

guía

DE PRÁCTICA CLÍNICA

Guía de práctica clínica para la atención al paciente con esquizofrenia

Versión para la aplicación en la práctica clínica

Maite San Emeterio
Marta Aymerich
Gustavo Faus
Imma Guillamón
Josep M^a Illa
Lluís Lalucat
Carles Martínez
Ignasi Sánchez
Mercè Teixidó

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

- Este documento es la **versión reducida de aplicación práctica de la guía de práctica clínica (GPC)**. Debe consultarse la versión extensa (www.aatrm.net) para un mayor detalle y documentación, así como para las fuentes bibliográficas utilizadas para la elaboración de las recomendaciones.
- El **objetivo** de esta GPC es elaborar unas recomendaciones para la atención a pacientes con esquizofrenia aplicables sobre todo a los servicios de salud mental de utilización pública, sobre las actuaciones diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación, para dar apoyo al profesional en la toma de decisiones y para mejorar la adecuación del tratamiento al paciente al ofrecerle las diversas opciones terapéuticas y rehabilitadoras según sus características idiosincrásicas.
- Los principales **usuarios** de esta GPC son los psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores y educadores sociales, terapeutas ocupacionales, auxiliares psiquiátricos y demás profesionales de la salud mental, así como médicos de familia, enfermeros y otros profesionales de atención primaria que atienden a los pacientes con esquizofrenia.

ÍNDICE

Definición de esquizofrenia	3
Historia natural y curso	3
Líneas generales del manejo de la esquizofrenia	4
Diagnóstico	4
Diagnóstico diferencial	4
Estado clínico	4
Comorbilidad	4
Revisiones generales anuales	5
Manejo psiquiátrico	5
Desarrollo del plan de tratamiento	5
Elección del ámbito de tratamiento	5
Tipos de intervención	6
Intervención farmacológica	6
. Medicaciones antipsicóticas	6
. Otras medicaciones coadyuvantes	9
. Recomendaciones sobre la intervención farmacológica	10
Terapia electroconvulsiva (TEC)	12
Intervenciones psicosociales	12
. Psicoterapia individual	12
. Psicoterapia grupal	14
. Intervención familiar	15
. Rehabilitación psicosocial	16
Modalidades de atención y seguimiento intensivo en la comunidad	18
Tratamiento según momentos de la enfermedad y situaciones especiales	19
Esquizofrenia en la infancia y adolescencia	19
. Diagnóstico y evaluación del niño y adolescente	19
. Diagnóstico diferencial psiquiátrico	20
. Tratamiento de la esquizofrenia en niños y adolescentes	20
Primeros episodios	20
Situaciones especiales	22
. Trastornos relacionados con sustancias	22
. Esquizofrenia y suicidio	23
. Conducta violenta	23
. Síntomas depresivos	24
. Pacientes sin hogar	24
Red asistencial para la atención a la esquizofrenia, dispositivos, programas y servicios	25

Autores

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

Marta Aymerich, investigadora
Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques

Gustavo Faus, psiquiatra
Centro de Salud Mental de Adultos de la derecha del Eixample. CPB-SSM (Barcelona)

Imma Guillamón, técnica
Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques

Josep M^a Illa, psiquiatra
Hospital de día para adolescentes de Gavá. Fundació Orienta (Gavá)

Lluís Lalucat, psiquiatra
Centro de Higiene Mental Les Corts

Carles Martínez, psiquiatra
Centro de Salud Mental de Adultos de Osona. Fundació CMP Osona (Vic)

Ignasi Sánchez, psiquiatra
Hospital de día del Maresme. Comunidad Terapéutica del Maresme, SSM (Malgrat de Mar)

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

Para citar este documento hay que hacerlo de la manera siguiente: Maite San Emeterio, Marta Aymerich, Gustavo Faus, Imma Guillamón, Josep M^a Illa, Lluís Lalucat, Carles Martínez, Ignasi Sánchez, Mercè Teixidó. Guía de práctica clínica para la atención al paciente con esquizofrenia. Versión breve para la aplicación en la práctica clínica. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Octubre 2003 (GP01/2003)

© Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques

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

Las personas interesadas en recibirla pueden dirigirse a:

Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques

Esteve Terradas, 30
Recinto Parc Sanitari Pere Virgili
Edificio Mestral, 1a planta
08023 Barcelona
Tel: 93 259 42 00
Fax: 93 259 42 01
e-mail: direccio@aatrm.catsalut.net
http://www.aatrm.net

EDICIÓN Y DISTRIBUCIÓN

AATRM

CORRECCIÓN

AATRM

DISEÑO

J. López Corduente

IMPRESIÓN

Gràfiques Cuscó

© Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques

Depósito legal: B-13.277-2004

DEFINICIÓN DE ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia es un trastorno psicótico grave. Sus manifestaciones básicas consisten en una mezcla de signos y síntomas característicos. Los síntomas afectan a múltiples procesos psicológicos, como la percepción (alucinaciones), ideación, comprobación de la realidad (delirios), procesos de pensamiento (asociaciones laxas), sentimientos (afecto plano, afecto inapropiado), conducta (catatonia, desorganización), atención, concentración, motivación y juicio. No hay ningún síntoma que sea por sí solo patognomónico de

la esquizofrenia. Estas características psicológicas y conductuales se asocian a diversos tipos de deterioro. No todos los síntomas descritos están presentes en cada uno de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia.

Los síntomas característicos de la esquizofrenia se han clasificado a menudo en dos grandes categorías (síntomas positivos y negativos [o déficits]), a las que se ha añadido una tercera, la de desorganización.

HISTORIA NATURAL Y CURSO

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

- *Fase aguda.* Durante esta fase los pacientes presentan síntomas psicóticos graves, como delirios y/o alucinaciones, y un pensamiento gravemente desorganizado; y, generalmente, no son capaces de cuidar de sí mismos de forma apropiada. Con frecuencia, los síntomas negativos pasan a ser también más intensos.
- *Fase de estabilización.* Durante esta fase se reduce la intensidad de los síntomas psicóticos agudos. La duración de la fase puede ser de 6 meses o más después del inicio de un episodio agudo.

- *Fase estable.* Los síntomas son relativamente estables y, en el caso de que los haya, casi siempre son menos graves que en la fase aguda. Los pacientes pueden estar asintomáticos; otros pueden presentar síntomas no psicóticos, como tensión, ansiedad, depresión o insomnio.

Antes de que un paciente que se encuentra en la fase estable presente una recidiva, habitualmente se produce un período prodrómico en el que puede haber síntomas disfóricos no psicóticos, formas atenuadas de síntomas positivos o conductas idiosincrásicas. Este período prodrómico dura generalmente entre varios días y unas semanas, pero en ocasiones puede persistir durante varios meses. La mayor parte de los estudios longitudinales de la esquizofrenia sugieren que su curso es variable: en algunos pacientes no se presentan nuevos episodios, en la mayoría se producen exacerbaciones y remisiones, y en una pequeña parte persiste un estado psicótico grave de forma crónica. Dadas las diferencias existentes en los criterios diagnósticos utilizados en los estudios que se han llevado a cabo, no es posible realizar un resumen exacto y completo de la evolución de la esquizofrenia a largo plazo. La remisión completa (es decir, el restablecimiento de la función previa a la aparición del trastorno) no es frecuente en esta enfermedad.

LÍNEAS GENERALES DEL MANEJO DE LA ESQUIZOFRENIA

Diagnóstico

En todo paciente ha de 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 exploración neurológica cuando esté indicada
- Exploraciones complementarias necesarias
- Tratamiento específico por uso de alcohol u otras drogas
- Valoración del riesgo de auto o heteroagresión
- Evaluación de la presencia de alucinaciones de órdenes

En nuestro medio se utilizan tanto los criterios del DSM-IV como los del CIE-10. Además de

estas clasificaciones, los síntomas de una esquizofrenia se agrupan en tres tipos de categorías:

- Síntomas positivos: delirios y alucinaciones
- Síntomas negativos: afecto aplanado, abulia, abolición/apatía y dificultades de atención
- Desorganización: habla desorganizada (trastorno del pensamiento), conducta desorganizada y falta de atención

Los síntomas negativos y los déficits cognitivos son extremadamente importantes tanto clínicamente como en términos de rehabilitación, pues afectan a la capacidad de trabajo, las relaciones con los otros y los lazos emocionales, es decir, a la capacidad del paciente para llevar una vida normal.

Diagnóstico diferencial

- Con otros cuadros psíquicos: 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 *borderlines*; psicosis histérica disociativa; y psicosis puerperales.
- Con cuadros orgánicos: tumores cerebrales (frontales, temporales); enfermedad del

lóbulo temporal; epilepsia; encefalopatía vírica-encefalitis; abscesos cerebrales; postencefalitis; tirotoxicosis; porfiria aguda intermitente; y trastorno psicótico debido a delirium, demencia.

- Con cuadros tóxicos: consumo crónico de cannabis, anfetaminas, LSD, digital, esteroides, alucinosis alcohólica, u otros.

Estado clínico

Valorar: peligro de agresión para sí mismo o para otros; acceso a medios con finalidad suicida u homicida; presencia de alucinaciones

que dan órdenes; y habilidades para el cuidado de sí mismo.

Comorbilidad

- Comorbilidad con otros trastornos mentales: depresión, síntomas obsesivos y compulsivos, preocupaciones somáticas, síntomas disociativos y otros síntomas de ansiedad o del estado de ánimo.
- Comorbilidad con trastornos por uso de sustancias y de alcohol: evaluación de abuso y dependencia del alcohol y otras sustancias.
- Comorbilidad con otras enfermedades y antecedentes médicos: debe valorarse el estado general, función cardíaca, las medicaciones y otros tratamientos que el paciente reciba. También deben valorarse y tratar, si fuera necesario, los cuadros médicos concomitantes más frecuentes: obesidad, conductas de riesgo para VIH, hábito tabáquico e hipertensión.

En un paciente que presenta una primera crisis: análisis de laboratorio básicos, análisis para descartar presencia de sustancias tóxicas, bioquímica general, hemograma completo y análisis de orina.

En función de las circunstancias de cada paciente: test de embarazo, electrocardio-

grama, TC (tomografía computarizada) o RM (resonancia magnética), ECG (electroencefalograma), estudios neuropsicológicos y psicometría general.

Revisiones generales anuales

Historial médico y exploración física que incluya talla y peso, presión sanguínea y hemograma completo. En función de circunstancias: bioquímica general, ECG, revisión dental, exploración pélvica/Papanicolau, des-

carte de presencia de sustancias tóxicas, prueba de la tuberculina, perfil de lípidos, mamografía, antígeno específico de la próstata, análisis para descartar hepatitis y para la detección de VIH.

Manejo psiquiátrico

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

- Es necesario un conocimiento global del paciente, de sus necesidades y objetivos, conflictos intrapsíquicos y defensas, estilos de afrontamiento, capacidades personales, factores biológicos, interpersonales, sociales y culturales que afectan a la adaptación del paciente.
- Plan de coordinación entre los profesionales que participan en la atención al paciente.
- Los elementos concretos del tratamiento psiquiátrico son los siguientes:
 - Establecimiento y mantenimiento de una alianza terapéutica.

- Vigilancia del estado psiquiátrico del paciente.
- Provisión al paciente y a la familia de educación en relación con la enfermedad y su tratamiento.
- Facilitación del cumplimiento del plan de tratamiento.
- Incremento de la comprensión y la adaptación a los efectos psicosociales de la enfermedad.
- Identificación de los factores que precipitan o exacerbaban crisis y promoción de intervenciones precoces para prevenir recaídas.
- Provisión a la familia de psicoeducación y apoyo para aliviar dificultades y mejorar la función familiar.
- Ayuda para acceder a los servicios necesarios y coordinación de los recursos en los diversos sistemas de salud mental, salud general y otros servicios.

Desarrollo del plan de tratamiento

El objetivo es comprometer al paciente, la familia y otras personas significativas para el paciente en el plan de tratamiento, teniendo en cuenta el tipo de tratamiento o intervención y el ámbito donde éste se va a desarrollar.

Hay diferentes alternativas de tratamiento: farmacológico (antipsicóticos y otras medicaciones coadyuvantes), electroconvulsivo e intervenciones psicosociales (individual, grupal, familiar y de rehabilitación psicosocial).

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.

Tipos de ámbito de tratamiento: a) hospitalización total; b) hospitalización parcial (hospital de día); c) tratamiento ambulatorio desde un centro de salud mental; d) modalidades de

atención y seguimiento intensivo en la comunidad: dirigidas a pacientes desvinculados de los servicios asistenciales o con dificultades para una continuidad de cuidados. La elección de un tipo u otro de ámbito depende de diversos factores (Tabla 1) y se han de tener en consideración los marcos legales vigentes^a.

Tabla 1. Factores a considerar en la elección del ámbito de tratamiento

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

TIPOS DE INTERVENCIÓN

Para los niveles de evidencia y los grados de recomendación, véanse las tablas de la página 26.

Intervención farmacológica

Los tratamientos farmacológicos son un elemento indispensable en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia. Las medicaciones se utilizan para el tratamiento de los episodios agudos, para la prevención de futuros episodios y para la mejoría de los síntomas entre episodios. Los fármacos antipsicóticos son el principal tratamiento farmacológico de los pacientes con esquizofrenia (ver Algoritmo de intervención farmacológica). Sin embargo,

otras medicaciones, como los estabilizantes del estado de ánimo y otras medicaciones coadyuvantes, también resultan útiles en determinados subgrupos de pacientes.

MEDICACIONES ANTIPSICÓTICAS

A- Antipsicóticos convencionales

Se clasifican en tres grupos según su potencia antipsicótica: a) alta potencia (como haloperidol, flufenazina); b) potencia intermedia (como loxapina, perfenazina); c) baja potencia (como clorpromazina, tioridacina). Las dosis recomendadas se describen en la Tabla 2.

Tabla 2. Dosis recomendadas de los antipsicóticos convencionales

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

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

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

Efectos secundarios frecuentes de los antipsicóticos convencionales

El más frecuente es la sedación. También pueden producirse efectos antiadrenérgicos (sequedad de boca, visión borrosa, estreñimiento, taquicardia y retención urinaria), efectos anticolinérgicos (deterioro de la memoria y de la cognición, confusión, delirio, somnolencia y alucinaciones) y efectos secundarios extrapiramidales tales como parkinsonismo, distonía y acatisia, que son los más frecuentes, y síndrome neuroléptico maligno, que es infrecuente pero que puede poner en peligro la vida del paciente.

Para el tratamiento profiláctico de los efectos secundarios extrapiramidales más frecuentes se puede considerar la conveniencia de utilizar medicación antiparkinsoniana de forma profiláctica, principalmente en pacientes con antecedentes previos de sensibilidad a estos efectos y en los que la previsión de actitudes negativas y la falta de cumplimiento se pueda ver reforzada por la aparición de reacciones adversas. Se utiliza clorhidrato de biperideno, clorhidrato de trihexifenidilo y amantadina.

Recomendación de grado C.

Otros efectos secundarios de los antipsicóticos convencionales son discinesia tardía, crisis convulsivas, galactorrea y oligomenorrea, aumento de peso, efectos sobre la función sexual (disfunción eréctil, alteraciones de la eyaculación y pérdida de la libido o anorgasmia), además de otros efectos alérgicos, cutáneos, hepáticos, oftalmológicos, hematológicos y cardiovasculares.

B-Antipsicóticos atípicos

Hasta el momento existen en el mercado los siguientes antipsicóticos atípicos: clozapina, risperidona, olanzapina, sertindol^b, quetiapina, ziprasidona, amisulpride y aripiprazol^b. Las conclusiones de una revisión sistemática reciente y muy exhaustiva

de la literatura, que comparaba los antipsicóticos atípicos con los convencionales, fueron las siguientes:

- Risperidona, quetiapina, sertindol, amisulpride, olanzapina y clozapina son tan o más eficaces que los antipsicóticos convencionales para aliviar los síntomas globales de la esquizofrenia.
- Clozapina y risperidona son tan o más eficaces que los antipsicóticos convencionales para prevenir recaídas.
- Sólo en pocos estudios se incluyeron pacientes con síntomas predominantemente negativos. La clozapina fue más eficaz que los antipsicóticos convencionales en la mejora de los síntomas negativos en pacientes resistentes al tratamiento. Del mismo modo, la clozapina es más eficaz que los antipsicóticos convencionales para aquellos pacientes que no han respondido previamente al tratamiento.
- Todos los antipsicóticos atípicos parecen causar menos efectos secundarios extrapiramidales que los convencionales.
- La sedación puede aparecer más frecuentemente en los pacientes tratados con clozapina que en los tratados con los antipsicóticos convencionales. La olanzapina, amisulpride, sertindol y, quizá, risperidona pueden causar menos somnolencia. No hay suficiente evidencia científica que sugiera que los otros antipsicóticos atípicos sean más o menos sedantes que los convencionales.
- Los efectos secundarios anticolinérgicos y antiadrenérgicos pueden darse más frecuentemente en los pacientes tratados con clozapina y sertindol, y menos frecuentemente en los tratados con quetiapina u olanzapina, que en los tratados con antipsicóticos convencionales.
- Se han descrito efectos secundarios cardíacos graves y potencialmente fatales al menos en dos antipsicóticos atípicos (sertindol y clozapina) y en dos convencionales (pimozida y tioridazina). Se desconocen a largo plazo los efectos secundarios cardíacos, así como los hepáticos, de la mayoría de antipsicóticos atípicos.
- Parece que los antipsicóticos atípicos pueden causar más aumento de peso que los convencionales.^c

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

^c Además, se han detectado algunos casos de hiperglucemia elevada que han hecho pensar en un posible riesgo de diabetes mellitus. Son necesarios aún más estudios que lo confirmen.

- Los pacientes con esquizofrenia pueden hallar los antipsicóticos atípicos más aceptables que los convencionales ya que, en general, menos pacientes tratados con atípicos (con excepción de ziprasidona) abandonaron precozmente los estudios.
- Aparte de la clozapina para los pacientes resistentes al tratamiento, ningún antipsicótico atípico destaca por ser más eficaz que cualquiera de los otros. Estos fármacos tienen perfiles de efectos secundarios ligeramente diferentes entre sí cuya importancia puede variar en función del paciente y sus familias o cuidadores.
- Si la enfermedad es crónica, hay poca diferencia en el tratamiento con un antipsicótico convencional o uno atípico, a excepción de los casos en que los efectos secundarios, tales como parkinsonismo, obligaron a abandonar el estudio.

Clozapina

Se caracteriza por la ausencia de efectos secundarios extrapiramidales y por la posibilidad de producir agranulocitosis, que puede llegar a ser mortal, en un 1% de pacientes. Las dosis terapéuticas (la vía de administración es oral) están entre 300 y 600 mg/día y se deben aumentar lentamente en incrementos diarios de 25-50 mg/día inicialmente y posteriormente de 50-100 mg semanales. La dosis máxima es de 900 mg/día. Se utiliza cuando hay resistencia a dos antipsicóticos de diferente familia. Debe realizarse un control leucocitario del paciente en tratamiento con clozapina (Tabla 3).

Los efectos secundarios más frecuentes son la sedación, aumento de peso, hipersalivación, taquicardia, hipotensión y fiebre, siendo los tres primeros especialmente

frecuentes y dándose en la mayor parte de pacientes, en especial en la primera fase del tratamiento.

Risperidona

Se utiliza a dosis de 3-12 mg/día, siendo posible por su semivida plasmática una administración única diaria, manteniendo su efectividad y tolerancia. La risperidona se asocia a sintomatología extrapiramidal que es dosis-dependiente y mínima en el intervalo terapéutico de dosis; en el periodo inicial de ajuste de dosis puede producirse hipotensión ortostática y taquicardia refleja (por actividad α -adrenérgica) que es transitoria. Se utiliza por vía oral y recientemente se ha comercializado en preparación depot (consta), de administración quincenal y a dosis de 25, 37,5 y 50 mg.

Olanzapina

Se utiliza a dosis de 10-20 mg/día, siendo la dosis media de 12,5 mg/día, claramente superior al placebo. Los efectos secundarios más frecuentes y que afectan a más del 2% de pacientes son: aturdimiento, boca seca, acatisia e insomnio; y, con menos frecuencia, dispepsia, ansiedad, náuseas, temblor, hipotensión ortostática y diaforesis. Por encima de 10 mg/día aumenta la probabilidad de sintomatología extrapiramidal. Puede provocar aumento de peso preocupante que puede variar de 3,5 a 12 Kg en el intervalo de dosis altas. De forma transitoria puede elevar la prolactina y las enzimas hepáticas en las primeras semanas de tratamiento. Se utiliza por vía oral.

Sertindol

Los efectos secundarios más frecuentes son congestión nasal, hipotensión postural (generalmente durante el escalado de dosis), sedación, taquicardia, disminución

Tabla 3. Control del paciente en tratamiento con clozapina*

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

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

del volumen eyaculatorio en el 20% de varones tratados (sin asociarse a disminución de la libido ni alteraciones de la función eréctil) y aumento de peso. Mención aparte merece la presencia en el 3% de pacientes tratados con sertindol de una prolongación en el QTc del electrocardiograma, mayor o igual a 500 mseg, sin taquiarritmia ventricular asociada, pero con posibilidad de vulnerabilidad para desarrollar *torsades des pointes* (arritmia ventricular) que puede resultar mortal. Esta posibilidad aconsejó su retirada cautelara del mercado en el año 1997. La dosis óptima parece estar entre 20-24 mg/día, iniciándose con 4 mg/día y con escaladas de 4 mg cada 3-4 días. La presentación es por vía oral.

Quetiapina

La dosis media se sitúa entre 300-800 mg/día. Es eficaz en el tratamiento de síntomas positivos y afectivos, y produce mejora en la función cognitiva, la hostilidad y la agresividad. Los efectos secundarios más frecuentes son: sedación, mareo, cefalea, insomnio, hipotensión ortostática y aumento de peso, todos ellos con una baja incidencia. Presenta escasa incidencia de efectos extrapiramidales. No produce elevación de prolactina. La presentación de quetiapina es por vía oral.

Ziprasidona

La dosis utilizada es de 80-160 mg/día en la presentación oral y de 40 mg/día como máximo en la intramuscular. Los efectos secundarios más frecuentes son cefalea, somnolencia, náuseas y dispepsia, sin producir incremento de peso significativo

y con baja incidencia de efectos extrapiramidales (acatisia). Puede elevar de forma leve y transitoria la prolactina. La presentación de ziprasidona es por vía oral e intramuscular.

Amisulpride

A dosis bajas (50-300 mg) tiene eficacia sobre síntomas negativos y a dosis altas (400-1.200 mg) sobre síntomas positivos. Los efectos secundarios más frecuentes son de tipo extrapiramidal (discinesia, acatisia) y de baja incidencia, con elevación de peso y de prolactina similar a la de otros neurolepticos. Su presentación es por vía oral.

Aripiprazol

Es eficaz sobre síntomas positivos, negativos y afectivos, y se utiliza a dosis de 15-30 mg/día por vía oral. Los efectos secundarios más frecuentes son cefalea, ansiedad, náuseas, mareo e insomnio, con baja incidencia de sintomatología extrapiramidal. En el momento de redactar esta GPC, todavía está pendiente su aparición en el mercado español.

Tabla 4. Dosis recomendadas de los antipsicóticos atípicos

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

OTRAS MEDICACIONES COADYUVANTES

Litio

Al añadirlo a los antipsicóticos aumenta la respuesta antipsicótica y reduce los síntomas negativos, así como los afectivos. La dosis de litio es la necesaria para obtener una concentración hemática de 0,8-1,2meq/l. Los efectos secundarios del litio son poliuria, polidipsia, aumento de peso, alteraciones cognitivas, temblor, sedación, deterioro de la coordinación, alteraciones gastrointestinales, caída del pelo, leucocitosis benigna, acné y edemas.

Benzodiacepinas

Pueden tener utilidad en la fase aguda como coadyuvantes en la agitación psicótica, pudiendo reducir la dosis de antipsicótico. Sus efectos secundarios incluyen sedación, ataxia, deterioro cognitivo y, en algún paciente, desinhibición conductual. Se debe controlar el posible abuso de estos fármacos, y tener en cuenta que la combinación de éstos con clozapina y levopromazina puede ser peligrosa y estar contraindicada.

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.

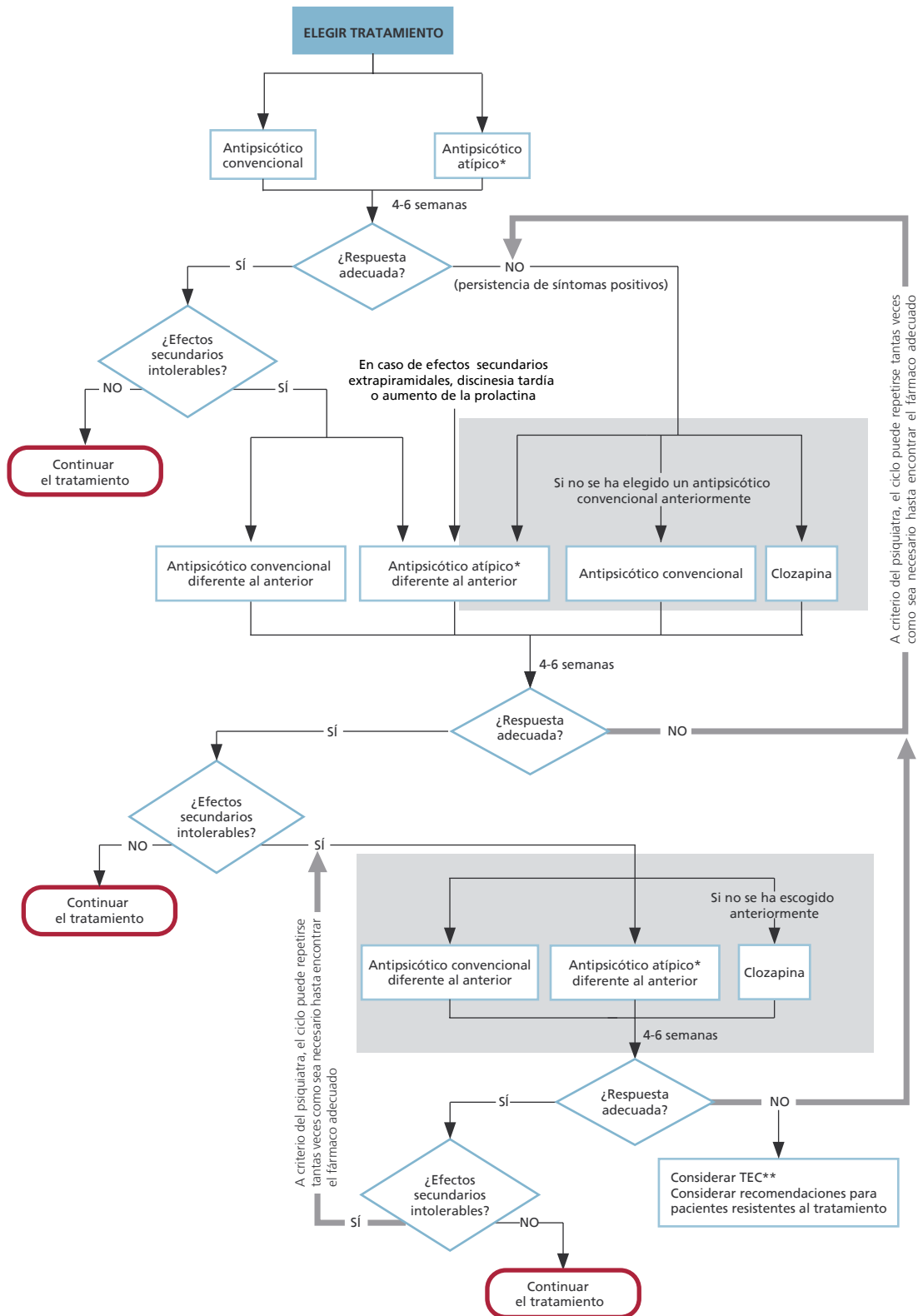
Antidepresivos

Los ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) se utilizan sobre todo cuando se produce una depresión post-psicótica, difícil de distinguir de los síntomas negativos provocados por los antipsicóticos convencionales.

RECOMENDACIONES SOBRE LA INTERVENCIÓN FARMACOLÓGICA

- Se recomienda que los fármacos antipsicóticos, convencionales o atípicos, no sean prescritos simultáneamente, excepto por cortos periodos para cubrir un cambio de fármaco. **Recomendación de grado C.**
- Durante la fase aguda, al elegir una determinada medicación antipsicótica, deberá tenerse en cuenta la respuesta previa del paciente al tratamiento, el perfil de efectos secundarios del mismo, y las preferencias por una determinada medicación en función de la experiencia previa y la vía de administración prevista. Las dosis recomendadas de antipsicóticos han sido descritas en las Tablas 2 (convencionales) y 4 (atípicos) de esta GPC. **Recomendación de grado C.**
- En pacientes resistentes al tratamiento de la esquizofrenia, se recomienda el tratamiento con clozapina. **Recomendación de grado A.**
- Se recomienda que las medicaciones coadyuvantes (litio, carbamacepina, ácido valproico y benzodiazepinas) se reserven para los casos en que la clozapina no sea apropiada en pacientes resistentes al tratamiento, bien por falta de eficacia, efectos adversos, preferencia del paciente o por probable falta de cumplimiento del programa de vigilancia. **Recomendación de grado C.**
- Dado el riesgo de recidiva rápida en la fase de postcrisis, se recomienda evitar la supresión o la reducción prematura del tratamiento farmacológico antipsicótico instaurado en la fase aguda; la continuación del tratamiento durante 1 o 2 años después de una crisis debe discutirse, cuando sea adecuado, con el paciente y su familia. **Recomendación de grado C.**
- En pacientes estables que no presentan síntomas negativos puede estar indicada una reducción de dosis, que deberá ser reducida de forma gradual, hasta llegar como mínimo a una quinta parte de la dosis de mantenimiento habitual. **Recomendación de grado C.**
- En un paciente que haya presentado sólo un episodio de sintomatología positiva y no haya sufrido ningún síntoma durante el año siguiente de tratamiento de mantenimiento puede plantearse un periodo de prueba sin medicación. **Recomendación de grado C.**
- También se puede plantear una supresión de la medicación en pacientes con múltiples episodios previos que se hayan mantenido estables durante 5 años sin síntomas positivos y que cumplan bien el tratamiento. **Recomendación de grado C.**
- Se recomienda tratamiento indefinido en pacientes con antecedentes de intentos de suicidio graves o de conductas violentas y agresivas. **Recomendación de grado C.**
- Al tomar la decisión de suspender la medicación antipsicótica, se deben adoptar precauciones para reducir al mínimo el riesgo de recidiva: reducción gradual de la dosis durante varios meses, visitas más frecuentes y empleo de estrategias de intervención precoz. **Recomendación de grado C.**

ALGORITMO DE INTERVENCIÓN FARMACOLÓGICA



* No se incluye la clozapina
** TEC: terapia electroconvulsiva

Terapia electroconvulsiva (TEC)

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

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.

El infarto de miocardio reciente, algunas arritmias cardíacas y lesiones ocupantes de espacio intracraneal deben ser motivo de precaución puesto que la TEC causa aumento transitorio de la frecuencia cardíaca, carga de trabajo cardíaco, presión arterial, presión intracraneal y permeabilidad de la barrera hematoencefálica. Los principales efectos secundarios de la TEC son de tipo cognitivo, asociándose a un estado confusional postictal transitorio y a un periodo más prolongado de alteración de la memoria anterógrada y retrógrada, que se resuelve habitualmente a las pocas semanas del cese del tratamiento.

Intervenciones psicosociales

El tratamiento farmacológico del paciente esquizofrénico se considera útil e imprescindible para controlar los síntomas psicóticos y para la reducción de la vulnerabilidad a las recaídas. Por su parte, las intervenciones psicoterapéuticas o psicosociales paliar las limitaciones de un abordaje exclusivamente psicofarmacológico, aumentando los recursos para hacer frente a los conflictos, problemas o tensiones interpersonales o biográficas. También pueden favorecer el análisis o la modificación de estilos perceptivos o mecanismos de defensa. En este sentido, las intervenciones psicosociales engloban una serie de medidas encaminadas a minimizar la vulnerabilidad del paciente ante las situaciones de

estrés, reforzando su adaptación y funcionamiento social. Estas intervenciones pueden incidir en áreas como la prevención de recaídas, la adquisición de habilidades sociales y el funcionamiento social y ocupacional (ver Resumen de recomendaciones generales para las intervenciones psicosociales y Esquema de recomendaciones sobre intervenciones psicosociales según fases de la esquizofrenia).

La elección de un abordaje específico estará determinado tanto por el paciente, su situación clínica, necesidades, capacidades y preferencias, como por los recursos existentes en un momento dado ([nivel de evidencia científica IV](#)).

PSICOTERAPIA INDIVIDUAL

Según JL Tizón, la psicoterapia consiste en la aplicación metódica de técnicas y procedimientos psicológicos en el tratamiento de los problemas de conducta, los trastornos mentales y el sufrimiento humano (no sólo psicológico).

La psicoterapia individual (PI) consiste en un encuentro humano basado en la confianza, el reconocimiento del sufrimiento psíquico, la comprensión profunda y la presencia atenta.

Los objetivos son muy diversos en función de cada paciente, el trastorno que presente y la situación de vida (Tabla 5). Siempre que esté indicada, se ha de realizar dentro de un planteamiento terapéutico global integrando las otras intervenciones psicosociales así como la psicofarmacológica.

La PI ha de estar basada en las necesidades y preferencias del paciente así como en su sistema de valores en la elección de objetivos y metas

a conseguir. Una PI óptima utiliza diversas estrategias basadas en una relación interpersonal continua, de comprensión y empatía.

Tabla 5. Objetivos de la psicoterapia individual

• Reducir al mínimo la vulnerabilidad
• Reducir al mínimo el estrés
• Optimizar las capacidades de adaptación
• Optimizar la función
• Evitar al máximo el deterioro

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

Independientemente de la gravedad de la psicopatología, una positiva alianza terapéutica basada en una alta sintonía con las necesidades de los pacientes se asocia con un mejor cumplimiento de la medicación y unos mejores resultados. Estos resultados son coherentes con numerosos estudios que indican que el sentimiento del paciente de ser escuchado y entendido por el médico es un fuerte predictor de cumplimiento de la medicación.

Lo esencial es un vínculo de confianza y se advierte contra las intervenciones intrusivas, abogando por un rol de apoyo y un rol de agente activo en el manejo de la enfermedad.

Los focos más apropiados en la PI serían: ayuda al paciente en el manejo de la enfermedad, atención a los problemas cotidianos, aproximación ecléctica que incluya educación, intervención en crisis, fortalecimiento y apoyo para las angustias existenciales, consejos prácticos, e *insight*.

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

Las principales recomendaciones para la PI en la esquizofrenia son:

- Se recomienda la terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de síntomas positivos y negativos en la esquizofrenia resistente a los antipsicóticos. **Recomendación de grado A.**
- Durante la fase aguda (o crisis) de la esquizofrenia, se recomienda que las intervenciones psicosociales vayan destinadas a reducir las relaciones o episodios de la vida que resulten estresantes y a fomentar unas relaciones de apoyo (tolerantes y no exigentes) por parte de los profesionales que intervienen en esta fase. **Recomendación de grado C.**
- No existe suficiente evidencia científica que apoye el uso de técnicas de terapia psicodinámica para personas hospitalizadas con esquizofrenia. Algunos estudios recopilados por la American Psychiatric Association sugieren que este tipo de terapia puede prolongar la desorganización o desencadenar una recidiva (**nivel de evidencia científica IV**) y, en consecuencia, se recomienda no utilizar la terapia psicodinámica durante la fase aguda de la psicosis. **Recomendación de grado C.**
- Durante la fase de estabilización, se recomienda psicoterapia de apoyo centrada en la realidad para los pacientes moderadamente discapacitados y estables o intermitentemente estables. **Recomendación de grado C.**
- Durante la fase estable, se recomienda psicoterapia de apoyo para la resolución de problemas ya que reduce de manera significativa las recidivas y potencia la función social y laboral al añadirla a la medicación en pacientes tratados ambulatoriamente (**nivel de evidencia científica Ia**). **Recomendación de grado A.** Se recomiendan las estrategias orientadas a la realidad dado que resultan igual de eficaces o mejores que la terapia psicodinámica en cuanto a recidivas y ajuste sociolaboral. **Recomendación de grado A.**

PSICOTERAPIA GRUPAL

La psicoterapia grupal o terapias de grupo incluyen un amplio abanico de modalidades terapéuticas como son los grupos psicoeducativos, los grupos de autoayuda y la psicoterapia de grupo, y en algunos casos se utiliza una combinación de éstas. Los objetivos se describen en la Tabla 6.

Tabla 6. Objetivos de la psicoterapia grupal

• Potenciar la resolución de problemas
• Planificar objetivos
• Favorecer las interacciones sociales
• Mejorar el cumplimiento de la medicación
• Propiciar el manejo de los efectos secundarios

Un documento de consenso español describe muchos modelos de intervención que pueden desarrollarse en "formato grupal" pudiéndose incluir abordajes psicoanalíticos, interpersonales y educativos, así como terapia de entrenamiento en habilidades sociales, terapias cognitivas, intervenciones familiares y grupos de autoayuda. En la medida en que se incorporan abordajes cognitivos en el entrenamiento en habilidades sociales, se usa el término "entrenamiento en habilidades psicosociales".

Por otra parte, un documento de consenso francés clasifica las psicoterapias de grupo en función de:

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

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

Las terapias de grupo tienen un papel importante en los programas asistenciales de la esquizofrenia. Para que los pacientes puedan participar de una forma adecuada para sí mismos y para el grupo, se recomienda que

tengan una estabilidad clínica suficiente, excluyéndose a pacientes muy afectados por alucinaciones o delirios, la desorganización del pensamiento y el mal control de impulsos. **Recomendación de grado C.**

Los tratamientos grupales se pueden incluir a lo largo del proceso de atención al paciente, requiriendo diferentes modalidades de intervención según la fase de la enfermedad y el grado de discapacidad y de estabilidad clínica.

En la fase aguda, los grupos orientados a la interacción pueden ser útiles para aprender nuevas maneras de hacer frente a los síntomas, establecer una relación con otras personas en un entorno controlado y desarrollar una alianza terapéutica con el equipo de tratamiento. La psicoterapia de apoyo puede reducir la sintomatología y la rehospitalización y puede mejorar el ajuste social de los pacientes con esquizofrenia, al menos en algún subgrupo de pacientes.

En la fase de estabilización, los objetivos del tratamiento se orientan a reducir al mínimo el estrés del paciente y proporcionarle un apoyo para que la probabilidad de recaída sea mínima, para así potenciar la adaptación del paciente a la vida en la comunidad y para facilitar la reducción continuada de los síntomas y la consolidación de la remisión. La educación sanitaria sobre el curso y la evolución de la enfermedad, y sobre los factores que influyen en ella, incluido el incumplimiento del tratamiento, se puede continuar en esta fase para los familiares e iniciarla para los pacientes.

Se recomienda psicoterapia grupal (o individual), además de información y educación al paciente y a la familia, con el objetivo de detectar síntomas prodrómicos e intervenir precozmente sobre ellos. **Recomendación de grado A.** Dado que entre la reagudización sintomatológica y la recaída puede transcurrir menos de una semana, se recomienda una visita semanal durante un año en la fase de estabilización y posteriormente según evolución. **Recomendación de grado C.**

El tratamiento en la fase estable va dirigido a optimizar la función social y calidad de vida, y a disminuir al mínimo el riesgo y las conse-

cuencias de las recaídas. Cuando el paciente pasa a estar relativamente estabilizado y más motivado, pueden introducirse estrategias de tratamiento psicosocial de apoyo cada vez más específicas. Cuando esté indicado, incluye la reeducación respecto a las habilidades sociales, rehabilitación cognitiva e inicio de una rehabilitación laboral.

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

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

Diversos estudios apoyan el efecto del grupo en su capacidad de socialización más que en

la reducción de la sintomatología o en la disminución de las rehospitalizaciones. Los programas específicos de educación de los pacientes y las familias acerca de los síntomas prodrómicos, y la intervención precoz cuando éstos aparecen, se perfilan como útiles para disminuir las tasas de recaídas.

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

Así mismo, se recomienda una periodicidad semanal o quincenal de la terapia grupal, así como su continuidad a lo largo del tiempo. **Recomendación de grado B.** La periodicidad y la continuidad a lo largo del tiempo se han demostrado más significativas que el tipo de abordaje empleado (cognitivo-conductual, de apoyo, de habilidades sociales).

INTERVENCIÓN FAMILIAR

Todo programa de tratamiento de la esquizofrenia deberá considerar la atención a las familias tanto por el hecho de que son quienes cuidan a los pacientes, como por el importante papel que su colaboración puede jugar en el control de los síntomas y en la rehabilitación. Los objetivos generales de cualquier intervención familiar (IF) se describen en la Tabla 7.

Tabla 7. Objetivos generales de la intervención familiar

• Construir una alianza con los familiares
• Reducir la atmósfera familiar adversa
• Potenciar la capacidad de los familiares para la anticipación y resolución de los problemas
• Reducir las expresiones de angustia y culpa dentro de la familia
• Mantener unas expectativas razonables para el funcionamiento del paciente
• Ayudar a los familiares a mantener unos límites apropiados así como una distancia adecuada cuando sea necesario
• Conseguir cambios deseados en el comportamiento de los familiares y en su sistema de creencias

Los abordajes familiares actuales tienen en común la desconexión con cualquier planteamiento etiológico, están integrados en el tratamiento global y se basan en investigaciones que resaltan el papel de las características del ambiente inmediato sobre el curso de la enfermedad, principalmente los acontecimientos vitales (estrés agudo) y la alta expresión de emociones (estrés crónico). La mayor parte de estos abordajes están basados en el concepto de emoción expresada (EE) que hace referencia a una serie de actitudes de la familia hacia el paciente (hostilidad, criticismo y sobreprotección). La EE es un potente predictor de recaída y mala evolución en la esquizofrenia y también en otras patologías.

Las principales recomendaciones para una IF en la esquizofrenia son:

- Utilizar programas de IF de tipo psicoeducativo basados en el manejo de la emoción expresada para evitar recaídas y mejorar el pronóstico de la enfermedad y para la reducción de la carga familiar, mejora del

funcionamiento social del paciente y reducción del coste económico. **Recomendación de grado A.**

- Aplicar la IF en pacientes moderada o gravemente discapacitados y sobre todo en aquéllos de larga evolución. En pacientes con inicio reciente habrá que valorar cada situación de forma individualizada. **Recomendación de grado A.**
- Los programas deberán aplicarse en grupos de familiares de pacientes homogéneos en cuanto al diagnóstico y deberán incluir de una u otra forma al propio paciente y ser combinados con el resto de intervenciones incluidas en el plan general de tratamiento. **Recomendación de grado A.**
- Los programas deberán incluir siempre información a las familias sobre la enfer-

medad junto con diferentes estrategias como técnicas de afrontamiento del estrés o entrenamiento en resolución de problemas. **Recomendación de grado A.**

- Una opción que también se ha mostrado eficaz son las IF centradas en necesidades concretas de las familias, que mantienen su efecto al menos durante 12 meses (**nivel de evidencia científica Ib**). Por tanto, se recomienda aplicar esta modalidad de IF que se centra en las necesidades de los cuidadores de los pacientes con esquizofrenia. **Recomendación de grado A.**
- La IF deberá ser prolongada en el tiempo (más de seis meses), ya que se ha demostrado que intervenciones más cortas no resultan eficaces. **Recomendación de grado A.**

REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

La rehabilitación psicosocial, a veces también denominada genéricamente rehabilitación, es sobre todo aplicable durante la fase estable (o de mantenimiento). Los objetivos se describen en la Tabla 8.

Tabla 8. Objetivos de la rehabilitación psicosocial

- Prevenir el deterioro de la función social, laboral, educativa y familiar
- Fomentar que las capacidades sociales puedan desarrollarse al máximo

Entrenamiento en habilidades sociales

De acuerdo con el esquema descrito por Bellack y Mueser, existen tres modalidades diferentes de entrenamiento en habilidades sociales:

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

abordada pedagógicamente como parte de un módulo con la finalidad de corregir los déficits de las capacidades receptiva, de procesamiento y emisora.

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

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

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

Rehabilitación cognitiva

El objetivo principal de la rehabilitación cognitiva consiste en estimular la colaboración activa del paciente para reducir el riesgo de recaída, y recuperar los déficits cognitivos y los niveles de discapacidad social. En general implica tareas y ejercicios repetitivos realizados en un taller y que están directamente relacionados con el proceso cognitivo; puede llevarse a cabo mediante programas informáticos, vídeos o estímulos audiovisuales.

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

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

Rehabilitación laboral

La mayoría de estudios sobre rehabilitación laboral no son específicos de esquizofrenia sino que se refieren a enfermedades mentales graves en general. Existen fundamentalmente dos enfoques para la rehabilitación laboral: 1) los programas de formación prelaboral, que constituyen el enfoque más tradicional y consisten en ofrecer preparación y formación previamente a conseguir un empleo normalizado (a menudo se trata de empleos tutelados o empleos de transición); y 2) el apoyo laboral, más reciente, en el que el paciente se incorpora al empleo normalizado inmediatamente y se le provee ayuda para el empleo; esta ayuda puede ser genérica (sobre higiene personal o transporte, por ejemplo) o más específica sobre el empleo en concreto.

Sólo el apoyo laboral ha demostrado ser eficaz para la obtención de un puesto de trabajo normalizado en pacientes con trastorno mental severo (**nivel de evidencia científica Ia**). Se recomienda ofrecer esta terapia a los pacientes moderada o ligeramente discapacitados y que estén en fase estable o de mantenimiento. **Recomendación de grado A.**

Alternativas residenciales en la comunidad

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

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

Clubes sociales y fundaciones tutelares

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

Los clubes sociales son recursos de apoyo social destinados a ofrecer ayuda a la población con trastornos mentales severos que presenta dificultades para un funcionamiento psicosocial adecuado en ambientes totalmente normalizados. Su objetivo consiste, pues, en el fomento del uso de recursos comunitarios, el aumento del desempeño de roles socialmente valiosos y la mejora de las relaciones interpersonales, el uso y disfrute del tiempo libre, la independencia y la autonomía. Por su parte, las fundaciones tutelares están pensadas para personas con trastornos mentales que no puedan gobernar efectivamente su vida y su objetivo es la integración y normalización de los incapacitados.

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

Modalidades de atención y seguimiento intensivo en la comunidad

La existencia de pacientes especialmente graves, con trastornos persistentes en el tiempo, con especiales dificultades de integración y con un mayor riesgo y tendencia a las recaídas y a la hospitalización ha llevado al diseño de diversas modalidades de atención y seguimiento intensivo en la comunidad, que pueden sintetizarse en el modelo de tratamiento comunitario asertivo y en el de gestión de casos. Ambos modelos se diferenciarían fundamentalmente por el hecho de que el primero se organiza entorno a un equipo específico, y el segundo por ser realizado individualmente por profesionales de la gestión de casos.

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

La gestión de casos permite que uno o más miembros de un equipo sean asignados como gestores de casos para garantizar que los pacientes reciban servicios coordinados, continuados e integrales. Se reconoce que el resultado de estudios controlados sobre los efectos de la gestión de casos ha conducido a resultados inconsistentes, probablemente por problemas metodológicos en el diseño. Éstos serían: 1) falta de especificación de la intervención de gestión de casos; 2) deficiente caracterización de la población de pacientes; 3) carácter inadecuado de las medidas de resultados; 4) duración inadecuada del programa; y 5) falta de especificación de contexto comunitario. También se indica que pueden aparecer problemas en la aplicación de la gestión de casos cuando el gestor funciona

independientemente y no está bien integrado en el equipo de tratamiento.

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

La revisión sistemática efectuada permite establecer las siguientes recomendaciones:

- Los estudios controlados de tratamiento comunitario asertivo de pacientes con una reducción moderada o severa en su funcionamiento durante la fase estable del trastorno muestran una reducción de los tiempos de hospitalización y una mejora de las condiciones de vida (**nivel de evidencia científica Ib**). Se recomienda el programa de tratamiento comunitario asertivo para aquellos individuos que padecen esquizofrenia durante la fase estable y con una severa restricción y funcionamiento marginal y/o pobre cumplimiento terapéutico. **Recomendación de grado A.**
- Se recomienda gestión de casos integrada e intensiva para pacientes con frecuentes recaídas y que requieren hospitalización. **Recomendación de grado C.**
- Se recomienda tratamiento comunitario asertivo, tratamiento intensivo individualizado y asistencia ambulatoria en centros comunitarios de salud mental para pacientes que muestran inestabilidad moderada o alta. **Recomendación de grado C.**
- Se recomienda asistencia ambulatoria en un centro comunitario de salud mental que ofrezca tratamiento farmacológico, terapia individual, de grupo y/o familiar, medidas psicoeducativas y un tratamiento

individualizado de intensidad variable para los pacientes estables con discapacidad relativamente poco importante. **Recomendación de grado C.**

- Se recomienda la gestión de casos intensiva y servicios de apoyo comunitario, además de la administración de psicofármacos y psicoterapia, para algunos pacientes que padecen esquizofrenia de inicio precoz. **Recomendación de grado C.**
- Se recomiendan programas de gestión de casos y de tratamiento comunitario asertivo para pacientes de alto riesgo. **Recomendación de grado A.**
- Se recomiendan programas de tratamiento comunitario asertivo en pacientes con alto riesgo de hospitalizaciones repetidas o que presentan dificultades de vinculación al tratamiento ambulatorio. **Recomendación de grado A.**
- Se recomiendan los programas de tratamiento comunitario asertivo y de gestión intensiva de casos en pacientes con esquizofrenia que frecuentan habitualmente los

servicios. **Recomendación de grado B.**

- Se recomienda asistencia ambulatoria en un centro comunitario de salud mental en pacientes con trastornos mentales severos ya que disminuye las muertes por suicidio, la insatisfacción con la asistencia y los abandonos de tratamiento. **Recomendación de grado A.**
- Se recomienda tratamiento comunitario asertivo en personas con trastorno mental severo de entre 18 y 65 años de edad, que requieren hospitalizaciones frecuentes, para reducir sustancialmente los costes hospitalarios, mejorando el resultado y la satisfacción del paciente. **Recomendación de grado A.**
- Se recomienda la gestión de casos para la atención comunitaria de trastornos mentales severos con vistas a incrementar la vinculación a los servicios y el cumplimiento terapéutico. **Recomendación de grado A.**

TRATAMIENTO SEGÚN MOMENTOS DE LA ENFERMEDAD Y SITUACIONES ESPECIALES

Esquizofrenia en la infancia y adolescencia

El proceso evolutivo de las diferentes áreas madurativas en el niño, adolescente y joven, implica una diferenciación progresiva de funciones psiconeuroevolutivas en intensa interrelación con el entorno. La presentación clínica y la psicopatología infantil y juvenil, el

curso y el pronóstico quedan sujetos a la cronopatía y patoplastia según la edad y el momento evolutivo y las variables del entorno, dependiendo abiertamente de la maduración emocional, cognitiva y relacional del individuo.

DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DEL NIÑO Y ADOLESCENTE

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

- Presentación de los síntomas
- Curso de la enfermedad
- Historia psiquiátrica familiar (en especial,

de enfermedades psicóticas)

- Examen del estado mental
- Coexistencia de síntomas de patología comórbida, como historia significativa de problemas de desarrollo, trastornos del estado de ánimo o uso de sustancias

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

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL PSIQUIÁTRICO

El diagnóstico de esquizofrenia en niños y adolescentes debe diferenciarse de: trastornos esquizoafectivos, trastornos depresivos mayores, trastorno de la personalidad límite (*borderline*) y disocial, trastornos disociativos

(despersonalización, desrealización), trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno esquizotípico de la personalidad, trastorno esquizoide de la personalidad y trastorno esquizofreniforme.

TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

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

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

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

- Obtención del consentimiento informado del padre o adolescente (en función de la edad)
- Documentación de los síntomas clave

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

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

Primeros episodios

La aparición de un primer episodio psicótico puede ser brusca o insidiosa, pero la mayor parte de individuos presentan algún tipo de fase prodrómica que se manifiesta por un desarrollo lento y gradual de diversos signos y síntomas (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 característico de la fase activa, que define el trastorno como esquizofrenia. También suele haber un período prodrómico antes de presentar una recidiva. Este período prodrómico

puede durar entre varios días y unas semanas, pero en ocasiones puede persistir durante varios meses.

A pesar de que hay diversos factores implicados en la aparición de la esquizofrenia, algunos de ellos se consideran factores de riesgo o marcadores dirigidos a poder predecir el riesgo de presentación de un trastorno esquizofrénico: complicaciones obstétricas y perinatales, historia familiar de esquizofrenia, déficit neurointegrativo, funcionamiento familiar alterado, clase social baja, sufrir una situación de estrés y uso de sustancias. No se ha encontrado un patrón genético de riesgo aunque hay

estudios genéticos que informan sobre posibles factores predisponentes.

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

En la intervención precoz en la fase de pródromos destacan el estudio de Bonn y el proyecto de Buckingham; en éste último se refiere una disminución de diez puntos en la incidencia estimada en el área del estudio.

En Australia se ha desarrollado el programa PACE (Personal Assistance and Crisis Evaluation), centrado en intervenciones preferentemente psicosociales, en que se utilizan profesores y profesionales de atención a adolescentes como identificadores de posibles pacientes a través de un cribado secuencial que asigna niveles de riesgo estimado. Con algunas variaciones, se están desarrollando estudios similares en diversos países, entre ellos Inglaterra, Noruega, Finlandia y Estados Unidos.

Otra gran línea de investigación actual en la esquizofrenia está constituida por la detección temprana del trastorno a fin de disminuir el período sin tratamiento, es decir, actuar en el ámbito de la prevención secundaria. Entre estos estudios está el EPPIC (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre), desarrollado en Australia por Mc Gorry et al., que consiste en instaurar tratamiento antipsicótico y psicosocial precoz en pacientes con factores premórbidos de riesgo que presentan síntomas psicóticos. En el estudio se observó que el resultado del programa intensivo de intervención mejoraba significativamente los resultados cuando podía establecerse dentro de los 6 meses posteriores al inicio de la sintomatología psicótica. Sin embargo, se señaló la dificultad de delimitar el momento de iniciar

el tratamiento especialmente si la sintomatología manifiesta era insidiosa.

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

Más allá de los posibles cambios que estas investigaciones puedan deparar en el futuro, tanto a nivel de la organización de los servicios como a nivel del momento en que se desarrolle una intervención asistencial, es evidente que ante la sospecha de un primer episodio esquizofrénico debe irse a un diagnóstico de confirmación. Ver apartado de esta GPC relacionado con el diagnóstico.

En los pacientes jóvenes que presentan una primera crisis es necesario introducir un tratamiento integral que incluya abordaje psicosocial y psicofarmacológico.

Los datos existentes indican que la tasa de recaídas después de un primer episodio de esquizofrenia es relativamente elevada y que el mantenimiento de la medicación puede desempeñar un papel clave en la prevención de recaídas. Se recomienda un mínimo de un año de tratamiento de mantenimiento con medicación antipsicótica para los pacientes con una remisión después de un primer episodio. **Recomendación de grado C.**

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

Algunas variables pronósticas se consideran útiles para predecir la evolución a largo plazo de un episodio psicótico. Parece ser mejor la evolución cuando se dan las siguientes características: sexo femenino, antecedentes familiares de trastornos afectivos, ausencia

de antecedentes familiares de esquizofrenia, buen funcionamiento previo al trastorno, CI elevado, pacientes casados, inicio agudo con un estrés desencadenante, menor número y menor duración de los episodios previos, patrón fásico de episodios y remisiones, edad avanzada, patología asociada mínima,

subtipo paranoide y síntomas predominantemente positivos (delirios y alucinaciones) y sin manifestaciones de desorganización (trastorno del pensamiento, conducta alterada) o negativas (afecto plano, alogia, abolición). El entorno social y cultural influye también en la evolución.

Situaciones especiales

TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS

Los trastornos relacionados con el uso de sustancias constituyen un factor de morbilidad importante cuando se producen de manera combinada con la esquizofrenia. Los trastornos relacionados con sustancias se asocian a periodos de hospitalización más frecuentes y prolongados y a otros resultados negativos, como las personas sin hogar, la violencia, la encarcelación, el suicidio y la infección por el VIH.

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

Recomendación de grado C.

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

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

cumplimiento del tratamiento, las exacerbaciones sintomáticas frecuentes y los conflictos familiares y económicos.

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

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

El planteamiento terapéutico debe ser integrado y ha de tener en cuenta los déficits cognitivos del paciente y la tolerancia limitada al estrés. El hecho de no haber alcanzado la abstinencia completa no debe ser un motivo

de exclusión de las intervenciones recomendadas para los pacientes con esquizofrenia ni

tampoco de las recomendaciones para pacientes con trastorno por uso de sustancias.

ESQUIZOFRENIA Y SUICIDIO

El suicidio es la causa principal de muerte prematura en los pacientes con esquizofrenia. La incidencia de suicidios completados a lo largo de la vida en pacientes con esquizofrenia es de un 10 a un 13% y se estima en un 18 a 55% el porcentaje de pacientes con esquizofrenia que intentan suicidarse.

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

Otros factores de riesgo específicos son: la juventud, los 6 primeros años siguientes a la hospitalización inicial, tener un CI elevado, un curso crónico y con un deterioro progresivo con exacerbaciones, o una percepción de la pérdida de capacidades funcionales. Otros factores de riesgo adicionales son la presencia de ideas suicidas, las alucinaciones auditivas y el alta reciente del hospital. Se recomienda aumentar la frecuencia de las visitas ambulatorias en caso de alta reciente del hospital, ya

que constituye un período de vulnerabilidad del paciente. **Recomendación de grado C.**

El mayor riesgo de suicidio en la esquizofrenia se produce en la fase de remisión principalmente por desesperanza, empobrecimiento y deterioro cognitivo.

No obstante, es esencial evaluar el riesgo de suicidio inicialmente y de manera regular como parte de la evaluación psiquiátrica del paciente.

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. Debe haber una estrecha vigilancia de los pacientes vulnerables durante los períodos de crisis personal, modificaciones del entorno o periodos de dificultad o depresión durante el curso de la enfermedad. **Recomendación de grado C.**

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

CONDUCTA VIOLENTA

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

La identificación de los factores de riesgo para la violencia y las ideas violentas forma parte de la evaluación psiquiátrica estándar. En una valoración de un paciente que puede ser violento es esencial el empleo de precauciones de seguridad (personal adicional). Si un paciente plantea una amenaza grave para otras personas, el psiquiatra debe utilizar su propio criterio, en consonancia con las exigen-

cias 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 en el 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 la clozapina.

El tratamiento de urgencia de la violencia en la esquizofrenia puede incluir la sedación (con benzodiacepinas como el diazepam a dosis de

10-20 mg intramuscular, o combinada con haloperidol 5 mg intramuscular) y un entorno con restricciones. La utilización de un entorno con restricciones debe ser una medida de urgencia aplicable cuando han fracasado otras menos restrictivas, y el paciente deberá ser visitado con la frecuencia necesaria para mantener la vigilancia adecuada de los cambios del estado físico

o mental. La finalización de las restricciones puede ser gradual a medida que disminuye el riesgo de auto o heteroagresividad.

Según normas éticas, las medidas de restricciones sólo pueden ser aplicadas si derivan de un plan terapéutico y se cumplen unos determinados criterios^d.

SÍNTOMAS DEPRESIVOS

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

La depresión secundaria debe diferenciarse de otros posibles trastornos causales: trastornos médicos generales, trastornos inducidos

por sustancias, efectos secundarios extrapiramidales de los antipsicóticos (acatisia y acinesia), desmoralización por el efecto de la enfermedad y reacciones "situacionales" de crisis personales o modificaciones del entorno.

El tratamiento antidepresivo está indicado cuando los síntomas cumplen criterios sindrómicos establecidos para el trastorno depresivo mayor y causan molestias o interferencias importantes en la función. Se pueden utilizar tanto los antidepresivos tricíclicos como los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina.

PACIENTES SIN HOGAR

La prevalencia de esquizofrenia entre los pacientes sin hogar varía, según los estudios y los contextos, de un 2% a un 43%; en España varía de un 18% a un 26%. Entre los pacientes con esquizofrenia, los factores de riesgo de quedarse sin hogar después del alta hospitalaria son: comorbilidad con trastorno por uso de sustancias, persistencia de síntomas psiquiátricos (BPRS > 40) y función global disminuida (GAS < 43) (**nivel de evidencia científica III**).

Se recomienda seguir a los pacientes después del alta hospitalaria y prestar especial atención

a la comorbilidad por uso de sustancias, a los síntomas psiquiátricos y a la función global para prevenir el riesgo de que se queden sin hogar. **Recomendación de grado B.**

En cuanto a la asistencia clínica de los pacientes sin hogar, aunque no existe suficiente evidencia científica que evalúe la eficacia de las intervenciones y a la espera de que se lleven a cabo los estudios pertinentes, se recoge en esta GPC lo esgrimido anteriormente por otras: se recomiendan medidas forzadas, tratamiento y apoyo en la transición al alojamiento. **Recomendación de grado C.**

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

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

La red sanitaria general ofrece desde su primer escalón con la atención primaria de salud el punto inicial para la detección precoz y la derivación a los servicios especializados, pero también el ámbito idóneo para una continuidad de atención del estado general del paciente y de acompañamiento a las familias.

Por su parte, las redes de salud mental de utilización pública presentan un conjunto de dispositivos para el abordaje de los diferentes momentos y circunstancias por las que atraviesan las personas con trastorno esquizofrénico. Estas redes acostumbran a incluir dispositivos de tratamiento ambulatorio en la forma de centros de salud mental, hospitalización total para pacientes agudos y subagudos, hospitalización en régimen de comunidad terapéutica, hospitalización de media y larga estancia o de rehabilitación hospitalaria, residencias psiquiátricas y pisos asistidos, unidades de hospitalización parcial como hospitales de día, servicios de urgencias y de rehabilita-

ción psicosocial. Estos dispositivos, a su vez, presentan diferencias cuando acogen a poblaciones de edad infantil y juvenil, adulta o geriátrica.

Para formular unas condiciones idóneas para las prestaciones de salud mental se debe tener en cuenta la interrelación entre los diferentes momentos de la evolución o presentación del trastorno, los objetivos terapéuticos de cada fase, los distintos dispositivos existentes y los servicios que éstos deben facilitar (ver Tabla 9).

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

Tabla 9. Prestaciones de salud mental según fase de la enfermedad, objetivos terapéuticos, dispositivos, programas y servicios.

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

NIVELES DE EVIDENCIA CIENTÍFICA (EC)

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

GRADOS DE LAS RECOMENDACIONES

Grados	
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 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

RESUMEN DE RECOMENDACIONES GENERALES PARA LAS INTERVENCIONES PSICOSOCIALES

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

ESQUEMA DE RECOMENDACIONES SOBRE INTERVENCIONES PSICOSOCIALES SEGÚN FASES DE LA ESQUIZOFRENIA

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



Agència d'Avaluació
de Tecnologia i Recerca Mèdiques

www.aatrm.net

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



Con la colaboración de:



Servei Català
de la Salut

