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.**

Versión resumida

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

Versión resumida

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

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

Edición: 1ª edición, mayo 2009
© Ministerio de Sanidad y Consumo
© Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques
© Fòrum de Salut Mental
Edita: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Cataluña
Roc Boronat, 81-95 08005 Barcelona
NIPO: 477-08-021-2
ISBN: 978-84-393-8089-4
Depósito Legal: B-29.494-2009
Imprime: Milenio Manipulados

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

Esta guía debe citarse:

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

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 9

Autoría y colaboraciones 11

1. Introducción 15

2. Consideraciones generales 17

2.1. Definición 17

2.2. Historia natural y curso 17

2.3. Epidemiología 19

3. Líneas generales del manejo de la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente 23

3.1. Diagnóstico y evaluación 23

3.2. Manejo psiquiátrico 26

3.3. Desarrollo del plan terapéutico 29

4. Tipos y ámbitos de intervención 31

4.1. Intervención farmacológica 31

4.2. Terapia electroconvulsiva 46

4.3. Intervenciones psicosociales 47

4.3.1. Terapia cognitivo-conductual 51

4.3.2. Psicoterapia de apoyo 54

4.3.3. Psicoterapia psicodinámica 55

4.3.4. Psicoeducación 55

4.3.5. Intervención familiar 56

4.3.6. Rehabilitación cognitiva 58

4.3.7. Entrenamiento en habilidades sociales 60

4.3.8. Entrenamiento en actividades de la vida diaria 61

4.3.9. Técnicas expresivas 62

4.3.10. Apoyo a la inserción laboral 62

4.3.11. Recursos de vivienda 64

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

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

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.

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

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

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

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

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

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

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

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

PABLO RIVERO CORTE
Director General
Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud

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)

Rocío 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 contenido 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 esta Guía de Práctica Clínica y ésta no ha sido revisada.

Colaboración

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

Revisores externos

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

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

Alberto Fernández. Asociación Española de Neuropsiquiatría (Madrid)

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

Roser Llop. Fundació Institut Català de Farmacologia (Barcelona)

Jordi Masià. Presidente de la Fundació Seny (Barcelona)

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

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

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

Óscar Vallina. Servicio Cántabro de Salud (Cantabria)

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

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica, sin vigencia ni 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.

1. Introducción

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

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

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

Los principales usuarios de esta GPC son los psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores y educadores sociales, terapeutas ocupacionales, auxiliares psiquiátricos y demás profesionales de la salud mental. Su consulta puede ser también de utilidad para médicos de familia, enfermeros y otros profesionales de atención primaria que atienden a los pacientes con esquizofrenia. Además, también pueden ser usuarios de esta GPC las personas afectadas de esquizofrenia y sus familiares, amigos o personas con las que se relacionan, ya que se incluye un anexo con información específica para ellos.

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

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

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

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

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

2. Consideraciones generales

2.1. 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».[1]

Con el término esquizofrenia se designa a un conjunto de trastornos psicóticos, caracterizados todos ellos por la presencia de síntomas psicóticos positivos en algún momento de su desarrollo, y donde los síntomas negativos y cognitivos se asocian, a su vez, a un grado variable de discapacidad. Sus manifestaciones básicas consisten en una mezcla de signos y síntomas característicos. Los síntomas afectan a múltiples procesos psicológicos, como la percepción (alucinaciones), ideación, comprobación de la realidad (delirios), procesos de pensamiento (asociaciones laxas), sentimientos (afecto plano, afecto inapropiado), conducta (catatonia, desorganización), cognición (atención, concentración), motivación y juicio. No hay ningún síntoma que sea, por sí solo, patognomónico de la esquizofrenia.

2.2. Historia natural y curso

El inicio de la esquizofrenia se puede producir durante la adolescencia –e incluso en la infancia- o al entrar en la edad adulta. Afecta de forma similar a ambos sexos. Sin embargo, en los varones, la edad de inicio más frecuente es a comienzos de la tercera década de la vida, mientras que en las mujeres lo es a finales de la segunda década de la vida o comienzos de la tercera, mientras que en las mujeres el inicio es más tardío. Dicho inicio puede producirse de forma aguda o bien presentarse de forma insidiosa. La mayor parte de los pacientes alternan en su curso clínico episodios psicóticos agudos con fases estables de remisión total o parcial. Son frecuentes los síntomas residuales entre los episodios. Este trastorno, que a menudo es de tipo crónico, puede caracterizarse mediante tres fases que se fusionan unas con otras sin que existan unos límites claros y absolutos entre ellas. Estas fases forman la estructura para integrar los enfoques terapéuticos que se describen en esta GPC.

- **Fase aguda (o crisis)**. Durante esta fase, los pacientes presentan síntomas psicóticos graves, como delirios y/o alucinaciones, y un pensamiento gravemente desorganizado; y, generalmente, no son capaces

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

de cuidar de sí mismos de forma apropiada. Con frecuencia, los síntomas negativos pasan a ser también más intensos.

- **Fase de estabilización (o postcrisis)**. Durante esta fase, se reduce la intensidad de los síntomas psicóticos agudos. La duración de la fase puede ser de seis meses o más tras el inicio de un episodio agudo (o crisis).
- **Fase estable (o de mantenimiento)**. La sintomatología puede haber desaparecido o es relativamente estable y, en el caso de que persista, casi siempre es menos grave que en la fase aguda. Unos pacientes pueden mantenerse asintomáticos; otros pueden presentar síntomas no psicóticos, como tensión, ansiedad, depresión o insomnio. Cuando persisten los síntomas negativos (déficits) y/o positivos, como delirios, alucinaciones o trastornos del pensamiento, a menudo están presentes en formas atenuadas no psicóticas (por ejemplo, ilusiones en vez de alucinaciones o ideas sobrevaloradas en vez de delirios).

Antes de que un paciente que se encuentra en la fase estable presente una recaída, habitualmente se produce un período prodrómico en el que pueden manifestarse síntomas disfóricos no psicóticos, formas atenuadas de síntomas positivos o conductas idiosincrásicas. Este período prodrómico puede durar entre varios días y unas semanas, pero en ocasiones puede persistir durante varios meses. La mayor parte de los estudios longitudinales de la esquizofrenia sugieren que su curso es variable; en algunos pacientes no se presentan nuevos episodios, en la mayoría se producen exacerbaciones y remisiones, y en una pequeña parte persiste un estado psicótico grave de forma crónica. Dadas las diferencias existentes en los criterios diagnósticos utilizados en los estudios que se han llevado a cabo, no es posible realizar un resumen exacto y completo de la evolución a largo plazo de la esquizofrenia.

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

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

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

Se han introducido los conceptos de estados mentales de riesgo (EMR) y estados mentales de alto riesgo y de riesgo extremo (EMAR/UHR) para describir estas poblaciones.[4] Las poblaciones de alto riesgo están así caracterizadas por la presencia de síntomas psicóticos iniciales. Además, han establecido tres subtipos de alto riesgo: 1. Presencia de síntomas psicóticos atenuados (subumbrales); 2. Historia de síntomas psicóticos breves y limitados, y 3. Historia familiar positiva de psicosis y bajo nivel funcional persistente. Estos criterios han sido testados en diferentes estudios para confirmar su validez[5] 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».

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.

2.3. Epidemiología

La prevalencia de la esquizofrenia a lo largo de la vida es variable, pero los resultados de la mayor parte de los estudios establecen globalmente un promedio de una tasa ligeramente inferior a 1 caso por cada 100 habitantes.[6] El trastorno parece tener una distribución uniforme en todo el mundo, aunque pueden existir algunas bolsas de prevalencia elevada o baja.[7]

En cuanto a la incidencia, el estudio *Primeros episodios de esquizofrenia en Cantabria* reveló que existía una incidencia de esquizofrenia para la edad de riesgo 15-54 años de 1,9/10.000 habitantes por año, y que no había diferencias estadísticamente significativas entre los sexos.[8] La edad media de la primera aparición de la enfermedad es a los 26 años, y es significativamente más alta en las mujeres que en los hombres.

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

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

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

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

Sin embargo, una revisión de 158 estudios realizados entre 1965 y 2001 y llevados a cabo en 32 países permitió establecer una media de incidencia anual de 15,2 por 100.000, con cifras más elevadas en los países desarrollados con un rango de entre 7,7 y 43,0 por 100.000. Dos revisiones sistemáticas independientes mostraban diferencias de incidencia según el género del paciente, con tasas significativamente más altas en varones (razón varón-mujer de 1,42/1,08). También aparecieron incidencias más altas en zonas urbanas frente a rurales, estatus migratorio y mes de nacimiento, con predominio en los meses de invierno.[12-14]

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

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

B. Prevalencia de la esquizofrenia. En una revisión sistemática de la evidencia científica (RSEC) de 188 estudios publicados entre 1965 y 2002 sobre la prevalencia de la esquizofrenia en 46 países, si bien aparecen variaciones sustanciales entre distintos lugares, la prevalencia muestra generalmente valores comprendidos entre 4 y 7/1.000, dependiendo del tipo de estimación empleado. En la misma revisión, la prevalencia se mostró mayor en poblaciones emigrantes.[16]

C. Frecuencia de los primeros episodios psicóticos. Un estudio realizado en el ámbito rural irlandés sobre la epidemiología de los primeros episodios psicóticos entre 1995 y 2003, centrado en la incidencia de la esquizofrenia, el trastorno bipolar, la manía y el trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos, dio como resultado una incidencia anual de todas las formas de psicosis de 31,6/100.000 habitantes por año, con razones superiores en varones. Para la esquizofrenia la incidencia fue de 7,0; para los trastornos esquizoafectivos, 2,0; y para el trastorno esquizofreniforme, 1,8. Las psicosis afectivas registraron una incidencia de 11,6/100.000 habitantes por año, y para el trastorno psicótico breve, el trastorno delirante y otros trastornos psicóticos, una incidencia de 9,3/100.000 habitantes por año.[17] Estos datos contrastan con los resultados obtenidos en el estudio realizado en Cantabria descrito al inicio de este capítulo.[8]

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

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.

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

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

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

3.1. Diagnóstico y evaluación

3.1.1. Diagnóstico

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

- Historia clínica psiquiátrica y médica general.
- Historia psicosocial e historia psiquiátrica familiar.
- Examen del estado mental.
- Evaluación física que incluya una exploración neurológica.
- Deben realizarse las exploraciones complementarias necesarias para descartar trastornos que asemejen un trastorno psicótico incipiente o un trastorno esquizofrénico, determinar la presencia de trastornos asociados, establecer unas características basales para la administración de medicaciones antipsicóticas y orientar la asistencia médica habitual en caso necesario. Los pacientes que abusan de alcohol o de otras drogas o que presentan una psicosis inducida por alcohol o drogas deben recibir un tratamiento específico. El riesgo de autolesiones o de causar daños a terceros y la presencia de alucinaciones de órdenes deben ser evaluadas y deben tomarse las precauciones apropiadas siempre que esté en duda la seguridad del paciente o de otras personas.[7]

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

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

Clasificación y agrupación de los síntomas psicóticos

Además de las clasificaciones expuestas, es de uso habitual una clasificación y agrupación de los síntomas en tres categorías sintomáticas: síntomas positivos (delirios y alucinaciones), síntomas negativos (afecto aplanado, alogia, abolición/apatía y dificultades de atención) y síntomas de «desorganización» (que incluyen habla desorganizada, trastorno del pensamiento, conducta desorganizada y falta de atención). Si bien los síntomas positivos son los más relevantes en las fases agudas de los trastornos, los síntomas determinantes en las disfunciones sociales y ocupacionales de los pacientes con esquizofrenia son los síntomas negativos y los déficits cognitivos. Los síntomas negativos y los déficits cognitivos son extremadamente importantes, tanto clínicamente como en términos de rehabilitación, pues afectan a la capacidad de trabajo, a las relaciones con los demás y a los lazos emocionales, es decir, a la capacidad del paciente para desarrollar una vida en condiciones normales.

3.1.2. Diagnóstico diferencial

Se consideran los siguientes aspectos del diagnóstico diferencial:[19,20]

Se debe realizar un diagnóstico diferencial de la esquizofrenia con otros cuadros 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.

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

3.1.3. Estado clínico y evaluación continuada

Es importante valorar, como mínimo, estas cuatro circunstancias críticas: peligro de agresión para sí mismo o para otros; acceso a medios con finalidad

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

suicida u homicida; presencia de alucinaciones que dan órdenes; y habilidades para el cuidado de uno mismo.[7]

3.1.4. Comorbilidad con otros trastornos mentales

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

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

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

3.1.6. Comorbilidad con otras enfermedades y antecedentes médicos

Debe valorarse el estado general, así como la función cardiaca, las medicaciones y otros tratamientos que el paciente recibe. Los cuadros médicos concomitantes más frecuentes y factores de riesgo que deben ser evaluados y tratados son los siguientes: obesidad, conductas de riesgo para el VIH, hábito tabáquico e hipertensión.[21]

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

En un paciente que presenta una primera crisis, se recomienda pedir pruebas de laboratorio: análisis básicos para hacer diagnósticos diferenciales con otros trastornos que puedan parecer una esquizofrenia, análisis para descartar presencia de sustancias tóxicas, bioquímica general, hemograma completo y análisis de orina.[19]

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

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

3.1.7. Antecedentes psiquiátricos

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

3.1.8. Historia psicosocial e historia psiquiátrica familiar

Según el consenso de expertos, es importante recoger la frecuencia y calidad de las relaciones sociales que ha mantenido el paciente a lo largo de su vida, así como las relaciones significativas en el momento actual. La evaluación de la estructura familiar y el patrón de relaciones es importante para establecer un plan terapéutico. Es fundamental la evaluación de los factores de relaciones sociales y familiares que pueden actuar como elementos de estrés o vulnerabilidad, así como los que pueden actuar como factores de protección.[22]

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

3.1.9. Revisiones generales anuales

Según McEvoy y colaboradores, las recomendaciones para todos los pacientes son: historial médico y exploración física que incluya la talla y el peso, así como la presión sanguínea y un hemograma completo.[19]

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

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

3.2. Manejo psiquiátrico

3.2.1. Aspectos generales

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

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

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

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

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

3.2.2. Componentes del manejo psiquiátrico

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

Los profesionales que participan en la atención al paciente han de trabajar para desarrollar un **plan de tratamiento integrado y coordinado** dado que frecuentemente intervienen en la atención varios profesionales y servicios, tanto de forma simultánea como sucesiva.

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

- **Evaluación de los síntomas y establecimiento de un diagnóstico**
  Para que un tratamiento sea eficaz y apropiado deben realizarse evaluaciones diagnósticas y clínicas exactas y pertinentes. En el caso de la esquizofrenia, el diagnóstico tiene repercusiones importantes en la planificación a corto y largo plazo del tratamiento.
- **Desarrollo de un plan de tratamiento**
  Una vez se ha evaluado el diagnóstico y las circunstancias clínicas y psicosociales del paciente, debe formularse y aplicarse un plan de tratamiento. Este proceso implica seleccionar las modalidades terapéuticas, el tipo de tratamiento o tratamientos específicos y su contexto. En función de la gravedad de la situación clínica y debido a que en ocasiones la información sobre los antecedentes del paciente y la evaluación clínica se obtienen de forma progresiva, es posible que el proceso deba repetirse y modificarse mientras dure la relación entre el paciente y el médico.

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

- **Establecimiento de alianza terapéutica y estimulación del cumplimiento terapéutico**
  Es indispensable que el psiquiatra que trata al paciente establezca y mantenga una alianza terapéutica de apoyo, a partir de la cual llevar a cabo el tratamiento. Esta alianza proporciona información muy importante al psiquiatra y aumenta la confianza del paciente y su deseo de colaborar con el tratamiento.
- **Educación y terapia para el paciente y su familia**
  Trabajar con los pacientes para que aprendan a reconocer los síntomas precoces de la recaída evita una agudización completa de la enfermedad. Informar a la familia acerca de las características de la enfermedad y enseñarles estrategias para afrontarla puede reducir las recaídas y aumentar de forma notable la calidad de vida del paciente.
- **Tratamiento de las enfermedades comórbidas**
  Hay diversos trastornos psiquiátricos, sociales y médicos que son mucho más frecuentes en personas con esquizofrenia que en la población general. El equipo terapéutico debe evaluar estas enfermedades de manera periódica. Algunas comorbilidades frecuentes, como la depresión mayor, los trastornos inducidos por consumo de sustancias y el trastorno por estrés postraumático, pueden detectarse habitualmente mediante exploraciones clínicas y conversando con el paciente y las personas cercanas, además de la observación longitudinal de los patrones de comportamiento del paciente.
- **Circunstancias y funcionamiento sociales del paciente**
  Las circunstancias y el funcionamiento sociales del paciente pueden tener una gran influencia sobre el cumplimiento terapéutico y la respuesta al tratamiento. Las condiciones de vida, la participación de la familia, la fuente y la cuantía de los ingresos, la situación legal y las relaciones con personas significativas pueden ser situaciones tanto estresantes como protectoras. En consecuencia, son áreas que los profesionales sanitarios de psiquiatría podrían explorar de forma periódica.
- **Integración de los tratamientos de distintos médicos**
  Muchos pacientes con esquizofrenia reciben diversos tratamientos que, a menudo, administran médicos distintos. Esta circunstancia provoca un posible riesgo de fragmentación de los esfuerzos terapéuticos para aquellos pacientes que habitualmente tienen problemas para planificar y organizarse.
- **Documentación del tratamiento**
  La mayoría de las personas con esquizofrenia son tratadas por muchos profesionales distintos durante la evolución de su enfermedad.

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

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

Recomendación sobre manejo psiquiátrico

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

3.3. Desarrollo del plan terapéutico

3.3.1. Diseño del plan terapéutico

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

Para alcanzar los objetivos del tratamiento se sugiere la valoración de la sintomatología positiva y negativa, la depresión, la ideación y conducta suicida, el abuso de sustancias, las comorbilidades médicas, el trastorno por estrés postraumático y un abanico de problemas potenciales de ajuste a la comunidad, entre los que se incluyen el no tener hogar, el aislamiento, la desocupación, la victimización y la implicación en el sistema de justicia criminal.[22]

3.3.2. Elección del ámbito de tratamiento

Los pacientes han de ser atendidos en el contexto menos restrictivo posible en el que sea probable una situación segura y se pueda aplicar un tratamiento eficaz. En este sentido, los pacientes con esquizofrenia pueden ser

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

atendidos en diversos ámbitos. La elección del ámbito de tratamiento debe basarse en la situación clínica del paciente, las preferencias del mismo y de su familia, las exigencias del plan de tratamiento y las características de los ámbitos de tratamiento disponibles. Los diversos contextos varían en cuanto a la disponibilidad de distintas posibilidades terapéuticas, grado de apoyo, limitación y protección frente a conductas nocivas, horario de funcionamiento, capacidad de atender a pacientes psicóticos o con agitación grave, y medio general y filosofía de tratamiento.[7]

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

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

4. Tipos y ámbitos de intervención

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

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

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

4.1. Intervención farmacológica

Los tratamientos farmacológicos son un elemento habitualmente indispensable tanto en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia como en los primeros episodios psicóticos. Las medicaciones se utilizan para el tratamiento de los episodios agudos, para la prevención de futuros episodios y para la mejoría de los síntomas entre episodios. Los fármacos antipsicóticos son el principal tratamiento farmacológico de estos pacientes. Sin embargo, otros medicamentos, como los estabilizantes del estado de ánimo y otras medicaciones coadyuvantes, también resultan útiles en determinados subgrupos de pacientes.[21,24-26]

4.1.1. Medicaciones antipsicóticas

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

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

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

A) Antipsicóticos de primera generación (o convencionales)

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

---

a 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 no ha sido revisada.

Las medicaciones de alta potencia tienen una mayor afinidad por los receptores dopaminérgicos que la que presentan las de baja potencia, y precisan dosis mucho más bajas. Las de alta potencia se prescriben con mayor frecuencia que las de baja potencia (aunque tienen mayor tendencia a producir efectos adversos extrapiramidales), y se administran de manera más segura por vía intramuscular ya que rara vez producen hipotensión.[28] Se puede alcanzar la dosis adecuada en dos días. Se ha comprobado que dosis altas de antipsicóticos de alta potencia no son más eficaces ni tienen acción más rápida que dosis moderadas y se asocian a una mayor incidencia de efectos adversos.[28]

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

Las pautas de posología de cada uno de los antipsicóticos de primera generación se recogen en la tabla 4, anexo 2. Asimismo, se ha elaborado un cuadro comparativo de intervalos de posología habitual para adultos según recomendaciones de la GPT[27], así como de las GPC de la APA[21] y la Canadian Psychiatric Association (CPG),[26] las recomendadas por la World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP)[29,30] y PORT[31] y, finalmente, las de dos publicaciones de consulta en el ámbito español: RTM-III[32] y el libro de Chinchilla[33] (tabla 5, anexo 2).

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

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

a) Sedación

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

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

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

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

b) Efectos neurológicos. Efectos adversos extrapiramidales

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

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

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

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

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

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

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

La **distonía aguda** se caracteriza por la contracción espástica de grupos musculares aislados. Las reacciones distónicas se dan en un 10% de los pacientes que inician tratamiento.

Los factores de riesgo son la juventud del paciente, el sexo masculino, el empleo de medicaciones de alta potencia, las dosis altas y la administración intramuscular. Se produce con frecuencia después de las primeras dosis de medicación y en un 90% en los tres primeros días.

Puede afectar a diversas regiones del cuerpo, pero aquejan con mayor frecuencia a los músculos del cuello, la laringe, los ojos y el torso; se utilizan los términos «torticolis», «laringoespasmo», «crisis oculógira» y «opistótonos» para describir las reacciones distónicas de regiones cor-

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

porales 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.

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.

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

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

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

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

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

Otros efectos adversos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Interacciones farmacológicas de los antipsicóticos de primera generación (convencionales)

Pueden producirse numerosas interacciones farmacológicas que tengan efectos clínicos importantes en los pacientes que reciben tratamiento con medicación antipsicótica. Determinados antidepresivos heterocíclicos, la mayor parte de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), algunos beta-bloqueantes y la cimetidina pueden aumentar la concentración plasmática de antipsicóticos e incrementar los efectos adversos. Por otro lado, los barbitúricos y la carbamazepina disminuyen la concentración plasmática al actuar sobre las enzimas del citocromo P-450.[21]

B) Antipsicóticos de segunda generación (o atípicos)

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

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

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

tos según recomendaciones de la GPT,[27] las GPC de la APA[21] y la CPG[26], las recomendadas por la WFSBP[29,30] y PORT[31] y, finalmente, las de dos publicaciones de consulta en el ámbito español: RTM-III[32] y el libro de Chinchilla[33] (tabla 7, anexo 2).

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

Efectos adversos frecuentes de los antipsicóticos de segunda generación

Síndrome metabólico

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

El síndrome metabólico para ser diagnosticado como tal debe cumplir tres de las siguientes alteraciones: a) obesidad abdominal (perímetro abdominal > 102 cm en varones y > 88 cm. en mujeres), b) hipertrigliceridemia (triglicéridos sericos ≥ 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).[38]

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

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

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

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

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

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

4.1.2. Otras medicaciones coadyuvantes

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

Litio

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

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

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

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.[50,51]

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

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.[52] En dos estudios se comprobó la eficacia de fluvoxamina y clomipramina en el tratamiento de los síntomas obsesivo-compulsivos en la esquizofrenia.[52]

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

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

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

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

Recomendaciones sobre intervenciones farmacológicas

Aspectos generales

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

Prescripción de antipsicóticos y efectos adversos

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

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

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

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

Aspectos técnicos de la prescripción

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

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

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

Resistencia al tratamiento antipsicótico

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

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

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

Comorbilidad y medicaciones coadyuvantes

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

4.2. Terapia electroconvulsiva

La terapia electroconvulsiva (TEC) es siempre un tratamiento de segunda elección en la esquizofrenia,[7] indicado tras el fracaso de los antipsicóticos; las indicaciones más frecuentes son: esquizofrenia catatónica, casos graves que cursan con intensa agitación y/o desorientación, contraindicación de antipsicóticos (por la posibilidad de causar síndrome neuroléptico maligno), depresión secundaria y trastornos esquizoafectivos resistentes.[54]

La TEC unilateral se ha mostrado tan eficaz como la bilateral, y parece causar un deterioro cognitivo menor.

Por su parte, no se ha estudiado adecuadamente la eficacia de la TEC como tratamiento de mantenimiento. Sin embargo, cabe considerar este empleo en el caso de un paciente que responda a la TEC y en el que la profilaxis farmacológica sola haya resultado ineficaz o no sea bien tolerada.[7]

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

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).[53]

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

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

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

Recomendaciones sobre terapia electroconvulsiva

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

4.3. Intervenciones psicosociales

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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.
- La actitud flexible por parte del terapeuta.
- La capacidad del terapeuta para crear una atmósfera de calidez y empatía, así como para manejar sus propios sentimientos.[55]

La psicoterapia tiene como punto de partida la existencia de un encuentro humano basado en la confianza, el reconocimiento del sufrimiento psíquico, la comprensión profunda y la presencia atenta. Siempre que esté indicada se ha de realizar dentro de un planteamiento terapéutico global integrando las otras intervenciones psicosociales así como la psicofarmacológica.[7]

Los objetivos generales de la psicoterapia, y de las intervenciones psicosociales en general son minimizar la vulnerabilidad y el estrés y maximizar las capacidades de adaptación y el funcionamiento, al tiempo que se favorecen los apoyos sociales.[21]

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

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

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

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

Los tratamientos psicoterapéuticos y las intervenciones rehabilitadoras, pueden desarrollarse tanto a nivel individual como a nivel grupal. Esta elección dependerá de las características y estado del paciente, sus preferencias y los recursos de los que dispongan los profesionales y los equipos. Los abordajes grupales ofrecen a los pacientes un lugar de intercambio que facilita la libre expresión oral y favorece que puedan hacerse cargo del propio sufrimiento y del de los otros participantes. Permite la instauración de identificaciones multifocales y de vínculos transferenciales con los terapeutas del grupo, vínculos compartidos con los otros miembros del grupo.

Recomendaciones sobre intervenciones psicosociales

C	La elección de un determinado abordaje estará determinado tanto por el paciente, su situación clínica, necesidades, capacidades y preferencias, como por los recursos existentes en un momento dado.[58]
C	Se recomienda que las intervenciones psicosociales sean llevadas a cabo por profesionales que tengan formación específica, experiencia suficiente, cualificación (apoyada por supervisión y acompañamiento técnico), así como disponibilidad y constancia para poder mantener un vínculo a largo plazo.[59]

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

4.3.1. Terapia cognitivo-conductual

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

Permite a los destinatarios reevaluar sus percepciones, creencias o razonamientos ligados al objetivo diana. Implica, al menos, una de 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.[24]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

c BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale.

d CPRS: Comprehensive Psychiatric Scale.

e PANSS: Positive and Negative Symptom Scale.

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

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

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

Recomendaciones sobre terapia cognitivo-conductual

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

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

4.3.2. Psicoterapia de apoyo

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

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

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

Recomendaciones sobre psicoterapia de apoyo

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

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

4.3.3. Psicoterapia psicodinámica

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

Recomendación sobre psicoterapia psicodinámica

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

4.3.4. Psicoeducación

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

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

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

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

Recomendaciones sobre psicoeducación

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

4.3.5. Intervención familiar

En el momento actual no existe ninguna duda sobre el impacto que supone un trastorno como la esquizofrenia sobre la vida familiar, ni de la importancia que tiene la colaboración de la familia para abordar la enfermedad de forma adecuada. La influencia sobre el funcionamiento familiar es obvia, tanto en las situaciones de crisis como por lo que supone la convivencia con una persona con un trastorno que puede llegar a ser crónico y necesitar tratamientos prolongados, incluso de por vida. Por lo tanto, todo programa de tratamiento de la esquizofrenia deberá considerar la atención a las familias tanto por sus necesidades en cuanto son quienes cuidan a los pacientes, como por el importante papel que su colaboración puede desempeñar en el control de los síntomas y en la rehabilitación del paciente.

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

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

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

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

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

Recomenacions sobre intervención familiar

A	Se recomiendan los programas de IF para la reducción de la carga familiar, mejoría del funcionamiento social del paciente y disminución del coste económico.[69,70]
A	Se recomienda aplicar la terapia de IF en pacientes moderada o gravemente discapacitados y, sobre todo, en los de larga evolución. En pacientes con inicio reciente de la enfermedad habrá que valorar cada situación de forma individualizada.[69,70]
A	Debe ofrecerse IF a las familias que convivan o estén en contacto con pacientes que sufren esquizofrenia, sobre todo de aquellos que han recaído o con riesgo de recaída y también en aquellos casos con sintomatología persistente.[24]
A	Se recomienda la IF de tipo psicoeducativo, basada en el manejo de la emoción expresada, para evitar recaídas y mejorar el pronóstico de la enfermedad (sus efectos se mantienen al cabo de 24 meses).[68-71,74,76]

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

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

4.3.6. Rehabilitación cognitiva

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

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

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

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

Existen diferentes tipos de intervenciones para la rehabilitación cognitiva, que pueden llevarse a cabo de manera individual y/o grupal y que implican, generalmente, una o varias de las tres estrategias siguientes:[26]

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

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

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

Desde una visión global, la rehabilitación cognitiva basada sólo en métodos tradicionales no ha podido demostrar con claridad ningún efecto sobre el estado mental, funcionamiento cognitivo o adaptación social (nivel de evidencia científica Ia).[83] Sin embargo, la rehabilitación cognitiva aplicada en el entorno social del paciente ha demostrado ser eficaz en la adaptación social y la prevención de recaídas (nivel de evidencia científica Ib).[81]

Sobre estrategias ambientales, existe un único ensayo clínico aleatorizado (ECA) que estudia la eficacia de esta intervención en la mejoría de la adaptación funcional y en la prevención de recaídas.[81] Los 45 pacientes incluidos en este estudio fueron asignados aleatoriamente a tres grupos de intervención: 1) medicación y seguimiento estándar, 2) medicación y seguimiento estándar más rehabilitación cognitiva en el entorno, 3) medicación y seguimiento estándar más visitas regulares igual que el anterior grupo ofreciendo objetos para su adaptación ambiental, pero que no tuvieran nada que ver con la rehabilitación cognitiva. Los resultados al cabo de nueve meses de terapia mostraron mejorías estadísticamente significativas en adaptación social. En cuanto a la reducción de recaídas, hubo también diferencias estadísticamente significativas: mostraban un 13% de recaídas en el grupo de rehabilitación cognitiva frente a un 33% en el grupo con medicación y seguimiento estándar y un 69% en el tercer grupo (nivel de evidencia científica Ib).

Recomendaciones sobre rehabilitación cognitiva

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

4.3.7. Entrenamiento en habilidades sociales

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

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

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

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

Se ha podido determinar que el entrenamiento en habilidades sociales comporta mejores resultados en la interacción social y también en la sintomatología, el funcionamiento social y la calidad de vida, comparado con los cuidados estándares o con la terapia ocupacional.[26] Marder y colaboradores, en un ECA realizado a lo largo de 24 meses, observaron que en pacientes con esquizofrenia de inicio precoz se obtienen mejores resultados con técnicas de habilidades sociales que de apoyo. En pacientes sin déficits cognitivos, las diferencias respecto a la adquisición de habilidades se igualan a lo largo del tiempo (nivel de evidencia científica Ib).[84]

El modelo de resolución de problemas sociales ha demostrado un efecto favorable sobre la mejoría de las habilidades sociales según una RSEC.[76] El efecto a largo plazo de este modelo ha sido estudiado mediante dos ensayos clínicos aleatorizados (nivel de evidencia científica Ib). Ambos estudios mostraron mejorías estadísticamente significativas al finalizar el seguimiento, en el primer estudio respecto a un mayor número de bienes materiales, mayores habilidades culinarias y mejor administración económica[85] y, en el otro, en dos escalas de adaptación social de un total de seis.[84] El entrenamiento en habilidades sociales, según el modelo de resolución de problemas, es eficaz en relación a la adaptación social y sus efectos se mantienen después de dos años (nivel de evidencia científica Ib).[84]

Recomendaciones sobre entrenamiento en habilidades sociales

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

4.3.8. Entrenamiento en actividades de la vida diaria

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

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

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

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

Recomendación sobre entrenamiento en actividades de la vida diaria

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

4.3.9. Técnicas expresivas

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

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

4.3.10. Apoyo a la inserción laboral

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

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

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

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

Las revisiones de la literatura científica sugieren que el apoyo laboral debiera ser continuo e integrado en un programa de rehabilitación psicosocial donde los afectados pudiesen contar con el apoyo de un equipo multidisciplinar.[7,88] Diversas RSEC han 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.[89,90]

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

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

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

Recomendacions sobre apoyo a la inserción laboral

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

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

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

4.3.11. Recursos de vivienda

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

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

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

Recomendaciones sobre recursos de vivienda

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

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

4.4. Modalidades de atención y seguimiento intensivo en la comunidad

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

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

Recomendación sobre modalidades de atención y seguimiento intensivo en la comunidad

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

4.4.1. Equipos de salud mental comunitarios

Los equipos de salud mental comunitarios han sido el modelo básico para el desarrollo de otros equipos más especializados. Se trata de equipos 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.

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

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

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

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

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

Recomendaciones sobre equipos de salud mental comunitarios

C	Se recomienda asistencia ambulatoria en un centro comunitario de salud mental que ofrezca tratamiento farmacológico, terapia individual, de grupo y/o familiar, medidas psicoeducativas y un tratamiento individualizado de intensidad variable para los pacientes estables con discapacidad relativamente poco importante.[19]
A	Se recomienda asistencia ambulatoria en un centro comunitario de salud mental a pacientes con trastorno mental grave ya que disminuye las muertes por suicidio, la insatisfacción con la asistencia y los abandonos de tratamiento.[95]
A	Se recomienda atención comunitaria con un plan de cuidados integral a pacientes con trastorno mental grave, incluyendo al paciente en la toma de decisiones y poniendo énfasis en su capacitación para que mejore el grado de satisfacción del paciente y su recuperación social.[96]

4.4.2. Gestión de casos y tratamiento asertivo comunitario

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

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

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

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

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

Marshall y colaboradores analizaron 11 ensayos clínicos aleatorizados que pretendían determinar la eficacia de la GC para la atención comunitaria de trastornos mentales graves. Se comparó con la atención estándar mediante cuatro indicadores: 1) casos en contacto con los servicios; 2) duración de las estancias hospitalarias; 3) resultado clínico y social, y 4) costos. Las conclusiones señalaron que la GC incrementó la vinculación a los servicios, duplicó los ingresos hospitalarios y aumentó las estancias, mejoró el cumplimiento terapéutico pero no presentó mejoría clínica significativa, ni del funcionamiento social o de la calidad de vida (nivel de evidencia científica Ia).[101]

Por otro lado, Muesers y colaboradores analizaron los resultados de 75 estudios de atención comunitaria para personas con trastorno mental grave en los que la esquizofrenia representa un 66% de los casos. Incluyeron 44 programas de TAC y 16 de gestión intensiva de casos. Los estudios controlados de ambos modelos indican que reducen el tiempo de hospitalización e incrementan la probabilidad en el domicilio, especialmente entre pacientes que son altos frecuentadores de servicios; además, parecen tener un efecto moderado en la mejoría de la sintomatología y calidad de vida. Algunos estudios sugieren un efecto limitado en el funcionamiento social y laboral, detenciones y tiempo pasado en la cárcel (nivel de evidencia científica IIa).[102]

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

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

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

ción temprana de inicio anterior a los 18 años, requiere de un continuo de proveedores de servicios y tratamientos. Además de la administración de psicofármacos y psicoterapia, algunos de estos jóvenes requieren una gestión de casos intensiva y servicios de soporte comunitario (nivel de evidencia científica IV).[104]

Recomendaciones sobre gestión de casos y tratamiento asertivo comunitario

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

4.5. Monitorización del estado de salud y comorbilidad somática

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

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

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

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

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

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

4.6. Estigma y discriminación

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

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

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

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

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

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

5. Tratamiento según fases del trastorno y situaciones especiales

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

5.1. Fases precoces de la psicosis:
- 5.1.1. Fase de estado mental de alto riesgo
- 5.1.2. Fase de primer episodio psicótico
- 5.1.3. Fase de recuperación y período crítico

5.2. Fases de la esquizofrenia:
- 5.2.1. Fase aguda
- 5.2.2. Fase de estabilización
- 5.2.3. Fase estable

5.1. Fases precoces de la psicosis: psicosis incipiente

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

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

5.1.1. Fase de estado mental de alto riesgo

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

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

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

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

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

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

Recomendaciones sobre la fase de estado mental de alto riesgo

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

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).[119]
C	La medicación antipsicótica no debería ser prescrita de forma habitual a menos que haya un rápido deterioro, que exista un alto riesgo de suicidio y no haya resultado efectivo el tratamiento con cualquier antidepresivo o que la agresión u hostilidad vaya aumentando poniendo en riesgo a otros.[120]

5.1.2. Fase de primer episodio psicótico

La aparición de un primer episodio psicótico puede ser brusca o insidiosa, pero la mayor parte de individuos presentan algún tipo de fase prodrómica que se manifiesta por un desarrollo lento y gradual de diversos signos y síntomas (retraimiento social, pérdida del interés en la escuela o el trabajo, deterioro de la higiene y el cuidado personal, conducta poco habitual, episodios bruscos de enfado, etc.), tras los cuales puede aparecer un síntoma afectivo o no afectivo, característico de la fase activa, que permite realizar el diagnóstico de primer episodio psicótico. Este período prodrómico puede durar entre varios días y unas semanas, pero en ocasiones puede persistir durante varios meses. Las características de este período suelen repetirse si se da una nueva recidiva.

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

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

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

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

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

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

Recomendaciones sobre la fase de primer episodio psicótico

Intervención farmacológica

El estado actual de la investigación sobre intervención farmacológica en el primer episodio psicótico no muestra evidencia científica suficiente para 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.[123-127]

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

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

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

Intervención psicosocial

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

5.1.3. Fase de recuperación tras el primer episodio

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

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

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

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.[132]

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).[129]
- 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 Global Assessment of Functioning) y mayor continuidad y vinculación al tratamiento (nivel de evidencia científica Ib).[130]

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).[122]
- 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).[122]
- Los pacientes que reciben TCC tienen menos síntomas residuales que los que sólo recibieron tratamiento estándar (nivel de evidencia científica Ib).[62]

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

- La IF parece evitar rehospitalizaciones[122,130] y recaídas[122] y fomenta la tendencia a cumplir mejor con la medicación[130] (nivel de evidencia científica Ib).

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).[133]

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).[134]

Recomendaciones sobre la recuperación de un primer episodio psicótico

Intervención farmacológica

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.[53]
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.[53]
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.[53]
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.[53]
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.[53]

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

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.[53]
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.[53]

Intervenciones psicosociales

A	Se recomiendan los programas de atención precoz a la psicosis frente a los abordajes tradicionales.[129,130]
A	Se recomiendan las intervenciones psicosociales en el tratamiento de primeros episodios.[62,122,130]
B	Se recomienda el empleo con apoyo como método más efectivo para promover la inserción laboral de personas con primeros episodios.[134]
C	Se recomienda la rehabilitación cognitiva en pacientes con déficits específicos, aunque el objetivo debería ser también los déficits funcionales relacionados.[133]
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.[120]

5.2. 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 2.2 de la GPC.[7,21]

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

5.2.1. Fase aguda (o crisis)

La fase aguda se caracteriza por un episodio psicótico agudo. En ésta hay que 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 3.1 de esta GPC.

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.[21]

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.[7]

En este período, se indica la TEC, siempre como un tratamiento de segunda elección en la esquizofrenia[7] y 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.[54] Los datos existentes sugieren que se debe mantener el tratamiento antipsicótico durante y después de la TEC.

En cuanto a 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

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

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.[62] Sin embargo, existe evidencia científica en esta fase de que la TCC junto con la atención estándar pueden acelerar la recuperación y el alta hospitalaria (nivel de evidencia científica Ib).[53]

Además, cabe considerar en esta fase los aspectos siguientes:[7,22]

- 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.

Recomendaciones sobre la fase aguda

Intervención farmacológica

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.[21]
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.[53]

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

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.[135] Las dosis recomendadas de antipsicóticos han sido descritas en las tablas correspondientes de esta GPC.
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.[53]
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 indebido de sustancias comórbidas, pobre adherencia al tratamiento, el uso simultáneo de otros medicamentos prescritos y la enfermedad física.[24]
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. [24]
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.[90]

Intervención psicosocial

A	Se recomienda la TCC en fase aguda junto con los cuidados estándar para acelerar la recuperación y el alta hospitalaria.[53]

5.2.2. 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.

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

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.

Recomendaciones sobre la fase de estabilización

Intervención farmacológica

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.[24]
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.[53]

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.[136-138]
A	Se recomienda aplicar la TCC para el tratamiento de síntomas positivos y negativos resistente a los antipsicóticos.[139]
A	Se recomienda la TCC para el tratamiento de los síntomas positivos de la esquizofrenia,[61] especialmente las alucinaciones.[60]
A	Se recomienda la TCC como opción de tratamiento para ayudar en el desarrollo del *insight*.[60]
A	Se recomienda la TCC como opción de tratamiento para incrementar la adherencia al tratamiento.[60]

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 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.[53]
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.[69,70]
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.[24]
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.[70]
A	Se recomiendan los programas de IF para la reducción de la carga familiar, mejoría del funcionamiento social del paciente y disminución del coste económico.[69,70]
A	Se recomienda la IF de tipo psicoeducativo, basada en el manejo de la emoción expresada, para evitar recaídas y mejorar el pronóstico de la enfermedad (sus efectos se mantienen al cabo de 24 meses).[68-71,74,76]
A	Los programas deberían incluir siempre información a las familias sobre la enfermedad junto con diferentes estrategias como técnicas de afrontamiento del estrés o entrenamiento en resolución de problemas.[77,78]
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.[84]
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.[53]
C	Se recomienda desarrollar la alianza terapéutica a partir de una actitud de apoyo emocional y cooperación, ya que desempeña un importante papel en el tratamiento de las personas con esquizofrenia.[65]

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

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.[65]
C	Es recomendable la psicoterapia de apoyo centrada en la realidad, con objetivos realistas, para los pacientes moderadamente discapacitados y estables o intermitentemente estables.[9]
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.[21]

5.2.3. 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).

Recomendaciones sobre la fase de estabilización

Intervención farmacológica

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.[21]
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.[24]
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.[53]

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

Intervenciones psicosociales[g]

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.[140-142]
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.[81]
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.[89,90]
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.[84]
A	Se recomienda aplicar la terapia de rehabilitación cognitiva, en sus diversas modalidades, como técnica que mejora el funcionamiento cognitivo en una amplia gama de condiciones clínicas del paciente con esquizofrenia.[82]
A	Se recomienda 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.[53]
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.[91,92,143]
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.[26]
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.[26]

g 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). Además, se tienen en cuentan las recomendaciones que aquí se presentan.

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

C	Siempre que sea posible debería favorecerse la elección de aquellos recursos o lugares donde la persona desee vivir, atendiendo al derecho a contar con la oportunidad de hacerlo en un entorno lo más normalizado posible, articulando los programas de entrenamiento necesarios y ofreciendo el apoyo preciso para que pueda acceder y mantenerse en dicho entorno.[87]

5.3. 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.[7,21]

5.3.1. 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).

Recomendación sobre trastornos relacionados con el uso de sustancias

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.[7]

5.3.2. 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 ten-

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

tativa 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%.

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).[21]

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).[95]

Recomendación sobre esquizofrenia y suicidio

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.[7]
C	Durante una hospitalización, es imprescindible adoptar precauciones para evitar el suicidio y controlar estrictamente a los pacientes suicidas.[21]
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.[7]
A	Se recomienda el tratamiento en equipos de salud mental comunitaria para los trastornos mentales graves para la reducción de las muertes por suicidio.[95]
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.[21]

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

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.[21]

5.3.3. 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.

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.

5.3.4. 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.

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

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.

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).[21]

Recomendaciones sobre síntomas depresivos

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

5.3.5. 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 el Estado español varía de un 18 a un 26%.[144]

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.

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

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

Recomendaciones sobre pacientes sin hogar

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.[7]
C	Para los pacientes sin hogar y con esquizofrenia se recomiendan tratamiento y apoyo en la transición a la vivienda.[7]

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

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

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.

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.

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.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica a 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.

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

FASE	OBJETIVOS	DISPOSITIVOS	INTERVENCIONES
Estado mental de alto riesgo	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

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 hospitalario, 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.

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 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),[145] y la clasificación de las recomendaciones es la que la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) propuso a partir de los anteriores niveles (tabla 2).[146]

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

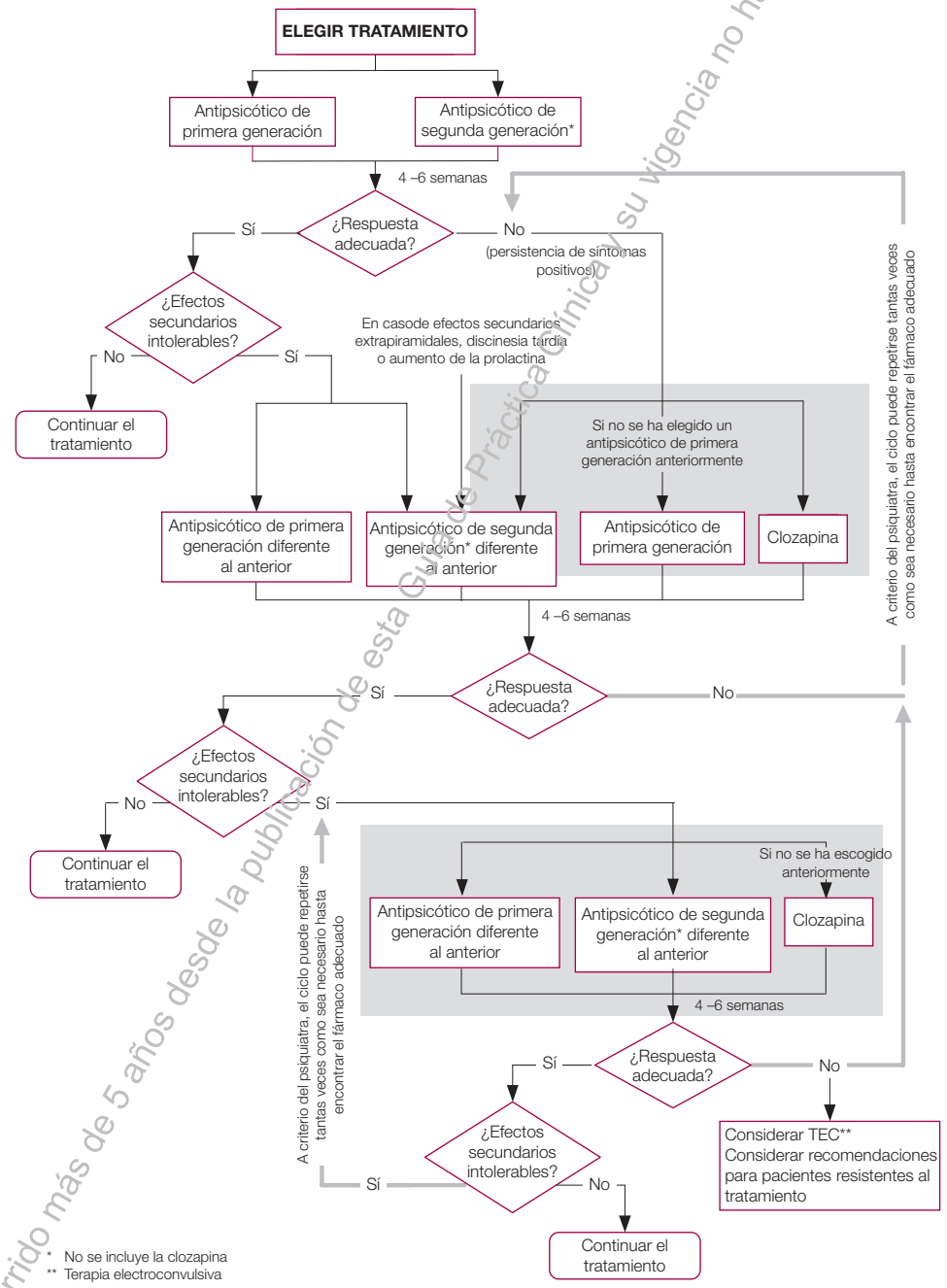
Grado	Recomendación
A (Niveles de EC Ia, Ib)	Requiere al menos un ensayo clínico aleatorizado como parte de un conjunto de evidencia científica globalmente de buena calidad y consistencia con relación a la recomendación específica
B (Niveles de EC IIa, IIb, III)	Requiere disponer de estudios clínicos 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.

Anexo 2. Figuras y tablas

Figura 1. Algoritmo de intervención farmacológica



* No se incluye la clozapina
** Terapia electroconvulsiva

Han transcurrido más de 5 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[33] y GPT[27].

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

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

Antipsicótico (Agente)	Posología de inicio	Aumento gradual de dosis	Intervalo posológico habitual	Dosificación máxima
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
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	

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

Antipsicótico (Agente)	Posología de inicio	Aumento gradual de dosis	Intervalo posológico habitual	Dosificación máxima
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.

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[27]	APA[2]	Canadian[26]	WFSBP[30]		PORT[31]	RTM-III[32]	Chinchilla[33]
				Primer episodio	múltiples episodios			
Clorpromazina, Hidrocloruro de	Dosis habitual de mantenimiento de 75-300 mg/día según la respuesta	300-1.000 mg/día		300-500 mg/día	300-1.000 mg/día	300-600 mg/día	25-2.000 mg/día	300-1.500 mg
Clotiapina	Inicialmente, 120-160 mg/día en varias tomas dosis máxima 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						25-1.500 mg/día	100-300 mg
Perfenazina	Empezar con 4 mg 3 veces al día. Ajustar según la respuesta, 24 mg/día como máximo	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							

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[27]	APA[2]	Canadian[26]	WFSBP[30]		PORT[31]	RTM-III[32]	Chinchilla[33]
				Primer episodio	múltiples episodios			
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						400-2.000 mg/día	400-600 mg
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 semana 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			

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 máximo)
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[27]

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.

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

Antipsicótico (Agente)	GPT[27]	APA[21]	Canadian[26]	WFSBP[30]		PORT[31]	RTM-III[32]	Chinchilla[33]
				Primer 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		600-1.500 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

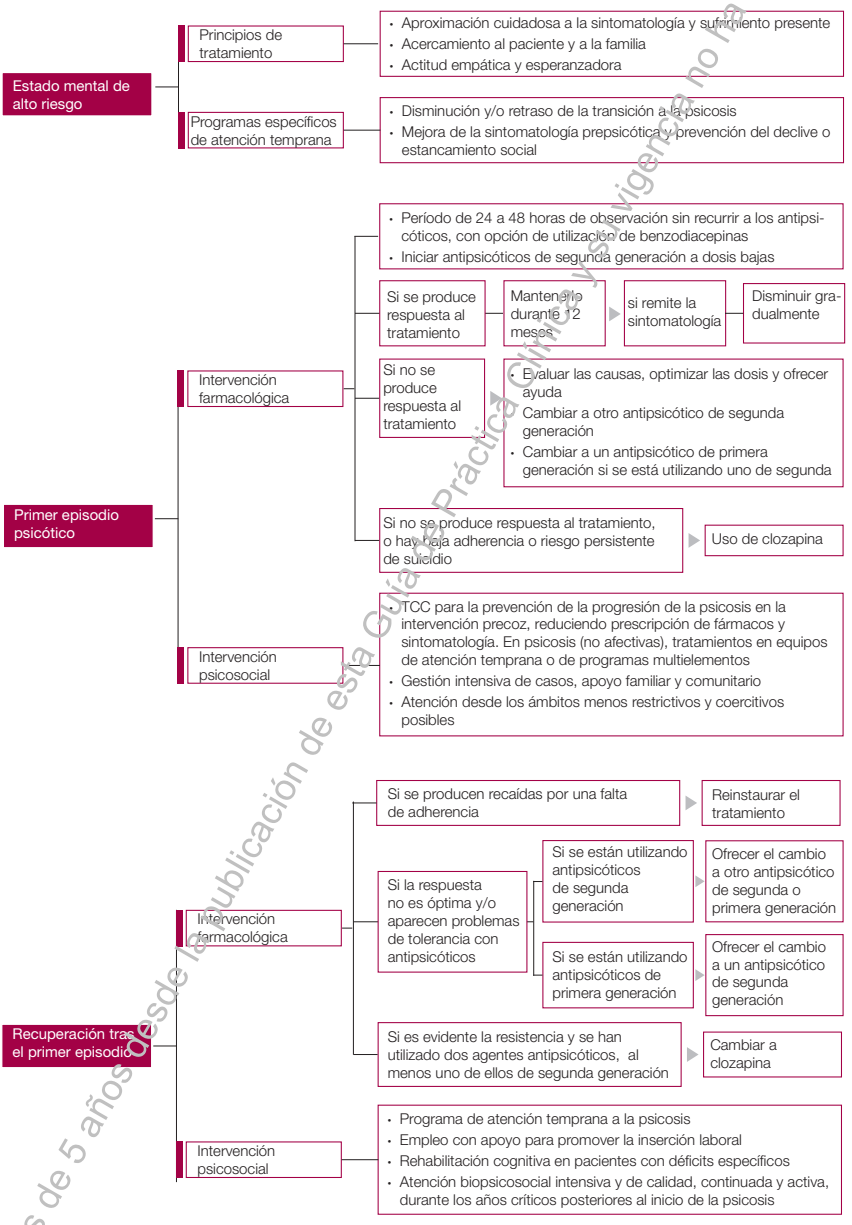
Tabla 8. Control del paciente en tratamiento con clozapina*

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.

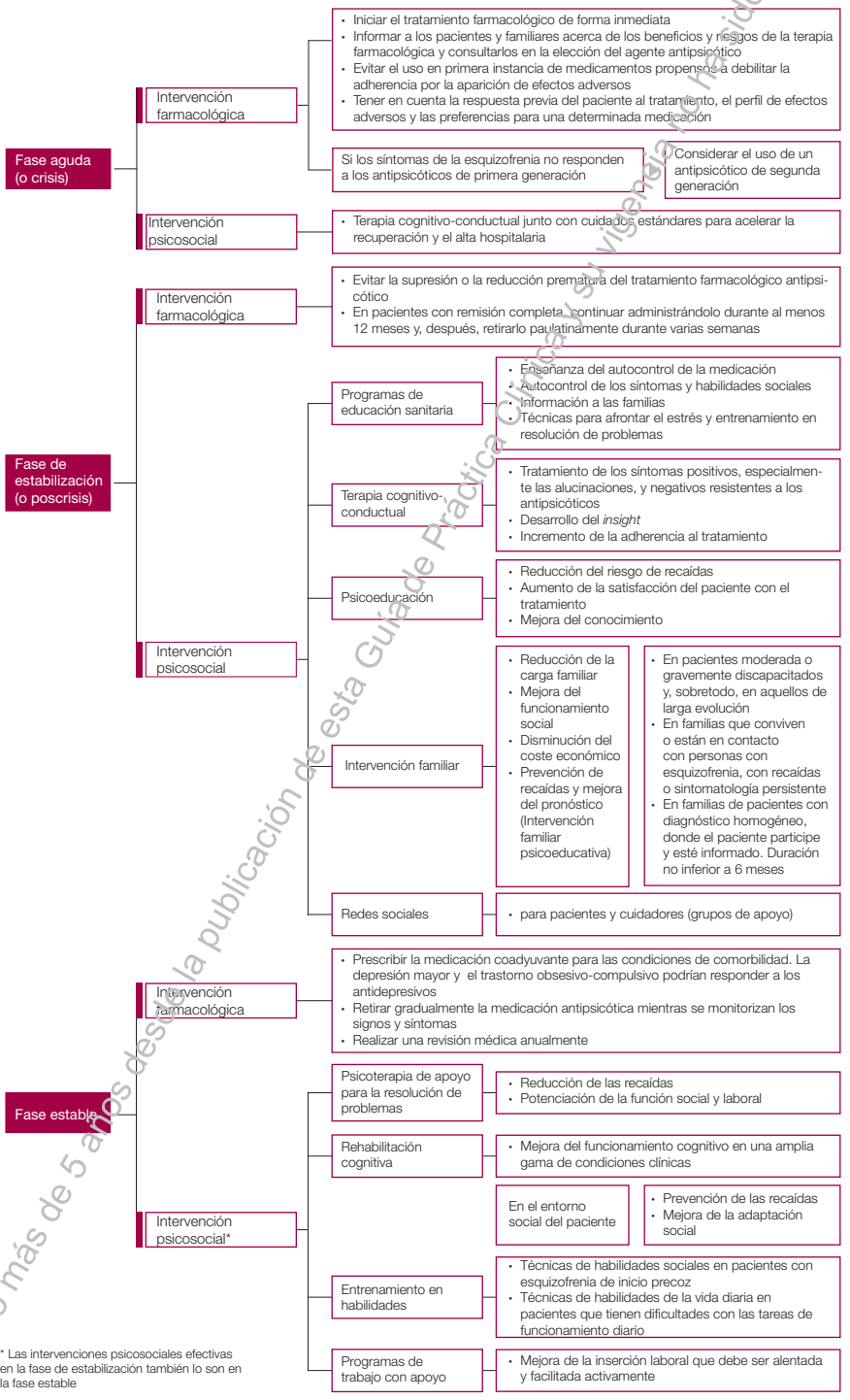
Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

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



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

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

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.

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

GUÍA ESQUIZOFRENIA

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 (AUSEMM).

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.

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.



Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica, 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: Alida 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.

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.

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.

Las personas con esquizofrenia pueden presentar una grave distorsión en el pensamiento y las emociones

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

¿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 alertan 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?

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.

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

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.





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:

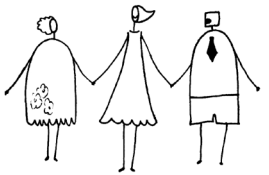
- Estar informado sobre el trastorno y su tratamiento.
- Detectar los primeros síntomas de aviso y dirigirse al profesional de referencia.
- Construir una relación de confianza con el equipo de profesionales implicados en el tratamiento, para que se pueda recibir la ayuda necesaria.
- Participar con 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

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
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
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
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.

Bibliografía

1. Ey H. Traité des hallucinations. Paris (France): Masson; 1973.
2. Yung AR, Yuen HP, McGorry PD, Phillips LJ, 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.
3. McGlashan TH, Zipursky RB, Perkins D, Addington J, Miller TJ, Woods SW, et al. The PRIME North America randomized double-blind clinical trial of olanzapine versus placebo in patients at risk of being prodromally symptomatic for psychosis. I. Study rationale and design. Schizophr Res. 2003;61(1):7-18.
4. Yung AR, McGorry PD. The prodromal phase of first episode psychosis: Past and current conceptualisations. Schizo Bulletin. 1996;22: 353-70.
5. Yung AR, Phillips LJ, McGorry PD, et al. Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group:psychopathology and clinical features. Schizo Research. 2003;67:131-42.
6. Screening and treatment of adolescents with schizophrenia. The Hague (The Netherlands): Health Council of the Netherlands; 1999. Informe Núm. 1999/08E.
7. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. Am J Psychiatry. 1997;154 (4 Suppl):1-63.
8. Vázquez-Barquero JL, Cuesta Núñez MJ, de l, V, Herrera CS, Gaite L, Arenal A. The Cantabria first episode schizophrenia study: a summary of general findings. Acta Psychiatr Scand. 1995;91(3):156-62.
9. Murray RM. Epidemiological evidence concerning the diagnostic status of schizophrenia and bipolar disorder epidemiological [abstract of the XX International Congress on Schizophrenia Research]. Schizophr Bull. 2007;33(2):243.
10. Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, 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.
11. Sartorius N, Jablensky A, Korten A, et al. Early manifestations and first-contact incidente os 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.

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

12. McGrath JJ. Myths and plain truths about schizophrenia epidemiology - the NAPE lecture 2004. Acta Psychiatr Scand. 2005;111(1):4-11.
13. McGrath JJ. Variations. Schizophr Bull. 2006;32(1):195-7.
14. McGrath J, 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.
15. 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.
16. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. PLoS Med. 2005;2(5):413-33.
17. 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.
18. Auquier P, Lancon C, Rouillon F, Lader M, Holmes C. Mortality in schizophrenia. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2006;15(12):873-9.
19. McEvoy JP, Scheifler PL, Frances A. Treatment of schizophrenia 1999. The expert consensus guideline series. J Clin Psychiatry. 1999;60(Suppl 11):3-80.
20. Chinchilla Moreno A. Guía terapeutica de las esquizofrenias. Barcelona: Editorial Masson; 2000.
21. 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
22. Consenso español sobre evaluación y tratamiento de la esquizofrenia. Madrid: Sociedad Española de Psiquiatría; 1998.
23. 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.
24. 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.

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

25. 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.
26. Clinical practice guidelines. Treatment of schizophrenia. Can J Psychiatry. 2005;50(13 Suppl 1):7S-57S.
27. GPT 1. Guía de prescripción terapéutica. Información de medicamentos autorizados en España. Barcelona: Agencia española de medicamentos y productos sanitarios. Pharma Editores SL; 2006.
28. 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.
29. 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.
30. 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.
31. 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.
32. 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.
33. Chinchilla Moreno A. Las esquizofrenias. Barcelona: Elsevier Masson; 2007.
34. Casey DE. Neuroleptic drug-induced extrapyramidal syndromes and tardive dyskinesia. Schizophr Res. 1991;4(2):109-20.
35. Ayd FJ Jr. A survey of drug-induced extrapyramidal reactions. JAMA. 1961;175:1054-60.
36. 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.
37. 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.
38. Grundy SM, Cleeman JI, Merz CN, Brewer HB Jr, Clark LT, Hunninghake DB, et al. Implications of recent clinical trials for the National

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

Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III guidelines. Arterioscler Thromb Vasc Biol. 2004;24(8):e149-e161.

39. Bergman RN, Ader M. Atypical antipsychotics and glucose homeostasis. J Clin Psychiatry. 2005;66(4):504-14.
40. Lambert TJ, Chapman LH. Diabetes, psychotic disorders and antipsychotic therapy: a consensus statement. Med J Aust. 2004;181(10):544-8.
41. 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.
42. Jin H, Meyer JM, Jeste DV. Atypical antipsychotics and glucose dysregulation: a systematic review. Schizophr Res. 2004;71(2-3):195-212.
43. 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.
44. Philippe A, Vaiva G, Casadebaig F. Data on diabetes from the French cohort study in schizophrenia. Eur Psychiatry. 2005;20 Suppl 4:S340-S344.
45. 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.
46. 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-S93.
47. 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.
48. 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.
49. 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.
50. Jackson CW, Markowitz JS, Brewerton TD. Delirium associated with clozapine and benzodiazepine combinations. Ann Clin Psychiatry. 1995;7(3):139-41.
51. Hatta K, Takahashi T, Nakamura H, Fujii S, Yamashiro H, Asukai N, et al. Prolonged upper airway instability in the parenteral use of benzodia-

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

zepine with levomepromazine. J Clin Psychopharmacol. 2000;20(1):99-101.

52. APA Practice Guideline Development Process [monografía en Internet]. Arlington, VA (US): The American Psychiatric Association (APA). Disponible en: http://www.psych.org
53. 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.
54. Rojo Rodés JE, Vallejo Ruiloba J. Terapia electroconvulsiva. Barcelona: Masson-Salvat; 1994.
55. La psicoterapia a la xarxa pública de Salut Mental y Adiccions [documento de uso interno]. Barcelona; 2007.
56. 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.
57. Gisbert C, coordinación. Rehabilitación psicosocial del transtorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Madrid: Asociación Española de Neuropsquiatría (AEN); 2002. Cuaderno Técnicos núm. 6.
58. Consenso español de expertos para recomendaciones de actuación en el tratamiento de la esquizofrenia. Madrid: Sociedad Española de Psiquiatría; 2000.
59. Strategies therapeutiques a long term dans les psychoses schizophreniques. Paris (France): Féderation Française de Psychiatrie; 1994.
60. 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.
61. Gaudiano BA. Is symptomatic improvement in clinical trials of cognitive-behavioral therapy for psychosis clinically significant? J Psychiatr Pract. 2006;12(1):11-23.
62. 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.
63. Dickerson FB, Lehman AF. Evidence-based psychotherapy for schizophrenia. J Nerv Ment Dis. 2006;194(1):3-9.
64. Penn DL, Mueser KT, Tarrier N, Gloege A, Cather C, Serrano D, et al. Supportive therapy for schizophrenia: possible mechanisms and

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

implications for adjunctive psychosocial treatments. Schizophr Bull. 2004;30(1):101-12.

65. Ávila Espada A, Poch Bullich J. Manual de técnicas de psicoterapia. Un enfoque psicoanalítico. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, SA; 1994.

66. 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.

67. 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.).

68. Pharoah FM, Mari JJ, Streiner D. Family intervention for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4. Art. No.: CD000088. DOI: 10.1002/14651858.CD000088.pub2.

69. 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.

70. 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.

71. 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.

72. 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.).

73. Pfammatter M, Junghan UM, Brenner HD. Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses. Schizophr Bull. 2006;32 Suppl 1:S64-S80.

74. Butzlaff RL, Hooley JM. Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. Arch Gen Psychiatry. 1998;55(6):547-52.

75. 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.

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

76. 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.
77. 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.
78. 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.
79. Panades R. La rehabilitación neuropsicológica del paciente esquizofrénico [tesis doctoral]. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2002.
80. Lewis R. Should cognitive deficit be a diagnostic criterion for schizophrenia? J Psychiatry Neurosci. 2004;29(2):102-13.
81. 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.
82. 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.
83. 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.
84. 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.
85. 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.
86. 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.
87. Modelo de Atención a personas con Enfermedad mental grave. Documento de consenso. Madrid: IMSERSO. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2006.

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

88. 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.
89. 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.
90. Crowther R, Marshall M, Bond G, Huxley P. Rehabilitación vocacional para personas con enfermedades mentales graves (Revisión 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.).
91. 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.
92. 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.
93. 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.
94. Burns T. Community mental health teams. A guide to current practices. New York, NY (US): Oxford University Press; 2005.
95. 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.
96. 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.
97. 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.
98. 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.
99. Commander M, Sashidharan S, Rana T, Ratnayake T. North Birmingham assertive outreach evaluation. Patient characteristics and cli-

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

nical outcomes. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2005;40(12):988-93.

100. 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.
101. 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.
102. 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.
103. 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.
104. 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.
105. 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.
106. 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.
107. 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.
108. 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.
109. 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.
110. McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ. The "close-in" or ultra high-risk model: a safe and effective strategy for research and clinical interven-

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

tion in prepsychotic mental disorder. Schizophr Bull. 2003;29(4):771-90.

111. 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.
112. Olsen KA, Rosenbaum B. Prospective investigations of the prodromal state of schizophrenia: review of studies. Acta Psychiatr Scand. 2006;113(4):247-72.
113. 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.
114. 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.
115. 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.
116. Johannessen J, Martindale B, Culberg J. Evolución de las psicosis. Barcelona: Herder; 2008.
117. 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.
118. 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.
119. Bertolote J, McGorry P. Early intervention and recovery for young people with early psychosis: consensus statement. Br J Psychiatry Suppl. 2005;48:s116-s119.
120. International Early Psychosis Association Writing Group. International clinical practice guidelines for early psychosis. Br J Psychiatry Suppl. 2005;48(187):S120-S124.
121. McGlashan TH. Duration of untreated psychosis in first-episode schizophrenia: marker or determinant of course? Biol Psychiatry. 1999;46(7):899-907.

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

122. 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.

123. 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.

124. 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.

125. 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.

126. 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.

127. 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.

128. 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-S90.

129. 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.

130. 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.

131. Birchwood M, Todd P, Jackson C. Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. Br J Psychiatry Suppl. 1998;172(33):53-9.

132. Edwards J, McGorry P. La intervención precoz en la psicosis: Guía para la creación de servicios de intervención precoz en la psicosis. Madrid: Editorial Fundación para el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis; 2004.

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

133. Vishnu Gopal Y, Variend H. First-episode schizophrenia: review of cognitive deficits and cognitive remediation. Adv Psychiatr Treat. 2005;11:38-44.

134. 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.

135. McGlashan TH, Johannessen JO. Early detection and intervention with schizophrenia: rationale. Schizophr Bull. 1996;22(2):201-22.

136. 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.

137. 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.

138. Eckman TA, Liberman RP, Phipps CC, Blair KE. Teaching medication management skills to schizophrenic patients. J Clin Psychopharmacol. 1990;10(1):33-8.

139. Rector NA, Beck AT. Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: an empirical review. J Nerv Ment Dis. 2001;189(5):278-87.

140. 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.

141. Hogarty GE, Kornblith SJ, Greenwald D, DiBarry AL, Cooley S, Ulrich RF, et al. Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, I: Description of study and effects on relapse rates. Am J Psychiatry. 1997;154(11):1504-13.

142. Psychosocial interventions in the management of schizophrenia. A national clinical guideline. Edinburgh (United Kingdom): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 1998. SIGN publication núm. 30.

143. Crowther R, Marshall M, Bond G, Huxley P. Rehabilitación vocacional para personas con enfermedades mentales graves (Revisión 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.).

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

144. Martens WH. A review of physical and mental health in homeless persons. Public Health Rev. 2001;29(1):13-33.

145. 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.

146. 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.



P.V.P.: 6 €

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

www.msc.es