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 en los 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, olanzaina, 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]

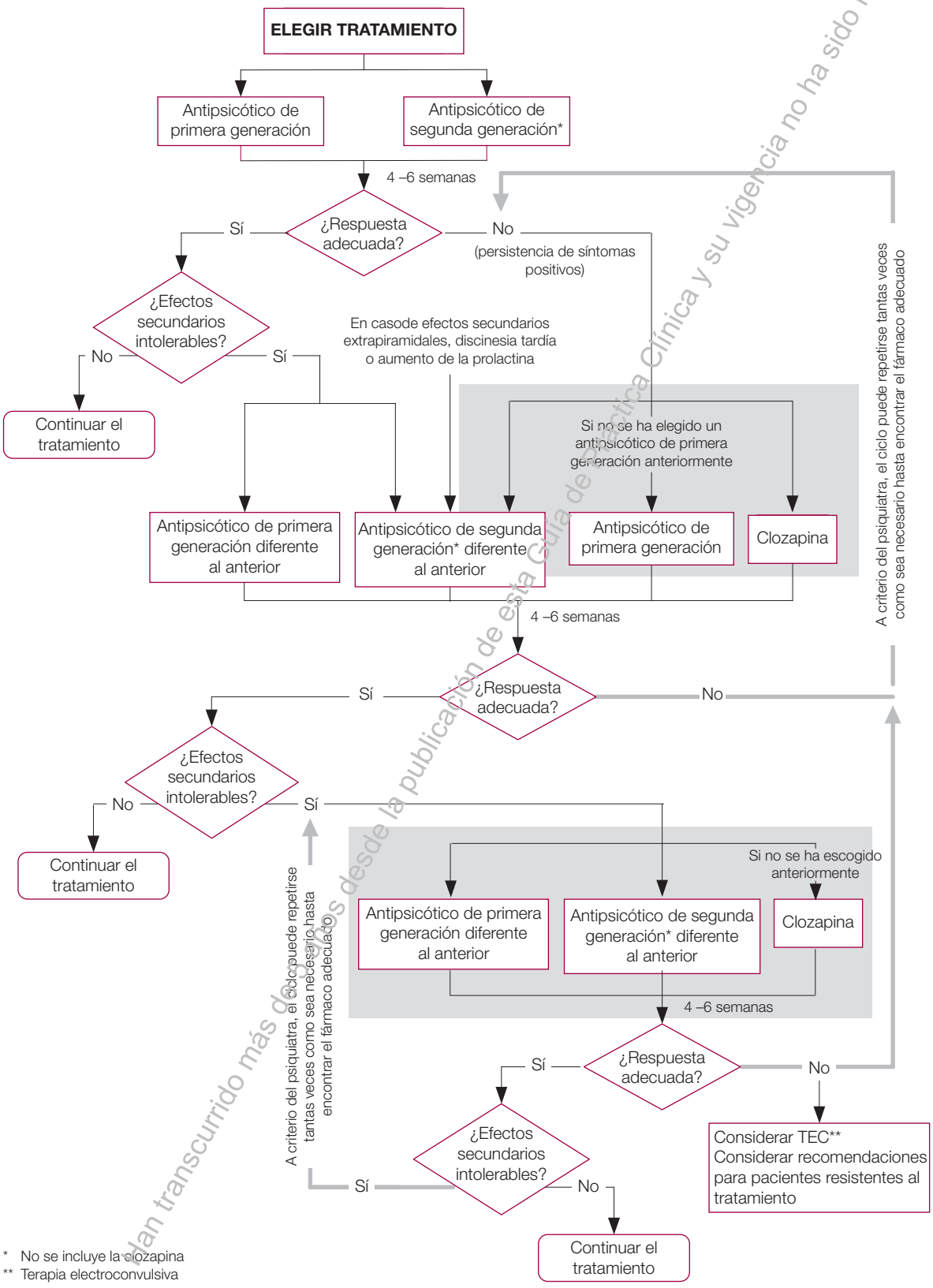
3.2. Gestión de casos y tratamiento asertivo comunitario

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.

Anexo 2. Figuras y tablas

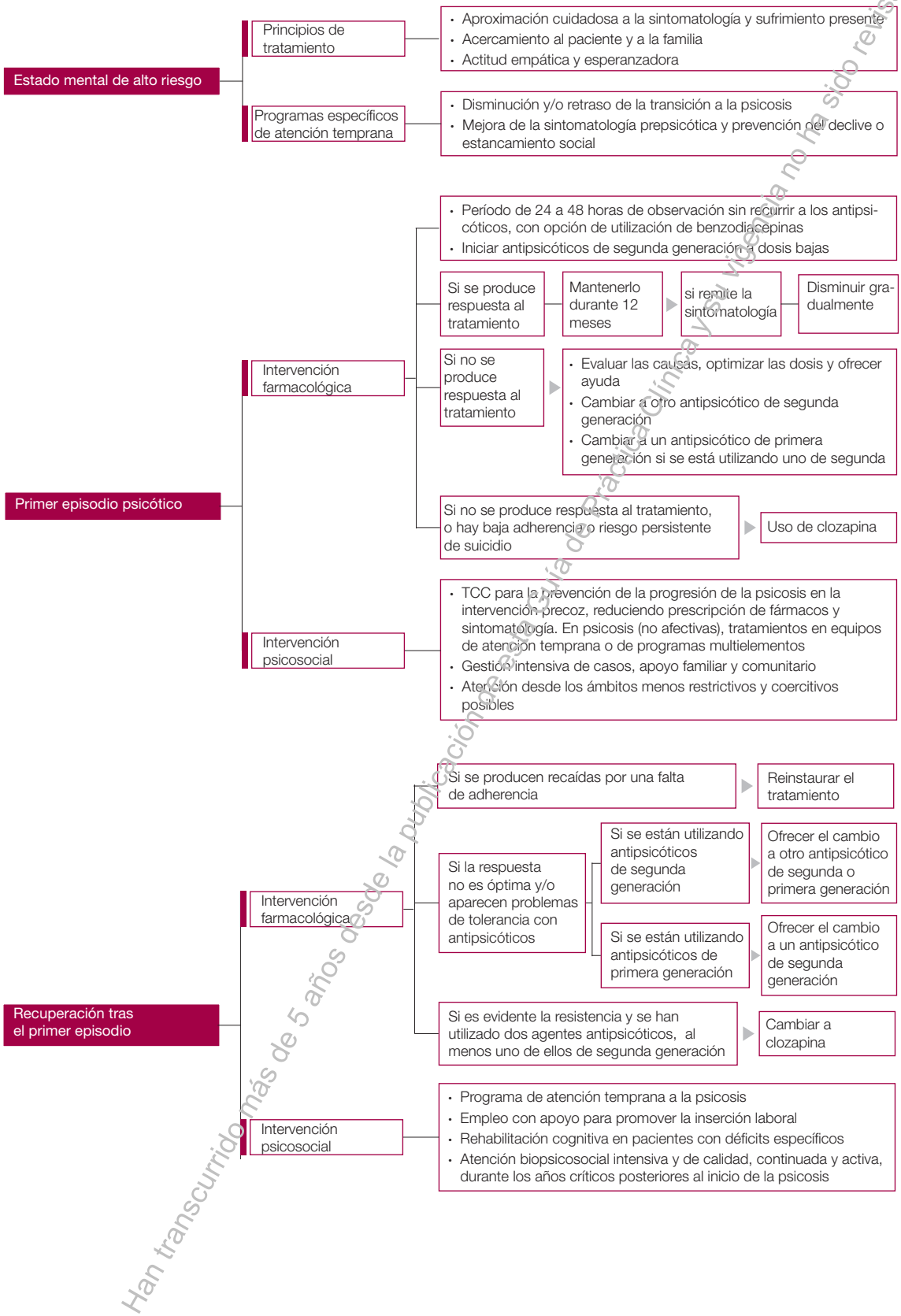
Figura 1. Algoritmo de intervención farmacológica



* No se incluye la clozapina
** Terapia electroconvulsiva

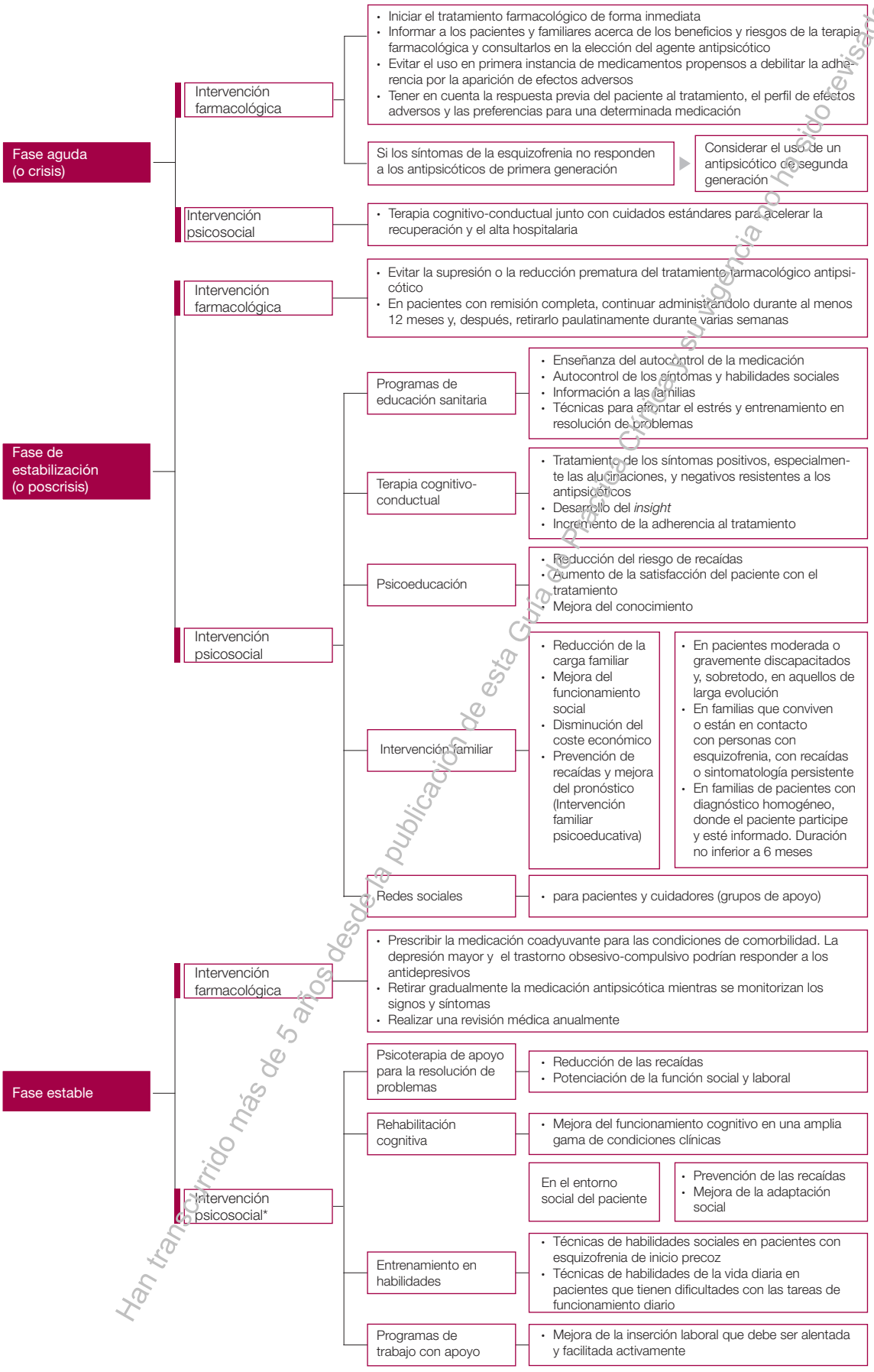
Han transcurrido más de cinco años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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, su vigencia no ha sido revisada.

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