

# Anexos



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

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

**Tabla 1. Niveles de evidencia científica**

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

**Tabla 2. Grados de las recomendaciones**

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

EC: Evidencia científica





**Tabla 3. Antipsicóticos depot\***

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

\*Adaptada de Chinchilla<sup>78</sup> y GPT<sup>73</sup>.

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

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

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

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

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

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

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

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

\*Adaptada de la GPT<sup>73</sup>

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

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

\* IM= Intramuscular

**Tabla 8. Control del paciente en tratamiento con clozapina\***

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

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

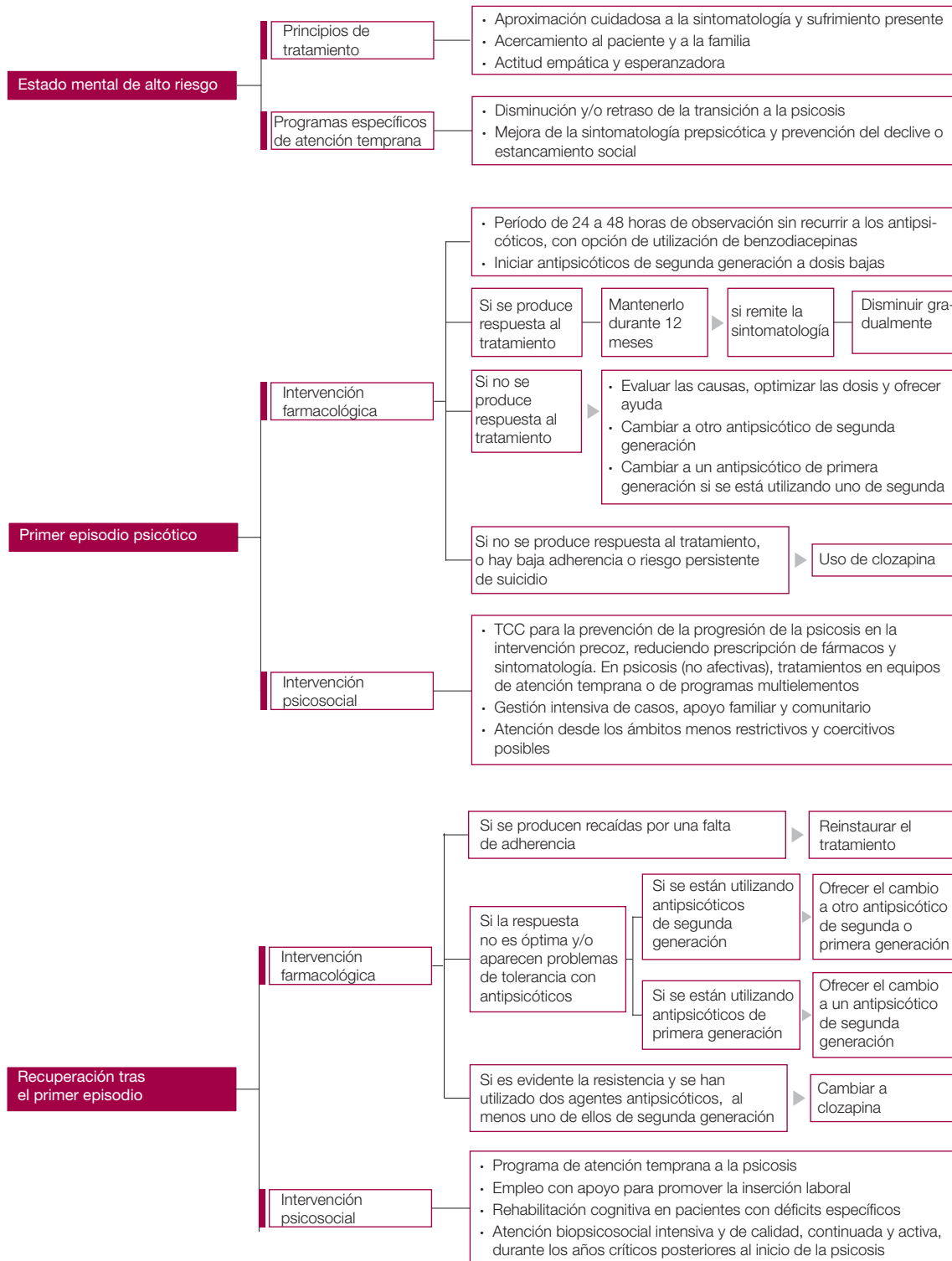
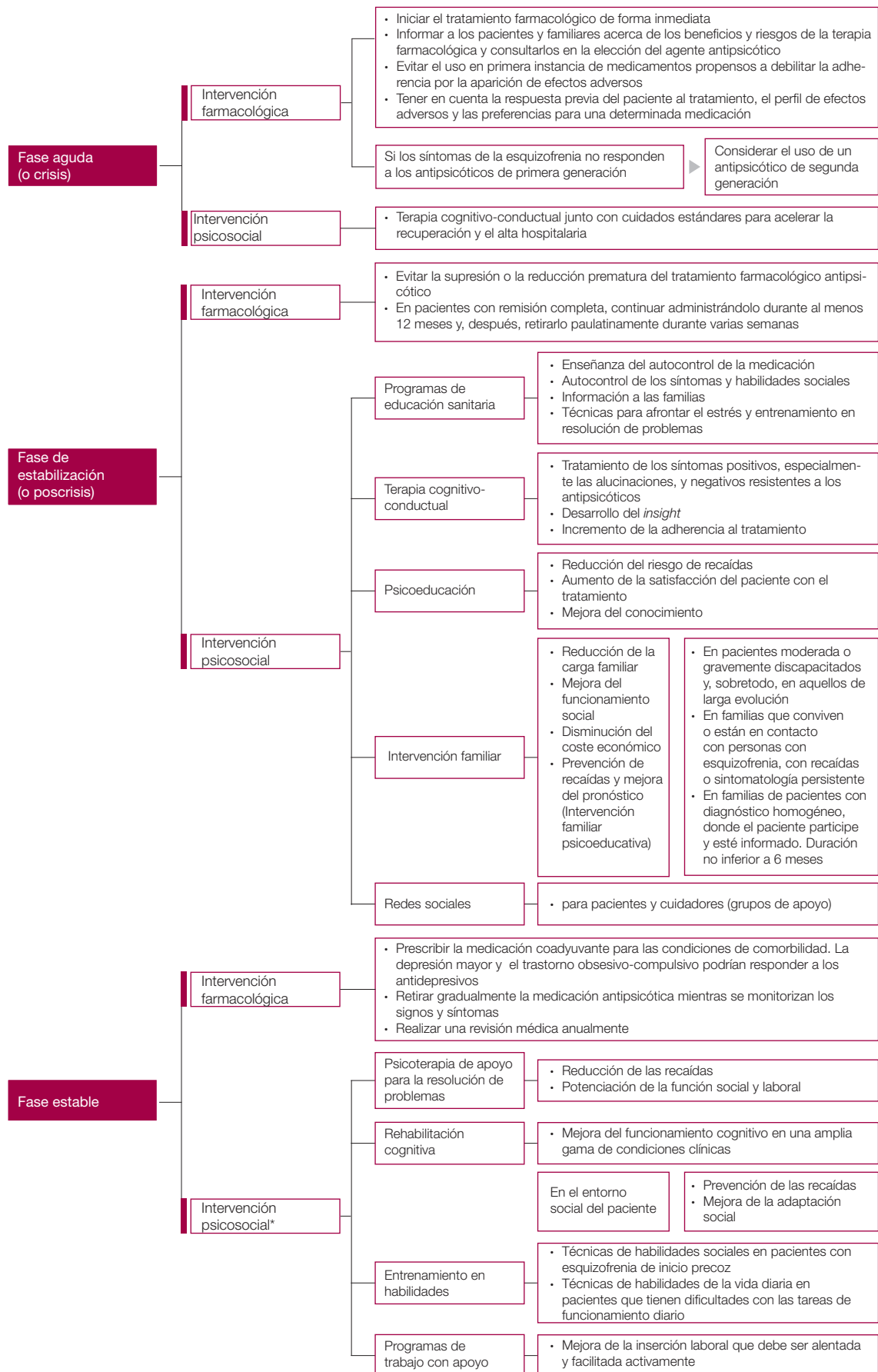


Figura 3. Esquema de intervenciones según las fases de la esquizofrenia



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

# Anexo 3. Información para pacientes



# GUÍA DE ESQUIZOFRENIA

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

## AUTORES

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

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

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fórum de Salut Mental, coordinación: Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Dicho documento se puede consultar en el catálogo de guías en el Sistema Nacional de Salud de GuíaSalud ([www.guiasalud.es](http://www.guiasalud.es)) y en el sitio web de la AATRM ([www.aatrm.net](http://www.aatrm.net)).

## AGRADECIMIENTOS

Los autores quieren agradecer la colaboración como revisores externos de este documento a la Asociación de Usuarios de Salud Mental (ADEMM).



Agència d'Avaluació  
de Tecnologia i Recerca Mèdiques



# ÍNDICE

<b>PRESENTACIÓN</b>	<b>7</b>
<b>LA ESQUIZOFRENIA</b>	<b>11</b>
¿Qué es la esquizofrenia?	11
¿Quién la padece?	12
¿Qué provoca esquizofrenia?	12
¿Se cura?	13
Los primeros síntomas	14
El mundo de la esquizofrenia	14
Evolución del trastorno	15
El diagnóstico	15
¿Se puede hacer prevención?	15
<b>EL TRATAMIENTO</b>	<b>16</b>
Tratamiento médico	17
Tratamiento psicosocial	20
Momentos de dificultad en la vida de las personas afectadas por este trastorno	22
¿Dónde se realiza el tratamiento?	22
¿Dónde se realiza el tratamiento?	23
Afrontar la esquizofrenia	24
¿Y el futuro?	24
<b>TERMINOLOGÍA</b>	<b>25</b>
<b>DÓNDE ENCONTRAR MÁS INFORMACIÓN Y APOYO</b>	<b>26</b>

Esta guía debe citarse de la forma siguiente:  
Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Convivir con la esquizofrenia. Guía dirigida a personas afectadas por la esquizofrenia. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, 2009.

Este documento se puede consultar en el catálogo de guías en el Sistema Nacional de Salud de Guíasalud ([www.guiasalud.es](http://www.guiasalud.es)) y en el sitio web de la AATRM ([www.aatrm.net](http://www.aatrm.net))

Edición: 1ª edición marzo 2009

Edita: Agencia d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya  
C/ Lepant, 81-5º5  
08005 Barcelona  
[www.aatrm.net](http://www.aatrm.net)

Ilustraciones: Aida Font, Orange bcn s.c.p.

Diseño gráfico: Joana López, Cordiente

Depósito Legal: B-19.081-2009

© Ministerio de Sanidad y Consumo  
© Agencia d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques  
© Forum de Salut Mental

## PRESENTACIÓN

Esta guía está dirigida a personas afectadas de esquizofrenia, y a sus familias, amigos o personas con las que se relacionan.

Está basada en las recomendaciones de la *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incoherente*, realizada conjuntamente por el Forum de Salut Mental y la Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques.

El objetivo es informar y ayudar a las personas que padecen este trastorno a fin de conocerlo mejor y ser parte implicada en su tratamiento y proceso de recuperación. El documento explica en qué consiste el trastorno, cuáles son los síntomas que lo definen, cuáles es su evolución, qué tratamientos e intervenciones hay disponibles, y hace recomendaciones basadas en los resultados de la investigación existente.

En los anexos de este documento se pueden encontrar algunas definiciones de los términos médicos utilizados en la guía, y un listado de organismos y direcciones donde poder contactar y conseguir más información sobre la esquizofrenia.



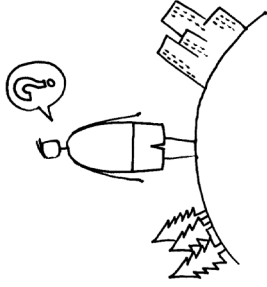
# CONVIVIR CON LA **E**SQUIZOFRENIA

Guía dirigida a personas  
afectadas por la esquizofrenia



ESQUIZOFRENIA

## LA ESQUIZOFRENIA



### ¿Qué es la esquizofrenia?

La esquizofrenia es un trastorno mental que se encuentra dentro del grupo de los llamados trastornos psicóticos. Las personas afectadas de esquizofrenia pueden presentar una grave distorsión en el pensamiento, la percepción y las emociones; manifiestan pérdida de contacto con la realidad y experimentan alucinaciones (fenómeno en el que las personas escuchan y/o sienten cosas que los otros no escuchan ni sienten).

Las personas que padecen esquizofrenia también manifiestan otros síntomas, como los delirios, en que se tienen ideas extrañas que no se ajustan a la realidad o al consenso social. Además, sus emociones se ven afectadas con pérdida de hábitos e interés, aislamiento social, depresión y/o irritabilidad.

No hay ningún síntoma que, por sí mismo, sea característico de este trastorno, ni todas las personas afectadas muestran todos y cada uno de los síntomas descritos.

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

## ¿Quién la padece?

Cualquier persona puede padecer esquizofrenia, y se da de manera similar en hombres y mujeres.

El inicio del trastorno se produce a menudo durante la adolescencia –incluso en la infancia– o al principio de la edad adulta. En los hombres parece que empieza a una edad más precoz.

## ¿Qué provoca esquizofrenia?

No se conoce qué provoca la esquizofrenia, pero las investigaciones indican que tiene que ver con una combinación de factores genéticos y ambientales que crean un estado de vulnerabilidad en la persona y una predisposición a desarrollar el trastorno si se dan circunstancias facilitadoras para ello.

**Una combinación de factores crea predisposición hacia el trastorno**

## ¿Se cura?

Puede tener diversas evoluciones, entre ellas la remisión total. El trastorno también puede progresar a largo plazo con remisiones y exacerbaciones. Sin embargo, mucho se conoce ya sobre las posibilidades de tratamiento para las personas que padecen esquizofrenia a fin de poder mejorar su calidad de vida.

**La esquizofrenia se puede tratar y, así, conseguir una mayor calidad de vida**

La remisión y estabilización del trastorno permite a los pacientes desarrollar una vida autónoma pudiendo asumir responsabilidades familiares y laborales.

Una persona vulnerable al trastorno debe estar alerta a los factores que pueden desencadenar una crisis, a fin de intentar evitarla o de minimizar sus efectos. Es importante que en los momentos de inicio de una crisis pueda movilizar los recursos de ayuda: familia, profesionales, etc.

1.2

Convivir con la esquizofrenia **E** SQUIZOFRENIA

## Los primeros síntomas

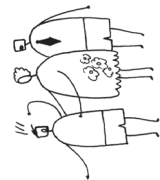
Antes de una crisis, las personas afectadas experimentan habitualmente cambios peculiares en el comportamiento, en la percepción y en el estado de ánimo. La presencia de estos síntomas puede causar cierto desconcierto, sobre todo en la familia.

Los síntomas pueden variar mucho entre personas pero pueden identificarse por ser cambios en el comportamiento habitual hasta aquel momento. Algunos de los síntomas son:

**Si la persona se siente diferente o ve que hay cambios importantes en su comportamiento habitual es importante ir al médico para que pueda hacer un diagnóstico adecuado de lo que le está pasando**

- Cambios en la actividad habitual (trabajo, escuela...), en los hábitos diarios (alteraciones en la alimentación, higiene personal), en el ritmo de sueño y vigilia.
- Aislamiento social, actitudes suspicaces o reticentes.
- Creencias no usuales y/o obsesiones.
- Cambios en la percepción (alucinaciones).

Estos cambios antes de una crisis se llaman prodromos y alertan que alguna cosa no va bien, ayudando a prevenir las crisis, o bien, afrontándolas. Hay que decir que la presencia de prodromos no implica necesariamente que se acabe desarrollando esquizofrenia o que se vaya a tener una recaída.



**Es importante que en los momentos de inicio de una crisis pueda movilizar los recursos de ayuda (familia, amigos, profesionales, etc.)**

1.3

Convivir con la esquizofrenia **E** SQUIZOFRENIA

## El mundo de la esquizofrenia

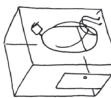
Las personas que padecen un trastorno esquizofrénico presentan diferentes tipos de síntomas, no obstante, ninguno es específico de la esquizofrenia.

Los síntomas característicos de la esquizofrenia se clasifican en tres categorías: positivos, negativos y de desorganización.

- Los síntomas positivos añaden algo a la vida de las personas, como son las alucinaciones y los delirios (añaden alteraciones en las percepciones).
- Los síntomas negativos son aquellos que se producen por defecto, como la pérdida de hábitos e intereses, apatía, tendencia al aislamiento, dificultad de atención.
- Los síntomas de la desorganización son aquellos que afectan al pensamiento, que puede estar alterado (conducta y/o habla desorganizada, falta de atención).



Todos estos síntomas pueden comportar diversos grados de discapacidad, ya que en ocasiones afectan las posibilidades de la persona para llevar una vida autónoma (capacidad de trabajo, relaciones o vínculos emocionales).



## Evolución del trastorno

La aparición de la esquizofrenia puede ser gradual o bien puede presentarse de pronto, súbitamente. Por otro lado, su evolución es variable, suele desarrollarse alternando periodos de crisis (fase aguda) con momentos estables o de remisión total o parcial de los síntomas (fase estable). Entre estos dos estados, puede haber periodos donde se reduzca la intensidad de los síntomas, que pueden durar unos seis meses después de una crisis (fase de estabilización).

**La evolución del trastorno es variable**

1 4

Convivir con la esquizofrenia **E** SQUIZOFRENIA

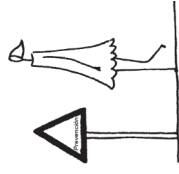
## El diagnóstico

Para diagnosticar la esquizofrenia un especialista en salud mental (psiquiatra o psicólogo) debe realizar un estudio clínico de los síntomas que padece el paciente desde hace algún tiempo, una vez el médico de familia lo haya derivado. Además, se realizarán pruebas de laboratorio y/o complementarias para descartar otras enfermedades o el uso de sustancias tóxicas.

Es importante que la persona afectada explique todos los cambios que está sufriendo, a fin de que el especialista pueda realizar un diagnóstico adecuado.

## ¿Se puede hacer prevención?

Las primeras señales de cambios en el comportamiento habitual pueden alertar de que alguna cosa no va bien y se puede pedir ayuda a los profesionales de la salud. En estos momentos, es importante que se realice un diagnóstico precoz del trastorno.



Potenciar los recursos personales, aumentar la tolerancia al estrés, disminuir los factores de tensión psicosocial, mejorar las habilidades para relacionarse... son, junto con tener un buen vínculo terapéutico que permita implementar el tratamiento oportuno, los principales elementos de prevención de la aparición de una crisis.

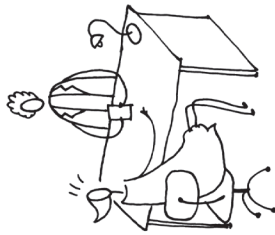
Esta prevención se incrementa si se mantiene un estilo de vida saludable y estable, y se potencian las capacidades personales y el autocuidado. Hay que fomentar este tipo de factores preventivos del trastorno, así como evitar otros que podrían indicar un mayor riesgo de desestabilización (situaciones de estrés, abandono de la medicación, consumo de drogas, etc.).

**Para prevenir las crisis,  
el tratamiento es esencial**

1 5

Convivir con la esquizofrenia **E** SQUIZOFRENIA

## EL TRATAMIENTO



El abordaje terapéutico de la esquizofrenia es integral, es decir, se realiza de manera global, combinando diferentes tipos de tratamientos: el médico y las terapias psicosociales.

Es importante recibir ayuda lo antes posible y que el equipo asistencial realice un plan de tratamiento, donde el individuo afectado, su familia y las personas con las que se relaciona formen parte activa. En el plan de tratamiento, habrá que tener en cuenta el tipo y el lugar donde se realiza, así como las preferencias de la persona que padece el trastorno y su familia.

Para un mayor detalle sobre la medicación y las intervenciones psicosociales utilizadas actualmente puede consultarse la *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*.

**El abordaje terapéutico de la esquizofrenia es integral, combinando diferentes tipos de tratamiento**

16

Convivir con la esquizofrenia **E** SQUIZOFRENIA

## Tratamiento médico

La medicación es una parte muy importante para el tratamiento de las personas que padecen un trastorno esquizofrénico. Se ha demostrado su eficacia para atenuar los síntomas en periodos de crisis (episodios agudos), para la prevención de recaídas o para la mejora de los síntomas entre crisis.

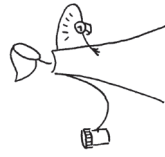
**Se han conseguido grandes mejoras con la medicación antipsicótica**

Los antipsicóticos son la medicación principal, ya que disminuyen los síntomas y previenen recaídas. Asimismo, otras medicaciones son utilizadas tanto para estabilizar el estado de ánimo como para corregir efectos adversos (medicaciones coadyuvantes).

Hay dos grandes grupos de antipsicóticos:

- Los llamados antipsicóticos de primera generación o convencionales (el haloperidol, la clorpromazina, la clotiapina, el sulpiride, etc.).
- Los antipsicóticos de segunda generación o atípicos, más modernos (la clozapina, la olanzapina, la risperidona, el sertindol o la quetiapina, la ziprasidona, el amisulpride y el aripiprazol).

Todos ellos son efectivos en dosis adecuadas para reducir la mayor parte de los síntomas de la esquizofrenia.



### FUNCIONAMIENTO DE LA MEDICACIÓN

El tipo de medicación y la dosis adecuada varían de una persona a otra, en función de sus características; el tipo de síntomas que manifiesta, los efectos adversos que pueda tener la medicación, así como sus preferencias. Para un buen funcionamiento del tratamiento, es importante tomar la medicación tal y como ha sido prescrita, sin abandonarla ni cambiar las dosis.

Es imprescindible mantener una buena comunicación con el médico a fin de informar bien de los síntomas que se padecen, o de las dificultades que puedan observarse. Al mismo tiempo, es necesario que el médico informe sobre los tipos de tratamientos que se pueden realizar y los efectos adversos que éstos pueden producir, incorporando así a la persona afectada a la búsqueda del tratamiento óptimo.

**Es importante no abandonar la medicación ni cambiar las dosis prescritas**

17

Convivir con la esquizofrenia **E** SQUIZOFRENIA

<p>No todo el mundo responde igual a la medicación. Los antipsicóticos se administran con la dosis que se muestra más efectiva para cada persona. Si no hay una buena respuesta, habrá que encontrar la dosis óptima o probar con otros tipos de antipsicóticos y tratamientos que ayuden a reducir los síntomas.</p> <p>La investigación ha demostrado que, cuando las personas afectadas muestran resistencia al tratamiento, ha sido efectivo el uso de un antipsicótico de segunda generación, la clozapina.</p> <p>Para aquellas personas que tienen dificultades en recordar el uso de la medicación diaria, pueden ser útiles las medicaciones llamadas depot. Estas consisten en antipsicóticos inyectables que mantienen su efecto durante un tiempo (dos o tres semanas), en función del tipo de medicación.</p> <p><b>¿QUÉ EFECTOS ADVERSOS PUEDEN PRODUCIRSE?</b></p> <p>La medicación antipsicótica puede producir otros efectos en el organismo de las personas afectadas que son secundarios al beneficio que aportan y que pueden ser tratables.</p> <p>Es importante que las personas afectadas informen al médico de cualquier cambio que pueda producirse en sus síntomas y los efectos adversos que le produzca la medicación, ya que el médico la modificará y/o adecuará la dosis según sus necesidades.</p> <p>Entre los efectos adversos más frecuentes destacan los que afectan al sistema nervioso y muscular (extrapiramidales), que incluyen: alteraciones del control del tono muscular (distoria), imposibilidad de mantenerse quieto o sentido (acatisia), temblores (Parkinson), rigidez y debilidad muscular, etc. Otros efectos adversos musculares son los movimientos incontrolables de la boca y la cara (disquinesia tardía).</p> <p>Otro grupo de efectos son: sedación; aumento de peso; efectos antiadrenérgicos como sequedad de boca, visión borrosa, estreñimiento, taquicardia o retención de orina; efectos anticolinérgicos como deterioro de la memoria y</p>	<p>de la cognición, confusión, delirio, somnolencia y alucinaciones; galactorrea (salida espontánea de leche de los pezones), disfunciones sexuales, trastorno del ciclo menstrual (oligomenorrea), etc.</p> <p>La investigación ha demostrado que todos los antipsicóticos de segunda generación o atípicos causan menos efectos adversos extrapiramidales que los de primera generación o convencionales.</p> <p><b>¿ES NECESARIA OTRA MEDICACIÓN?</b></p> <p>El médico responsable puede considerar conveniente recetar otros medicamentos que ayuden, junto con los antipsicóticos, a reducir los síntomas de la esquizofrenia. Por ejemplo, estabilizadores del estado de ánimo (como el litio), ansiolíticos (como las benzodiazepinas), antidepresivos o medicamentos que reducen los efectos adversos de los antipsicóticos (como la medicación antiparkinsoniana, anticolinérgicos, etc.).</p> <p><b>¿CUÁNTO TIEMPO ES NECESARIO TOMAR LA MEDICACIÓN?</b></p> <p>Para que en una crisis el antipsicótico haga efecto suele ser necesario que transcurran entre dos semanas y dos meses. Después, una vez superada la crisis, se reduce la dosis progresivamente hasta conseguir la dosificación adecuada.</p> <p>Debido al riesgo de recaída rápida después de una crisis, es recomendable no suprimir o reducir prematuramente la medicación. Habrá que acordar con el médico la duración del uso de la medicación que, frente a una primera crisis, normalmente será de uno a dos años. En caso de recaída, se preciarán de dos a cinco años de medicación. Y, aquellos que tienen múltiples episodios, la necesitarán de manera continuada. Sin embargo, el tratamiento y sus dosis deben adaptarse a cada persona.</p>
---	---



## Tratamiento psicosocial



La terapia psicosocial es el otro elemento clave, junto con la medicación, del tratamiento de la esquizofrenia. Con ella se pretende reducir la vulnerabilidad de la persona que padece esquizofrenia ante las situaciones de estrés, reforzando su adaptación y funcionamiento social, y procurando conseguir la mejor calidad de vida posible.

**Para el buen funcionamiento del tratamiento es importante establecer una relación de confianza con el equipo responsable del mismo**

Hay diferentes tipos de terapias y la elección de una u otra dependerá tanto de la persona afectada (según sus características, necesidades y preferencias) como de los recursos existentes en un momento dado.

En todos los tipos de terapias es común y fundamental establecer una relación de confianza con el profesional y el equipo responsable del tratamiento.

En un primer momento de crisis, las intervenciones psicosociales, además de informar sobre el trastorno, el tratamiento y el pronóstico, ayudan a identificar y reducir todo aquello que pueda resultar estresante. En un segundo momento de estabilización del trastorno, se recomiendan intervenciones psicológicas que ayuden a:

- Elaborar el impacto de la crisis.
- Afrontar los efectos en la identidad, autoestima, vida de relación y proyectos de vida.
- Recibir apoyo en la resolución de problemas de la vida cotidiana, a través de un vínculo con el terapeuta que fomente la esperanza, la empatía, el optimismo y la estabilidad en el proceso de cuidados.

20

Convivir con la esquizofrenia **E** SQUIZOFRENIA

Las intervenciones también van dirigidas a la familia o a las personas con vínculos significativos con los afectados de esquizofrenia para ayudarles a entender el trastorno y el efecto que pueda tener en algunas de sus conductas.

Posteriormente, en la fase estable o de mantenimiento, el objetivo es avanzar en la mejora de la calidad de vida de la persona afectada y su familia, promoviendo estrategias de control del trastorno para evitar recaídas, recibiendo el apoyo necesario para afrontar los problemas de la vida cotidiana y fomentando la rehabilitación o rehabilitación de las capacidades para desarrollar con la mayor autonomía posible las actividades formativas o laborales, de relación o de autocuidado.

## EL APOYO A LAS PERSONAS AFECTADAS DE ESQUIZOFRENIA

Las familias o las personas con quien se relacionan los afectados de esquizofrenia son uno de los grandes apoyos para afrontar el trastorno. Es importante la inclusión de estas personas en el tratamiento, ya que pueden ser de gran ayuda para identificar los primeros síntomas en las recaídas, en el acceso y seguimiento del tratamiento o en el apoyo al retorno a las actividades de la vida diaria. Hay que tener en cuenta la opinión de la persona que padece el trastorno sobre cómo se incluye a la familia en el tratamiento.

La intervención familiar, como tratamiento, puede ser de gran ayuda para los familiares o las personas que conviven con los afectados, proporcionando información sobre la esquizofrenia, asesorando sobre los síntomas de ésta, ayudando a disminuir el estrés familiar y mejorando su comunicación. Aportaciones que, sin duda, contribuyen a la recuperación de las personas que padecen de esquizofrenia.



**La inclusión de las familias en el tratamiento puede ser de gran ayuda para la persona que padece esquizofrenia y para su recuperación**

21

Convivir con la esquizofrenia **E** SQUIZOFRENIA

## Momentos de dificultad en la vida de las personas afectadas por este trastorno

En diferentes momentos de la vida pueden aparecer dificultades relacionadas con el hecho de afrontar los efectos del trastorno o de los problemas de la vida: conflicto en las relaciones o aislamiento, dificultades en los estudios o trabajo, etc. que pueden provocar depresión, ansiedad, abuso de tóxicos, ideas de muerte...

Es importante recurrir a los profesionales de referencia para buscar estrategias que ayuden a afrontar y resolver estas dificultades, y evitar las complicaciones derivadas de prolongar situaciones de sufrimiento.

### ¿Dónde se realiza el tratamiento?

Las personas que padecen esquizofrenia han de ser atendidas en el entorno menos restrictivo posible. Hay disponibles diferentes ámbitos (lugares) de tratamiento:

- Tratamiento ambulatorio (centro de salud mental y servicio de rehabilitación).
- Modalidades de atención y seguimiento intensivo en la comunidad.
- Hospitalización parcial (hospital de día).
- Hospitalización total: unidades de agudos y de subagudos.

La elección de un ámbito u otro de tratamiento depende fundamentalmente de la gravedad, persistencia de los síntomas, y de la capacidad de contención y apoyo que puede ofrecer el entorno. Asimismo, es importante tener en consideración la opinión de la persona afectada y su familia en este aspecto.

Siempre que sea posible, las personas afectadas de esquizofrenia tendrían que ser tratadas en la comunidad, reduciendo al máximo las situaciones de estrés. La modalidad más habitual de tratamiento es el tratamiento ambulatorio. Éste se desarrolla fundamentalmente desde el centro de salud mental y desde los



Ambulatorio



Hospital

equipos específicos orientados a la rehabilitación y a la reinserción social (servicios de rehabilitación, servicios de inserción laboral y de apoyo al tiempo libre). En algunos casos, son necesarias intervenciones en el ámbito de la vivienda, sea mediante el apoyo domiciliario o facilitando vivienda alternativa en pisos o residencias. A veces, la hospitalización puede ser necesaria según el tipo de tratamiento que se vaya a hacer, o para ofrecer mayor protección y apoyo a la persona que padece el trastorno.

Las modalidades de atención y seguimiento intensivo en la comunidad van destinadas a aquellas personas con trastornos persistentes y desvinculadas de los servicios asistenciales o con dificultades para recibir una atención continuada. Hay diferentes tipos de intervención como el tratamiento asertivo comunitario (organizado alrededor de un equipo específico) o la gestión de casos (un gestor realiza el seguimiento de la persona afectada y la coordinación de servicios). El objetivo de estas intervenciones es la vinculación a los servicios y al cumplimiento terapéutico para mejorar el nivel funcional y la calidad de vida de las personas que padecen esquizofrenia y sus familias.

## Afrontar la esquizofrenia

Entre las recomendaciones que se han ido recogiendo en esta guía y que pueden ser de utilidad para afrontar la esquizofrenia destacaremos las siguientes:

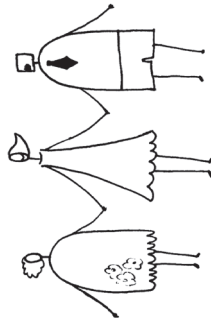
- Estar informado sobre el trastorno y su tratamiento.
- Detectar los primeros síntomas de aviso y dirigirse al profesional de referencia.
- Construir una relación de confianza con el equipo de profesionales implicados en el tratamiento, para que se pueda recibir la ayuda necesaria.
- Participar con el médico en las decisiones para encontrar el tratamiento óptimo para cada caso.
- Mantener el tratamiento médico prescrito y combinar éste con las terapias psicosociales indicadas por el especialista.



- Ajustar las diferentes intervenciones (psicoeducación, terapia cognitiva conductual o grupal, rehabilitación cognitiva, etc.) según la evolución del trastorno y las necesidades individuales.
- Facilitar educación sanitaria para las familias de las personas que padecen esquizofrenia e incluir su colaboración en el tratamiento.
- Mantenerse en buen estado de salud (procurar hacer una dieta equilibrada y ejercicio, descansar, evitar el uso de drogas, etc.) y en un entorno favorable y de apoyo.
- Trabajar en la integración del trastorno como un aspecto más de la identidad de la persona junto con el «ser estudiante de...», «aficionado a...», «hijo de...», «padre de...», «amigo de...», «manitas con...», «torpe en...», «querido por...».

### ¿Y el futuro?

El futuro es esperanzador. Cuanta más información se tenga sobre las causas del trastorno, y a medida que se desarrollen tratamientos más eficaces, mejor atención podrá ofrecerse a las personas que padecen esquizofrenia para que lleven una vida más independiente y de mayor calidad.



24

Convivir con la esquizofrenia **E** SQUIZOFRENIA

## TERMINOLOGÍA

**Alucinación:** Percepción falsa de un objeto o estímulo inexistente que un individuo considera como real. Las más frecuentes en el trastorno esquizofrénico son las auditivas.

**Antipsicóticos:** Grupo de medicamentos utilizados especialmente en el tratamiento de la psicosis y de los estados maníacos. También llamados neurolepticos.

**Cognición:** Conjunto de procesos intelectuales por los cuales un individuo adquiere información sobre el entorno y la elabora por medio de la percepción, el recuerdo, la imaginación, la comprensión, el juicio o el razonamiento. Las personas que tienen un trastorno esquizofrénico pueden presentar deterioro en dicha función.

**Crisis:** Aparición brusca o paulatina de síntomas.

**Delirio:** Creencias falsas que no se ajustan a la realidad o al consenso social y que no se pueden corregir con el razonamiento lógico. Síntoma de la psicosis.

**Pródromo:** Síntoma o señal previo a una crisis, precursor de la enfermedad.

**Psicosis:** Trastorno mental grave que se caracteriza por una alteración de la personalidad y el pensamiento, con pérdida o falta de contacto con la realidad. No es específica de la esquizofrenia.

**Síntoma:** Fenómeno subjetivo anormal, funcional o sensitivo, indicador de la existencia de enfermedad.

**Terapias psicosociales:** Tratamiento de los trastornos mentales mediante métodos psicológicos basados en la relación interpersonal entre el paciente y el profesional de salud mental. Hay diferentes tipos de intervención y pueden realizarse individual o grupalmente.

**Vulnerabilidad:** Predisposición a presentar un trastorno bajo circunstancias adversas para la persona.

25

Convivir con la esquizofrenia **E** SQUIZOFRENIA



## DÓNDE ENCONTRAR MÁS INFORMACIÓN Y APOYO

Para mayor información consultar la Guía de Práctica Clínica en cuyas recomendaciones se basa este documento:

Agencia d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM)  
[www.aatrm.net](http://www.aatrm.net)

GuíaSalud  
[www.guiasalud.es](http://www.guiasalud.es)

### Asociaciones de familiares y enfermos

**Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES)**  
FEAFES es la Confederación Española que agrupa, desde 1983, a las federaciones y asociaciones de personas con enfermedad mental y a sus familiares de todo el territorio nacional, incluyendo en la actualidad más de 180 entidades.  
Tel.: 91 50739248  
[feafes@feafes.com](mailto:feafes@feafes.com)  
[www.feafes.com](http://www.feafes.com)

### Asociación de Usuarios de Salud Mental (ADEMUM)

ADEMUM, Asociación de Salud Mental de Cataluña, es una asociación no lucrativa formada y gestionada por el mismo colectivo de personas afectadas.  
Tel.: 93 217 09 37  
Correo electrónico: [ademum@ademum-usm.org](mailto:ademum@ademum-usm.org)  
[www.ademum-usm.org](http://www.ademum-usm.org)

### Otras webs de interés

Asociación Española de Neuropsiquiatría. Profesionales de la Salud Mental  
[www.aen.es](http://www.aen.es)

Sociedad Española de Psiquiatría  
[www.espiq.org](http://www.espiq.org)

Sociedad Española de Psiquiatría Biológica  
[www.sepb.es](http://www.sepb.es)

Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental  
[www.fepsim.org](http://www.fepsim.org)

Ministerio de Sanidad y Consumo  
[www.msc.es](http://www.msc.es)

World Health Organization (WHO)  
[www.who.int/es](http://www.who.int/es)

World Psychiatric Association  
[www.wpanet.org](http://www.wpanet.org)

MedlinePlus: esquizofrenia  
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/schizophrenia.html>

# Anexo 4. Abreviaturas

<b>APA</b>	American Psychiatric Association
<b>AVD</b>	Actividades de la vida diaria
<b>DSM-IV-TR</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
<b>DUP</b>	Duración de la psicosis no tratada
<b>EAAA</b>	Efectos adversos de los antipsicóticos atípicos
<b>ECA</b>	Ensayo clínico aleatorizado
<b>EE</b>	Emoción expresada
<b>EEP</b>	Efectos adversos extrapiramidales
<b>EMAR</b>	Estado mental de alto riesgo
<b>GAF</b>	Global Assessment of Functioning
<b>GAS</b>	Global Assessment Scale
<b>GC</b>	Gestión de casos
<b>GPC</b>	Guía de Práctica Clínica
<b>GPT</b>	Guía de Prescripción Terapéutica
<b>ICD-10</b>	Classification of Mental and Behavioural Disorders
<b>ISRS</b>	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
<b>IF</b>	Intervención familiar
<b>NICE</b>	National Institute for Clinical Excellence
<b>PORT</b>	The schizophrenia patient outcomes research team
<b>RSEC</b>	Revisión sistemática de la evidencia científica
<b>TAC</b>	Tratamiento asertivo comunitario
<b>TCC</b>	Terapia cognitivo-conductual
<b>TEC</b>	Terapia electroconvulsiva
<b>TPI</b>	Terapia Psicológica Integrada
<b>WFSBP</b>	World Federation of Societies of Biological Psychiatry



# Anexo 5. Declaración de interés

## Conflictos de interés:

Un conflicto de interés se produce en aquellas circunstancias en que el juicio profesional sobre un interés primario, como la seguridad de los pacientes o la validez de la investigación, puede estar influenciado en exceso por otro interés secundario, sea éste un beneficio financiero, de prestigio y promoción personal o profesional.<sup>1</sup>

Los conflictos de interés más fácilmente identificables son los económicos pero pueden existir de otro tipo de circunstancias como relaciones personales, vinculaciones de familiares directos, o implicaciones en proyectos académicos que tienen que ver con la Guía de práctica clínica (GPC) (participación en GPC o consensos que son objeto de adaptación en el proyecto).

En las relaciones de los profesionales con la industria de la salud (farmacéutica, tecnología sanitaria, etc.) se pueden considerar seis tipos de interacciones financieras:<sup>2</sup>

- Apoyo para acudir a reuniones y congresos (inscripciones, becas de viaje, etc.).
- Honorarios como ponente en una reunión organizada por la industria.
- Financiación de programas educativos o actividades de formación.
- Apoyo y financiación de una investigación.
- Empleo como consultante para una compañía farmacéutica.
- Accionista o intereses económicos en una compañía farmacéutica.

A su vez estos potenciales conflictos de interés en la elaboración de las GPC se consideran de dos tipos:

- Intereses personales: implican honorarios o beneficios personales a un miembro del equipo.
- Intereses no personales: implica una financiación que beneficia al departamento o unidad bajo responsabilidad directiva de un miembro del equipo, sin que éste lo reciba personalmente. Pueden considerarse como tales las ayudas económicas para crear una unidad o departamento, apoyo financiero para la contratación de personal en dichas unidades, financiación de la investigación en la unidad.

El potencial conflicto de interés existe con independencia de que el o la profesional considere que dichas relaciones tengan o no influencia sobre su criterio científico.

A continuación se presenta un formulario sobre la declaración de conflictos de interés que ha sido diseñado con el fin de recoger los aspectos señalados anteriormente.

## Bibliografía

- (1) Thompson DF. Understanding financial conflicts of interest. *N Engl J Med* 1993 Aug 19;329(8):573-6.
- (2) Choudhry NK, Stelfox HT, Detsky AS. Relationships between authors of clinical practice guidelines and the pharmaceutical industry. *JAMA* 2002 Feb 6;287(5):612-7.

# Formulario de declaración de conflictos de interés

**Nombre y apellidos:**

---

**Institución en la que trabaja:**

---

**Institución que le vincula a la GPC, Ej.: Sociedad científica, etc.**  
(contestar sólo si es diferente a la anterior):

---

**Teléfono de contacto:**

---

Participación en la Guía como:

1. Grupo elaborador
2. Colaborador/a experto/a
3. Revisor/a externo/a

Tras haber leído la política del Programa de elaboración de GPC basadas en la evidencia, para la ayuda a la toma de decisiones clínicas en el Sistema Nacional de Salud (SNS) sobre declaración de conflictos de interés, formulo la siguiente declaración de conflictos de interés en relación con el tema objeto de la GPC durante los últimos tres años.

A. Intereses personales

NO

SÍ

En caso afirmativo especificar:

	Actividad	Institución	Fecha
Financiación para reuniones y congresos, asistencia a cursos (inscripciones, bolsas de viajes, alojamiento...)			
Honorarios como ponente (conferencias, cursos...)			
Financiación de programas educativos o cursos (contratación de personal, alquiler de instalaciones...)			
Financiación por participar en una investigación			
Consultoría para una compañía farmacéutica/otras tecnologías			
Accionista/intereses comerciales en una compañía (patentes...)			
Intereses económicos en una empresa privada relacionada con la salud (como propietario, empleado, accionista, consulta privada...), que pueden ser significativo en relación con la autoría de la guía			
Conflictos de interés de índole no económico que pueden ser significativos en relación con la autoría en la guía			

B. Intereses no personales

- NO  
 SÍ

	Actividad	Institución	Fecha
Financiación o ayudas económicas para la creación de la unidad o servicio			
Dotación significativa de material a la unidad o servicios			
Contratación o ayudas económicas para contratar personal en la unidad o servicios			
Ayuda económica para la financiación de una investigación			
Financiación de programas educativos o cursos para la unidad			

C. Otros posibles conflictos de interés no señalados en los apartados anteriores (especificar)

**Firma:**

# Anexo 6. Comparación de la calidad metodológica de las GPC y recomendaciones sobre esquizofrenia según el cuestionario AGREE

De la búsqueda bibliográfica se identificaron las 11 GPC y recomendaciones para el manejo de la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente siguientes:

- GPC New Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders, 2004. [New Zealand, 2004]
- Management of persons with psychoses. Department of Defense Federal Government Agency [U.S.], Department of Veterans Affairs - Federal Government Agency [U.S.] Veterans Health Administration - Federal Government Agency [U.S.], 2004. [Federal Government Agency, 2004]
- Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. Second edition. American Psychiatric Association - Medical Specialty Society, 1997 (revised 2004). [APA, revised 2004]
- Schizophrenia. Singapore Ministry of Health - National Government Agency [Non-U.S.], 2003. [Singapore, 2003]
- Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care. National Collaborating Centre for Mental Health - National Government Agency [Non-U.S.], 2002. [NICE, 2002]
- Clinical Practical Guidelines. The Canadian Journal of Psychiatry, 2005. [CPG, 2005]
- Ministerio de Salud. Guía clínica primer episodio esquizofrenia. 1st Ed. Santiago: Minsal, 2005. [Ministerio de Salud Chile, 2005]
- The schizophrenia patient outcomes research team (PORT): Updated treatment recommendations, 2003. [PORT, updated 2003]
- The Texas Medication Algorithm Project Antipsychotic Algorithm for Schizophrenia, 2003. [TMAP, updated 2003]
- Early psychosis. A review of the treatment literature. British Columbia Ministry of Children and Family Development, 2004. [British Columbia, 2004]
- International clinical practice guidelines for early psychosis. British Journal of Psychiatry, 2005. [British Journal, 2005]

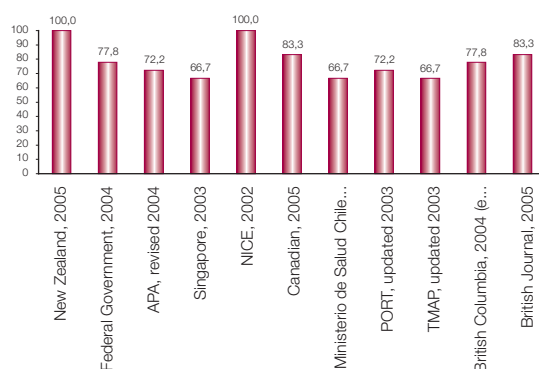
En cada una de ellas se distinguen distintos enfoques en cuanto al tipo de planteamiento, a la población a la cual va dirigida o la metodología de revisión utilizada. En la tabla siguiente se clasifican las GPC identificadas según los distintos enfoques:

Planteamiento integral	NICE, 2002; APA, revised 2004; Singapore, 2003; Federal Government Agency, 2004; CPG, 2005; Ministerio de Salud Chile, 2005
Planteamiento específico	
Sólo tratamiento farmacológico	TMAP, updated 2003; PORT, updated 2003
Sólo Psicosis incipiente	British Columbia, 2004; British Journal, 2005;
Población a la cual se dirige	
Pacientes con psicosis o esquizofrenia	Federal Government Agency, 2004;
Pacientes adultos (≥18 años) con esquizofrenia	NICE, 2002; APA, revised 2004; Singapore, 2003;
Método de revisión	Revisión de la literatura científica en GPC, revisión por consenso

A las 11 GPC se les aplicó, mediante dos revisores independientes, el cuestionario AGREE (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation), de evaluación de GPC, que contiene 23 ítems distribuidos en seis áreas:<sup>k</sup> 1) alcance y objetivos (ítems 1-3), se refiere al propósito general de la guía, a las preguntas clínicas específicas y a la población diana de pacientes; 2) participación de los implicados (ítems 4-7); se refiere al grado en que la guía representa los puntos de vista de los usuarios a quien va dirigida; c) rigor en la elaboración (ítems 8-14), hace referencia al proceso utilizado para sintetizar la evidencia científica, los métodos para formular las recomendaciones y para actualizarlas; d) claridad y presentación (ítems 15-18), se ocupa del lenguaje y del formato de la guía; e) aplicabilidad (ítems 19-21), hace referencia a las posibles implicaciones de la aplicación de la guía en aspectos organizativos, de comportamiento y de costes; f) independencia editorial (ítems 22-23), sobre la independencia de las recomendaciones y el reconocimiento de los posibles conflictos de intereses por parte del grupo de desarrollo de la guía.

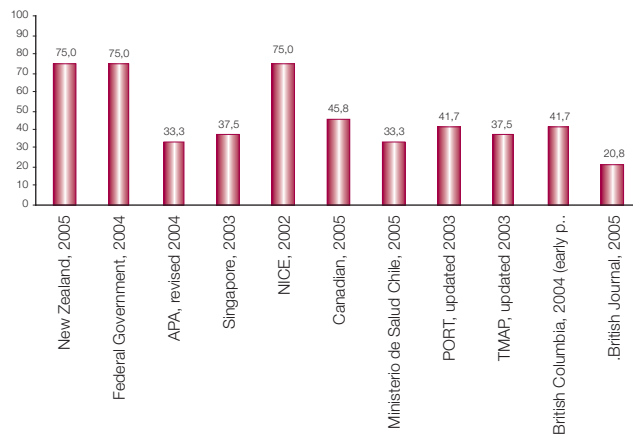
A continuación, se presentan los resultados globales obtenidos por dimensiones en cada una de las GPC (Gráficos 1-6). Las puntuaciones se expresan en base a 100 y están estandarizadas según la puntuación máxima y mínima posible en cada dimensión. Tal y como recomienda el equipo de investigación AGREE, las puntuaciones de las seis dimensiones son necesariamente independientes y no se puede obtener una puntuación global. Es importante tener en cuenta que aunque los resultados de este cuestionario se pueden utilizar para comparar GPC, la recomendación de AGREE es que no se pueden establecer límites que identifiquen una GPC como «buena» o «mala».

#### Dimensión 1: Alcance y objetivos (ítems 1-3)

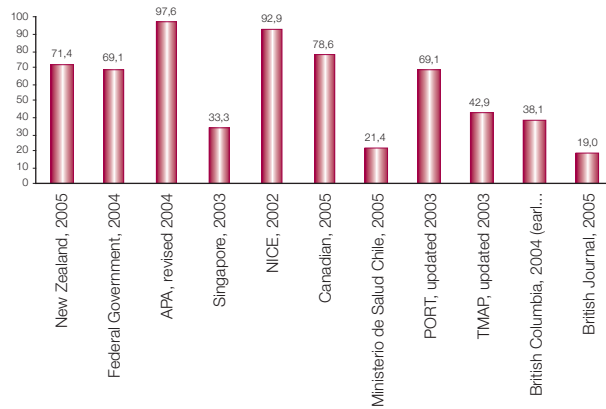


<sup>k</sup> The AGREE Collaboration. AGREE Instrument Spanish version, [www.agreecollaboration.org](http://www.agreecollaboration.org)

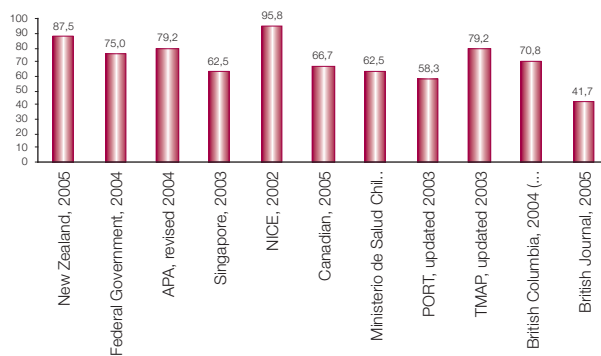
## Dimensión 2: Implicación de personas relacionadas (ítems 4-7)



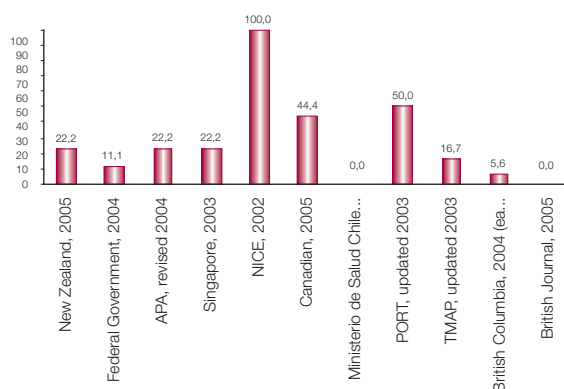
## Dimensión 3: Rigor en la elaboración (ítems 8-14)



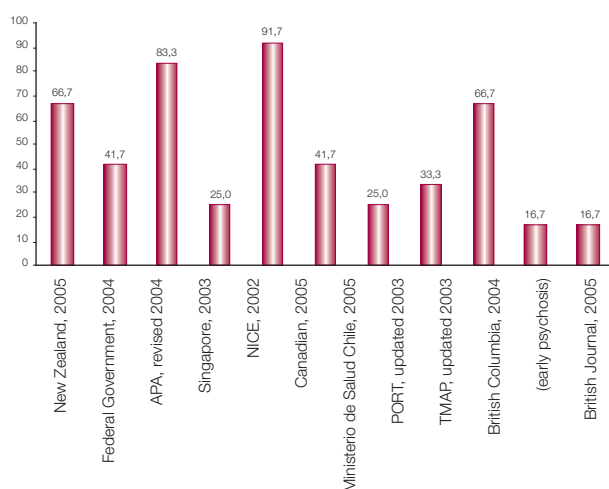
## Dimensión 4: Claridad y presentación (ítems 15-18)



### Dimensión 5: Aplicabilidad (ítems 19-21)



### Dimensión 6: Independencia editorial (ítems 22-23)



Los criterios que se establecieron para seleccionar las mejores GPC después de la administración del cuestionario AGREE fueron las siguientes:

- Seleccionar las GPC mejor valoradas por los dos revisores, es decir, aquellas que fueron valoradas como «Recomendable del todo» por los dos evaluadores.
- Realizar una tercera evaluación en el caso que hubiese una completa discrepancia, es decir, que un evaluador considerase la GPC «Recomendable del todo» y otro «No recomendable»
- De las GPC no seleccionadas, recoger aquellos aspectos de interés para la elaboración de la actualización.

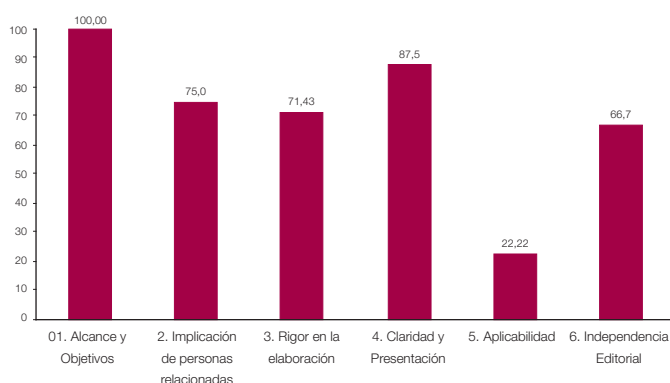
De acuerdo con estos criterios y según la valoración global realizada por los dos evaluadores independientes, las GPC mejor valoradas y seleccionadas fueron: NICE (2002), New Zealand (2004), APA (revisada 2004) y CPG (2005). Por otro lado, del resto de GPC, se consideraron otros aspectos de interés para tener en cuenta para la elaboración de la actualización. Por ejemplo, el contenido farmacológico y los algoritmos de la GPC de Texas (TMAP) o el contenido específico sobre primeros episodios de la GPC British Columbia (2004).

En los gráficos siguientes se presentan las puntuaciones estandarizadas (según la puntuación máxima y mínima posible expresadas en base a 100) obtenidas de las GPC seleccionadas para cada dimensión, y algunos comentarios de interés que los evaluadores realizaron.

#### GPC: New Zealand, 2005

*Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Schizophrenia and Related Disorders. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*

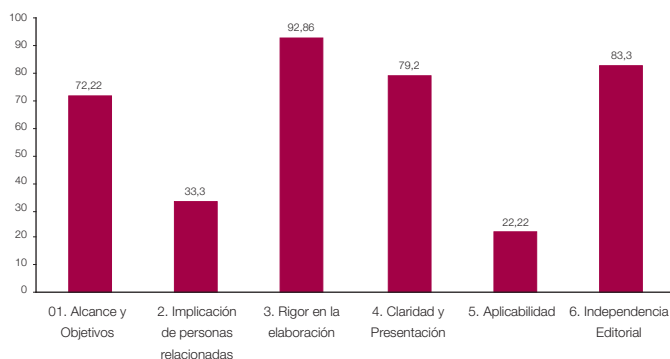
La evaluación de la GPC revisada muestra una alta calidad global, con una puntuación por encima del 60% en la mayoría de los criterios. Las dos dimensiones más bien calificadas fueron la 1 y la 4, alcance y objetivos y claridad y presentación. La peor dimensión, la aplicabilidad. La valoración global realizada por parte de los dos evaluadores ha sido **Recomendable del todo**



#### GPC: APA, revised 2004

*Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. Second edition. American Psychiatric Association - Medical Specialty Society, 1997 (revised 2004).*

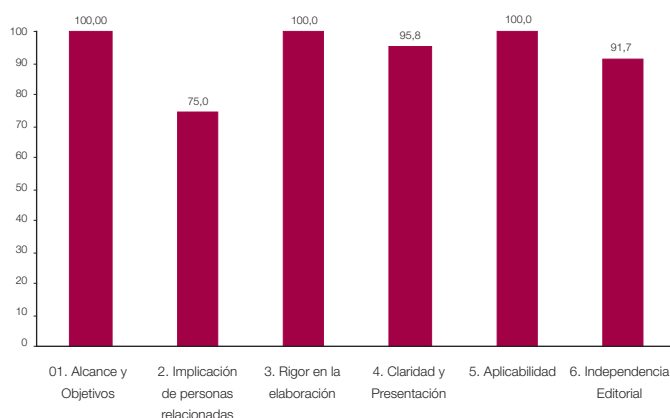
La evaluación de la GPC revisada muestra una alta calidad global, con una puntuación por encima del 60% en la mayoría de los criterios. Las dos dimensiones más bien calificadas fueron la 3 y la 4, rigor en la elaboración y claridad y presentación. Las dimensiones peor valoradas fueron la 2 y 5, implicación de personas relacionadas y aplicabilidad. La valoración global realizada por parte de los dos evaluadores ha sido **Recomendable del todo**.



## GPC: NICE, 2002

*Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care. National Collaborating Centre for Mental Health - National Government Agency*

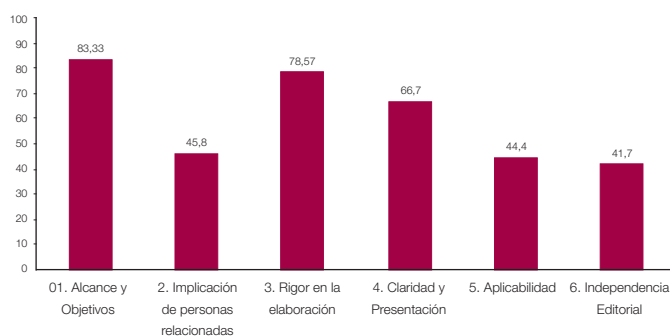
La evaluación de la GPC revisada muestra una alta calidad global con una excelente puntuación en casi todas las dimensiones. Las dos dimensiones más bien calificadas, con una puntuación del 100% en cada una de ellas, fueron la 1 y la 5, alcance y objetivos y aplicabilidad, pero también ha presentado muy buena puntuación en las dimensiones clave a nivel metodológico: rigor en la elaboración y claridad y presentación. La valoración global realizada por parte de los dos evaluadores fue **Recomendable del todo**.



## GPC: CPG, 2005

*Canadian Journal of psychiatry. November, 2005.*

La evaluación de la GPC revisada muestra una calidad global entre alta y moderada. Las dos dimensiones más bien calificadas fueron la 1, la 3 y la 4: alcance y objetivos, rigor metodológico y claridad y presentación. La valoración global realizada por parte de los dos evaluadores fue **Recomendable del todo**. Uno de los evaluadores comenta que «metodológicamente y en cuanto a contenido es una GPC muy recomendable y consistente. El único punto de mejora sería el facilitar su uso con una mayor presentación visual de las recomendaciones».



# Anexo 7. Búsquedas bibliográficas y estrategias utilizadas

Se presentan a continuación las diferentes búsquedas realizadas: a) generales sobre GPC y recomendaciones sobre el manejo de la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente y b) específicas sobre primeros episodios, epidemiología y diferentes ámbitos de intervención. Aunque se detallan aquí las estrategias de búsqueda realizadas en PubMed por ser las más elaboradas, éstas se adaptaron al lenguaje de las otras bases de datos consultadas, según el tipo de búsqueda.

## a) Búsqueda general de GPC y recomendaciones sobre el manejo de la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente

<b>Estrategia</b>	(Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features"[MeSH] OR "Schizotypal Personality Disorder"[MeSH] OR schizophren*) <b>AND (guideline[pt] OR practice guideline[pt] OR consensus development conference[pt] OR consens*[ti] OR guideline*[ti] OR recommendation*[ti])</b>
-------------------	--

## b) Búsquedas específicas:

### Primeros episodios

<b>Estrategia</b>	#5 (#1) OR (#2) AND (randomized controlled trial[Publication Type] OR (randomized[Title/Abstract] AND controlled[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR "clinical trial"[pt] OR trial*[ti] OR efficacy[ti] OR effectiv*[ti] OR versus[ti]) #4 (#1 OR #2) AND (guideline[pt] OR practice guideline[pt] OR consensus development conference[pt] OR consens*[ti] OR guideline*[ti] OR recommendation*[ti] OR algorithm*[ti] OR statement*[ti]) #3 (#1) OR (#2) AND systematic[sb] #2 (psychos*[ti] OR psychot*[ti] OR schiz*[ti]) OR ("Psychotic Disorders"[MeSH] OR "Schizophrenia"[MeSH]) OR ("Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features"[MeSH] OR "Schizotypal Personality Disorder"[MeSH] OR schizophren*) AND ("first episode*[ti] OR "first episode*" OR "first-episode*") #1 (earl*[ti] AND (psychos*[ti] OR psychot*[ti] OR schizophren*[ti] OR schiz*))
-------------------	--

## Epidemiología

<b>Estrategia</b>	<p>#5 #1 OR #4</p> <p>#4 #2 AND #3</p> <p>#3 epidemiol*[ti] OR prevalence[ti] OR incidence[ti] OR mortality[ti]</p> <p>#2 Schizophrenia[MAJR] OR schizophren*[ti] OR schiz*[ti]</p> <p>#1 (“Schizophrenia/epidemiology”[MAJR] OR “Schizophrenia/mortality”[MAJR])</p>
-------------------	---

## Intervención farmacológica

<b>Estrategia sobre sustancias</b>	<p>#6 #1 AND (#2 OR #3 OR #4 OR #5)</p> <p>#5 Antipsychotic* OR haloperidol OR trifluoperazine OR perfenazine OR thioridazine OR zuclopenthixol OR pimozide OR clothiapine OR sulpiride OR chlorpromazine OR levomepromazine OR clozapine OR risperidone OR olanzapine OR sertindole OR quetiapine OR ziprasidone OR amisulpride OR aripiprazole OR “Risperidone consta” Field: Substance Name</p> <p>#4 Antipsychotic* OR haloperidol OR trifluoperazine OR perfenazine OR thioridazine OR zuclopenthixol OR pimozide OR clothiapine OR sulpiride OR chlorpromazine OR levomepromazine OR clozapine OR risperidone OR olanzapine OR sertindole OR quetiapine OR ziprasidone OR amisulpride OR aripiprazole OR “Risperidone consta” Field: MeSH Terms</p> <p>#3 Antipsychotic* OR haloperidol OR trifluoperazine OR perfenazine OR thioridazine OR zuclopenthixol OR pimozide OR clothiapine OR sulpiride OR chlorpromazine OR levomepromazine OR clozapine OR risperidone OR olanzapine OR sertindole OR quetiapine OR ziprasidone OR amisulpride OR aripiprazole OR “Risperidone consta” Field: Title</p> <p>#2 (“Antipsychotic Agents”[Mesh] OR “Antipsychotic Agents “[Pharmacological Action])</p> <p>#1 “Schizophrenia”[MeSH] OR “Schizophrenic Language”[MeSH] OR “Schizophrenic Psychology”[MeSH] OR “Schizotypal Personality Disorder”[MeSH] OR “Schizophrenia, Disorganized”[MeSH] OR “Schizophrenia, Paranoid”[MeSH] OR “Schizophrenia, Childhood”[MeSH] OR “Schizophrenia, Catatonic”[MeSH] OR “Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features”[MeSH] OR schizophren* OR schiz*[ti])</p>
------------------------------------	---

<p><b>Estrategias sobre síndrome metabólico y síndrome cardiovascular asociados a esquizofrenia</b></p>	<p>#5 #1 AND #4  #4 #2 OR #3  #3 (“Metabolic Diseases”[Mesh])OR metabolic[ti] OR “metabolic syndrome”  #2 (“Cardiovascular Diseases”[Mesh]) OR “cardiovascular syndrome”  #1 (“Schizophrenia”[MeSH] OR “Schizophrenic Language”[MeSH] OR “Schizophrenic Psychology”[MeSH] OR “Schizotypal Personality Disorder”[MeSH] OR “Schizophrenia, Disorganized”[MeSH] OR “Schizophrenia, Paranoid”[MeSH] OR “Schizophrenia, Childhood”[MeSH] OR “Schizophrenia, Catatonic”[MeSH] OR “Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features”[MeSH] OR schizophren* OR schiz*[ti])</p>
<p><b>Estrategias sobre terapia electroconvulsiva y efectos adversos</b></p>	<p>#4 #1 AND #2 AND #3 AND systematic[sb]  #3 adverse effects[sh]  #2 (“Electroconvulsive Therapy”[Mesh]) OR electroshock[ti] OR electroconvulsive[ti] OR ECT[ti]  #1 “Schizophrenia”[MeSH] OR “Schizophrenic Language”[MeSH] OR “Schizophrenic Psychology”[MeSH] OR “Schizotypal Personality Disorder”[MeSH] OR “Schizophrenia, Disorganized”[MeSH] OR “Schizophrenia, Paranoid”[MeSH] OR “Schizophrenia, Childhood”[MeSH] OR “Schizophrenia, Catatonic”[MeSH] OR “Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features”[MeSH] OR schizophren* OR schiz*[ti])</p>

## Intervención psicosocial

<p><b>Estrategia sobre psicoterapias</b></p>	<p>(“Schizophrenia”[MeSH] OR “Schizophrenic Language”[MeSH] OR “Schizophrenic Psychology”[MeSH] OR “Schizotypal Personality Disorder”[MeSH] OR “Schizophrenia, Disorganized”[MeSH] OR “Schizophrenia, Paranoid”[MeSH] OR “Schizophrenia, Childhood”[MeSH] OR “Schizophrenia, Catatonic”[MeSH] OR “Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features”[MeSH] OR schizophren* OR schiz*[ti]) OR (earl*[ti] OR “first break”[ti] OR “recent onset”[ti] OR “recent-onset”[ti] OR “new onset”[ti] OR “first episode”[ti] OR “first episodes”[ti]) AND (psychos*[ti] OR psychot*[ti] OR schiz*[ti] OR bipolar[ti] OR “psychotic disorders”[MESH] OR schizophrenia[MESH])) AND ((<b>psychotherap*[ti] OR ((behavior[ti] OR cognitive[ti] OR psychoanal*[ti]) AND (treat*[ti] OR therap*[ti] OR intervention*[ti])) OR (dynamic*[ti] AND (psycho*[ti] OR intervention*[ti])) OR psychodynamic* OR “insight oriented”) OR (“Psychotherapy”[Mesh:NoExp] OR “Behavior Therapy”[Mesh] OR “cognitive therapy”[mesh] OR “crisis intervention”[mesh] OR “psychoanalytic therapy”[mesh] OR “psychotherapeutic processes”[mesh] OR “transference (psychology)”[mesh] OR “psychotherapy, brief”[mesh] OR “psychotherapy, rational-emotive”[mesh] OR “psychotherapy, group”[mesh])</b>)</p>
<p><b>Estrategia sobre recaídas, recurrencias y programas</b></p>	<p>(“Schizophrenia”[MeSH] OR “Schizophrenic Language”[MeSH] OR “Schizophrenic Psychology”[MeSH] OR “Schizotypal Personality Disorder”[MeSH] OR “Schizophrenia, Disorganized”[MeSH] OR “Schizophrenia, Paranoid”[MeSH] OR “Schizophrenia, Childhood”[MeSH] OR “Schizophrenia, Catatonic”[MeSH] OR “Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features”[MeSH] OR schizophren* OR schiz*[ti]) OR (earl*[ti] OR “first break”[ti] OR “recent onset”[ti] OR “recent-onset”[ti] OR “new onset”[ti] OR “first episode”[ti] OR “first episodes”[ti]) AND (psychos*[ti] OR psychot*[ti] OR schiz*[ti] OR bipolar[ti] OR “psychotic disorders”[MESH] OR schizophrenia[MESH])) AND (<b>relaps* OR recurren* OR recurrence[MESH] AND program*</b>)</p>

<p><b>Estrategia sobre compliance/adherencia</b></p>	<p>(“Schizophrenia”[MeSH] OR “Schizophrenic Language”[MeSH] OR “Schizophrenic Psychology”[MeSH] OR “Schizotypal Personality Disorder”[MeSH] OR “Schizophrenia, Disorganized”[MeSH] OR “Schizophrenia, Paranoid”[MeSH] OR “Schizophrenia, Childhood”[MeSH] OR “Schizophrenia, Catatonic”[MeSH] OR “Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features”[MeSH] OR schizophren* OR schiz*[ti]) OR (earl*[ti] OR “first break”[ti] OR “recent onset”[ti] OR “recent-onset”[ti] OR “new onset”[ti] OR “first episode”[ti] OR “first episodes”[ti]) AND (psychos*[ti] OR psychot*[ti] OR schiz*[ti] OR bipolar[ti] OR “psychotic disorders”[MESH] OR schizophrenia[MESH])) <b>AND “Patient Compliance”[Mesh] OR compliance OR adherence</b></p>
<p><b>Estrategia sobre counselling</b></p>	<p>(“Schizophrenia”[MeSH] OR “Schizophrenic Language”[MeSH] OR “Schizophrenic Psychology”[MeSH] OR “Schizotypal Personality Disorder”[MeSH] OR “Schizophrenia, Disorganized”[MeSH] OR “Schizophrenia, Paranoid”[MeSH] OR “Schizophrenia, Childhood”[MeSH] OR “Schizophrenia, Catatonic”[MeSH] OR “Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features”[MeSH] OR schizophren* OR schiz*[ti]) OR (earl*[ti] OR “first break”[ti] OR “recent onset”[ti] OR “recent-onset”[ti] OR “new onset”[ti] OR “first episode”[ti] OR “first episodes”[ti]) AND (psychos*[ti] OR psychot*[ti] OR schiz*[ti] OR bipolar[ti] OR “psychotic disorders”[MESH] OR schizophrenia[MESH])) <b>AND (counseling[MESH] OR counsel*)</b></p>
<p><b>Estrategia sobre psicoterapia de apoyo, terapia con modalidades combinadas, terapia multimodal</b></p>	<p>(“Schizophrenia”[MeSH] OR “Schizophrenic Language”[MeSH] OR “Schizophrenic Psychology”[MeSH] OR “Schizotypal Personality Disorder”[MeSH] OR “Schizophrenia, Disorganized”[MeSH] OR “Schizophrenia, Paranoid”[MeSH] OR “Schizophrenia, Childhood”[MeSH] OR “Schizophrenia, Catatonic”[MeSH] OR “Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features”[MeSH] OR schizophren* OR schiz*[ti]) OR (earl*[ti] OR “first break”[ti] OR “recent onset”[ti] OR “recent-onset”[ti] OR “new onset”[ti] OR “first episode”[ti] OR “first episodes”[ti]) AND (psychos*[ti] OR psychot*[ti] OR schiz*[ti] OR bipolar[ti] OR “psychotic disorders”[MESH] OR schizophrenia[MESH])) <b>AND (supportive psychotherapy” OR “combined modality therapy” OR multimodal)</b></p>

<p><b>Estrategia sobre terapia familiar</b></p>	<p>(“Schizophrenia”[MeSH] OR “Schizophrenic Language”[MeSH] OR “Schizophrenic Psychology”[MeSH] OR “Schizotypal Personality Disorder”[MeSH] OR “Schizophrenia, Disorganized”[MeSH] OR “Schizophrenia, Paranoid”[MeSH] OR “Schizophrenia, Childhood”[MeSH] OR “Schizophrenia, Catatonic”[MeSH] OR “Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features”[MeSH] OR schizophren* OR schiz*[ti] OR (earl*[ti] OR “first break”[ti] OR “recent onset”[ti] OR “recent-onset”[ti] OR “new onset”[ti] OR “first episode”[ti] OR “first episodes”[ti]) AND (psychos*[ti] OR psychot*[ti] OR schiz*[ti] OR bipolar[ti] OR “psychotic disorders”[MESH] OR schizophrenia[MESH])) AND (<b>Caregivers[MESH] OR caregiver*[ti] OR “family burden”[ti/ab] OR famil*[ti] OR Family Therapy[MESH] OR “family therapy”[ti/ab] OR “family intervention”*[ti/ab]</b>)</p>
<p><b>Estrategia sobre psicoeducación</b></p>	<p>(“Schizophrenia”[MeSH] OR “Schizophrenic Language”[MeSH] OR “Schizophrenic Psychology”[MeSH] OR “Schizotypal Personality Disorder”[MeSH] OR “Schizophrenia, Disorganized”[MeSH] OR “Schizophrenia, Paranoid”[MeSH] OR “Schizophrenia, Childhood”[MeSH] OR “Schizophrenia, Catatonic”[MeSH] OR “Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features”[MeSH] OR schizophren* OR schiz*[ti] OR (earl*[ti] OR “first break”[ti] OR “recent onset”[ti] OR “recent-onset”[ti] OR “new onset”[ti] OR “first episode”[ti] OR “first episodes”[ti]) AND (psychos*[ti] OR psychot*[ti] OR schiz*[ti] OR bipolar[ti] OR “psychotic disorders”[MESH] OR schizophrenia[MESH])) AND (<b>psychoeducation*[ti/ab] OR “psycho education” OR (education*[ti/ab] OR instruction*[ti] OR education[sh] OR education[mh])</b>)</p>
<p><b>Estrategia sobre intervención interpersonal</b></p>	<p>(“Schizophrenia”[MeSH] OR “Schizophrenic Language”[MeSH] OR “Schizophrenic Psychology”[MeSH] OR “Schizotypal Personality Disorder”[MeSH] OR “Schizophrenia, Disorganized”[MeSH] OR “Schizophrenia, Paranoid”[MeSH] OR “Schizophrenia, Childhood”[MeSH] OR “Schizophrenia, Catatonic”[MeSH] OR “Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features”[MeSH] OR schizophren* OR schiz*[ti] OR (earl*[ti] OR “first break”[ti] OR “recent onset”[ti] OR “recent-onset”[ti] OR “new onset”[ti] OR “first episode”[ti] OR “first episodes”[ti]) AND (psychos*[ti] OR psychot*[ti] OR schiz*[ti] OR bipolar[ti] OR “psychotic disorders”[MESH] OR schizophrenia[MESH])) AND (<b>Interpersonal Relations”[MESH] OR “interpersonal therap” OR “interpersonal treatment” OR “interpersonal intervention” OR interperson*[ti]</b>)</p>

<b>Estrategia sobre servicios en la comunidad</b>	(“Schizophrenia”[MeSH] OR “Schizophrenic Language”[MeSH] OR “Schizophrenic Psychology”[MeSH] OR “Schizotypal Personality Disorder”[MeSH] OR “Schizophrenia, Disorganized”[MeSH] OR “Schizophrenia, Paranoid”[MeSH] OR “Schizophrenia, Childhood”[MeSH] OR “Schizophrenia, Catatonic”[MeSH] OR “Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features”[MeSH] OR schizophren* OR schiz*[ti]) OR (earl*[ti] OR “first break”[ti] OR “recent onset”[ti] OR “recent-onset”[ti] OR “new onset”[ti] OR “first episode”[ti] OR “first episodes”[ti]) AND (psychos*[ti] OR psychot*[ti] OR schiz*[ti] OR bipolar[ti] OR “psychotic disorders”[MESH] OR schizophrenia[MESH])) AND (“Community Mental Health Services”[Mesh] OR “community mental health centers”[MESH] OR communit*[ti] OR “community mental health services”)
---	--

### Rehabilitación psicosocial

<b>Estrategia sobre esquizofrenia y rehabilitación</b>	(“Schizophrenia”[MeSH] OR “Schizophrenic Language”[MeSH] OR “Schizophrenic Psychology”[MeSH] OR “Schizotypal Personality Disorder”[MeSH] OR “Schizophrenia, Disorganized”[MeSH] OR “Schizophrenia, Paranoid”[MeSH] OR “Schizophrenia, Childhood”[MeSH] OR “Schizophrenia, Catatonic”[MeSH] OR “Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features”[MeSH] OR schizophren* OR schiz*[ti]) AND rehabilitation[sh]
<b>Estrategia sobre terapia artística</b>	(“Schizophrenia”[MeSH] OR “Schizophrenic Language”[MeSH] OR “Schizophrenic Psychology”[MeSH] OR “Schizotypal Personality Disorder”[MeSH] OR “Schizophrenia, Disorganized”[MeSH] OR “Schizophrenia, Paranoid”[MeSH] OR “Schizophrenia, Childhood”[MeSH] OR “Schizophrenia, Catatonic”[MeSH] OR “Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features”[MeSH] OR schizophren* OR schiz*[ti]) AND (“Sensory Art Therapies”[MESH] OR “Acoustic Stimulation”[ti] OR Aromatherapy[ti] OR “Art Therapy”[ti] OR “Color Therapy”[ti] OR “Dance Therapy”[ti] OR “Music Therapy”[ti] OR “Play Therapy”[ti] OR Psychodrama[ti] OR “Role Playing”[ti])

<p><b>Estrategia sobre resolución de problemas, tratamiento cognitivo</b></p>	<p>(“Schizophrenia”[MeSH] OR “Schizophrenic Language”[MeSH] OR “Schizophrenic Psychology”[MeSH] OR “Schizotypal Personality Disorder”[MeSH] OR “Schizophrenia, Disorganized”[MeSH] OR “Schizophrenia, Paranoid”[MeSH] OR “Schizophrenia, Childhood”[MeSH] OR “Schizophrenia, Catatonic”[MeSH] OR “Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features”[MeSH] OR schizophren* OR schiz*[ti]) AND “Cognition Disorders/ rehabilitation”[MESH] OR “cognitive remediation”[ti/ab] OR Neuropsychological Tests[MESH] OR Problem Solving[Mesh] OR “cognitive training”[ti/ab]</p>
<p><b>Estrategia sobre actividades de la vida diaria</b></p>	<p>(“Schizophrenia”[MeSH] OR “Schizophrenic Language”[MeSH] OR “Schizophrenic Psychology”[MeSH] OR “Schizotypal Personality Disorder”[MeSH] OR “Schizophrenia, Disorganized”[MeSH] OR “Schizophrenia, Paranoid”[MeSH] OR “Schizophrenia, Childhood”[MeSH] OR “Schizophrenia, Catatonic”[MeSH] OR “Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features”[MeSH] OR schizophren* OR schiz*[ti]) AND Activities of Daily Living[MESH] OR (activi*[ti] AND daily[ti] AND (living[ti] OR life[ti]))</p>
<p><b>Estrategia sobre empleo vocacional</b></p>	<p>(“Schizophrenia”[MeSH] OR “Schizophrenic Language”[MeSH] OR “Schizophrenic Psychology”[MeSH] OR “Schizotypal Personality Disorder”[MeSH] OR “Schizophrenia, Disorganized”[MeSH] OR “Schizophrenia, Paranoid”[MeSH] OR “Schizophrenia, Childhood”[MeSH] OR “Schizophrenia, Catatonic”[MeSH] OR “Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features”[MeSH] OR schizophren* OR schiz*[ti]) AND (employ*[ti] OR “Rehabilitation, Vocational”[mesh] OR “Employment, Supported”* OR “occupational Therapy”[MESH] OR Social Adjustment[mesh] OR “supported employment”[ti/ab] OR “vocational rehabilitation”[ti/ab] OR “occupational therapy”[ti/ab] OR “prevocational training”[ti/ab] OR “vocational training”[ti/ab] OR (vocation*[ti] AND train*[ti]) OR (prevocation*[ti] AND train*[ti]) OR “Job Club” OR (shelter*[ti] AND (workshop* OR work* OR job OR employ*)))</p>

<p><b>Estrategia sobre grupos de iguales/ apoyo social/ recuperación/ hobby</b></p>	<p>(“Schizophrenia”[MeSH] OR “Schizophrenic Language”[MeSH] OR “Schizophrenic Psychology”[MeSH] OR “Schizotypal Personality Disorder”[MeSH] OR “Schizophrenia, Disorganized”[MeSH] OR “Schizophrenia, Paranoid”[MeSH] OR “Schizophrenia, Childhood”[MeSH] OR “Schizophrenia, Catatonic”[MeSH] OR “Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features”[MeSH] OR schizophren* OR schiz*[ti]) AND (“Peer Group”[MESH] OR “social support”[MESH] OR (peer[ti] AND group*[ti]) OR (“Self-Help Groups”[Mesh:NoExp]) OR “social support”[ti/ab] OR “psychosocial support system”[ti/ab] OR “psychosocial support systems”[ti/ab] OR “social network”[ti/ab] OR “social networks”[ti/ab] OR “self help groups” OR “self help group” OR “therapeutic social club” OR “therapeutic social clubs” OR Stereotyping[MESH] OR stigma*[ti] OR stereotyp*[ti] OR “Leisure Activities”[MESH] OR Holiday*[ti] OR Recreation[ti] OR Camping[ti] OR Dancing[ti] OR Gardening[ti] OR Hobbies[ti] OR hobby[ti] OR sport*[ti] OR relaxation[ti] OR recovery[ti/ab])</p>
<p><b>Estrategia sobre rehabilitación y alteraciones cognitivas</b></p>	<p>(“Cognition Disorders/rehabilitation”[Majr]) AND systematic[sb]</p>
<p><b>Estrategia sobre vivienda</b></p>	<p>((“Schizophrenia”[MeSH] OR “Schizophrenic Language”[MeSH] OR “Schizophrenic Psychology”[MeSH] OR “Schizotypal Personality Disorder”[MeSH] OR “Schizophrenia, Disorganized”[MeSH] OR “Schizophrenia, Paranoid”[MeSH] OR “Schizophrenia, Childhood”[MeSH] OR “Schizophrenia, Catatonic”[MeSH] OR “Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features”[MeSH] OR schizophren* OR schiz*[ti])) AND ((“Residential Facilities”[Mesh:NoExp]) OR “Assisted Living Facilities”[Mesh] OR “Group Homes”[MESH] OR “Halfway Houses”[MESH] OR residen*[ti] OR housing[ti] OR facilit*[ti] OR (home*[ti] NOT nursing[ti]))</p>
<p><b>Estrategia sobre adquisición de habilidades/ apoyo social</b></p>	<p>((“Schizophrenia”[MeSH] OR “Schizophrenic Language”[MeSH] OR “Schizophrenic Psychology”[MeSH] OR “Schizotypal Personality Disorder”[MeSH] OR “Schizophrenia, Disorganized”[MeSH] OR “Schizophrenia, Paranoid”[MeSH] OR “Schizophrenia, Childhood”[MeSH] OR “Schizophrenia, Catatonic”[MeSH] OR “Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features”[MeSH] OR schizophren* OR schiz*[ti])) AND ((skill*[ti] AND train*[ti]) OR (social[ti] AND skill*[ti]) OR “training skills”[ti/ab] OR socialization[MESH] OR “social support”[Mesh] OR “social functioning”[ti/ab] OR (social[ti] AND function*[ti]))</p>

## Modalidades de atención a la comunidad

<b>Estrategia</b>	(systematic[sb] OR randomized controlled trial[pt] OR controlled clinical trial[pt] OR clinical trial[pt] OR random*[ti] OR placebo*[ti] OR blind*[ti] OR OR trial*[ti] OR outcome*[ti]) AND ((assertive*[ti] OR <b>“case management”[ti]</b> OR <b>community[ti]</b> OR <b>“care programme approach”[ti]</b> OR ( <b>“Community Mental Health Services”[Mesh]</b> ) OR ( <b>“Assertiveness”[Mesh]</b> ) OR ( <b>“Case Management”[Mesh]</b> )) AND (“Schizophrenia”[MeSH] OR “Schizophrenic Language”[MeSH] OR “Schizophrenic Psychology”[MeSH] OR “Schizotypal Personality Disorder”[MeSH] OR “Schizophrenia, Disorganized”[MeSH] OR “Schizophrenia, Paranoid”[MeSH] OR “Schizophrenia, Childhood”[MeSH] OR “Schizophrenia, Catatonic”[MeSH] OR “Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features”[MeSH] OR schizophren* OR schiz*[ti])
-------------------	--

# Anexo 8. Cuestionario de revisión de la GPC y resumen de las revisiones externas efectuadas

## Cuestionario de revisión de la GPC

**Título de la guía de práctica clínica**

**Revisor**

Revisión externa (ponga una **X** en la respuesta elegida):

1. ¿Los objetivos globales de la guía están descritos específicamente?  
Totalmente  Bastante  Poco  Nada
2. ¿Está descrita de forma clara la definición del problema de salud?  
Totalmente  Bastante  Poco  Nada
3. ¿Están descritos de forma clara los criterios de diagnóstico?  
Totalmente  Bastante  Poco  Nada
4. ¿Las recomendaciones son específicas y sin ambigüedades?  
Totalmente  Bastante  Poco  Nada
5. ¿Hay una conexión explícita entre las principales recomendaciones y el grado de evidencia científica que las apoya?  
Totalmente  Bastante  Poco  Nada
6. Por favor, evalúe (1-10) la aplicabilidad de esta guía de práctica clínica en la realidad asistencial

### Comentarios adicionales

*Por favor, haga los comentarios específicos, observaciones y sugerencias que crea oportunos que puedan mejorar esta guía de práctica clínica. Si no está de acuerdo con alguna de las recomendaciones, por favor, aporte los estudios que podrían modificarla con sus correspondientes referencias bibliográficas.*

## Resumen de las revisiones efectuadas

	Mediana	Valoración cualitativa (rango)
1. Objetivos globales	4	Totalmente (Bastante-Totalmente)
2. Definición problema salud	4	Totalmente (Poco-Totalmente)
3. Criterios diagnósticos	4	Totalmente (Bastante-Totalmente)
4. Recomendaciones específicas	3,5	Totalmente (Poco-Totalmente)
5. Conexión recomendaciones y evidencia científica	3	Bastante (Poco-Totalmente)
6. Aplicabilidad en la práctica clínica	8	Rango: 4 - 10

La mediana de las respuestas de los revisores externos a cada pregunta<sup>1</sup> ha sido de ‘Totalmente’ con un intervalo que va de ‘Poco’/‘Bastante’ a ‘Totalmente’. La mediana de las respuestas a la pregunta sobre aplicabilidad en la práctica clínica ha sido de 8 con un intervalo de 4 a 10.

<sup>1</sup> La equivalencia cualitativa/cuantitativa de las puntuaciones de las preguntas 1 a 5 es la siguiente: Totalmente=4; Bastante=3; Poco=2; Nada=1. El concepto núm. 6 se evaluó cuantitativamente (de 1 a 10).