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 **su vigencia no ha sido revisada.**

Por este motivo, **se desconoce si sus recomendaciones continúan vigentes**, por lo que deben ser consideradas con precaución y aplicadas teniendo en cuenta **el juicio clínico y las circunstancias individuales de cada paciente.**

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

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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

GOBIERNO DE ESPAÑA · MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Esta GPC 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 marzo 2009

Edita: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Cataluña
Roc Boronat, 81-95
08005 Barcelona

NIPO: 477-08-021-2

ISBN: 978-84-393-8089-4

Depósito Legal: B-13001-2009

© Ministerio de Sanidad y Consumo
© Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques
© Fòrum de Salut Mental

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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, en el marco de colaboración previsto en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud.

Cómo citar este documento:

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fòrum de Salut Mental, coordinación. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. 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.

GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud

Generalitat de Catalunya Departament de Salut

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Índice

Presentación 11

Autoría y colaboraciones 13

Preguntas para responder 17

Resumen de las recomendaciones 19

1. Introducción 27

2. Alcance y objetivos 29

3. Metodología 31

3.1. Introducción 31

3.2. Composición del grupo de trabajo 31

3.3. Revisión y síntesis de la literatura biomédica 31

3.4. Formatos de presentación 33

3.5. Revisión externa 34

3.6. Realización de la prueba piloto 34

3.7. Planificación para la revisión y/o actualización 34

4. Consideraciones generales 35

4.1. Definición 35

4.2. Historia natural y curso 35

4.3. Epidemiología 38

5. Líneas generales del manejo de la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente 41

5.1. Diagnóstico y evaluación 41

5.2. Manejo psiquiátrico 46

5.3. Desarrollo del plan terapéutico 48

6. Tipos y ámbitos de intervención 51

6.1. Intervención farmacológica 51

6.2. Terapia electroconvulsiva 75

6.3. Intervenciones psicosociales 76

6.3.1. Terapia cognitivo-conductual 80

6.3.2. Psicoterapia de apoyo 84

6.3.3. Psicoterapia psicodinámica 85

6.3.4. Psicoeducación 87

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

6.3.5. Intervención familiar 89
6.3.6. Rehabilitación cognitiva 92
6.3.7. Entrenamiento en habilidades sociales 95
6.3.8. Entrenamiento en actividades de la vida diaria 97
6.3.9. Técnicas expresivas 97
6.3.10. Apoyo a la inserción laboral 98
6.3.11. Recursos de vivienda 101
6.4. Modalidades de atención y seguimiento intensivo en la comunidad 103
6.4.1. Equipos de salud mental comunitarios 104
6.4.2. Gestión de casos y tratamiento asertivo comunitario 105
6.5. Monitorización del estado de salud y comorbilidad somática 109
6.6. Estigma y discriminación 111
7. Tratamiento según fases del trastorno y situaciones especiales 113
7.1. Fases precoces de la psicosis: psicosis incipiente 114
7.1.1. Fase de estado mental de alto riesgo 114
7.1.2. Fase de primer episodio psicótico 116
7.1.3. Fase de recuperación tras el primer episodio 119
7.2. Fases de la esquizofrenia 122
7.2.1. Fase aguda (o crisis) 122
7.2.2. Fase de estabilización (o postcrisis) 125
7.2.3. Fase estable (o de mantenimiento) 128
7.3. Situaciones especiales 130
7.3.1. Trastornos relacionados con el uso de sustancias 130
7.3.2. Esquizofrenia y suicidio 132
7.3.3. Conducta violenta 133
7.3.4. Síntomas depresivos 135
7.3.5. Pacientes sin hogar 136
8. Red asistencial para la atención a los pacientes con esquizofrenia, dispositivos, programas y servicios 137
9. Difusión e implementación 143
10. Recomendación de investigación futura 145
Anexos 147
A1. Tablas con los niveles de evidencia científica y grados de las recomendación 149

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

A2. Figuras y tablas 151
A3. Información para pacientes 161
A4. Abreviaturas 175
A5. Declaración de interés 177
A6. Comparación de la calidad metodológica de las GPC y recomendaciones sobre esquizofrenia según el cuestionario AGREE 181
A7. Búsquedas bibliográficas y estrategias utilizadas 187
A8. Cuestionario de revisión de la GPC y resumen de las revisiones externas efectuadas 197
Bibliografía **199**

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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). Centro 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)

Rocio Casañas, psicòloga. 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)

Mª 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)

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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)

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esa Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Colaboración experta

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

Revisores externos

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

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

Dr. Alberto Fernández. Asociación Española de Neuropsiquiatría (Madrid)

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

Dra. Roser Llop. Fundació Institut Català de Farmacologia (Barcelona)

Sr. Jordi Masià. Presidente de la Fundació Seny (Barcelona)

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

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

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

Dr. Óscar Vallina. 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 (anexo 5). Esta guía es editorialmente independiente de la entidad financiadora.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta GPC de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Preguntas para responder

A continuación se presentan las preguntas clínicas que el grupo de trabajo consideró que la *Guía de Práctica Clínica* (GPC) debía responder según el tipo de intervención.

Intervenciones farmacológicas

¿Hay que utilizar de forma preventiva los antiparkinsonianos cuando se introducen antipsicóticos de segunda generación?

¿Qué efectos adversos hay que tener en cuenta con los antipsicóticos de segunda generación?

¿Hay diferencias de eficacia entre los antipsicóticos de primera y segunda generación?

¿Hay diferencias de eficacia entre los antipsicóticos tipo Consta y los depots clásicos?

¿Cuál es la eficacia de la terapia electroconvulsiva (TEC) de mantenimiento?

¿Está justificado el uso de antidepresivos en la esquizofrenia?

¿Cuáles son los factores implicados en la adherencia al tratamiento?

Efectos del cannabis sobre la aparición y el curso de la esquizofrenia.

Efectos de la cocaína sobre la aparición y el curso de la esquizofrenia.

¿Cuáles son los antipsicóticos con eficacia demostrada sobre los síntomas negativos?

Intervenciones psicosociales

a) Intervenciones psicológicas

¿El tratamiento específico produce mayores beneficios que otras intervenciones psicológicas?

¿Cuáles son los formatos más efectivos para el tratamiento inicial?

¿Hay alguna ventaja en la combinación de una intervención específica tanto conjunta como secuencialmente con otras intervenciones psicológicas?

b) Rehabilitación psicosocial

¿El tratamiento especificado produce un beneficio más allá de los otros tratamientos psicológicos?

¿Cuáles son los formatos más eficientes para el tratamiento (por ejemplo, en grupo o individualmente)?

¿Hay alguna ventaja de combinar la intervención específica, ya sea concomitante o secuencialmente con otras intervenciones psicológicas?

¿Qué configuración o configuraciones favorecen y promueven mejor la recuperación?

¿Qué modelo de suministro de servicios promueve el empleo en trabajos remunerados?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

c) Modalidades de atención a la comunidad

¿En qué consiste el tratamiento asertivo a la comunidad?

¿Cuál es el perfil de pacientes a los cuales va destinado?

¿Qué tipo de tratamientos a la comunidad existen?

¿Cuáles son las diferencias entre las distintas modalidades de atención a la comunidad?

¿Existe evidencia científica de superioridad de alguna forma de tratamiento sobre alguna otra?

¿Cuáles son los resultados de estos tratamientos?

¿Cuál es el tiempo recomendado de estos tratamientos?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Resumen de las recomendaciones*

1. Intervención farmacológica

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.[1]
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.[2]
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.[1]
C	La glucemia plasmática en ayunas y los perfiles lipídicos deberían medirse al inicio, así como a intervalos regulares durante su curso.[1]
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).[1]

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 antimaníaca o antidepresiva cuando estos síndromes estén presentes.[1]
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.[1]

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia ha sido revisada.

* Las recomendaciones actualizadas se señalan coloreando el espacio del grado de recomendación.

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.[1]
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.[1]
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.[1]
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.[1]
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.[1]

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.[2]
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.[2]
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.[2]
B	Se recomienda el uso de clozapina en casos de agresividad persistente.[2]

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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.[1]
C	Las medicaciones antipsicóticas, de segunda generación o de primera, no deberían ser prescritas simultáneamente, excepto por cortos períodos de tiempo durante una transición.[3]
C	No se recomienda la combinación de un antipsicótico con otro, ya que podría incrementar el riesgo de efectos adversos e interacciones farmacocinéticas.[3]
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.[1]
C	Si el tratamiento parenteral se considerada 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.[3]
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.[3]
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.[1]

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.[1]
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.[1]
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.[1]
A	La clozapina debe ser introducida con garantías de seguridad en la primera ocasión en caso de resistencia al tratamiento.[1]

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

A	Ante la falta de respuesta al tratamiento con una administración adecuada de antipsicóticos de dos tipos diferentes, se recomienda el uso de clozapina.[2]
B	La medicación antipsicótica depot debería ser tenida en cuenta para aquellos pacientes que presentan una pobre adherencia a la medicación.[2]
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.[3]
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.[3]

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.[4]
B	Un episodio de depresión mayor en la fase estable de la esquizofrenia es una indicación de tratamiento con un fármaco antidepresivo.[2]

2. 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.[5]
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.[6]

2.1. Terapia cognitivo-conductual

A	Se recomienda la terapia cognitivo-conductual (TCC) para el tratamiento de síntomas psicóticos persistentes a pesar de recibir un tratamiento farmacológico adecuado.[3]
A	La TCC debería estar indicada para el tratamiento de los síntomas positivos de la esquizofrenia, especialmente las alucinaciones.[7]
A	Se recomienda la TCC como opción de tratamiento para ayudar en el desarrollo del *insight* y para incrementar la adherencia al tratamiento.[7]

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

A	Se recomienda la TCC para evitar la progresión a psicosis en intervención precoz.[8]
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.[8]
A	Se recomienda la TCC en fase aguda junto con los cuidados estándar para acelerar la recuperación y el alta hospitalaria.[1]
B	La TCC debería considerarse para el tratamiento del estrés, ansiedad y depresión en pacientes con esquizofrenia; para lo que debieran ser necesarias algunas adaptaciones a las técnicas utilizadas en otras poblaciones.[2]

2.2. 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.[9]
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.[9]

2.3. 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.[3]

2.4. Psicoeducación

A	Se recomienda implantar en los planes de tratamiento intervenciones psicoeducativas para pacientes y familiares de forma habitual.[10]
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.[3]

2.5. Intervención familiar

A	Se recomiendan los programas de intervención familiar (IF) para la reducción de la carga familiar, mejoría del funcionamiento social del paciente y disminución del coste económico.[11,12]
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.[11,12]

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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.[3]
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).[11-16]
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.[11,12]
A	Los pacientes deberían ser incluidos, siempre que sea posible, en las sesiones de IF ya que reduce significativamente las recaídas.[3]
A	Se recomienda la IF prolongada en el tiempo (más de seis meses) para reducir las recaídas.[3]
A	Los pacientes y sus familiares suelen preferir intervenciones de familia individuales en vez de las intervenciones de grupo multifamiliares.[3]
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.[17,18]
B	Se recomiendan las derivaciones a redes sociales de pacientes y cuidadores.[1]
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.[2]
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.[3]

2.6. 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.[19]
A	Se recomienda aplicar la terapia de rehabilitación cognitiva en el entorno cotidiano del paciente con esquizofrenia.[20]

2.7. 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.[21]
B	El entrenamiento en habilidades sociales debe estar disponible para pacientes con dificultades y/o estrés y ansiedad relacionadas con la interacción social.[2]

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

2.8. Entrenamiento en actividades de la vida diaria

B	El entrenamiento en las actividades de la vida diaria, basado en la evidencia científica, debería estar disponible para pacientes que tienen dificultades con las tareas de funcionamiento cotidiano.[2]

2.9. 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 facilitarlo activamente y los programas específicos que incorporen esta intervención necesitarían ser ampliamente establecidos.[1]
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.[22,23]
A	Se recomienda ofrecer apoyo laboral a los pacientes moderada o ligeramente discapacitados y que estén en fase estable o de mantenimiento.[24,25]
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.[3]

2.10. 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.[26]
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.[27]

3. 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.[4]

3.1. Equipos de salud mental comunitarios

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.[29]

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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.[30]
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.[28]

3.2. Gestión de casos y tratamiento asertivo comunitario

A	Se recomienda la gestión de casos para la atención comunitaria en pacientes con trastorno mental grave con vistas a incrementar la vinculación a los servicios y el cumplimiento terapéutico.[31]
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.[33]
B	Se recomiendan los programas de tratamiento asertivo comunitario y de gestión intensiva de casos en pacientes con esquizofrenia que frecuentan habitualmente los servicios.[32]
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).[34]

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

1. Introducción

Esta GPC sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente es una actualización y ampliación de la editada en el año 2003. 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.

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 su vigencia no ha sido revisada.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

2. Alcance y objetivos

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

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

Por consiguiente, resulta necesario facilitar a todos y cada uno de los profesionales asistenciales que atienden a pacientes con esquizofrenia una información actualizada y fiable sobre los avances ofrecidos por la investigación y aplicables al campo clínico. Esta información garantizará una mayor utilidad si puede ser expresada como una GPC, es decir, formulada como «un conjunto de recomendaciones diseñadas para ayudar a los profesionales sanitarios y a los pacientes a seleccionar la mejor opción en el diagnóstico y el tratamiento de condiciones clínicas específicas en circunstancias concretas».[35]

La elaboración de una GPC aplicable a la esquizofrenia y al trastorno psicótico incipiente requiere que sea sometida a precisas condiciones de realización y a una metodología que garantice una revisión sistemática de la evidencia científica existente.

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

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

Objetivo

El **objetivo** de esta 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.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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.

Al igual que en la GPC anterior, el grupo de trabajo acordó que la actualización de la GPC se centrara en pacientes adultos diagnosticados de esquizofrenia y que, además, incluyera un apartado nuevo sobre **intervención precoz en la psicosis**, que puede tener su inicio tanto en la infancia como en la adolescencia o también en la edad adulta. La GPC ofrece una visión amplia de la esquizofrenia y ha considerado el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de este problema de salud.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

3. Metodología

3.1. Introducción

La *Guía de Práctica Clínica para la atención al paciente con esquizofrenia* fue editada y presentada en diciembre de 2003. Dos años después de su publicación, se inició un proceso de revisión bibliográfica, y se analizó la necesidad de su actualización, que finalizó con la elaboración de esta GPC que actualiza determinados aspectos y complementa otros puntos relevantes no cubiertos en la primera edición.

Dado que la actualización ha cambiado sustancialmente el contenido inicial, e incluso ha incorporado un capítulo nuevo, se ha optado por no destacar los cambios en el texto. A pesar de ello, se han identificado las nuevas recomendaciones coloreando el espacio del grado de recomendación.

3.2. Composición del grupo de trabajo

Para la actualización de la GPC se incorporaron al grupo elaborador profesionales de distintas disciplinas implicadas en el trastorno. Así, no sólo participaron psiquiatras, sino también psicólogos/as, enfermeros/as, trabajadores/as sociales y terapeutas ocupacionales, estableciéndose un equipo multidisciplinar que aportó nuevas perspectivas. Asimismo, participaron dos miembros de la Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM) que ofrecieron el apoyo metodológico.

El grupo de trabajo que ha desarrollado la GPC está constituido por un grupo coordinador y un grupo elaborador:

a) Un **grupo coordinador**: formado, en parte, por los miembros que elaboraron la GPC anterior y que, liderados por un coordinador, llevaron a cabo la organización de la GPC, el establecimiento del alcance y los objetivos, la formulación de las preguntas clínicas, así como los aspectos metodológicos y de apoyo al grupo elaborador.

b) Un **grupo elaborador**: formado por profesionales asistenciales que se encargaron de la revisión y síntesis de la literatura científica, así como de la elaboración de las recomendaciones que se debían actualizar. Cabe señalar que los miembros de este grupo se dividieron en cuatro subgrupos que abarcaban los diferentes aspectos tratados en la GPC: tratamiento biológico y atención somática, intervenciones psicosociales, rehabilitación psicosocial y modalidades de atención a la comunidad.

En el capítulo de autoría y colaboraciones se detalla la afiliación y especialidad de los miembros del grupo de trabajo (coordinador y elaborador).

3.3. Revisión y síntesis de la literatura biomédica

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica general de GPC y recomendaciones sobre el manejo de la esquizofrenia y del trastorno psicótico incipiente en las principales bases de datos de medicina y psicología: Pubmed/Medline, The Cochrane Database of Systematic Reviews, The Cochrane Controlled Trials Register, The Health Technology Assessment Database, Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE), Psycinfo, Psicodoc y di-

Han transcurrido más de 4 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

rectorios de GPC como el National Guidelines Clearinghouse, la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), el New Zealand Guidelines Group, el National Institute for Clinical Excellence (NICE), la GPC INFOBASE y la EBM Guidelines. Se partió de los mismos términos de búsqueda utilizadas en la anterior GPC (anexo 7). El período de búsqueda abarcó desde la finalización de la GCP anterior (2002) hasta julio de 2007.

De la búsqueda bibliográfica se identificaron 11 GPC o documentos de consenso con recomendaciones sobre el tratamiento de la esquizofrenia.[1-4,36-42] Con el objetivo de obtener las GPC de mejor calidad, se aplicó a los documentos identificados el cuestionario AGREE de evaluación de GPC, y se analizaron las aportaciones de cada una de ellas (anexo 6). Finalmente, se seleccionaron cuatro GPC, que constituyeron el punto de partida de la presente actualización, aunque del resto de GPC se consideraron otros aspectos de interés como el contenido específico farmacológico[40] o de primeros episodios.[41] En el cuadro siguiente se detallan las GPC seleccionadas:

Guías de Práctica Clínica seleccionadas	Abreviatura utilizada
Schizophrenia. Full national clinical guideline on core interventions in primary and secondary care. National Collaborating Centre for Mental Health. National Institut for Clinical Excellence (NICE). The Royal College of Psychiatrists & The British Psychological Society. Londres, 2003.[3]	NICE (2003)
McGorry P, Killackey E, Lambert T, Lambert M, Jackson H, Codyre D, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. Aust N Z J Psychiatry. 2005; 39(1-2):1-30.[1]	New Zealand (2005)
Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia (Second Edition). American Psychiatric Association; Steering Committee on Practice Guidelines. 2004.[4]	APA (2004)
Clinical practice guidelines. Treatment of schizophrenia. Can J Psychiatry.2005; (50) 13 Suppl 1: 7S-57S.[2]	CPG (2005)

Cabe mencionar que se realizó un trabajo de extracción de las recomendaciones principales de las GPC seleccionadas, comparándolas con las de la GPC anterior que permitió añadir, sustituir o eliminar algunas de las recomendaciones previas. Para facilitar el trabajo de consenso posterior del grupo, se hizo la equivalencia del grado de recomendación de cada GPC seleccionada con la presente, teniendo en cuenta la escala de evidencia científica que cada una de ellas utilizaba.

Además, con la finalidad de actualizar y ampliar los contenidos, se llevaron a cabo diversas búsquedas específicas, según el ámbito de intervención y algún aspecto no tratado en la anterior GPC como es el caso del trastorno psicótico incipiente. Estas búsquedas se realizaron en las principales bases de datos de medicina y psicología: Pubmed/Medline, The Cochrane Database of Systematic Reviews, The Cochrane Controlled Trials Register, The Health Technology Assessment Database, Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE), Science Citation Index, Psycinfo, etc., y se revisaron páginas de diferentes organizaciones, sociedades científicas, etc. Se buscaron potenciales revisiones sistemáticas de la evidencia científica (RSEC) y, en algunos casos, ensayos clínicos aleatorizados (ECA), que cubrieron el período 2002-2007. En el anexo 7 pueden consultarse las diferentes búsquedas y estrategias principales de cada una de ellas. Además, se realizaron otras búsquedas manuales de referencias bibliográficas incluidas en los artículos seleccionados, o por otras

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

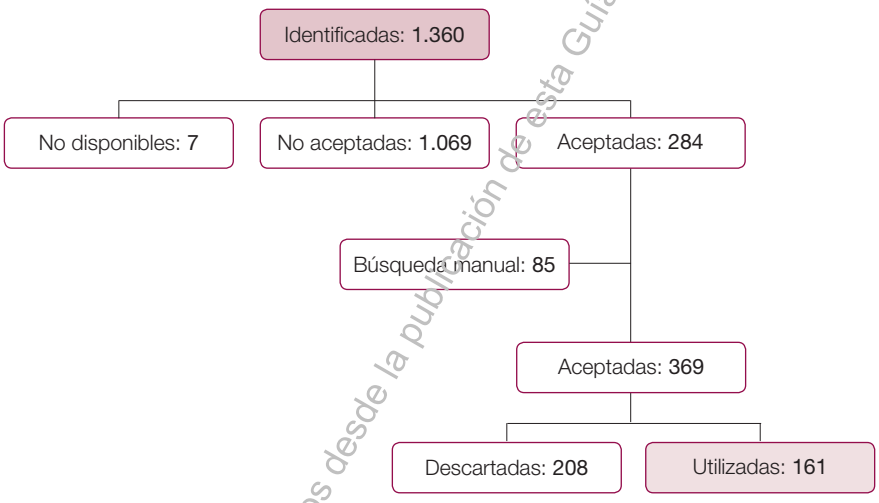
vías de acceso. Las referencias bibliográficas obtenidas fueron gestionadas con el programa Reference Manager, que facilitó la detección de duplicados y la gestión de la bibliografía en la elaboración del documento.

A continuación, se procedió a una primera selección de la literatura científica, mediante la lectura de los títulos y resúmenes de los documentos recuperados, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión acordados por el grupo (según las preguntas clínicas establecidas, período del estudio, idioma, etc.). Finalmente, se realizó una última selección tras la lectura crítica del texto completo de los estudios incluidos (Figura 1). En los casos de mayor dificultad o ante dudas metodológicas, esta selección la llevaron a cabo dos revisores de forma independiente. La información extraída de los artículos y la evaluación de la calidad de los mismos se sintetizó en las tablas de evidencia científica.

El trabajo de selección, revisión y síntesis de la literatura biomédica la efectuaron los cuatro subgrupos antes mencionados, según el tipo de intervención o ámbito que tratar. De igual modo, cada subgrupo seleccionó y consensuó las recomendaciones que se iban a formular, a partir de las extraídas de las GPC seleccionadas y de los artículos científicos que completaban la información. En el anexo 1 se pueden consultar la escala con los niveles de evidencia científica y la clasificación de las recomendaciones utilizadas en este trabajo.

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.

Figura 1. Proceso de selección de referencias identificadas en la búsqueda bibliográfica



Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

3.4. Formatos de presentación

Los formatos de presentación de la actualización de la GPC acordados son los siguientes:

- Una versión completa. Documento base que surge de la tarea del grupo de trabajo aplicando la metodología que se ha comentado en el punto anterior.
- Una versión resumida. Compendio que, a partir de la versión extensa, contiene los principales puntos de interés, recomendaciones y los algoritmos y esquemas de actuación clínica.

- Una versión rápida. Documento de fácil manejo, con las principales recomendaciones y algoritmos y esquemas de actuación clínica.
- Una versión para pacientes. Documento dirigido a personas afectadas de esquizofrenia y a sus familiares, amigos o personas con las que se relacionan.

La actualización de la GPC se editará en formato electrónico (disponible en www.aatrm.net y en www.guiasalud.es) y en papel.

3.5. Revisión externa

La revisión externa la realizaron profesionales de diferentes disciplinas y ámbitos sanitarios nacionales, así como algunos representantes de fundaciones para la esquizofrenia (ver capítulo autoría y colaboraciones). Todos los revisores recibieron un cuestionario de evaluación. En el anexo 8 se muestra el formulario utilizado y un resumen de las respuestas obtenidas.

Finalmente, los cambios sugeridos por los revisores fueron discutidos en el grupo de trabajo para la posterior modificación, siguiendo el método de revisión externa de los estudios *The schizophrenia patient outcomes research team* (PORT). Esto es, las recomendaciones fueron modificadas sólo si estaban apoyadas por literatura científica, es decir, la opinión por sí sola no se consideró razón suficiente para modificar una recomendación.[43] En este sentido, se ha incluido bibliografía reciente (fuera del rango temporal seleccionado para la revisión y síntesis iniciales de la literatura biomédica), ya que la relevancia del contenido justificaba su incorporación en la GPC.

3.6. Realización de la prueba piloto

En la GPC anterior se realizó una prueba piloto en la que participaron 22 profesionales de diferentes disciplinas (psicólogos/as, psiquiatras, enfermeros/as y trabajadores/as sociales) y en diferentes centros de salud mental comunitarios, hospitales de día y servicios de psiquiatría de hospitales generales. Para probar la GPC elaborada, se les envió el documento con un cuestionario de evaluación y una carta explicativa del proceso que había que seguir para analizar tanto el formato de presentación como la factibilidad de aplicación y aceptación de las recomendaciones. Se les solicitó utilizar la GPC en su práctica clínica durante un período de dos semanas y realizar después su evaluación. Las sugerencias recogidas se incorporaron en el formato de los algoritmos y esquemas, y en un nuevo diseño del tríptico, alcanzando el principal objetivo: mejorar la presentación de la GPC antes de su edición y publicación.

Debido a que esta GPC actualiza y complementa aspectos puntuales, el grupo de trabajo no consideró necesario realizar una nueva prueba piloto.

3.7. Planificación para la revisión y/o actualización

Una vez publicada la actualización de la GPC, se seguirá el mismo procedimiento de revisión acometido en este documento: al cabo de dos años se realizará una nueva búsqueda bibliográfica para ver si es preciso actualizarla o modificarla. En caso de ser necesaria una actualización se seguirán las indicaciones del Manual de actualización de Guías de Práctica Clínica de GuíaSalud. La versión actualizada se prevé que esté disponible a los cuatro o cinco años posteriores a la publicación de la presente edición.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

4. Consideraciones generales

4.1. Definición

Entre los trastornos mentales graves, la esquizofrenia es un trastorno psicótico caracterizado por por una alteración sustantiva del funcionamiento mental, que ha sido llamado alternativamente «demencia precoz», «discordancia intrapsíquica» o «disociación autística de la personalidad».[44]

Históricamente, a finales del siglo XIX, las distintas manifestaciones clínicas de la esquizofrenia fueron denominadas por Morel, en Francia, «dementes precoces», en Alemania, Hecker designó estos fenómenos como «hebefrenia» (estado demencial de la gente joven); y Kalhbaum, como «catatonia», haciendo referencia a los trastornos psicomotores. Kraepelin reunió todos estos tipos en una sola entidad nosológica que definió como «demencia precoz». Distinguía tres formas clínicas: simple o hebefrénica, catatónica y paranoide, esta última caracterizada por ideas delirantes.[45]

Muchos autores de la época ya apreciaron que se trataba menos de demencia que de una disociación de la vida psíquica, la cual pierde su unidad. Es esta noción la que queda reflejada en el mismo concepto de «esquizofrenia» designado por Bleuler en 1911.[46] Este proceso se caracteriza por un síndrome deficitario de disociación y por un síndrome secundario de producción de ideas, sentimientos y actividad delirante. Es a partir de esta conceptualización que se desarrolló la actual definición.

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. Estas características psicológicas y conductuales se asocian a diversos tipos de deterioro. Los síntomas característicos de la esquizofrenia se han clasificado a menudo en dos grandes categorías -síntomas positivos y negativos (o déficits)-, a las que recientemente se ha añadido una tercera, la de desorganización. No todos los síntomas descritos están presentes en cada uno de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia. No son específicos, pues se dan también en otras enfermedades. El trastorno se caracteriza por una gran heterogeneidad entre los distintos individuos y una variabilidad en cada uno de ellos a lo largo del tiempo. También se asocia a un aumento de la incidencia de enfermedades médicas generales y de mortalidad, especialmente por suicidio, que se da hasta en un 10% de los pacientes.[47]

4.2. 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

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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.

La remisión completa (es decir, el restablecimiento de la función previa a la aparición del trastorno) no es frecuente en esta enfermedad. De los pacientes que continúan estando afectados, algunos parecen mantener un curso relativamente estable, mientras que otros presentan un empeoramiento progresivo asociado a una discapacidad grave. En la fase inicial de la enfermedad pueden predominar los síntomas negativos y manifestarse fundamentalmente como alteraciones prodrómicas. Posteriormente, aparecen los síntomas positivos. Dado que estos síntomas positivos responden especialmente bien al tratamiento, es característico que disminuyan con el mismo; sin embargo, pueden persistir los síntomas negativos. Se ha sugerido que los síntomas negativos pueden intensificarse en algunos individuos durante el curso de la enfermedad.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica clínica y su vigencia no ha sido revisada.

El curso de la enfermedad puede variar según se instaure tratamiento de forma precoz y según cual sea la respuesta asistencial que reciba el paciente con esquizofrenia en sus momentos iniciales. Además, en relación con el tratamiento, la evolución de los avances científicos (desarrollo de nuevos fármacos, estudios genéticos, diseño de nuevos abordajes psicosociales, nuevos ámbitos de tratamiento, etc.) permite concebir esperanzas respecto al futuro del tratamiento de los pacientes con esquizofrenia y sus familias.

En los años noventa se desarrolló un interés creciente por los primeros episodios de los trastornos mentales, lo que supuso trasladar una mayor atención desde los trastornos mentales graves ya establecidos hacia sus fases iniciales. En el terreno de los trastornos psicóticos, se pasó del interés centrado en trastornos como la esquizofrenia, el trastorno bipolar, y otros, a una mayor atención por los primeros episodios de psicosis. Este interés se basaba en la hipótesis de que un abordaje inicial de los trastornos mentales más graves mejoraría su curso clínico y, consecuentemente, su pronóstico. Esta idea se fortalecía, además, por el conocimiento de que entre el inicio del trastorno psicótico y su reconocimiento e intervención terapéutica transcurrían períodos muy largos que se denominaron duración de la psicosis no tratada *(duration of untreated psicosis)*. La reducción de este período supondría una posibilidad de prevención secundaria.

De esta posición se fue pasando, progresivamente, a un interés centrado en las manifestaciones prodrómicas de los trastornos psicóticos, dando lugar a diferentes conceptualizaciones y definiciones operativas de las mismas, como prepsicosis, preesquizofrenia, hipopsicosis, síntomas prodrómicos o estados mentales de riesgo. El reconocimiento de poblaciones con estas características clínicas podría facilitar una intervención temprana. La metodología inicial seguida para identificar las características psicopatológicas de los pródromos de los trastornos psicóticos fue el estudio retrospectivo de los síntomas y signos que los habían precedido. Häfner y colaboradores desarrollaron en los años noventa un instrumento estandarizado, la «Entrevista para la valoración retrospectiva del inicio de la esquizofrenia» (IRAOS).[48] Asimismo, otros autores utilizaron descripciones retrospectivas para caracterizar los pródromos psicóticos, a partir de los síntomas básicos, u otras metodologías similares.[49,50]

Otra línea de investigación se centró en las manifestaciones clínicas en pacientes diagnosticados de esquizofrenia que precedían a una recaída (pródromos de recaídas).[51] Yung y McGorry, partiendo de los estudios anteriores, tanto retrospectivos como prospectivos de recaídas, y de su propia valoración de pacientes con primeros episodios psicóticos, teorizaron que las manifestaciones de los pródromos psicóticos podían dividirse en ocho subtipos: 1. Síntomas neuróticos; 2. Síntomas relacionados con el estado de ánimo; 3. Cambios en la volición; 4. Cambios cognitivos; 5. Síntomas físicos; 6. Otros síntomas; 7. Cambios conductuales y 8. Síntomas psicóticos atenuados (subumbrales) o aislados. Los síntomas prodrómicos más frecuentes descritos en los estudios retrospectivos fueron: reducción de la concentración y de la atención, reducción del impulso y la motivación, depresión, trastornos del sueño, ansiedad, retraimiento social, suspicacia, deterioro funcional e irritabilidad.[50]

La categoría de síntomas psicóticos atenuados (subumbrales) o aislados, corresponde a experiencias semejantes a las psicóticas, pero que difieren de los síntomas psicóticos francos en su intensidad, frecuencia y/o duración.[52] Como es lógico suponer, no estarán presentes todos los síntomas en todos los individuos, ni de forma continuada en un mismo individuo, y existe una amplia variabilidad en las presentaciones.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Los trabajos desarrollados más recientemente, una vez identificadas las características clínicas de los pródromos, se han centrado en la identificación prospectiva de los mismos, 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.[52] 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.[53] 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 psicóticas 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.[50] 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 validez[54] y para valorar detalladamente fenómenos psicóticos umbrales y subumbrales, así como otros signos y síntomas que aparecen en los pródromos psicóticos, incluyendo síntomas negativos, disociativos y los llamados «básicos».

Por todo ello, 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 las 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.

4.3. Epidemiología

La prevalencia de la esquizofrenia a lo largo de la vida es variable, pero los resultados de la mayor parte de los estudios establecen globalmente un promedio de una tasa ligeramente inferior a 1 caso por cada 100 habitantes.[55] El trastorno parece tener una distribución uniforme en todo el mundo, aunque pueden existir algunas bolsas de prevalencia elevada o baja.[47]

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

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

1,9/10.000 habitantes por año, y que no había diferencias estadísticamente significativas entre los sexos.[56] 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.[47]

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.[57]

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.[58,59]

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.[60-62]

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.[63]

B. Prevalencia de la esquizofrenia. En una 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.[64]

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 tras-

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

torno 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.[65] Estos datos contrastan con los resultados obtenidos en el estudio realizado en Cantabria descrito al inicio de este capítulo.[56]

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 cardiaca, enfermedades cardiovasculares y uso de antipsicóticos y polifarmacia.[66]

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

5. 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.

5.1. Diagnóstico y evaluación

5.1.1. Diagnóstico

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

- Historia clínica psiquiátrica y médica general.
- Historia psicosocial e historia psiquiátrica familiar.
- Examen del estado mental.
- Evaluación física que incluya una exploración neurológica.
- 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.[47]

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)*.

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

La clasificación del DSM-IV-TR plantea los siguientes criterios:[67]

Criterio A. Síntomas característicos: dos (o más) de los siguientes[a], cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de un mes (o menos si se ha tratado

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

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

con éxito): 1) ideas delirantes; 2) alucinaciones; 3) lenguaje desorganizado, incoherencia; 4) comportamiento catatónico o gravemente desorganizado; 5) síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia.

Criterio B. Disfunción social/laboral: durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o cuando el inicio es en la infancia o adolescencia: fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperado de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

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

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

a. No ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa, o

b. Si los episodios de la alteración anímica han aparecido durante la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración del período activo y del residual.

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

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

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

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su búsqueda no ha sido revisada.

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

Aunque el pronóstico y las implicaciones terapéuticas de estos subtipos son variables, el tipo desorganizado tiende a ser el más grave y el tipo paranoide el menos grave.[47]

Criterios de clasificación de la esquizofrenia según la CIE-10

La CIE-10, como el DSM-IV-TR, plantea que no hay síntomas patognomónicos, pero sí que ciertos fenómenos psicopatológicos que suelen presentarse asociados entre sí tienen una significación especial para el diagnóstico de esquizofrenia. Éstos son:[68]

1) Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo.
2) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos, acciones o sensaciones concretas y percepción delirante.
3) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, tales como la identidad religiosa o política, la capacidad y los poderes sobrehumanos (por ejemplo, ser capaz de controlar el clima, estar en comunicación con seres de otros mundos).
4) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes o cuando se presentan a diario, durante semanas, meses o permanentemente.
5) Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagador, disgregado incoherente o lleno de neologismos.
6) Manifestaciones catatónicas tales como excitación, posturas características o flexibilidad cérea, negativismo, mutismo, estupor.
7) Síntomas «negativos» tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (éstos habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social). Debe quedar claro que estos síntomas no se deban a depresión o a medicación neuroléptica.
8) Un cambio consistente y significativo de la calidad general de algunos aspectos de la conducta personal, que se manifiesta como pérdida de interés, falta de objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social.

Han transcurrido más de 3 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

• **Pautas para el diagnóstico según la CIE-10:** el requisito habitual para el diagnóstico de esquizofrenia es la presencia como mínimo de un síntoma muy evidente, o dos o más si son menos evidentes, de cualquiera de los grupos de uno a cuatro; o síntomas de por lo menos dos de los grupos referidos entre el cinco y el ocho, que hayan estado claramente presentes la mayor parte del tiempo durante un período de un mes o más. Los cuadros que reúnan otras pautas pero de una duración menor a un mes (hayan sido tratados o no) deberán ser diagnosticados en primera instancia como trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico y reclasificados como esquizofrenia si el trastorno persiste por un período de tiempo más largo. El primer síntoma de la lista precedente se aplica sólo a la esquizofrenia simple y requiere, por lo menos, una duración de un año.

• **Formas de evolución según la CIE-10:** continua; episódica con defecto progresivo; episódica con defecto estable; episódica con remisiones completas; remisión incompleta; otra forma de evolución; forma de evolución indeterminada, período de observación demasiado breve.

• **Subtipos de evolución según la CIE-10:** esquizofrenia paranoide, esquizofrenia hebefrénica, esquizofrenia catatónica, esquizofrenia indiferenciada, depresión postesquizofrénica, esquizofrenia residual, esquizofrenia simple, otra esquizofrenia, esquizofrenia sin especificación.

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.

5.1.2. Diagnóstico diferencial

Se consideran los siguientes aspectos del diagnóstico diferencial:[28,69]

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

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

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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

5.1.3. Estado clínico y evaluación continuada

Es importante valorar, como mínimo, estas cuatro circunstancias 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.[47]

5.1.4. Comorbilidad con otros trastornos mentales

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

5.1.5. 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.[47]

5.1.6. 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.[4]

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.[28]

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.

5.1.7. Antecedentes psiquiátricos

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

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica clínica y su vigencia no ha sido revisada.

5.1.8. 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.[70]

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

5.1.9. Revisiones generales 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.[28]

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.

5.2. Manejo psiquiátrico

5.2.1. 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 longitudinales, 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.

5.2.2. 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

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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.[4]

- **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 con-

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

diciones 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 médicos 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.

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.[4]

5.3. Desarrollo del plan terapéutico

5.3.1. 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.[4]

5.3.2. 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,

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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.[47]

- **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 las 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

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

6. 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.[71] 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.

6.1. 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.[2-4,72]

6.1.1. 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 España, adaptación española del *British National Formulary*, publicada por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (2006)[b]. 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».[73]

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

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia ha sido revisada.

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 España son los siguientes: clorpromazina, clotiapina, haloperidol, levomepromazina, perfenazina, periciazina, pimozida, sulpirida, tioproperazina, 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 D_2) y con su tendencia a causar efectos adversos extrapiramidales.

Las medicaciones de alta potencia tienen una mayor afinidad por los receptores dopaminérgicos que la que presentan las de baja potencia, y precisan dosis mucho más bajas. Las de alta potencia se prescriben con mayor frecuencia que las de baja potencia (aunque tienen mayor tendencia a producir efectos adversos extrapiramidales), y se administran de manera más segura por vía intramuscular ya que rara vez producen hipotensión.[74] 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.[74]

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.

Recogemos, seguidamente, un breve comentario de cada uno de los antipsicóticos de primera generación, conforme a las características y usos recogidos en la GPT. Las pautas de posología 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 GPT[73], así como un cuadro comparativo de intervalos de posología habitual para adultos según recomendaciones de la GPT,[73] las GPC de la APA[4] y la Canadian Psychiatric Association (CPG),[2] las recomendadas por la World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP)[75,76] y PORT[40] y, finalmente, las de dos publicaciones de consulta en el ámbito español: RTM-III[77] y el libro de Chinchilla[78] (tabla 5, anexo 2).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

- **Clorpromazina**

  Está indicada también en la manía, como tratamiento complementario breve de la ansiedad grave, la agitación psicomotora, la excitación y en la conducta violenta o peligrosamente impulsiva.

  La dosis habitual de mantenimiento por vía oral oscila entre los 75-300 mg/día según la respuesta, con una posología de inicio de 25 mg, tres veces al día, o 75 mg por la noche. En el tratamiento de la psicosis se precisa hasta 1 g/día.

  En inyección intramuscular profunda la dosis oscila entre 25-50 mg cada 6-8 h. Esta vía de administración se recomienda para el alivio de los síntomas agudos.

- **Clotiapina**

  Está indicada en la esquizofrenia, la psicosis aguda y crónica, la manía y el insomnio en pacientes psicóticos.

  Se utiliza por vía oral, con una posología de inicio de entre 120-160 mg/día repartidos en varias tomas. La dosis máxima es de 360 mg/día.

  Para tratar el insomnio, se utiliza una dosis de 20-60 mg al acostarse. En este caso, la dosis máxima es de 360 mg/día.

- **Haloperidol**

  Está indicada también en la manía, como tratamiento complementario breve de la ansiedad grave, la agitación psicomotora, la excitación y en la conducta violenta o peligrosamente impulsiva.

  Aparte de las precauciones y contraindicaciones características de los antipsicóticos convencionales, también puede provocar hemorragia subaracnoidea y trastornos metabólicos como hipopotasemia, hipocalcemia o hipomagnesemia.

  Los efectos adversos más frecuentes son reacciones de pigmentación y fotosensibilidad raras. Tiene efectos extrapiramidales como las reacciones de distonía y acatisia, sobre todo en pacientes con tirotoxicosis, hipoglucemia y secreción inadecuada de hormona antidiurética, y en pocas ocasiones pérdida de peso. Presenta menos efectos sedantes y antimuscarínicos o hipotensores respecto a otros antipsicóticos convencionales.

  Se utiliza por vía oral, intramuscular e intravenosa. Por vía oral la posología de inicio oscila entre 1,5-3 mg, 2-3 veces al día, o 3-5 mg, 2-3 veces al día, si el paciente tiene un trastorno grave o rebelde. En la esquizofrenia refractaria se pueden precisar hasta 30 mg/día.

  Se debe ajustar la dosis de mantenimiento a la mínima eficaz, 5-10 mg/día, según la respuesta. En personas ancianas o personas debilitadas, debe iniciarse con la mitad de la dosis del adulto.

  En inyección intramuscular o intravenosa, la posología de inicio es de 2-10 mg y continuar cada 4-8 h según la respuesta hasta una dosis máxima diaria de 18 mg. Los pacientes con trastornos graves precisan a veces una dosis inicial de hasta 18 mg.

- **Levomepromazina**

  Se recomienda tener precaución con aquellos pacientes que reciban dosis iniciales altas. Se aconseja que éstos permanezcan en decúbito supino.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Las personas mayores presentan riesgo de sufrir una hipotensión postural, y no se recomienda en pacientes ambulatorios mayores de 50 años, salvo que se evalúe el riesgo de reacción hipotensora.

Como efectos adversos, hay que destacar el posible aumento de la velocidad de sedimentación.

Se utiliza por vía oral, con una posología de inicio que oscila entre los 25-50 mg/día, repartidos en varias tomas, y hay que aumentar la dosis según la necesidad del paciente. En pacientes encamados la posología de inicio oscila entre los 100-200 mg/día, generalmente en tres tomas y se debe incrementar, si procede, hasta 1 g/día.

- **Perfenazina**

  Está indicada también en la manía, como tratamiento complementario breve de la ansiedad grave, la agitación psicomotora, la excitación y en la conducta violenta o peligrosamente impulsiva.

  Aparte de las precauciones y contraindicaciones características de los antipsicóticos convencionales, también puede provocar agitación y nerviosismo en los ancianos.

  Es menos sedante. Presenta efectos adversos como los síntomas extrapiramidales, sobre todo distonía, más frecuentes en especial con dosis altas. Rara vez provoca lupus eritematoso sistémico.

  Se utiliza por vía oral, con una posología de inicio de 4 mg, 3 veces al día, ajustando según la respuesta. La dosis máxima es de 24 mg/día.

- **Periciazina**

  Es más sedante. Presenta efectos adversos al empezar el tratamiento, como hipotensión, y también depresión respiratoria.

  Se utiliza por vía oral, con una posología de inicio de 75 mg/día, repartidos en varias tomas; se debe aumentar cada semana en etapas de 25 mg, según la respuesta. La dosis diaria máxima habitual es de 300 mg/día.

  Se utiliza, también, como tratamiento complementario de corta duración de la ansiedad grave, agitación psicomotora y conducta violenta o peligrosamente impulsiva. En estos casos se recomienda una posología de inicio media de 15-30 mg/día, repartidos en dos tomas, ingiriendo la dosis más alta al acostarse y ajustando la posología según la respuesta.

- **Pimozida**

  Se recomienda efectuar un ECG antes del inicio del tratamiento, y otro anual durante el seguimiento del mismo. Si se prolonga el intervalo QT, se recomienda revisar el tratamiento y se retirará o se reducirá la dosis bajo una vigilancia estrecha.

  No debe administrarse con otros antipsicóticos, ni siquiera especialidades de larga acción, antidepresivos tricíclicos o fármacos que prolonguen el intervalo QT, como ciertos antipalúdicos, antiarrítmicos y determinados antihistamínicos ni tampoco con fármacos que produzcan alteraciones electrolíticas (en particular, diuréticos).

  Está contraindicada en aquellas personas con antecedentes de arritmias o prolongación congénita de QT.

  Los efectos adversos más frecuentes son las arritmias graves, la glucosuria y, alguna vez, la hiponatremia. Es menos sedante.

Han trascurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Se recomienda una dosis de inicio de 2 mg/día, que se debe aumentar en intervalos no menores de una semana en etapas de 2-4 mg, según la respuesta. La dosis habitual oscila entre los 2-20 mg/día.

Para el tratamiento de la psicosis hipocondríaca monosintomática y la psicosis paranoide, se aconseja iniciar con una dosis de 4 mg/día, y aumentar en intervalos no menores de una semana en etapas de 2-4 mg, según la respuesta. La dosis máxima es de 16 mg/día.

- **Sulpirida**

  Se recomienda precaución en su administración a aquellos pacientes excitados, agitados o agresivos, ya que las dosis bajas pueden agravar los síntomas.

  Está contraindicada en aquellas personas diagnosticadas de porfiria.

  La dosis oscila entre 200-400 mg, dos veces al día. La dosis máxima es de 800 mg/día si predominan los síntomas negativos y de 2,4 g/día, si predominan los síntomas positivos.

- **Tioproperazina:**

  Está indicada en pacientes con esquizofrenia, ansiedad, delirio y manía.

  Los efectos adversos más frecuentes son pancitopenia, trombocitopenia, hipertermia y anorexia.

  Se utiliza por vía oral y las dosis terapéuticas están entre los 30-40 mg/día, repartidos en 3-4 tomas.

- **Trifluoperazina:**

  Está indicada como tratamiento complementario breve de la agitación psicomotora, la excitación y la conducta violenta o peligrosamente impulsiva.

  Los efectos adversos más frecuentes con dosis mayores de 6 mg/día son pancitopenia, trombocitopenia, hipertermia y anorexia.

  La dosis de inicio es de 5 mg, dos veces al día, o 10 mg/día de una forma de liberación modificada; se debe aumentar en 5 mg al cabo de una semana y, después, en intervalos de tres días, según la respuesta.

- **Acetato de zuclopentixol:**

  Está indicado en el tratamiento breve de la psicosis aguda, la manía o en exacerbaciones de la psicosis crónica.

  Está contraindicado en aquellas personas diagnosticadas de porfiria.

  Si la vía de administración es intramuscular, se recomienda una dosis media de 50-150 mg en una inyección profunda en el músculo glúteo o en la cara externa del muslo.

  Se aconseja repetirla, si es necesario, a los 2-3 días (se puede necesitar otra dosis 1-2 días después de la primera inyección). La dosis acumulativa máxima es de 400 mg por ciclo, y el número máximo de inyecciones es de cuatro. La duración máxima del tratamiento es de dos semanas. Si se precisa tratamiento de mantenimiento, hay que cambiar a un antipsicótico por vía oral 2-3 días después de la última inyección o a un antipsicótico de acción más prolongada en inyección (depot), que se administra al mismo tiempo que la última inyección del acetato de zuclopentixol.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

- **Dihidrocloruro de zuclopentixol:**

  Está indicado en la esquizofrenia y otras psicosis, sobre todo asociadas con una conducta de agitación, agresividad u hostilidad.

  Está contraindicado en aquellas personas diagnosticadas de porfiria, y en aquellas que padecen estados de apatía o retraimiento.

  Los efectos adversos más frecuentes son polaquiuria o incontinencia urinaria y adelgazamiento (menos común que el aumento de peso).

  La administración es por vía oral, con una posología de inicio de 20-30 mg/día, en varias tomas. Se debe aumentar hasta 150 mg/día como máximo, si procede. La dosis habitual de mantenimiento oscila entre los 20-50 mg/día.

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:[4]

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.[79-81]

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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», «laringoespasmo», «crisis oculógira» y «opistótonos» para describir las reacciones distónicas de regiones corporales concretas. Estas reacciones tienen un inicio repentino y causan un gran malestar. En algunos pacientes, estas afecciones, por ejemplo el laringoespasmo, 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 neuroléptico 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.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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 **distonía tardía**, que se caracteriza por la aparición de contracciones musculares espásticas en lugar de movimientos coreoatetósicos. La distonía 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.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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 leucopenia 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

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia ha sido revisada.

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 (o 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.[4]

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.

En este apartado se ha procedido a describir cada uno de los antipsicóticos de segunda generación. Asimismo, se han incluido las pautas de posología que se recogen en la GPT (tabla 6, anexo 2),[73] así como un cuadro comparativo de intervalos de posología habitual para adultos según recomendaciones de la GPT,[73] las GPC de la APA[4] y la CPG[2], las recomendadas por la WFSBP[75,76] y PORT[40] y, finalmente, las de dos publicaciones de consulta en el ámbito español: RTM-III[77] y el libro de Chinchilla[78] (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.

- **Amisulpride**

  Presenta gran afinidad selectiva sobre receptores D_2 y D_3; a dosis bajas (50-300 mg) es un antagonista D_2, D_3 presináptico con eficacia sobre síntomas negativos, y a dosis altas (400-1.200 mg) es un antagonista D_2 postsináptico, con eficacia sobre síntomas positivos.[82]

  La dosis oscila entre 400-800 mg/día, en dos tomas. Los efectos adversos más frecuentes son de tipo extrapiramidal (discinesia, acatisia) y de baja incidencia, con elevación de peso y de prolactina similar a la de otros neurolépticos.[69] Además de los EAAA, se ha observado insomnio, ansiedad, agitación, somnolencia, trastornos digestivos como estreñimiento, náuseas, vómitos y sequedad de boca y, ocasionalmente, bradicardia; raramente convulsiones.[73]

  Puede aumentar el QT y conllevar riesgos de arritmias ventriculares (estudio cardiológico).[78] Su utilización es por vía oral .

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

- **Aripiprazol**

  Primer agonista parcial con alta afinidad sobre receptores D_2. Es agonista parcial $5HT_{1A}$, antagonista $5HT_{2A}$ y modulador del sistema DA/5HT, y eficaz en síntomas positivos, negativos y afectivos, reduciendo los síntomas extrapiramidales y la excitabilidad-hostilidad.[83]

  Tiene bajo riesgo de efectos adversos y extrapiramidales, sin aumento de peso, no presenta efectos psicosexuales (no afecta la prolactina), ni altera los metabolismos del colesterol, triglicéridos o la glucosa. No presenta alteraciones del QT. Es posible aparición de cefaleas, insomnio o agitación-ansiedad.[78] Además de los EAAA, náuseas, vómitos, dispepsia, estreñimiento, acatisia, somnolencia, temblor, astenia, visión borrosa; más raramente taquicardia, crisis convulsivas; muy raramente hipersialorrea, pancreatitis, dolor torácico, agitación, alteraciones del lenguaje, agarrotamiento, rabdomiólisis, priapismo y alteración de la regulación térmica.[73]

  En pacientes agitados puede combinarse con benzodiacepinas.[84] Se utiliza por vía oral (comprimidos y bucodispersables) en un rango de dosis de 10-15 mg/día.

- **Clozapina**

  Presenta actividad antagonista sobre los receptores dopaminérgicos D_1 y D_2, así como sobre los receptores 5-HT, adrenérgicos, histaminérgicos y muscarínicos. Se puede considerar el antipsicótico con una menor incidencia de efectos adversos extrapiramidales y por la posibilidad de producir en un 1% de pacientes agranulocitosis que puede llegar a ser mortal.

  En un ECA y multicéntrico se demostró que es eficaz en pacientes resistentes al tratamiento con antipsicóticos de primera generación, y en aquellos que no toleran los efectos adversos extrapiramidales de los mismos, especialmente la discinesia tardía.[85] En estos pacientes, fue eficaz tanto en síntomas positivos como negativos (nivel de evidencia científica Ib).[86]

  Las dosis terapéuticas están entre 200-450 mg/día con una posología de inicio de 12,5 mg, una o dos veces al día; se debe aumentar lentamente con incrementos diarios de 25-50 mg/día inicialmente y posteriormente en 50-100 mg semanales. La dosis máxima es de 900 mg/día.

  Se utiliza cuando hay resistencia a dos antipsicóticos de diferente familia. Su uso está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad previa a la clozapina; historial de granulocitopenia/agranulocitosis inducida por fármacos; recuento leucocitario inferior a 3.500/mm^3; función alterada de la médula ósea; psicosis alcohólicas, tóxicas y estados comatosos, colapso respiratorio y/o depresión del sistema nervioso central de cualquier etiología; enfermedad hepática, renal o cardiaca grave.

  Antes de iniciar el tratamiento se debe efectuar un análisis del recuento y fórmula leucocitaria para asegurar que sólo los pacientes con recuento leucocitario normal reciben el tratamiento. Se deben realizar semanalmente recuentos leucocitarios durante las primeras 18 semanas y a continuación mensualmente durante, como mínimo, el tiempo que dure el tratamiento con clozapina. Un recuento leucocitario inferior a 3.500 mm^3 y de granulocitos neutrófilos inferior a 2.000-1.500/mm^3 supondrá recuentos leucocitarios dos veces por semana, y el descenso por debajo de 3.000 leucocitos/mm^3 y de neutrófilos por debajo de 1.500/mm^3, la supresión inmediata del tratamien-

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

to. Por debajo de 2.000 leucocitos/mm^3 y 1.000 neutrófilos/mm^3 se debe proceder al ingreso hospitalario y supervisión por el hematólogo (tabla 8, anexo 2).

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

Los efectos adversos más frecuentes son sedación, aumento de peso, hipersalivación, taquicardia, hipotensión y fiebre; los tres primeros son especialmente frecuentes y se dan en la mayor parte de pacientes, en especial en la primera fase del tratamiento. Además de los EAAA, estreñimiento (obstrucción gastrointestinal), hipersalivación, sequedad bucal, náuseas, vómitos, anorexia, taquicardia, cambios del ECG, hipertensión, somnolencia, cefalea, temblor, convulsiones, fatiga, alteraciones en la regulación de la temperatura, incontinencia y retención urinaria, leucopenia, eosinofilia, leucocitosis; visión borrosa; sudoración; agranulocitosis, con menor frecuencia; rara vez disfagia, hepatitis, ictericia colestásica, pancreatitis, colapso circulatorio, arritmia, miocarditis, pericarditis, tromboembolismo, agitación, confusión, delirios, anemia; muy raramente, hipertrofia parotidea, obstrucción intestinal, miocardiopatía, infarto de miocardio, depresión respiratoria, priapismo, nefritis intersticial, trombocitopenia, trombocitemia, hiperlipidemia, glaucoma de ángulo estrecho, necrosis hepática fulminante y reacciones cutáneas.[73]

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

- **Olanzapina**

  Es químicamente similar a la clozapina, con afinidad moderada por receptores D_4, D_2 y 5-HT, adrenérgicos, histaminérgicos y muscarínicos, con acción sobre síntomas positivos y negativos[c].

  Se utiliza a dosis de 5-20 mg/día, con una posología de inicio de 10 mg. Los efectos adversos más frecuentes y que afectan a más del 2% de pacientes son: aturdimiento, boca seca, acatisia e insomnio; y, con menos frecuencia, dispepsia, ansiedad, náuseas, temblor, hipotensión ortostática y diaforesis.[69] Además de los EAAA, efectos antimuscarínicos transitorios (muy raramente, precipitación del glaucoma de ángulo estrecho); somnolencia, dificultad para hablar, exacerbación de la enfermedad de Parkinson, marcha anormal, alucinaciones, astenia, incremento del apetito, aumento de la temperatura corporal, elevación de la concentración de triglicéridos, edema, hiperprolactinemia (sin embargo, manifestaciones clínicas raras), incontinencia urinaria; eosinofilia; con menor frecuencia, hipotensión, bradicardia, fotosensibilidad; raramente, convulsiones, leucopenia, erupción; muy raramente, tromboembolia, hipercolesterolemia, prolongación del intervalo QT, hipotermia, retención urinaria, priapismo, trombocitopenia, neutropenia, rabdomiólisis, hepatitis, pancreatitis; en inyección, reacciones en el punto de inyección, paro sinusal, hipoventilación.[73]

  Por encima de 10 mg/día aumenta la probabilidad de sintomatología extrapiramidal. Puede provocar aumento de peso preocupante que puede variar de 3,5 a 12 kg en el intervalo de dosis altas.[69] De forma transitoria puede elevar la prolactina y las enzimas hepáticas en las primeras semanas de tratamiento.

c Aunque su eficacia para estos síntomas no ha sido tan claramente demostrada.[87]

Han transcurrido más de 4 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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

- **Paliperidona**

  Es un metabolito activo de la risperidona que bloquea los receptores serotoninérgicos 5HT2A, dopaminérgicos D2 y adrenérgicos α_1. Se presenta en comprimidos de liberación prolongada.

  Se utiliza a dosis intervalo de 3 a 12 mg al día. La dosis recomendada es de 6 mg por vía oral, una vez al día administrados por la mañana. Los efectos adversos más frecuentes son cefalea, y con menor frecuencia, otros trastornos del sistema nervioso, cardiovasculares, gastrointestinales, incremento de peso y reacciones adversas adicionales notificadas para la risperidona.

- **Quetiapina**

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

  La dosis media se sitúa entre 300-450 mg/día repartidos en dos tomas. Debe iniciarse con 25 mg, dos veces al día, para alcanzar los 50 mg dos veces al día el segundo, 100 mg el tercero y 150 mg el cuarto, siempre en dos tomas. Es eficaz en el tratamiento de síntomas positivos y afectivos, y produce mejoría en la función cognitiva, la hostilidad y la agresividad.[88]

  Los efectos adversos más frecuentes son: sedación, mareo, cefalea, insomnio, hipotensión ortostática y aumento de peso, todos ellos con una baja incidencia.[69] Presenta escasa incidencia de efectos extrapiramidales[87] y no produce elevación de prolactina. Además de los EAAA, somnolencia, dispepsia, estreñimiento, sequedad de boca, astenia leve, rinitis, taquicardia; leucocitopenia, neutrocitopenia y a veces eosinofilia; elevación de las concentraciones plasmáticas de los triglicéridos y del colesterol; disminución de las concentraciones plasmáticas de hormona tiroidea; posible prolongación del intervalo QT, rara vez edema; muy rara vez, priapismo.[73]

  La presentación de quetiapina es por vía oral, en comprimidos y en comprimidos de acción prolongada (prolong).

- **Risperidona**

  Es un potente antagonista de los receptores 5-HT_2 y D_2 y menor α_1 y α_2 adrenérgico. El bloqueo sobre $5HT_2$ mejora a su vez el dopaminérgico en esquizofrenia. Tiene escasa afinidad por receptores ß-adrenérgicos y muscarínicos, y alta por α_1 y H_1. Actúa tanto sobre síntomas positivos como negativos[c] y con una muy buena tolerancia.[78]

  Se utiliza a dosis de 4-6 mg/día, y es posible por semivida plasmática una administración única diaria, manteniendo su efectividad y tolerancia.[69] Debe iniciarse con 2 mg una o dos veces al día, e incrementarse a 4 mg el segundo día en una o dos tomas.

  En un estudio comparativo con clozapina en pacientes resistentes, se constató que ambas eran igual de eficaces, pero la risperidona era mejor tolerada, con menor sedación e incremento de peso.[89]

  La risperidona se asocia con sintomatología extrapiramidal que es dosis-dependiente y es mínima en el intervalo terapéutico de dosis. En el período inicial de ajuste de

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia ha sido revisada.

dosis puede producirse hipotensión ortostática y taquicardia refleja (por actividad ß-adrenérgica) que es transitoria.[69]

Como efectos adversos poco frecuentes produce sedación, disfunción eréctil, incremento leve de peso, disminución del apetito sexual, e incremento de prolactina (galactorrea y alteraciones menstruales). Además de los EAAA, insomnio, agitación, ansiedad, cefalea; con menor frecuencia mareos, alteraciones de la concentración, fatiga, visión borrosa, estreñimiento, náuseas y vómitos, dispepsia, dolor abdominal, hiperbilirrubinemia (más galactorrea, alteraciones menstruales, ginecomastia), priapismo, incontinencia urinaria, taquicardia, hipertensión, edema, erupción, rinitis, accidentes cerebrovasculares, neutrocitopenia y trombocitopenia; rara vez, convulsiones, hiponatremia, alteraciones en la regulación de la temperatura y epistaxis.[73]

Se utiliza por vía oral en comprimidos y en forma de disolución rápida y por vía intramuscular en preparado de liberación prolongada (Consta).

- **Sertindol**

  Presenta afinidad por los receptores 5-HT_{2C}, 5-HT_{2A}, D2, α_1 y α_2, sin afinidad por receptores histaminérgicos por lo que es probable que produzca menos sedación por este motivo. Ha demostrado su eficacia antipsicótica ante el placebo.[87]

  Los efectos adversos más frecuentes son: congestión nasal, hipotensión postural (generalmente durante el escalado de dosis), sedación, taquicardia, disminución del volumen eyaculatorio en el 20% de varones tratados (sin asociarse a disminución de la libido ni alteraciones de la función eréctil) y aumento de peso. Además de los EAAA, edema periférico, sequedad de boca, rinitis, disnea, parestesias; rara vez, convulsiones, hiperglucemia.[73] Los ensayos clínicos demuestran que se tolera mejor que el haloperidol y que produce menos efectos extrapiramidales.[69,87] Mención aparte merece la presencia en el 3% de pacientes tratados con sertindol de una prolongación en el QT del electrocardiograma, mayor o igual a 500 mseg, sin taquiarritmia ventricular asociada, pero con posibilidad de vulnerabilidad para desarrollar arritmia ventricular *(torsades des pointes)* que puede resultar mortal.[47,69] Esta posibilidad aconsejó su retirada cautelar del mercado en el año 1998, reintroduciéndose después de varios estudios favorables en el año 2006, aconsejándose la realización de electrocardiogramas de control.

  La dosis óptima parece estar entre 12-20 mg/día, iniciándose con 4 mg/día y con escaladas de 4 mg cada 4-5 días.[69]

- **Ziprasidona**

  Presenta alta afinidad por receptores 5-HT_{2A} y moderado antagonismo por D_2, con antagonismo potente por 5-HT_{1D} y 5-HT_{2C} y agonista del receptor 5-HT_{1A}, con moderado antagonismo de receptores adrenérgicos e histaminérgicos, y mínima sobre muscarínicos. Este mecanismo farmacológico se asocia a elevada eficacia sobre síntomas positivos y negativos, con mínimos efectos extrapiramidales y sobre la prolactina.[90] No interacciona con litio, anticonceptivos orales, carbamacepina, benzodiacepinas, antiácidos o cimetidina.

  La dosis habitual utilizada es de 80 mg/día distribuidos en dos tomas de 40 mg, en la presentación oral y de 40 mg/día como máximo en hasta tres días consecutivos, en la intramuscular. La dosis máxima es de 160 mgs/día repartidos en 2 tomas.[73] La dosis máxima es de 160 mgs/día repartidos en 2 tomas.[73]

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Los efectos adversos más frecuentes son: cefalea, somnolencia, náuseas y dispepsia, sin producir incremento de peso significativo y con baja incidencia de efectos extrapiramidales (acatisia). Puede elevar de forma leve y transitoria la prolactina. Es necesario el control de electrocardiograma por riesgo de aumentar el QT.[78] Y además los EAAA.[73]

La presentación de ziprasidona es por vía oral e intramuscular.

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.[91]

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 > = 150 mg/dl), c) concentración baja de colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad (HDLc < 40 mg/dl en varones y < 50 mg/dl en mujeres), d) presión arterial elevada (130/85 mmHg) o e) glicemia en ayunas elevada (110 mg/dl).[92]

Se ha documentado que algunos antipsicóticos de segunda generación, especialmente clozapina y olanzapina, provocan aumentos de peso significativos[93,94] y en algún caso riesgo de diabetes,[95-97] que es de por sí mayor en esquizofrénicos que en la población general,[98] con la posibilidad de factores de riesgo previos al tratamiento antipsicótico.[99,100]

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.[91,96,101]

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 sedantes, 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.[102]

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.[103] 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.

6.1.2. 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.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

- **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.

- **Benzodiacepinas**

  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.[104,105]

- **Anticonvulsivantes**

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

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

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

- **Antidepresivos**

  Los ISRS se utilizan sobre todo cuando se produce una depresión postpsicótica, difícil de distinguir de los síntomas negativos provocados por los antipsicóticos 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.[106] En dos estudios se comprobó la eficacia de fluvoxamina y clomipramina en el tratamiento de los síntomas obsesivo-compulsivos en la esquizofrenia.[106]

  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.[4]

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

6.1.3. Recomendaciones generales de los tratamientos antipsicóticos

La literatura médica internacional[107-114] se viene ocupando extensamente de los tratamientos con fármacos antipsicóticos, particularmente de la evaluación de su eficacia, efectividad y efectos adversos; tanto de cada uno de ellos como de forma comparativa, particularmente entre los antipsicóticos de primera y segunda generación. Todo ello con la finalidad de poder efectuar recomendaciones para su utilización.

Una cuestión principal para las recomendaciones referidas al uso de los tratamientos antipsicóticos es la elección de los mismos, particularmente cuando se trata de un primer episodio psicótico o de esquizofrenia. En la elección, pueden concurrir diferentes criterios como son el grado de respuesta de los síntomas, los efectos adversos que puedan generarse, las preferencias del paciente y la vía de administración. Todos ellos deben ser tenidos en cuenta.

De la comparación entre las GPC seleccionadas se extraen las siguientes recomendaciones de carácter general. Para la GPC de la APA, los antipsicóticos de segunda generación deberían ser los medicamentos de elección en la fase aguda, principalmente porque el riesgo de provocar efectos adversos extrapiramidales y discinesia tardía es menor.[106] La GPC del NICE concluye que la evidencia considerada sugiere que los antipsicóticos de segunda generación son, por lo menos, tan eficaces como los medicamentos tradicionales en términos de tasas de respuesta general. También hay evidencias que sugieren que pueden variar en sus efectos relativos sobre síntomas positivos y negativos y tasas de recaídas. Sin embargo, no se dispone de datos adecuados para poder diferenciar la evaluación del impacto global de cada atípico para personas con esquizofrenia. Asimismo, recoge que las conclusiones que pueden extraerse de la mayoría de los estudios son limitadas debido a la ausencia de seguimientos a largo plazo.[3,115] La GPC del RANZCP[1] considera que hay una evidencia mínima de que los antipsicóticos de segunda generación sean más eficaces que los de primera generación en el tratamiento agudo de los síntomas positivos, aunque parecen ser más efectivos en la prevención de recaídas. Se manejan datos que sugieren, pero que no demuestran, mayor eficacia para los síntomas negativos y neurocognitivos. Se da mayor importancia al hecho de que los nuevos antipsicóticos sean mucho mejor tolerados y produzcan menos efectos adversos motores, incluyendo discinesia tardía.

La GPC de la Canadian Psychiatric Association[2] establece que no existen diferencias claras y consistentes entre los antipsicóticos de primera y de segunda generación en relación con la respuesta terapéutica frente a los síntomas positivos, con excepción de la clozapina para el tratamiento de pacientes resistentes.

Los medicamentos de segunda generación poseen un mayor espectro de efectos terapéuticos, con un efecto pequeño pero significativo sobre los síntomas negativos y la disminución cognitiva. Considera también las diferencias significativas entre antipsicóticos de primera y de segunda generación en los perfiles de efectos adversos. Los de segunda generación inducen menos efectos adversos neurológicos, tanto efectos adversos extrapiramidales como discinesia tardía, pero pueden tener una mayor propensión a causar efectos adversos metabólicos (incremento de peso, diabetes, dislipidemia o síndrome metabólico), aunque la evidencia se basa sobre todo en la experiencia clínica y en la publicación de estudios no aleatorizados.[2] De ello se deriva, finalmente, una recomendación del uso de

Han transcurrido más de 3 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

los antipsicóticos de segunda generación, particularmente en el inicio de intervenciones farmacológicas.

Entre los principios generales de los tratamientos medicamentosos de la CPG canadiense se incluirían los siguientes:[2]

- La farmacoterapia con medicación antipsicótica es un componente esencial del plan de tratamiento para la mayoría de pacientes con esquizofrenia.
- Las intervenciones psicosociales actúan sinérgicamente con la medicación para optimizar la adherencia al tratamiento y alcanzar una vida comunitaria exitosa. Se recomienda el uso de ambas intervenciones en el tratamiento del trastorno.
- Las medicaciones deben ser individualizadas porque la respuesta individual es altamente variable. Se debería considerar el problema presente y la respuesta previa del paciente a la farmacoterapia, incluyendo la eficacia y los efectos adversos. Los pacientes con un primer episodio de psicosis generalmente precisan una dosis más baja, de igual forma que en los ancianos.
- El uso de pautas terapéuticas simples, tales como una única administración diaria, promueven la adherencia al tratamiento.
- La dosificación debe mantenerse dentro del intervalo recomendado, y los motivos para alterar dicho intervalo deben estar claramente documentados y justificados.
- La utilización simultánea de más de un antipsicótico no está respaldada por la evidencia científica disponible.
- Las evaluaciones regulares y periódicas son igualmente necesarias cuando los pacientes responden a la medicación, cuando fracasan en la respuesta, y cuando desarrollan efectos adversos. Las escalas estandarizadas son herramientas útiles para las valoraciones iniciales y consecutivas.

Moore, a partir del estudio de cinco guías, algoritmos y consensos de expertos norteamericanos que incluyen la GPC de la APA, el *Expert Consensus Guideline on Treatment of Schizophrenia*, el *Texas Medication Algorithm Project (TMAP) Schizophrenia Algorithm*, *PORT* y el *Schizophrenia Algorithm* del *International Psychopharmacology Algorithm Project* recogen algunas recomendaciones generales comunes a casi todas ellas, y que coinciden con las GPC utilizadas en este documento:[116]

1. Empleo preferente de antipsicóticos de segunda generación para el primer episodio de esquizofrenia.
2. Uso de clozapina después de una o dos pruebas con fracaso con otros antipsicóticos.
3. No utilización de combinaciones de medicamentos antipsicóticos, excepto como último recurso.

El estudio desarrollado por el grupo CATIE considera que la relativa eficacia de los antipsicóticos de segunda generación (atípicos) en comparación con fármacos más antiguos no se ha tratado en profundidad, aunque los nuevos fármacos se están utilizando con mucha más frecuencia. Se comparó un antipsicótico de primera generación, perfenacina, con varios fármacos más recientes en un ensayo a doble ciego. Participaron en este estudio 1.493 pacientes con esquizofrenia de 57 centros de Estados Unidos que fueron asignados aleatoriamente para recibir olanzapina (de 7,5 a 30 mg al día), perfenacina (de 8 a 32 mg al día),

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

quetiapina (de 200 a 800 mg al día) o risperidona (de 1,5 a 6,0 mg al día) durante un período máximo de 18 meses. Una vez aprobada por la FDA, se incluyó también ziprasidona (de 40 a 160 mg al día). El objetivo principal consistió en definir las diferencias en la eficacia global entre estos cinco tratamientos. Como conclusiones, se observó que la mayoría de los pacientes en todos los grupos abandonaron el tratamiento asignado por falta de eficacia, efectos adversos intolerables u otros motivos. La olanzapina se asoció a tasas de abandono más bajas. La eficacia de la perfenacina fue, aparentemente, similar a las de quetiapina, risperidona y ziprasidona. La olanzapina se asoció a un mayor aumento de peso y a un mayor aumento de las determinaciones metabólicas de la glucosa y los lípidos.[117]

En otro estudio vinculado al proyecto CATIE se concluyó que, después de dos meses de tratamiento antipsicótico en pacientes con esquizofrenia asignados aleatoriamente a un tratamiento farmacológico con olanzapina, perfenazina, quetiapina o risperidona, todos los grupos obtuvieron una pequeña pero significativa mejoría en la neurocognición.[118] No se apreciaron diferencias entre ningún par de agentes incluido el antipsicótico atípico perfenazina.

Los antipsicóticos de segunda generación son percibidos como más efectivos, con menos efectos adversos y parecen ser preferidos por los pacientes. Sin embargo, la mayoría de la evidencia científica al respecto proviene de ensayos clínicos sobre la eficacia a corto plazo sobre los síntomas. Por esta razón, el grupo de investigación CUtLASS (Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study) diseñó un ensayo controlado y aleatorizado con el objetivo de comprobar la hipótesis de que en pacientes con esquizofrenia que requieren cambios de tratamiento, los antipsicóticos de segunda generación, al margen de la clozapina, se asocian con mejoras en la calidad de vida al año en comparación con los antipsicóticos de primera generación.[119] Este ensayo pragmático y multicéntrico que no recibió financiación con intereses comerciales realizó valoraciones a los pacientes a las 12, 26 y 56 semanas basándose en el análisis por intención de tratar. La hipótesis principal de mejoras significativas en la calidad de vida tras un año de seguimiento fue refutada. Los participantes en el grupo que recibió antipsicóticos de primera generación mostraron una tendencia a una mayor mejoría en calidad de vida y sintomatología. Los participantes no señalaron ninguna preferencia por ningún grupo de fármacos; los costes fueron similares. En conclusión, las personas con esquizofrenia que han cambiado de medicación por motivos clínicos, no tienen desventajas a lo largo de un año en términos de calidad de vida, síntomas o costes asociados a los cuidados en la utilización de antipsicóticos de primera generación ante los de segunda generación que no sean clozapina.

Lewis y colaboradores elaboraron la segunda parte del estudio anteriormente mencionado CUtLASS2.[120] El diseño del trabajo incluyó un ensayo controlado y aleatorizado a la vez que prágmático, abierto y multicéntrico y se centró en la efectividad de la clozapina frente a otros antipsicóticos de segunda generación en el tratamiento de la esquizofrenia. Los evaluadores fueron ciegos a la condición de tratamiento, el seguimiento de la muestra se hizo durante un año y no se obtuvo financiación de la industria farmacéutica. El ensayo se centró en la relativa eficacia clínica de los antipsicóticos de segunda generación que no fueran de la clase de la clozapina antes que en la eficacia individual de los fármacos, ya que éstos por lo general se agrupan conjuntamente en las guías clínicas. Los autores llegaron a la conclusión de que en pacientes con esquizofrenia con una respuesta pobre al tratamiento con dos o más fármacos antipsicóticos, hay evidencia científica que apoya el inicio del

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

tratamiento con clozapina antes que con otros fármacos antipsicóticos de segunda generación desde el punto de vista de la mejoría de síntomas a lo largo de un año.

Los resultados fueron los mismos en los estudios CATIE y CUtLASS, y sorprendieron a los dos grupos de investigadores. En ambos ensayos, la hipótesis principal fue refutada y los antipsicóticos de segunda generación no fueron más efectivos (con la excepción de la olanzapina en el estudio CATIE. Además, estos fármacos no provocaron menos efectos adversos extrapiramidales. En ambos ensayos, la clozapina fue el agente más efectivo para pacientes resistentes al tratamiento.[120]

También se ha publicado recientemente un metanálisis de 150 estudios a doble ciego (la mayoría a corto plazo) con un total 21.533 pacientes con esquizofrenia, para comparar la eficacia entre los diferentes antipsicóticos respecto al haloperidol.[85] Dadas las incertidumbres acerca de la supuesta superioridad de los antipsicóticos de segunda generación sobre los de primera, se realizó un metanálisis de ensayos clínicos con el fin de comparar los efectos de estos dos tipos de fármacos en pacientes con esquizofrenia. Se compararon nueve fármacos antipsicóticos de segunda generación con antipsicóticos de primera en diversas variables: eficacia global (variable principal), síntomas positivos, síntomas negativos, síntomas depresivos, recaídas, calidad de vida, efectos extrapiramidales, aumento de peso y sedación. Se concluyó que los antipsicóticos de segunda generación difieren entre ellos en muchas propiedades, y no son un grupo homogéneo. Este metanálisis proporciona información para individualizar el tratamiento según la eficacia, los efectos indeseados y el coste.

Por otra parte, cuando la investigación se centra en primeros episodios psicóticos se observa cierta ventaja a corto plazo en cuanto a la efectividad de los antipsicóticos de segunda generación frente a los de primera, como se recoge a continuación.

Un ensayo clínico aleatorizado doble ciego comparó la eficacia en fase aguda de la olanzapina frente al haloperidol en pacientes con un primer episodio psicótico.[112] A las 12 semanas de tratamiento, se tomaron medidas psicopatológicas, psicosociales, neurocognitivas y de la morfología y funcionamiento cerebral. Tal y como se había observado en otros estudios, la olanzapina y el haloperidol fueron ambos efectivos en la reducción de la sintomatología psicopatológica aguda de los primeros episodios psicóticos. Sin embargo, la olanzapina presentó varias ventajas en su respuesta terapéutica. Concretamente, los pacientes tratados con olanzapina mostraron una reducción mayor de la gravedad sintomatológica y una menor tasa de parquinsonismo y acatisia inducidos por el tratamiento. Además, la continuidad en el estudio fue mayor con la olanzapina. Cabe señalar que la continuidad en el tratamiento de este tipo de población es importante debido a su elevado riesgo de recaídas. Los autores señalaron la necesidad de resultados a largo plazo para poder determinar si efectivamente los resultados con antipsicóticos atípicos son superiores en un primer episodio psicótico.

Siguiendo esta línea, en el año 2005, Schooler y colaboradores realizaron un estudio sobre la eficacia a largo plazo de la risperidona frente al haloperidol en pacientes con un primer episodio psicótico.[121] Para ello diseñaron un estudio aleatorizado doble ciego formado por una muestra de 555 pacientes a los que se administró dosis flexibles de los fármacos mencionados. Los autores observaron que dosis relativamente bajas de fármacos antipsicóticos condujeron a la mayoría de pacientes con un primer episodio psicótico a mejorías sintomáticas significativas. A largo plazo, la risperidona evitó recaídas en más pacientes y por un período de tiempo superior y, además, provocó menos movimientos anormales que el haloperidol.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Posteriormente, McEvoy y colaboradores llevaron a cabo un estudio para evaluar la efectividad de la olanzapina, la quetiapina y la risperidona en pacientes en una fase temprana de psicosis.[122] Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a una de las condiciones de tratamiento farmacológico siguientes: 1) olanzapina, 2) quetiapina y 3) risperidona. Los autores estudiaron las tasas de interrupción del tratamiento durante un período superior a 52 semanas y concluyeron que la olanzapina, la quetiapina y la risperidona mostraban una eficacia comparable en pacientes con un trastorno psicótico incipiente, tal y como evidenciaron unas tasas de interrupción del tratamiento similares en las diferentes condiciones de estudio.

Schooler realizó una revisión sistemática de la literatura publicada entre los años 1975 y 2006 sobre la eficacia a corto y largo plazo de los fármacos antipsicóticos convencionales y atípicos en pacientes con un primer episodio de esquizofrenia con el objetivo de determinar estrategias para mejorar la adherencia a la medicación de esta población.[123] Se seleccionaron un total de 17 estudios que cumplieron los criterios de inclusión establecidos y, tras la revisión, la autora concluyó que los fármacos antipsicóticos atípicos presentan ventajas en el manejo a largo plazo de un primer episodio de esquizofrenia. Además, se acentuó que los antipsicóticos atípicos de larga duración podrían ser considerados como una estrategia nueva en pacientes con un primer episodio de esquizofrenia.

Más recientemente, Opjordem y colaboradores elaboraron un estudio naturalístico con el objetivo de comparar la tasas de interrupción del tratamiento con antipsicóticos de primera generación frente a los de segunda en pacientes con un primer episodio psicótico.[124] Para ello, consideraron la prescripción de estos fármacos en 301 pacientes con un primer episodio psicótico procedentes de cuatro áreas de captación. Durante el primer año de estudio, la primera opción farmacológica fueron los antipsicóticos de primera generación en dosis bajas. A partir del segundo año, se consideraron como primera opción los antipsicóticos de segunda generación. Se permitió el cambio de tratamiento cuando cualquiera de las medicaciones fue valorada como inefectiva o desencadenó efectos adversos importantes. Este cambio fue más frecuente en el grupo tratado con antipsicóticos de primera generación en dosis bajas que en el grupo tratado con antipsicóticos de segunda generación. La falta de efecto terapéutico y la presencia de efectos adversos fueron las causas más habituales para el cambio de tratamiento en el grupo de pacientes que recibió antipsicóticos de primera generación. Además, este grupo de pacientes señaló con más frecuencia la presencia de acatisia, parkinsonismo, discinesia, distonía y disforia. Por su parte, los pacientes que recibieron antipsicóticos de segunda generación destacaron más frecuentemente el incremento de peso y la sedación. Los resultados apuntaron a una mejor adherencia y tolerancia a los antipsicóticos de segunda generación frente a los antipsicóticos de primera generación en dosis bajas.

Como conclusión, 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.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Sobre esta base, 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).

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.[1]
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.[2]
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.[1]
C	La glucemia plasmática en ayunas y los perfiles lipídicos deberían medirse al inicio, así como a intervalos regulares durante su curso.[1]
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).[1]

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 antimaníaca o antidepresiva cuando estos síndromes estén presentes.[1]
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.[1]
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.[1]

Han transcurrido más de 4 años desde la publicación de esta Guía de práctica clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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.[1]
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.[1]
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.[1]
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.[1]

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.[2]
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.[2]
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.[2]
B	Se recomienda el uso de clozapina en casos de agresividad persistente.[2]
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.[1]
C	Las medicaciones antipsicóticas, de segunda generación o de primera, no deberían ser prescritas simultáneamente, excepto por cortos períodos de tiempo durante una transición.[3]

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

C	No se recomienda la combinación de un antipsicótico con otro, ya que podría incrementar el riesgo de efectos adversos e interacciones farmacocinéticas.[3]
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.[1]
C	Si el tratamiento parenteral se considerada 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.[3]
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.[3]
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.[1]

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.[1]
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.[1]
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.[1]
A	La clozapina debe ser introducida con garantías de seguridad en la primera ocasión en caso de resistencia al tratamiento.[1]
A	Ante la falta de respuesta al tratamiento con una administración adecuada de antipsicóticos de dos tipos diferentes, se recomienda el uso de clozapina.[2]
B	La medicación antipsicótica depot debería ser tenida en cuenta para aquellos pacientes que presentan una pobre adherencia a la medicación.[2]

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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.[3]
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.[3]

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.[4]
B	Un episodio de depresión mayor en la fase estable de la esquizofrenia es una indicación de tratamiento con un fármaco antidepresivo.[2]

6.2. Terapia electroconvulsiva

La terapia electroconvulsiva (TEC) es siempre un tratamiento de segunda elección en la esquizofrenia,[47] 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.[125]

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.[47]

Tres revisiones sistemáticas sobre la efectividad de la TEC sugieren que puede ser considerada una opción terapéutica combinada con fármacos antipsicóticos, particularmente cuando se desea una reducción sintomática rápida y una mejoría global.[126-128] Sin embargo, en opinión de Thayran dicha mejoría podría serlo tan sólo a corto plazo no siendo clara la evidencia para refutar su utilización.[126] Después de más de cinco décadas de utilización clínica se mantienen muchas preguntas sin respuesta sobre su papel en el manejo de personas con esquizofrenia.

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:[1]

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.[1]

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Los pacientes con esquizofrenia persistente, crónica y resistente a los neurolépticos 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).[1]

C	Algunos de los pacientes con esquizofrenia persistente, crónica y resistente a los neurolépticos, podrían beneficiarse de una TEC.[1]

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.[47]

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.

6.3. 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.[129]

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.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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 infrautilizados tratamientos psicosociales de probada eficacia.[130]

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.[5]
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.[6]

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 rehabilitadotas 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.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

- 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.[129]

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.[47]

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.[4]

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.

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

Fenton revisó los ensayos clínicos aleatorizados sobre la psicoterapia desde la década de 1960 hasta mediados de la década de 1990.[131] En esta revisión se destaca el papel importante realizado sobre todo por investigadores de EE.UU. y Gran Bretaña en el estudio de la psicoterapia en la esquizofrenia. Los estudios revisados se enmarcan en el contexto histórico de la investigación y tratamiento de la enfermedad, señalando que el progreso en este sentido no ha estado exento de luchas ideológicas. De las conclusiones de esta revisión, se enumeran las del último periodo entre 1985-1995, que han de situarse en el contexto de los avances de la terapéutica biológica, las intervenciones familiares y de las técnicas de apoyo comunitario:

a. El tratamiento debe estar basado en un vínculo que proporcione una continuidad de cuidados y que integre las diferentes modalidades de tratamiento basadas en el entendimiento fenomenológico de las necesidades del paciente. Dada la heterogeneidad de la enfermedad, el tratamiento tiene que estar basado en las necesidades individuales del paciente.
b. Lo esencial es un vínculo de confianza y se advierte contra las intervenciones intrusivas, abogando por un rol de apoyo y un rol de agente activo en el manejo de la enfermedad.
c. Los focos más apropiados en la psicoterapia serían: ayudar al paciente en el manejo de la enfermedad, atención a los problemas cotidianos, aproximación ecléctica que incluya educación, intervención en crisis, fortalecimiento y apoyo para las angustias existenciales, consejos prácticos e *insight*.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esa Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

d. Se considera como bueno el modelo de vulnerabilidad al estrés para guiar los esfuerzos psicoterapéuticos.

e. Se revisa el concepto psicodinámico de contratransferencia para ayudar a los clínicos a evitar luchas de poder u otras reacciones no deseables para el curso del tratamiento de los pacientes con esquizofrenia.

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.[47] Según la Asociación Española de Neuropsiquiatría, la rehabilitación psicosocial persigue los siguientes objetivos:[132]

- 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.

Las terapias e intervenciones psicosociales de grupo desempeñan un papel importante en los programas asistenciales para la esquizofrenia: ofrecen un contexto realista y específico de referencia, promueven la alianza y la relación terapéutica y proporcionan, además de un mejor autoconocimiento, un mejor conocimiento de los miembros del grupo, mejorando las relaciones interpersonales y la capacidad de hacer frente a los síntomas psicóticos.

Kanas describe tres enfoques teóricos principales en las intervenciones grupales: educativo, psicodinámico (orientado al *insight*) e interpersonal (orientado a la interacción).[133]

- **Educativo**: tiene por objetivo ayudar a los pacientes a manejarse con sus problemas y síntomas más inmediatos, utilizando el consejo y las técnicas educativas. La información sobre la enfermedad, medicación y habilidades sociales aplicadas a las relaciones interpersonales suelen ser los temas más tratados.

Han transcurrido más de cinco años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia ha sido revisada.

- **Psicodinámico**: tiene por objetivo mejorar el autoconocimiento del paciente mediante la técnica del esclarecimiento y la interpretación.
- **Interpersonal**: tiene por objetivo mejorar la capacidad de sus miembros para relacionarse mejor con los demás, mediante el aquí y ahora de la interacción entre los miembros del grupo y/o la discusión de sus problemas interpersonales y posibles soluciones.

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

La evidencia científica a favor de la eficacia de la terapia de grupo en la esquizofrenia no es robusta. Algunos estudios bien controlados con pacientes estables indican que hay una modesta evidencia científica en cuanto a la efectividad de la terapia de grupo en la mejoría de la adaptación social y la capacidad de afrontar. Para los pacientes hospitalizados en la fase aguda, no existe evidencia científica a favor de la psicoterapia de grupo orientada al *insight* y sí que existe cierta evidencia científica de que puede ser perjudicial. Sin embargo, los grupos de autoayuda pueden ser útiles para apoyar a los pacientes a afrontar sus síntomas, practicar con los demás en un ambiente controlado, y desarrollar una alianza terapéutica con el equipo de tratamiento (nivel de evidencia científica IV).[4]

A pesar de su especificidad, se ha optado por no tratar de manera independiente los abordajes grupales, sino por considerar que la modalidad grupal puede estar presente en cada una de las diferentes intervenciones psicosociales.

6.3.1. 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 los 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.[3]

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).[3] Los objetivos principales de la TCC en la psicosis resistente a la medicación consisten en reducir la intensidad de las ideas delirantes y las alucinaciones, así como estimular la colaboración activa del paciente para reducir el riesgo de recaída y los niveles de discapacidad social.[3]

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).[3]

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

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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).[3]

Los objetivos de la RSEC de la TCC para la esquizofrenia, realizada por la colaboración Cochrane,[7] fueron revisar la efectividad de la TCC para personas con esquizofrenia comparando con cuidados estándar, medicación específica, otras intervenciones y sin intervención. Se incluyen 19 ensayos clínicos aleatorizados (nivel de evidencia científica Ia):

a) En la comparación de la TCC más atención estándar versus sólo atención estándar, los resultados del metanálisis son los siguientes:
   - 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)[d] 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[e], CPRS[f], PANSS[g]). 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.

b) En la comparación entre TCC más atención estándar y la terapia de apoyo los resultados del metanálisis no muestran efectos en la proporción de recaídas o en la mejoría del estado mental.

c) En la comparación entre la TCC combinada con otras intervenciones psicosociales y intervenciones educativas se muestra que aquélla contribuye a disminuir el número de personas que dejan el tratamiento.

---

d 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.

e BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale.

f CPRS: Comprehensive Psychiatric Scale.

g PANSS: Positive and Negative Sympton Scale.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Gaudiano realiza una revisión de 12 ensayos clínicos aleatorizados que comparan TCC con cuidados de rutina, psicoeducación y terapia de apoyo.[134] 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).

Zimmerman y colaboradores publican un metanálisis de 14 estudios sobre la evidencia científica del efecto de la TCC en los síntomas positivos en la esquizofrenia.[135] Sus resultados vienen a mostrar que el efecto de la TCC, por más que leve, es significativamente positivo (nivel de evidencia científica Ia). Los autores atribuyen la levedad de la mejoría a la gravedad del trastorno.

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).[8] Se constatan 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 solo 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.[8] 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).[1]

Las mejoras cognitivas garantizan el interés de la investigación en el futuro, a pesar de que la evidencia científica encontrada hasta ahora es ambigua.[1]

En un ECA de primer episodio de esquizofrenia, la TCC versus tratamiento estándar presenta mejoras significativas en estrés postraumático a los 12 meses y en sintomatología positiva a los 6 meses. Estos efectos no se mantienen más allá de los 12 meses.[136]

Una de las dificultades en la recomendación de intervenciones específicas en las fases de psicosis temprana es que muchos de los estudios de investigación que se han desarrollado comparan equipos de intervención temprana (con un «paquete» de intervenciones psicológicas entre otras) con equipos de atención estándar. En estos estudios algunos utilizan la TCC como parte de su oferta terapéutica obteniendo los siguientes resultados a los 18 meses: mejor funcionamiento social, vocacional y calidad de vida, y aumento de la satisfacción del paciente y su adherencia a la medicación (nivel de evidencia científica Ib).[137]

Sin embargo, cuando la comparación es entre equipos de atención temprana más TCC versus equipos de atención temprana las diferencias no son significativas, ni para las

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

tendencias suicidas ni para el abandono del tratamiento (nivel de evidencia científica Ib)[138] y tampoco se añaden beneficios a los del equipo de atención temprana, ni hay diferencias en ingresos (nivel de evidencia científica IIa).[139]

En el metanálisis de Pfammatter se demuestra un efecto beneficioso de la TCC sobre los síntomas positivos en la esquizofrenia, si bien existen dudas sobre la estabilidad de estos efectos en el tiempo y sobre cuál es el elemento responsable de esta mejoría (nivel de evidencia científica Ia).[140] Además de su eficacia en los síntomas positivos, la TCC debería ser considerada en el tratamiento del estrés, ansiedad y depresión en pacientes con esquizofrenia, por lo que pueden ser necesarias algunas adaptaciones a las técnicas utilizadas en otras personas.[2]

Crawford-Walker y colaboradores hacen una revisión de las técnicas de distracción utilizadas en el tratamiento de la esquizofrenia. Se trata de técnicas específicas para el afrontamiento de alucinaciones auditivas que pueden dividirse en tres categorías:[141]

- Cognitivas, por ejemplo tareas como leer un libro, contar objetos, técnicas de detención del pensamiento, responder a las voces.
- Conductuales, como actividades sociales, en las que se trata de realizar esfuerzos activos para distraerse de las voces, como por ejemplo leer o dar un paseo.
- Fisiológicas como la relajación, ejercicio, escuchar música.

En esta revisión se recogen todos los estudios controlados aleatorizados en pacientes con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos en los que se utilizan estas técnicas. No se demuestra que aporten beneficios sobre el tratamiento estándar (nivel de evidencia científica Ia).[141]

Las conclusiones sobre la eficacia de la TCC para la psicosis incipiente son limitadas debido a los diferentes tipos de resultados evaluados y al reducido número de sujetos en la mayoría de los estudios. A pesar de ello, los resultados globales para la TCC son prometedores, como lo son algunos beneficios significativos que aparecen a largo plazo. Además, la investigación en TCC para psicosis incipiente está claramente justificada dados los resultados de la eficacia de la TCC en la esquizofrenia resistente. No obstante, su uso clínico debería estar limitado a personas en recuperaciones prolongadas o comorbilidad secundaria como depresión, hasta que no haya más literatura de la TCC que provea una GPC para esta área.[41]

En una RSEC sobre tratamiento psicosocial en primeros episodios de psicosis se describen estudios que sugieren que la TCC y el apoyo psicológico reducen más los síntomas que la intervención estándar y pueden tener beneficios a largo plazo (18 meses) en los mismos (nivel de evidencia científica Ib). Asimismo, sugieren que con la TCC se obtienen mejores resultados que con la intervención estándar en reducción del riesgo de suicidio, hospitalización, y síntomas, y mejora de la adaptación a la enfermedad y calidad de vida (nivel de evidencia científica Ib).[142]

Lawrence y colaboradores revisaron los estudios controlados sobre TCC grupal. En total, seleccionaron cinco estudios controlados aleatorizados que incluían a 214 pacientes con esquizofrenia, y comparaban la TCC grupal con otro tipo de intervenciones. La intervención se mostró eficaz en la reducción de ansiedad social y depresión en comparación con el tratamiento estándar. Los resultados sobre alucinaciones auditivas fueron inconsistentes. En cuanto a las recaídas, reingresos y sintomatología general, se encontró que mejoraban igual que el grupo control que recibió psicoeducación. La conclusión es que la

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

TCC grupal es más eficaz que el tratamiento estándar pero no aporta beneficios en comparación con intervenciones grupales de tipo psicoeducativo. Con los datos existentes y con base en la evidencia científica, no es posible realizar recomendaciones prácticas sobre este tipo de intervención.[143]

Más allá de los resultados aportados por técnicas específicas, investigaciones recientes como la de Grawe muestran cómo diversas intervenciones TCC tanto a nivel familiar para mejorar la comunicación, resolución de problemas y afrontamiento de las crisis en el domicilio, como a nivel individual para el manejo de los síntomas residuales y la discapacidad, integradas en un abordaje que además incluya tratamiento farmacológico y gestión de casos, proporcionan mejores resultados.[144] Estos resultados son medidos en disminución de síntomas negativos, no persistencia de síntomas positivos y menor número de días de ingreso. Los pacientes que presentan una psicosis de inicio reciente obtienen mejores resultados (nivel de evidencia científica Ib).

A	Se recomienda la TCC para el tratamiento de síntomas psicóticos persistentes a pesar de recibir un tratamiento farmacológico adecuado.[3]
A	La TCC debería estar indicada para el tratamiento de los síntomas positivos de la esquizofrenia, especialmente las alucinaciones.[7]
A	Se recomienda la TCC como opción de tratamiento para ayudar en el desarrollo del *insight* y para incrementar la adherencia al tratamiento.[7]
A	Se recomienda la TCC para evitar la progresión a psicosis en intervención precoz.[8]
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.[8]
A	Se recomienda la TCC en fase aguda junto con los cuidados estándar para acelerar la recuperación y el alta hospitalaria.[1]
B	La TCC debería considerarse para el tratamiento del estrés, ansiedad y depresión en pacientes con esquizofrenia; para lo que debieran ser necesarias algunas adaptaciones a las técnicas utilizadas en otras poblaciones.[2]

6.3.2. 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.[145]

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 adecua-

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica: su vigencia no ha sido revisada.

da 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.[146] 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.[9]

En relación con los hallazgos de evidencia científica que demuestren los efectos beneficiosos de la psicoterapia de apoyo, sucede que, tanto por la variedad de estrategias terapéuticas que abarca el concepto como por la frecuencia con la que se realizan este tipo de intervenciones en los servicios de salud mental, a menudo se recurre a la terapia de apoyo como terapia de control en investigaciones concebidas para examinar los resultados de otros tratamientos psicológicos y sociales. De esta forma, es mucho mas probable encontrar estudios en los que la terapia de apoyo sirve de tratamiento de comparación para otras terapias que localizar trabajos de investigación correctamente diseñados en los que se evalúen los beneficios de la psicoterapia de apoyo como tratamiento principal. En este sentido, hay que mencionar la revisión realizada a partir de 21 ensayos clínicos aleatorizados, la mayoría de los cuales fueron proyectados para analizar terapias psicológicas específicas como la psicoterapia cognitivo-conductual.[147] La terapia de apoyo es la terapia de comparación con respecto a la cual se indican las ventajas de las otras terapias o la que sirve de referencia para analizar las diferencias con la atención estándar, no es el tratamiento principal objeto de interés de los investigadores. Los resultados de la revisión muestran que los pacientes que realizan cualquier otra terapia psicológica o social tienen mejor funcionamiento general que los que hacen terapia de apoyo, y en ningún caso se obtienen con esta terapia resultados mejores que con los tratamientos a los que sirve de comparación. A pesar de ello, los autores recomiendan no establecer conclusiones firmes a partir de esta revisión ya que, según afirman, los datos en los que se basa son escasos (nivel de evidencia científica Ia).[147]

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).[9]

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.[9]
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.[9]

6.3.3. 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

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

el terapeuta conforma el componente principal de la terapia.[148] 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.[3]

La RSEC de Malmberg y Fenton para la esquizofrenia incluyó tres estudios controlados aleatorizados. El objetivo fue revisar los efectos de la terapia psicodinámica y/o psicoanálisis para personas con esquizofrenia o enfermedad mental grave. En su mayoría los pacientes estaban hospitalizados y, con el tiempo, pasaron a tratamiento ambulatorio. No queda claro en los estudios revisados el grado de fidelidad de los terapeutas al modelo psicoanalítico. Por otro lado, no fueron identificados ensayos clínicos aleatorizados de abordajes psicoanalíticos. Los datos fueron escasos para todas las comparaciones concernientes a abordajes psicodinámicos y no hubo evidencia científica de ningún efecto positivo de la terapia psicodinámica. Asimismo, constataron insuficiente evidencia científica para sugerir que, al final del tratamiento, la psicoterapia psicodinámica influya en un mejor nivel de salud en comparación con la atención estándar, aunque parece contribuir a la no administración de medicamentos adicionales después del alta. También hay insuficiente evidencia científica para determinar si, al final del tratamiento, la terapia psicodinámica reduce el riesgo de autolesiones o suicidio en comparación con el tratamiento farmacológico aislado (nivel de evidencia científica Ib). Sin embargo, se sugiere que los pacientes tratados con terapia psicodinámica, comparados con los que reciben terapia cognitiva de adaptación a la realidad tienen mayor probabilidad de permanecer en contacto con los terapeutas (nivel de evidencia científica Ib).[148]

Por otro lado, Gottdiener y Haslam revisaron 37 estudios publicados sobre intervenciones psicoterapéuticas individuales en pacientes con esquizofrenia: psicoterapia psicodinámica, cognitivo-conductual y terapia de apoyo no psicodinámica. Aunque este metanálisis reconoce importantes déficits metodológicos debido a las características de los estudios incluidos (muestras pequeñas, no hay estudios aleatorizados, etc.), aporta resultados interesantes que corroboran impresiones de muchos clínicos. Todas las formas de psicoterapia incluidas en el estudio estaban asociadas a mejoras en el funcionamiento de los pacientes, pero los mejores resultados se dan en la psicoterapia psicodinámica y en la cognitivo-conductual (nivel de evidencia científica Ia). Por otro lado, la proporción de pacientes que mejoraron exclusivamente con psicoterapia fue similar a los que hicieron con una combinación de psicoterapia y psicofármacos.[149]

Con posterioridad, no se han encontrado nuevas revisiones sistemáticas sobre este tema. Aun así, autores de reconocido prestigio como Gobbard, Gunderson y Fonagy insisten en la necesidad de realizar un mayor número de estudios aleatorizados a fin de poder confirmar la impresión, avalada por experiencias internacionales (Finlandia, Noruega, Suecia, Australia y EE.UU.) de que la psicoterapia psicodinámica puede ser útil en el tratamiento de pacientes con trastornos mentales graves,[150] así como ayudar a los profesionales de los servicios a comprender las experiencias de los pacientes de los servicios y sus relaciones interpersonales (nivel de evidencia científica IV).[3]

A lo largo de los años se han ido desarrollando diversas escalas como la Working Alliance Interventory (WAI) y la Active Engagement Scale (AES), con objeto de intentar

Han trascurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica clínica y su vigencia no ha sido revisada.

predecir la continuidad del paciente en el tratamiento psicoterapéutico. En el marco del proyecto Danish se ha desarrollado la escala APPP (Assessment of Psychotic Patients for Dynamic Psychoterapy) que, respecto a las anteriores, presenta la ventaja de poder utilizarse en las entrevistas iniciales, antes de acordar o no el inicio del tratamiento.[151]

En un estudio con primeros episodios de psicosis los pacientes fueron distribuidos en tres grupos según las modalidades de tratamiento asignadas. Grupo 1: recibió psicoterapia psicodinámica de apoyo; Grupo 2: recibió tratamiento integrado (TAC más grupo multifamiliar); Grupo 3: recibió tratamiento estándar. Los grupos 1 y 2 consiguieron mejores resultados en la escala Global Assessment of Functioning (GAF) al año de tratamiento. La duración del ingreso fue menor para los grupos 2 y 3. Las diferencias entre los tres grupos no fueron estadísticamente significativas en ningún caso (nivel de evidencia científica IIa).[152]

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.[3]

6.3.4. 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.

Aunque el concepto de psicoeducación fue utilizado por primera vez en la literatura médica en un articulo de John E. Donley, «*Psychotherapy and re-education»,* en 1911, la divulgación y el desarrollo del término en su forma actual, en el contexto del tratamiento de la esquizofrenia, se atribuyen a Anderson. Su propósito era proporcionar educación a los familiares con respecto a los síntomas y el proceso de la esquizofrenia y mejorar el manejo que los miembros de la familia daban al trastorno. Su abordaje incluía técnicas para controlar el estrés.

La psicoeducación ha demostrado su eficacia en la mejora del cumplimiento terapéutico. A pesar del desarrollo de fármacos efectivos en el tratamiento de los síntomas de la esquizofrenia, la no adherencia al tratamiento se da en más del 50% de los casos. La psicoeducación puede mejorar el conocimiento del trastorno pero hay hallazgos ambiguos en relación con que aumente la adherencia al tratamiento si no se acompaña también del desarrollo de estrategias motivacionales y conductuales para seguir la prescripción correctamente (nivel de evidencia científica Ib).[2]

Pekkala y Merinder realizaron una RSEC para evaluar la eficacia de las intervenciones psicoeducativas como un medio para ayudar a las personas con enfermedad mental grave cuando se incorporaban a la atención «estándar», en comparación con la eficacia de la atención «estándar». 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

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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):[10]

- 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.

Pitschel y colaboradores realizaron un estudio controlado y aleatorizado con 194 pacientes distribuidos según dos modalidades de tratamiento. En un grupo, los pacientes y sus familiares recibían psicoeducación durante un período superior a cuatro o cinco meses (programa psicoeducativo por separado que consistía en ocho sesiones). El otro grupo de pacientes recibía el cuidado «estándar». Los resultados se evaluaron a los 12 y a los 24 meses después de finalizar la intervención, y sugieren que una intervención relativamente breve de ocho sesiones de psicoeducación con implicación familiar sistemática en grupos simultáneos puede mejorar considerablemente el tratamiento de la esquizofrenia. La psicoeducación debería ser ofrecida a todos los pacientes y familiares como parte de los tratamientos habituales (nivel de evidencia científica Ib).[123]

El diagnóstico de esquizofrenia a menudo es difícil de aceptar por el paciente y sus familiares, especialmente en el inicio de la enfermedad, cuando el diagnóstico puede ser incierto. Aportar información sobre las causas y efectos de la dolencia así como sobre sus posibilidades de recuperación, facilita el rol activo del paciente y su entorno favoreciendo la alianza terapéutica y la implicación en el proceso terapéutico.

Aunque la información es un derecho del paciente y sus familiares, hay que proporcionarla de acuerdo con las necesidades de los mismos, y del momento evolutivo del trastorno[h].

En los últimos años se han desarrollado cada vez más programas de grupo sistemáticos, con el fin de hacer que el conocimiento sea más asequible para los pacientes y sus familiares.

A	Se recomienda implantar en los planes de tratamiento intervenciones psicoeducativas para pacientes y familiares de forma habitual.[10]
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.[3]

h ***Ley*** 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Madrid: Boletín Oficial del Estado (BOE); núm. 102, de 29/04/1986. p. 15207-15224; ***Ley*** 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concerniente a la salud y la autonomía del paciente, y a la documentación clínica. Barcelona: Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC); núm. 3303, de 11/01/2001. p. 464; ***Ley*** 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Madrid: Boletín Oficial del Estado (BOE); núm. 274, de 15-11-2002. p. 40126-40132.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta guía de práctica clínica y su vigencia no ha sido revisada.

6.3.5. 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.

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

Como alternativa, en los años posteriores surgió la idea de intervenciones basadas en la «orientación familiar», sobre todo a partir de los estudios de Brown,[154] que analizaban los factores que intervenían en las recaídas. Estas nuevas aproximaciones tienen en común la desconexión con cualquier planteamiento etiológico, están integradas en el tratamiento global y se basan en investigaciones que resaltan el papel de las características del ambiente inmediato sobre el curso de la enfermedad, principalmente los acontecimientos vitales (estrés agudo) y la alta expresión de emociones (estrés crónico).

El termino emoción expresada (EE) hace referencia a una serie de actitudes de la familia hacia el paciente (hostilidad, críticas y sobreprotección) que se relacionan con la tasa de recaídas. A partir de su descripción se desarrollaron una serie de programas de IF con una base psicoeducativa, dirigidos a reducir la EE, mejorar el cumplimiento terapéutico y apoyar emocionalmente a la familia. En la actualidad se puede afirmar que la EE es válido y modificable, y que es un potente predictor de recaídas y mala evolución en la esquizofrenia y también en otras patologías.[13] Al parecer, tendría mayor influencia predictiva cuanto mayor fuera el tiempo de evolución de la enfermedad, actuando independientemente de otros factores pronósticos.[13]

Los objetivos de la IF son:

- Construir una alianza con los familiares
- Proporcionar información sobre el trastorno
- Orientar sobre los problemas de conducta y conflictos relacionales
- Asesorar en la gestión del estrés familiar
- Reducir la atmósfera familiar adversa
- Mejorar la comunicación familiar
- Potenciar la capacidad de los familiares para la anticipación y resolución de los problemas

Han trascurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

- Reducir las expresiones de angustia y culpa dentro de la familia
- Mantener unas expectativas razonables para el funcionamiento del paciente
- Ayudar a los familiares a mantener unos límites apropiados, así como una distancia adecuada cuando sea necesario
- Conseguir cambios deseados en el comportamiento de los familiares y en su sistema de creencias

La mayoría de los estudios publicados sobre la utilidad de los programas de IF en la esquizofrenia[11-14,16,140,155] 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).[155]

De los trabajos más recientes, destaca una RSEC donde se revisaron 43 estudios (4.124 pacientes) que incluían todos los ensayos controlados y aleatorizados o cuasialeatorizados. Los estudios comparaban IF (cualquier intervención psicosocial con familiares de pacientes con esquizofrenia que requirió más de cinco sesiones), con atención estándar. Los resultados fueron que la IF reducía el número de recaídas y de ingresos hospitalarios, y mejoraba el cumplimiento del tratamiento. No se comprobó que influyera sobre los abandonos del tratamiento ni sobre las tasas de suicidio. No quedaba claro tampoco el efecto sobre el deterioro social (nivel de evidencia científica Ib).[155]

Asimismo, en un metanálisis se incluyeron 31 estudios controlados y aleatorizados. Los resultados obtenidos fueron que intervenciones familiares de tipo psicoeducativo reducían de forma considerable la EE, mejoraban el ajuste social, disminuían los internamientos, y se producía una reducción de la psicopatología en el seguimiento (nivel de evidencia científica Ib).[140]

Respecto al tipo de IF, no se ha demostrado la mayor eficacia de un modelo concreto, aunque la mayoría de programas utilizan intervenciones de tipo psicoeducativo. Los programas psicoeducativos que se han propuesto incluyen diferentes estrategias terapéuticas, principalmente técnicas de afrontamiento del estrés, entrenamiento en resolución de problemas e información sobre la enfermedad. Algunas investigaciones sugieren que más que la mera transmisión de la información los programas son útiles en cuanto a que condicionan un cambio en la relación de la familia con el paciente y suponen una alianza de los familiares con los terapeutas.

Lo que sí parece claro es que, más que el tipo de intervención, lo que importa es la duración de la misma. 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).[3,11,12] 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),[3] mientras que si éste no participa, la evidencia científica es insuficiente para determinar si disminuyen las recaídas (nivel de evidencia científica Ib).[3]

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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),[3] aunque ciertos trabajos afirma que los grupos multifamiliares podrían resultar más eficaces que los unifamiliares (nivel de evidencia científica Ib).[1] Otros estudios sostienen que durante el primer episodio son más eficaces los grupos multifamiliares.[156] No obstante, existe evidencia científica que las intervenciones grupales conllevan abandonos más precoces que las unifamiliares (nivel de evidencia científica Ia).[3]

En estudios de primeros episodios de psicosis no afectivas en tratamientos realizados por equipos de atención temprana (que integran tratamiento asertivo comunitario, grupos multifamiliares y entrenamiento en habilidades sociales) en relación al tratamiento estándar, los resultados para el equipo de atención temprana son mejores para la disminución de la carga familiar y la mejoría de la satisfacción con el tratamiento.[157] La selección de las familias en función de la EE 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).[3]

Por otra parte, los grupos de apoyo son efectivos para la familia (nivel de evidencia científica III).[1] En un estudio se comparan de forma aleatorizada un grupo de familiares de pacientes con esquizofrenia que se vincularon a un programa de autoayuda familiar con un grupo de familiares que estaban en lista de espera. Los pacientes vinculados al grupo presentaron una reducción de los síntomas depresivos, mejor funcionamiento emocional y una visión menos negativa de sus familiares afectados de esquizofrenia (nivel de evidencia científica Ib).[158]

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.[11,12]
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.[11,12]
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.[3]
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).[11-16]
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.[11,12]
A	Los pacientes deberían ser incluidos, siempre que sea posible, en las sesiones de IF ya que reduce significativamente las recaídas.[3]
A	Se recomienda la IF prolongada en el tiempo (más de seis meses) para reducir las recaídas.[3]

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

A	Los pacientes y sus familiares suelen preferir intervenciones de familia individuales en vez de las intervenciones de grupo multifamiliares.[3]
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.[17,18]
B	Se recomiendan las derivaciones a redes sociales de pacientes y cuidadores.[1]
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.[2]
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.[3]

6.3.6. 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.[2]

Las disfunciones cognitivas están presentes desde el inicio de la enfermedad.[159] 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).[160]

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.[159]

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:[2]

- 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 diaria[20] con el fin de disminuir el impacto del déficit cognitivo.

Han trascurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

La eficacia de la rehabilitación cognitiva en pacientes con esquizofrenia ha sido estudiada mediante diversos metanálisis. Uno de ellos identificó tres ensayos clínicos aleatorizados, de los cuales dos la comparaban con placebo y el otro con terapia ocupacional.[161] En conjunto, incluyeron 117 pacientes pero no se pudo demostrar ningún efecto en cuanto a estado mental, adaptación social o función cognitiva (nivel de evidencia científica Ia). En el ensayo clínico que comparó la rehabilitación cognitiva con la terapia ocupacional se demostró una mejoría estadísticamente significativa de la primera en cuanto a autoestima (nivel de evidencia científica Ib).

Otros estudios plantean también una mejoría en el estado de ánimo de pacientes tratados con rehabilitación cognitiva[19] y una mejoría del funcionamiento en su vida cotidiana, al menos mientras se realiza el entrenamiento (nivel de evidencia científica Ia).[162]

También se revisaron 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).[19]

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.[19] Los síntomas negativos están relacionados con las áreas de funcionamiento diario; no obstante, no hay evidencia científica de la relación de los síntomas positivos con el nivel funcional (nivel de evidencia científica III).[163] Por otra parte, la relación entre síntomas y funcionamiento ejecutivo, revisada en algunos estudios, plantea que tanto los síntomas positivos como los negativos correlacionan con el nivel de funcionamiento ejecutivo.[164] Sin embargo, otras variables, como por ejemplo la duración de la enfermedad o el número de hospitalizaciones, no parecen incidir en dicho nivel.

Se han realizado algunos estudios en los que se hace referencia a la rehabilitación de funciones cognitivas específicas (funciones ejecutivas, atención y memoria):

- En lo referente a las funciones ejecutivas, valoradas con el test Wisconsin Card Sorting Test (WCST), se demuestra que puede mejorar variables como la perseveración en errores, el número de categorías conseguidas y el nivel conceptual de las respuestas (nivel de evidencia científica Ib).[165] También se ha podido constatar que los síntomas de desorganización tienen una correlación significativa con perseveraciones en el WCST; por otra parte hay correlación significativa de la sintomatología negativa con una peor realización del WCST.[166]
- Se han obtenido los mismos resultados en cuanto a la atención sostenida: a más sintomatología negativa, peor realización del Continuous Performance Test (CPT).[166]

Han transcurrido más de cinco años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

También hay evidencias sobre la mejoría en la realización de los ejercicios de atención básica respecto a la atención sostenida. El entrenamiento de la atención puede mejorar el funcionamiento en esta área en algunas medidas a corto plazo, aunque no se han mostrado resultados consistentes a medio y largo plazo (nivel evidencia científica Ib).[167]

- Respecto a la memoria, diferentes estudios[165] demuestran que las estrategias de codificación semántica y afectiva aumentan la memorización del aprendizaje verbal en esquizofrenia (nivel de evidencia científica II).

La Terapia Psicológica Integrada (TPI) de Roder ha demostrado eficacia en la rehabilitación cognitiva.[168] Ante los antecedentes de los tratamientos basados en la evidencia científica para la esquizofrenia, los autores defienden la importancia hoy en día de la implementación de intervenciones cognitivas y conductuales específicas en el cuidado estándar de estos pacientes. Todo ello se refleja en su estudio, que tiene como objetivo evaluar la eficacia de la TPI bajo condiciones cambiantes de tratamiento e investigación en contextos académicos y no académicos. En primer lugar, se realizó un metanálisis de 30 estudios identificados sobre TPI que incluyó un total de 1.393 pacientes. Después, se seleccionaron y analizaron los estudios de más alta calidad para comprobar los resultados del metanálisis anterior. Se observó que el TPI fue superior a condiciones de tratamiento placebo o de tipo estándar en relación con la sintomatología, el funcionamiento psicosocial y la neurocognición. Además, la superioridad del TPI continuó aumentando a lo largo de un período de seguimiento de 8,1 meses y en las diferentes dimensiones de resultados, formatos de evaluación, contextos y fases de tratamiento. El análisis mostró que el TPI es un enfoque efectivo en la rehabilitación de la esquizofrenia y en un amplio rango de pacientes y condiciones de tratamiento.

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).[161] 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).[20]

Sobre estrategias ambientales, existe un único ECA que estudia la eficacia de esta intervención en la mejoría de la adaptación funcional y en la prevención de recaídas.[20] 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).

La mayoría de los estudios se han desarrollado en pacientes con esquizofrenia crónica. Sin embargo, recientes investigaciones apuntan la importancia de discriminar las diferentes áreas deterioradas en pacientes de primer episodio, ya que las funciones motoras y ejecutivas parecen menos deficitarias que la memoria y la atención en este perfil de pacien-

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

tes.[169] Hay indicios de que puede conseguirse una notable recuperación en resolución de problemas y funciones ejecutivas en un período de un año de tratamiento.[170] Por tanto, se plantea la posibilidad de que la rehabilitación cognitiva sea eficaz en esta fase de la enfermedad, aunque el objetivo de la rehabilitación deberían ser no sólo los déficits específicos sino también los déficits funcionales relacionados (nivel de evidencia científica IV).[169]

Todos los estudios relevantes sugieren la importancia de incrementar la investigación metodológicamente correcta en esta área, ya que la evidencia científica es insuficiente para determinar si, al final del tratamiento, la rehabilitación cognitiva mejora la condición mental (nivel de evidencia científica Ib).[3] Es necesario clarificar aspectos como la asociación existente entre síntomas psiquiátricos y medidas de ejecución cognitiva y de nivel funcional, la generalización de los resultados en rehabilitación cognitiva a situaciones diferentes de las condiciones de entrenamiento y la evolución de los déficits en relación a las fases de la enfermedad.

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.[19]
A	Se recomienda aplicar la terapia de rehabilitación cognitiva en el entorno cotidiano del paciente con esquizofrenia.[20]

6.3.7. 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 han descrito diferentes efectos asociados al entrenamiento en habilidades sociales: mejora las habilidades para una vida independiente; asociada con una psicoterapia grupal de mayor duración reduce los síntomas; mejora las habilidades para el manejo de la medicación y los síntomas.[106]

De acuerdo con el esquema descrito por Bellack y Mueser,[171] y referenciado por Bustillo y colaboradores,[15] existen tres modalidades diferentes de entrenamiento en habilidades sociales:

- **Modelo básico** *(motor skills model)*, en el que las conductas sociales complejas son fraccionadas en pasos mucho más sencillos susceptibles de ser recogidos a través del aprendizaje mediante la escenificación *(role playing)*.
- **Modelo de resolución de problemas sociales**, que se centra en las áreas que deben cambiar, incluyendo el manejo de la medicación, los síntomas, el tiempo libre, los

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

niveles básicos de conversación y el cuidado personal. Cada área es abordada pedagógicamente como parte de un módulo con la finalidad de corregir los déficits de las capacidades receptiva, de procesamiento y emisora.

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

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.[2] 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).[21]

Según una RSEC se ha demostrado, a través de seis estudios prospectivos controlados, con tamaños muestrales de 28 a 103 pacientes y duración de seis meses a dos años, la eficacia del modelo básico –en términos de mejoría de determinadas habilidades sociales- en personas con esquizofrenia (nivel de evidencia científica IIa).[172] No obstante, no se ha demostrado la eficacia en cuanto a disminución de recaídas en ninguno de los seis estudios. Tampoco está clara la eficacia en términos de mejoría de síntomas o de adaptación social. De los seis estudios incluidos en la mencionada revisión, sólo en dos hubo una mejoría de los síntomas respecto al grupo control, pero cabe decir que en los estudios en los que no hubo mejoría, la terapia del grupo control era otro tratamiento psicosocial. En cuanto a la adaptación social, este resultado fue medido en cuatro estudios, en dos hubo una mejoría en el grupo de entrenamiento de habilidades sociales respecto al grupo control, y en los otros dos no.

El **modelo de resolución de problemas sociales** también ha demostrado un efecto favorable sobre la mejoría de las habilidades sociales según una RSEC.[15] 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 económica[173] y, en el otro, en dos escalas de adaptación social de un total de seis.[21] 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).[21]

A	Se recomienda aplicar el entrenamiento en habilidades sociales (según el modelo de resolución de problemas) a pacientes graves o moderadamente discapacitados.[21]
B	El entrenamiento en habilidades sociales debe estar disponible para pacientes con dificultades y/o estrés y ansiedad relacionadas con la interacción social.[2]

En cuanto al **modelo de resolución cognitiva**, todavía no ha podido demostrarse un efecto estadísticamente significativo en relación con la mejoría de las habilidades sociales.[15] Sin embargo, parece que en pacientes gravemente discapacitados el enfoque de resolución cognitiva podría potenciar la respuesta al entrenamiento en habilidades sociales mediante el modelo de resolución de problemas (nivel de evidencia científica IIb).[174]

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta guía de práctica clínica y su vigencia ha sido revisada.

6.3.8. 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. Existen algunos modelos integrales que se utilizan en terapia ocupacional para evaluar, organizar y llevar a cabo la intervención como, por ejemplo, el modelo de ocupación humana de Gary Kielhofner, el modelo de adaptación a través de las ocupaciones de Reed and Sanderson y el modelo de las habilidades adaptativas de Anne Mosey.

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)

Un alto porcentaje de personas diagnosticadas de esquizofrenia suelen presentar déficits en su funcionalidad, de modo que la capacidad para cumplir con las exigencias de sus roles suele quedar alterada. Para atajar estos déficits se aplican técnicas de entrenamiento en habilidades de la vida diaria, orientadas a la adquisición o mejora de habilidades relacionadas con los aspectos prácticos de las AVD, con el objetivo de fomentar la vida autónoma y la mejora funcional.

Existen estudios que afirman que el entrenamiento en habilidades de la vida diaria conduce a mejores resultados que la atención estándar en relación al funcionamiento social y la calidad de vida**.** Pero, dado que los resultados de metanálisis recientes no demuestran un nivel de evidencia científica que indique que los programas de habilidades de la vida diaria sean útiles o perjudiciales para personas con esquizofrenia (nivel de evidencia científica Ia),[175] deben llevarse a cabo estudios amplios, bien diseñados, dirigidos e informados que demuestren la eficacia de este tipo de tratamientos.

Un documento de consenso especifica que los servicios de rehabilitación psicosocial deberían incluir entrenamiento en habilidades sociales y en AVD básicas e instrumentales, para mejorar las áreas del comportamiento relacionadas con el autocuidado, la competencia personal, la planificación económica, los hábitos de alimentación y de cuidado general de la salud, con el objetivo de aumentar la independencia y la autonomía en aspectos considerados básicos y cotidianos.[2]

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.[2]

6.3.9. Técnicas expresivas

Son un conjunto de técnicas terapéuticas desarrolladas por personal específicamente cualificado, basadas en la utilización de mecanismos de simbolización, comunicación y expre-

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica clínica y su vigencia no ha sido revisada.

sión 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.

La aplicación de las técnicas expresivas en pacientes con trastorno mental grave es mencionada en un documento de consenso[27] y cuenta con una larga tradición de implantación en servicios de hospitalización y de rehabilitación.

La eficacia de las técnicas expresivas en pacientes con esquizofrenia ha sido estudiada mediante varios metanálisis. Los resultados del estudio sobre arteterapia no son concluyentes para determinar si su uso en personas con trastorno mental grave les puede reportar beneficios (nivel de evidencia científica Ia).[176] El estudio sobre musicoterapia concluye que, como complemento a la atención estándar, puede ayudar a que los pacientes con esquizofrenia mejoren su estado mental, general y funcional, pero que ello depende, en gran medida, del número de sesiones de la misma (nivel de evidencia científica Ia).[177] Ambos estudios ponen de manifiesto la necesidad de mayor investigación evaluativa sobre el efecto de estas terapias.

Investigaciones mas recientes permiten recomendar la aplicacion de tecnicas expresivas (con independencia de la modalidad utilizada: arteterapia, musicoterapia,etc.) realizada por profesionales con formación especializada acreditada en pacientes con sintomatologia negativa.[178]

6.3.10. 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.[27] 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 rehospitalización, y mejora el *insight*.[1] 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.

Por contra, al obtener un trabajo es posible que se produzca la pérdida de ayudas económicas públicas y/o compensaciones por invalidez, lo que en algunos casos genera inseguridad y dudas en los afectados y sus familias acerca de la conveniencia de continuar el proceso de inserción laboral. En cualquier caso, hay que asegurar que el paciente dispone de una vía regular de ingresos económicos, que es una condición básica para cualquier planteamiento de vida autónoma en la comunidad, aun cuando muchas de las necesidades cotidianas estén cubiertas con apoyos institucionales diversos. La vía más integradora y normalizadora para ello es un trabajo remunerado, pero cuando no es posible hay que

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

asesorar al afectado para acceder a las prestaciones de tipo económico a las que tiene derecho.[179] También es conveniente ofrecer actividades que permitan una ocupación significativa en los casos en que la inserción laboral no sea posible.[178]

La mayoría de estudios sobre rehabilitación laboral no son específicos de esquizofrenia sino que se refieren a enfermedades mentales graves en general. Otra puntualización es que los estudios de mayor nivel de evidencia científica se han elaborado en contextos sociales y económicos anglosajones, razón por la que la aplicación a otros contextos no puede ser automática y requiere estudios específicos.

Los elementos comunes de los programas de rehabilitación laboral son, entre otros,[15] el hecho de obtener un empleo normalizado y estable, el aprendizaje de las habilidades necesarias para un proceso de selección de trabajo, un apoyo ilimitado en el tiempo y la consideración de las preferencias del paciente en la elección y consecución del puesto de trabajo.

El apoyo a la inserción laboral tiene dos modalidades básicas en función de las capacidades de partida del paciente:

- **Entrenamiento prelaboral:** constituye el enfoque más tradicional y consiste en la rehabilitación de capacidades y competencias generales básicas previas a la inserción, así como el desarrollo de la motivación y la orientación en la búsqueda de trabajo. Este enfoque puede incluir desde los servicios de rehabilitación prelaboral hasta el empleo de carácter protegido.
- **Trabajo con apoyo:** enfoque más reciente que consiste en la incorporación del afectado al empleo normalizado de forma inmediata y el apoyo en el mantenimiento del puesto de trabajo. Este apoyo puede iniciarse con la propia búsqueda de empleo y puede ser genérico (por ejemplo, sobre higiene personal, transporte o relaciones sociales) o más específico en relación al empleo en concreto (tareas propias que se desarrollan en ese puesto de trabajo).[15,25]

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.[47,180] Diversas RSEC han demostrada 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.[24,25]

En una RSEC se identificaron 18 ensayos controlados y aleatorizados de calidad razonable. El principal hallazgo se refiere al resultado primario (número de sujetos bajo un empleo competitivo). El empleo con apoyo fue significativamente más eficaz que el entrenamiento prelaboral en personas con trastornos mentales graves. Por ejemplo, a los 18 meses, un 34% de las personas con empleo con apoyo tenían un puesto de trabajo, mientras que con entrenamiento prelaboral sólo lo tenía un 12%. Los pacientes en el programa de empleo con apoyo también consiguieron mejor remuneración y trabajaron más horas por mes que los de entrenamiento prelaboral (nivel de evidencia científica Ia).[181]

Una RSEC reciente de la evidencia científica sobre programas de rehabilitación laboral en pacientes con trastornos mentales graves identificó 11 estudios que mostraban mejores resultados en los programas de trabajo con apoyo respecto al resto de intervenciones de rehabilitación laboral (nivel de evidencia científica Ia).[23] Un 61% de los participantes

Han transcurrido menos 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

consiguieron un trabajo durante el estudio respecto a un 32% de los pacientes con terapias de control (otros tipos de programas de rehabilitación laboral o psicosocial en general). En esta revisión los autores recomendaban realizar investigaciones futuras que se centren en estudiar variables predictoras de éxito de inserción laboral (predictores modificables versus no modificables), así como realizar estudios con población psicótica de mayor edad y características determinadas (por ejemplo, género femenino).

En otra RSEC de ocho estudios longitudinales con personas con trastorno mental grave, que participaron en algún programa de rehabilitación laboral (rehabilitación psicosocial, trabajo de transición, trabajo con apoyo, entrenamiento prelaboral), se identificaron aquellas **variables personales** que estaban más relacionadas con el éxito en la obtención y el mantenimiento de un puesto de trabajo.[182] Los resultados obtenidos muestran que la variable predictora de éxito más significativa es la de rendimiento laboral en concreto, a mejor rendimiento laboral del paciente al inicio del programa de rehabilitación laboral mayor éxito en la obtención y mantenimiento de un puesto de trabajo. El resto de variables personales predictoras de éxito en la obtención y mantenimiento de un puesto de trabajo son:

- El grado de eficacia autopercibida en el trabajo del propio afectado (a mayor eficacia autopercibida, es decir, expectativas más positivas, mayor éxito de inserción).
- El funcionamiento social durante la participación en el programa de rehabilitación laboral.
- Un período formativo más largo.

Las conclusiones de esta RSEC son, por tanto, que el rendimiento laboral y el funcionamiento social evaluados durante la rehabilitación laboral son mejores predictores del resultado ocupacional que la historia laboral previa y el funcionamiento laboral anterior (nivel de evidencia científica IIb).[182]

En lo referente a la implantación del empleo asistido (o empleo con apoyo), en pacientes adultos con enfermedades mentales graves, se encuentran, entre otros, los siguientes componentes como factores que, integrados en la **práctica profesional,** pronostican unos mejores resultados de empleo para los pacientes atendidos (nivel de evidencia científica Ib):[183]

- Centrarse en el trabajo remunerado como un objetivo alcanzable por personas con trastono mental
- Priorizar un planteamiento de búsqueda rápida de empleo en lugar de largos procesos de evaluación, formación y asesoramiento preempleo.
- Orientar la búsqueda de trabajo de forma personalizada de acuerdo con las preferencias, aptitudes y experiencia laboral del usuario.
- Mantenimiento del seguimiento asistencial de forma indefinida.
- El programa de empleo con apoyo ha de trabajar de forma coordinada con el equipo de tratamiento en salud mental.

El empleo con apoyo ha demostrado ser el método de intervención más adecuado y eficaz a la hora de insertar a las personas con trastorno mental grave en un empleo normalizado (nivel de evidencia científica Ib):[183]

En cuanto al uso de programas de trabajo con apoyo en grupos de personas con primeros episodios, se ha llevado a cabo la revisión de dos estudios. El primero concluye que el modelo de trabajo con apoyo es efectivo en estos pacientes (40 de ellos con primera

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

crisis psicótica) y que cabe dar la misma importancia al ámbito educativo, es decir, que el profesional dedicado a la rehabilitación laboral debe ayudar al paciente a buscar formación o trabajo, así como a poder mantener la formación y/o el trabajo (nivel de evidencia científica III).[184]

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).[22] 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).[22]

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.

A	Se recomienda alentar a las personas con esquizofrenia a encontrar un puesto de trabajo. Los especialistas en salud mental deberían facilitarlo activamente y los programas específicos que incorporen esta intervención necesitarían ser ampliamente establecidos.[1]
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.[22,23]
A	Se recomienda ofrecer apoyo laboral a los pacientes moderada o ligeramente discapacitados y que estén en fase estable o de mantenimiento.[24,25]
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.[3]

6.3.11. 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

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

- para las personas con esquizofrenia, la plataforma desde donde se desarrollan sus objetivos de rehabilitación psicosocial.

Para dar respuesta a la necesidad de un lugar para vivir a las personas con esquizofrenia existen diferentes recursos. Esta diversidad debe adaptarse a los distintos momentos y necesidades de soporte que precisa la persona, teniendo en cuenta las condiciones socioeconómicas, capacidades y nivel de autonomía en la realización de las AVD:[27]

- **Vivienda autónoma:**

  Es la modalidad más autónoma posible en la que una persona, sola o en compañía, convive en una vivienda, de alquiler o de otras modalidades, en plena autonomía y sólo con un seguimiento individualizado desde recursos externos, pudiéndose beneficiar de determinadas ayudas como las económicas o los apoyos ofrecidos por los equipos de atención social comunitarios. En esta modalidad es necesario que las personas se encuentren en procesos avanzados de integración social, y con un uso suficientemente normalizado del espacio comunitario.

- **Ayuda domiciliaria:**

  Intervención en el domicilio y en el entorno del paciente que vive solo o en familia, por parte de un equipo profesional que proporciona un apoyo a la organización doméstica, cuidados básicos de la salud y de la imagen corporal, y mejoría en la adaptación a la comunidad. Esta intervención tiene tres funciones básicas: educativa, preventiva y asistencial.

- **Hogar supervisado/piso protegido/piso tutelado:**

  Una vivienda de cuatro a seis plazas situada en el seno de la comunidad, que cuenta con un equipo de profesionales que ofrece apoyo y supervisión en el funcionamiento doméstico, la convivencia diaria y la integración en el entorno comunitario. Respecto a la organización interna del piso, se promueve la autogestión del grupo de personas que en él residan y se pretende mantener un ambiente familiar y lo más normalizado posible.

- **Residencia:**

  Es un dispositivo, de número de plazas variable (entre 15 y 40), que ofrece un marco residencial flexible y de diferente duración, que proporciona diferentes respuestas a personas con trastorno mental grave (puede ser lugar donde vivir, lugar de rehabilitación o apoyo en situaciones concretas). Tiene el apoyo de un equipo multidisciplinar que ofrece asistencia las 24 horas del día, y que incluye un programa de atención a las AVD, servicio de comedor, lavandería y organización del tiempo libre; con los objetivos de integración social, normalización y desarrollo de la autonomía. Son diferentes de las modalidades de residencias asistidas, con más apoyo sanitario continuado.

En cualquier caso, se considera importante priorizar la permanencia en el domicilio, según las posibilidades de la persona, garantizando las medidas de apoyo necesarias, por encima de otros recursos de vivienda más restrictivos.[4]

En cuanto al criterio de elección, las personas que presentan una enfermedad mental grave prefieren vivir de la manera más autónoma posible y en viviendas independientes, porque compartirlas con otros residentes que también sufren una enfermedad mental es demasiado parecido a vivir en un hospital psiquiátrico.[4] El estudio realizado desde la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM) muestra que

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

las personas con enfermedades mentales graves del programa residencial prefieren vivir en su domicilio y/o con su familia, pero valoran positivamente su residencia actual, especialmente cuando residen en espacios con menor tamaño (y por tanto, con menos compañeros) y más autonomía, en definitiva más parecidos a un hogar propio.[185]

La vivienda independiente se asocia a una mejor calidad de vida, en cuanto a las condiciones de vida y a unas mejores relaciones sociales, así como a la disponibilidad y la idoneidad de las relaciones afectivas (nivel de evidencia científica IV).[4]

En una RSEC de la literatura científica, donde se valoraba la eficacia de los recursos de vivienda con apoyo, se revisaron 139 artículos que tenían por objeto estudiar los efectos de los pisos supervisados y pensiones concertadas para personas con trastornos mentales graves. En esta revisión ninguna intervención demostró ser más efectiva que otra, aunque no se pudo incluir ninguno de ellos por ser de baja calidad metodológica.[186]

En otro 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).[26]

En varios estudios se constata la relativa insuficiencia de los recursos residenciales para adecuarse a la gran complejidad de los perfiles de pacientes que hay que atender y sus diferentes niveles de necesidades (capacidad para la realización de AVD, funcionamiento social, inestabilidad psicopatológica, atención especializada a problemas de salud general).[26,187]

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.[26]
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.[27]

6.4. 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[i], desde los equipos de salud mental comunitarios hasta otras modalidades de atención y seguimiento intensivo en la comunidad de carácter más

i 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.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

específico, como la gestión de casos (GC) y el tratamiento asertivo comunitario (TAC) analizados por Burns en *Community mental health teams*.[188]

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.[4]

6.4.1. 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 multidisciplinarios 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.

El trastorno mental es el paradigma de los trastornos multifactoriales, responde a factores biológicos, psicológicos y de ruptura social por lo que su valoración y manejo requieren atención y respuesta en todas las esferas y por tanto una buena calidad de los cuidados de salud mental que se caracteriza por una valoración detallada y amplia de los problemas y necesidades de los pacientes.

En este sentido, en el Reino Unido se desarrolla desde 1990 un programa de cuidados, el Care Programme Approach (CPA), diseñado para que personas con necesidades especiales o un manejo complejo tengan un plan de cuidados formalizado.[189] El coordinador del programa o *keyworker* es responsable de confeccionar dicho plan de cuidados y su revisión, que incluye las necesidades identificadas, las respuestas propuestas, así como la identificación de quién se encarga de llevarlas a cabo.

En nuestro medio, los programas de atención al trastorno mental grave realizados desde los centros de atención comunitarios se encargan de realizar una valoración exhaustiva de las necesidades de los pacientes y una revisión periódica del plan de cuidados para poder ofrecer una respuesta integral, así como un seguimiento y apoyo continuado de los cuidados.

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.[28]

Tyrer y colaboradores llevaron a cabo un metanálisis en el que se evaluó la efectividad de los equipos comunitarios de salud mental en el tratamiento de cualquier enfermedad mental grave.[29] 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 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).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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.[29]

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).[30]

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.[30]

6.4.2. 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.

Inicialmente, la GC tenía una función administrativa *(brokerage case management)* que consistía en poner en contacto al paciente con los servicios requeridos y coordinar los distintos proveedores, es decir, la evaluación, planificación, contacto con los servicios, seguimiento y defensa de los derechos de los pacientes. Pronto evolucionó hacia el *clinical case management,* que combina los cuidados de salud con los de gestión y coordinación de servicios y ofrece servicios en cuatro áreas:

- En la fase inicial, compromiso, evaluación y planificación.
- Intervenciones dirigidas al entorno: contacto con recursos comunitarios, con la red social del paciente incluidos la familia y otros apoyos, colaboración con médicos y hospitales, defensa del paciente.
- Intervenciones dirigidas al paciente: psicoterapia individual intermitente, entrenamiento en estilos de vida independientes, psicoeducación.
- Intervenciones dirigidas al paciente y entorno, intervenciones en crisis, seguimiento.

Dentro de la GC hay algunas variantes según si el énfasis se sitúa en las capacidades personales y la relación con el gestor de casos, en aspectos rehabilitadores, etc.:

- *Personal strengths model*
- Modelo de rehabilitación

Han transcurrido más de 4 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

- Gestión intensiva de casos.
- TAC.

Existe una influencia de la cultura del país en la incorporación del servicio de la GC así como en el enfoque de la investigación que habría que hacer. Se hace necesario conocer las intervenciones que debería tener este servicio, sus componentes principales y la manera en cómo la cultura influye sobre los resultados de éste en cada zona.[190]

El TAC es el modelo más establecido de los equipos especializados en el Reino Unido, EE.UU. y Australia. Su historia se inicia con el desarrollo del *case management* en EE.UU. en respuesta a la desinstitucionalización.

El TAC es ofrecido por un equipo multidisciplinar, con una baja razón de pacientes/profesional, que ofrece un tratamiento individualizado centrado en el paciente y en su entorno natural, y en la provisión directa de servicios incluyendo apoyo para la vida diaria.

El TAC es un modelo claramente definido:[188]

- Seguimiento asertivo
- Número reducido de casos (10-15 casos por equipo)
- Incremento en la frecuencia de contacto (de diario a semanal)
- Realizado en el medio del paciente
- Énfasis en la medicación
- Soporte a los familiares y cuidadores
- Provisión de todo tipo de servicios
- Coordinación con otros servicios cuando es necesario
- Estabilización de las crisis y disponibilidad 24 h/día, 7 días a la semana

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,[191] dificultades en la vinculación, hospitalizaciones repetidas,[192] mal cumplimiento terapéutico y a menudo otros problemas añadidos (marginalidad, drogas, problemas legales).[193]

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.[40]

Marshall y Lockwood analizaron la efectividad del TAC como alternativa a la atención estándar en la comunidad, la rehabilitación tradicional en el hospital y la GC. 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).[194]

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.[194]

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

A	Se recomienda TAC para pacientes con alto riesgo de reingreso hospitalario y que no pueden continuar el tratamiento comunitario convencional.[4]

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 mejoría clínica significativa, ni del funcionamiento social o de la calidad de vida (nivel de evidencia científica Ia).[31]

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.[31]

Mueser y colaboradores analizan 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. Incluye 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. 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).[32]

B	Se recomiendan los programas de TAC y de gestión intensiva de casos en pacientes con esquizofrenia que frecuentan habitualmente los servicios.[32]

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).[33]

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.[33]

No existen estudios comparativos que permitan decidir la superioridad de un modelo sobre otro, GC versus TAC; su función y objetivos son los mismos, ya que la implantación de un modelo u otro está condicionado fundamentalmente por la organización sanitaria del lugar en el que se implantan.[188] La presencia de una red de atención psiquiátrica con buena dotación de los equipos comunitarios y programas específicos hace recomendable la gestión de casos que permita la articulación de servicios que ya ofrece la red y la continuidad de cuidados, mientras que la ausencia de ella obliga a equipos específicos como el TAC a ofrecer una atención integral.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

En un ECA con 251 pacientes con trastorno mental grave del norte de Londres que comparaba los resultados de los equipos de TAC y los equipos de salud mental comunitarios, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el uso de la hospitalización o en los resultados a nivel clínico o social entre ambos grupos, aunque el grupo tratado con TAC conseguía mejores resultados en vinculación y en satisfacción de los pacientes. La autora del estudio cuestiona la implantación de servicios TAC en lugares con una buena equipación de los equipos comunitarios y plantea que elementos del trabajo asertivo comunitario podrían incorporarse a estos equipos para mejorar la vinculación y satisfacción de los pacientes (nivel de evidencia científica Ib).[192]

Los estudios de efectividad de estos modelos a nivel internacional ofrecen a menudo resultados contradictorios y ponen de manifiesto las dificultades metodológicas en el diseño de los mismos:

- Falta de especificación de las intervenciones utilizadas.
- Deficiente caracterización de la población de pacientes.
- Carácter inadecuado de las medidas de resultado.
- Duración inapropiada del programa.
- Falta de especificación del contexto comunitario.

A pesar de ello, hay un consenso sobre su utilidad que ha ido permitiendo la generalización de su uso. En nuestro medio, hay una experiencia creciente de implantación de un modelo de GC, el Programa de Servicios Individualizado[195] coordinado con la red psiquiátrica existente con funciones asistenciales y de gestión de recursos, aunque todavía faltan estudios sobre su efectividad. Asimismo, hay diversas experiencias de implantación de TAC en entornos de predominio rural y para la atención de pacientes sin hogar.

En un ECA se compara la atención estándar y el TAC en una muestra de 20 pacientes con esquizofrenia y trastornos afectivos. Los resultados muestran que el TAC es superior en calidad de vida, funcionamiento global y reducción del nivel de necesidades desconocidas (nivel de evidencia científica Ib).[196]

En otro ECA se compara TAC y atención estándar en una muestra de 235 pacientes con esquizofrenia, en régimen de libertad condicional, y se concluye que el TAC es especialmente efectivo en personas con problemas de drogas y alcohol, en las que se observa una reducción en las actividades criminales (nivel de evidencia científica Ib).[197]

Finalmente, un estudio de cohortes realizado analiza la eficacia del TAC en 66 pacientes de grupos étnicos minoritarios con diagnóstico de trastorno mental grave y barreras lingüísticas y culturales para acceder a los servicios. Los resultados muestran una mayor efectividad del TAC en este tipo de pacientes (nivel de evidencia científica III).[198]

Asimismo, se intentan precisar las indicaciones valorándose como modelos especialmente útiles para pacientes con esquizofrenia y otros problemas añadidos como uso de drogas[197] y/o problemas legales, o para pacientes pertenecientes a grupos étnicos minoritarios.[198] También se valoran nuevas indicaciones en pacientes con esquizofrenia de inicio precoz.

La GPC de la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry considera que el tratamiento de la esquizofrenia de aparición temprana de inicio anterior a los 18 años, requiere de un continuo de proveedores de servicios y tratamientos. Además de la admi-

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

nistración de psicofármacos y psicoterapia, algunos de estos jóvenes requieren una gestión de casos intensiva y servicios de soporte comunitario (nivel de evidencia científica IV).[34]

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).[34]

6.5. 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.[199]

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 (tabla 9).[199]

Tabla 9. Problemas de salud comunes en pacientes con enfermedad mental y relación entre enfermedad física y condición psiquiátrica, medicación y factores del estilo de vida

Diabetes

- Riesgo incrementado, en pacientes con esquizofrenia, de desarrollar anomalías en la regulación de la glucosa, resistencia a la insulina y diabetes mellitus tipo 2.
- Factores del estilo de vida, como la dieta pobre y la conducta sedentaria, que empeoran el problema.
- Todos los agentes antipsicóticos (algunos de segunda generación más que de primera) aumentan la propensión a desarrollar diabetes.

Hiperlipidemia

- Se han asociado mediaciones antipsicóticas con el desarrollo de la hiperlipidemia (ambos relacionados con, e independientes del, aumento de peso).
- Algunos antipsicóticos típicos (p. ej. haloperidol) no tienen efecto en los lípidos; las fenotiazinas (p. ej. clorpromazina) tienden a aumentar los niveles de triglicéridos y reducen los niveles de alta densidad lipoproteica.
- Los antipsicóticos de segunda generación derivados de la dibenzodiazepina (p. ej. clozapina, olanzapina) se asocian con el aumento de niveles de glucosa en ayunas y lípidos, comparados con la risperidona.

Enfermedades cardiovasculares (hipertensión, arritmias)

- Las personas con trastorno mental tienen más posibilidades de sufrir desórdenes cardiovasculares y respiratorios que el resto de la población.
- Los agentes antipsicóticos contribuyen al síndrome metabólico X (hipertensión, hiperlipidemias, hiperglicemia, resistencia a la insulina y obesidad).
- Factores del estilo de vida (tabaco, alcoholismo, dieta pobre, falta de ejercicio) contribuyen a aumentar el riesgo de problemas cardiacos.
- La mortalidad debida a cardiopatías isquémicas, arritmias cardiacas e infartos de miocardio es superior en personas con trastorno mental.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Obesidad

- Entre el 40-62% de las personas con esquizofrenia son obesas o tienen sobrepeso.
- Tanto los antipsicóticos de primera generación como los de segunda pueden inducir a ganar peso. Los de segunda generación derivados de las dibenzodiazepinas (p. ej. clozapina, olanzapina) producen un rápido aumento de peso a corto plazo. Las diferencias entre agentes a largo plazo no son tan claras.
- Los factores del estilo de vida y la poca capacidad para modificarlos también influyen en la obesidad.

Neoplasias malignas

- Las personas con esquizofrenia no tienen más posibilidades de desarrollar un cáncer en general, pero en caso de desarrollarlo tienen un 50% menos de posibilidades de superarlo.
- Existen diferencias en cánceres individualizados en personas con trastorno mental (p. ej. aumento de riesgo de cáncer de mama en mujeres, menor riesgo de cáncer de pulmón en hombres).

Sida

- La incidencia de sida en personas con esquizofrenia (estimada entre 4-23%) es superior al resto de la población. Factores asociados incluyen sexo sin protección y uso de drogas inyectables y no inyectables.

Hepatitis C

- Incremento de la prevalencia en personas con esquizofrenia en comparación con el resto de la población.

Osteoporosis

- Los índices acelerados de osteoporosis en personas con esquizofrenia se atribuyen a la tendencia de los antipsicóticos a disminuir los estrógenos y la testosterona, reducir el calcio debido al consumo de tabaco y alcoholismo, y favorecer la polidipsia.

Hiperprolactinemia

- Altas dosis de antipsicóticos de primera generación y de antipsicóticos de segunda, como la risperidona y amisulprida, aumentan los niveles de prolactina causando galactorrea, amenorrea, oligomenorrea, disfunciones sexuales y reducción de la densidad mineral ósea que contribuyen al desarrollo de las enfermedades cardiovasculares.

Otras enfermedades

- La incidencia del síndrome de colon irritable en personas con esquizofrenia es de 19% (frente al 2,5% del resto de la población).
- La prevalencia de infección de *helicobacter pylori* es significativamente más alta en personas con esquizofrenia (Odds ratio: 3,0).

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.

Marder y colaboradores proponen, como resultado de un consenso entre psiquiatras y otros expertos médicos, la monitorización de la salud física de los pacientes con esquizofrenia, particularmente de aquellos que siguen tratamientos con antipsicóticos. Para ello se examinaron los siguientes temas: 1) incremento de peso y obesidad; 2) diabetes; 3) hiperlipidemia; 4) prolongación del intervalo QT en el ECG; 5) elevación de la prolactina y efectos adversos sexuales asociados; 6) efectos adversos extrapiramidales, acatisia y discinesia tardía; 7) cataratas; y 8) miocarditis. De cada uno de ellos realizaron una revisión de la evidencia científica disponible y se elaboraron recomendaciones.[101]

En este sentido, los participantes acordaron recomendar que los psiquiatras, así como otros profesionales de la salud mental, asuman un papel activo en la monitorización del

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

estado general de salud y proponen fórmulas concretas para llevarla a cabo, mediante intervenciones que puedan ser realizadas en los ecuentros terapeúticos habituales. De este modo, proponen la monitorización del IMC, de la glucemia y la lipidemia, la realización de ECG, el interrogatorio sobre síntomas asociados a la elevacion de la prolactina y su determinación, así como la incorporación de exámenes neurológicos básicos y de la visión (nivel de evidencia científica IV).

Kelly y colaboradores han examinado estos problemas, concluyendo que la mayor parte del exceso de mortalidad parece estar causado por complicaciones cardiovasculares, principalmente la cardiopatía coronaria.[200] El riesgo de desarrrollar a los 10 años una cardiopatía coronaria es significativamente mayor, tanto en los hombres como en las mujeres con esquizofrenia, que en la población general (9,4 frente al 7% y 6,3 frente al 4,2, respectivamente). En esta línea, sugieren la monitorización de la salud física y la realización de las intervenciones siguientes: 1) abandono del consumo de tabaco; 2) reducción de peso; 3) controlde la diabetes; 4) control de la hiperlipemia; y 5) control de la hipertensión.

En la última década, se ha desarrollado un creciente interés por la monitorización del estado de salud en las personas con esquizofrenia y, como resultado de elllo, las GPC sobre esquizofrenia han ido incorporando alguna referencia a este tema. Por otra parte, la American Diabetes Association junto a la APA, y la North American Association for the Study of Obesity han elaborado un consenso sobre medicamentos antipsicóticos y obesidad y diabetes.[201] Por su parte, la conferencia Mount Sinai, realizada en la ciudad de Nueva York durante el 2002, ha desarrollado el consenso sobre monitorización ya reseñado anteriormente.[101]

De todo ello 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.

6.6. 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 discriminación. 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. El estigma se mantiene por el desconocimiento y por creencias y prejuicios muy arraigados en la población, por lo que conlleva una fuerte resistencia a la argumentación lógica. Los medios de comunicación pueden contribuir poderosamente a su mantenimiento o bien a contrarrestar la dimensión del problema.[202]

Las personas con enfermedad mental tienen numerosas experiencias de rechazo, especialmente en el ámbito laboral, de los amigos y de la familia: el 44% informa haber

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

experimentado discriminación en el área laboral, el 43% en las relaciones con los amigos y el 32% con los vecinos. El 37% de los enfermos mentales ha vivido experiencias de discriminación dentro de su propia familia.[203] La percepción de estigma se ve incrementada cuando se asocia con otras variables como raza o sexo.[204] La experiencia de acoso verbal resulta más frecuente entre personas con enfermedad mental (41%) que entre la población general (15%).[205]

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.[203] Sin embargo, no se han encontrado estudios sobre iniciativas para reducir la estigmatización y la discriminación ligadas al trastorno mental, que permitan elaborar recomendaciones bien fundamentadas. Muchas intervenciones tienen un carácter muy local y por ello poco generalizable. Siguiendo el documento de consenso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, se sugiere establecer, de acuerdo con las pruebas disponibles, las intervenciones más efectivas para fomentar la integración y reducir el estigma de las personas con enfermedades mentales, que puedan dirigirse a profesionales de la salud, de la comunicación, de la educación y escolares, empresarios y agentes sociales, policía local y cuerpos de seguridad, asociaciones de personas con trastornos mentales y sus familiares, y proponer formatos de formación al respecto para estos distintos grupos.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

7. Tratamiento según fases del trastorno y situaciones especiales

En la primera versión de esta GPC se dividieron las fases de la esquizofrenia en fase aguda, de estabilización y estable, y se hizo un apartado especial para la esquizofrenia en la infancia y adolescencia. Asimismo, se introdujo una parte de primeros episodios en la que se recogieron las nuevas líneas de investigación en las fases precoces de la psicosis. Con posterioridad, estas investigaciones han tenido un gran desarrollo, que ha promovido la puesta en funcionamiento de numerosos programas específicos en diferentes lugares del mundo: Australia y Nueva Zelanda, Canadá, Gran Bretaña, Países Nórdicos, Holanda, Alemania y también en España. Esto ha propiciado que cada vez haya mayor evidencia científica de los beneficios potenciales de la intervención precoz en la psicosis. Así pues, a esta fase que incluye el período anterior a la aparición del primer episodio psicótico y abarca hasta los primeros cinco años de evolución del trastorno se le conoce actualmente con la denominación de fases precoces de la psicosis o fase de la psicosis incipiente, y se ha constatado que puede contribuir a:[206]

- Evitar el deterioro biológico, social y psicológico que, por lo general, puede producirse en los años siguientes al comienzo del trastorno psicótico.[207]
- Disminuir la comorbilidad.
- Favorecer una recuperación más rápida.
- Mejorar el pronóstico.
- Ayudar a la conservación de las habilidades psicosociales.
- Conservar el apoyo familiar y social.
- Disminuir la necesidad de hospitalización.

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:

7.1. Fases precoces de la psicosis:

7.1.1. Fase de estado mental de alto riesgo

7.1.2. Fase de primer episodio psicótico

7.1.3. Fase de recuperación y período crítico

7.2. Fases de la esquizofrenia:

7.2.1. Fase aguda

7.2.2. Fase de estabilización

7.2.3. Fase estable

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

7.1. 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.[208,209]

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.

7.1.1. 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.

Anteriormente, el concepto de pródromo se utilizaba como elemento precursor y predictor de la evolución a psicosis**.** Yung y colaboradores plantean un cambio conceptual, sustituyendo la noción de pródromo por la de Estado mental de alto riesgo (EMAR).[210] Desde esta perspectiva, el pródromo inicial de psicosis pasa de ser visto como una forma atenuada de psicosis a valorarse como factor de riesgo para su desarrollo, especialmente si se combina con otros factores de riesgo propios del trastorno (p. ej.: antecedentes familiares), que no conduce indefectiblemente a la psicosis. Esto permite explicar los habituales cambios que se producen en la sintomatología de esta fase, que contribuyen a su inestabilidad diagnóstica característica.

Como se describe en el apartado 4, el grupo de investigadores de Melbourne (Yung, McGorry y colaboradores) han establecido tres subtipos de estados mentales de alto riesgo: 1. presencia de síntomas psicóticos atenuados (subumbrales); 2. historia de síntomas psicóticos breves y limitados (*brief limited intermitent psychotic symptoms*), y 3. historia familiar positiva de psicosis y disminución persistente del nivel funcional previo.[211]

El concepto de intervención prepsicótica es controvertido en cuanto que puede llevar a considerar como prodrómicos síntomas presentes en personas que no llegarán a desarrollar un trastorno psicótico, lo que se denomina «falso positivo». No obstante, muchas personas necesitarán tratamiento para sus síntomas atenuados, incapacitantes o perturbadores, independientemente del diagnóstico a largo plazo. Se denomina duración del trastorno no tratado -*Duration of Untreated Illness* (DUI)- al período de trastorno sin tratar, previo a la aparición de un episodio psicótico. Una parte importante de la discapacidad asociada a los trastornos psicóticos se establece y se acumula en esta fase que puede durar entre dos y cinco años.[212]

En esta fase, 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 tradicio-

Han trascurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia ha sido revisada.

nales o de programas y servicios específicos de atención temprana. Los tipos de estudio realizados tienen diversas metodologías: estudios prospectivos, controlados, aleatorizados y otros.

Parece estar justificado el hecho de ofrecer a aquellas personas que reúnan criterios de alto riesgo, por lo menos, un tratamiento psicosocial inicial que incluya las nuevas terapias cognitivas, que pretenden aliviar la angustia e incapacidad de los jóvenes, con tratamiento farmacológico sintomático, con antidepresivos o ansiolíticos. Se ha discutido la información que, sobre el nivel de riesgo de padecer una psicosis futura, debería facilitarse al paciente y a la familia. Funciona bien un enfoque abierto, caracterizado por la exploración y guiado por la necesidad de saber del paciente y familia, especialmente cuando muchos de ellos son conscientes del riesgo y están preocupados. 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).[213] Aunque no hay que olvidar que sólo entre un 33 y un 58% aproximadamente de esta población hará una transición a la psicosis[214] y que aún no están bien establecidos la intensidad, tiempo y duración de la intervención. Por lo tanto, cualquier intervención no debe ir dirigida a la interpretación de los síntomas como pródromos sino a señalar que existe un riesgo para la psicosis. El tratamiento se dirigirá al sufrimiento y síntomas presentes (por ejemplo, depresión, ansiedad e insomnio, entre otros) y se realizará un seguimiento estrecho de la evolución. Se trabajará sobre los factores estresantes que podrían exacerbar la sintomatología, para modificarlos o evitarlos, cambiando la percepción amenazante de éstos y disminuyendo las reacciones fisiológicas acompañantes. El tratamiento específico para la psicosis (por ej., medicación antipsicótica, educación sobre la psicosis) debería iniciarse sólo al emerger la psicosis franca.[215] Se mantiene un debate ético sobre la conveniencia o no de instaurar tratamiento en pacientes en los que la psicosis no está establecida.

Los principales resultados de los estudios en esta fase son:

- Hay individuos con riesgo más alto de psicosis (nivel de evidencia científica Ib;[216,217] nivel de evidencia científica III[218,219]).
- 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;[8] nivel de evidencia científica Ib.[216])
- 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;[216,217,220,221] nivel de evidencia científica III.[218])

A	Se recomiendan programas específicos de atención temprana ya que pueden disminuir y/o retrasar la transición a la psicosis.[8,216]
B	Se recomiendan programas específicos de atención temprana para mejorar la sintomatología prepsicótica y prevenir el declive o estancamiento social.[216-218,220,221]
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.[213]

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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).[222]
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.[42]

7.1.2. 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).[212]

Los objetivos del tratamiento en esta fase son:[213,222]

- Proporcionar una relación terapéutica de apoyo.
- Transmitir esperanza a los pacientes y familia.
- Introducir la idea de trastorno.
- Ayudar a los pacientes a que acepten la medicación.
- Requerir el soporte de la familia y ofrecerle apoyo.
- Impedir el daño del paciente hacia sí mismo o a los demás.
- Reducir la sintomatología psicótica y la asociada.
- Controlar las conductas alteradas.
- Intentar la recuperación del nivel funcional previo.
- Ofrecer tratamiento en el ámbito menos coercitivo y restrictivo posible.

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.[213]

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

- Es importante tratar el trastorno para reducir la DUP, dado que la evidencia científica disponible ofrece mejores resultados. En este sentido, el retraso en el inicio

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

del tratamiento está asociado al no reconocimiento de los síntomas prodrómicos y primitivos de la psicosis (nivel de evidencia científica III)[223] y a la poca accesibilidad a los equipos de tratamiento (nivel de evidencia científica IIb).[224]

- La menor duración de la DUP se ha asociado con (nivel de evidencia científica IIb):[225]
  . Mejor respuesta a los antipsicóticos
  . Mejor funcionamiento global (medido con GAF o GAS)
  . Mejor funcionamiento social y vocacional
  . Mayor probabilidad de alcanzar criterios de respuesta
  . Mayor calidad de vida
- Una DUP más larga se ha correlacionado con mayor gravedad de síntomas negativos y con una disminución de materia gris constatada en un estudio con imágenes volumétricas en RNM. No se han encontrado correlaciones con el riesgo de recaídas y alteraciones neurocognitivas (nivel de evidencia científica IIb).[225]
- 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).[8]
- Un estudio sobre pacientes que han presentado un primer episodio psicótico, la psicoterapia psicodinámica de apoyo o una intervención integrada con tratamiento asertivo comunitario y tratamiento en grupo multifamiliar, ofrece mejores resultados al año de tratamiento, medidos en la escala GAF, que el tratamiento estándar, pero las diferencias no son estadísticamente significativas (nivel de evidencia científica IIa).[152]
- En estudios de primeros episodios de psicosis (no afectivas) el tratamiento de equipos de atención temprana, que integran tratamiento asertivo comunitario, grupos multifamiliares y entrenamiento en habilidades sociales, en comparación con el tratamiento estándar, obtiene mejores resultados en disminución de la carga familiar y en satisfacción (nivel de evidencia científica Ib).[152]
- Otro estudio ECA en el que se compara la intervención de un equipo de atención temprana versus cuidados estándar, los resultados son mejores para el grupo de intervención en funcionamiento social y vocacional, satisfacción, calidad de vida y adherencia a la medicación (nivel de evidencia científica Ib).[137]
- 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).[142]
- 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

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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).[222]

Intervención farmacológica en un primer episodio psicótico

El estado actual de la investigación sobre intervención farmacológica en el primer episodio psicótico no muestra evidencia científica suficiente para pautar 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.[112,121,122,124,226]

A	Si no se produce respuesta al tratamiento o hay baja adherencia o riesgo persistente de suicidio, se recomienda el uso de clozapina[1]
A	Iniciar la administración de antipsicóticos de segunda generación a dosis bajas.[1]
C	Se recomienda un período de 24 a 48 horas de observación sin recurrir a los antipsicóticos, pero con opción de utilizar benzodiacepinas para la ansiedad y los trastornos del sueño.[1]
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.[1]
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.[1]
C	Si no se produce respuesta al tratamiento, cambiar a otro antipsicótico de segunda generación y valorar el resultado durante seis a ocho semanas.[1]
C	Si se están utilizando antipsicóticos de segunda generación y se producen efectos adversos, se podría considerar cambiar a un agente de primera generación.[1]

Intervención psicosocial en un primer episodio psicótico

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.[8]
A	Se recomienda en primeros episodios de psicosis (no afectivas) tratamientos en equipos de atención temprana o de programas multielementos.[137,142,157]
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.[222]
C	Se recomiendan equipos de detección muy accesibles para disminuir la DUP y los resultados que de ello derivan.[42]
C	Atención desde los ámbitos menos restrictivos y coercitivos posible, y a la vez seguros para paciente y familia.[222]
C	Se recomiendan intervenciones familiares de apoyo en función de sus necesidades.[138]

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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.[34]

7.1.3. 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.[207]

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 entre trastorno y bienestar. Las recaídas son comunes durante los primeros años posteriores al comienzo del trastorno psicótico y la vulnerabilidad a las recaídas persiste aproximadamente en el 80% de los pacientes. Se incluye aquí la fase de restablecimiento del primer episodio y la de estabilización.

Los tratamientos psicológicos y psicosociales deben ser los elementos centrales en el período crítico y deberían emplearse para ayudar en la resolución de síntomas positivos y negativos persistentes, la gestión de la comorbilidad secundaria y la promoción de la recuperación y de una salud mental positiva. El trabajo de recuperación debe enfatizar la necesidad de encontrarle un sentido a la experiencia psicótica y desarrollar cierto «dominio» de la situación.[206]

El mayor grado de discapacidad se da durante los primeros años, pero a partir de entonces tiende a estabilizarse, con lo cual el nivel de funcionamiento conseguido dos años después del diagnóstico es un buen indicador del nivel de funcionamiento quince años después.

Sin embargo, los servicios suelen ofrecer una menor intensidad de tratamiento en los períodos que hay entre las fases agudas, lo que constituye un modelo poco adecuado para atender las necesidades de pacientes que se encuentran en el período crítico.

Los objetivos del tratamiento de esta fase son:

- Alcanzar fines académicos o laborales realistas.
- Desarrollar relaciones sociales y un normal desarrollo sexual.
- Apoyar para conseguir una vida independiente.
- Fomentar el establecimiento de valores personales e identidad.
- Proveer el apoyo adecuado a la edad para minimizar los efectos de la interrupción del trastorno en la vida del paciente y capacitarle para que afronte con éxito los retos que favorezcan su desarrollo.
- Limitar el sufrimiento y las repercusiones negativas de la conducta psicótica.
- Atender a las familias.
- Ser sensible a los factores que pudieran impedir el seguimiento adecuado del tratamiento, como son los efectos negativos que puedan generar una evaluación o procedimientos que generen rechazo, efectos adversos de las medicaciones, el estigma y otros impedimentos a una relación de colaboración.
- Ofrecer tratamiento para problemas asociados como tendencias suicidas, depresión, agresión, abuso de sustancias, déficits cognitivos, trastornos de ansiedad, en lugar de asumir que simplemente se trata de fenómenos secundarios.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

- Reforzar el concepto de enfermedad biológica.
- Hacer hincapié en la necesidad de abstinencia de drogas y alcohol.
- Comprometer al paciente y la familia en un proceso de cooperación.
- Dar apoyo continuado para la adherencia al tratamiento.
- Ofrecer psicoeducación exhaustiva centrada en los síntomas positivos y negativos.
- Enseñar estrategias de afrontamiento.
- Facilitar las oportunidades para reducir el aislamiento social con tratamientos grupales.
- Ayudar a recuperar la autoestima.
- Proporcionar formación en habilidades sociales.

Diversos estudios apoyan la evidencia científica de que los programas de atención precoz a la psicosis frente a los abordajes tradicionales ofrecen mejores resultados en diversas áreas:

- En estos estudios, algunos utilizan la TCC como parte de su oferta terapéutica obteniendo los siguientes resultados a los 18 meses: mejor funcionamiento social, vocacional y calidad de vida, y aumento de la satisfacción del paciente y su adherencia a la medicación, pero no hay diferencias en mejoría de síntomas (nivel de evidencia científica Ib).[137]
- En un estudio donde se comparaba un equipo especializado versus el tratamiento estándar, se observó que el tratamiento integral mejoraba significativamente la situación laboral y de estudio. Sin embargo, se necesitaban dos años para obtener este tipo de beneficio. El estudio recomendaba mayor investigación en este sentido. Asimismo se apreciaba mejor estado global a los dos años (medido con el GAF) y mayor continuidad y vinculación al tratamiento (nivel de evidencia científica Ib).[138]
- En otro estudio donde se evaluaba la atención precoz con la combinación de diferentes tipos de tratamientos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la mejoría de los síntomas medidos en la escala PANSS y la The Calgary Depression Rating Scale (nivel de evidencia científica Ib).[137]
- Se constata la necesidad de promover estudios de investigación sobre los beneficios del tratamiento con equipos de atención precoz. Algunos autores recomiendan seguir una escala de fidelidad para que los estudios sean comparables, así como para evaluar los resultados de intervenciones específicas.[138]

Asimismo, hay evidencia científica de que los tratamientos psicosociales mejoran los resultados en el tratamiento del primer episodio psicótico en diversos ámbitos y pueden ayudar a la recuperación sintomática y funcional:

- La TCC y la terapia de apoyo implementadas precozmente proporcionan recuperación más rápida y reducen más los síntomas que la intervención estándar y pueden tener beneficios a largo plazo (18 meses) en los mismos (nivel de evidencia científica Ib).[142]
- Con la TCC se obtienen mejores resultados que con la intervención estándar en riesgo de suicidio, hospitalización, reducción de síntomas, adaptación a la enfermedad y calidad de vida (nivel de evidencia científica Ib).[142]

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

- Comparando la TCC con la terapia de apoyo y el tratamiento estándar, ésta protege frente a futuras recaídas en los siguientes 18 meses (nivel de evidencia científica Ib).[227]
- Los pacientes que reciben TCC tienen menos síntomas residuales que los que sólo recibieron tratamiento estándar (nivel de evidencia científica Ib).[8]
- La IF parece evitar rehospitalizaciones[138,142] y recaídas[142] y fomenta la tendencia a cumplir mejor con la medicación[138] (nivel de evidencia científica Ib).
- Los familiares y cuidadores desempeñan un papel crucial en el acceso a la asistencia por parte de los pacientes con un primer episodio de psicosis (nivel de evidencia científica III).[223]
- La psicoterapia psicodinámica, la cognitivo-conductual y la terapia de apoyo no psicodinámica, combinadas con tratamiento farmacológico, aportan mejoras en el funcionamiento global de los pacientes superiores al tratamiento farmacológico solo o combinado con otras intervenciones psicosociales. Los mejores resultados se dan en la psicoterapia dinámica y en la cognitivo-conductual (nivel de evidencia científica Ia).[149]

En el ámbito específico de la rehabilitación cognitiva, en el que la mayoría de la evidencia científica establecida hasta ahora se refiere a pacientes con esquizofrenia crónica, se apunta en recientes investigaciones la importancia de discriminar las diferentes áreas deterioradas en pacientes de primer episodio, ya que las funciones motoras y ejecutivas parecen menos deficitarias que la memoria y la atención en este perfil. Hay indicios de que puede conseguirse una notable recuperación y resolución de problemas y funciones ejecutivas en un período de un año de tratamiento (nivel de evidencia científica IV).[169]

En el ámbito de la inserción laboral de personas con primeros episodios hay evidencia científica que muestra que el empleo con apoyo es el método más efectivo y que mantiene los resultados de forma más estable en el tiempo. Desde esta orientación, cabe dar la misma importancia al ámbito educativo y de formación (nivel de evidencia científica IIb).[184]

El profesional dedicado a la rehabilitación laboral debe ayudar al paciente a buscar formación o trabajo, así como a poder mantenerlos (nivel de evidencia científica IIb;[184] nivel de evidencia científica Ib)[22].

Intervención farmacológica en la recuperación de un primer episodio psicótico

A	Si se producen recaídas, identificar las causas distinguiendo si son debidas a una baja o a pesar de una buena adherencia. Si se debe a la falta de adherencia, reinstaurar el tratamiento.[1]
A	Si es evidente la resistencia al tratamiento y se han utilizado dos agentes antipsicóticos, y al menos uno de ellos es de segunda generación, cambiar a clozapina.[1]
B	Si aparecen problemas de tolerancia con medicación de segunda generación, especialmente incremento de peso o síndrome metabólico, ofrecer el cambio a otro antipsicótico de segunda o primera generación.[1]
C	Si se está utilizando un antipsicótico de primera generación cambiar a uno de segunda si la respuesta no es óptima o si han aparecido problemas de tolerancia.[1]

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esa Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

C	Si el paciente ha recaído a pesar de una buena adherencia a un antipsicótico de primera generación, cambiar a uno de segunda. Si la sintomatología ha remitido, presenta buena calidad de vida,y no ha presentado problemas de tolerancia a la medicación convencional continuar con ésta.[1]
C	En última instancia puede considerarse el cambio a una medicación de primera generación depot. Sin embargo, los inyectables de segunda generación de larga duración pueden ser considerados como alternativa a la clozapina cuando se dé una baja o incierta adherencia, especialmente si el paciente manifiesta dicha preferencia.[1]
C	Si no se produce respuesta al tratamiento o hay baja adherencia con recaídas frecuentes, probar con antipsicóticos de primera generación depot a dosis bajas de 3 a 6 meses.[1]

Intervenciones psicosociales en la recuperación de un primer episodio psicótico

A	Se recomiendan los programas de atención precoz a la psicosis frente a los abordajes tradicionales.[137,138]
A	Se recomiendan las intervenciones psicosociales en el tratamiento de primeros episodios.[8,138,142]
B	Se recomienda el empleo con apoyo como método más efectivo para promover la inserción laboral de personas con primeros episodios.[184]
C	Se recomienda la rehabilitación cognitiva en pacientes con déficits específicos, aunque el objetivo debería ser también los déficits funcionales relacionados.[169]
C	Se recomienda proporcionar una atención biopsicosocial intensiva y de calidad, de forma continuada y activa durante los años críticos posteriores al inicio de la psicosis, mejor desde programas especializados de atención temprana que incluyan además de farmacoterapia, psicoeducación, manejo de estrés, prevención de recaídas, solución de problemas, reducción de daños por consumo de sustancias, consejo de apoyo y rehabilitación social y laboral, así como intervención con la familia y terapia cognitiva.[42]

7.2. Fases de la esquizofrenia

A continuación, se presentan las directrices generales que hay que seguir en el tratamiento de la esquizofrenia según las fases descritas en el capítulo 4.2 de la GPC.[4,47]

7.2.1. Fase aguda (o crisis)

La fase aguda se caracteriza por un episodio psicótico agudo y en ésta se plantean los objetivos siguientes:

- Evitar que el paciente sufra lesiones.
- Controlar el comportamiento alterado.
- Disminuir la gravedad de la psicosis y los síntomas asociados.
- Identificar y resolver los factores que provocaron la aparición del episodio agudo.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y se vigencia no ha sido revisada.

- Recuperar con rapidez el nivel óptimo de funcionamiento.
- Establecer una alianza con el paciente y su familia.
- Formular planes de tratamiento a corto y a largo plazo.
- Poner al paciente en contacto con un servicio de asistencia posthospitalaria adecuado.

Se debe realizar a cada paciente un estudio diagnóstico inicial exhaustivo, que debe incluir una historia clínica psiquiátrica y médica general, una exploración física y un examen del estado mental. Pueden llevarse a cabo entrevistas sistemáticas con los miembros de la familia y otras personas que conozcan bien al paciente, dado que muchos pacientes son incapaces de explicar de manera fiable su historia clínica durante la primera entrevista. Para tener más información sobre el diagnóstico y la evaluación, ver el capítulo 5.1 de esta GPC.

Deben considerarse los factores que provocan recaídas de los síntomas como son el no cumplimiento del tratamiento con antipsicóticos, consumir sustancias y experimentar acontecimientos en la vida estresantes. No hay que olvidar que las recaídas son frecuentes en el curso natural de la enfermedad incluso cuando se sigue el tratamiento. Cuando se sospecha incumplimiento del tratamiento, se recomienda analizar los motivos y tenerlos en cuenta en el plan de tratamiento.

En esta fase, es importante prestar especial atención a la existencia de potencialidad suicida. Las tentativas suicidas anteriores, el estado de ánimo depresivo, y las ideaciones suicidas pueden ser factores pronóstico de una tentativa de suicidio posterior (nivel de evidencia científica Ib). Se recomienda realizar evaluaciones similares en cuanto a la posibilidad de comportamientos peligrosos y agresivos hacia otras personas.[4]

Intervención farmacológica en la fase aguda

B	El tratamiento farmacológico debería iniciarse de forma inmediata, a no ser que interfiera con la evaluación diagnóstica, ya que el empeoramiento psicótico agudo se asocia con malestar emocional, alteraciones en la vida del paciente y un riesgo considerable de aparición de comportamientos que pueden ser peligrosos para él y los demás.[4]
C	Los pacientes y familiares deberían ser totalmente informados acerca de los beneficios y riesgos de la terapia farmacológica y consultados en la elección del agente antipsicótico; intérpretes o mediadores culturales deberían ser utilizados cuando fuera necesario. Cuando no fuese posible discutir ampliamente la opción con el paciente, tal y como sucede en algunos episodios agudos, la medicación de segunda generación oral debería ser el tratamiento de elección debido al menor riesgo de síntomas extrapiramidales.[1]
C	A la hora de elegir una determinada medicación antipsicótica se recomienda tener en cuenta la respuesta previa del paciente al tratamiento, el perfil de efectos adversos del mismo, las preferencias para una determinada medicación en función de la experiencia previa y la vía de administración prevista.[228] Las dosis recomendadas de antipsicóticos han sido descritas en las tablas correspondientes de esta GPC.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

C	El principio clave es evitar el uso en primera instancia de medicamentos propensos a debilitar la adherencia futura debido a la aparición de efectos adversos. El objetivo inmediato no es sólo la reducción de la agresión, agitación y el riesgo sino también hacer que el paciente se sienta subjetivamente mejor y más calmado con una buena tolerabilidad.[1]
C	El primer paso del manejo clínico del tratamiento de la esquizofrenia resistente es establecer que los medicamentos antipsicóticos se han tratado de manera adecuada en términos de dosis, duración y adherencia. Otras causas de la falta de respuesta podrían ser consideradas en las evaluaciones clínicas, tales como el uso inadebido de sustancias comórbidas, pobre adherencia al tratamiento, el uso simultáneo de otros medicamentos prescritos y la enfermedad física.[3]
C	Si los síntomas de la esquizofrenia no responden a los antipsicóticos de primera generación, el profesional de salud mental que los prescriba y los pacientes podrían considerar el uso de un antipsicótico de segunda generación previo a un diagnóstico de esquizofrenia resistente al tratamiento y un ensayo con clozapina. [3]

Es frecuente que se añadan otras medicaciones psicoactivas a los fármacos antipsicóticos cuando los pacientes siguen presentando síntomas psicóticos activos: litio, carbamacepina, ácido valproico y benzodiacepinas; sin embargo, la eficacia de estos tratamientos coadyuvantes no ha sido demostrada mediante ensayos clínicos aleatorizados.[47]

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

Se usan también medicaciones para el tratamiento de los síntomas extrapiramidales o de otros efectos adversos, su utilización depende de la gravedad e intensidad de éstos y de la consideración de otras posibles estrategias como la reducción de la dosis antipsicótica o el cambio de antipsicótico. En relación al uso profiláctico de medicación antiparkinsoniana, hay que tener en cuenta los siguientes factores: la tendencia de la medicación antipsicótica a causar efectos adversos extrapiramidales, las preferencias del paciente, los antecedentes de efectos adversos extrapiramidales, otros factores de riesgo (la distonía), y los factores de riesgo y posibles consecuencias de los efectos adversos anticolinérgicos.

C	Se recomienda que medicaciones como el litio, carbamacepina, ácido valproico o benzodiacepinas se reserven para los casos en que la clozapina no sea apropiada en pacientes resistentes al tratamiento, bien por falta de eficacia, efectos adversos, preferencia del paciente o por probable falta de cumplimiento del programa de vigilancia.[25]

Utilización de la TEC en la fase aguda

La TEC es siempre un tratamiento de segunda elección en la esquizofrenia,[47] 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 resistente y trastornos esquizoafectivos resistentes.[125]

Han transcurrido más de 5 años desde la aprobación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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

Intervenciones psicosociales en la fase aguda

Las intervenciones psicosociales en esta fase van destinadas a reducir las relaciones, entornos o episodios de la vida que resultan sobreestimulantes o estresantes y a fomentar la relajación mediante comunicaciones y expectativas sencillas, claras y coherentes con un entorno estructurado y predecible, una baja exigencia funcional y unas relaciones de apoyo tolerantes y no exigentes con todos los profesionales que intervengan en esta fase de la enfermedad.

Es necesario alentar al paciente a colaborar con el psiquiatra en la elección y el ajuste de la medicación y los demás tratamientos. El psiquiatra debería iniciar una relación con los familiares, que suelen estar especialmente preocupados por el trastorno del paciente, su discapacidad, el pronóstico y la hospitalización. Se recomiendan las reuniones formativas que enseñan a la familia cómo afrontar la esquizofrenia, y la remisión a asociaciones de pacientes y de familiares.

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.[8] 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).[1]

A	Se recomienda la TCC en fase aguda junto con los cuidados estándar para acelerar la recuperación y el alta hospitalaria.[1]

Además, cabe considerar en esta fase los aspectos siguientes:[47,70]

- El tratamiento en régimen ambulatorio, en caso de que la sintomatología que presenta el paciente tenga una intensidad abordable de forma ambulatoria, el paciente disponga de un entorno contenedor y tanto él como la familia lo prefieren.
- El tratamiento en régimen de hospitalización si existen varios factores: intensidad de la psicopatología, riesgo valorable de auto o heteroagresividad, patología médica general que desaconseje el abordaje ambulatorio, factores psicosociales o familiares.
- La posibilidad de ingreso en unidad de hospitalización total o parcial (hospital de día), en función de la evaluación del estado del paciente, la necesidad de tratamientos concretos, la función familiar, los apoyos sociales, las preferencias del paciente y su familia, y los recursos terapéuticos disponibles en su comunidad.

7.2.2. Fase de estabilización (o postcrisis)

La fase de estabilización o postcrisis corresponde a los 6-12 meses posteriores a un episodio agudo. Durante esta fase el paciente va recuperando su funcionalidad adaptándose a un entorno progresivamente más exigente.

Los objetivos del tratamiento en esta fase son:

- Reducir al mínimo el estrés sufrido por el paciente.
- Disminuir la probabilidad de recidiva y los síntomas.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

- Reducir continuadamente los síntomas y consolidar su remisión.
- Favorecer el proceso de recuperación.

Si el paciente ha requerido un ingreso hospitalario, una vez tenga el alta hay que evitar vacíos en la continuidad del tratamiento, concertando cita previa con el centro de salud mental correspondiente y ayudando al paciente a establecer objetivos realistas para evitar estrés o aumentar el riesgo de recidivas, sin una presión indebida para alcanzar un grado excesivo de función laboral y/o social.

Intervención farmacológica en la fase de estabilización

C	Dado el riesgo de recidiva rápida en la fase de postcrisis, se recomienda evitar la supresión o la reducción prematura del tratamiento farmacológico antipsicótico instaurado en la fase aguda. La continuación del tratamiento durante uno o dos años después de una crisis debe discutirse, cuando sea adecuado, con el paciente y su familia.[3]
C	En pacientes con una remisión completa, la medicación antipsicótica debería continuar administrándose durante al menos 12 meses si es posible y, después, hacer un intento de retirada paulatina de la medicación durante un período de al menos varias semanas. Un cuidadoso seguimiento debería continuarse con la revisión de un especialista durante un período de 12 meses más allá de este y cualquier recaída debería ser rápidamente identificada y tratada. Los pacientes no deben ser derivados únicamente a la atención primaria sino que la atención sanitaria compartida es óptima en todas las etapas.[1]

Intervenciones psicosociales en la fase de estabilización

En esta fase, las intervenciones psicosociales de apoyo deben ser menos estructuradas y dirigidas que en la fase anterior. Además, se propone iniciar educación sobre el curso y consecuencias de la enfermedad para pacientes y continuarla para familiares.

Según la literatura científica revisada, las recomendaciones sobre intervenciones psicosociales en esta fase pueden sintetizarse de la siguiente manera (ver el capítulo de Intervenciones psicosociales):

A	Se recomiendan los programas de educación sanitaria en esta fase ya que han resultado eficaces para la enseñanza del autocontrol de la medicación (tratamiento antipsicótico de mantenimiento, efectos adversos, etc.), autocontrol de los síntomas (identificación de signos iniciales de recidivas, prevención de éstas, y rechazo de drogas y alcohol), y habilidades sociales básicas.[229-231]
A	Se recomienda aplicar la TCC para el tratamiento de síntomas positivos y negativos resistente a los antipsicóticos.[232]
A	Se recomienda la TCC para el tratamiento de los síntomas positivos de la esquizofrenia,[134] especialmente las alucinaciones.[7]
A	Se recomienda la TCC como opción de tratamiento para ayudar en el desarrollo del *insight*.[7]
A	Se recomienda la TCC como opción de tratamiento para incrementar la adherencia al tratamiento.[7]

Han transcurrido más de un año desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

A	Se recomienda la psicoeducación para pacientes ya que reduce el riesgo de recaídas, probablemente a través de la mejora de la adherencia, y aumento de la satisfacción del paciente con el tratamiento y mejora del conocimiento.[1]
A	Se recomienda aplicar la terapia de IF en pacientes moderada o gravemente discapacitados y sobre todo en aquellos de larga evolución. En pacientes con inicio reciente habrá que valorar cada situación de forma individualizada.[11,12]
A	Deberá ofrecerse IF a las familias que convivan o estén en contacto con pacientes que sufren esquizofrenia, sobre todo a aquellos que han recaído o con riesgo de recaída y también en aquellos casos con sintomatología persistente.[3]
A	Los programas de IF deberían incluir familiares de pacientes con diagnóstico homogéneo, donde el paciente participe y esté informado. La duración no debería ser inferior a seis meses.[12]
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.[11,12]
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).[11-16]
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.[17,18]
A	Se recomienda aplicar el entrenamiento en habilidades sociales (según el modelo de resolución de problemas) a pacientes graves o moderadamente discapacitados, ya que es eficaz en relación a la adaptación social y sus efectos se mantienen después de dos años.[21]
B	Se recomiendan las derivaciones a redes sociales de pacientes y cuidadores ya que los grupos de apoyo son efectivos para el soporte a la familia.[1]
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.[9]
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 están disponibles o si el paciente expresa sus preferencias por este tipo de psicoterapia.[9]
C	Es recomendable la psicoterapia de apoyo centrada en la realidad, con objetivos realistas, para los pacientes moderadamente discapacitados y estables o intermitentemente estables.[28]

La continuidad de los servicios asistenciales es importante para evitar recaídas. En el caso de pacientes hospitalizados, se indica concertar una cita con un psiquiatra para la intervención ambulatoria. Si el paciente ha de vivir en una residencia extrahospitalaria, se sugiere una visita antes del alta hospitalaria.[4]

B	La adaptación a la comunidad puede facilitarse a través del establecimiento de objetivos realistas y sin excesiva presión para que el paciente obtenga un rendimiento laboral y social elevado.[4]

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

A nivel extrahospitalario, se subraya la importancia de mantener cierto nivel de actividad para mejorar el funcionamiento social, y comunicar sensación de esperanza y progreso al paciente y la familia.[4]

7.2.3. Fase estable (o de mantenimiento)

Durante esta fase los pacientes pueden no presentar ningún síntoma o presentar síntomas tales como tensión, irritabilidad, depresión, síntomas negativos y de deterioro cognitivo. En algunos pacientes pueden persistir los síntomas positivos, pero en menor magnitud que en la fase aguda (el paciente puede presentar alucinaciones, ideas delirantes o alteraciones del comportamiento).

Los objetivos terapéuticos en esta fase consisten en:

- Mantener la remisión o control de síntomas.
- Conservar o mejorar la funcionalidad y calidad de vida.
- Tratar eficazmente el aumento de síntomas y recaídas.
- Continuar el seguimiento de los efectos adversos y adversos del tratamiento.

En esta fase hay que tener en cuenta en el empleo de fármacos antipsicóticos los siguientes aspectos:[47]

- Establecer un plan de tratamiento a largo plazo para reducir al mínimo los efectos adversos y el riesgo de recidiva.
- En pacientes con antecedentes de mal cumplimiento pueden ser de elección las presentaciones depot de acción prolongada, ya que estos pacientes tienden a presentar así una mejor evolución a largo plazo.
- La reducción significativa de la dosis de antipsicótico o su supresión pueden producir un empeoramiento casi inmediato.
- En otros pacientes, con síntomas psicóticos mínimos, la medicación puede tener un efecto profiláctico.
- La dosis de medicación de mantenimiento debe ser instaurada teniendo en cuenta que dosis demasiado altas pueden producir efectos adversos extrapiramidales (acinesia o acatisia) que pueden reducir la adaptación a la comunidad y reducir el cumplimiento del tratamiento.
- Durante el tratamiento crónico, una acinesia sutil puede manifestarse en forma de disminución del movimiento espontáneo, reducción de la conversación, apatía y dificultad en iniciar cualquier actividad. Es difícil de distinguir del deterioro negativo de la esquizofrenia o de los síntomas de la depresión.
- Dosis muy bajas de antipsicóticos pueden asociarse a un mayor cumplimiento, mejor estado subjetivo, y mejor adaptación a la comunidad, pero debe tenerse en cuenta el riesgo superior de recidiva y exacerbaciones más frecuentes de los síntomas esquizofrénicos.

Por otro lado, en este período, las intervenciones psicosociales son un complemento eficaz del tratamiento farmacológico. Pueden introducirse instrucciones psicosociales específicas como la reeducación respecto a las habilidades básicas de la vida cotidiana, el entrenamiento en habilidades sociales, la rehabilitación cognitiva y el inicio de rehabilitación laboral. Asimismo, es importante llevar a cabo educación sanitaria para el paciente y su familia respecto a los signos iniciales de recidiva.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Si el paciente está de acuerdo, es útil mantener contacto con las personas más próximas al paciente ya que tienen más posibilidades de detectar la aparición de síntomas, factores estresantes y acontecimientos que podrían aumentar las recaídas o interferir en la recuperación funcional.[4]

Intervención farmacológica en la fase estable

A	La medicación coadyuvante es frecuentemente prescrita para las condiciones de comorbilidad en los pacientes de esquizofrenia en la fase estable. La depresión mayor y el trastorno obsesivo-compulsivo podrían responder a los antidepresivos.[4]
C	La retirada de la medicación antipsicótica debe llevarse a cabo de manera gradual mientras se realiza una monitorización regular de signos y síntomas que evidencien las recaídas potenciales.[3]
C	Idealmente y junto con el médico de atención primaria, debería realizarse al menos una vez al año una revisión física completa, que incluya peso, presión arterial, perfil lipídico, ECG, y un control de glucosa en sangre en ayunas. Deben llevarse a cabo cribados rutinarios del cáncer cervical y de mama en las mujeres. En pacientes mayores de 40 años, es importante preguntarse por síntomas nuevos, y pruebas de cribado para las formas comunes de cáncer. Si no es seguro que la atención primaria garantice la monitorización de este tipo, entonces debería ser llevado a cabo por el psiquiatra.[1]

Intervenciones psicosociales en la fase estable

Tal como ya se ha expuesto a lo largo de la GPC, las intervenciones psicosociales que resultan efectivas en la fase de estabilización también lo son para la fase estable o de mantenimiento (ver capítulo de Intervenciones psicosociales) y además se tienen en cuenta las siguientes:

A	Se recomienda psicoterapia de apoyo para la resolución de problemas ya que reduce de forma significativa las recaídas y potencia la función social y laboral al añadirla a la medicación en pacientes tratados ambulatoriamente (nivel de evidencia científica Ia).[233-235]
A	Se recomienda la rehabilitación cognitiva en el entorno social del paciente ya que ha mostrado ser eficaz (a diferencia de la rehabilitación cognitiva tradicional) para la prevención de recaídas y la adaptación social.[20]
A	Se recomienda ofrecer apoyo laboral a los pacientes moderada o ligeramente discapacitados ya que ha mostrado ser eficaz en la obtención de un empleo normalizado.[24,25]
A	En pacientes con esquizofrenia de inicio precoz, se recomiendan técnicas de habilidades sociales, ya que se obtienen mejores resultados que con las técnicas de apoyo.[21]
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.[19]

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

A	Se recomienda alentar a las personas con esquizofrenia a encontrar un puesto de trabajo. Los especialistas en salud mental deberían facilitarlo activamente y los programas específicos que incorporen esta intervención necesitarían ser ampliamente establecidos.[1]
A	Los mejores resultados en inserción laboral de personas con esquizofrenia se obtienen con los programas de trabajo con apoyo, en comparación con el resto de intervenciones de rehabilitación laboral.[22,23,181]
B	Las estrategias para combatir el estigma social y la discriminación de los enfermos mentales son más efectivas cuando la educación incluye el contacto con personas con esquizofrenia que explican su historia.[2]
B	El entrenamiento en las habilidades de la vida diaria en un formato basado en la evidencia debería estar disponible para pacientes que tienen dificultades con las tareas de funcionamiento cotidiano.[2]
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.[27]

7.3. Situaciones especiales

En este capítulo se desarrollan algunas de las situaciones especiales que pueden estar relacionadas con el trastorno de la esquizofrenia, como son el uso de sustancias, el suicidio, la conducta violenta, los síntomas depresivos o los pacientes sin hogar. Para garantizar una intervención adecuada es necesario no sólo tratar los síntomas específicos de la esquizofrenia sino evaluar con atención las condiciones descritas.[4,47]

7.3.1. Trastornos relacionados con el uso de sustancias

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

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

C	Se recomienda que los objetivos del tratamiento en pacientes con esta patología asociada sean los mismos que para el tratamiento de la esquizofrenia sin patología asociada, pero añadiendo a éstos los objetivos relativos al problema del uso de sustancias, como por ejemplo, reducción del daño, abstinencia, prevención de recaídas y rehabilitación.[47]

La presencia de un trastorno por uso de sustancias pasa desapercibida con frecuencia o es infravalorada en los individuos con esquizofrenia, en especial si el paciente es exami-

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

nado durante un episodio psicótico agudo. La información espontánea es con frecuencia poco fiable, por lo que debe buscarse una confirmación a partir de otras fuentes, como familiares y otros terapeutas que hayan intervenido.

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

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

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

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

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

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

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

Algunos estudios indican que los programas de apoyo y aceptación para estos pacientes proporcionan resultados mejores que los programas de confrontación dirigidos a los pacientes sólo con patología adictiva (nivel de evidencia científica Ib).[47]

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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

7.3.2. Esquizofrenia y suicidio

El suicidio es la primera causa de muerte prematura entre los pacientes con esquizofrenia. En comparación con la población general, la probabilidad de que las personas con esquizofrenia mueran por suicidio es nueve veces más elevada. Hasta el 30% de los pacientes con esquizofrenia lleva alguna tentativa de suicidio y entre el 4 y el 10% muere tras la tentativa. El porcentaje estimado de conducta suicida entre las personas con esquizofrenia oscila entre el 20 y el 40%.

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

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

C	Se recomienda aumentar la frecuencia de las visitas ambulatorias en pacientes con alta reciente del hospital, ya que constituye un período de vulnerabilidad del paciente.[47]

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

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

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

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

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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

Algunos datos indican que tanto los antipsicóticos de primera generación como los de segunda pueden disminuir el riesgo de suicidio. No obstante, la clozapina es el que se ha estudiado con mayor profundidad, y se ha demostrado que reduce los porcentajes de suicidio y el comportamiento suicida persistente (nivel de evidencia científica Ib).[4]

C	Durante una hospitalización, es imprescindible adoptar precauciones para evitar el suicidio y controlar estrictamente a los pacientes suicidas.[4]
C	Los pacientes en los que se considera que existe un riesgo elevado de suicidio deben ser hospitalizados, y deben aplicarse las precauciones necesarias para evitarlo. Es importante optimizar el tratamiento farmacológico de la psicosis y la depresión, y abordar la tendencia suicida del paciente de manera directa con un enfoque de empatía y apoyo. Debe haber una estrecha vigilancia de los pacientes vulnerables durante los períodos de crisis personal, modificaciones del entorno o períodos de dificultad o depresión durante el curso de la enfermedad.[47]

Un metanálisis de cuatro ensayos clínicos aleatorizados, ya comentado en el apartado de Modalidades de atención y seguimiento intensivo en la comunidad de esta GPC, evaluó la efectividad de los equipos comunitarios de salud mental frente a la asistencia convencional en el tratamiento de cualquier tipo de enfermedad mental grave. Uno de los resultados analizados fue el suicidio. Los resultados indicaron que el tratamiento con equipos comunitarios es superior en cuanto a una mayor aceptación del tratamiento, en la reducción de ingresos hospitalarios y en la evitación de muertes por suicidio (nivel de evidencia científica Ia).[29]

A	Se recomienda el tratamiento en equipos de salud mental comunitaria para los trastornos mentales graves para la reducción de las muertes por suicidio.[29]
C	En el momento del alta, debe aconsejarse al paciente y a sus familiares que se mantengan alerta para detectar los signos de aviso e inicien medidas de prevención si se repiten las ideas suicidas.[4]
C	Cuando un paciente ha sido dado de alta recientemente, se recomienda que siga las visitas ambulatorias con mayor frecuencia. Es posible que deba aumentarse el número de visitas cuando sufra crisis personales, cambios significativos en el entorno, aumentos del malestar o depresión que se agudiza durante el curso de su enfermedad.[4]

7.3.3. Conducta violenta

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

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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

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

El tratamiento de urgencia de la violencia en la esquizofrenia puede incluir la sedación (con benzodiacepinas como el diacepam a dosis de 10-20 mg intramuscular,[236] o combinada con haloperidol 5 mg intramuscular), y un entorno con restricciones. La utilización de un entorno con restricciones debe ser una medida de urgencia aplicable cuando han fracasado otras menos restrictivas, y el paciente deberá ser visitado con la frecuencia necesaria para mantener la vigilancia adecuada a los cambios del estado físico o mental. La finalización de las restricciones puede ser gradual a medida que disminuye el riesgo de auto o heteroagresividad.

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

- Una indicación clínica individualizada y limitada en el tiempo.
- Una necesidad expresa de orden médica previa. En una situación de urgencia y en el caso de que enfermería emprenda alguna acción, se debe comunicar lo más rápido posible al médico de referencia para que dé su aprobación.
- Un carácter de excepcionalidad y con finalidad exclusivamente terapéutica, que se sustenta en el principio del beneficio de la persona.
- La medida anterior debe ser razonablemente efectiva y debe aportar muy claramente más beneficios que riesgos.
- No hay unas formas alternativas menos restrictivas para ofrecer a la persona el tratamiento que requiere.
- En ningún caso se podrán emplear como castigo o forma de control.
- En ningún caso no deben responder a razones extraclínicas, como por ejemplo para paliar una falta de personal.
- Las acciones se deben realizar por personal sanitario con nivel de conocimiento y formación suficientes.
- Al paciente se le tiene que facilitar una cuidada información previa, procurando en la medida de lo posible que dé el consentimiento. Se informará también a la familia y, a la vez, se intentará obtener su colaboración en el proceso de tratamiento.
- Las acciones se realizarán siempre tratando al paciente con la máxima dignidad y respeto, y vigilando la garantía de sus derechos constitucionales.

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

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

- La restricción debe basarse siempre en una disminución de la competencia mental del paciente debida a su estado psicopatológico. No es aceptable la idea de que se hace «por su beneficio» si su conducta es responsable y el paciente es competente.
- Las medidas restrictivas indicadas tienen que constar siempre en las órdenes médicas de la historia clínica.

7.3.4. Síntomas depresivos

Los síntomas depresivos se producen con frecuencia en el marco de la psicopatología de la esquizofrenia y son comunes en todas sus fases. Cuando se dan en la fase aguda de la enfermedad se ha de realizar un diagnóstico diferencial del trastorno esquizoafectivo. El diagnóstico diferencial tendrá en cuenta la influencia de los efectos adversos de los medicamentos antipsicóticos, las actitudes personales o el uso de sustancias. La adición de un antidepresivo durante la fase aguda debe efectuarse con precaución ya que se pueden exacerbar los síntomas psicóticos. Se debe realizar el tratamiento de forma secuencial.

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

Al igual que ocurre con los síntomas negativos de un estado de déficit, la depresión secundaria debe diferenciarse de otros posibles trastornos causales:[47]

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

Algunos datos sugieren que los síntomas depresivos se reducen mediante el tratamiento con antipsicóticos, algunos ensayos comparativos han observado que los antipsicóticos de segunda generación podrían tener una eficacia mayor para tratar la depresión que los de primera generación (nivel de evidencia científica Ib). Sin embargo, cierta evidencia científica también sugiere que este aparente efecto antidepresivo podría estar relacionado con la baja probabilidad de efectos adversos neurológicos de los antipsicóticos de segunda generación (nivel de evidencia científica IV).[4]

A	Se recomienda tratar los síntomas depresivos preferiblemente con antipsicóticos de segunda generación.[4]
B	Un episodio de depresión mayor en la fase estable de la esquizofrenia es una indicación de tratamiento con un fármaco antidepresivo.[2]
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.[4]

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

7.3.5. Pacientes sin hogar

La prevalencia de esquizofrenia entre los pacientes sin hogar varía, según los estudios y los contextos, de un 2 a un 43%; en España varía de un 18 a un 26%.[237]

Entre los pacientes con esquizofrenia, los factores de riesgo de quedarse sin hogar después del alta hospitalaria pueden ser, según un estudio longitudinal: comorbilidad con trastorno por uso de sustancias, persistencia de síntomas psiquiátricos -por ejemplo, BPRS > 40- y función global disminuida -por ejemplo, GAS < 43- (nivel de evidencia científica III).[238]

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

B	Se recomienda hacer un seguimiento de los pacientes después del alta hospitalaria y prestar especial atención a la comorbilidad por uso de sustancias, a los síntomas psiquiátricos y a la función global para prevenir el riesgo de que se queden sin hogar.[47]

En cuanto a la asistencia clínica de los pacientes sin hogar, aunque no existe suficiente evidencia científica que evalúe la eficacia de las intervenciones, y a la espera de que se lleven a cabo los estudios pertinentes, se recoge en esta GPC lo esgrimido anteriormente por otros estudios.[47]

C	Para los pacientes sin hogar y con esquizofrenia se recomiendan tratamiento y apoyo en la transición a la vivienda.[47]

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

8. Red asistencial para la atención a los pacientes con esquizofrenia, dispositivos, programas y servicios

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Como se ha señalado en la introducción, el objetivo de esta GPC es ofrecer unas recomendaciones sobre las actuaciones diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación para aquellas personas que padecen esquizofrenia o trastorno psicótico incipiente y que resulten aplicables desde los dispositivos de salud mental del Sistema Nacional de Salud.

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

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

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

La red sanitaria general ofrece desde su primer escalón con la atención primaria de salud el punto inicial para la detección precoz y la derivación a los servicios especializados, pero también el ámbito idóneo para una continuidad de atención del estado general del paciente y de acompañamiento a las familias. Sería recomendable consensuar entre ambos niveles sanitarios, primario y especializado, unos criterios de derivación, interconsulta y coordinación. Ello permitiría, además, desarrollar de forma progresiva una mayor integración de la atención a la salud mental y una corresponsabilización en la atención a los pacientes.

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

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

Estas redes acostumbran a incluir dispositivos de tratamiento ambulatorio u hospitalarios, en la forma de centros de salud mental, hospitalización completa para pacientes agudos y subagudos, hospitalización en régimen de comunidad terapéutica, hospitalización de media y larga estancia o de rehabilitación hospitalaria, unidades de hospitalización parcial como hospitales de día, servicios de urgencias y servicios de rehabilitación psicosocial,

residencias psiquiátricas y pisos asistidos. Estos dispositivos, a su vez, presentan diferencias cuando acogen a poblaciones de edad infantil y juvenil, adulta o geriátrica.

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

Los principales ámbitos de intervención especializada que atienden a pacientes con trastorno psicótico incipiente o con esquizofrenia reúnen los dispositivos siguientes:

- **Centros de Salud Mental (CSM)**: son el ámbito habitual de tratamiento de los pacientes con trastornos psicóticos incipientes o con esquizofrenia en la comunidad, en sus diferentes fases y momentos del trastorno. Para ello, es necesario que los CSM dispongan de los recursos necesarios para desarrollar los programas y las intervenciones necesarias adaptadas a cada situación. Asimismo, es necesario que identifiquen el plan terapéutico individual de cada paciente y articulen y coordinen sus intervenciones con los restantes profesionales y servicios que participan en los cuidados del mismo, tanto de forma simultánea como sucesiva.
- **Hospitalización total (Unidad de agudos, subagudos, comunidad terapéutica)**: suele estar indicada para aquellos pacientes en que se valora un riesgo grave de daño contra sí mismos o contra otras personas, o que presentan una desorganización tan intensa o sufren tal influencia de delirios o alucinaciones que no son capaces de cuidar de sí mismos y necesitan una supervisión constante. Debe intentarse la hospitalización voluntaria de estos pacientes. Si se niegan a ello, pueden ser hospitalizados de manera no voluntaria si su estado cumple los criterios establecidos para un ingreso involuntario según las normas legales vigentes.

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

  En función de la fase evolutiva, de la evaluación clínica, del riesgo detectable y del plan terapéutico, se deberá optar por la fórmula de hospitalización que resulte más adecuada.
- **Hospitalización parcial** (**Hospital de día**): puede utilizarse como alternativa inmediata a la hospitalización total para aquellos pacientes con trastorno psicótico incipiente o fases agudas que no presentan un riesgo para sí mismos o para otros y que pueden responder favorablemente a una atención ambulatoria intensiva. También puede ser una indicación en la fase de recuperación del primer episodio o en la de estabilización después de un episodio agudo, como medida en la prevención de recaídas o para el inicio de procesos de tratamiento en pacientes con necesidades elevadas de cuidados ambulatorios.
- **Servicios de rehabilitación comunitaria:** los servicios de rehabilitación comunitaria, servicios psicosociales y centros de día constituyen una indicación para todos aquellos pacientes que requieren intervenciones rehabilitadoras y facilitadoras de la integración psicosocial en la comunidad, adaptadas a cada una de las fases del trastorno. Estas intervenciones deberán integrarse dentro de un mismo plan terapéutico individualizado y realizarse coordinadamente con las de otros profesionales y servicios.

Han transcurrido más de cinco años desde la publicación de esta guía de práctica clínica y su vigencia no ha sido revisada.

- **Modalidades de atención y seguimiento intensivo en la comunidad**: estas intervenciones de GC y TAC, de mayor intensidad asistencial, están indicadas para aquellos pacientes que se encuentran desvinculados de los servicios asistenciales o que presentan notables dificultades para su vinculación y el mantenimiento de una continuidad de cuidados. Estas modalidades de intervención han tenido un menor desarrollo en nuestro sistema a pesar de la evidencia científica que recomienda su utilización, seguramente por la dificultad que supone crear nuevas gamas de dispositivos adaptados a nuestro entorno asistencial. Sin embargo, aspectos básicos de la filosofía de la GC y del TAC se han incorporado a los programas de atención comunitaria dirigidos a la psicosis incipiente y a la esquizofrenia en los centros de salud mental, bien sea con el diseño de programas de continuidad de cuidados con un marcado acento asertivo o con la incorporación de profesionales que realizan tareas de GC.

En las tablas siguientes se resumen los objetivos, dispositivos e intervenciones de salud mental indicados para cada una de las fases del trastorno psicótico incipiente y de la esquizofrenia.

Tabla 10. Prestaciones de salud mental según fases precoces de las psicosis: objetivos terapéuticos, dispositivos e intervenciones

Fase	Objetivos	Dispositivos	Intervenciones
EMAR	Evitar, demorar o minimizar el riesgo de transición a psicosis Tratar síntomas y disfunciones presentes	Centros de salud mental: programa de atención específica al trastorno psicótico incipiente	Diagnóstico, evaluación y plan terapéutico Tratamiento farmacológico sintomático (no antipsicótico) Intervenciones psicosociales individual, familiar y apoyo a la recuperación
Primer episodio psicótico	Reducir la sintomatología psicótica y asociada Impedir el daño Conseguir la recuperación funcional Introducir la idea de trastorno Transmitir esperanza Proporcionar relación terapéutica	Centros de salud mental: programa de atención específica al trastorno psicótico incipiente Hospital de día Hospitalización de agudos Servicios de urgencias Servicio de rehabilitación	Diagnóstico, evaluación y plan terapéutico Tratamiento farmacológico Intervenciones psicosociales individual, familiar y apoyo a la recuperación Educación sanitaria y psicoeducación
Recuperación del primer episodio	Apoyar la adherencia al tratamiento Conseguir la recuperación funcional y la inserción Tratar problemas asociados	Centros de salud mental: programa de atención específica al trastorno psicótico incipiente Hospital de día Servicio de rehabilitación	Evaluación continuada y adaptación del plan terapéutico Tratamiento farmacológico Intervenciones psicosociales individual, familiar y apoyo a la recuperación Educación sanitaria y psicoeducación Rehabilitación e inserción: habilidades sociales, rehabilitación cognitiva y laboral, apoyo a la inserción comunitaria

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Tabla 11. Prestaciones de salud mental según fases de la esquizofrenia: objetivos terapéuticos, dispositivos e intervenciones

Fase	Objetivos	Dispositivos	Intervenciones
Aguda	Disminuir/suprimir síntomas agudos Prevenir daños Conseguir la recuperación funcional	Centros de salud mental Hospitalización de agudos Hospitalización de día Servicios de urgencias	Diagnóstico, evaluación y plan terapéutico Tratamiento farmacológico Intervenciones psicosociales individual, familiar y apoyo a la recuperación
Estabilización	Lograr una disminución continuada de síntomas Mejorar la adaptación comunitaria Dar apoyo para la disminución del estrés sufrido Consolidar la remisión y disminuir la posibilidad de recidivas	Centros de salud mental Hospitalización de día Comunidad terapéutica Hospitalización de subagudos Hospitalización de media y larga estancia/ unidades hospitalarias de rehabilitación Servicios de rehabilitación	Diagnóstico, evaluación y plan terapéutico Tratamiento farmacológico Intervenciones psicosociales individual, familiar y apoyo a la recuperación Educación sanitaria y psicoeducación
Estable	Mantener la reducción sintomática Disminuir el riesgo de recaídas y detección precoz Apoyar la adaptación funcional y comunitaria Mejorar la calidad de vida	Centros de salud mental Servicio de rehabilitación Clubs sociales Servicios de inserción laboral Pisos asistidos Residencias psiquiátricas	Evaluación continuada y adaptación del plan terapéutico Tratamiento farmacológico Intervenciones psicosociales individual, familiar y apoyo a la estabilidad Educación sanitaria y psicoeducación Habilidades sociales Rehabilitación cognitiva Rehabilitación laboral Apoyo a la inserción comunitaria Apoyo domiciliario Apoyo a la vivienda

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

La existencia de dos grandes fases en el trastorno psicótico incipiente y la esquizofrenia, y la diversidad de dispositivos, programas y servicios que intervienen en el diagnóstico/evaluación, tratamiento y rehabilitación/inserción de estos trastornos plantean el problema de la continuidad asistencial y de la articulación y coordinación de los diferentes recursos asistenciales.

Una línea de respuesta a este problema es el diseño de programas longitudinales de coordinación de dispositivos y servicios, así como la implementación de programas transversales que organizan las prestaciones. Tanto en un caso como en otro se trata de garantizar unos mínimos exigibles en cuanto a la calidad asistencial en el tratamiento de personas con trastorno psicótico incipiente y esquizofrenia, y asegurar la continuidad de cuidados y la articulación de las intervenciones.

Los programas longitudinales deben garantizar fundamentalmente la continuidad asistencial entre dispositivos, y muy particularmente entre el ámbito ambulatorio y el hos-

pitalario, con el fin de evitar la interrupción de los tratamientos en curso y la desvinculación de pacientes de la red asistencial. Deben asegurar también la transmisión de la información diagnóstica, clínica y terapéutica relevante.

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

Algunos de los programas que intentan alcanzar dichos objetivos contemplan distintas fases evolutivas como, por ejemplo, las fases precoces de las psicosis o las distintas fases más avanzadas del trastorno esquizofrénico. También se han contemplado programas que parten de las especiales dificultades para la vinculación con los dispositivos o de la mayor gravedad clínica en condiciones ambulatorias, como ocurre con los programas de tratamiento asertivo comunitario o de gestión de casos.

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

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia ha sido revisada.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

9. Difusión e implementación

9.1. Difusión

Como ya se hizo en la anterior edición, se llevará a cabo una divulgación por correo dirigida a los profesionales interesados, actos públicos de presentación de la GPC y comunicaciones a congresos. Será necesario ponerse en contacto con los servicios de salud mental de las diferentes comunidades autonómicas y con las sociedades científicas correspondientes.

En la estrategia de difusión se preveen las siguientes actuaciones:

- Redacción de notas de prensa enviadas a medios de comunicación tanto generalistas como del ámbito sanitario.
- Envío individual a los profesionales potenciales usuarios de la GPC. Se envía además un formato reducido de la guía y anexos con los algoritmos y esquemas más importantes.
- Presentación ante sociedades científicas y colectivos profesionales considerados como público objetivo.
- Envío de comunicaciones personalizadas a líderes de opinión y expertos, de acuerdo con criterios como volumen de publicaciones en revistas científicas, presidencia de sociedades científicas, miembros del comité de expertos de revistas biomédicas, miembros de los comités científicos de congresos, etc.
- Distribución de la guía dirigida a personas afectadas de esquizofrenia a grupos y asociaciones de pacientes y familiares.
- Utilización de la GPC en actividades docentes relacionadas con la metodología y el desarrollo de GPC.
- Difusión de la GPC en formato electrónico en las páginas web de la Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, del Departamento de Salud y en las plataformas GuíaSalud, AUNETS y otros portales sanitarios.
- Presentación de la GPC en actividades científicas (jornadas, congresos, reuniones).
- Publicación de la GPC en revistas médicas.

9.2. Determinación de los indicadores de implementación

Los objetivos que se pretenden alcanzar con la implementación de la GPC son los siguientes:

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

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

El indicador diseñado para medir su alcance es el porcentaje de los pacientes con esquizofrenia o con psicosis incipiente atendidos a los que se haya ofrecido tratamiento farmacológico; intervención psicosocial y rehabilitación, de acuerdo con las recomendaciones sugeridas en esta GPC.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

10. Recomendación de investigación futura

- Las conclusiones sobre la eficacia de la **terapia cognitivo-conductual** para la psicosis incipiente son limitadas debido a los diferentes tipos de resultados evaluados y al reducido número de sujetos en la mayoría de estudios, por lo que se constata la necesidad de más investigación en este sentido.
- Las conclusiones sobre la eficacia de la **terapia psicodinámica** son controvertidas. Es necesario realizar más estudios con mayor rigor metodológico.
- Es preciso incrementar la investigación con mayor calidad metodológica, fundamentalmente en áreas como la de la **rehabilitación cognitiva**, ya que la evidencia científica es insuficiente.
- Se manifiesta la necesidad de mayor investigación evaluativa sobre el efecto de las **técnicas expresivas**, en cualquiera de sus modalidades (arteterapia o musicoterapia), y sobre la duracion adecuada de éstas.
- En cuanto al **apoyo en la inserción laboral**, se recomienda mayor investigación centrada en analizar las variables predictoras de éxito de la inserción laboral (predictores modificables versus no modificables), así como realizar estudios con población psicótica de mayor edad y características determinadas (p. ej. género femenino). También es necesario realizar investigaciones en los propios contextos sociolaborales, ya que se trata de un factor que puede incidir de forma determinante en la eficacia de las intervenciones, tanto clínicas como económicas.
- Se constata la necesidad de promover investigación sobre los beneficios del tratamiento con **equipos de atención precoz**, en los que estén más definidas las modalidades de intervención utilizadas.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Anexos

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Anexo 1. Tablas con los niveles de evidencia científica y grados de las recomendaciones

Las definiciones de los niveles de evidencia científica (tabla 1) utilizadas en esta GPC son las de la US Agency for Health Care Policy and Research (ahora, US Agency for Healthcare Research and Quality),[239] y la clasificación de las recomendaciones es la que la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) propuso a partir de los anteriores niveles (tabla 2).[240]

Tabla 1. Niveles de evidencia científica

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

Tabla 2. Grados de las recomendaciones

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

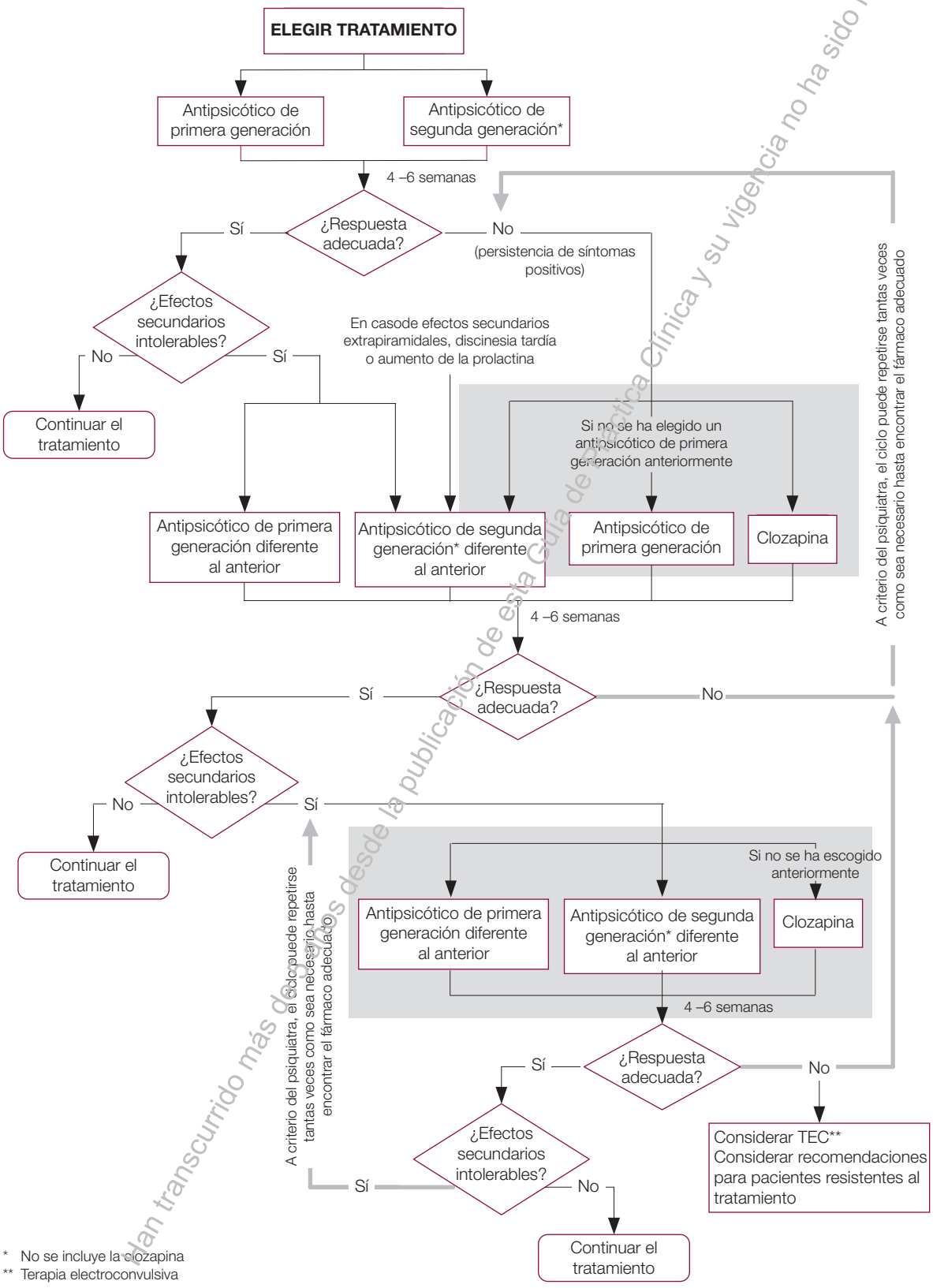
EC: Evidencia científica

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Anexo 2. Figuras y tablas

Figura 1. Algoritmo de intervención farmacológica



* No se incluye la clozapina
** Terapia electroconvulsiva

Han transcurrido más de cinco años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Tabla 3. Antipsicóticos depot*

Fármaco	Dosis mínima eficaz I.M.	Duración (días)	Dosis habitual
Acetato de zuclopentixol	50 mg	3 días	1-3 ml (1 ml = 50 mg)
Decanoato de flufenacina	12,5 mg	10 días	0,5-2 ml (1 ml = 25 mg)
Decanoato de haloperidol	50-60 mg	15 días	1-6 ml (1 ml = 50 mg)
Decanoato de zuclopentixol	100 mg	15 días	1-2 ml (1 ml = 200 mg)
Palmitato de pipotiacina	50 mg	15 días	2-6 ml (1 ml = 25 mg)
Risperidona de liberación prolongada	25-50 mg	14 días	50 mg

*Adaptada de Chinchilla[78] y GPT[73].

Tabla 4. Posología recomendada para adultos de los antipsicóticos de primera generación (convencionales)

Antipsicótico (Agente)	Posología de inicio	Aumento gradual de dosis	Intervalo posológico habitual	Dosificación máxima
Clorpromazina, Hidrocloruro de	25 mg 3 veces al día (o 75 mg por la noche) En inyección intramuscular profunda 25-50 mg cada 6-8 h (para el alivio de los síntomas agudos; no obstante, véanse Precauciones y Efectos adversos)	Ajustar hasta una dosis habitual de mantenimiento de 75-300 mg/día según la respuesta (no obstante, en la psicosis se precisa hasta 1 g/día)	Dosis habitual de mantenimiento de 75-300 mg/día según la respuesta	1 g/día
Clotiapina	Inicialmente, 120-160 mg/día en varias tomas			360 mg/día
Haloperidol	Empezar con 1,5-3 mg 2-3 veces al día [0,5-2 mg/8-12 h] o 3-5 mg 2-3 veces al día si el paciente tiene un trastorno grave o rebelde En la esquizofrenia refractaria se pueden precisar hasta 30 mg/día En inyección intramuscular o intravenosa: empezar con 2-10 mg. Los pacientes con trastornos graves precisan a veces una dosis inicial de hasta 18 mg	Ajustar la dosis de mantenimiento a la mínima eficaz (tan baja como 5-10 mg/día) según la respuesta. En inyección intramuscular o intravenosa: continuar cada 4-8 h según la respuesta		En inyección intramuscular o intravenosa: 18 mg/día

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Levomepromazina	Empezar con 25-50 mg/día, en varias tomas En pacientes que deben guardar cama: empezar con 100-200 mg/día, generalmente en tres tomas	Aumentar según la necesidad En pacientes que deben guardar cama: aumentar, si procede, hasta 1 g/día		
Perfenazina	Empezar con 4 mg tres veces al día	Ajustar según la respuesta		24 mg/día
Periciazina	Empezar con 75 mg/día, repartidos en varias tomas	Aumentar cada semana en etapas de 25 mg, según la respuesta		300 mg/día
Pimozida	Empezar con 2 mg/día	Aumentar en intervalos no menores de 1 semana en etapas de 2-4 mg, según respuesta	Intervalo posológico habitual: 2-20 mg/día	
Sulpirida	200-400 mg dos veces al día En inyección intramuscular: 600-800 mg/día (durante 15-20 días)			800 mg/día, si predominan los síntomas negativos y 2,4 g/día, si predominan los positivos
Tioproperazina	Por regla general, 30-40 mg/día, en 3-4 tomas			
Trifluoperazina	Empezar con 5 mg dos veces al día o 10 mg/día de una forma de liberación modificada	Aumentar en 5 mg al cabo de 1 semana y, después, en intervalos de tres días, según la respuesta		
Zuclopentixol, Acetato de	En inyección intramuscular profunda en el músculo glúteo o en la cara externa del muslo: 50-150 mg	Repetir si es necesario a los 2-3 días (se puede necesitar otra dosis 1-2 días después de la primera inyección)	Si se precisa tratamiento de mantenimiento cambiar a un antipsicótico por vía oral 2-3 días después de la última inyección o a un antipsicótico de acción más prolongada en inyección (depot), que se administra al mismo tiempo que la última inyección del acetato de zuclopentixol	Dosis acumulativa de 400 mg por ciclo y número máximo de inyecciones de 4. Duración máxima del tratamiento de 2 semanas
Zuclopentixol, dihidrocloruro de	Comenzar con 20-30 mg/día, en varias tomas	Aumentar hasta 150 mg/día si procede	Dosis habitual de mantenimiento de 20-50 mg/día	Aumentar hasta 150 mg/día si procede

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Tabla 5. Tabla comparativa de intervalos de posología habitual para adultos de los antipsicóticos de primera generación (convencionales)

Antipsicótico (Agente)	GPT[73]	APA[4]	Canadian[2]	WFSBP[76]		PORT[40]	RTM-III[77]	Chinchilla[78]
				1er episodio	múltiples episodios			
Clorpromazina, Hidrocloruro de	Dosis habitual de mantenimiento de 75-300 mg/día según la respuesta	300-1000 mg/día		300-500 mg/día	300-1000 mg/día	300-600 mg/día	25-2000 mg/día	300-1500 mg
Clotiapina	Inicialmente, 120-160 mg/día en varias tomas Dosis máx. 360 mg/día	—					40-160 mg/día	100-200 mg
Haloperidol	Ajustar la dosis de mantenimiento a la mínima eficaz (tan baja como 5-10 mg/día) según la respuesta	5-20 mg/día		1-4 mg/día	3-15 mg/día	6-12 mg/día	1-50 mg/día	5-30 mg
Levomepromazina	Empezar con 25-50 mg/día, en varias tomas Aumentar según la necesidad	—					25-1500 mg/día	100-300 mg
Perfenazina	Empezar con 4 mg 3 veces al día. Ajustar según la respuesta, 24 mg/día como máx.	16-64 mg/día		6-36 mg/día	12-42 mg/día	30-60 mg/día	4-64 mg/día	30-150 mg
Periciazina	Empezar con 75 mg/día, repartidos en varias tomas. Aumentar cada semana en etapas de 25 mg, según la respuesta. Dosis diaria máxima habitual: 300 mg/día	—					—	—
Pimozida	Intervalo posológico habitual: 2-20 mg/día	—		1-4 mg/día	2-12 mg/día		2-20 mg/día	4-12 mg
Sulpirida	200-400 mg 2 veces al día En inyección intramuscular: 600-800 mg/día (durante 15-20 días). 800 mg/día como máximo, si predominan los síntomas negativos y 2,4 g/día, si predominan los positivos	—					400-2000 mg/día	400-600 mg

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Antipsicótico (Agente)	GPT[73]	APA[4]	Canadian[2]	WFSBP[76]		PORT[40]	RTM-III[77]	Chinchilla[78]
				1er episodio	múltiples episodios			
Tioproperazina	Por regla general, 30-40 mg/día, en 3-4 tomas						30-120 mg/día	—
Trifluoperazina	Empezar con 5 mg 2 veces al día o 10 mg/día de una forma de liberación modificada. Aumentar en 5 mg al cabo de 1 sem. y, después, en intervalos de tres días, según la respuesta	15-50 mg/día				15-30 mg/día	2-40 mg/día	15-25 mg
Zuclopentixol, Acetato de	Si se precisa tratamiento de mantenimiento, cambiar a un antipsicótico por vía oral 2-3 días después de la última inyección o a un antipsicótico de acción más prolongada en inyección (depot), que se administra al mismo tiempo que la última inyección del acetato de zuclopentixol	—						
Zuclopentixol, dihidrocloruro de	Dosis habitual de mantenimiento de 20-50 mg/día	—		2-10 mg/día	25-50 mg/día			

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Tabla 6. Posología recomendada para adultos de los antipsicóticos de segunda generación (atípicos)*

Antipsicótico (Agente)	Posología de inicio	Aumento gradual de dosis	Intervalo posológico habitual	Dosificación máxima
Amisulprida			400-800 mg/día, en dos tomas	1,2 g/día
Aripiprazol			10-15 mg/día	30 mg/día
Clozapina	Primer día: 12,5 mg, 1 o 2 veces/día Segundo día: 25-50 mg	Etapas de 25-50 mg/día durante 14-21 días hasta 300 mg/día repartidos en varias tomas	200-450 mg/día	900 mg/día
Olanzapina	Vía oral: 10 mg/día Inyección intramuscular: 5-10 mg seguidos de 5-10 mg a las dos horas, si procede	Vía oral: ajustado hasta intervalo habitual	Vía oral:5-20 mg/día Inyección intramuscular: 10 mg	Vía oral: > 10 mg/día sólo se administrará tras una revisión (20 mg/día como máx.)
Paliperidona	Inicio: 3 mg/día, 1 vez al día.	Aumentar según respuesta clínica o tolerabilidad	3-12 mg/día	12 mg/día
Quetiapina	Primer día: 25 mg 2 veces/día	Segundo día: 50 mg 2 veces/día Tercer día: 100 mg 2 veces/día Cuarto día: 150 mg 2 veces/día	300-450 mg/día repartidos en 2 tomas	750 mg/día
Risperidona	Primer día: 2 mg en 1-2 veces/día Segundo día: 4 mg en 1-2 veces/día		4-6 mg/día	> 10 mg/día sólo están justificadas si el beneficio excede el riesgo (16 mg/día como máximo)
Sertindol	4 mg/día	4 mg, en intervalos de 4-5 días	12-20 mg, en una sola toma diaria	24 mg/día
Ziprasidona	Inyección intramuscular: 19-20 mg seguidos de 10 mg/2 h		Vía oral: 40 mg 2 veces /día	Vía oral: 80 mg 2 veces/día Inyección intramuscular: 40 mg/día (máximo 3 días consecutivos)

*Adaptada de la GPT[73]

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Tabla 7. Tabla comparativa de intervalos de posología habitual para adultos de antipsicóticos de segunda generación (atípicos)

Antipsicótico (Agente)	GPT[73]	APA[4]	Canadian[2]	WFSBP[76]		PORT[40]	RTM-III[77]	Chinchilla[78]
				1er episodio	múltiples episodios			
Amisulprida	400-800 mg/día, en dos tomas	__		100-300 mg/día	400-800 mg/día			200-800 mg/día
Aripiprazol	10-15 mg/día	10-30 mg/día		15-(30) mg/día	15-30 mg/día	10-30 mg/día		10-30 mg/día
Clozapina	200-450 mg/día	150-600 mg/día	300-600 mg/día	100-250 mg/día	200-450 mg/día	150-600 mg/día	100-900 mg/día	200-600 mg/día
Olanzapina	Vía oral: 5-20 mg/día Inyección intramuscular: 10 mg	10-30 mg/día	10-20 mg/día	5-15 mg/día	5-20 mg/día	10-20 mg/día	5-30 mg/día	10-30 mg/día
Quetiapina	300-450 mg/día repartidos en 2 tomas	300-800 mg/día	600 mg/día	300-600 mg/día	400-750 mg/día	300-750 mg/día		600-1500 mg/día
Risperidona	4-6 mg/día	2-8 mg/día	Vía oral: 2-6 mg/día IM*: 25-37,5 cada 2 semanas	1-4 mg/día	3-6-(10) mg/día	2-8 mg/día	1-18 mg/día	6-12 mg/día
Sertindol	12-20 mg, en una sola toma diaria	__						8-24 mg/día
Ziprasidona	Vía oral: 40 mg 2 veces /día	120-200 mg/día		40-80 mg/día	80-160 mg/día	120-160 mg/día		120-240 mg/día

* IM= Intramuscular

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

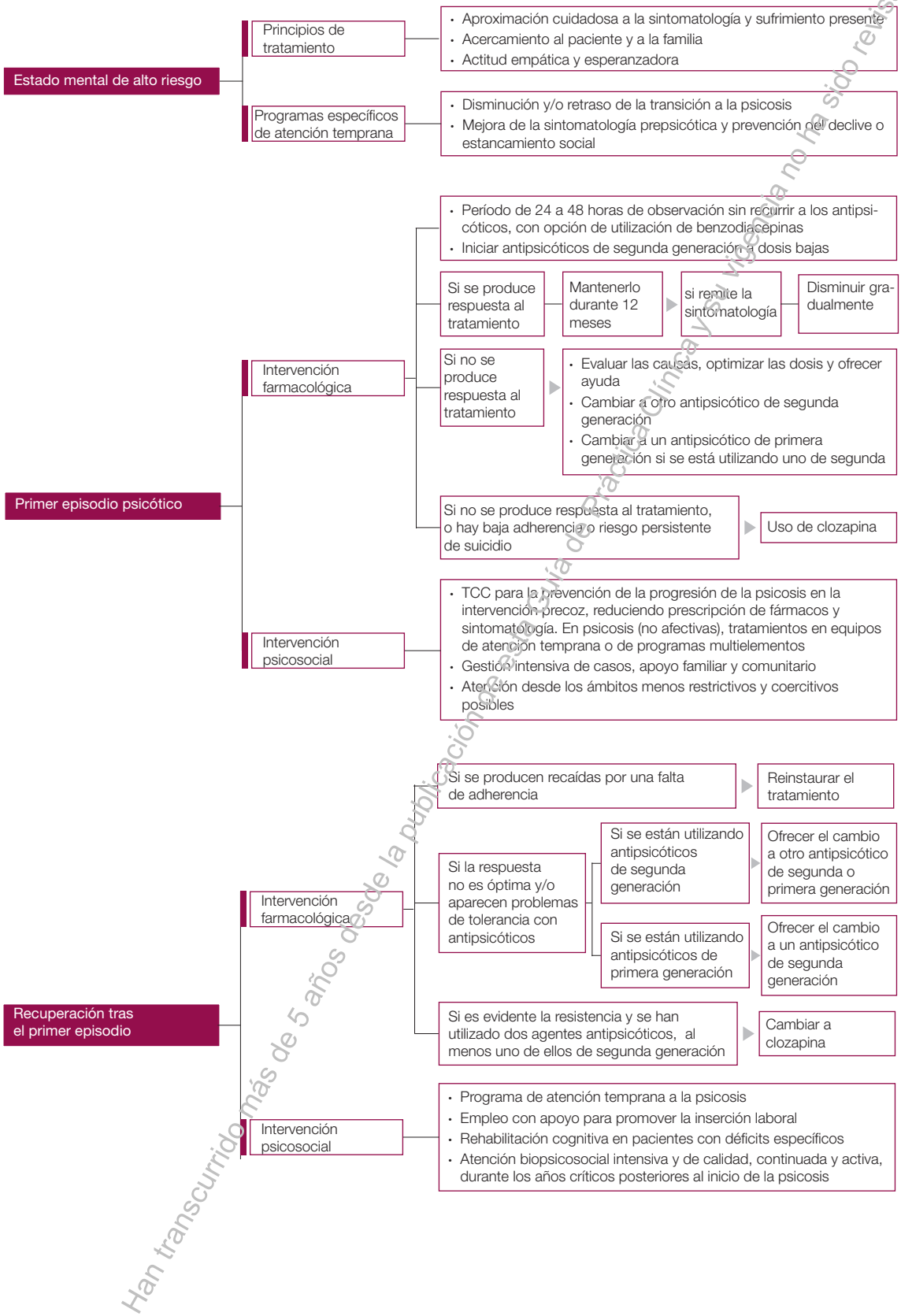
Tabla 8. Control del paciente en tratamiento con clozapina*

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

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

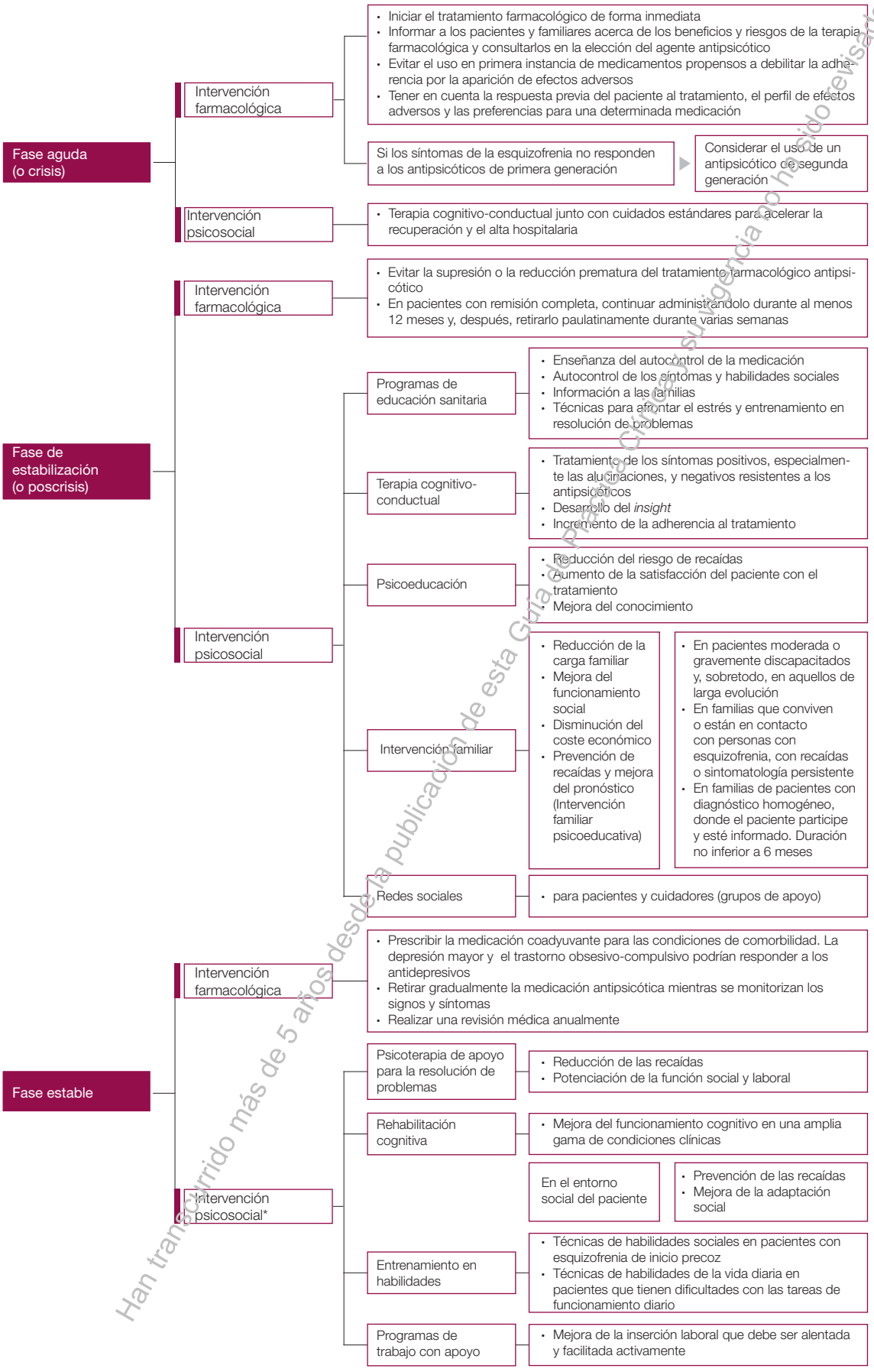
Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Figura 2. Esquema de intervenciones según las fases de la psicosis incipiente



Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Figura 3. Esquema de intervenciones según las fases de la esquizofrenia



Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica en el SNS y su vigencia no ha sido revisada.

* Las intervenciones psicosociales efectivas en la fase de estabilización también lo son en la fase estable

Anexo 3. Información para pacientes



Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.



Esta guía 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, en el marco de colaboración previsto en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud.

Autores

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

Esta guía está dirigida a personas afectadas por la esquizofrenia y forma parte del documento:

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fòrum de Salut Mental, coordinación. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. 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. Dicho documento se puede consultar en el catálogo de guías en el Sistema Nacional de Salud de GuíaSalud (www.guiasalud.es) y en el sitio web de la AATRM (www.aatrm.net)

Agradecimientos

Los autores quieren agradecer la colaboración como revisores externos de este documento a la Asociación de Usuarios de Salud Mental (ADEMM).

Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques

fòrum salut mental

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Han transcurrido más de 4 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Esta guía debe citarse de la forma siguiente:
Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Convivir con la esquizofrenia. Guía dirigida a personas afectadas por la esquizofrenia. 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.

Este documento se puede consultar en el catálogo de guías en el Sistema Nacional de Salud de GuíaSalud (www.guiasalud.es) y en el sitio web de la AATRM (www.aatrm.net)

Edición: 1ª edición marzo 2009

Edita: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Cataluña
Roc Boronat, 81-95
08005 Barcelona
www.aatrm.net

Ilustraciones: Aïda Font, Orange bcn s.c.p.

Diseño gráfico: Joana López Corduente

Depósito Legal: B-19.081-2009

© Ministerio de Sanidad y Consumo
© Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques
© Fòrum de Salut Mental

Índice

PRESENTACIÓN 7

LA ESQUIZOFRENIA 11

¿Qué es la esquizofrenia? 11
¿Quién la padece? 12
¿Qué provoca esquizofrenia? 12
¿Se cura? 12
Los primeros síntomas 13
El mundo de la esquizofrenia 14
Evolución del trastorno 14
El diagnóstico 15
¿Se puede hacer prevención? 15

EL TRATAMIENTO 16

Tratamiento médico 17
Tratamiento psicosocial 20
Momentos de dificultad en la vida de las personas afectadas por este trastorno 22
¿Dónde se realiza el tratamiento? 22
Afrontar la esquizofrenia 23
¿Y el futuro? 24

TERMINOLOGÍA 25

DÓNDE ENCONTRAR MÁS INFORMACIÓN Y APOYO 26

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

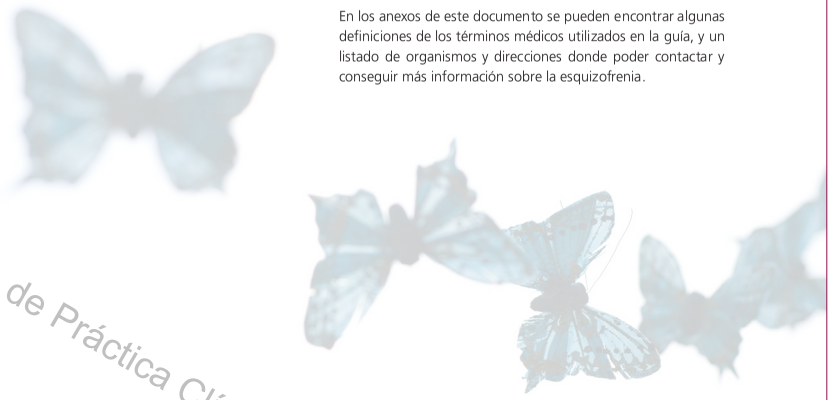
Presentación

Esta guía está dirigida a personas afectadas de esquizofrenia, y a sus familias, amigos o personas con las que se relacionan.

Está basada en las recomendaciones de la *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente,* realizada conjuntamente por el Fòrum de Salut Mental y la Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques.

El objetivo es informar y ayudar a las personas que padecen este trastorno a fin de conocerlo mejor y ser parte implicada en su tratamiento y proceso de recuperación. El documento explica en qué consiste el trastorno, cuáles son los síntomas que lo definen, cuál es su evolución, qué tratamientos e intervenciones hay disponibles, y hace recomendaciones basadas en los resultados de la investigación existente.

En los anexos de este documento se pueden encontrar algunas definiciones de los términos médicos utilizados en la guía, y un listado de organismos y direcciones donde poder contactar y conseguir más información sobre la esquizofrenia.



Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

GUÍA ESQUIZOFRENIA

CONVIVIR CON LA ESQUIZOFRENIA

Guía dirigida a personas afectadas por la esquizofrenia



Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

La esquizofrenia



¿Qué es la esquizofrenia?

La esquizofrenia es un trastorno mental que se encuentra dentro del grupo de los llamados trastornos psicóticos. Las personas afectadas de esquizofrenia pueden presentar una grave distorsión en el pensamiento, la percepción y las emociones, manifiestan pérdida de contacto con la realidad y experimentan alucinaciones (fenómeno en el que las personas escuchan y/o sienten cosas que los otros no escuchan ni sienten).

Las personas que padecen esquizofrenia también manifiestan otros síntomas, como los delirios, en que se tienen ideas extrañas que no se ajustan a la realidad o al consenso social. Además, sus emociones se ven afectadas con pérdida de hábitos e interés, aislamiento social, depresión y/o irritabilidad.

Las personas con esquizofrenia pueden presentar una grave distorsión en el pensamiento y las emociones

No hay ningún síntoma que, por sí mismo, sea característico de este trastorno, ni todas las personas afectadas muestran todos y cada uno de los síntomas descritos.

¿Quién la padece?

Cualquier persona puede padecer esquizofrenia, y se da de manera similar en hombres y mujeres.

El inicio del trastorno se produce a menudo durante la adolescencia –incluso en la infancia- o al principio de la edad adulta. En los hombres parece que empieza a una edad más precoz.

¿Qué provoca esquizofrenia?

Una combinación de factores crea predisposición hacia el trastorno

No se conoce qué provoca la esquizofrenia, pero las investigaciones indican que tiene que ver con una combinación de factores genéticos y ambientales que crean un estado de vulnerabilidad en la persona y una predisposición a desarrollar el trastorno si se dan circunstancias facilitadoras para ello.

¿Se cura?

La esquizofrenia se puede tratar y, así, conseguir una mayor calidad de vida

Puede tener diversas evoluciones, entre ellas la remisión total. El trastorno también puede progresar a largo plazo con remisiones y exacerbaciones. Sin embargo, mucho se conoce ya sobre las posibilidades de tratamiento para las personas que padecen esquizofrenia a fin de poder mejorar su calidad de vida.

La remisión y estabilización del trastorno permite a los pacientes desarrollar una vida autónoma pudiendo asumir responsabiliades familiares y laborales.

Una persona vulnerable al trastorno debe estar alerta a los factores que pueden desencadenar una crisis, a fin de intentar evitarla o de minimizar sus efectos. Es importante que en los momentos de inicio de una crisis pueda movilizar los recursos de ayuda: familia, profesionales, etc.

Los primeros síntomas

Antes de una crisis, las personas afectadas experimentan habitualmente cambios peculiares en el comportamiento, en la percepción y en el estado de ánimo. La presencia de estos síntomas puede causar cierto desconcierto, sobre todo en la familia.

Los síntomas pueden variar mucho entre personas pero pueden identificarse por ser cambios en el comportamiento habitual hasta aquel momento. Algunos de los síntomas son:

- Cambios en la actividad habitual (trabajo, escuela...), en los hábitos diarios (alteraciones en la alimentación, higiene personal), en el ritmo de sueño y vigilia.
- Aislamiento social, actitudes suspicaces o reticentes.
- Creencias no usuales y/o obsesiones.
- Cambios en la percepción (alucinaciones).

Si la persona se siente diferente o ve que hay cambios importantes en su comportamiento habitual es importante ir al médico para que pueda hacer un diagnóstico adecuado de lo que le está pasando

Estos cambios antes de una crisis se llaman pródromos y alertan que alguna cosa no va bien, ayudando a prevenir las crisis, o bien, afrontándolas. Hay que decir que la presencia de pródromos no implica necesariamente que se acabe desarrollando esquizofrenia o que se vaya a tener una recaída.



Es importante que en los momentos de inicio de una crisis pueda movilizar los recursos de ayuda (familia, amigos, profesionales, etc.)

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

El mundo de la esquizofrenia



Las personas que padecen un trastorno esquizofrénico presentan diferentes tipos de síntomas, no obstante, ninguno es específico de la esquizofrenia.

Los síntomas característicos de la esquizofrenia se clasifican en tres categorías: positivos, negativos y de desorganización.

- Los síntomas positivos añaden algo a la vida de las personas, como son las alucinaciones y los delirios (añaden alteraciones en las percepciones).
- Los síntomas negativos son aquellos que se producen por defecto, como la pérdida de hábitos e intereses, apatía, tendencia al aislamiento, dificultad de atención.
- Los síntomas de la desorganización son aquellos que afectan al pensamiento, que puede estar alterado (conducta y/o habla desorganizada, falta de atención).

Todos estos síntomas pueden comportar diversos grados de discapacidad, ya que en ocasiones afectan las posibilidades de la persona para llevar una vida autónoma (capacidad de trabajo, relaciones o vínculos emocionales).



Evolución del trastorno

La evolución del trastorno es variable

La aparición de la esquizofrenia puede ser gradual o bien puede presentarse de pronto, súbitamente. Por otro lado, su evolución es variable, suele desarrollarse alternando períodos de crisis (fase aguda) con momentos estables o de remisión total o parcial de los síntomas (fase estable). Entre estos dos estados, puede haber períodos donde se reduzca la intensidad de los síntomas, que pueden durar unos seis meses después de una crisis (fase de estabilización).

El diagnóstico

Para diagnosticar la esquizofrenia un especialista en salud mental (psiquiatra o psicólogo) debe realizar un estudio clínico de los síntomas que padece el paciente desde hace algún tiempo, una vez el médico de familia lo haya derivado. Además, se realizarán pruebas de laboratorio y/o complementarias para descartar otras enfermedades o el uso de sustancias tóxicas.

Es importante que la persona afectada explique todos los cambios que está sufriendo, a fin de que el especialista pueda realizar un diagnóstico adecuado.

¿Se puede hacer prevención?



Las primeras señales de cambios en el comportamiento habitual pueden alertar de que alguna cosa no va bien y se puede pedir ayuda a los profesionales de la salud. En estos momentos, es importante que se realice un diagnóstico precoz del trastorno.

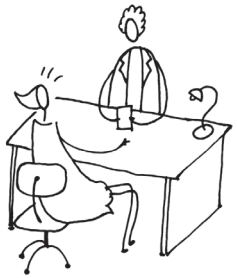
Potenciar los recursos personales, aumentar la tolerancia al estrés, disminuir los factores de tensión psicosocial, mejorar las habilidades para relacionarse... son, junto con tener un buen vínculo terapéutico que permita implementar el tratamiento oportuno, los principales elementos de prevención de la aparición de una crisis.

Esta prevención se incrementa si se mantiene un estilo de vida saludable y estable, y se potencian las capacidades personales y el autocuidado. Hay que fomentar este tipo de factores preventivos del trastorno, así como evitar otros que podrían indicar un mayor riesgo de desestabilización (situaciones de estrés, abandono de la medicación, consumo de drogas, etc.).

Para prevenir las crisis,
el tratamiento es esencial

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

El tratamiento



El abordaje terapéutico de la esquizofrenia es integral, es decir, se realiza de manera global, combinando diferentes tipos de tratamientos: el médico y las terapias psicosociales.

Es importante recibir ayuda lo antes posible y que el equipo asistencial realice un plan de tratamiento, donde el individuo afectado, su familia y las personas con las que se relaciona formen parte activa. En el plan de tratamiento, habrá que tener en cuenta el tipo y el lugar donde se realiza, así como las preferencias de la persona que padece el trastorno y su familia.

Para un mayor detalle sobre la medicación y las intervenciones psicosociales utilizadas actualmente puede consultarse la *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente.*

El abordaje terapéutico de la esquizofrenia es integral, combinando diferentes tipos de tratamiento

Tratamiento médico

La medicación es una parte muy importante para el tratamiento de las personas que padecen un trastorno esquizofrénico. Se ha demostrado su eficacia para atenuar los síntomas en períodos de crisis (episodios agudos), para la prevención de recaídas o para la mejoría de los síntomas entre crisis.

Se han conseguido grandes mejoras con la medicación antipsicótica

Los antipsicóticos son la medicación principal, ya que disminuyen los síntomas y previenen recaídas. Asimismo, otras medicaciones son utilizadas tanto para estabilizar el estado de ánimo como para corregir efectos adversos (medicaciones coadyuvantes).

Hay dos grandes grupos de antipsicóticos:

a. Los llamados antipsicóticos de primera generación o convencionales (el haloperidol, la clorpromazina, la clotiapina, el sulpiride, etc.).
b. Los antipsicóticos de segunda generación o atípicos, más modernos (la clozapina, la olanzapina, la risperidona, el sertindol o la quetiapina, la ziprasidona, el amisulpride y el aripiprazol).

Todos ellos son efectivos en dosis adecuadas para reducir la mayor parte de los síntomas de la esquizofrenia.

FUNCIONAMIENTO DE LA MEDICACIÓN

El tipo de medicación y la dosis adecuada varían de una persona a otra, en función de sus características, el tipo de síntomas que manifiesta, los efectos adversos que pueda tener la medicación, así como sus preferencias. Para un buen funcionamiento del tratamiento, es importante tomar la medicación tal y como ha sido prescrita, sin abandonarla ni cambiar las dosis.



Es importante no abandonar la medicación ni cambiar las dosis prescritas

Es imprescindible mantener una buena comunicación con el médico a fin de informar bien de los síntomas que se padecen, o de las dificultades que puedan observarse. Al mismo tiempo, es necesario que el médico informe sobre los tipos de tratamientos que se pueden realizar y los efectos adversos que éstos pueden producir, incorporando así a la persona afectada a la búsqueda del tratamiento óptimo.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

No todo el mundo responde igual a la medicación. Los antipsicóticos se administran con la dosis que se muestra más efectiva para cada persona. Si no hay una buena respuesta, habrá que encontrar la dosis óptima o probar con otros tipos de antipsicóticos y tratamientos que ayuden a reducir los síntomas.

La investigación ha demostrado que, cuando las personas afectadas muestran resistencia al tratamiento, ha sido efectivo el uso de un antipsicótico de segunda generación, la clozapina.

Para aquellas personas que tienen dificultades en recordar el uso de la medicación diaria, pueden ser útiles las medicaciones llamadas depot. Éstas consisten en antipsicóticos inyectables que mantienen su efecto durante un tiempo (dos o tres semanas), en función del tipo de medicación.

¿QUÉ EFECTOS ADVERSOS PUEDEN PRODUCIRSE?

Si se experimenta cualquier cambio con la medicación, debe informarse al médico para que pueda modificar el medicamento o bien la dosis según las necesidades

La medicación antipsicótica puede producir otros efectos en el organismo de las personas afectadas que son secundarios al beneficio que aportan y que pueden ser tratables.

Es importante que las personas afectadas informen al médico de cualquier cambio que pueda producirse en sus síntomas y los efectos adversos que le produzca la medicación, ya que el médico la modificará y/o adecuará la dosis según sus necesidades.

Entre los efectos adversos más frecuentes destacan los que afectan al sistema nervioso y muscular (extrapiramidales), que incluyen: alteraciones del control del tono muscular (distonía), imposibilidad de mantenerse quieto o sentado (acatisia), temblores (Parkinson), rigidez y debilidad muscular, etc. Otros efectos adversos musculares son los movimientos incontrolables de la boca y la cara (disquinesia tardía).

Otro grupo de efectos son: sedación; aumento de peso; efectos antiadrenérgicos como sequedad de boca, visión borrosa, estreñimiento, taquicardia o retención de orina; efectos anticolinérgicos como deterioro de la memoria y de la cognición, confusión, delirio, somnolencia y alucinaciones; galactorrea (salida espontánea de leche de los pezones), disfunciones sexuales, trastorno del ciclo menstrual (oligomenorrea), etc.

La investigación ha demostrado que todos los antipsicóticos de segunda generación o atípicos causan menos efectos adversos extrapiramidales que los de primera generación o convencionales.

¿ES NECESARIA OTRA MEDICACIÓN?

El médico responsable puede considerar conveniente recetar otros medicamentos que ayuden, junto con los antipsicóticos, a reducir los síntomas de la esquizofrenia. Por ejemplo, estabilizadores del estado de ánimo (como el litio), ansiolíticos (como las benzodiacepinas), antidepresivos o medicamentos que reducen los efectos adversos de los antipsicóticos (como la medicación antiparkinsoniana, anticolinérgicos, etc.).

¿CUÁNTO TIEMPO ES NECESARIO TOMAR LA MEDICACIÓN?

Para que en una crisis el antipsicótico haga efecto suele ser necesario que transcurran entre dos semanas y dos meses. Después, una vez superada la crisis, se reduce la dosis progresivamente hasta conseguir la dosificación adecuada.

Debido al riesgo de recaída rápida después de una crisis, es recomendable no suprimir o reducir prematuramente la medicación. Habrá que acordar con el médico la duración del uso de la medicación que, frente a una primera crisis, normalmente será de uno a dos años. En caso de recaída, se precisarán de dos a cinco años de medicación. Y, aquellos que tienen múltiples episodios, la necesitarán de manera continuada. Sin embargo, el tratamiento y sus dosis deben adaptarse a cada persona.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Tratamiento psicosocial



La terapia psicosocial es el otro elemento clave, junto con la medicación, del tratamiento de la esquizofrenia. Con ella se pretende reducir la vulnerabilidad de la persona que padece esquizofrenia ante las situaciones de estrés, reforzando su adaptación y funcionamiento social, y procurando conseguir la mejor calidad de vida posible.

Para el buen funcionamiento del tratamiento es importante establecer una relación de confianza con el equipo responsable del mismo

Hay diferentes tipos de terapias y la elección de una u otra dependerá tanto de la persona afectada (según sus características, necesidades y preferencias) como de los recursos existentes en un momento dado.

En todos los tipos de terapias es común y fundamental establecer una relación de confianza con el profesional y el equipo responsable del tratamiento.

En un primer momento de crisis, las intervenciones psicosociales, además de informar sobre el trastorno, el tratamiento y el pronóstico, ayudan a identificar y reducir todo aquello que pueda resultar estresante. En un segundo momento de estabilización del trastorno, se recomiendan intervenciones psicológicas que ayuden a:

a. Elaborar el impacto de la crisis.
b. Afrontar los efectos en la identidad, autoestima, vida de relación y proyectos de vida.
c. Recibir apoyo en la resolución de problemas de la vida cotidiana, a través de un vínculo con el terapeuta que fomente la esperanza, la empatía, el optimismo y la estabilidad en el proceso de cuidados.

Las intervenciones también van dirigidas a la familia o a las personas con vínculos significativos con los afectados de esquizofrenia para ayudarles a entender el trastorno y el efecto que pueda tener en algunas de sus conductas.

Posteriormente, en la fase estable o de mantenimiento, el objetivo es avanzar en la mejoría de la calidad de vida de la persona afectada y su familia, promoviendo estrategias de control del trastorno para evitar recaídas, recibiendo el apoyo necesario para afrontar los problemas de la vida cotidiana y fomentando la habilitación o rehabilitación de las capacidades para desarrollar con la mayor autonomía posible las actividades formativas o laborales, de relación o de autocuidado.

EL APOYO A LAS PERSONAS AFECTADAS DE ESQUIZOFRENIA



Las familias o las personas con quien se relacionan los afectados de esquizofrenia son uno de los grandes apoyos para afrontar el trastorno. Es importante la inclusión de estas personas en el tratamiento, ya que pueden ser de gran ayuda para identificar los primeros síntomas en las recaídas, en el acceso y seguimiento del tratamiento o en el apoyo al retorno a las actividades de la vida diaria. Hay que tener en cuenta la opinión de la persona que padece el trastorno sobre cómo se incluye a la familia en el tratamiento.

La intervención familiar, como tratamiento, puede ser de gran ayuda para los familiares o las personas que conviven con los afectados, proporcionando información sobre la esquizofrenia, asesorando sobre los síntomas de ésta, ayudando a disminuir el estrés familiar y mejorando su comunicación. Aportaciones que, sin duda, contribuyen a la recuperación de las personas que padecen de esquizofrenia.

La inclusión de las familias en el tratamiento puede ser de gran ayuda para la persona que padece esquizofrenia y para su recuperación

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Momentos de dificultad en la vida de las personas afectadas por este trastorno

En diferentes momentos de la vida pueden aparecer dificultades relacionadas con el hecho de afrontar los efectos del trastorno o de los problemas de la vida: conflicto en las relaciones o aislamiento, dificultades en los estudios o trabajo, etc. que pueden provocar depresión, ansiedad, abuso de tóxicos, ideas de muerte…

Es importante recurrir a los profesionales de referencia para buscar estrategias que ayuden a afrontar y resolver estas dificultades, y evitar las complicaciones derivadas de prolongar situaciones de sufrimiento.

¿Dónde se realiza el tratamiento?

Las personas que padecen esquizofrenia han de ser atendidas en el entorno menos restrictivo posible. Hay disponibles diferentes ámbitos (lugares) de tratamiento:

a. Tratamiento ambulatorio (centro de salud mental y servicio de rehabilitación).
b. Modalidades de atención y seguimiento intensivo en la comunidad.
c. Hospitalización parcial (hospital de día).
d. Hospitalización total: unidades de agudos y de subagudos.



Ambulatorio



Hospital

La elección de un ámbito u otro de tratamiento depende fundamentalmente de la gravedad, persistencia de los síntomas, y de la capacidad de contención y apoyo que puede ofrecer el entorno. Asimismo, es importante tener en consideración la opinión de la persona afectada y su familia en este aspecto.

Siempre que sea posible, las personas afectadas de esquizofrenia tendrían que ser tratadas en la comunidad, reduciendo al máximo las situaciones de estrés. La modalidad más habitual de tratamiento es el tratamiento ambulatorio. Éste se desarrolla fundamentalmente desde el centro de salud mental y desde los

equipos específicos orientados a la rehabilitación y a la reinserción social (servicios de rehabilitación, servicios de inserción laboral y de apoyo al tiempo libre). En algunos casos, son necesarias intervenciones en el ámbito de la vivienda, sea mediante el apoyo domiciliario o facilitando vivienda alternativa en pisos o residencias. A veces, la hospitalización puede ser necesaria según el tipo de tratamiento que se vaya a hacer, o para ofrecer mayor protección y apoyo a la persona que padece el trastorno.

Las modalidades de atención y seguimiento intensivo en la comunidad van destinadas a aquellas personas con trastornos persistentes y desvinculadas de los servicios asistenciales o con dificultades para recibir una atención continuada. Hay diferentes tipos de intervención como el tratamiento asertivo comunitario (organizado alrededor de un equipo específico) o la gestión de casos (un gestor realiza el seguimiento de la persona afectada y la coordinación de servicios). El objetivo de estas intervenciones es la vinculación a los servicios y al cumplimiento terapéutico para mejorar el nivel funcional y la calidad de vida de las personas que padecen esquizofrenia y sus familias.

Afrontar la esquizofrenia

Entre las recomendaciones que se han ido recogiendo en esta guía y que pueden ser de utilidad para afrontar la esquizofrenia destacaremos las siguientes:

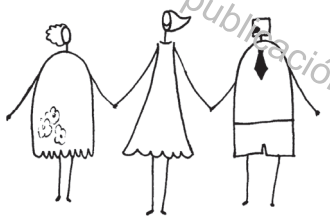
- Estar informado sobre el trastorno y su tratamiento.
- Detectar los primeros síntomas de aviso y dirigirse al profesional de referencia.
- Construir una relación de confianza con el equipo de profesionales implicados en el tratamiento, para que se pueda recibir la ayuda necesaria.
- Participar con el médico en las decisiones para encontrar el tratamiento óptimo para cada caso.
- Mantener el tratamiento médico prescrito y combinar éste con las terapias psicosociales indicadas por el especialista.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

- Ajustar las diferentes intervenciones (psicoeducación, terapia cognitiva conductual o grupal, rehabilitación cognitiva, etc.) según la evolución del trastorno y las necesidades individuales.
- Facilitar educación sanitaria para las familias de las personas que padecen esquizofrenia e incluir su colaboración en el tratamiento.
- Mantenerse en buen estado de salud (procurar hacer una dieta equilibrada y ejercicio, descansar, evitar el uso de drogas, etc.) y en un entorno favorable y de apoyo.
- Trabajar en la integración del trastorno como un aspecto más de la identidad de la persona junto con el «ser estudiante de…», «aficionado a…», «hijo de…», «padre de…», «amigo de…», «manitas con…», «torpe en…», «querido por…».

¿Y el futuro?

El futuro es esperanzador. Cuanta más información se tenga sobre las causas del trastorno, y a medida que se desarrollen tratamientos más eficaces, mejor atención podrá ofrecerse a las personas que padecen esquizofrenia para que lleven una vida más independiente y de mayor calidad.



Terminología

Alucinación: Percepción falsa de un objeto o estímulo inexistente que un individuo considera como real. Las más frecuentes en el trastorno esquizofrénico son las auditivas.

Antipsicóticos: Grupo de medicamentos utilizados especialmente en el tratamiento de la psicosis y de los estados maníacos. También llamados neurolépticos.

Cognición: Conjunto de procesos intelectuales por los cuales un individuo adquiere información sobre el entorno y la elabora por medio de la percepción, el recuerdo, la imaginación, la comprensión, el juicio o el razonamiento. Las personas que tienen un trastorno esquizofrénico pueden presentar deterioro en dicha función.

Crisis: Aparición brusca o paulatina de síntomas.

Delirio: Creencias falsas que no se ajustan a la realidad o al consenso social y que no se pueden corregir con el razonamiento lógico. Síntoma de la psicosis.

Pródromo: Síntoma o señal previo a una crisis, precursor de la enfermedad.

Psicosis: Trastorno mental grave que se caracteriza por una alteración de la personalidad y el pensamiento, con pérdida o falta de contacto con la realidad. No es específica de la esquizofrenia.

Síntoma: Fenómeno subjetivo anormal, funcional o sensitivo, indicador de la existencia de enfermedad.

Terapias psicosociales: Tratamiento de los trastornos mentales mediante métodos psicológicos basados en la relación interpersonal entre el paciente y el profesional de salud mental. Hay diferentes tipos de intervención y pueden realizarse individual o grupalmente.

Vulnerabilidad: Predisposición a presentar un trastorno bajo circunstancias adversas para la persona.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Dónde encontrar más información y apoyo

Para mayor información consultar la Guía de Práctica Clínica en cuyas recomendaciones se basa este documento:

Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM)
www.aatrm.net

GuíaSalud
www.guiasalud.es

Asociaciones de familiares y enfermos

Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES))

FEAFES es la Confederación Española que agrupa, desde 1983, a las federaciones y asociaciones de personas con enfermedad mental y a sus familiares de todo el territorio nacional, incluyendo en la actualidad más de 180 entidades.

Tel.: 91 507 92 48
Correo electrónico: feafes@feafes.com
www.feafes.com

Asociación de Usuarios de Salud Mental (ADEMM)

ADEMM Usuarios de Salud Mental de Cataluña, es una asociación no lucrativa formada y gestionada por el mismo colectivo de personas afectadas.

Tel.: 93 217 09 37
Correo electrónico: ademm@ademm-usm.org
www.ademm-usm.org

Otras webs de interés

Asociación Española de Neuropsiquiatría. Profesionales de la Salud Mental
www.aen.es

Sociedad Española de Psiquiatría
www.sepsiq.org

Sociedad Española de Psiquiatría Biológica
www.sepb.es

Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental
www.fepsm.org

Ministerio de Sanidad y Consumo
www.msc.es

World Health Organization (WHO)
www.who.int/es

World Psychiatric Association
www.wpanet.org

MedlinePlus: esquizofrenia
http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/schizophrenia.html

GUÍA ESQUIZOFRENIA

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Anexo 4. Abreviaturas

APA	American Psychiatric Association
AVD	Actividades de la vida diaria
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DUP	Duración de la psicosis no tratada
EAAA	Efectos adversos de los antipsicóticos atípicos
ECA	Ensayo clínico aleatorizado
EE	Emoción expresada
EEP	Efectos adversos extrapiramidales
EMAR	Estado mental de alto riesgo
GAF	Global Assessment of Functioning
GAS	Global Assessment Scale
GC	Gestión de casos
GPC	Guía de Práctica Clínica
GPT	Guía de Prescripción Terapéutica
ICD-10	Classification of Mental and Behavioural Disorders
ISRS	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
IF	Intervención familiar
NICE	National Institute for Clinical Excellence
PORT	The schizophrenia patient outcomes research team
RSEC	Revisión sistemática de la evidencia científica
TAC	Tratamiento asertivo comunitario
TCC	Terapia cognitivo-conductual
TEC	Terapia electroconvulsiva
TPI	Terapia Psicológica Integrada
WFSBP	World Federation of Societies of Biological Psychiatry

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Anexo 5. Declaración de interés

Conflictos de interés:

Un conflicto de interés se produce en aquellas circunstancias en que el juicio profesional sobre un interés primario, como la seguridad de los pacientes o la validez de la investigación, puede estar influenciado en exceso por otro interés secundario, sea éste un beneficio financiero, de prestigio y promoción personal o profesional.[1]

Los conflictos de interés más fácilmente identificables son los económicos pero pueden existir de otro tipo de circunstancias como relaciones personales, vinculaciones de familiares directos, o implicaciones en proyectos académicos que tienen que ver con la Guía de práctica clínica (GPC) (participación en GPC o consensos que son objeto de adaptación en el proyecto).

En las relaciones de los profesionales con la industria de la salud (farmacéutica, tecnología sanitaria, etc.) se pueden considerar seis tipos de interacciones financieras:[2]

- Apoyo para acudir a reuniones y congresos (inscripciones, becas de viaje, etc.).
- Honorarios como ponente en una reunión organizada por la industria.
- Financiación de programas educativos o actividades de formación.
- Apoyo y financiación de una investigación.
- Empleo como consultante para una compañía farmacéutica.
- Accionista o intereses económicos en una compañía farmacéutica.

A su vez estos potenciales conflictos de interés en la elaboración de las GPC se consideran de dos tipos:

- Intereses personales: implican honorarios o beneficios personales a un miembro del equipo.
- Intereses no personales: implica una financiación que beneficia al departamento o unidad bajo responsabilidad directiva de un miembro del equipo, sin que éste lo reciba personalmente. Pueden considerarse como tales las ayudas económicas para crear una unidad o departamento, apoyo financiero para la contratación de personal en dichas unidades, financiación de la investigación en la unidad.

El potencial conflicto de interés existe con independencia de que el o la profesional considere que dichas relaciones tengan o no influencia sobre su criterio científico.

A continuación se presenta un formulario sobre la declaración de conflictos de interés que ha sido diseñado con el fin de recoger los aspectos señalados anteriormente.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Bibliografía

(1) Thompson DF. Understanding financial conflicts of interest. N Engl J Med 1993 Aug 19;329(8):573-6.

(2) Choudhry NK, Stelfox HT, Detsky AS. Relationships between authors of clinical practice guidelines and the pharmaceutical industry. JAMA 2002 Feb 6;287(5):612-7.

Formulario de declaración de conflictos de interés

Nombre y apellidos:

Institución en la que trabaja:

Institución que le vincula a la GPC, Ej.: Sociedad científica, etc.
(contestar sólo si es diferente a la anterior):

Teléfono de contacto:

Participación en la Guía como:

1. Grupo elaborador ☐
2. Colaborador/a experto/a ☐
3. Revisor/a externo/a ☐

Tras haber leído la política del Programa de elaboración de GPC basadas en la evidencia, para la ayuda a la toma de decisiones clínicas en el Sistema Nacional de Salud (SNS) sobre declaración de conflictos de interés, formulo la siguiente declaración de conflictos de interés en relación con el tema objeto de la GPC durante los últimos tres años.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

A. Intereses personales

☐ NO

☐ SÍ

En caso afirmativo especificar**:**

	Actividad	**Institución**	**Fecha**
Financiación para reuniones y congresos, asistencia a cursos (inscripciones, bolsas de viajes, alojamiento…)			
Honorarios como ponente (conferencias, cursos…)			
Financiación de programas educativos o cursos (contratación de personal, alquiler de instalaciones…)			
Financiación por participar en una investigación			
Consultoría para una compañía farmacéutica/otras tecnologías			
Accionista/intereses comerciales en una compañía (patentes…			
Intereses económicos en una empresa privada relacionada con la salud (como propietario, empleado, accionista, consulta privada…), que pueden ser significativo en relación con la autoría de la guía			
Conflictos de interés de índole no económico que pueden ser significativos en relación con la autoría en la guía			

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

B. Intereses no personales

☐ NO
☐ SÍ

	Actividad	Institución	Fecha
Financiación o ayudas económicas para la creación de la unidad o servicio			
Dotación significativa de material a la unidad o servicios			
Contratación o ayudas económicas para contratar personal en la unidad o servicios			
Ayuda económica para la financiación de una investigación			
Financiación de programas educativos o cursos para la unidad			

C. Otros posibles conflictos de interés no señalados en los apartados anteriores (especificar)

Firma:

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Anexo 6. Comparación de la calidad metodológica de las GPC y recomendaciones sobre esquizofrenia según el cuestionario AGREE

Han transcurrido más de cinco años desde la publicación de esta Guía de práctica clínica y su vigencia no ha sido revisada.

De la búsqueda bibliográfica se identificaron las 11 GPC y recomendaciones para el manejo de la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente siguientes:

- GPC New Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders, 2004. [New Zealand, 2004]
- Management of persons with psychoses. Department of Defense Federal Government Agency [U.S.]. Department of Veterans Affairs - Federal Government Agency [U.S.] Veterans Health Administration - Federal Government Agency [U.S.], 2004. [Federal Government Agency, 2004]
- Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. Second edition. American Psychiatric Association - Medical Specialty Society, 1997 (revised 2004). [APA, revised 2004]
- Schizophrenia. Singapore Ministry of Health - National Government Agency [Non-U.S.], 2003. [Singapore, 2003]
- Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care. National Collaborating Centre for Mental Health - National Government Agency [Non-U.S.], 2002. [NICE, 2002]
- Clinical Practical Guidelines. The Canadian Journal of Psychiatry, 2005. [CPG, 2005]
- Ministerio de Salud. Guía clínica primer episodio esquizofrenia. 1st Ed. Santiago: Minsal, 2005. [Ministerio de Salud Chile, 2005]
- The schizophrenia patient outcomes research team (PORT): Updated treatment recommendations, 2003. [PORT, updated 2003]
- The Texas Medication Algorithm Project Antipsychotic Algorithm for Schizophrenia, 2003. [TMAP, updated 2003]
- Early psychosis. A review of the treatment literature. British Columbia Ministry of Children and Family Development, 2004. [British Columbia, 2004]
- International clinical practice guidelines for early psychosis. British Journal of Psychiatry, 2005. [British Journal, 2005]

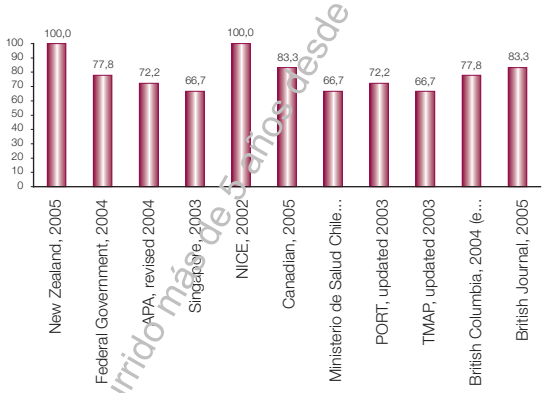
En cada una de ellas se distinguen distintos enfoques en cuanto al tipo de planteamiento, a la población a la cual va dirigida o la metodología de revisión utilizada. En la tabla siguiente se clasifican las GPC identificadas según los distintos enfoques:

Planteamiento integral	NICE, 2002; APA, revised 2004; Singapore, 2003; Federal Government Agency, 2004; CPG, 2005; Ministerio de Salud Chile, 2005
Planteamiento específico	
Sólo tratamiento farmacológico	TMAP, updated 2003; PORT, updated 2003
Sólo Psicosis incipiente	British Columbia, 2004; British Journal, 2005;
Población a la cual se dirige	
Pacientes con psicosis o esquizofrenia	Federal Government Agency, 2004;
Pacientes adultos (≥18 años) con esquizofrenia	NICE, 2002; APA, revised 2004; Singapore, 2003;
Método de revisión	Revisión de la literatura científica en GPC, revisión por consenso

A las 11 GPC se les aplicó, mediante dos revisores independientes, el cuestionario AGREE (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation), de evaluación de GPC, que contiene 23 ítems distribuidos en seis áreas:[k] 1) alcance y objetivos (ítems 1-3), se refiere al propósito general de la guía, a las preguntas clínicas específicas y a la población diana de pacientes; 2) participación de los implicados (ítems 4-7); se refiere al grado en que la guía representa los puntos de vista de los usuarios a quien va dirigida; c) rigor en la elaboración (ítems 8-14), hace referencia al proceso utilizado para sintetizar la evidencia científica, los métodos para formular las recomendaciones y para actualizarlas; d) claridad y presentación (ítems 15-18), se ocupa del lenguaje y del formato de la guía; e) aplicabilidad (ítems 19-21), hace referencia a las posibles implicaciones de la aplicación de la guía en aspectos organizativos, de comportamiento y de costes; f) independencia editorial (ítems 22-23), sobre la independencia de las recomendaciones y el reconocimiento de los posibles conflictos de intereses por parte del grupo de desarrollo de la guía.

A continuación, se presentan los resultados globales obtenidos por dimensiones en cada una de las GPC (Gráficos 1-6). Las puntuaciones se expresan en base a 100 y están estandarizadas según la puntuación máxima y mínima posible en cada dimensión. Tal y como recomienda el equipo de investigación AGREE, las puntuaciones de las seis dimensiones son necesariamente independientes y no se puede obtener una puntuación global. Es importante tener en cuenta que aunque los resultados de este cuestionario se pueden utilizar para comparar GPC, la recomendación de AGREE es que no se pueden establecer límites que identifiquen una GPC como «buena» o «mala».

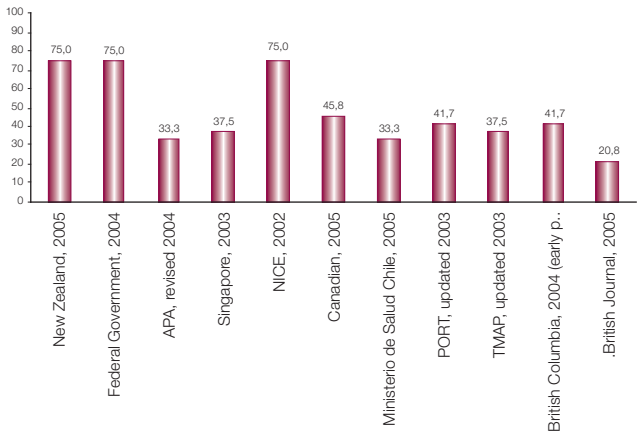
Dimensión 1: Alcance y objetivos (ítems 1-3)



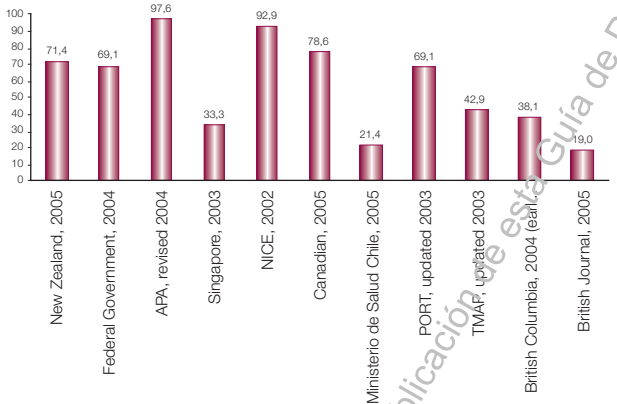
k The AGREE Collaboration. AGREE Instrument Spanish version, www.agreecollaboration.org

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

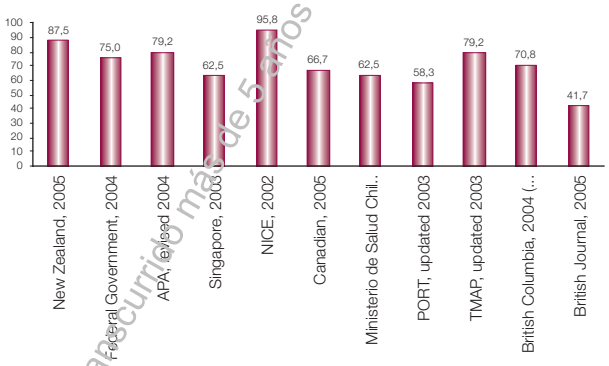
Dimensión 2: Implicación de personas relacionadas (ítems 4-7)



Dimensión 3: Rigor en la elaboración (ítems 8-14)

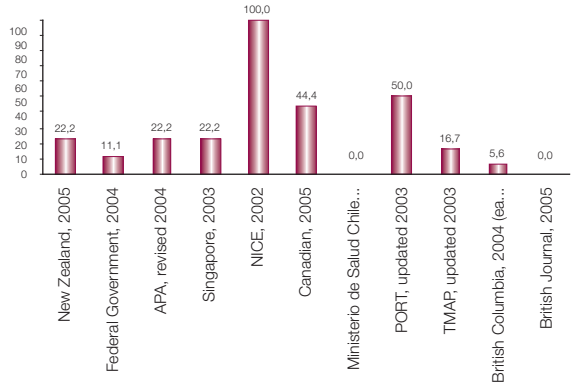


Dimensión 4: Claridad y presentación (ítems 15-18)

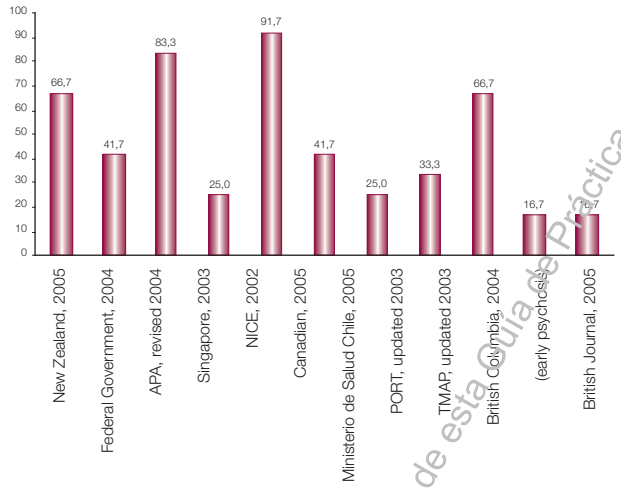


Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Dimensión 5: Aplicabilidad (ítems 19-21)



Dimensión 6: Independencia editorial (ítems 22-23)



Los criterios que se establecieron para seleccionar las mejores GPC después de la administración del cuestionario AGREE fueron las siguientes:

- Seleccionar las GPC mejor valoradas por los dos revisores, es decir, aquellas que fueron valoradas como «Recomendable del todo» por los dos evaluadores.
- Realizar una tercera evaluación en el caso que hubiese una completa discrepancia, es decir, que un evaluador considerase la GPC «Recomendable del todo» y otro «No recomendable»
- De las GPC no seleccionadas, recoger aquellos aspectos de interés para la elaboración de la actualización.

De acuerdo con estos criterios y según la valoración global realizada por los dos evaluadores independientes, las GPC mejor valoradas y seleccionadas fueron: NICE (2002), New Zealand (2004), APA (revisada 2004) y CPG (2005). Por otro lado, del resto de GPC, se consideraron otros aspectos de interés para tener en cuenta para la elaboración de la actualización. Por ejemplo, el contenido farmacológico y los algoritmos de la GPC de Texas (TMAP) o el contenido específico sobre primeros episodios de la GPC British Columbia (2004).

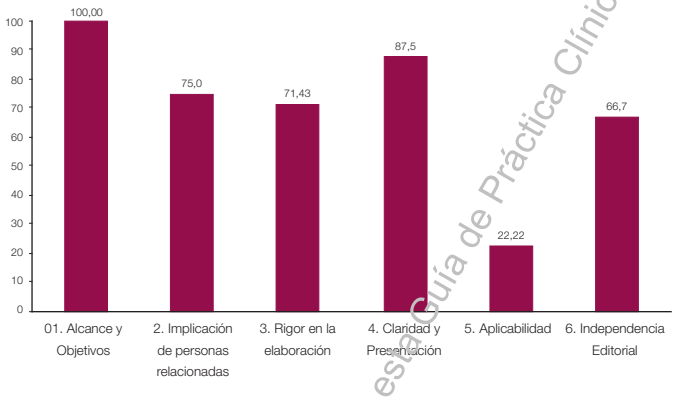
Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

En los gráficos siguientes se presentan las puntuaciones estandarizadas (según la puntuación máxima y mínima posible expresadas en base a 100) obtenidas de las GPC seleccionadas para cada dimensión, y algunos comentarios de interés que los evaluadores realizaron.

GPC: New Zealand, 2005

Royal australian and new zealand college of psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. Royal australian and new zealand college of psychiatrists

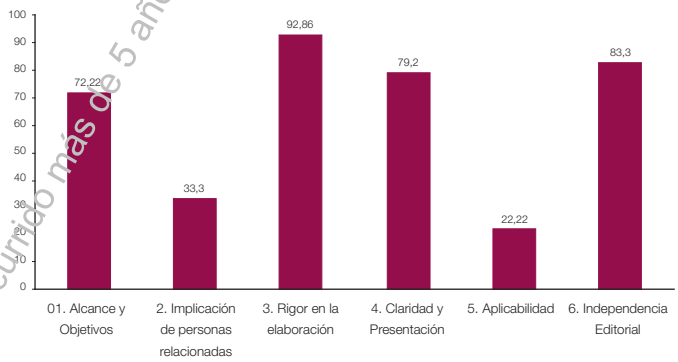
La evaluación de la GPC revisada muestra una alta calidad global, con una puntuación por encima del 60% en la mayoría de los criterios. Las dos dimensiones más bien calificadas fueron la 1 y la 4, alcance y objetivos y claridad y presentación. La peor dimensión, la aplicabilidad. La valoración global realizada por parte de los dos evaluadores ha sido **Recomendable del todo**



GPC: APA, revised 2004

Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. Second edition. American Psychiatric Association - Medical Specialty Society, 1997 (revised 2004).

La evaluación de la GPC revisada muestra una alta calidad global, con una puntuación por encima del 60% en la mayoría de los criterios. Las dos dimensiones más bien calificadas fueron la 3 y la 4, rigor en la elaboración y claridad y presentación. Las dimensiones peor valoradas fueron la 2 y 5, implicación de personas relacionadas y aplicabilidad. La valoración global realizada por parte de los dos evaluadores ha sido **Recomendable del todo.**

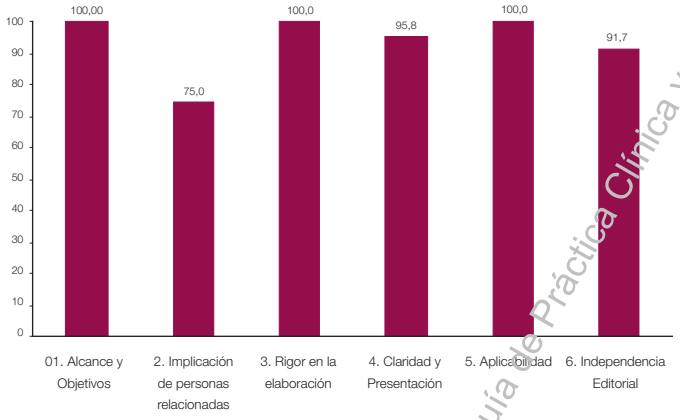


Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

GPC: NICE, 2002

Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care. National Collaborating Centre for Mental Health - National Government Agency

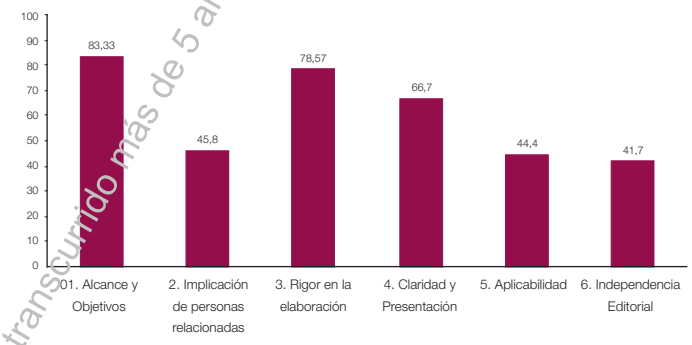
La evaluación de la GPC revisada muestra una alta calidad global con una excelente puntuación en casi todas las dimensiones. Las dos dimensiones más bien calificadas, con una puntuación del 100% en cada una de ellas, fueron la 1 y la 5, alcance y objetivos y aplicabilidad, pero también ha presentado muy buena puntuación en las dimensiones clave a nivel metodológico: rigor en la elaboración y claridad y presentación. La valoración global realizada por parte de los dos evaluadores fue **Recomendable del todo.**



GPC: CPG, 2005

Canadian Journal of psychiatry. November, 2005.

La evaluación de la GPC revisada muestra una calidad global entre alta y moderada. Las dos dimensiones más bien calificadas fueron la 1, la 3 y la 4: alcance y objetivos, rigor metodológico y claridad y presentación. La valoración global realizada por parte de los dos evaluadores fue **Recomendable del todo.** Uno de los evaluadores comenta que «metodológicamente y en cuanto a contenido es una GPC muy recomendable y consistente. El único punto de mejoría sería el facilitar su uso con una mayor presentación visual de las recomendaciones».



Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Anexo 7. Búsquedas bibliográficas y estrategias utilizadas

Se presentan a continuación las diferentes búsquedas realizadas: a) generales sobre GPC y recomendaciones sobre el manejo de la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente y b) específicas sobre primeros episodios, epidemiología y diferentes ámbitos de intervención. Aunque se detallan aquí las estrategias de búsqueda realizadas en PubMed por ser las más elaboradas, éstas se adaptaron al lenguaje de las otras bases de datos consultadas, según el tipo de búsqueda.

a) Búsqueda general de GPC y recomendaciones sobre el manejo de la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente

Estrategia	(Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features"[MeSH] OR "Schizotypal Personality Disorder"[MeSH] OR schizophren*) **AND (guideline[pt] OR practice guideline[pt] OR consensus development conference[pt] OR consens*[ti] OR guideline*[ti] OR recommendation*[ti])**

b) Búsquedas específicas:

Primeros episodios

Estrategia	#5 (#1) OR (#2) AND (randomized controlled trial[Publication Type] OR (randomized[Title/Abstract] AND controlled[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR "clinical trial"[pt] OR trial*[ti] OR efficacy[ti] OR effectiv*[ti] OR versus[ti]) #4 (#1 OR #2) AND (guideline[pt] OR practice guideline[pt] OR consensus development conference[pt] OR consens*[ti] OR guideline*[ti] OR recommendation*[ti] OR algorithm*[ti] OR statement*[ti]) #3 (#1) OR (#2) AND systematic[sb] #2 (psychos*[ti] OR psychot*[ti] OR schiz*[ti]) OR ("Psychotic Disorders"[MeSH] OR "Schizophrenia"[MeSH]) OR ("Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features"[MeSH] OR "Schizotypal Personality Disorder"[MeSH] OR schizophren*) AND ("first episode*"[ti]) OR "first episode*" OR "first-episode*") #1 (earl*[ti] AND (psychos*[ti] OR psychot*[ti] OR schizophren*[ti] OR schiz*))

Han transcurrido más de 5 años desde la aprobación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Epidemiología

Estrategia	#5 #1 OR #4 #4 #2 AND #3 #3 epidemiol*[ti] OR prevalence[ti] OR incidence[ti] OR mortality[ti] #2 Schizophrenia[MAJR] OR schizophren*[ti] OR schiz*[ti] #1 ("Schizophrenia/epidemiology"[MAJR] OR "Schizophrenia/mortality"[MAJR])

Intervención farmacológica

Estrategia sobre sustancias	#6 #1 AND (#2 OR #3 OR #4 OR #5) #5 Antipsychotic* OR haloperidol OR trifluoperazine OR perfenazine OR thioridazine OR zuclopenthixol OR pimozide OR clothiapine OR sulpiride OR chlorpromazine OR levomepromazine OR clozapine OR risperidone OR olanzapine OR sertindole OR quetiapine OR ziprasidone OR amisulpride OR aripiprazole OR "Risperidone consta" Field: Substance Name #4 Antipsychotic* OR haloperidol OR trifluoperazine OR perfenazine OR thioridazine OR zuclopenthixol OR pimozide OR clothiapine OR sulpiride OR chlorpromazine OR levomepromazine OR clozapine OR risperidone OR olanzapine OR sertindole OR quetiapine OR ziprasidone OR amisulpride OR aripiprazole OR "Risperidone consta" Field: MeSH Terms #3 Antipsychotic* OR haloperidol OR trifluoperazine OR perfenazine OR thioridazine OR zuclopenthixol OR pimozide OR clothiapine OR sulpiride OR chlorpromazine OR levomepromazine OR clozapine OR risperidone OR olanzapine OR sertindole OR quetiapine OR ziprasidone OR amisulpride OR aripiprazole OR "Risperidone consta" Field: Title #2 ("Antipsychotic Agents"[Mesh] OR "Antipsychotic Agents "[Pharmacological Action]) #1 "Schizophrenia"[MeSH] OR "Schizophrenic Language"[MeSH] OR "Schizophrenic Psychology"[MeSH] OR "Schizotypal Personality Disorder"[MeSH] OR "Schizophrenia, Disorganized"[MeSH] OR "Schizophrenia, Paranoid"[MeSH] OR "Schizophrenia, Childhood"[MeSH] OR "Schizophrenia, Catatonic"[MeSH] OR "Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features"[MeSH] OR schizophren* OR schiz*[ti])

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Estrategias sobre síndrome metabólico y síndrome cardiovascular asociados a esquizofrenia	#5 #1 AND #4 #4 #2 OR #3 #3 (“Metabolic Diseases”[Mesh])OR metabolic[ti] OR “metabolic syndrome” #2 (“Cardiovascular Diseases”[Mesh]) OR “cardiovascular syndrome” #1 (“Schizophrenia”[MeSH] OR “Schizophrenic Language”[MeSH] OR “Schizophrenic Psychology”[MeSH] OR “Schizotypal Personality Disorder”[MeSH] OR “Schizophrenia, Disorganized”[MeSH] OR “Schizophrenia, Paranoid”[MeSH] OR “Schizophrenia, Childhood”[MeSH] OR “Schizophrenia, Catatonic”[MeSH] OR “Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features”[MeSH] OR schizophren* OR schiz*[ti])
Estrategias sobre terapia electroconvulsiva y efectos adversos	#4 #1 AND #2 AND #3 AND systematic[sb] #3 adverse effects[sh] #2 (“Electroconvulsive Therapy”[Mesh]) OR electroshock[ti] OR electroconvulsive[ti] OR ECT[ti] #1 “Schizophrenia”[MeSH] OR “Schizophrenic Language”[MeSH] OR “Schizophrenic Psychology”[MeSH] OR “Schizotypal Personality Disorder”[MeSH] OR “Schizophrenia, Disorganized”[MeSH] OR “Schizophrenia, Paranoid”[MeSH] OR “Schizophrenia, Childhood”[MeSH] OR “Schizophrenia, Catatonic”[MeSH] OR “Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features”[MeSH] OR schizophren* OR schiz*[ti])

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su contenido no ha sido revisada.

Intervención psicosocial

Estrategia sobre psicoterapias	(“Schizophrenia”[MeSH] OR “Schizophrenic Language”[MeSH] OR “Schizophrenic Psychology”[MeSH] OR “Schizotypal Personality Disorder”[MeSH] OR “Schizophrenia, Disorganized”[MeSH] OR “Schizophrenia, Paranoid”[MeSH] OR “Schizophrenia, Childhood”[MeSH] OR “Schizophrenia, Catatonic”[MeSH] OR “Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features”[MeSH] OR schizophren* OR schiz*[ti]) OR (earl*[ti] OR “first break”[ti] OR “recent onset”[ti] OR “recent-onset”[ti] OR “new onset”[ti] OR “first episode”[ti] OR “first episodes”[ti]) AND (psychos*[ti] OR psychot*[ti] OR schiz*[ti] OR bipolar[ti] OR “psychotic disorders”[MESH] OR schizophrenia[MESH])) **AND ((psychotherap*[ti] OR ((behavior[ti] OR cognitive[ti] OR psychoanal*[ti]) AND (treat*[ti] OR therap*[ti] OR intervention*[ti])) OR (dynamic*[ti] AND (psycho*[ti] OR intervention*[ti])) OR psychodynamic* OR “insight oriented”) OR (“Psychotherapy”[Mesh:NoExp] OR “Behavior Therapy”[Mesh] OR “cognitive therapy”[mesh] OR “crisis intervention”[mesh]OR “psychoanalytic therapy”[mesh] OR “psychotherapeutic processes”[mesh] OR “transference (psychology)”[mesh] OR “psychotherapy, brief”[mesh] OR “psychotherapy, rational-emotive”[mesh] OR “psychotherapy, group”[mesh])**
Estrategia sobre recaídas, recurrencias y programas	(“Schizophrenia”[MeSH] OR “Schizophrenic Language”[MeSH] OR “Schizophrenic Psychology”[MeSH] OR “Schizotypal Personality Disorder”[MeSH] OR “Schizophrenia, Disorganized”[MeSH] OR “Schizophrenia, Paranoid”[MeSH] OR “Schizophrenia, Childhood”[MeSH] OR “Schizophrenia, Catatonic”[MeSH] OR “Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features”[MeSH] OR schizophren* OR schiz*[ti]) OR (earl*[ti] OR “first break”[ti] OR “recent onset”[ti] OR “recent-onset”[ti] OR “new onset”[ti] OR “first episode”[ti] OR “first episodes”[ti]) AND (psychos*[ti] OR psychot*[ti] OR schiz*[ti] OR bipolar[ti] OR “psychotic disorders”[MESH] OR schizophrenia[MESH])) **AND (relaps* OR recurren* OR recurrence[MESH]) AND program*)**

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta GPC, se aconseja criticidad y valoración no ha sido revisada.

Estrategia sobre compliance/ adherencia	(“Schizophrenia”[MeSH] OR “Schizophrenic Language”[MeSH] OR “Schizophrenic Psychology”[MeSH] OR “Schizotypal Personality Disorder”[MeSH] OR “Schizophrenia, Disorganized”[MeSH] OR “Schizophrenia, Paranoid”[MeSH] OR “Schizophrenia, Childhood”[MeSH] OR “Schizophrenia, Catatonic”[MeSH] OR “Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features”[MeSH] OR schizophren* OR schiz*[ti]) OR (earl*[ti] OR “first break”[ti] OR “recent onset”[ti] OR “recent-onset”[ti] OR “new onset”[ti] OR “first episode”[ti] OR “first episodes”[ti]) AND (psychos*[ti] OR psychot*[ti] OR schiz*[ti] OR bipolar[ti] OR “psychotic disorders”[MESH] OR schizophrenia[MESH])) **AND “Patient Compliance”[Mesh] OR compliance OR adherence**
Estrategia sobre *counselling*	(“Schizophrenia”[MeSH] OR “Schizophrenic Language”[MeSH] OR “Schizophrenic Psychology”[MeSH] OR “Schizotypal Personality Disorder”[MeSH] OR “Schizophrenia, Disorganized”[MeSH] OR “Schizophrenia, Paranoid”[MeSH] OR “Schizophrenia, Childhood”[MeSH] OR “Schizophrenia, Catatonic”[MeSH] OR “Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features”[MeSH] OR schizophren* OR schiz*[ti]) OR (earl*[ti] OR “first break”[ti] OR “recent onset”[ti] OR “recent-onset”[ti] OR “new onset”[ti] OR “first episode”[ti] OR “first episodes”[ti]) AND (psychos*[ti] OR psychot*[ti] OR schiz*[ti] OR bipolar[ti] OR “psychotic disorders”[MESH] OR schizophrenia[MESH])) **AND (counseling[MESH] OR counsel*)**
Estrategia sobre psicoterapia de apoyo, terapia con modalidades combinadas, terapia multimodal	(“Schizophrenia”[MeSH] OR “Schizophrenic Language”[MeSH] OR “Schizophrenic Psychology”[MeSH] OR “Schizotypal Personality Disorder”[MeSH] OR “Schizophrenia, Disorganized”[MeSH] OR “Schizophrenia, Paranoid”[MeSH] OR “Schizophrenia, Childhood”[MeSH] OR “Schizophrenia, Catatonic”[MeSH] OR “Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features”[MeSH] OR schizophren* OR schiz*[ti]) OR (earl*[ti] OR “first break”[ti] OR “recent onset”[ti] OR “recent-onset”[ti] OR “new onset”[ti] OR “first episode”[ti] OR “first episodes”[ti]) AND (psychos*[ti] OR psychot*[ti] OR schiz*[ti] OR bipolar[ti] OR “psychotic disorders”[MESH] OR schizophrenia[MESH])) **AND (supportive psychotherapy” OR “combined modality therapy” OR multimodal)**

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia ha sido revisada.

Estrategia sobre terapia familiar	(“Schizophrenia”[MeSH] OR “Schizophrenic Language”[MeSH] OR “Schizophrenic Psychology”[MeSH] OR “Schizotypal Personality Disorder”[MeSH] OR “Schizophrenia, Disorganized”[MeSH] OR “Schizophrenia, Paranoid”[MeSH] OR “Schizophrenia, Childhood”[MeSH] OR “Schizophrenia, Catatonic”[MeSH] OR “Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features”[MeSH] OR schizophren* OR schiz*[ti]) OR (earl*[ti] OR “first break”[ti] OR “recent onset”[ti] OR “recent-onset”[ti] OR “new onset”[ti] OR “first episode”[ti] OR “first episodes”[ti]) AND (psychos*[ti] OR psychot*[ti] OR schiz*[ti] OR bipolar[ti] OR “psychotic disorders”[MESH] OR schizophrenia[MESH])) **AND (Caregivers[MESH] OR caregiver*[ti] OR “family burden”[ti/ab] OR famil*[ti] OR Family Therapy[MESH] OR “family therapy”[ti/ab] OR “family intervention*”[ti/ab])**
Estrategia sobre psicoeducación	(“Schizophrenia”[MeSH] OR “Schizophrenic Language”[MeSH] OR “Schizophrenic Psychology”[MeSH] OR “Schizotypal Personality Disorder”[MeSH] OR “Schizophrenia, Disorganized”[MeSH] OR “Schizophrenia, Paranoid”[MeSH] OR “Schizophrenia, Childhood”[MeSH] OR “Schizophrenia, Catatonic”[MeSH] OR “Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features”[MeSH] OR schizophren* OR schiz*[ti]) OR (earl*[ti] OR “first break”[ti] OR “recent onset”[ti] OR “recent-onset”[ti] OR “new onset”[ti] OR “first episode”[ti] OR “first episodes”[ti]) AND (psychos*[ti] OR psychot*[ti] OR schiz*[ti] OR bipolar[ti] OR “psychotic disorders”[MESH] OR schizophrenia[MESH])) **AND (psychoeducation*[ti/ab] OR “psycho education” OR (education*[ti/ab] OR instruction*[ti] OR education[sh] OR education[mh])**
Estrategia sobre intervención interpersonal	(“Schizophrenia”[MeSH] OR “Schizophrenic Language”[MeSH] OR “Schizophrenic Psychology”[MeSH] OR “Schizotypal Personality Disorder”[MeSH] OR “Schizophrenia, Disorganized”[MeSH] OR “Schizophrenia, Paranoid”[MeSH] OR “Schizophrenia, Childhood”[MeSH] OR “Schizophrenia, Catatonic”[MeSH] OR “Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features”[MeSH] OR schizophren* OR schiz*[ti]) OR (earl*[ti] OR “first break”[ti] OR “recent onset”[ti] OR “recent-onset”[ti] OR “new onset”[ti] OR “first episode”[ti] OR “first episodes”[ti]) AND (psychos*[ti] OR psychot*[ti] OR schiz*[ti] OR bipolar[ti] OR “psychotic disorders”[MESH] OR schizophrenia[MESH])) **AND “Interpersonal Relations”[MESH] OR “interpersonal therap*” OR “interpersonal treatment*” OR “interpersonal intervention*” OR interperson*[ti]**

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica clínica y su vigencia ha sido revisada.

Estrategia sobre servicios en la comunidad	(“Schizophrenia”[MeSH] OR “Schizophrenic Language”[MeSH] OR “Schizophrenic Psychology”[MeSH] OR “Schizotypal Personality Disorder”[MeSH] OR “Schizophrenia, Disorganized”[MeSH] OR “Schizophrenia, Paranoid”[MeSH] OR “Schizophrenia, Childhood”[MeSH] OR “Schizophrenia, Catatonic”[MeSH] OR “Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features”[MeSH] OR schizophren* OR schiz*[ti]) OR (earl*[ti] OR “first break”[ti] OR “recent onset”[ti] OR “recent-onset”[ti] OR “new onset”[ti] OR “first episode”[ti] OR “first episodes”[ti]) AND (psychos*[ti] OR psychot*[ti] OR schiz*[ti] OR bipolar[ti] OR “psychotic disorders”[MESH] OR schizophrenia[MESH])) **AND (“Community Mental Health Services”[Mesh] OR “community mental health centers”[MESH] OR communit*[ti] OR “community mental health services”)**

Rehabilitación psicosocial

Estrategia sobre esquizofrenia y rehabilitación	(“Schizophrenia”[MeSH] OR “Schizophrenic Language”[MeSH] OR “Schizophrenic Psychology”[MeSH] OR “Schizotypal Personality Disorder”[MeSH] OR “Schizophrenia, Disorganized”[MeSH] OR “Schizophrenia, Paranoid”[MeSH] OR “Schizophrenia, Childhood”[MeSH] OR “Schizophrenia, Catatonic”[MeSH] OR “Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features”[MeSH] OR schizophren* OR schiz*[ti]) **AND rehabilitation[sh]**
Estrategia sobre terapia artística	(“Schizophrenia”[MeSH] OR “Schizophrenic Language”[MeSH] OR “Schizophrenic Psychology”[MeSH] OR “Schizotypal Personality Disorder”[MeSH] OR “Schizophrenia, Disorganized”[MeSH] OR “Schizophrenia, Paranoid”[MeSH] OR “Schizophrenia, Childhood”[MeSH] OR “Schizophrenia, Catatonic”[MeSH] OR “Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features”[MeSH] OR schizophren* OR schiz*[ti]) AND **“Sensory Art Therapies”[MESH] OR “Acoustic Stimulation”[ti] OR Aromatherapy[ti] OR “Art Therapy”[ti] OR “Color Therapy”[ti] OR “Dance Therapy”[ti] OR “Music Therapy”[ti] OR “Play Therapy”[ti] OR Psychodrama[ti] OR “Role Playing”[ti]**

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica Clínica y esta versión ha sido revisada.

Estrategia sobre resolución de problemas, tratamiento cognitivo	(“Schizophrenia”[MeSH] OR “Schizophrenic Language”[MeSH] OR “Schizophrenic Psychology”[MeSH] OR “Schizotypal Personality Disorder”[MeSH] OR “Schizophrenia, Disorganized”[MeSH] OR “Schizophrenia, Paranoid”[MeSH] OR “Schizophrenia, Childhood”[MeSH] OR “Schizophrenia, Catatonic”[MeSH] OR “Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features”[MeSH] OR schizophren* OR schiz*[ti]) **AND “Cognition Disorders/ rehabilitation”[MESH] OR “cognitive remediation”[ti/ ab] OR Neuropsychological Tests[MESH] OR Problem Solving[Mesh] OR “cognitive training”[ti/ab]**
Estrategia sobre actividades de la vida diaria	(“Schizophrenia”[MeSH] OR “Schizophrenic Language”[MeSH] OR “Schizophrenic Psychology”[MeSH] OR “Schizotypal Personality Disorder”[MeSH] OR “Schizophrenia, Disorganized”[MeSH] OR “Schizophrenia, Paranoid”[MeSH] OR “Schizophrenia, Childhood”[MeSH] OR “Schizophrenia, Catatonic”[MeSH] OR “Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features”[MeSH] OR schizophren* OR schiz*[ti]) **AND Activities of Daily Living[MESH] OR (activi*[ti] AND daily[ti] AND (living[ti] OR life[ti]))**
Estrategia sobre empleo vocacional	(“Schizophrenia”[MeSH] OR “Schizophrenic Language”[MeSH] OR “Schizophrenic Psychology”[MeSH] OR “Schizotypal Personality Disorder”[MeSH] OR “Schizophrenia, Disorganized”[MeSH] OR “Schizophrenia, Paranoid”[MeSH] OR “Schizophrenia, Childhood”[MeSH] OR “Schizophrenia, Catatonic”[MeSH] OR “Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features”[MeSH] OR schizophren* OR schiz*[ti]) AND **(employ*[ti] OR “Rehabilitation, Vocational”[mesh] OR “Employment, Supported”* OR “occupational Therapy”[MESH] OR Social Adjustment[mesh] OR “supported employment”[ti/ ab] OR “vocational rehabilitation”[ti/ab] OR “occupational therapy”[ti/ab] OR “prevocational training”[ti/ab] OR “vocational training”[ti/ab] OR (vocation*[ti] AND train*[ti]) OR (prevocation*[ti] AND train*[ti]) OR “Job Club” OR (shelter*[ti] AND (workshop* OR work* OR job OR employ*)))**

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y algunas recomendaciones pueden estar sobrepasadas por la evidencia científica más reciente. Versión revisada.

Estrategia sobre grupos de iguales/ apoyo social/ recuperación/ hobby	("Schizophrenia"[MeSH] OR "Schizophrenic Language"[MeSH] OR "Schizophrenic Psychology"[MeSH] OR "Schizotypal Personality Disorder"[MeSH] OR "Schizophrenia, Disorganized"[MeSH] OR "Schizophrenia, Paranoid"[MeSH] OR "Schizophrenia, Childhood"[MeSH] OR "Schizophrenia, Catatonic"[MeSH] OR "Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features"[MeSH] OR schizophren* OR schiz*[ti]) **AND ("Peer Group"[MESH] OR "social support"[MESH] OR (peer[ti] AND group*[ti]) OR ("Self-Help Groups"[Mesh:NoExp]) OR "social support"[ti/ab] OR "psychosocial support system"[ti/ ab] Or "psychosocial support systems"[ti/ab] OR "social network"[ti/ab] OR "social networks"[ti/ab] OR "self help groups" OR "self help group" OR "therapeutic social club" OR "therapeutic social clubs" OR Stereotyping[MESH] OR stigma*[ti] OR stereotyp*[ti] OR "Leisure Activities"[MESH] OR Holiday*[ti] OR Recreation[ti] OR Camping[ti] OR Dancing[ti] OR Gardening[ti] OR Hobbies[ti] OR hobby[ti] OR sport*[ti] OR relaxation[ti] OR recovery[ti/ab])**
Estrategia sobre rehabilitación y alteraciones cognitivas	("Cognition Disorders/rehabilitation"[Majr]) AND systematic[sb]
Estrategia sobre vivienda	(("Schizophrenia"[MeSH] OR "Schizophrenic Language"[MeSH] OR "Schizophrenic Psychology"[MeSH] OR "Schizotypal Personality Disorder"[MeSH] OR "Schizophrenia, Disorganized"[MeSH] OR "Schizophrenia, Paranoid"[MeSH] OR "Schizophrenia, Childhood"[MeSH] OR "Schizophrenia, Catatonic"[MeSH] OR "Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features"[MeSH] OR schizophren* OR schiz*[ti])) **AND (("Residential Facilities"[Mesh:NoExp]) OR "Assisted Living Facilities"[Mesh] OR "Group Homes"[MESH] OR "Halfway Houses"[MESH] OR residen*[ti] OR housing[ti] OR facil*[ti] OR (home*[ti] NOT nursing[ti]))**
Estrategia sobre adquisición de habilidades/ apoyo social	(("Schizophrenia"[MeSH] OR "Schizophrenic Language"[MeSH] OR "Schizophrenic Psychology"[MeSH] OR "Schizotypal Personality Disorder"[MeSH] OR "Schizophrenia, Disorganized"[MeSH] OR "Schizophrenia, Paranoid"[MeSH] OR "Schizophrenia, Childhood"[MeSH] OR "Schizophrenia, Catatonic"[MeSH] OR "Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features"[MeSH] OR schizophren* OR schiz*[ti])) **AND ((skill*[ti] AND train*[ti]) OR (social[ti] AND skill*[ti]) OR "training skills"[ti/ab] OR socialization[MESH] OR "social support"[Mesh] OR "social functioning"[ti/ab] OR (social[ti] AND function*[ti]))**

Han transcurrido más de cinco años desde la publicación de esta Guía de práctica clínica y ya no está revisada.

Modalidades de atención a la comunidad

Estrategia	(systematic[sb] OR randomized controlled trial[pt] OR controlled clinical trial[pt] OR clinical trial[pt] OR random*[ti] OR placebo*[ti] OR blind*[ti] OR OR trial*[ti] OR outcome*[ti]) **AND ((assertive*[ti] OR "case management"[ti] OR community[ti] OR "care programme approach"[ti] OR ("Community Mental Health Services"[Mesh]) OR ("Assertiveness"[Mesh]) OR ("Case Management"[Mesh]))** AND ("Schizophrenia"[MeSH] OR "Schizophrenic Language"[MeSH] OR "Schizophrenic Psychology"[MeSH] OR "Schizotypal Personality Disorder"[MeSH] OR "Schizophrenia, Disorganized"[MeSH] OR "Schizophrenia, Paranoid"[MeSH] OR "Schizophrenia, Childhood"[MeSH] OR "Schizophrenia, Catatonic"[MeSH] OR "Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features"[MeSH] OR schizophren* OR schiz*[ti])

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Anexo 8. Cuestionario de revisión de la GPC y resumen de las revisiones externas efectuadas

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Cuestionario de revisión de la GPC

Título de la guía de práctica clínica

Revisor

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

1. ¿Los objetivos globales de la guía están descritos específicamente?
   Totalmente ☐ Bastante ☐ Poco ☐ Nada ☐
2. ¿Está descrita de forma clara la definición del problema de salud?
   Totalmente ☐ Bastante ☐ Poco ☐ Nada ☐
3. ¿Están descritos de forma clara los criterios de diagnóstico?
   Totalmente ☐ Bastante ☐ Poco ☐ Nada ☐
4. ¿Las recomendaciones son específicas y sin ambigüedades?
   Totalmente ☐ Bastante ☐ Poco ☐ Nada ☐
5. ¿Hay una conexión explícita entre las principales recomendaciones y el grado de evidencia científica que las apoya?
   Totalmente ☐ Bastante ☐ Poco ☐ Nada ☐
6. Por favor, evalúe (1-10) la aplicabilidad de esta guía de práctica clínica en la realidad asistencial

Comentarios adicionales

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

Resumen de las revisiones efectuadas

	Mediana	Valoración cualitativa (rango)
1. Objetivos globales	4	Totalmente (Bastante-Totalmente)
2. Definición problema salud	4	Totalmente (Poco-Totalmente)
3. Criterios diagnósticos	4	Totalmente (Bastante-Totalmente)
4. Recomendaciones específicas	3,5	Totalmente (Poco-Totalmente)
5. Conexión recomendaciones y evidencia científica	3	Bastante (Poco-Totalmente)
6. Aplicabilidad en la práctica clínica	8	Rango: 4 - 10

La mediana de las respuestas de los revisores externos a cada pregunta ha sido de 'Totalmente' con un intervalo que va de 'Poco'/'Bastante' a 'Totalmente'. La mediana de las respuestas a la pregunta sobre aplicabilidad en la práctica clínica ha sido de 8 con un intervalo de 4 a 10.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y actualmente no ha sido revisada.

1 La equivalencia cualitativa/cuantitativa de las puntuaciones de las preguntas 1 a 5 es la siguiente: Totalmente=4; Bastante=3; Poco=2; Nada=1. El concepto núm. 6 se evaluó cuantitativamente (de 1 a 10).

Bibliografía

1. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. Aust N Z J Psychiatry. 2005;39(1-2):1-30.
2. Clinical practice guidelines. Treatment of schizophrenia. Can J Psychiatry. 2005;50(13 Suppl 1):7S-57S.
3. National Collaborating Centre for Mental Health. Schizophrenia. Full national clinical guideline on core interventions in primary and secondary care. London (United Kingdom): The Royal College of Psychiatrists & The British Psychological Society. National Institut for Clinical Excellence; 2003.
4. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia [monografía en Internet]. American Psychiatric Association; 2004 [citado 2006]. Disponible en: http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/SchizPG-Complete-Feb04.pdf
5. Consenso español de expertos para recomendaciones de actuación en el tratamiento de la esquizofrenia. Madrid: Sociedad Española de Psiquiatría; 2000.
6. Strategies therapeutiques a long term dans les psychoses schizophreniques. Paris (France): Féderation Française de Psychiatrie; 1994.
7. Jones C, Cormac I, Silveira da Mota Neto JI, Campbell C. Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 4. Art. No.: CD000524. DOI: 10.1002/14651858.CD000524.pub2.
8. Tarrier N, Wykes T. Is there evidence that cognitive behaviour therapy is an effective treatment for schizophrenia? A cautious or cautionary tale? Behav Res Ther. 2004;42(12):1377-401.
9. Ávila Espada A, Poch Bullich J. Manual de técnicas de psicoterapia. Un enfoque psicoanalítico. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores; 1994.
10. Pekkala E, Merinder L. Psicoeducación para la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
11. Barbato A, D'Avanzo B. Family interventions in schizophrenia and related disorders: a critical review of clinical trials. Acta Psychiatr Scand. 2000;102(2):81-97.
12. Pitschel-Walz G, Leucht S, Bäuml J, Kissling W, Engel RR. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia--a meta-analysis. Schizophr Bull. 2001;27(1):73-92.
13. Butzlaff RL, Hooley JM. Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. Arch Gen Psychiatry. 1998;55(6):547-52.
14. Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4. Art. No.: CD000088. DOI: 10.1002/14651858.CD000088.pub2.
15. Bustillo JR, Lauriello J, Horan WP, Keith SJ. Actualización del tratamiento psicosocial de la esquizofrenia. Am J Psychiatr (Ed Esp). 2001;4(2):104-16.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

16. Huxley NA, Rendall M, Sederer L. Psychosocial treatments in schizophrenia: a review of the past 20 years. J Nerv Ment Dis. 2000;188(4):187-201.
17. Sellwood W, Barrowclough C, Tarrier N, Quinn J, Mainwaring J, Lewis S. Needs-based cognitive-behavioural family intervention for carers of patients suffering from schizophrenia: 12-month follow-up. Acta Psychiatr Scand. 2001;104(5):346-55.
18. Barrowclough C, Tarrier N, Lewis S, Sellwood W, Mainwaring J, Quinn J, et al. Randomised controlled effectiveness trial of a needs-based psychosocial intervention service for carers of people with schizophrenia. Br J Psychiatry. 1999;174:505-11.
19. McGurk SR, Twamley EW, Sitzer DI, McHugo GJ, Mueser KT. A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. Am J Psychiatry. 2007;164(12):1791-802.
20. Velligan DI, Bow-Thomas CC, Huntzinger C, Ritch J, Ledbetter N, Prihoda TJ, et al. Randomized controlled trial of the use of compensatory strategies to enhance adaptive functioning in outpatients with schizophrenia. Am J Psychiatry. 2000;157(8):1317-23.
21. Marder SR, Wirshing WC, Mintz J, McKenzie J, Johnston K, Eckman TA, et al. Two-year outcome of social skills training and group psychotherapy for outpatients with schizophrenia. Am J Psychiatry. 1996;153(12):1585-92.
22. Killackey EJ, Jackson HJ, Gleeson J, Hickie IB, McGorry PD. Exciting career opportunity beckons! Early intervention and vocational rehabilitation in first-episode psychosis: employing cautious optimism. Aust N Z J Psychiatry. 2006;40(11-12):951-62.
23. Twamley EW, Jeste DV, Lehman AF. Vocational rehabilitation in schizophrenia and other psychotic disorders: a literature review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Nerv Ment Dis. 2003;191(8):515-23.
24. Bond GR, Becker DR, Drake RE, Rapp CA, Meisler N, Lehman AF, et al. Implementing supported employment as an evidence-based practice. Psychiatr Serv. 2001;52(3):313-22.
25. Crowther R, Marshall M, Bond G, Huxley P. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 2. Art. No.: CD003080. DOI: 10.1002/14651858.CD003080.
26. Lascorz D, Serrats E, Pérez V, Fábregas J, Vegué J. Estudio comparativo coste/eficacia de un dispositivo residencial para enfermos con trastorno mental severo. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr. 2009;103(1):191-201.
27. Modelo de Atención a personas con enfermedad mental grave. Documento de consenso. Madrid: IMSERSO, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2006.
28. McEvoy JP, Scheifler PL, Frances A. Treatment of schizophrenia 1999. The expert consensus guideline series. J Clin Psychiatry. 1999;60(Suppl 11):3-80.
29. Malone D, Marriott S, Newton-Howes G, Simmonds S, Tyrer P. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3. Art. No.: CD000270. DOI: 10.1002/14651858.CD000270.pub2.
30. Malm U, Ivarsson B, Allebeck P, Falloon IR. Integrated care in schizophrenia: a 2-year randomized controlled study of two community-based treatment programs. Acta Psychiatr Scand. 2003;107(6):415-23.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

31. Marshall M, Gray A, Lockwood A, Green R. Case management for people with severe mental disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews 1998, Issue 2. Art. No.: CD000050. DOI: 10.1002/14651858.CD000050.

32. Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG. Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. Schizophr Bull. 1998;24(1):37-74.

33. Burns T, Catty J, Dash M, Roberts C, Lockwood A, Marshall M. Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression. BMJ. 2007;335(7615):336.

34. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2001;40(7 Suppl):4S-23S.

35. Field MJ, Lohr KN, editores. Guidelines for Clinical Practice: From development to use. Washington, DC (US): National Academy Press; 1992.

36. Management of Psychoses [monografía en Internet]. Washington, DC (US): Veterans Health Administration. Department of Veterans Affairs. Health Affairs Department of Defense; May 2004 [citado 2006]. Disponible en: http://www.oqp.med.va.gov/cpg/Psy/Psy_Base.htm

37. Schizophrenia. Singapore: National Government Agency. Ministry of Health; 2003. MOH Clinical Practice Guidelines 2/2003.

38. Ministerio de Salud. Guía clínica primer episodio esquizofrenia. Santiado de Chile (Chile): Minsal; 2005.

39. Miller AL, Hall CS, Buchanan RW, Buckley PF, Chiles JA, Conley RR, et al. The Texas medication algorithm project antipsychotic algorithm for schizophrenia: 2003 update. J Clin Psychiatry. 2004;65(4):500-8.

40. Lehman AF, Kreyenbuhl J, Buchanan RW, Dickerson FB, Dixon LB, Goldberg R, et al. The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): updated treatment recommendations 2003. Schizophr Bull. 2004;30(2):193-217.

41. Ehmann T, Yager J, Hanson L. Early psychosis: a review of the treatment literature [monografía en Internet]. Vancouver (Canada): British Columbia Ministry of Children and Family Development; 2004 [citado 2006]. Disponible en: http://www.child-mentalhealth.ubc.ca/documents/publications/Mheccu_EPI_Aug04.pdf

42. International Early Psychosis Association Writing Group. International clinical practice guidelines for early psychosis. Br J Psychiatry Suppl. 2005;48(187):S120-4.

43. Lehman AF, Steinwachs DM. Translating research into practice: the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations. Schizophr Bull. 1998;24(1):1-10.

44. Ey H. Traité des hallucinations. Paris (France): Masson; 1973.

45. Kraepelin E. Introduction a la psychiatrie clinique. Paris (France): Vigon; 1907.

46. Bleuer E. Tratado de psiquiatría. Madrid: Calpe; 1924.

47. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. Am J Psychiatry. 1997;154(4 Suppl):1-63.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

48. Häfner H, Riecher-Rössler A, Hambrecht M, Maurer K, Meissner S, Schmidtke A, et al. IRAOS: an instrument for the assessment of onset and early course of schizophrenia. Schizophr Res. 1992;6:209-23.

49. Huber G, Gross G. The concept of basic symptoms in schizophrenia and schizoaffective psychosis. Rec Progr Med. 1989;80:646-52.

50. Yung AR, McGorry PD. The prodromal phase of first episode psychosis: past and current conceptualisations. Schizo Bulletin. 1996;22:353-70.

51. Birchwood M, Smith J, Macmillan F, Hogg B, Prasad R, Harvey C, et al. Predicting relapse in schizophrenia: the development and implementation of an early signs monitoring system using patients and families as observers, a preliminary investigation. Psychol Med. 1989;19:649-56.

52. Yung AR, Yuen HP, McGorry PD, Phillips LJ, Kelly D, Dell'Olio M, et al. Mapping the onset of psychosis: the comprehensive assessment of at risk mental states. Austr New Zealand J of Psychiat. 2005;39(11-12):964-71.

53. McGlashan TH, Zipursky RB, Perkins D, Addington J, Miller T, Woods SW, et al. The PRIME North America randomised double-blind clinical trial of olanzapine versus placebo in patients at risk of being prodromally syntomatic for psicosis. I. Study rationale and design. Schizophr Res. 2003;61(1):7-18.

54. Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP, McGorry PD. Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group: psychopathology and clinical features. Schizophr Res. 2003;67:131-42.

55. Screening and treatment of adolescents with schizophrenia. The Hague (The Netherlands): Health Council of The Netherlands; 1999. Informe Núm. 1999/08E.

56. Vázquez-Barquero JL, Cuesta Núñez MJ, de la Varga M, Herrera Castañedo S, Gaite L, Arenal A. The Cantabria first episode schizophrenia study: a summary of general findings. Acta Psychiatr Scand. 1995;91(3):156-62.

57. Murray RM. Epidemiological evidence concerning the diagnostic status of schizophrenia and bipolar disorderepidemiological [abstract of the XX International Congress on Schizophrenia Research]. Schizophr Bull. 2007;33(2):243.

58. Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, Anker M, Korten A, Cooper JE, et al. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. Psychol Med Monogr Suppl. 1992;20:1-97.

59. Sartorius N, Jablensky A, Korten A, Ernberg G, Anker M, Cooper JE, et al. Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures. A preliminary report on the initial evaluation phase of the WHO Collaborative Study on determinants of outcome of severe mental disorders. Psychol Med. 1986;16:909-28.

60. McGrath JJ. Myths and plain truths about schizophrenia epidemiology - the NAPE lecture 2004. Acta Psychiatr Scand. 2005;111(1):4-11.

61. McGrath JJ. Variations in the incidence of schizophrenia: data versus dogma. Schizophr Bull. 2006;32(1):195-7.

62. McGrath JJ, Saha S, Welham J, El Saadi O, MacCauley C, Chant D. A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. BMC Med. 2004;2:13.

Han trascurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

63. Kirkbride JB, Fearon P, Morgan C, Dazzan P, Morgan K, Tarrant J, et al. Heterogeneity in incidence rates of schizophrenia and other psychotic syndromes - Findings from the 3 center AESOP study. Arch Gen Psychiatry. 2006;63(3):250-8.
64. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath JJ. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. PLoS Med. 2005;2(5):413-33.
65. Baldwin P, Browne D, Scully PJ, Quinn JF, Morgan MG, Kinsella A, et al. Epidemiology of first-episode psychosis: illustrating the challenges across diagnostic boundaries through the Cavan-Monaghan study at 8 years. Schizophr Bull. 2005;31(3):624-38.
66. Auquier P, Lancon C, Rouillon F, Lader M, Holmes C. Mortality in schizophrenia. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2006;15(12):873-9.
67. Othmer E, Othmer SC. DSM-IV-TR. La entrevista clínica. Tomo I. Fundamentos. Barcelona: Editorial Masson; 2002.
68. Clasificación de trastornos mentales CIE 10. Criterios de la OMS (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud). Disponible en: http://www.psicoactiva.com/cie10/cie1.htm
69. Chinchilla Moreno A. Guía terapeutica de las esquizofrenias. Barcelona: Editorial Masson; 2000.
70. Consenso español sobre evaluación y tratamiento de la esquizofrenia. Madrid: Sociedad Española de Psiquiatría; 1998.
71. Falloon IR, Montero I, Sungur M, Mastroeni A, Malm U, Economou M, et al. Implementation of evidence-based treatment for schizophrenic disorders: two-year outcome of an international field trial of optimal treatment. World Psychiatry. 2004;3(2):104-9.
72. McGorry P, Parkville V, Killackey E, Elkins K, Lambert M. Summary Australian and New Zealand clinical practice guideline for the treatment of schizophrenia (2003). Australas Psychiatry. 2003;11(2):136-47.
73. GPT 1. Guía de prescripción terapéutica. Información de medicamentos autorizados en España. Barcelona: Agencia española de medicamentos y productos sanitarios. Pharma Editores SL; 2006.
74. Baldessarini RJ, Cohen BM, Teicher MH. Significance of neuroleptic dose and plasma level in the pharmacological treatment of psychoses. Arch Gen Psychiatry. 1988;45(1):79-91.
75. Falkai P, Wobrock T, Lieberman J, Glenthoj B, Gattaz WF, Moller HJ. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of schizophrenia, part 2: long-term treatment of schizophrenia. World J Biol Psychiatry. 2006;7(1):5-40.
76. Falkai P, Wobrock T, Lieberman J, Glenthoj B, Gattaz WF, Moller HJ. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of schizophrenia, part 1: acute treatment of schizophrenia. World J Biol Psychiatry. 2005;6(3):132-91.
77. Soler P, Gascón J. RTM III. Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. Comité de consenso de Catalunya en terapéutica de los trastornos mentales. 3a ed. Barcelona: Ars Medica; 2005.
78. Chinchilla Moreno A. Las esquizofrenias: sus hechos y valores clínicos terapéuticos. Barcelona: Elsevier Masson; 2007.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

79. Casey DE. Neuroleptic drug-induced extrapyramidal syndromes and tardive dyskinesia. Schizophr Res. 1991;4(2):109-20.

80. Ayd FJ Jr. A survey of drug-induced extrapyramidal reactions. JAMA. 1961;175:1054-60.

81. Chakos MH, Mayerhoff DI, Loebel AD, Alvir JM, Lieberman JA. Incidence and correlates of acute extrapyramidal symptoms in first episode of schizophrenia. Psychopharmacol Bull. 1992;28(1):81-6.

82. Leucht S. Amisulpride a selective dopamine antagonist and atypical antipsychotic: results of a meta-analysis of randomized controlled trials. Int J Neuropsychopharmacol. 2004;7 Suppl 1:S15-20.

83. McGavin JK, Goa KL. Aripiprazole. CNS Drugs. 2002;16(11):779-86.

84. Travis MJ, Burns T, Dursun S, Fahy T, Frangou S, Gray R, et al. Aripiprazole in schizophrenia: consensus guidelines. Int J Clin Pract. 2005;59(4):485-95.

85. Leucht S, Corves C, Arbter D, Engel RR, Li C, Davis JM. Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. Lancet. 2009;373(9657):31-41.

86. Kane J, Honigfeld G, Singer J, Meltzer H. Clozapine for the treatment-resistant schizophrenic. A double-blind comparison with chlorpromazine. Arch Gen Psychiatry. 1988;45(9):789-96.

87. Bagnall AM, Jones L, Ginnelly L, Lewis R, Glanville J, Gilbody S, et al. A systematic review of atypical antipsychotic drugs in schizophrenia. Health Technol Assess 2003;7(13):1-193.

88. Kasper S, Müller-Spahn F. Review of quetiapine and its clinical applications in schizophrenia. Expert Opin Pharmacother. 2000;1(4):783-801.

89. Bondolfi G, Dufour H, Patris M, May JP, Billeter U, Eap CB, et al. Risperidone versus clozapine in treatment-resistant chronic schizophrenia: a randomized double-blind study. The Risperidone Study Group. Am J Psychiatry. 1998;155(4):499-504.

90. Aranza J, García E, Sádaba B, Muñoz M. Ziprasidona. Farmacología práctica. Actas Esp Psiquiatr. 2002;30(2):1-9.

91. Villegas I, López Román F, Martínez Gonzálvez A, Villegas J. Obesidad y síndrome metabólico en pacientes con esquizofrenia. Psiq Biol. 2005;12(2):39-45.

92. Grundy SM, Cleeman JI, Merz CN, Brewer HB Jr, Clark LT, Hunninghake DB, et al. Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III guidelines. Arterioscler Thromb Vasc Biol. 2004;24(8): e149-61.

93. Bergman RN, Ader M. Atypical antipsychotics and glucose homeostasis. J Clin Psychiatry. 2005;66(4):504-14.

94. Lambert TJ, Chapman LH. Diabetes, psychotic disorders and antipsychotic therapy: a consensus statement. Med J Aust. 2004;181(10):544-8.

95. Ramaswamy K, Masand PS, Nasrallah HA. Do certain atypical antipsychotics increase the risk of diabetes? A critical review of 17 pharmacoepidemiologic studies. Ann Clin Psychiatry. 2006;18(3):183-94.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

96. Jin H, Meyer JM, Jeste DV. Atypical antipsychotics and glucose dysregulation: a systematic review. Schizophr Res. 2004;71(2-3):195-212.

97. Bellantuono C, Tentoni L, Donda P. Antipsychotic drugs and risk of type 2 diabetes: an evidence-based approach. Hum Psychopharmacol. 2004;19(8):549-58.

98. Philippe A, Vaiva G, Casadebaig F. Data on diabetes from the French cohort study in schizophrenia. Eur Psychiatry. 2005;20 Suppl 4:S340-4.

99. Cavazzoni P, Mukhopadhyay N, Carlson C, Breier A, Buse J. Retrospective analysis of risk factors in patients with treatment-emergent diabetes during clinical trials of antipsychotic medications. Br J Psychiatry Suppl. 2004;47:S94-101.

100. Bushe C, Leonard B. Association between atypical antipsychotic agents and type 2 diabetes: review of prospective clinical data. Br J Psychiatry Suppl. 2004;47:S87-93.

101. Marder SR, Essock SM, Miller AL, Buchanan RW, Casey DE, Davis JM, et al. Physical health monitoring of patients with schizophrenia. Am J Psychiatry. 2004;161(8): 1334-49.

102. Perfil de toxicidad de los antipsicóticos atípicos. Butlletí Groc (Fundació Institut Català de Farmacologia de la Universitat Autònoma de Barcelona). 2002;15(1). Disponible en: http://www.icf.uab.es/informacion/boletines/bg/bg151.02e.pdf

103. Ray WA, Chung CP, Murray KT, Hall K, Stein CM. Atypical antipsychotic drugs and the risk of sudden cardiac death. N Engl J Med. 2009;360(3):225-35.

104. Jackson CW, Markowitz JS, Brewerton TD. Delirium associated with clozapine and benzodiazepine combinations. Ann Clin Psychiatry. 1995;7(3):139-41.

105. Hatta K, Takahashi T, Nakamura H, Fujii S, Yamashiro H, Asukai N, et al. Prolonged upper airway instability in the parenteral use of benzodiazepine with levomepromazine. J Clin Psychopharmacol. 2000;20(1):99-101.

106. APA Practice Guideline Development Process [monografía en Internet]. Arlington, VA (US): The American Psychiatric Association (APA); 2004. Disponible en: http://www.psych.org

107. Emsley RA. Risperidone in the treatment of first-episode psychotic patients: a double-blind multicenter study. Risperidone Working Group. Schizophr Bull. 1999;25(4):721-9.

108. Fagerlund B, Mackeprang T, Gade A, Glenthoj BY. Effects of low-dose risperidone and low-dose zuclopenthixol on cognitive functions in first-episode drug-naive schizophrenic patients. CNS Spectr. 2004;9(5):364-74.

109. Sanger TM, Lieberman JA, Tohen M, Grundy S, Beasley C Jr, Tollefson GD. Olanzapine versus haloperidol treatment in first-episode psychosis. Am J Psychiatry. 1999;156(1):79-87.

110. Lieberman JA, Phillips M, Gu H, Stroup S, Zhang P, Kong L, et al. Atypical and conventional antipsychotic drugs in treatment-naive first-episode schizophrenia: a 52-week randomized trial of clozapine vs chlorpromazine. Neuropsychopharmacology. 2003;28(5):995-1003.

111. Bobes J, Gibert J, Ciudad A, Álvarez E, Canas F, Carrasco JL, et al. Safety and effectiveness of olanzapine versus conventional antipsychotics in the acute treatment of

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica clínica y su vigencia no ha sido revisada.

first-episode schizophrenic inpatients. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2003;27(3):473-81.

112. Lieberman JA, Tollefson G, Tohen M, Green AI, Gur RE, Kahn R, et al. Comparative efficacy and safety of atypical and conventional antipsychotic drugs in first-episode psychosis: a randomized, double-blind trial of olanzapine versus haloperidol. Am J Psychiatry. 2003;160(8):1396-404.
113. van BJ, Tijssen J, Dingemans P, Gersons B, Linszen D. Symptom response and side-effects of olanzapine and risperidone in young adults with recent onset schizophrenia. Int Clin Psychopharmacol. 2003;18(6):341-6.
114. Van Brummen HJ, Bruinse HW, Van der Bom JG, Heintz AP, Van der Vaart CH. How do the prevalences of urogenital symptoms change during pregnancy? Neurourol Urodyn. 2006;25(2):135-9.
115. National Collaborating Centre for Mental Health. Schizophrenia. Core interventions in the treatment and management os schizophrenia in primary and secondary care. London (United Kingdom): National Institute for Clinical Excellence; 2002. Clinical Guideline 1.
116. Moore TA, Covell NH, Essock SM, Miller AL. Real-world antipsychotic treatment practices. Psychiatr Clin North Am. 2007;30(3):401-16.
117. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. N Engl J Med. 2005;353(12):1209-23.
118. Keefe RS, Bilder RM, Davis SM, Harvey PD, Palmer BW, Gold JM, et al. Neurocognitive effects of antipsychotic medications in patients with chronic schizophrenia in the CATIE Trial. Arch Gen Psychiatry. 2007;64(6):633-47.
119. Jones PB, Barnes TR, Davies L, Dunn G, Lloyd H, Hayhurst KP, et al. Randomized controlled trial of the effect on quality of life of second- vs first-generation antipsychotic drugs in schizophrenia: cost utility of the latest antipsychotic drugs in schizophrenia study (CUtLASS 1). Arch Gen Psychiatry. 2006;63(10):1079-87.
120. Lewis S, Lieberman J. CATIE and CUtLASS: can we handle the truth? Br J Psychiatry. 2008;192(3):161-3.
121. Schooler N, Rabinowitz J, Davidson M, Emsley R, Harvey PD, Kopala L, et al. Risperidone and haloperidol in first-episode psychosis: a long-term randomized trial. Am J Psychiatry. 2005;162(5):947-53.
122. McEvoy JP, Lieberman JA, Perkins DO, Hamer RM, Gu H, Lazarus A, et al. Efficacy and tolerability of olanzapine, quetiapine, and risperidone in the treatment of early psychosis: a randomized, double-blind 52-week comparison. Am J Psychiatry. 2007;164(7):1050-60.
123. Schooler NR. The efficacy of antipsychotic drugs and family therapies in the maintenance treatment of schizophrenia. J Clin Psychopharmacol. 1986;6(1 Suppl):11S-19S.
124. Opjordsdmoen S, Melle I, Friis S, Haahr U, Johannessen JO, Tor K, et al. Stability of medication in early psicosis: a comparison between second-generation and low-dose first-generation antipsychotics. Early Interv Psychiatry. 2009;3(1):58-65.
125. Rojo Rodés JE, Vallejo Ruiloba J. Terapia electroconvulsiva. Barcelona: Masson-Salvat; 1994.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta guía de práctica clínica y su vigencia no ha sido revisada.

126. Tharyan P, Adams CE. Electroconvulsive therapy for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 2. Art. No.: CD000076. DOI: 10.1002/14651858.CD000076.pub2.

127. Painuly N, Chakrabarti S. Combined use of electroconvulsive therapy and antipsychotics in schizophrenia: the Indian evidence. A review and a meta-analysis. J ECT. 2006;22(1):59-66.

128. Bertolín Guillén JM, Sáez AC, Hernández de Pablo ME, Peiró MS. Eficacia de la terapia electroconvulsiva: revisión sistemática de las evidencias científicas. Actas Esp Psiquiatr. 2004;32(3):153-65.

129. La psicoterapia a la xarxa pública de Salut Mental y Adiccions [document d'ús intern]. Barcelona; 2007.

130. Lehman AF, Steinwachs DM. Evidence-based psychosocial treatment practices in schizophrenia: lessons from the patient outcomes research team (PORT) project. J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry. 2003;31(1):141-54.

131. Fenton WS. Evolving perspectives on individual psychotherapy for schizophrenia. Schizophr Bull. 2000;26(1):47-72.

132. Gisbert C, coordinación. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Madrid: Asociación Española de Neuropsquiatría (AEN); 2002. Cuadernos Técnico Núm. 6.

133. Kanas N. Group therapy with schizophrenics: a review of controlled studies. Int J Group Psychother. 1986;36(3):339-60.

134. Gaudiano BA. Is symptomatic improvement in clinical trials of cognitive-behavioral therapy for psychosis clinically significant? J Psychiatr Pract. 2006;12(1):11-23.

135. Zimmermann G, Favrod J, Trieu VH, Pomini V. The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: a meta-analysis. Schizophr Res. 2005;77(1):1-9.

136. Jackson C. Promoting personal recovery from psychosis: A randomised controlled trial in first episode schizophrenia [ensayo clínico finalizado]. Birmingham (United Kingdom): North Birmingham Mental Health NHS Trust; 2003. Disponible en: http://www.controlled-trials.com/isrctn/pf/43585723

137. Garety PA, Craig TK, Dunn G, Fornells-Ambrojo M, Colbert S, Rahaman N, et al. Specialised care for early psychosis: symptoms, social functioning and patient satisfaction: randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2006;188:37-45.

138. Marshall M, Rathbone J. Early Intervention for psychosis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4. Art. No.: CD004718. DOI: 10.1002/14651858.CD004718.pub2.

139. Jackson H, McGorry P, Edwards J, Hulbert C, Henry L, Harrigan S, et al. A controlled trial of cognitively oriented psychotherapy for early psychosis (COPE) with four-year follow-up readmission data. Psychol Med. 2005;35(9):1295-306.

140. Pfammatter M, Junghan UM, Brenner HD. Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses. Schizophr Bull. 2006;32 Suppl 1:S64-80.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

141. Crawford-Walker CJ, King A, Chan S. Distraction techniques for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 1. Art. No.: CD004717. DOI: 10.1002/14651858.CD004717.pub2.

142. Penn DL, Waldheter EJ, Perkins DO, Mueser KT, Lieberman JA. Psychosocial treatment for first-episode psychosis: a research update. Am J Psychiatry. 2005;162(12):2220-32.

143. Lawrence R, Bradshaw T, Mairs H. Group cognitive behavioural therapy for schizophrenia: a systematic review of the literature. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2006;13(6):673-81.

144. Grawe RW, Falloon IR, Widen JH, Skogvoll E. Two years of continued early treatment for recent-onset schizophrenia: a randomised controlled study. Acta Psychiatr Scand. 2006;114(5):328-36.

145. Dickerson FB, Lehman AF. Evidence-based psychotherapy for schizophrenia. J Nerv Ment Dis. 2006;194(1):3-9.

146. Penn DL, Mueser KT, Tarrier N, Gloege A, Cather C, Serrano D, et al. Supportive therapy for schizophrenia: possible mechanisms and implications for adjunctive psychosocial treatments. Schizophr Bull. 2004;30(1):101-12.

147. Buckley LA, Pettit TACL, Adams CE. Supportive therapy for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3. Art. No.: CD004716. DOI: 10.1002/14651858.CD004716.pub3.

148. Malmberg L, Fenton M. Individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia and severe mental illness. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 3. Art. No.: CD001360. DOI: 10.1002/14651858.CD001360.

149. Gottdiener W, Haslam N. The benefits of individual psychotherapy for schizophrenic patients: a meta-analytical review. Ethical Hum Sci Serv. 2002;4:163-87.

150. Gabbard GO, Gunderson JG, Fonagy P. The place of psychoanalytic treatments within psychiatry. Arch Gen Psychiatry. 2002;59(6):505-10.

151. Valbak K, Koster A, Larsen KA, Nielsen JR, Norrie B. The Danish national multicenter schizophrenia project: assessment of psychotic patients for dynamic psychotherapy (APPP). Nord J Psychiatry. 2003;57(5):333-8.

152. Rosenbaum B, Valbak K, Harder S, Knudsen P, Koster A, Lajer M, et al. The Danish National Schizophrenia Project: prospective, comparative longitudinal treatment study of first-episode psychosis. Br J Psychiatry. 2005;186:394-9.

153. Pitschel-Walz G, Bäuml J, Bender W, Engel RR, Wagner M, Kissling W. Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: results of the Munich Psychosis Information Project Study. J Clin Psychiatry. 2006;67(3):443-52.

154. Brown G, Carstairs JM, Topping GG. The post-hospital adjustement of chronic mental patients. Lancet. 1958; 2(7048):685-8.

155. Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Intervención familiar para la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

156. McFarlane WR, Dixon L, Lukens E, Lucksted A. Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. J Marital Fam Ther. 2003;29(2):223-45.

157. Jeppesen P, Petersen L, Thorup A, Abel M, Ehlenschlger J, Christensen T, et al. Integrated treatment of first-episode: effect of treatment on family burden. Br J Psychiatry. 2005;187:S85-90.

158. Pickett-Schenk SA, Cook JA, Steigman P, Lippincott R, Bennett C, Grey DD. Psychological well-being and relationship outcomes in a randomized study of family-led education. Arch Gen Psychiatry. 2006;63(9):1043-50.

159. Panades R. La rehabilitación neuropsicológica del paciente esquizofrénico [tesis doctoral]. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2002.

160. Lewis R. Should cognitive deficit be a diagnostic criterion for schizophrenia? J Psychiatry Neurosci. 2004;29(2):102-13.

161. Hayes RL, McGrath JJ. Cognitive rehabilitation for people with schizophrenia and related conditions. Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 3. Art. No.: CD000968. DOI: 10.1002/14651858.CD000968.

162. Krabbendam L, Aleman A. Cognitive rehabilitation in schizophrenia: a quantitative analysis of controlled studies. Psychopharmacology (Berl). 2003;169(3-4):376-82.

163. Kurtz MM. Symptoms versus neurocognitive skills as correlates of everyday functioning in severe mental illness. Expert Rev Neurother. 2006;6(1):47-56.

164. Johnson-Selfridge M, Zalewski C. Moderator variables of executive functioning in schizophrenia: meta-analytic findings. Schizophr Bull. 2001;27(2):305-16.

165. Kurtz MM, Moberg PJ, Gur RC, Gur RE. Approaches to cognitive remediation of neuropsychological deficits in schizophrenia: a review and meta-analysis. Neuropsychol Rev. 2001;11(4):197-210.

166. Nieuwenstein MR, Aleman A, de Haan EH. Relationship between symptom dimensions and neurocognitive functioning in schizophrenia: a meta-analysis of WCST and CPT studies. Wisconsin card sorting test. Continuous performance test. J Psychiatr Res. 2001;35(2):119-25.

167. Suslow T, Schonauer K, Arolt V. Attention training in the cognitive rehabilitation of schizophrenic patients: a review of efficacy studies. Acta Psychiatr Scand. 2001;103(1):15-23.

168. Roder V, Mueller DR, Mueser KT, Brenner HD. Integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia: is it effective? Schizophr Bull. 2006;32 Suppl 1:S81-93.

169. Vishnu Gopal Y, Variend H. First-episode schizophrenia: review of cognitive deficits and cognitive remediation. Adv psych treat. 2005;11:38-44.

170. Ponte Velón J, Goienetxea Laiuno B, Serna Herrán I, Picaza Ereño U, Elortegui Cayero I, Sánchez N, et al. Función cognitiva en primeros episodios psicóticos: estudio de las habilidades ejecutivas y resolución de problemas [póster]. En: VII Congreso Nacional de Psiquiatría: Psicopatología en tiempos de la Neurociencia. Palma de Mallorca; 21-25 octubre 2003.

171. Bellack AS, Mueser KT. Psychosocial treatment for schizophrenia. Schizophr Bull. 1993;19(2):317-36.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica clínica y su vigencia no ha sido revisada.

172. Penn DL, Mueser KT. Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. Am J Psychiatry. 1996;153(5):607-17.

173. Liberman RP, Wallace CJ, Blackwell G, Kopelowicz A, Vaccaro JV, Mintz J. Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. Am J Psychiatry. 1998;155(8):1087-91.

174. Spaulding WD, Reed D, Sullivan M, Richardson C, Weiler M. Effects of cognitive treatment in psychiatric rehabilitation. Schizophr Bull. 1999;25(4):657-76.

175. Tungpunkom P, Nicol M. Life skills programmes for chronic mental illnesses. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 2. Art. No.: CD000381. DOI: 10.1002/14651858.CD000381.pub2.

176. Ruddy R, Milnes D. Art therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 4. Art. No.: CD003728. DOI: 10.1002/14651858.CD003728.pub2.

177. Gold C, Heldal TO, Dahle T, Wigram T. Music therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 2. Art. No.: CD004025. DOI: 10.1002/14651858.CD004025.pub2.

178. National Collaborating Centre for Mental Health. Schizophrenia. Core interventions in the treatment and management os schizophrenia in primary and secondary care (update). Draft for consultation [documento provisional]. London (United Kingdom): National Institute for Clinical Excellence; September 2008.

179. Trastorno mental grave: proceso asistencial integrado. Sevilla: Consejería de Salud; 2006.

180. Drake RE, Mueser KT, Torrey WC, Miller AL, Lehman AF, Bond GR, et al. Evidence-based treatment of schizophrenia. Curr Psychiatry Rep. 2000;2(5):393-7.

181. Crowther R, Marshall M, Bond G, Huxley P. Rehabilitación vocacional para personas con enfermedades mentales graves (Revision Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

182. Michon HW, Van WJ, Kroon H, Schene AH. Person-related predictors of employment outcomes after participation in psychiatric vocational rehabilitation programmes--a systematic review. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2005;40(5):408-16.

183. Bond GR. Supported employment: evidence for an evidence-based practice. Psychiatr Rehabil J. 2004;27(4):345-59.

184. Rinaldi M, McNeil K, Firn M, Koleti M, Perkins R. What are the benefits of evidence-based supported employment for patients with first-episode psychosis. Psychiatr Bull. 2004;28:281-4.

185. López M, Laviana M, García-Cubillana P, Fernández L, Moreno B, López A. Evaluación del programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía (V): actitudes y grado de satisfación de los residentes. Rehabil psicosoc. 2005;2(2):56-63.

186. Chilvers R, Macdonald GM, Hayes AA. Supported housing for people with severe mental disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4. Art. No.: CD000453. DOI: 10.1002/14651858.CD000453.pub2.

Han transcurrido más de 3 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

187. Durbin J, Goering P, Cochrane J, MacFarlane D, Sheldon T. Needs-based planning for persons with schizophrenia residing in board-and-care homes. Schizophr Bull. 2004;30(1):123-32.

188. Burns T. Community mental health teams. A guide to current practices. New York, NY (US): Oxford University Press; 2005.

189. Care services improvement partnership. Reviewing the care program approach 2006. A consultation document. London (United Kingdom): Department of Health; 2006.

190. Burns T, Fioritti A, Holloway F, Malm U, Rossler W. Case management and assertive community treatment in Europe. Psychiatr Serv. 2001;52(5):631-6.

191. Thorup A, Petersen L, Jeppesen P, Ohlenschlaeger J, Christensen T, Krarup G, et al. Integrated treatment ameliorates negative symptoms in first episode psychosis--results from the Danish OPUS trial. Schizophr Res. 2005;79(1):95-105.

192. Killaspy H, Bebbington P, Blizard R, Johnson S, Nolan F, Pilling S, et al. The REACT study: randomised evaluation of assertive community treatment in north London. BMJ. 2006;332(7545):815-20.

193. Commander M, Sashidharan S, Rana T, Ratnayake T. North Birmingham assertive outreach evaluation. Patient characteristics and clinical outcomes. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2005;40(12):988-93.

194. Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews 1998, Issue 2. Art. No.: CD001089. DOI: 10.1002/14651858.CD001089.

195. Pla de Serveis Individualitzats (PSI). Barcelona: Consell Assessor sobre Assistència Psiquiàtrica i Salut Mental. CatSalut. Servei Català de la Salut; 2003.

196. Martin G, Costello H, Leese M, Slade M, Bouras N, Higgins S, et al. An exploratory study of assertive community treatment for people with intellectual disability and psychiatric disorders: conceptual, clinical, and service issues. J Intellect Disabil Res. 2005;49(Pt 7):516-24.

197. Cosden M, Ellens J, Schnell J, Yamini-Diouf Y. Efficacy of a mental halth treatment court with assertive community treatment. Behav Sci Law. 2005;23(2):199-214.

198. Yang J, Law S, Chow W, Andermann L, Steinberg R, Sadavoy J. Best practices: assertive community treatment for persons with severe and persistent mental illness in ethnic minority groups. Psychiatr Serv. 2005;56(9):1053-5.

199. Carney CP, Jones L, Woolson RF. Medical comorbidity in women and men with schizophrenia: a population-based controlled study. J Gen Intern Med. 2006;21(11):1133-7.

200. Kelly M, Lamah M. Evaluating the accuracy of data entry in a regional colorectal cancer database: implications for national audit. Colorectal Dis. 2007;9(4):337-9.

201. American Diabetes Association, American Psychiatric Association, American Association of Clinical Endocrinologists, North American Association for the Study of Obesity. Consensus development conference on antipsychotic drugs and obesity and diabetes. J Clin Psychiatry. 2004;65(2):267-72.

202. Consenso sobre promoción de la salud mental, prevención del trastorno mental y disminución del estigma de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2007.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

203. Enfermedad mental: análisis de las actitudes de rechazo social y estigmatización que sufren las personas con enfermedad mental. Madrid: Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid; 2006.

204. Corrigan P, Thompson V, Lambert D, Sangster Y, Noel JG, Campbell J. Perceptions of discrimination among persons with serious mental illness. Psychiatr Serv. 2003;54(8):1105-10.

205. Berzins KM, Petch A, Atkinson JM. Prevalence and experience of harassment of people with mental health problems living in the community. Br J Psychiatry. 2003;183:526-33.

206. Edwards J, McGorry P. La intervención precoz en la psicosis: Guía para la creación de servicios de intervención precoz en la psicosis. Madrid: Fundación para el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis; 2004.

207. Birchwood M, Todd P, Jackson C. Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. Br J Psychiatry Suppl. 1998;172(33):53-9.

208. McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ. The "close-in" or ultra high-risk model: a safe and effective strategy for research and clinical intervention in prepsychotic mental disorder. Schizophr Bull. 2003;29(4):771-90.

209. McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP, Francey S, Cosgrave EM, et al. Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. Arch Gen Psychiatry. 2002;59(10):921-8.

210. Yung AR, McGorry PD. The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. Schizophr Bull. 1996;22(2):353-70.

211. Yung AR, McGorry PD, McFarlane CA, Jackson HJ, Patton GC, Rakkar A. Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. Schizophr Bull. 1996;22(2):283-303.

212. McGlashan TH. Duration of untreated psychosis in first-episode schizophrenia: marker or determinant of course? Biol Psychiatry. 1999;46(7):899-907.

213. Johannessen J, Martindale B, Culberg J. Evolución de las psicosis. Barcelona: Herder; 2008.

214. Larsen TK, Friis S, Haahr U, Joa I, Johannessen JO, Melle I, et al. Early detection and intervention in first-episode schizophrenia: a critical review. Acta Psychiatr Scand. 2001;103(5):323-34.

215. Ehmann T, Hanson L. Early Psychosis. A care guide. Vancouver (Canada): Mental Health Evaluation & Community Consultation Unit. University of British Columbia; 2002.

216. Olsen KA, Rosenbaum B. Prospective investigations of the prodromal state of schizophrenia: review of studies. Acta Psychiatr Scand. 2006;113(4):247-72.

217. Bechdolf A, Phillips LJ, Francey SM, Leicester S, Morrison AP, Veith V, et al. Recent approaches to psychological interventions for people at risk of psychosis. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2006;256(3):159-73.

218. Broome MR, Woolley JB, Johns LC, Valmaggia LR, Tabraham P, Gafoor R, et al. Outreach and support in south London (OASIS): implementation of a clinical service for prodromal psychosis and the at risk mental state. Eur Psychiatry. 2005;20(5-6):372-8.

Hasta transcurridos 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

219. Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP, McGorry PD. Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group: psychopathology and clinical features. Schizophr Res. 2004;67(2-3):131-42.

220. Nordentoft M, Thorup A, Petersen L, Ohlenschlaeger J, Melau M, Christensen TO, et al. Transition rates from schizotypal disorder to psychotic disorder for first-contact patients included in the OPUS trial. A randomized clinical trial of integrated treatment and standard treatment. Schizophr Res. 2006;83(1):29-40.

221. Phillips LJ, Yung AR, Yuen HP, Pantelis C, McGorry PD. Prediction and prevention of transition to psychosis in young people at incipient risk for schizophrenia. Am J Med Genet. 2002;114(8):929-37.

222. Bertolote J, McGorry P. Early intervention and recovery for young people with early psychosis: consensus statement. Br J Psychiatry Suppl. 2005;48:s116-9.

223. Singh SP, Grange T. Measuring pathways to care in first-episode psychosis: a systematic review. Schizophr Res. 2006;81(1):75-82.

224. Larsen TK, Melle I, Auestad B, Friis S, Haahr U, Johannessen JO, et al. Early detection of first-episode psychosis: the effect on 1-year outcome. Schizophr Bull. 2006;32(4):758-64.

225. Perkins DO, Gu H, Boteva K, Lieberman JA. Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. Am J Psychiatry. 2005;162(10):1785-804.

226. Kahn RS, Fleischhacker WW, Boter H, Davidson M, Vergouwe Y, Keet IP, et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: an open randomised clinical trial. Lancet. 2008;371(9618):1085-97.

227. Tarrier N, Lewis S, Haddock G, Bentall R, Drake R, Kinderman P, et al. Cognitive-behavioural therapy in first-episode and early schizophrenia. 18-month follow-up of a randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2004;184:231-9.

228. McGlashan TH, Johannessen JO. Early detection and intervention with schizophrenia: rationale. Schizophr Bull. 1996;22(2):201-22.

229. Eckman TA, Wirshing WC, Marder SR, Liberman RP, Johnston-Cronk K, Zimmermann K, et al. Technique for training schizophrenic patients in illness self-management: a controlled trial. Am J Psychiatry. 1992;149(11):1549-55.

230. Wallace CJ, Liberman RP, MacKain SJ, Blackwell G, Eckman TA. Effectiveness and replicability of modules for teaching social and instrumental skills to the severely mentally ill. Am J Psychiatry. 1992;149(5):654-8.

231. Eckman TA, Liberman RP, Phipps CC, Blair KE. Teaching medication management skills to schizophrenic patients. J Clin Psychopharmacol. 1990;10(1):33-8.

232. Rector NA, Beck AT. Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: an empirical review. J Nerv Ment Dis. 2001;189(5):278-87.

233. Hogarty GE, Greenwald D, Ulrich RF, Kornblith SJ, DiBarry AL, Cooley S, et al. Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, II: Effects on adjustment of patients. Am J Psychiatry. 1997;154(11):1514-24.

234. Hogarty GE, Kornblith SJ, Greenwald D, DiBarry AL, Cooley S, Ulrich RF, et al. Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or in-

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

dependent of family, I: Description of study and effects on relapse rates. Am J Psychiatry. 1997;154(11):1504-13.

235. Psychosocial interventions in the management of schizophrenia. A national clinical guideline. Edinburgh (United Kingdom): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 1998. SIGN publication núm. 30.

236. Soler Insa PA, Gascón Barrachina J, coordinadores. Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales (RTM III). Comité de consenso de Catalunya en terapéutica de los trastornos mentales. 3a edición. Barcelona: Ars Medica; 2005.

237. Martens WH. A review of physical and mental health in homeless persons. Public Health Rev. 2001;29(1):13-33.

238. Olfson M, Mechanic D, Hansell S, Boyer CA, Walkup J. Prediction of homelessness within three months of discharge among inpatients with schizophrenia. Psychiatr Serv. 1999;50(5):667-73.

239. Acute Pain Management Guideline Panel. Acute pain management: operative or medical procedures and trauma. Clinical practice guideline. Rockville, MD (US): Public Health Service. Department of Health and Human Services; 1992.

240. Hospital inpatient management of acute asthma attacks source. Edinburgh (United Kingdom): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 1996. Report Number 6.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

9 788439 380894

P.V.P.: 6 €

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

www.msc.es