

## 6. Tipos y ámbitos de intervención

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

En esta línea se han desarrollado estudios como el de Falloon orientados a la implementación de tratamientos integrados con evidencia científica.<sup>71</sup> Según este autor, toda persona con un trastorno esquizofrénico debería ser atendida con una combinación de tratamiento antipsicótico óptimo, estrategias educativas dirigidas al paciente y su entorno, y estrategias cognitivas conductuales para mejorar objetivos laborales y sociales, reducción de síntomas residuales y atención asertiva domiciliaria.

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

### 6.1. Intervención farmacológica

Los tratamientos farmacológicos son un elemento habitualmente indispensable tanto en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia como en los primeros episodios psicóticos. Las medicaciones se utilizan para el tratamiento de los episodios agudos, para la prevención de futuros episodios y para la mejoría de los síntomas entre episodios. Los fármacos antipsicóticos son el principal tratamiento farmacológico de estos pacientes. Sin embargo, otros medicamentos, como los estabilizantes del estado de ánimo y otras medicaciones coadyuvantes, también resultan útiles en determinados subgrupos de pacientes.<sup>2-4,72</sup>

#### 6.1.1. Medicaciones antipsicóticas

La medicación principal en el tratamiento de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos está constituida por los fármacos antipsicóticos, introducidos en la práctica clínica desde los años cincuenta del pasado siglo. Por sus características, efectos sobre los síntomas psicóticos y por sus perfiles de efectos adversos, se los ha clasificado en dos grandes grupos: antipsicóticos de primera generación o convencionales, y antipsicóticos de segunda generación o atípicos. En el análisis de ambos grupos, que se presenta a continuación, se han tenido en cuenta las consideraciones sobre los tratamientos farmacológicos contenidas en las diferentes guías de práctica clínica examinadas, así como las que aparecen en la *Guía de prescripción terapéutica (GPT)* con información de medicamentos autorizados en España, adaptación española del *British National Formulary*, publicada por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (2006)<sup>b</sup>. La GPT se ha tenido especialmente en cuenta en lo tocante a la posología de los diferentes fármacos contemplados, tanto en la redacción del texto como en las diferentes tablas de prescripción y en las tablas comparativas que se han elaborado. En este sentido, y en relación a la recomendación sobre las dosis superiores al límite alto indicado, se recoge que «salvo especificación contraria, las dosis indicadas son las autorizadas; es decir, ninguna dosis superior está autorizada».<sup>73</sup>

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

## A) Antipsicóticos de primera generación (o convencionales)

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

Se clasifican en tres grupos según su potencia antipsicótica: a) alta potencia (como haloperidol); b) potencia intermedia (como perfenazina); c) baja potencia (como clorpromazina).

Son eficaces para reducir la mayor parte de los síntomas positivos de la esquizofrenia (alucinaciones, delirios, conductas extrañas), y en menor medida los síntomas negativos (apatía, embotamiento afectivo, alogia, abulia), frente a los que son relativamente ineficaces.

Poseen un margen terapéutico de seguridad muy elevado por lo que las sobredosis rara vez son mortales si no se complican con problemas médicos preexistentes o por el consumo simultáneo de alcohol u otras medicaciones. En caso de sobredosis, la depresión respiratoria y la hipotensión son las que presentan mayor riesgo.

Se pueden utilizar en forma oral, intramuscular de acción rápida o en depot de acción prolongada; la preparación intramuscular de acción breve es la que alcanza antes la concentración máxima. Las medicaciones depot son de especial utilidad en la fase de mantenimiento (tabla 3, anexo 2).

La dosis eficaz de una medicación antipsicótica está estrechamente relacionada con su afinidad por los receptores dopaminérgicos (especialmente los  $D_2$ ) y con su tendencia a causar efectos adversos extrapiramidales.

Las medicaciones de alta potencia tienen una mayor afinidad por los receptores dopaminérgicos que la que presentan las de baja potencia, y precisan dosis mucho más bajas. Las de alta potencia se prescriben con mayor frecuencia que las de baja potencia (aunque tienen mayor tendencia a producir efectos adversos extrapiramidales), y se administran de manera más segura por vía intramuscular ya que rara vez producen hipotensión.<sup>74</sup> Se puede alcanzar la dosis adecuada en dos días. Se ha comprobado que dosis altas de antipsicóticos de alta potencia no son más eficaces ni tienen acción más rápida que dosis moderadas y se asocian a una mayor incidencia de efectos adversos.<sup>74</sup>

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

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

- **Clorpromazina**

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

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

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

- **Clotiapina**

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

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

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

- **Haloperidol**

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

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

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

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

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

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

- **Levomepromazina**

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

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

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

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

- **Perfenazina**

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

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

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

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

- **Periciazina**

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

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

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

- **Pimozida**

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

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

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

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

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

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

- **Sulpirida**

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

Está contraindicada en aquellas personas diagnosticadas de porfiria.

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

- **Tioproperazina:**

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

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

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

- **Trifluoperazina:**

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

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

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

- **Acetato de zuclopentixol:**

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

Está contraindicado en aquellas personas diagnosticadas de porfiria.

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

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

- **Dihidrocloruro de zuclopentixol:**

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

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

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

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

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

A continuación, se expone de forma individualizada una serie de efectos adversos según las recoge la GPC de la APA:<sup>4</sup>

### a) Sedación

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

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

### b) Efectos neurológicos. Efectos adversos extrapiramidales

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

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

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

Más del 60% de los pacientes que reciben un tratamiento intensivo con antipsicótico de primera generación manifiestan algún tipo de efectos adversos extrapiramidales clínicamente significativos.<sup>79-81</sup>

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

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

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

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

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

Puede afectar a diversas regiones del cuerpo, pero aquejan con mayor frecuencia a los músculos del cuello, la laringe, los ojos y el torso; se utilizan los términos «torticolis», «laringoespasma», «crisis oculógira» y «opistótonos» para describir las reacciones distónicas de regiones corporales concretas. Estas reacciones tienen un inicio repentino y causan un gran malestar. En algunos pacientes, estas afecciones, por ejemplo el laringoespasma, pueden ser peligrosas e incluso poner la vida en peligro.

Responden rápidamente a la administración de medicación anticolinérgica o anti-histamínica. La administración por vía parenteral tiene un inicio más rápido que la administración oral, posteriormente se puede mantener una pauta oral de medicación antiparkinsoniana anticolinérgica para prevenir las recidivas.

La **acatisia** se caracteriza por una agitación somática, que se manifiesta de forma subjetiva y objetiva en un 30% de los pacientes tratados con antipsicóticos de primera generación, y es menos frecuente con los de baja potencia.

Los pacientes suelen referir una sensación interna de agitación y una necesidad irresistible de mover diversas partes del cuerpo.

En la acatisia leve, el paciente puede controlar los movimientos corporales, pero en formas más graves no deja de andar mientras está de pie y es incapaz de permanecer sentado. Este efecto secundario es a menudo muy molesto y una causa frecuente de incumplimiento del tratamiento antipsicótico; si no se impide que persista, puede producir disforia. También puede contribuir al comportamiento agresivo o suicida.

Entre los tratamientos eficaces para la acatisia destacan los  $\beta$ -bloqueantes de acción central, propranolol (30-90 mg/día). Cuando se administren estos medicamentos, es conveniente controlar la presión sanguínea y el pulso con las distintas dosis.

El **síndrome neuroléptico maligno** se caracteriza por una tríada de características: rigidez, hipertermia e inestabilidad autónoma, incluidas la hipertensión y la taquicardia. Se relaciona con una elevación de la concentración sérica de la creatina-cinasa.

La prevalencia es de menos del 1% de los pacientes tratados, y el diagnóstico se pasa por alto con cierta frecuencia y puede ser mortal en el 5-20% de los pacientes sin tratar.

Su inicio puede ser repentino, a menudo en la primera semana o tras haber aumentado la dosis.

Los factores de riesgo son: agitación aguda, juventud, sexo masculino, incapacidad neurológica previa, enfermedad física, deshidratación, aumento rápido de la dosis de antipsicótico, administración de fármacos de alta potencia y de preparados intramusculares. Siempre debería interrumpirse el tratamiento con antipsicóticos y debería proporcionarse tratamiento de apoyo para mantener la hidratación y tratar la fiebre, así como los síntomas cardiovasculares, renales y otros. Para su tratamiento se requiere, en la mayoría de los casos, el ingreso hospitalario.

La **discinesia tardía** es un trastorno de movimientos involuntarios anormales hiperkinéticos causado por la exposición mantenida a la medicación antipsicótica. Puede afectar a la función neuromuscular en cualquier región del cuerpo, pero se observa especialmente en la región orofacial.

La propia esquizofrenia puede asociarse a un riesgo de discinesia espontánea que es indistinguible de la inducida por medicación.

La discinesia tardía aparece en un porcentaje anual del 4 al 8% en pacientes adultos tratados con este tipo de antipsicóticos.

Los factores de riesgo son: edad avanzada, los síntomas parkinsonianos inducidos por antipsicóticos, sexo femenino combinado con estado posmenopáusico, el diagnóstico de trastorno afectivo (trastorno depresivo mayor), enfermedades médicas simultáneas (diabetes) y el empleo de dosis altas de medicación antipsicótica.

La mayoría de pacientes tienen síntomas leves pero un 10% sufren síntomas de carácter moderado o intenso. Una variante frecuente y grave de la discinesia tardía es la **distonía tardía**, que se caracteriza por la aparición de contracciones musculares espásticas en lugar de movimientos coreoatetósicos. La distonía tardía a menudo se relaciona con un mayor malestar y sensación de incomodidad física.

En el caso de la discinesia tardía, las opciones terapéuticas son pasar a un antipsicótico de segunda generación o reducir la dosis del primero, en cuyo caso puede producir un aumento inicial de los síntomas discinéticos (discinesia por retirada). Con la exposición continuada a antipsicóticos de primera generación, sin reducir la dosis tras la aparición de discinesia tardía, disminuye pero no desaparece la probabilidad de reversibilidad.

### c) Efectos anticolinérgicos y antiadrenérgicos

Los efectos adversos de los antipsicóticos de primera generación (y, en caso de administrarlos conjuntamente, junto con los efectos anticolinérgicos de los antiparkinsonianos) pueden producir una variedad de efectos adversos periféricos, como sequedad de boca, visión borrosa, estreñimiento, taquicardia, retención urinaria y efectos termorreguladores. Los efectos adversos anticolinérgicos pueden aparecer en un 10-50% de los pacientes tratados. Cabe señalar que se han observado más efectos anticolinérgicos con el uso de clorpromazina que con el de haloperidol.

Aunque la mayor parte de efectos adversos anticolinérgicos son leves y tolerables, este tipo de efectos puede ser particularmente problemático en los pacientes de edad (p. ej. hombre de edad con hipertrofia prostática). Las condiciones de los efectos anticolinérgicos son graves sólo en muy pocos casos.

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

## Otros efectos adversos

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

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

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

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

**Efectos hematológicos:** La administración de medicamentos antipsicóticos puede causar efectos hematológicos, como la inhibición de la leucopoyesis. Este tipo de efectos incluye leucopenia benigna y agranulocitosis, que es más grave. La clorpromazina es la causante de la leucopenia benigna en más del 10% de los pacientes y de agranulocitosis en el 0,32% de ellos.

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

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

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

**Efectos sobre la función sexual:** La disfunción eréctil aparece en el 23-54% de los hombres. Otros efectos consisten en alteraciones en la eyaculación en el hombre y en pérdidas de la libido o anorgasmia en ambos sexos. Además, con determinados antipsicóticos se ha observado eyaculación retrógrada, debida probablemente a los efectos antiadrenérgicos y antiserotoninérgicos. La reducción de la dosis o la interrupción del tratamiento

normalmente conllevan una reducción o desaparición de los síntomas. Si no puede reducir la dosis ni es posible administrar un fármaco alternativo, puede recurrirse a la yohimbina o la ciproheptadina.

### Interacciones farmacológicas de los antipsicóticos de primera generación (o convencionales)

Pueden producirse numerosas interacciones farmacológicas que tengan efectos clínicos importantes en los pacientes que reciben tratamiento con medicación antipsicótica. Determinados antidepresivos heterocíclicos, la mayor parte de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), algunos beta-bloqueantes y la cimetidina pueden aumentar la concentración plasmática de antipsicóticos e incrementar los efectos adversos. Por otro lado, los barbitúricos y la carbamazepina disminuyen la concentración plasmática al actuar sobre las enzimas del citocromo P-450.<sup>4</sup>

### B) Antipsicóticos de segunda generación (o atípicos)

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

En este apartado se ha procedido a describir cada uno de los antipsicóticos de segunda generación. Asimismo, se han incluido las pautas de posología que se recogen en la GPT (tabla 6, anexo 2),<sup>73</sup> así como un cuadro comparativo de intervalos de posología habitual para adultos según recomendaciones de la GPT,<sup>73</sup> las GPC de la APA<sup>4</sup> y la CPG<sup>2</sup>, las recomendadas por la WFSBP<sup>75,76</sup> y PORT<sup>40</sup> y, finalmente, las de dos publicaciones de consulta en el ámbito español: RTM-III<sup>77</sup> y el libro de Chinchilla<sup>78</sup> (tabla 7, anexo 2).

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

- **Amisulpride**

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

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

Puede aumentar el QT y conllevar riesgos de arritmias ventriculares (estudio cardiológico).<sup>78</sup> Su utilización es por vía oral .

- **Aripiprazol**

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

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

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

- **Clozapina**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- **Olanzapina**

Es químicamente similar a la clozapina, con afinidad moderada por receptores D<sub>4</sub>, D<sub>2</sub> y 5-HT, adrenérgicos, histaminérgicos y muscarínicos, con acción sobre síntomas positivos y negativos<sup>c</sup>.

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

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.<sup>69</sup> De forma transitoria puede elevar la prolactina y las enzimas hepáticas en las primeras semanas de tratamiento.

c Aunque su eficacia para estos síntomas no ha sido tan claramente demostrada.<sup>87</sup>

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

- **Paliperidona**

Es un metabolito activo de la risperidona que bloquea los receptores serotoninérgicos 5HT<sub>2A</sub>, dopaminérgicos D<sub>2</sub> y adrenérgicos  $\alpha_1$ . Se presenta en comprimidos de liberación prolongada.

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

- **Quetiapina**

Presenta baja afinidad por receptores 5-HT,  $\alpha_1$ ,  $\alpha_2$ , H<sub>1</sub>, D<sub>1</sub> y D<sub>2</sub> por lo cual tiene un perfil de afinidad diferente tanto de antipsicóticos de primera generación como de segunda.

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

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

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

- **Risperidona**

Es un potente antagonista de los receptores 5-HT<sub>2</sub> y D<sub>2</sub> y menor  $\alpha_1$  y  $\alpha_2$  adrenérgico. El bloqueo sobre 5HT<sub>2</sub> mejora a su vez el dopaminérgico en esquizofrenia. Tiene escasa afinidad por receptores  $\beta$ -adrenérgicos y muscarínicos, y alta por  $\alpha_1$  y H<sub>1</sub>. Actúa tanto sobre síntomas positivos como negativos<sup>c</sup> y con una muy buena tolerancia.<sup>78</sup>

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

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

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

dosis puede producirse hipotensión ortostática y taquicardia refleja (por actividad  $\beta$ -adrenérgica) que es transitoria.<sup>69</sup>

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

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

- **Sertindol**

Presenta afinidad por los receptores 5-HT<sub>2C</sub>, 5-HT<sub>2A</sub>, D<sub>2</sub>,  $\alpha_1$  y  $\alpha_2$ , sin afinidad por receptores histaminérgicos por lo que es probable que produzca menos sedación por este motivo. Ha demostrado su eficacia antipsicótica ante el placebo.<sup>87</sup>

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

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

- **Ziprasidona**

Presenta alta afinidad por receptores 5-HT<sub>2A</sub> y moderado antagonismo por D<sub>2</sub>, con antagonismo potente por 5-HT<sub>1D</sub> y 5-HT<sub>2C</sub> y agonista del receptor 5-HT<sub>1A</sub>, con moderado antagonismo de receptores adrenérgicos e histaminérgicos, y mínima sobre muscarínicos. Este mecanismo farmacológico se asocia a elevada eficacia sobre síntomas positivos y negativos, con mínimos efectos extrapiramidales y sobre la prolactina.<sup>90</sup> No interacciona con litio, anticonceptivos orales, carbamacepina, benzodiazepinas, antiácidos o cimetidina.

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

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

La presentación de ziprasidona es por vía oral e intramuscular.

## Efectos adversos frecuentes de los antipsicóticos de segunda generación

### **Síndrome metabólico**

Se denomina síndrome metabólico al conjunto de obesidad, hiperglucemia e hipertriglicéridemia, normalmente asociado a resistencia a la insulina. Estos factores pueden conducir a cardiopatía isquémica, diabetes y enfermedades por sobrepeso.<sup>91</sup>

El síndrome metabólico para ser diagnosticado como tal debe cumplir tres de las siguientes alteraciones: a) obesidad abdominal (perímetro abdominal > 102 cm en varones y > 88 cm. en mujeres), b) hipertriglicéridemia (triglicéridos sericos  $\geq$  150 mg/dl), c) concentración baja de colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad (HDLc < 40 mg/dl en varones y < 50 mg/dl en mujeres), d) presión arterial elevada (130/85 mmHg) o e) glicemia en ayunas elevada (110 mg/dl).<sup>92</sup>

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

Todo ello hace altamente aconsejable la realización de controles físicos: Tensión arterial, glicemias, perímetro abdominal y determinaciones de colesterol y triglicéridos en sangre de forma periódica.<sup>91,96,101</sup>

Los efectos anticolinérgicos sedantes, hipotensores y el aumento de peso son frecuentes con todos los antipsicóticos atípicos. La clozapina se asocia a una elevada incidencia de efectos anticolinérgicos y sedantes, y puede producir convulsiones y agranulocitosis. La clozapina y la olanzapina producen más aumento de peso e hiperglucemia, la risperidona tiene más efectos extrapiramidales y produce más aumento de prolactina y quizá alargamiento del QT, y la quetiapina y el sertindol podrían alargar más el intervalo QT.<sup>102</sup>

Por otro lado, un estudio retrospectivo, ha advertido que el alargamiento del intervalo QT y la muerte súbita de origen cardíaco pueden ser producidas tanto por los antipsicóticos típicos como por los atípicos, y tienen relación con las dosis.<sup>103</sup> La incidencia del alargamiento del intervalo QT según los resultados del ensayo clínico CATIE (Clinical Antipsychotic Trials of Intervention) sería aproximadamente del 3%, y la de la muerte súbita en pacientes tratados con antipsicóticos sería, según este nuevo estudio, del 3 por 1.000.

## 6.1.2. Otras medicaciones coadyuvantes

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

- **Litio**

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

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

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

- **Benzodiacepinas**

Pueden tener utilidad en la fase aguda como coadyuvantes en la agitación psicótica, pudiendo reducir la dosis de antipsicótico.

Sus efectos adversos incluyen sedación, ataxia, deterioro cognitivo y en algún paciente desinhibición conductual. Se debe controlar el posible abuso de estos fármacos, y tener en cuenta que la combinación de éstos con clozapina y levopromazina puede ser peligrosa y estar contraindicada.<sup>104,105</sup>

- **Anticonvulsivantes**

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

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

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

- **Antidepresivos**

Los ISRS se utilizan sobre todo cuando se produce una depresión postpsicótica, difícil de distinguir de los síntomas negativos provocados por los antipsicóticos de primera generación. En conjunto, las pruebas a favor de la eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de los síntomas negativos son muy moderadas y la mayor parte de los estudios se han realizado con antipsicóticos de primera generación.<sup>106</sup> En dos estudios se comprobó la eficacia de fluvoxamina y clomipramina en el tratamiento de los síntomas obsesivo-compulsivos en la esquizofrenia.<sup>106</sup>

Además, la depresión mayor y el trastorno obsesivo compulsivo son condiciones comórbidas frecuentes en pacientes con esquizofrenia que podrían responder a los antidepresivos. Sin embargo, algunos antidepresivos (aquellos que inhiben la recaptación de catecolamina) pueden potencialmente mantener o exacerbar síntomas psicóticos en algunos pacientes.<sup>4</sup>

### 6.1.3. Recomendaciones generales de los tratamientos antipsicóticos

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

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

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

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

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

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

Entre los principios generales de los tratamientos medicamentosos de la CPG canadiense se incluirían los siguientes:<sup>2</sup>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sobre esta base, a continuación se presenta un conjunto de recomendaciones sobre las intervenciones farmacológicas con antipsicóticos que se acompaña de un Algoritmo de intervención farmacológica (anexo 2).

### Aspectos generales

<b>A</b>	La medicación antipsicótica debería ser prescrita siempre que sea posible de una manera no coercitiva en combinación con intervenciones psicosociales que incluyan estrategias de promoción de la adherencia. <sup>1</sup>
<b>A</b>	Las medicaciones antipsicóticas están indicadas para casi todos los pacientes que experimentan una recaída aguda; la elección de la medicación debería guiarse por las características individuales de cada paciente. <sup>2</sup>
<b>C</b>	El peso y el índice de masa corporal deben ser medidos al inicio del tratamiento, después mensualmente durante seis meses y, a partir de entonces, cada tres meses. La consulta con un dietista es aconsejable así como el fomentar la realización de ejercicio físico regular. También podría ser necesario considerar una medicación con un menor riesgo de incremento de peso si éste no se modifica o es notable. Deberían tratarse con el paciente los pros y los contras, y proporcionarle apoyo psicosocial. <sup>1</sup>
<b>C</b>	La glucemia plasmática en ayunas y los perfiles lipídicos deberían medirse al inicio, así como a intervalos regulares durante su curso. <sup>1</sup>
<b>C</b>	Una valoración inicial óptima debería incluir una resonancia magnética, una valoración neurocognitiva, un examen neurológico de trastornos neurológicos y motores, un electrocardiograma, medición de la altura y el peso (índice de masa corporal), pruebas de detección de sustancias ilegales, perfiles lipídicos y glucemia plasmática en ayunas (y/o HbA1c). <sup>1</sup>

### Prescripción de antipsicóticos y efectos adversos

<b>A</b>	Los tratamientos farmacológicos deberían ser instaurados con extrema precaución en los pacientes que no se han sometido a ningún tratamiento previo, bajo el principio básico de producir el mínimo daño posible, al tiempo que se alcanza el máximo beneficio. Esto significa la introducción gradual, con una explicación cuidadosa, de dosis bajas de medicación antipsicótica junto con medicación antimaniaca o anti-depresiva cuando estos síndromes estén presentes. <sup>1</sup>
<b>A</b>	En pacientes que inician tratamiento por primera vez, se recomienda la elección de medicación antipsicótica de segunda generación, puesto que está justificada por tener una mejor tolerancia y un menor riesgo de discinesia tardía. <sup>1</sup>
<b>A</b>	Se recomienda el uso de la medicación de segunda generación oral como la risperidona, olanzapina, quetiapina, amisulpiride y aripiprazol como primera y segunda línea de tratamiento en el primer episodio de psicosis. Las dosis iniciales deben ser bajas e incrementarse poco a poco en intervalos espaciados sólo si la respuesta es baja o incompleta. El malestar secundario, el insomnio y la agitación deberían ser tratados inicialmente con benzodiazepinas. Otros síntomas como la manía y la depresión grave requieren de tratamiento específico con estabilizadores del humor y antidepresivos. <sup>1</sup>

<b>C</b>	Probablemente, estas dosis no tendrán un efecto temprano (durante los primeros días) en el malestar, el insomnio y los trastornos conductuales secundarios a la psicosis, por lo que resultarán componentes esenciales provisionalmente en el manejo de una atención de enfermería especializada, un contexto seguro y de apoyo, y unas dosis regulares y suficientes de benzodiazepinas. <sup>1</sup>
<b>C</b>	Debería reconsiderarse una medicación alternativa antipsicótica de primera o segunda generación cuando la relación riesgo-beneficio pueda cambiar para algunos pacientes, por ejemplo, si hay aumento de peso, alteración de la tolerancia a la glucosa o efectos adversos sexuales asociados al desarrollo de los agentes de segunda generación. <sup>1</sup>
<b>C</b>	Se recomienda, en las situaciones de emergencia, evitar el uso de primera elección de fármacos propensos a socavar la futura adherencia al tratamiento por la producción de efectos indeseados que generen un efecto subjetivo aversivo. Los fármacos de primera generación deberían ser utilizados sólo como última opción en estas circunstancias, particularmente el haloperidol, dado que producen rigidez más que sedación. <sup>1</sup>
<b>C</b>	Si en un primer episodio de psicosis no afectiva se presentan efectos adversos, como por ejemplo aumento de peso o el síndrome metabólico, se recomienda el uso de un antipsicótico convencional. Si la respuesta es insuficiente, hay que valorar las causas. Si no se producen efectos adversos, incrementar las dosis. Si la adherencia es pobre, analizar los motivos, optimizar la dosis y ofrecer terapia de cumplimiento terapéutico. <sup>1</sup>

### Aspectos técnicos de la prescripción

<b>A</b>	Se recomienda el mantenimiento de la farmacoterapia para la prevención de recaídas en las fases estable y de estabilización, con dosis siempre dentro del intervalo de tratamiento recomendado para los antipsicóticos de primera y segunda generación. <sup>2</sup>
<b>B</b>	La medicación antipsicótica para el tratamiento de un primer episodio de psicosis debería mantenerse durante un mínimo de dos años después de la primera recuperación de los síntomas. <sup>2</sup>
<b>B</b>	En un primer episodio de psicosis, la dosificación debe ser iniciada en la mitad inferior del rango del tratamiento; los antipsicóticos de segunda generación están indicados debido al menor riesgo a corto y largo plazo de efectos adversos extrapiramidales. <sup>2</sup>
<b>B</b>	Se recomienda el uso de clozapina en casos de agresividad persistente. <sup>2</sup>
<b>B</b>	La administración de múltiples medicamentos antipsicóticos, tales como la combinación de fármacos de primera generación y de segunda, no debería utilizarse excepto durante los períodos de transición de un cambio de medicación. <sup>1</sup>
<b>C</b>	Las medicaciones antipsicóticas, de segunda generación o de primera, no deberían ser prescritas simultáneamente, excepto por cortos períodos de tiempo durante una transición. <sup>3</sup>

<b>C</b>	No se recomienda la combinación de un antipsicótico con otro, ya que podría incrementar el riesgo de efectos adversos e interacciones farmacocinéticas. <sup>3</sup>
<b>C</b>	La recomendación de combinar un medicamento antipsicótico, un estabilizador del humor y una benzodiacepina o un antidepresivo podría estar totalmente justificada por las características de los síntomas comórbidos, que son extremadamente comunes en los trastornos psicóticos. <sup>1</sup>
<b>C</b>	Si el tratamiento parenteral se considerara necesario, la vía intramuscular es preferible a la intravenosa, desde el punto de vista de la seguridad. La administración intravenosa debería ser utilizada sólo en circunstancias excepcionales. <sup>3</sup>
<b>C</b>	Las constantes vitales deberían ser controladas después de una administración parenteral del tratamiento. La presión sanguínea, el pulso, la temperatura y la frecuencia respiratoria deberían ser registrados en intervalos regulares, establecidos por el equipo multidisciplinar, hasta que el paciente vuelva a estar nuevamente activo. Si éste está dormido o parece estarlo, se requiere una monitorización más intensiva. <sup>3</sup>
<b>C</b>	La medicación depot debería reservarse para dos grupos. En primer lugar, para aquellos que optan clara y voluntariamente por esta vía de administración. Los medicamentos inyectables de segunda generación son preferibles debido a su mejor tolerabilidad y un menor riesgo de discinesia tardía. En segundo lugar, para aquellos que, a pesar de una serie de intervenciones psicosociales integrales destinadas a promover la adaptación y la adherencia, repetidamente fracasan en adherirse a la medicación necesaria y presentan recaídas frecuentes. Esto resulta aún más urgente cuando las consecuencias de las recaídas son graves e implican un riesgo sustancial tanto para el paciente como para otros. <sup>1</sup>

### Resistencia al tratamiento antipsicótico

<b>A</b>	Los pacientes que están recibiendo medicación antipsicótica de primera generación y en los que persisten los síntomas positivos o negativos, o quienes experimentan efectos adversos de malestar, deberían cambiar a medicación antipsicótica de segunda generación oral bajo la estrecha supervisión de un especialista. <sup>1</sup>
<b>A</b>	Si el riesgo de suicidio es elevado o persistente a pesar del tratamiento para la depresión, si tal tratamiento resulta ineficaz, o si la depresión no es grave, debería contemplarse el uso inmediato de la clozapina. <sup>1</sup>
<b>A</b>	Se recomienda medicación de segunda generación para los pacientes que recaen a pesar de una buena adherencia a la medicación antipsicótica de primera generación, aunque deban tenerse en cuenta otras causas reversibles de las recaídas. <sup>1</sup>
<b>A</b>	La clozapina debe ser introducida con garantías de seguridad en la primera ocasión en caso de resistencia al tratamiento. <sup>1</sup>
<b>A</b>	Ante la falta de respuesta al tratamiento con una administración adecuada de antipsicóticos de dos tipos diferentes, se recomienda el uso de clozapina. <sup>2</sup>
<b>B</b>	La medicación antipsicótica depot debería ser tenida en cuenta para aquellos pacientes que presentan una pobre adherencia a la medicación. <sup>2</sup>

<b>C</b>	Si los síntomas de la esquizofrenia no responden a los antipsicóticos de primera generación, puede considerarse el uso de un antipsicótico de segunda generación previamente a un diagnóstico de esquizofrenia resistente al tratamiento y a la introducción de la clozapina. En estos casos, podría valorarse la introducción de olanzapina o risperidona. Se recomienda informar a los pacientes. <sup>3</sup>
<b>C</b>	La adición de un segundo antipsicótico a la clozapina podría tenerse en cuenta en personas resistentes al tratamiento en las que la clozapina por sí sola no se ha mostrado suficientemente efectiva. <sup>3</sup>

### Comorbilidad y medicaciones coadyuvantes

<b>B</b>	Es posible añadir antidepresivos como complemento de los antipsicóticos cuando los síntomas depresivos cumplen los criterios sindrómicos del trastorno por depresión mayor o son graves, causando un malestar significativo o interfiriendo con la funcionalidad del paciente. <sup>4</sup>
<b>B</b>	Un episodio de depresión mayor en la fase estable de la esquizofrenia es una indicación de tratamiento con un fármaco antidepresivo. <sup>2</sup>

## 6.2. Terapia electroconvulsiva

La terapia electroconvulsiva (TEC) es siempre un tratamiento de segunda elección en la esquizofrenia,<sup>47</sup> indicado tras el fracaso de los antipsicóticos; las indicaciones más frecuentes son: esquizofrenia catatónica, casos graves que cursan con intensa agitación y/o desorientación, contraindicación de antipsicóticos (por la posibilidad de causar síndrome neuroléptico maligno), depresión secundaria y trastornos esquizoafectivos resistentes.<sup>125</sup>

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

Por su parte, no se ha estudiado adecuadamente la eficacia de la TEC como tratamiento de mantenimiento. Sin embargo, cabe considerar este empleo en el caso de un paciente que responda a la TEC y en el que la profilaxis farmacológica sola haya resultado ineficaz o no sea bien tolerada.<sup>47</sup>

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

En una de las guías seleccionadas, se considera que la TEC ocupa tan sólo un lugar residual en el manejo de la esquizofrenia y establece dos recomendaciones para su utilización:<sup>1</sup>

<b>C</b>	La TEC podría estar indicada en pacientes refractarios o con intolerancia a la medicación. También puede ser ocasionalmente útil cuando existe un episodio psicótico apreciable y el trastorno está caracterizado por síntomas catatónicos o afectivos. <sup>1</sup>
----------	--

Los pacientes con esquizofrenia persistente, crónica y resistente a los neurolepticos es improbable que respondan a la TEC. Sin embargo, existe evidencia de que la TEC conjuntamente con antipsicóticos puede ser beneficiosa al menos para algunos de estos pacientes (nivel de evidencia científica IV).<sup>1</sup>

**C** Algunos de los pacientes con esquizofrenia persistente, crónica y resistente a los neurolepticos, podrían beneficiarse de una TEC.<sup>1</sup>

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.<sup>47</sup>

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

### 6.3. Intervenciones psicosociales

Las intervenciones psicosociales engloban una serie de medidas encaminadas a minimizar la vulnerabilidad del paciente ante las situaciones de estrés, facilitar los procesos de recuperación, reforzar su adaptación y funcionamiento familiar, social y formativo-laboral, así como a aumentar sus recursos para hacer frente a los conflictos, problemas y tensiones interpersonales o biográficas. También pueden favorecer el análisis o la modificación de estilos perceptivos o mecanismos de defensa. Estas intervenciones pueden incidir en áreas como la prevención de recaídas, la adquisición de habilidades sociales, y el funcionamiento social y laboral.

El marco asistencial que se ofrece a los pacientes debe cumplir una función terapéutica, es decir, debe estar orientado a fomentar el cambio en el funcionamiento mental, conductual y relacional, con el fin de promover la capacidad de vivir más saludablemente.<sup>129</sup>

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

Muchos pacientes con esquizofrenia no están recibiendo la asistencia adecuada pues, a pesar de que existe evidencia científica de tratamientos psicoterapéuticos e intervenciones psicosociales eficaces, la asistencia que reciben no reúne el conjunto de las diversas intervenciones que serían apropiadas para ellos. En la actualidad, están siendo notablemente infrautilizados tratamientos psicosociales de probada eficacia.<sup>130</sup>

<b>C</b>	La elección de un determinado abordaje estará determinado tanto por el paciente, su situación clínica, necesidades, capacidades y preferencias, como por los recursos existentes en un momento dado. <sup>5</sup>
<b>C</b>	Se recomienda que las intervenciones psicosociales sean llevadas a cabo por profesionales que tengan formación específica, experiencia suficiente, cualificación (apoyada por supervisión y acompañamiento técnico), así como disponibilidad y constancia para poder mantener un vínculo a largo plazo. <sup>6</sup>

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

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

Los tres primeros apartados corresponden a tratamientos psicoterapéuticos específicos. La psicoeducación y las intervenciones familiares pueden desarrollarse como tratamientos específicos o pueden considerarse en el marco de otras intervenciones. Los apartados que van del 6 al 11 se dedican a diversas intervenciones rehabilitadoras y a recursos de apoyo a la integración social.

Los tratamientos psicoterapéuticos tienen en común el hecho de estar basados en diversas técnicas específicas de naturaleza psicológica, reconocidas por la comunidad científica y profesional. Partiendo de las manifestaciones psíquicas, físicas o interpersonales, estos tratamientos tienen como objetivo primordial reducir el sufrimiento, principalmente el debido a los trastornos mentales y promover cambios saludables. Los aspectos que se han de tener en cuenta en todas las modalidades terapéuticas son:

- La relación con el paciente.
- El papel activo por parte del terapeuta.
- La necesidad de poner unos límites claros en el encuadre como forma de evitar la interrupción prematura del tratamiento y el descontrol de impulsos.

- La actitud flexible por parte del terapeuta.
- La capacidad del terapeuta para crear una atmósfera de calidez y empatía, así como para manejar sus propios sentimientos.<sup>129</sup>

La psicoterapia tiene como punto de partida la existencia de un encuentro humano basado en la confianza, el reconocimiento del sufrimiento psíquico, la comprensión profunda y la presencia atenta. Siempre que esté indicada se ha de realizar dentro de un planteamiento terapéutico global integrando las otras intervenciones psicosociales así como la psicofarmacológica.<sup>47</sup>

Los objetivos generales de la psicoterapia, y de las intervenciones psicosociales en general son minimizar la vulnerabilidad y el estrés y maximizar las capacidades de adaptación y el funcionamiento, al tiempo que se favorecen los apoyos sociales.<sup>4</sup>

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

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

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

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

- d. Se considera como bueno el modelo de vulnerabilidad al estrés para guiar los esfuerzos psicoterapéuticos.
- e. Se revisa el concepto psicodinámico de contratransferencia para ayudar a los clínicos a evitar luchas de poder u otras reacciones no deseables para el curso del tratamiento de los pacientes con esquizofrenia.

En cuanto a la rehabilitación psicosocial, su propósito es facilitar los procesos de recuperación y prevenir el deterioro de la función social, laboral, educativa y familiar, así como fomentar estas capacidades sociales al máximo.<sup>47</sup> Según la Asociación Española de Neuropsiquiatría, la rehabilitación psicosocial persigue los siguientes objetivos:<sup>132</sup>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 6.3.1. Terapia cognitivo-conductual

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

Permite a los destinatarios reevaluar sus percepciones, creencias o razonamientos ligados al objetivo diana. Implica, al menos, una de los siguientes acciones: a) monitorización de los pensamientos, sentimientos o conductas en relación a los síntomas; b) promoción de vías alternativas de afrontamiento de los síntomas; c) reducción del estrés.<sup>3</sup>

En la última década se ha observado un interés creciente por aplicar las técnicas de la Terapia cognitivo-conductual (TCC) a personas con esquizofrenia, especialmente aquellas que siguen presentando síntomas psicóticos a pesar de recibir un tratamiento farmacológico adecuado (nivel de evidencia científica Ia).<sup>3</sup> Los objetivos principales de la TCC en la psicosis resistente a la medicación consisten en reducir la intensidad de las ideas delirantes y las alucinaciones, así como estimular la colaboración activa del paciente para reducir el riesgo de recaída y los niveles de discapacidad social.<sup>3</sup>

En cuanto a la aceptabilidad de la TCC por parte de los pacientes, existe poca evidencia científica, basada en el número de sujetos que abandonan los estudios, que sugiere que la TCC es más aceptable para los pacientes que el tratamiento estándar al final del tratamiento o en el seguimiento (nivel de evidencia científica Ia). Cuando se utiliza la TCC para tratar un primer episodio de psicosis, hay cierta evidencia científica que sugiere que ésta es más aceptable que el tratamiento estándar (nivel de evidencia científica Ib).<sup>3</sup>

Existe evidencia científica sobre cómo la duración y/o el número de sesiones de la TCC pueden influir en la eficacia del tratamiento. Así, algunos estudios sugieren que en el

tratamiento de personas con esquizofrenia la TCC que consta de menos de diez sesiones o tiene una duración inferior a tres meses produce una leve mejoría en síntomas depresivos comparada con el tratamiento estándar, pero no se produce una mejoría en los síntomas psicóticos (nivel de evidencia científica Ia). En este sentido, hay cierta evidencia científica que sugiere que la TCC de más de seis meses de duración y que incluye más de diez sesiones consigue mejorar el estado mental comparada con otras intervenciones (nivel de evidencia científica Ib).<sup>3</sup>

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

- a) En la comparación de la TCC más atención estándar versus sólo atención estándar, los resultados del metanálisis son los siguientes:
- No hay diferencias significativas entre ambos abordajes en cuanto a reducción de proporción de recaídas y número de reingresos hospitalarios.
  - Hay diferencias estadísticamente significativas a favor de la TCC en relación a la reducción de tiempo de estancia en el hospital.
  - Se observa una diferencia a favor de la TCC para el funcionamiento general psicológico y psiquiátrico medido con la Global Assessment Scale (GAS)<sup>d</sup> a corto y medio plazo. Este efecto no se mantiene a largo plazo.
  - Hay diferencias estadísticamente significativas a favor de la TCC en cuanto a la mejoría del estado mental. Tras un año las diferencias no son estadísticamente significativas.

No hay suficiente evidencia científica para determinar el efecto en general de la TCC con escalas estandarizadas para el curso clínico de la esquizofrenia (BPRS<sup>e</sup>, CPRS<sup>f</sup>, PANSS<sup>g</sup>). En cuanto a las agrupaciones de síntomas específicos, la TCC tiene un efecto significativo a largo plazo por encima de la atención estándar para las alucinaciones.

- Los pacientes que reciben TCC muestran mayor grado de *insight* que los que reciben sólo atención estándar, tanto a corto como a medio plazo. No se observan diferencias significativas a largo plazo.
  - No hay diferencias en la calidad de vida.
  - En relación al funcionamiento social, únicamente se observa un efecto significativo en las conductas prosociales que favorece a la TCC.
- b) En la comparación entre TCC más atención estándar y la terapia de apoyo los resultados del metanálisis no muestran efectos en la proporción de recaídas o en la mejoría del estado mental.
- c) En la comparación entre la TCC combinada con otras intervenciones psicosociales y intervenciones educativas se muestra que aquélla contribuye a disminuir el número de personas que dejan el tratamiento.

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

e BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale.

f CPRS: Comprehensive Psychiatric Scale.

g PANSS: Positive and Negative Symptom Scale.

Gaudio realiza una revisión de 12 ensayos clínicos aleatorizados que comparan TCC con cuidados de rutina, psicoeducación y terapia de apoyo.<sup>134</sup> Los datos que analiza verifican la mejoría de los síntomas cuando se añade TCC a los cuidados de rutina. Se sugiere también que la TCC es particularmente eficaz en el tratamiento de los síntomas positivos (nivel de evidencia científica IIb).

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

Terrier y Wykes llevan a cabo una revisión de 20 ensayos clínicos aleatorizados buscando evidencias de la eficacia de la TCC y, en caso de ser evidencia positiva, intentando entender por qué es eficiente e investigando qué beneficios aparentes pueden deberse a otras fuentes potenciales, así como viendo la posibilidad de mejorar la evaluación de los tratamientos. Los ensayos que tienen en cuenta comparan la TCC con cuidado estándar y grupo de apoyo. La principal conclusión de la revisión es que la TCC es eficaz en el tratamiento de la esquizofrenia (nivel de evidencia científica Ia).<sup>8</sup> Se constatan leves mejoras en los síntomas positivos en comparación con el cuidado estándar. Se propone, además, que la eficacia del tratamiento farmacológico puede enmascarar la eficacia de otros tratamientos. Hay también una leve evidencia científica de que la TCC protege frente a futuras recaídas en los siguientes 18 meses. Al respecto, los pacientes que sólo reciben medicación presentan más síntomas residuales. La TCC muestra más beneficios que los cuidados estándar en la prevención de la progresión de la psicosis en la intervención precoz previniendo la prescripción de medicación antipsicótica y reduciendo los síntomas. Finalmente los autores aprecian que muchos aspectos importantes de la TCC no están cuantificados y recomiendan su identificación y evaluación en ensayos de mayor extensión.

Para los pacientes en fase aguda se constata cierta evidencia científica de que la TCC produce efecto con mayor rapidez que el tratamiento estándar, pero no sucede así cuando se compara con las intervenciones de apoyo.<sup>8</sup> Sin embargo, existe evidencia científica en esta fase de que la TCC junto con la atención estándar pueden acelerar la recuperación y el alta hospitalaria (nivel de evidencia científica Ib).<sup>1</sup>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 6.3.2. Psicoterapia de apoyo

No es tarea fácil encontrar una definición ampliamente aceptada de psicoterapia de apoyo y esto se debe fundamentalmente a la gran variedad de intervenciones englobadas dentro de este concepto que van desde el apoyo y el consejo en un marco no directivo y no estructurado, hasta entrevistas en las que el terapeuta sigue las pautas de la escucha activa y empática (haciéndose eco de lo que el paciente le dice y del sentimiento que lo acompaña), la actitud de cooperación y el manejo de crisis. El apoyo y el consejo son los componentes específicos de este tipo de terapia, pero también son tácticas frecuentes las sugerencias, las explicaciones y las aclaraciones.<sup>145</sup>

Se observa que gran parte de las intervenciones profesionales destinadas a personas con esquizofrenia contienen elementos de apoyo y que además, este tipo de elementos, están presentes en todas las modalidades de psicoterapia. De hecho se trata de una de las prácticas más habituales y constituye un pilar esencial de la actividad psicoterapéutica. La psicoterapia de apoyo se considera una modalidad de intervención especialmente adecua-

da para las personas con esquizofrenia debido al importante papel que desempeñan las actitudes de apoyo emocional de los profesionales en el tratamiento de estos pacientes.<sup>146</sup> La alianza terapéutica basada en el apoyo facilita la expresión de los sentimientos y la afirmación de las capacidades del paciente y contribuye de forma destacada a generar un contexto apropiado para la contención de sus ansiedades.<sup>9</sup>

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

Por todo ello, la limitada disponibilidad de otras intervenciones de probada eficacia y las preferencias de los pacientes deben tenerse en cuenta a la hora de las recomendaciones. Por otro lado, las relaciones de apoyo, la empatía entre la persona con esquizofrenia y los profesionales, y la escucha comprensiva desempeñan un papel importante en el desarrollo de la alianza terapéutica y son esenciales como parte de una buena práctica. De hecho, se trata de una de las prácticas más habituales, por lo que es posible encontrar elementos de apoyo en todos los tipos de psicoterapia (nivel de evidencia científica IV).<sup>9</sup>

<b>C</b>	Se recomienda desarrollar la alianza terapéutica a partir de una actitud de apoyo emocional y cooperación, ya que desempeña un importante papel en el tratamiento de las personas con esquizofrenia. <sup>9</sup>
<b>C</b>	La terapia de apoyo no es recomendable como intervención específica en el cuidado habitual de personas con esquizofrenia si otras intervenciones de eficacia probada están indicadas y disponibles. A pesar de ello, deben tenerse en cuenta las preferencias de los pacientes, especialmente si otros tratamientos psicológicos más eficaces no están disponibles. <sup>9</sup>

### 6.3.3. Psicoterapia psicodinámica

El tratamiento psicodinámico es una intervención que puede clasificarse como una de las terapias de conversación, en la que la relación entre la persona que busca el tratamiento y

el terapeuta conforma el componente principal de la terapia.<sup>148</sup> Se estructura en torno a sesiones regulares de terapia individual con un terapeuta experimentado o con un terapeuta bajo supervisión. Las sesiones de terapia deben basarse en el modelo psicodinámico o en el psicoanalítico, utilizando una gran variedad de estrategias que incluyen la actividad exploratoria dirigida al *insight* o la actividad de apoyo o directiva, aplicadas con flexibilidad, trabajando con la transferencia, pero con terapeutas que usan una técnica menos estricta que la utilizada en el psicoanálisis.<sup>3</sup>

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

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

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

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

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

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

**C** Los principios psicoanalíticos y psicodinámicos pueden ser de utilidad para ayudar a los profesionales a comprender la experiencia de las personas con esquizofrenia y sus relaciones interpersonales.<sup>3</sup>

### 6.3.4. Psicoeducación

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

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

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

Pekkala y Merinder realizaron una RSEC para evaluar la eficacia de las intervenciones psicoeducativas como un medio para ayudar a las personas con enfermedad mental grave cuando se incorporaban a la atención «estándar», en comparación con la eficacia de la atención «estándar». En esta revisión se incluyeron 10 ensayos clínicos controlados y aleatorizados centrados en psicoeducación para la esquizofrenia o enfermedades mentales graves. Se definieron las intervenciones psicoeducativas como programas individuales o grupales que tratan la enfermedad desde un punto de vista multidimensional que incluye perspectivas familiares, sociales, biológicas y farmacológicas. Se proporcionó a los

pacientes apoyo, información y estrategias de tratamiento. Se consideraron «breves» los programas de 10 sesiones o menos y «estándar» los programas de 11 o más sesiones. Se excluyeron de esta revisión las intervenciones que incluían elementos de entrenamiento conductual como las habilidades sociales o el entrenamiento en actividades de la vida diaria y la educación impartida por pares. Los autores concluyen que (nivel de evidencia científica Ia):<sup>10</sup>

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

Pitschel y colaboradores realizaron un estudio controlado y aleatorizado con 194 pacientes distribuidos según dos modalidades de tratamiento. En un grupo, los pacientes y sus familiares recibían psicoeducación durante un período superior a cuatro o cinco meses (programa psicoeducativo por separado que consistía en ocho sesiones). El otro grupo de pacientes recibía el cuidado «estándar». Los resultados se evaluaron a los 12 y a los 24 meses después de finalizar la intervención, y sugieren que una intervención relativamente breve de ocho sesiones de psicoeducación con implicación familiar sistemática en grupos simultáneos puede mejorar considerablemente el tratamiento de la esquizofrenia. La psicoeducación debería ser ofrecida a todos los pacientes y familiares como parte de los tratamientos habituales (nivel de evidencia científica Ib).<sup>153</sup>

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

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

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

<b>A</b>	Se recomienda implantar en los planes de tratamiento intervenciones psicoeducativas para pacientes y familiares de forma habitual. <sup>10</sup>
<b>C</b>	Se recomienda graduar la transmisión de información en función de las necesidades e inquietudes del paciente y su familia y de la fase de evolución del trastorno en que se encuentre el paciente. <sup>3</sup>

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

### 6.3.5. Intervención familiar

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

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

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

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

Los objetivos de la IF son:

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

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

La mayoría de los estudios publicados sobre la utilidad de los programas de IF en la esquizofrenia<sup>11-14,16,140,155</sup> demuestran la eficacia de los mismos en cuanto a la reducción de la proporción de recaídas e ingresos hospitalarios (nivel de evidencia científica Ia). La reducción de las recaídas es significativa durante los primeros 24 meses después del tratamiento; no obstante, no existen diferencias después de este período de tiempo. Además, en comparación con otros tratamientos, la IF reduce la posibilidad de recaídas en pacientes con síntomas persistentes después de 12 meses de tratamiento. También se ha demostrado una mejoría del ajuste global después de 12 meses de tratamiento, una mejoría de la adherencia al tratamiento y reducción de la carga familiar. Sin embargo, no hay evidencia científica de que se produzca una mejoría en los síntomas negativos y el funcionamiento social (nivel de evidencia científica Ia).<sup>155</sup>

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

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

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

Lo que sí parece claro es que, más que el tipo de intervención, lo que importa es la duración de la misma. Intervenciones breves no han resultado eficaces en la prevención de recaídas por lo que se recomiendan programas con un mínimo de seis meses de duración (nivel de evidencia científica Ia).<sup>3,11,12</sup> También es un factor importante la participación del paciente en la IF ya que si se le incluye disminuye significativamente la tasa de recaídas (nivel de evidencia científica Ia),<sup>3</sup> mientras que si éste no participa, la evidencia científica es insuficiente para determinar si disminuyen las recaídas (nivel de evidencia científica Ib).<sup>3</sup>

Otro elemento que también ha sido estudiado es la realización de la terapia con grupos multifamiliares o con una sola familia. Existe suficiente evidencia para afirmar que la eficacia de la intervención es similar si se realiza con familias separadamente o de forma grupal (nivel de evidencia científica Ia),<sup>3</sup> aunque ciertos trabajos afirman que los grupos multifamiliares podrían resultar más eficaces que los unifamiliares (nivel de evidencia científica Ib).<sup>1</sup> Otros estudios sostienen que durante el primer episodio son más eficaces los grupos multifamiliares.<sup>156</sup> No obstante, existe evidencia científica que las intervenciones grupales conllevan abandonos más precoces que las unifamiliares (nivel de evidencia científica Ia).<sup>3</sup>

En estudios de primeros episodios de psicosis no afectivas en tratamientos realizados por equipos de atención temprana (que integran tratamiento asertivo comunitario, grupos multifamiliares y entrenamiento en habilidades sociales) en relación al tratamiento estándar, los resultados para el equipo de atención temprana son mejores para la disminución de la carga familiar y la mejoría de la satisfacción con el tratamiento.<sup>157</sup> La selección de las familias en función de la EE supone una reducción eficaz de las recaídas a los 4–15 meses de seguimiento después del tratamiento. En este sentido, la inclusión del paciente en este tipo de intervención disminuye eficazmente las recaídas (nivel de evidencia científica Ia).<sup>3</sup>

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

<b>A</b>	Se recomiendan los programas de IF para la reducción de la carga familiar, mejoría del funcionamiento social del paciente y disminución del coste económico. <sup>11,12</sup>
<b>A</b>	Se recomienda aplicar la terapia de IF en pacientes moderada o gravemente discapacitados y, sobre todo, en los de larga evolución. En pacientes con inicio reciente de la enfermedad habrá que valorar cada situación de forma individualizada. <sup>11,12</sup>
<b>A</b>	Debe ofrecerse IF a las familias que convivan o estén en contacto con pacientes que sufren esquizofrenia, sobre todo de aquellos que han recaído o con riesgo de recaída y también en aquellos casos con sintomatología persistente. <sup>3</sup>
<b>A</b>	Se recomienda la IF de tipo psicoeducativo, basada en el manejo de la emoción expresada, para evitar recaídas y mejorar el pronóstico de la enfermedad (sus efectos se mantienen al cabo de 24 meses). <sup>11-16</sup>
<b>A</b>	Los programas deberán aplicarse en grupos de familiares de pacientes homogéneos teniendo en cuenta la emoción expresada y deberán incluir de una u otra forma al propio paciente, serán añadidos al tratamiento habitual y con una duración que nunca será inferior a seis meses para que resulte efectiva. <sup>11,12</sup>
<b>A</b>	Los pacientes deberían ser incluidos, siempre que sea posible, en las sesiones de IF ya que reduce significativamente las recaídas. <sup>3</sup>
<b>A</b>	Se recomienda la IF prolongada en el tiempo (más de seis meses) para reducir las recaídas. <sup>3</sup>

<b>A</b>	Los pacientes y sus familiares suelen preferir intervenciones de familia individuales en vez de las intervenciones de grupo multifamiliares. <sup>3</sup>
<b>A</b>	Los programas deberían incluir siempre información a las familias sobre la enfermedad junto con diferentes estrategias, como técnicas de afrontamiento del estrés o entrenamiento en resolución de problemas. <sup>17,18</sup>
<b>B</b>	Se recomiendan las derivaciones a redes sociales de pacientes y cuidadores. <sup>1</sup>
<b>B</b>	Los programas de IF deberían durar más de nueve meses e incluir características de compromiso, apoyo y desarrollo de habilidades, no simplemente información o conocimiento compartido. <sup>2</sup>
<b>C</b>	Se recomienda transmitir de forma gradual la información en función de las necesidades e inquietudes del paciente y su familia y de la fase de evolución del trastorno en que se encuentre el paciente. <sup>3</sup>

### 6.3.6. Rehabilitación cognitiva

Las personas con esquizofrenia sufren, en diferentes grados, dificultades cognitivas que afectan a sus capacidades de procesamiento de información, atención, memoria, funcionamiento ejecutivo y planificación. Los déficits cognitivos, a menudo, están relacionados con la sintomatología negativa y parecen tener implicaciones en su funcionamiento cotidiano, además de reducir el aprovechamiento de los recursos terapéuticos psicosociales.<sup>2</sup>

Las disfunciones cognitivas están presentes desde el inicio de la enfermedad.<sup>159</sup> Con base en la evidencia científica disponible se ha sugerido que los déficits cognitivos constituyen una característica fundamental de la esquizofrenia, hecho que justificaría su inclusión en los criterios diagnósticos de esta enfermedad (nivel de evidencia científica IV).<sup>160</sup>

El tratamiento de rehabilitación cognitiva se define como una intervención focalizada en los niveles más básicos de las funciones cognitivas (atención, memoria y funciones ejecutivas), que tiene como objetivo mejorar el rendimiento de dichas funciones específicas. Es un instrumento que posibilita una mejoría del funcionamiento cognitivo deficitario, una reducción del hipofuncionalismo cerebral, un aumento de la autonomía personal y una mejoría del funcionamiento psicosocial de los pacientes con esquizofrenia con mejor pronóstico.<sup>159</sup>

Existen diferentes tipos de intervenciones para la rehabilitación cognitiva, que pueden llevarse a cabo de manera individual y/o grupal y que implican, generalmente, una o varias de las tres estrategias siguientes:<sup>2</sup>

- Estrategias de restauración, en la que el objetivo es reducir el déficit cognitivo subyacente.
- Estrategias de compensación, que apunta a ayudar al paciente a compensar el déficit cognitivo.
- Estrategias ambientales, que consiste en utilizar estrategias en el entorno social del paciente, como por ejemplo recordatorios externos (etiquetas, objetos o instrumentos electrónicos), que avisen o recuerden las conductas requeridas en una determinada actividad social de la vida diaria<sup>20</sup> con el fin de disminuir el impacto del déficit cognitivo.

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

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

También se revisaron 26 estudios controlados y aleatorizados que incluyeron a 1.151 pacientes, en los que se evaluaron los efectos de rehabilitación cognitiva en la mejoría del rendimiento cognitivo, los síntomas y el funcionamiento psicosocial en la esquizofrenia. Los resultados indicaron que la rehabilitación cognitiva fortalece y mejoría el funcionamiento cognitivo en una amplia variedad de programas de rehabilitación cognitiva y de condiciones de los pacientes. El tamaño del efecto en ejecución cognitiva indica mejoras después de la rehabilitación cognitiva, y ésta se mantiene un promedio de ocho meses después de haber finalizado el tratamiento. Además, se observó que la rehabilitación cognitiva también tiene un importante efecto en la mejoría del funcionamiento psicosocial, a pesar de que éste es ligeramente inferior al efecto de la ejecución cognitiva. Cabe destacar que la mejoría del funcionamiento psicosocial es mayor en los estudios que ofrecen rehabilitación psiquiátrica y en los programas de rehabilitación cognitiva que incluyen entrenamiento en estrategias, instrucción y práctica (nivel de evidencia científica Ia).<sup>19</sup>

En cuanto a los síntomas propios de la enfermedad, el tamaño del efecto global de la rehabilitación cognitiva en la mejoría de los síntomas fue importante pero menor que el efecto sobre la ejecución cognitiva y el funcionamiento psicosocial.<sup>19</sup> Los síntomas negativos están relacionados con las áreas de funcionamiento diario; no obstante, no hay evidencia científica de la relación de los síntomas positivos con el nivel funcional (nivel de evidencia científica III).<sup>163</sup> Por otra parte, la relación entre síntomas y funcionamiento ejecutivo, revisada en algunos estudios, plantea que tanto los síntomas positivos como los negativos correlacionan con el nivel de funcionamiento ejecutivo.<sup>164</sup> Sin embargo, otras variables, como por ejemplo la duración de la enfermedad o el número de hospitalizaciones, no parecen incidir en dicho nivel.

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

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

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

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

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

Desde una visión global, la rehabilitación cognitiva basada sólo en métodos tradicionales no ha podido demostrar con claridad ningún efecto sobre el estado mental, funcionamiento cognitivo o adaptación social (nivel de evidencia científica Ia).<sup>161</sup> Sin embargo, la rehabilitación cognitiva aplicada en el entorno social del paciente ha demostrado ser eficaz en la adaptación social y la prevención de recaídas (nivel de evidencia científica Ib).<sup>20</sup>

Sobre estrategias ambientales, existe un único ECA que estudia la eficacia de esta intervención en la mejoría de la adaptación funcional y en la prevención de recaídas.<sup>20</sup> Los 45 pacientes incluidos en este estudio fueron asignados aleatoriamente a tres grupos de intervención: 1) medicación y seguimiento estándar, 2) medicación y seguimiento estándar más rehabilitación cognitiva en el entorno, 3) medicación y seguimiento estándar más visitas regulares igual que el anterior grupo ofreciendo objetos para su adaptación ambiental, pero que no tuvieran nada que ver con la rehabilitación cognitiva. Los resultados al cabo de nueve meses de terapia mostraron mejorías estadísticamente significativas en adaptación social. En cuanto a la reducción de recaídas, hubo también diferencias estadísticamente significativas: mostraban un 13% de recaídas en el grupo de rehabilitación cognitiva frente a un 33% en el grupo con medicación y seguimiento estándar y un 69% en el tercer grupo (nivel de evidencia científica Ib).

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

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

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

<b>A</b>	Se recomienda aplicar la terapia de rehabilitación cognitiva, en sus diversas modalidades, como técnica que mejora el funcionamiento cognitivo en una amplia gama de condiciones clínicas del paciente con esquizofrenia. <sup>19</sup>
<b>A</b>	Se recomienda aplicar la terapia de rehabilitación cognitiva en el entorno cotidiano del paciente con esquizofrenia. <sup>20</sup>

### 6.3.7. Entrenamiento en habilidades sociales

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

La intervención, que requiere una evaluación conductual de las habilidades interpersonales, puede ser grupal o individual y tiene como objetivos reducir el estrés y las dificultades en las relaciones sociales e incrementar las capacidades de afrontamiento de situaciones de interacción social. Para llevar a cabo este conjunto de intervenciones, se emplean técnicas conductuales o técnicas de aprendizaje que permiten a los pacientes adquirir unas habilidades instrumentales necesarias para las relaciones con los demás y el afrontamiento de los problemas en la vida comunitaria.

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

De acuerdo con el esquema descrito por Bellack y Mueser,<sup>171</sup> y referenciado por Bustillo y colaboradores,<sup>15</sup> 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.

Se ha podido determinar que el entrenamiento en habilidades sociales comporta mejores resultados en la interacción social y también en la sintomatología, el funcionamiento social y la calidad de vida, comparado con los cuidados estándares o con la terapia ocupacional.<sup>2</sup> Marder y colaboradores, en un ECA realizado a lo largo de 24 meses, observaron que en pacientes con esquizofrenia de inicio precoz se obtienen mejores resultados con técnicas de habilidades sociales que de apoyo. En pacientes sin déficits cognitivos, las diferencias respecto a la adquisición de habilidades se igualan a lo largo del tiempo (nivel de evidencia científica Ib).<sup>21</sup>

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

El **modelo de resolución de problemas sociales** también ha demostrado un efecto favorable sobre la mejoría de las habilidades sociales según una RSEC.<sup>15</sup> El efecto a largo plazo de este modelo ha sido estudiado mediante dos ensayos clínicos aleatorizados (nivel de evidencia científica Ib). Ambos estudios mostraron mejorías estadísticamente significativas al finalizar el seguimiento, en el primer estudio respecto a un mayor número de bienes materiales, mayores habilidades culinarias y mejor administración económica<sup>173</sup> y, en el otro, en dos escalas de adaptación social de un total de seis.<sup>21</sup> El entrenamiento en habilidades sociales, según el modelo de resolución de problemas, es eficaz en relación a la adaptación social y sus efectos se mantienen después de dos años (nivel de evidencia científica Ib).<sup>21</sup>

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

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

### 6.3.8. Entrenamiento en actividades de la vida diaria

Desde la terapia ocupacional, el pilar fundamental de la funcionalidad de las personas es la ocupación, que incluye las distintas actividades que una persona realiza a lo largo de su vida, para prepararse y desarrollar el rol que le es propio. Existen algunos modelos integrales que se utilizan en terapia ocupacional para evaluar, organizar y llevar a cabo la intervención como, por ejemplo, el modelo de ocupación humana de Gary Kielhofner, el modelo de adaptación a través de las ocupaciones de Reed and Sanderson y el modelo de las habilidades adaptativas de Anne Mosey.

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

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

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

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

Un documento de consenso especifica que los servicios de rehabilitación psicosocial deberían incluir entrenamiento en habilidades sociales y en AVD básicas e instrumentales, para mejorar las áreas del comportamiento relacionadas con el autocuidado, la competencia personal, la planificación económica, los hábitos de alimentación y de cuidado general de la salud, con el objetivo de aumentar la independencia y la autonomía en aspectos considerados básicos y cotidianos.<sup>27</sup>

**B**

El entrenamiento en las AVD, basado en la evidencia científica, debería estar disponible para pacientes que tienen dificultades con las tareas de funcionamiento cotidiano.<sup>2</sup>

### 6.3.9. Técnicas expresivas

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

sión mediante canales verbales o no verbales (expresión artística, musical o corporal) y diferenciadas en su finalidad y metodología de las actividades ocupacionales. Incluye modalidades terapéuticas como arteterapia, musicoterapia y técnicas de expresión corporal.

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

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

Investigaciones más recientes permiten recomendar la aplicación de técnicas expresivas (con independencia de la modalidad utilizada: arteterapia, musicoterapia, etc.) realizada por profesionales con formación especializada acreditada en pacientes con sintomatología negativa.<sup>178</sup>

### 6.3.10. Apoyo a la inserción laboral

La persona con esquizofrenia puede tener dificultades para el acceso al empleo. En la mayoría de los casos, estas personas desean encontrar un trabajo; sin embargo, existe un alto índice de desempleo en este sector de la población debido en gran parte al estigma social que provoca la enfermedad mental.<sup>27</sup> Los programas de rehabilitación laboral están dirigidos a pacientes que viven en la comunidad, no institucionalizados, que poseen un nivel suficiente de estabilidad psicopatológica, para darles apoyo en el desarrollo de itinerarios de inserción laboral. Cabe decir que esta modalidad de rehabilitación psicosocial depende en gran medida de los recursos y servicios de inserción laboral existentes y de trabajo en un determinado contexto.

Es importante señalar que el estar involucrado en un proceso de rehabilitación laboral parece tener consecuencias psicosociales positivas para el paciente e, indirectamente, también para su familia, ya que reduce la rehospitalización, y mejora el *insight*.<sup>1</sup> Se hace necesario, por ello, valorar la necesidad de trabajar de forma paralela con las familias, a nivel individual y grupal, para que puedan comprender y apoyar el proceso de rehabilitación laboral.

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

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

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

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

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

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

Las revisiones de la literatura científica sugieren que el apoyo laboral debiera ser continuo e integrado en un programa de rehabilitación psicosocial donde los afectados pudiesen contar con el apoyo de un equipo multidisciplinar.<sup>47,180</sup> Diversas RSEC han demostrado la eficacia del apoyo laboral en términos de obtención de un puesto de trabajo normalizado en pacientes moderada o ligeramente discapacitados y que estén en fase estable o de mantenimiento.<sup>24,25</sup>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El segundo estudio, identificado a través de una revisión reciente, es un ECA que también utilizó el programa de trabajo con apoyo asignando de forma aleatoria a 51 pacientes en la modalidad de trabajo/formación con apoyo o a la situación de control (programa de rehabilitación laboral más tradicional).<sup>22</sup> Se realizó el seguimiento durante 18 meses (6 meses de intervención y 12 meses de seguimiento). Los resultados fueron superiores en el grupo experimental (trabajo o estudios con apoyo), ya que el 93% de este grupo volvió a estudiar o trabajar durante los seis meses de intervención respecto al 50% del grupo control. En el período de seguimiento, el 93% se mantuvo estudiando o trabajando respecto al 55% del grupo control (nivel de evidencia científica Ib).

En esta misma revisión, se describió un estudio donde se comparó, entre otras cuestiones, el trabajo con apoyo con otro tipo de intervenciones de rehabilitación laboral o psicosocial. Dicho estudio concluyó, de nuevo, que el trabajo con apoyo es el mejor tipo de intervención posible para la obtención de un empleo normalizado y el éxito de esta inserción laboral (nivel de evidencia científica Ia).<sup>22</sup>

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

<b>A</b>	Se recomienda alentar a las personas con esquizofrenia a encontrar un puesto de trabajo. Los especialistas en salud mental deberían facilitarlos activamente y los programas específicos que incorporen esta intervención necesitarían ser ampliamente establecidos. <sup>1</sup>
<b>A</b>	Se recomiendan los programas de trabajo con apoyo para la inserción laboral de personas con esquizofrenia, ya que se obtienen mejores resultados en comparación con el resto de intervenciones de rehabilitación laboral. <sup>22,23</sup>
<b>A</b>	Se recomienda ofrecer apoyo laboral a los pacientes moderada o ligeramente discapacitados y que estén en fase estable o de mantenimiento. <sup>24,25</sup>
<b>C</b>	Los servicios de salud mental, en colaboración con el personal social y sanitario y otros grupos locales relevantes, deberían facilitar el acceso a las oportunidades de trabajo, incluyendo un abanico de modalidades de apoyo adaptadas a las diferentes necesidades y a las habilidades de las personas con esquizofrenia. <sup>3</sup>

### 6.3.11. Recursos de vivienda

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

- el punto de partida de la integración en tanto que la persona siente que pertenece y se identifica con la comunidad donde vive.
- salvaguardia de la privacidad

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

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

- **Vivienda autónoma:**

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

- **Ayuda domiciliaria:**

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

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

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

- **Residencia:**

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

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

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

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

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

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

En otro estudio se pone de manifiesto que el hecho de ir a vivir a una residencia para personas con trastorno mental favorece la mejoría en la calidad de vida de los residentes con una mayor estabilidad clínica, reduciendo el número de ingresos, el tiempo de estancia hospitalaria, y mejorando el nivel de vinculación a los recursos comunitarios (nivel de evidencia científica IIb).<sup>26</sup>

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

<b>B</b>	Se aconseja que los recursos de vivienda centren su atención en la interacción entre la persona atendida y su contexto, activando los recursos personales del individuo y los recursos comunitarios en aras de conseguir la máxima autonomía posible. <sup>26</sup>
<b>C</b>	Siempre que sea posible debería favorecerse la elección de aquellos recursos o lugares donde la persona desee vivir, atendiendo al derecho a contar con la oportunidad de hacerlo en un entorno lo más normalizado posible, articulando los programas de entrenamiento necesarios y ofreciendo el apoyo preciso para que pueda acceder y mantenerse en dicho entorno. <sup>27</sup>

## 6.4. Modalidades de atención y seguimiento intensivo en la comunidad

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

Ello ha hecho que en los últimos 40 años se hayan desarrollado diferentes modalidades de atención en la comunidad<sup>i</sup>, desde los equipos de salud mental comunitarios hasta otras modalidades de atención y seguimiento intensivo en la comunidad de carácter más

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

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

**A**

Se recomienda que los pacientes sean tratados en el entorno menos restrictivo posible y con posibilidades de ser seguro y permitir un tratamiento efectivo.<sup>4</sup>

### 6.4.1. Equipos de salud mental comunitarios

Los equipos de salud mental comunitarios han sido el modelo básico para el desarrollo de otros equipos más especializados. Se trata de equipos multidisciplinarios compuestos por enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos y psiquiatras, y ubicados en los centros de salud mental comunitarios. El tamaño de los equipos puede oscilar entre 10-12 personas hasta 20, dependiendo de si incluyen programas de intervención precoz, de intervención en crisis, atención domiciliaria, etc. Estos equipos presentan amplias diferencias en función de la organización sanitaria del contexto en el que actúan, aunque son consistentes a nivel internacional en cuanto a su función y objetivos.

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

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

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

**C**

Se recomienda asistencia ambulatoria en un centro comunitario de salud mental que ofrezca tratamiento farmacológico, terapia individual, de grupo y/o familiar, medidas psicoeducativas y un tratamiento individualizado de intensidad variable para los pacientes estables con discapacidad relativamente poco importante.<sup>28</sup>

Tyrer y colaboradores llevaron a cabo un metanálisis en el que se evaluó la efectividad de los equipos comunitarios de salud mental en el tratamiento de cualquier enfermedad mental grave.<sup>29</sup> En el metanálisis se incluyeron cuatro ensayos clínicos aleatorizados en los que se comparó el tratamiento en equipos de salud mental comunitarios con la asistencia convencional. Los resultados indicaron que el tratamiento en dichos equipos podía estar asociado con menos muertes por suicidio o con un menor número de personas insatisfechas con la asistencia que reciben y que, en consecuencia, abandonan el tratamiento (nivel de evidencia científica Ia).

**A** Se recomienda asistencia ambulatoria en un centro comunitario de salud mental a pacientes con trastorno mental grave ya que disminuye las muertes por suicidio, la insatisfacción con la asistencia y los abandonos de tratamiento.<sup>29</sup>

Malm y colaboradores realizaron un ECA que comparaba la eficacia de dos programas de atención comunitaria en Suecia para pacientes con trastorno mental grave. El primero ofrecía atención estándar y, el segundo, un plan de cuidados integrados (*Integrated care*), y la principal diferencia entre ambos era la inclusión del paciente en la toma de decisiones y el énfasis en su capacitación. El segundo demostró superioridad en la recuperación social de los pacientes y el grado de satisfacción (nivel de evidencia científica Ib).<sup>30</sup>

**A** Se recomienda atención comunitaria con un plan de cuidados integral a pacientes con trastorno mental grave, incluyendo al paciente en la toma de decisiones y poniendo énfasis en su capacitación para que mejore el grado de satisfacción del paciente y su recuperación social.<sup>30</sup>

## 6.4.2. Gestión de casos y tratamiento asertivo comunitario

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

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

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

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

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

- *Personal strengths model*
- Modelo de rehabilitación

- Gestión intensiva de casos.
- TAC.

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

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

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

El TAC es un modelo claramente definido:<sup>188</sup>

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

Ambas modalidades de atención, la GC y el TAC, van dirigidas a un perfil de pacientes con trastorno mental grave que presentan sintomatología deficitaria o negativa,<sup>191</sup> dificultades en la vinculación, hospitalizaciones repetidas,<sup>192</sup> mal cumplimiento terapéutico y a menudo otros problemas añadidos (marginalidad, drogas, problemas legales).<sup>193</sup>

**A** Se recomiendan programas de GC y de TAC para pacientes de alto riesgo, con historia de reingresos hospitalarios, difícil vinculación a los servicios habituales o sin techo.<sup>40</sup>

Marshall y Lockwood analizaron la efectividad del TAC como alternativa a la atención estándar en la comunidad, la rehabilitación tradicional en el hospital y la GC. Se incluyeron 17 ensayos clínicos aleatorizados, que compararon el TAC con las restantes modalidades de atención, en pacientes con trastorno mental grave de entre 18 y 65 años de edad. Las conclusiones señalaron que el TAC es un enfoque clínicamente eficaz para la atención de personas con trastorno mental grave en la comunidad. Correctamente dirigido a personas que requieren hospitalizaciones frecuentes, puede reducir sustancialmente los costos hospitalarios, mejorando el resultado y la satisfacción del paciente (nivel de evidencia científica Ia).<sup>194</sup>

**A** Se recomienda TAC a personas con trastorno mental grave entre 18 y 65 años, que requieren hospitalizaciones frecuentes para reducir sustancialmente los costes hospitalarios, mejorando el resultado y la satisfacción del paciente.<sup>194</sup>

**A** Se recomienda TAC para pacientes con alto riesgo de reingreso hospitalario y que no pueden continuar el tratamiento comunitario convencional.<sup>4</sup>

Marshall y colaboradores analizaron 11 ensayos clínicos aleatorizados que pretendían determinar la eficacia de la GC para la atención comunitaria de trastornos mentales graves. Se comparó con la atención estándar mediante cuatro indicadores: 1) casos en contacto con los servicios; 2) duración de las estancias hospitalarias; 3) resultado clínico y social, y 4) costos. Las conclusiones señalaron que la GC incrementó la vinculación a los servicios, duplicó los ingresos hospitalarios y aumentó las estancias, mejoró el cumplimiento terapéutico pero no presentó mejoría clínica significativa, ni del funcionamiento social o de la calidad de vida (nivel de evidencia científica Ia).<sup>31</sup>

**A** Se recomienda la GC para la atención comunitaria en pacientes con trastorno mental grave con vistas a incrementar la vinculación a los servicios y el cumplimiento terapéutico.<sup>31</sup>

Mueser y colaboradores analizan los resultados de 75 estudios de atención comunitaria para personas con trastorno mental grave en los que la esquizofrenia representa un 66% de los casos. Incluye 44 programas de TAC y 16 de gestión intensiva de casos. Los estudios controlados de ambos modelos indican que reducen el tiempo de hospitalización e incrementan la estabilidad en el domicilio, especialmente entre pacientes que son altos frecuentadores de servicios. Parecen tener un efecto moderado en la mejoría de la sintomatología y calidad de vida. Algunos estudios sugieren un efecto limitado en el funcionamiento social y laboral, detenciones y tiempo pasado en la cárcel (nivel de evidencia científica IIa).<sup>32</sup>

**B** Se recomiendan los programas de TAC y de gestión intensiva de casos en pacientes con esquizofrenia que frecuentan habitualmente los servicios.<sup>32</sup>

Los distintos estudios sobre la eficacia de la GC o el TAC para reducir las hospitalizaciones o el tiempo de estancia hospitalaria muestran a menudo resultados contradictorios. En una RSEC, realizada por Burns, se mostraba que cuando el consumo hospitalario de los pacientes con trastorno mental grave es alto, la gestión intensiva de casos puede reducirlo pero que es menos efectivo cuando dicho consumo es bajo (nivel de evidencia científica Ia).<sup>33</sup>

**A** Se recomienda la gestión intensiva de casos en pacientes con trastorno mental grave cuando éstos hacen uso de los servicios hospitalarios con la finalidad de reducir este consumo.<sup>33</sup>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

<b>C</b>	Se recomienda la gestión intensiva de casos y los servicios de apoyo comunitarios, además de la administración de psicofármacos y psicoterapia, para pacientes que presentan esquizofrenia de inicio precoz (anterior a los 18 años). <sup>34</sup>
----------	---

## 6.5. Monitorización del estado de salud y comorbilidad somática

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

Las personas con esquizofrenia presentan un mayor grado de comorbilidad física, estimándose que casi la mitad padecen algún trastorno médico, la mitad de los cuales no son detectados por el médico que los trata. Estas cifras, sin embargo, han sido descritas por estudios recientes como el de Carney y colaboradores que las incrementan hasta valores muy superiores, sugiriendo que el 70% de las personas con esquizofrenia sufre por lo menos de otro trastorno médico, y que el 33% padece tres o más trastornos de salud, entre los que se encuentran más frecuentemente la hipertensión, la EPOC y la diabetes. Por todo ello, la mortalidad prematura llega a ser cinco veces superior en este colectivo.<sup>199</sup>

Lambert recoge los problemas de salud más comunes (diabetes, hiperlipidemia, trastorno cardiovascular, obesidad, neoplasia maligna, sida, hepatitis C, osteoporosis, hiperprolactinemia, y otros trastornos físicos) encontrados en pacientes con trastornos mentales, relacionándolos con la condición psiquiátrica, la medicación y los estilos de vida (tabla 9).<sup>199</sup>

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

<p><b>Diabetes</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Riesgo incrementado, en pacientes con esquizofrenia, de desarrollar anomalías en la regulación de la glucosa, resistencia a la insulina y diabetes mellitus tipo 2.</li><li>▪ Factores del estilo de vida, como la dieta pobre y la conducta sedentaria, que empeoran el problema.</li><li>▪ Todos los agentes antipsicóticos (algunos de segunda generación más que de primera) aumentan la propensión a desarrollar diabetes.</li></ul> <p><b>Hiperlipidemia</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Se han asociado medicaciones antipsicóticas con el desarrollo de la hiperlipidemia (ambos relacionados con, e independientes del, aumento de peso).</li><li>▪ Algunos antipsicóticos típicos (p. ej. haloperidol) no tienen efecto en los lípidos; las fenotiazinas (p. ej. clorpromazina) tienden a aumentar los niveles de triglicéridos y reducen los niveles de alta densidad lipoproteica.</li><li>▪ Los antipsicóticos de segunda generación derivados de la dibenzodiazepina (p. ej. clozapina, olanzapina) se asocian con el aumento de niveles de glucosa en ayunas y lípidos, comparados con la risperidona.</li></ul> <p><b>Enfermedades cardiovasculares (hipertensión, arritmias)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Las personas con trastorno mental tienen más posibilidades de sufrir desórdenes cardiovasculares y respiratorios que el resto de la población.</li><li>▪ Los agentes antipsicóticos contribuyen al síndrome metabólico X (hipertensión, hiperlipidemias, hiperglicemia, resistencia a la insulina y obesidad).</li><li>▪ Factores del estilo de vida (tabaco, alcoholismo, dieta pobre, falta de ejercicio) contribuyen a aumentar el riesgo de problemas cardíacos.</li><li>▪ La mortalidad debida a cardiopatías isquémicas, arritmias cardíacas e infartos de miocardio es superior en personas con trastorno mental.</li></ul>
---

#### Obesidad

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

#### Neoplasias malignas

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

#### Sida

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

#### Hepatitis C

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

#### Osteoporosis

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

#### Hiperprolactinemia

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

#### Otras enfermedades

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

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

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

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

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

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

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

De todo ello se deriva la necesidad de incorporar a la atención psiquiátrica de la esquizofrenia fórmulas de seguimiento, promoción de la salud y prevención de los trastornos que puedan desarrollarse desde la colaboración entre la atención primaria de salud, la atención especializada en salud mental y el sistema sanitario en su conjunto.

## 6.6. Estigma y discriminación

El estigma es el prejuicio que predispone a actitudes negativas hacia la persona con trastorno mental. Implica un conjunto de creencias erróneas, actitudes de rechazo social, temor y acciones excluyentes que dificultan los procesos de recuperación y aumentan el riesgo de exclusión social y de discriminación. Esta actitud aparece también entre los familiares (que a su vez la sufren), los profesionales y los mismos afectados (autoestigma). La tendencia a la negación de que se pueda padecer una enfermedad mental suele propiciar el rechazo a la petición de ayuda profesional y, en consecuencia, retraso en la detección, el diagnóstico y el inicio del tratamiento.

Los estereotipos más frecuentes son: peligrosidad y relación con actos violentos, responsabilidad sobre la enfermedad, incompetencia e incapacidad para tareas básicas de la vida, impredecibilidad de sus reacciones y falta de control. El estigma se mantiene por el desconocimiento y por creencias y prejuicios muy arraigados en la población, por lo que conlleva una fuerte resistencia a la argumentación lógica. Los medios de comunicación pueden contribuir poderosamente a su mantenimiento o bien a contrarrestar la dimensión del problema.<sup>202</sup>

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

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

Hay datos favorables en cuanto a eficacia en reducción de la estigmatización de campañas educativas a escala local, de campañas con segmentación de la audiencia y de campañas que aumentan el contacto con los afectados, ya que el conocimiento personal de la enfermedad mental se asocia con una mayor tolerancia.<sup>203</sup> Sin embargo, no se han encontrado estudios sobre iniciativas para reducir la estigmatización y la discriminación ligadas al trastorno mental, que permitan elaborar recomendaciones bien fundamentadas. Muchas intervenciones tienen un carácter muy local y por ello poco generalizable. Siguiendo el documento de consenso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, se sugiere establecer, de acuerdo con las pruebas disponibles, las intervenciones más efectivas para fomentar la integración y reducir el estigma de las personas con enfermedades mentales, que puedan dirigirse a profesionales de la salud, de la comunicación, de la educación y escolares, empresarios y agentes sociales, policía local y cuerpos de seguridad, asociaciones de personas con trastornos mentales y sus familiares, y proponer formatos de formación al respecto para estos distintos grupos.