con los tratamientos estándar aparecen beneficios en los primeros en relación a reducción de síntomas, menos días de hospitalización, mejor adaptación a la enfermedad, menor riesgo de suicidio y mejor valoración subjetiva de calidad de vida (nivel de evidencia científica Ib).¹²²
- Se aconseja proporcionar asistencia ambulatoria a las personas en fases tempranas de psicosis usando estrategias de servicios lo menos restrictivas y coercitivas posibles: desarrollando estrategias para minimizar el uso de tratamientos involuntarios en la psicosis temprana (p. ej., intervención domiciliaria, entorno residencial alternativo), servicios hospitalarios centrados en los jóvenes y divididos en «clases» de forma rutinaria, programas de día para jóvenes, instalaciones residenciales orientadas hacia las personas jóvenes para que los jóvenes con psicosis puedan vivir de forma independiente (nivel de evidencia científica IV).¹¹⁹

Recomendaciones sobre la fase de primer episodio psicótico

Intervención farmacológica

El estado actual de la investigación sobre intervención farmacológica en el primer episodio psicótico no muestra evidencia científica suficiente para paular un antipsicótico de primera o segunda generación, si bien algunos estudios parecen mostrar que pudiera existir mayor adherencia en el uso de antipsicóticos de segunda generación, y mayor abandono en los de primera.¹²³⁻¹²⁷

A	Si no se produce respuesta al tratamiento o hay baja adherencia o riesgo persistente de suicidio, se recomienda el uso de clozapina ⁵³
A	Iniciar la administración de antipsicóticos de segunda generación a dosis bajas. ⁵³
C	Se recomienda un período de 24 a 48 horas de observación sin recurrir a los antipsicóticos, pero con opción de utilizar benzodiazepinas para la ansiedad y los trastornos del sueño. ⁵³
C	Si se produce respuesta al tratamiento, mantenerlo durante 12 meses, y si remite la sintomatología disminuir gradualmente durante algunos meses con un seguimiento cercano. ⁵³
C	Si no se produce respuesta al tratamiento, evaluar las causas. Si hay baja adherencia, analizar los motivos, optimizar las dosis, ofrecer ayuda para mejorar el cumplimiento. ⁵³

C	Si no se produce respuesta al tratamiento, cambiar a otro antipsicótico de segunda generación y valorar el resultado durante seis a ocho semanas. ⁵³
C	Si se están utilizando antipsicóticos de segunda generación y se producen efectos adversos, se podría considerar cambiar a un agente de primera generación. ⁵³

Intervención psicosocial

A	Se recomienda la TCC para la prevención de la progresión de la psicosis en la intervención precoz, reduciendo la prescripción de fármacos y la sintomatología. ⁶²
A	Se recomienda en primeros episodios de psicosis (no afectivas) tratamientos en equipos de atención temprana o de programas multielementos. ^{122,128,129}
C	Se recomiendan campañas informativas para ayudar al reconocimiento de síntomas prodrómicos en la población general, médicos de cabecera y profesionales en contacto con la población de riesgo. ¹¹⁹
C	Se recomiendan equipos de detección muy accesibles para disminuir la DUP y los resultados que de ello derivan. ¹²⁰
C	Atención desde los ámbitos menos restrictivos y coercitivos posible, y a la vez seguros para paciente y familia. ¹¹⁹
C	Se recomiendan intervenciones familiares de apoyo en función de sus necesidades. ¹³⁰
C	Se recomienda la gestión intensiva de casos y servicios de apoyo comunitarios además de la administración de psicofármacos y psicoterapia para algunos pacientes que presentan esquizofrenia de inicio precoz. ¹⁰⁴

5.1.3. Fase de recuperación tras el primer episodio

Es una fase de alta vulnerabilidad que abarca de los tres a cinco años después de haber presentado un episodio psicótico, constituyendo el llamado período crítico.¹³¹

Está indicado un tratamiento óptimo y continuado durante este período crítico en que la vulnerabilidad alcanza su punto máximo y, en el cual, los factores personales, sociales y biológicos influyen en el futuro equilibrio



P.V.P.: 6 €



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO