

## 7. Tratamiento según fases del trastorno y situaciones especiales

En la primera versión de esta GPC se dividieron las fases de la esquizofrenia en fase aguda, de estabilización y estable, y se hizo un apartado especial para la esquizofrenia en la infancia y adolescencia. Asimismo, se introdujo una parte de primeros episodios en la que se recogieron las nuevas líneas de investigación en las fases precoces de la psicosis. Con posterioridad, estas investigaciones han tenido un gran desarrollo, que ha promovido la puesta en funcionamiento de numerosos programas específicos en diferentes lugares del mundo: Australia y Nueva Zelanda, Canadá, Gran Bretaña, Países Nórdicos, Holanda, Alemania y también en España. Esto ha propiciado que cada vez haya mayor evidencia científica de los beneficios potenciales de la intervención precoz en la psicosis. Así pues, a esta fase que incluye el período anterior a la aparición del primer episodio psicótico y abarca hasta los primeros cinco años de evolución del trastorno se le conoce actualmente con la denominación de fases precoces de la psicosis o fase de la psicosis incipiente, y se ha constatado que puede contribuir a:<sup>206</sup>

- Evitar el deterioro biológico, social y psicológico que, por lo general, puede producirse en los años siguientes al comienzo del trastorno psicótico.<sup>207</sup>
- Disminuir la comorbilidad.
- Favorecer una recuperación más rápida.
- Mejorar el pronóstico.
- Ayudar a la conservación de las habilidades psicosociales.
- Conservar el apoyo familiar y social.
- Disminuir la necesidad de hospitalización.

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

### 7.1. Fases precoces de la psicosis:

- 7.1.1. Fase de estado mental de alto riesgo
- 7.1.2. Fase de primer episodio psicótico
- 7.1.3. Fase de recuperación y período crítico

### 7.2. Fases de la esquizofrenia:

- 7.2.1. Fase aguda
- 7.2.2. Fase de estabilización
- 7.2.3. Fase estable

## 7.1. Fases precoces de la psicosis: psicosis incipiente

La evolución del trastorno en estas fases y la demora en su tratamiento puede derivar en una alteración en las circunstancias vitales, como fracaso escolar y laboral, autoagresiones, cambios en las relaciones interpersonales, conflictos intrafamiliares, etc. Estas alteraciones pueden producir lo que se denomina «toxicidad psicológica», cuyos efectos pueden limitar el nivel posterior de recuperación del trastorno, aunque después, en el momento de presentar el primer episodio psicótico, se haya tratado de forma eficaz.<sup>208,209</sup>

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

### 7.1.1. Fase de estado mental de alto riesgo

Esta fase, también llamada fase de alto riesgo de desarrollar psicosis o fase de manifestaciones iniciales prodrómicas, se caracteriza por una desviación del funcionamiento emocional, cognitivo, conductual o social, y por la presencia de pródromos inespecíficos.

Anteriormente, el concepto de pródromo se utilizaba como elemento precursor y predictor de la evolución a psicosis. Yung y colaboradores plantean un cambio conceptual, sustituyendo la noción de pródromo por la de Estado mental de alto riesgo (EMAR).<sup>210</sup> Desde esta perspectiva, el pródromo inicial de psicosis pasa de ser visto como una forma atenuada de psicosis a valorarse como factor de riesgo para su desarrollo, especialmente si se combina con otros factores de riesgo propios del trastorno (p. ej.: antecedentes familiares), que no conduce indefectiblemente a la psicosis. Esto permite explicar los habituales cambios que se producen en la sintomatología de esta fase, que contribuyen a su inestabilidad diagnóstica característica.

Como se describe en el apartado 4, el grupo de investigadores de Melbourne (Yung, McGorry y colaboradores) han establecido tres subtipos de estados mentales de alto riesgo: 1. presencia de síntomas psicóticos atenuados (subumbrales); 2. historia de síntomas psicóticos breves y limitados (*brief limited intermittent psychotic symptoms*), y 3. historia familiar positiva de psicosis y disminución persistente del nivel funcional previo.<sup>211</sup>

El concepto de intervención prepsicótica es controvertido en cuanto que puede llevar a considerar como prodrómicos síntomas presentes en personas que no llegarán a desarrollar un trastorno psicótico, lo que se denomina «falso positivo». No obstante, muchas personas necesitarán tratamiento para sus síntomas atenuados, incapacitantes o perturbadores, independientemente del diagnóstico a largo plazo. Se denomina duración del trastorno no tratado -*Duration of Untreated Illness* (DUI)- al período de trastorno sin tratar, previo a la aparición de un episodio psicótico. Una parte importante de la discapacidad asociada a los trastornos psicóticos se establece y se acumula en esta fase que puede durar entre dos y cinco años.<sup>212</sup>

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

Para ello, se han aplicado diferentes tipos de tratamiento: combinación de tratamientos psicológicos (terapias cognitivo-conductuales, de apoyo, psicodinámicas) y farmacológicos (con antipsicóticos, antidepresivos, ansiolíticos) en el contexto de servicios tradicio-

nales o de programas y servicios específicos de atención temprana. Los tipos de estudio realizados tienen diversas metodologías: estudios prospectivos, controlados, aleatorizados y otros.

Parece estar justificado el hecho de ofrecer a aquellas personas que reúnan criterios de alto riesgo, por lo menos, un tratamiento psicosocial inicial que incluya las nuevas terapias cognitivas, que pretenden aliviar la angustia e incapacidad de los jóvenes, con tratamiento farmacológico sintomático, con antidepresivos o ansiolíticos. Se ha discutido la información que, sobre el nivel de riesgo de padecer una psicosis futura, debería facilitarse al paciente y a la familia. Funciona bien un enfoque abierto, caracterizado por la exploración y guiado por la necesidad de saber del paciente y familia, especialmente cuando muchos de ellos son conscientes del riesgo y están preocupados. Por lo general, se debería transmitir una actitud firme y optimista respecto al tratamiento y posibilidad de recuperación en la esquizofrenia y la psicosis (nivel de evidencia científica IV).<sup>213</sup> Aunque no hay que olvidar que sólo entre un 33 y un 58% aproximadamente de esta población hará una transición a la psicosis<sup>214</sup> y que aún no están bien establecidos la intensidad, tiempo y duración de la intervención. Por lo tanto, cualquier intervención no debe ir dirigida a la interpretación de los síntomas como pródromos sino a señalar que existe un riesgo para la psicosis. El tratamiento se dirigirá al sufrimiento y síntomas presentes (por ejemplo, depresión, ansiedad e insomnio, entre otros) y se realizará un seguimiento estrecho de la evolución. Se trabajará sobre los factores estresantes que podrían exacerbar la sintomatología, para modificarlos o evitarlos, cambiando la percepción amenazante de éstos y disminuyendo las reacciones fisiológicas acompañantes. El tratamiento específico para la psicosis (por ej., medicación antipsicótica, educación sobre la psicosis) debería iniciarse sólo al emerger la psicosis franca.<sup>215</sup> Se mantiene un debate ético sobre la conveniencia o no de instaurar tratamiento en pacientes en los que la psicosis no está establecida.

Los principales resultados de los estudios en esta fase son:

- Hay individuos con riesgo más alto de psicosis (nivel de evidencia científica Ib;<sup>216,217</sup> nivel de evidencia científica III<sup>218,219</sup>).
- La revisión de la evidencia científica disponible demuestra que los resultados de los tratamientos farmacológicos y psicológicos son superiores que el placebo o la simple supervisión en conseguir demorar la transición a la psicosis (nivel de evidencia científica Ia;<sup>8</sup> nivel de evidencia científica Ib.<sup>216</sup>)
- Por otra parte, los programas específicos de atención temprana obtienen mejores resultados que los tratamientos inespecíficos: disminuyendo o retrasando la transición a psicosis, mejorando la sintomatología prepsicótica y previniendo el declive o estancamiento social (nivel de evidencia científica Ib;<sup>216,217,220,221</sup> nivel de evidencia científica III.<sup>218</sup>)

<b>A</b>	Se recomiendan programas específicos de atención temprana ya que pueden disminuir y/o retrasar la transición a la psicosis. <sup>8,216</sup>
<b>B</b>	Se recomiendan programas específicos de atención temprana para mejorar la sintomatología prepsicótica y prevenir el declive o estancamiento social. <sup>216-218,220,221</sup>
<b>C</b>	Se recomienda realizar una aproximación cuidadosa a la sintomatología y sufrimiento presente, tanto con el paciente como con la familia con una actitud empática y esperanzadora. <sup>213</sup>

<b>C</b>	Se recomienda desarrollar programas de atención temprana con intervenciones integrales farmacológicas (en función de la sintomatología) y psicosociales (tratamiento psicológico, intervenciones familiares y de apoyo a la recuperación). <sup>222</sup>
<b>C</b>	La medicación antipsicótica no debería ser prescrita de forma habitual a menos que haya un rápido deterioro, que exista un alto riesgo de suicidio y no haya resultado efectivo el tratamiento con cualquier antidepresivo o que la agresión u hostilidad vaya aumentando poniendo en riesgo a otros. <sup>42</sup>

### 7.1.2. Fase de primer episodio psicótico

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

Entre el inicio del trastorno psicótico y su reconocimiento e intervención terapéutica se observó que transcurrían períodos de tiempo muy largos a los que se denominó duración de la psicosis no tratada (DUP).<sup>212</sup>

Los objetivos del tratamiento en esta fase son:<sup>213,222</sup>

- Proporcionar una relación terapéutica de apoyo.
- Transmitir esperanza a los pacientes y familia.
- Introducir la idea de trastorno.
- Ayudar a los pacientes a que acepten la medicación.
- Requerir el soporte de la familia y ofrecerle apoyo.
- Impedir el daño del paciente hacia sí mismo o a los demás.
- Reducir la sintomatología psicótica y la asociada.
- Controlar las conductas alteradas.
- Intentar la recuperación del nivel funcional previo.
- Ofrecer tratamiento en el ámbito menos coercitivo y restrictivo posible.

Las principales intervenciones en la fase aguda de un primer episodio van dirigidas a proporcionar apoyo y psicoeducación, y están centradas en ocuparse de los problemas inmediatos al inicio del tratamiento en lugar de centrarse en los traumas del pasado de los pacientes o en la disfunción familiar. El apoyo requiere transmitir esperanza, respeto y empatía reconocible por el paciente. El primer paso del tratamiento es construir una alianza terapéutica. Una vez conseguida, la terapia de apoyo se basa en un abordaje psicoeducativo sincronizado y adecuado a la capacidad de comprensión del paciente. Todo ello da al paciente esperanza y sentimiento de un mayor control sobre el trastorno.<sup>213</sup>

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

- Es importante tratar el trastorno para reducir la DUP, dado que la evidencia científica disponible ofrece mejores resultados. En este sentido, el retraso en el inicio

del tratamiento está asociado al no reconocimiento de los síntomas prodrómicos y primitivos de la psicosis (nivel de evidencia científica III)<sup>223</sup> y a la poca accesibilidad a los equipos de tratamiento (nivel de evidencia científica Ib).<sup>224</sup>

- La menor duración de la DUP se ha asociado con (nivel de evidencia científica Ib):<sup>225</sup>
  - . Mejor respuesta a los antipsicóticos
  - . Mejor funcionamiento global (medido con GAF o GAS)
  - . Mejor funcionamiento social y vocacional
  - . Mayor probabilidad de alcanzar criterios de respuesta
  - . Mayor calidad de vida
- Una DUP más larga se ha correlacionado con mayor gravedad de síntomas negativos y con una disminución de materia gris constatada en un estudio con imágenes volumétricas en RNM. No se han encontrado correlaciones con el riesgo de recaídas y alteraciones neurocognitivas (nivel de evidencia científica Ib).<sup>225</sup>
- La TCC muestra más beneficios que los cuidados estándar en la prevención de la progresión de la psicosis en la intervención precoz disminuyendo la prescripción de medicación antipsicótica y reduciendo los síntomas (nivel de evidencia científica Ia).<sup>8</sup>
- Un estudio sobre pacientes que han presentado un primer episodio psicótico, la psicoterapia psicodinámica de apoyo o una intervención integrada con tratamiento asertivo comunitario y tratamiento en grupo multifamiliar, ofrece mejores resultados al año de tratamiento, medidos en la escala GAF, que el tratamiento estándar, pero las diferencias no son estadísticamente significativas (nivel de evidencia científica IIa).<sup>152</sup>
- En estudios de primeros episodios de psicosis (no afectivas) el tratamiento de equipos de atención temprana, que integran tratamiento asertivo comunitario, grupos multifamiliares y entrenamiento en habilidades sociales, en comparación con el tratamiento estándar, obtiene mejores resultados en disminución de la carga familiar y en satisfacción (nivel de evidencia científica Ib).<sup>152</sup>
- Otro estudio ECA en el que se compara la intervención de un equipo de atención temprana versus cuidados estándar, los resultados son mejores para el grupo de intervención en funcionamiento social y vocacional, satisfacción, calidad de vida y adherencia a la medicación (nivel de evidencia científica Ib).<sup>137</sup>
- Asimismo en una revisión de estudios de primeros episodios de psicosis en la que se comparan programas multielementos (que incluyen, además de tratamiento farmacológico, TCC o de apoyo) con los tratamientos estándar aparecen beneficios en los primeros en relación a reducción de síntomas, menos días de hospitalización, mejor adaptación a la enfermedad, menor riesgo de suicidio y mejor valoración subjetiva de calidad de vida (nivel de evidencia científica Ib).<sup>142</sup>
- Se aconseja proporcionar asistencia ambulatoria a las personas en fases tempranas de psicosis usando estrategias de servicios lo menos restrictivas y coercitivas posibles: desarrollando estrategias para minimizar el uso de tratamientos involuntarios en la psicosis temprana (p. ej., intervención domiciliaria, entorno residencial alternativo), servicios hospitalarios centrados en los jóvenes y divididos en «clases» de

forma rutinaria, programas de día para jóvenes, instalaciones residenciales orientadas hacia las personas jóvenes para que los jóvenes con psicosis puedan vivir de forma independiente (nivel de evidencia científica IV).<sup>222</sup>

### Intervención farmacológica en un primer episodio psicótico

El estado actual de la investigación sobre intervención farmacológica en el primer episodio psicótico no muestra evidencia científica suficiente para pautar un antipsicótico de primera o segunda generación, si bien algunos estudios parecen mostrar que pudiera existir mayor adherencia en el uso de antipsicóticos de segunda generación, y mayor abandono en los de primera.<sup>112,121,122,124,226</sup>

<b>A</b>	Si no se produce respuesta al tratamiento o hay baja adherencia o riesgo persistente de suicidio, se recomienda el uso de clozapina <sup>1</sup>
<b>A</b>	Iniciar la administración de antipsicóticos de segunda generación a dosis bajas. <sup>1</sup>
<b>C</b>	Se recomienda un período de 24 a 48 horas de observación sin recurrir a los antipsicóticos, pero con opción de utilizar benzodiazepinas para la ansiedad y los trastornos del sueño. <sup>1</sup>
<b>C</b>	Si se produce respuesta al tratamiento, mantenerlo durante 12 meses, y si remite la sintomatología disminuir gradualmente durante algunos meses con un seguimiento cercano. <sup>1</sup>
<b>C</b>	Si no se produce respuesta al tratamiento, evaluar las causas. Si hay baja adherencia, analizar los motivos, optimizar las dosis, ofrecer ayuda para mejorar el cumplimiento. <sup>1</sup>
<b>C</b>	Si no se produce respuesta al tratamiento, cambiar a otro antipsicótico de segunda generación y valorar el resultado durante seis a ocho semanas. <sup>1</sup>
<b>C</b>	Si se están utilizando antipsicóticos de segunda generación y se producen efectos adversos, se podría considerar cambiar a un agente de primera generación. <sup>1</sup>

### Intervención psicosocial en un primer episodio psicótico

<b>A</b>	Se recomienda la TCC para la prevención de la progresión de la psicosis en la intervención precoz, reduciendo la prescripción de fármacos y la sintomatología. <sup>8</sup>
<b>A</b>	Se recomienda en primeros episodios de psicosis (no afectivas) tratamientos en equipos de atención temprana o de programas multielementos. <sup>137,142,157</sup>
<b>C</b>	Se recomiendan campañas informativas para ayudar al reconocimiento de síntomas prodrómicos en la población general, médicos de cabecera y profesionales en contacto con la población de riesgo. <sup>222</sup>
<b>C</b>	Se recomiendan equipos de detección muy accesibles para disminuir la DUP y los resultados que de ello derivan. <sup>42</sup>
<b>C</b>	Atención desde los ámbitos menos restrictivos y coercitivos posible, y a la vez seguros para paciente y familia. <sup>222</sup>
<b>C</b>	Se recomiendan intervenciones familiares de apoyo en función de sus necesidades. <sup>138</sup>

---

C

Se recomienda la gestión intensiva de casos y servicios de apoyo comunitarios además de la administración de psicofármacos y psicoterapia para algunos pacientes que presentan esquizofrenia de inicio precoz.<sup>34</sup>

---

### 7.1.3. Fase de recuperación tras el primer episodio

Es una fase de alta vulnerabilidad que abarca de los tres a cinco años después de haber presentado un episodio psicótico, constituyendo el llamado período crítico.<sup>207</sup>

Está indicado un tratamiento óptimo y continuado durante este período crítico en que la vulnerabilidad alcanza su punto máximo y, en el cual, los factores personales, sociales y biológicos influyen en el futuro equilibrio entre trastorno y bienestar. Las recaídas son comunes durante los primeros años posteriores al comienzo del trastorno psicótico y la vulnerabilidad a las recaídas persiste aproximadamente en el 80% de los pacientes. Se incluye aquí la fase de restablecimiento del primer episodio y la de estabilización.

Los tratamientos psicológicos y psicosociales deben ser los elementos centrales en el período crítico y deberían emplearse para ayudar en la resolución de síntomas positivos y negativos persistentes, la gestión de la comorbilidad secundaria y la promoción de la recuperación y de una salud mental positiva. El trabajo de recuperación debe enfatizar la necesidad de encontrarle un sentido a la experiencia psicótica y desarrollar cierto «dominio» de la situación.<sup>206</sup>

El mayor grado de discapacidad se da durante los primeros años, pero a partir de entonces tiende a estabilizarse, con lo cual el nivel de funcionamiento conseguido dos años después del diagnóstico es un buen indicador del nivel de funcionamiento quince años después.

Sin embargo, los servicios suelen ofrecer una menor intensidad de tratamiento en los períodos que hay entre las fases agudas, lo que constituye un modelo poco adecuado para atender las necesidades de pacientes que se encuentran en el período crítico.

Los objetivos del tratamiento de esta fase son:

- Alcanzar fines académicos o laborales realistas.
- Desarrollar relaciones sociales y un normal desarrollo sexual.
- Apoyar para conseguir una vida independiente.
- Fomentar el establecimiento de valores personales e identidad.
- Proveer el apoyo adecuado a la edad para minimizar los efectos de la interrupción del trastorno en la vida del paciente y capacitarle para que afronte con éxito los retos que favorezcan su desarrollo.
- Limitar el sufrimiento y las repercusiones negativas de la conducta psicótica.
- Atender a las familias.
- Ser sensible a los factores que pudieran impedir el seguimiento adecuado del tratamiento, como son los efectos negativos que puedan generar una evaluación o procedimientos que generen rechazo, efectos adversos de las medicaciones, el estigma y otros impedimentos a una relación de colaboración.
- Ofrecer tratamiento para problemas asociados como tendencias suicidas, depresión, agresión, abuso de sustancias, déficits cognitivos, trastornos de ansiedad, en lugar de asumir que simplemente se trata de fenómenos secundarios.

- Reforzar el concepto de enfermedad biológica.
- Hacer hincapié en la necesidad de abstinencia de drogas y alcohol.
- Comprometer al paciente y la familia en un proceso de cooperación.
- Dar apoyo continuado para la adherencia al tratamiento.
- Ofrecer psicoeducación exhaustiva centrada en los síntomas positivos y negativos.
- Enseñar estrategias de afrontamiento.
- Facilitar las oportunidades para reducir el aislamiento social con tratamientos grupales.
- Ayudar a recuperar la autoestima.
- Proporcionar formación en habilidades sociales.

Diversos estudios apoyan la evidencia científica de que los programas de atención precoz a la psicosis frente a los abordajes tradicionales ofrecen mejores resultados en diversas áreas:

- En estos estudios, algunos utilizan la TCC como parte de su oferta terapéutica obteniendo los siguientes resultados a los 18 meses: mejor funcionamiento social, vocacional y calidad de vida, y aumento de la satisfacción del paciente y su adherencia a la medicación, pero no hay diferencias en mejoría de síntomas (nivel de evidencia científica Ib).<sup>137</sup>
- En un estudio donde se comparaba un equipo especializado versus el tratamiento estándar, se observó que el tratamiento integral mejoraba significativamente la situación laboral y de estudio. Sin embargo, se necesitaban dos años para obtener este tipo de beneficio. El estudio recomendaba mayor investigación en este sentido. Asimismo se apreciaba mejor estado global a los dos años (medido con el GAF) y mayor continuidad y vinculación al tratamiento (nivel de evidencia científica Ib).<sup>138</sup>
- En otro estudio donde se evaluaba la atención precoz con la combinación de diferentes tipos de tratamientos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la mejoría de los síntomas medidos en la escala PANSS y la The Calgary Depression Rating Scale (nivel de evidencia científica Ib).<sup>137</sup>
- Se constata la necesidad de promover estudios de investigación sobre los beneficios del tratamiento con equipos de atención precoz. Algunos autores recomiendan seguir una escala de fidelidad para que los estudios sean comparables, así como para evaluar los resultados de intervenciones específicas.<sup>138</sup>

Asimismo, hay evidencia científica de que los tratamientos psicosociales mejoran los resultados en el tratamiento del primer episodio psicótico en diversos ámbitos y pueden ayudar a la recuperación sintomática y funcional:

- La TCC y la terapia de apoyo implementadas precozmente proporcionan recuperación más rápida y reducen más los síntomas que la intervención estándar y pueden tener beneficios a largo plazo (18 meses) en los mismos (nivel de evidencia científica Ib).<sup>142</sup>
- Con la TCC se obtienen mejores resultados que con la intervención estándar en riesgo de suicidio, hospitalización, reducción de síntomas, adaptación a la enfermedad y calidad de vida (nivel de evidencia científica Ib).<sup>142</sup>

- Comparando la TCC con la terapia de apoyo y el tratamiento estándar, ésta protege frente a futuras recaídas en los siguientes 18 meses (nivel de evidencia científica Ib).<sup>227</sup>
- Los pacientes que reciben TCC tienen menos síntomas residuales que los que sólo recibieron tratamiento estándar (nivel de evidencia científica Ib).<sup>8</sup>
- La IF parece evitar rehospitalizaciones<sup>138,142</sup> y recaídas<sup>142</sup> y fomenta la tendencia a cumplir mejor con la medicación<sup>138</sup> (nivel de evidencia científica Ib).
- Los familiares y cuidadores desempeñan un papel crucial en el acceso a la asistencia por parte de los pacientes con un primer episodio de psicosis (nivel de evidencia científica III).<sup>223</sup>
- La psicoterapia psicodinámica, la cognitivo-conductual y la terapia de apoyo no psicodinámica, combinadas con tratamiento farmacológico, aportan mejoras en el funcionamiento global de los pacientes superiores al tratamiento farmacológico solo o combinado con otras intervenciones psicosociales. Los mejores resultados se dan en la psicoterapia dinámica y en la cognitivo-conductual (nivel de evidencia científica Ia).<sup>149</sup>

En el ámbito específico de la rehabilitación cognitiva, en el que la mayoría de la evidencia científica establecida hasta ahora se refiere a pacientes con esquizofrenia crónica, se apunta en recientes investigaciones la importancia de discriminar las diferentes áreas deterioradas en pacientes de primer episodio, ya que las funciones motoras y ejecutivas parecen menos deficitarias que la memoria y la atención en este perfil. Hay indicios de que puede conseguirse una notable recuperación y resolución de problemas y funciones ejecutivas en un período de un año de tratamiento (nivel de evidencia científica IV).<sup>169</sup>

En el ámbito de la inserción laboral de personas con primeros episodios hay evidencia científica que muestra que el empleo con apoyo es el método más efectivo y que mantiene los resultados de forma más estable en el tiempo. Desde esta orientación, cabe dar la misma importancia al ámbito educativo y de formación (nivel de evidencia científica IIB).<sup>184</sup>

El profesional dedicado a la rehabilitación laboral debe ayudar al paciente a buscar formación o trabajo, así como a poder mantenerlos (nivel de evidencia científica IIB;<sup>184</sup> nivel de evidencia científica Ib)<sup>22</sup>.

### Intervención farmacológica en la recuperación de un primer episodio psicótico

<b>A</b>	Si se producen recaídas, identificar las causas distinguiendo si son debidas a una baja o a pesar de una buena adherencia. Si se debe a la falta de adherencia, reinstaurar el tratamiento. <sup>1</sup>
<b>A</b>	Si es evidente la resistencia al tratamiento y se han utilizado dos agentes antipsicóticos, y al menos uno de ellos es de segunda generación, cambiar a clozapina. <sup>1</sup>
<b>B</b>	Si aparecen problemas de tolerancia con medicación de segunda generación, especialmente incremento de peso o síndrome metabólico, ofrecer el cambio a otro antipsicótico de segunda o primera generación. <sup>1</sup>
<b>C</b>	Si se está utilizando un antipsicótico de primera generación cambiar a uno de segunda si la respuesta no es óptima o si han aparecido problemas de tolerancia. <sup>1</sup>

<b>C</b>	Si el paciente ha recaído a pesar de una buena adherencia a un antipsicótico de primera generación, cambiar a uno de segunda. Si la sintomatología ha remitido, presenta buena calidad de vida, y no ha presentado problemas de tolerancia a la medicación convencional continuar con ésta. <sup>1</sup>
<b>C</b>	En última instancia puede considerarse el cambio a una medicación de primera generación depot. Sin embargo, los inyectables de segunda generación de larga duración pueden ser considerados como alternativa a la clozapina cuando se dé una baja o incierta adherencia, especialmente si el paciente manifiesta dicha preferencia. <sup>1</sup>
<b>C</b>	Si no se produce respuesta al tratamiento o hay baja adherencia con recaídas frecuentes, probar con antipsicóticos de primera generación depot a dosis bajas de 3 a 6 meses. <sup>1</sup>

### Intervenciones psicosociales en la recuperación de un primer episodio psicótico

<b>A</b>	Se recomiendan los programas de atención precoz a la psicosis frente a los abordajes tradicionales. <sup>137,138</sup>
<b>A</b>	Se recomiendan las intervenciones psicosociales en el tratamiento de primeros episodios. <sup>8,138,142</sup>
<b>B</b>	Se recomienda el empleo con apoyo como método más efectivo para promover la inserción laboral de personas con primeros episodios. <sup>184</sup>
<b>C</b>	Se recomienda la rehabilitación cognitiva en pacientes con déficits específicos, aunque el objetivo debería ser también los déficits funcionales relacionados. <sup>169</sup>
<b>C</b>	Se recomienda proporcionar una atención biopsicosocial intensiva y de calidad, de forma continuada y activa durante los años críticos posteriores al inicio de la psicosis, mejor desde programas especializados de atención temprana que incluyan además de farmacoterapia, psicoeducación, manejo de estrés, prevención de recaídas, solución de problemas, reducción de daños por consumo de sustancias, consejo de apoyo y rehabilitación social y laboral, así como intervención con la familia y terapia cognitiva. <sup>42</sup>

## 7.2. Fases de la esquizofrenia

A continuación, se presentan las directrices generales que hay que seguir en el tratamiento de la esquizofrenia según las fases descritas en el capítulo 4.2 de la GPC.<sup>4,47</sup>

### 7.2.1. Fase aguda (o crisis)

La fase aguda se caracteriza por un episodio psicótico agudo y en ésta se plantean los objetivos siguientes:

- Evitar que el paciente sufra lesiones.
- Controlar el comportamiento alterado.
- Disminuir la gravedad de la psicosis y los síntomas asociados.
- Identificar y resolver los factores que provocaron la aparición del episodio agudo.

- Recuperar con rapidez el nivel óptimo de funcionamiento.
- Establecer una alianza con el paciente y su familia.
- Formular planes de tratamiento a corto y a largo plazo.
- Poner al paciente en contacto con un servicio de asistencia posthospitalaria adecuado.

Se debe realizar a cada paciente un estudio diagnóstico inicial exhaustivo, que debe incluir una historia clínica psiquiátrica y médica general, una exploración física y un examen del estado mental. Pueden llevarse a cabo entrevistas sistemáticas con los miembros de la familia y otras personas que conozcan bien al paciente, dado que muchos pacientes son incapaces de explicar de manera fiable su historia clínica durante la primera entrevista. Para tener más información sobre el diagnóstico y la evaluación, ver el capítulo 5.1 de esta GPC.

Deben considerarse los factores que provocan recaídas de los síntomas como son el no cumplimiento del tratamiento con antipsicóticos, consumir sustancias y experimentar acontecimientos en la vida estresantes. No hay que olvidar que las recaídas son frecuentes en el curso natural de la enfermedad incluso cuando se sigue el tratamiento. Cuando se sospecha incumplimiento del tratamiento, se recomienda analizar los motivos y tenerlos en cuenta en el plan de tratamiento.

En esta fase, es importante prestar especial atención a la existencia de potencialidad suicida. Las tentativas suicidas anteriores, el estado de ánimo depresivo, y las ideaciones suicidas pueden ser factores pronóstico de una tentativa de suicidio posterior (nivel de evidencia científica Ib). Se recomienda realizar evaluaciones similares en cuanto a la posibilidad de comportamientos peligrosos y agresivos hacia otras personas.<sup>4</sup>

### Intervención farmacológica en la fase aguda

<b>B</b>	El tratamiento farmacológico debería iniciarse de forma inmediata, a no ser que interfiera con la evaluación diagnóstica, ya que el empeoramiento psicótico agudo se asocia con malestar emocional, alteraciones en la vida del paciente y un riesgo considerable de aparición de comportamientos que pueden ser peligrosos para él y los demás. <sup>4</sup>
<b>C</b>	Los pacientes y familiares deberían ser totalmente informados acerca de los beneficios y riesgos de la terapia farmacológica y consultados en la elección del agente antipsicótico; intérpretes o mediadores culturales deberían ser utilizados cuando fuera necesario. Cuando no fuese posible discutir ampliamente la opción con el paciente, tal y como sucede en algunos episodios agudos, la medicación de segunda generación oral debería ser el tratamiento de elección debido al menor riesgo de síntomas extrapiramidales. <sup>1</sup>
<b>C</b>	A la hora de elegir una determinada medicación antipsicótica se recomienda tener en cuenta la respuesta previa del paciente al tratamiento, el perfil de efectos adversos del mismo, las preferencias para una determinada medicación en función de la experiencia previa y la vía de administración prevista. <sup>228</sup> Las dosis recomendadas de antipsicóticos han sido descritas en las tablas correspondientes de esta GPC.

<b>C</b>	El principio clave es evitar el uso en primera instancia de medicamentos propensos a debilitar la adherencia futura debido a la aparición de efectos adversos. El objetivo inmediato no es sólo la reducción de la agresión, agitación y el riesgo sino también hacer que el paciente se sienta subjetivamente mejor y más calmado con una buena tolerabilidad. <sup>1</sup>
<b>C</b>	El primer paso del manejo clínico del tratamiento de la esquizofrenia resistente es establecer que los medicamentos antipsicóticos se han tratado de manera adecuada en términos de dosis, duración y adherencia. Otras causas de la falta de respuesta podrían ser consideradas en las evaluaciones clínicas, tales como el uso indebido de sustancias comórbidas, pobre adherencia al tratamiento, el uso simultáneo de otros medicamentos prescritos y la enfermedad física. <sup>3</sup>
<b>C</b>	Si los síntomas de la esquizofrenia no responden a los antipsicóticos de primera generación, el profesional de salud mental que los prescriba y los pacientes podrían considerar el uso de un antipsicótico de segunda generación previo a un diagnóstico de esquizofrenia resistente al tratamiento y un ensayo con clozapina. <sup>3</sup>

Es frecuente que se añadan otras medicaciones psicoactivas a los fármacos antipsicóticos cuando los pacientes siguen presentando síntomas psicóticos activos: litio, carbamacepina, ácido valproico y benzodiazepinas; sin embargo, la eficacia de estos tratamientos coadyuvantes no ha sido demostrada mediante ensayos clínicos aleatorizados.<sup>47</sup>

Además, las medicaciones coadyuvantes pueden utilizarse para potenciar la respuesta en pacientes que presentan una respuesta insuficiente (especialmente con síntomas afectivos), para reducir la conducta violenta, o en trastornos asociados a la esquizofrenia: antidepresivos si hay síntomas depresivos persistentes, benzodiazepinas si hay ansiedad o agitación (loracepam o clonacepam).

Se usan también medicaciones para el tratamiento de los síntomas extrapiramidales o de otros efectos adversos, su utilización depende de la gravedad e intensidad de éstos y de la consideración de otras posibles estrategias como la reducción de la dosis antipsicótica o el cambio de antipsicótico. En relación al uso profiláctico de medicación antiparkinsoniana, hay que tener en cuenta los siguientes factores: la tendencia de la medicación antipsicótica a causar efectos adversos extrapiramidales, las preferencias del paciente, los antecedentes de efectos adversos extrapiramidales, otros factores de riesgo (la distonía), y los factores de riesgo y posibles consecuencias de los efectos adversos anticolinérgicos.

<b>C</b>	Se recomienda que medicaciones como el litio, carbamacepina, ácido valproico o benzodiazepinas se reserven para los casos en que la clozapina no sea apropiada en pacientes resistentes al tratamiento, bien por falta de eficacia, efectos adversos, preferencia del paciente o por probable falta de cumplimiento del programa de vigilancia. <sup>25</sup>
----------	---

### Utilización de la TEC en la fase aguda

La 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 resistente y trastornos esquizoafectivos resistentes.<sup>125</sup>

Los datos existentes sugieren que se debe mantener el tratamiento antipsicótico durante y después de la TEC.

### Intervenciones psicosociales en la fase aguda

Las intervenciones psicosociales en esta fase van destinadas a reducir las relaciones, entornos o episodios de la vida que resultan sobreestimulantes o estresantes y a fomentar la relajación mediante comunicaciones y expectativas sencillas, claras y coherentes con un entorno estructurado y predecible, una baja exigencia funcional y unas relaciones de apoyo tolerantes y no exigentes con todos los profesionales que intervengan en esta fase de la enfermedad.

Es necesario alentar al paciente a colaborar con el psiquiatra en la elección y el ajuste de la medicación y los demás tratamientos. El psiquiatra debería iniciar una relación con los familiares, que suelen estar especialmente preocupados por el trastorno del paciente, su discapacidad, el pronóstico y la hospitalización. Se recomiendan las reuniones formativas que enseñan a la familia cómo afrontar la esquizofrenia, y la remisión a asociaciones de pacientes y de familiares.

Para los pacientes en fase aguda se constata cierta evidencia científica de que la TCC produce efecto con mayor rapidez que el tratamiento estándar, pero no sucede así cuando se compara con las intervenciones de apoyo.<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>

**A**

Se recomienda la TCC en fase aguda junto con los cuidados estándar para acelerar la recuperación y el alta hospitalaria.<sup>1</sup>

Además, cabe considerar en esta fase los aspectos siguientes:<sup>47,70</sup>

- El tratamiento en régimen ambulatorio, en caso de que la sintomatología que presenta el paciente tenga una intensidad abordable de forma ambulatoria, el paciente disponga de un entorno contenedor y tanto él como la familia lo prefieren.
- El tratamiento en régimen de hospitalización si existen varios factores: intensidad de la psicopatología, riesgo valorable de auto o heteroagresividad, patología médica general que desaconseje el abordaje ambulatorio, factores psicosociales o familiares.
- La posibilidad de ingreso en unidad de hospitalización total o parcial (hospital de día), en función de la evaluación del estado del paciente, la necesidad de tratamientos concretos, la función familiar, los apoyos sociales, las preferencias del paciente y su familia, y los recursos terapéuticos disponibles en su comunidad.

### 7.2.2. Fase de estabilización (o postcrisis)

La fase de estabilización o postcrisis corresponde a los 6-12 meses posteriores a un episodio agudo. Durante esta fase el paciente va recuperando su funcionalidad adaptándose a un entorno progresivamente más exigente.

Los objetivos del tratamiento en esta fase son:

- Reducir al mínimo el estrés sufrido por el paciente.
- Disminuir la probabilidad de recidiva y los síntomas.

- Reducir continuamente los síntomas y consolidar su remisión.
- Favorecer el proceso de recuperación.

Si el paciente ha requerido un ingreso hospitalario, una vez tenga el alta hay que evitar vacíos en la continuidad del tratamiento, concertando cita previa con el centro de salud mental correspondiente y ayudando al paciente a establecer objetivos realistas para evitar estrés o aumentar el riesgo de recidivas, sin una presión indebida para alcanzar un grado excesivo de función laboral y/o social.

### Intervención farmacológica en la fase de estabilización

<b>C</b>	Dado el riesgo de recidiva rápida en la fase de postcrisis, se recomienda evitar la supresión o la reducción prematura del tratamiento farmacológico antipsicótico instaurado en la fase aguda. La continuación del tratamiento durante uno o dos años después de una crisis debe discutirse, cuando sea adecuado, con el paciente y su familia. <sup>3</sup>
<b>C</b>	En pacientes con una remisión completa, la medicación antipsicótica debería continuar administrándose durante al menos 12 meses si es posible y, después, hacer un intento de retirada paulatina de la medicación durante un período de al menos varias semanas. Un cuidadoso seguimiento debería continuarse con la revisión de un especialista durante un período de 12 meses más allá de este y cualquier recaída debería ser rápidamente identificada y tratada. Los pacientes no deben ser derivados únicamente a la atención primaria sino que la atención sanitaria compartida es óptima en todas las etapas. <sup>1</sup>

### Intervenciones psicosociales en la fase de estabilización

En esta fase, las intervenciones psicosociales de apoyo deben ser menos estructuradas y dirigidas que en la fase anterior. Además, se propone iniciar educación sobre el curso y consecuencias de la enfermedad para pacientes y continuarla para familiares.

Según la literatura científica revisada, las recomendaciones sobre intervenciones psicosociales en esta fase pueden sintetizarse de la siguiente manera (ver el capítulo de Intervenciones psicosociales):

<b>A</b>	Se recomiendan los programas de educación sanitaria en esta fase ya que han resultado eficaces para la enseñanza del autocontrol de la medicación (tratamiento antipsicótico de mantenimiento, efectos adversos, etc.), autocontrol de los síntomas (identificación de signos iniciales de recidivas, prevención de éstas, y rechazo de drogas y alcohol), y habilidades sociales básicas. <sup>229-231</sup>
<b>A</b>	Se recomienda aplicar la TCC para el tratamiento de síntomas positivos y negativos resistente a los antipsicóticos. <sup>232</sup>
<b>A</b>	Se recomienda la TCC para el tratamiento de los síntomas positivos de la esquizofrenia, <sup>134</sup> 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> . <sup>7</sup>
<b>A</b>	Se recomienda la TCC como opción de tratamiento para incrementar la adherencia al tratamiento. <sup>7</sup>

<b>A</b>	Se recomienda la psicoeducación para pacientes ya que reduce el riesgo de recaídas, probablemente a través de la mejora de la adherencia, y aumento de la satisfacción del paciente con el tratamiento y mejora del conocimiento. <sup>1</sup>
<b>A</b>	Se recomienda aplicar la terapia de IF en pacientes moderada o gravemente discapacitados y sobre todo en aquellos de larga evolución. En pacientes con inicio reciente habrá que valorar cada situación de forma individualizada. <sup>11,12</sup>
<b>A</b>	Deberá ofrecerse IF a las familias que convivan o estén en contacto con pacientes que sufren esquizofrenia, sobre todo a aquellos que han recaído o con riesgo de recaída y también en aquellos casos con sintomatología persistente. <sup>3</sup>
<b>A</b>	Los programas de IF deberían incluir familiares de pacientes con diagnóstico homogéneo, donde el paciente participe y esté informado. La duración no debería ser inferior a seis meses. <sup>12</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 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 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>A</b>	Se recomienda aplicar el entrenamiento en habilidades sociales (según el modelo de resolución de problemas) a pacientes graves o moderadamente discapacitados, ya que es eficaz en relación a la adaptación social y sus efectos se mantienen después de dos años. <sup>21</sup>
<b>B</b>	Se recomiendan las derivaciones a redes sociales de pacientes y cuidadores ya que los grupos de apoyo son efectivos para el soporte a la familia. <sup>1</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 están disponibles o si el paciente expresa sus preferencias por este tipo de psicoterapia. <sup>9</sup>
<b>C</b>	Es recomendable la psicoterapia de apoyo centrada en la realidad, con objetivos realistas, para los pacientes moderadamente discapacitados y estables o intermitentemente estables. <sup>28</sup>

La continuidad de los servicios asistenciales es importante para evitar recaídas. En el caso de pacientes hospitalizados, se indica concertar una cita con un psiquiatra para la intervención ambulatoria. Si el paciente ha de vivir en una residencia extrahospitalaria, se sugiere una visita antes del alta hospitalaria.<sup>4</sup>

<b>B</b>	La adaptación a la comunidad puede facilitarse a través del establecimiento de objetivos realistas y sin excesiva presión para que el paciente obtenga un rendimiento laboral y social elevado. <sup>4</sup>
----------	--

A nivel extrahospitalario, se subraya la importancia de mantener cierto nivel de actividad para mejorar el funcionamiento social, y comunicar sensación de esperanza y progreso al paciente y la familia.<sup>4</sup>

### 7.2.3. Fase estable (o de mantenimiento)

Durante esta fase los pacientes pueden no presentar ningún síntoma o presentar síntomas tales como tensión, irritabilidad, depresión, síntomas negativos y de deterioro cognitivo. En algunos pacientes pueden persistir los síntomas positivos, pero en menor magnitud que en la fase aguda (el paciente puede presentar alucinaciones, ideas delirantes o alteraciones del comportamiento).

Los objetivos terapéuticos en esta fase consisten en:

- Mantener la remisión o control de síntomas.
- Conservar o mejorar la funcionalidad y calidad de vida.
- Tratar eficazmente el aumento de síntomas y recaídas.
- Continuar el seguimiento de los efectos adversos y adversos del tratamiento.

En esta fase hay que tener en cuenta en el empleo de fármacos antipsicóticos los siguientes aspectos:<sup>47</sup>

- Establecer un plan de tratamiento a largo plazo para reducir al mínimo los efectos adversos y el riesgo de recidiva.
- En pacientes con antecedentes de mal cumplimiento pueden ser de elección las presentaciones depot de acción prolongada, ya que estos pacientes tienden a presentar así una mejor evolución a largo plazo.
- La reducción significativa de la dosis de antipsicótico o su supresión pueden producir un empeoramiento casi inmediato.
- En otros pacientes, con síntomas psicóticos mínimos, la medicación puede tener un efecto profiláctico.
- La dosis de medicación de mantenimiento debe ser instaurada teniendo en cuenta que dosis demasiado altas pueden producir efectos adversos extrapiramidales (acinesia o acatisia) que pueden reducir la adaptación a la comunidad y reducir el cumplimiento del tratamiento.
- Durante el tratamiento crónico, una acinesia sutil puede manifestarse en forma de disminución del movimiento espontáneo, reducción de la conversación, apatía y dificultad en iniciar cualquier actividad. Es difícil de distinguir del deterioro negativo de la esquizofrenia o de los síntomas de la depresión.
- Dosis muy bajas de antipsicóticos pueden asociarse a un mayor cumplimiento, mejor estado subjetivo, y mejor adaptación a la comunidad, pero debe tenerse en cuenta el riesgo superior de recidiva y exacerbaciones más frecuentes de los síntomas esquizofrénicos.

Por otro lado, en este período, las intervenciones psicosociales son un complemento eficaz del tratamiento farmacológico. Pueden introducirse instrucciones psicosociales específicas como la reeducación respecto a las habilidades básicas de la vida cotidiana, el entrenamiento en habilidades sociales, la rehabilitación cognitiva y el inicio de rehabilitación laboral. Asimismo, es importante llevar a cabo educación sanitaria para el paciente y su familia respecto a los signos iniciales de recidiva.

Si el paciente está de acuerdo, es útil mantener contacto con las personas más próximas al paciente ya que tienen más posibilidades de detectar la aparición de síntomas, factores estresantes y acontecimientos que podrían aumentar las recaídas o interferir en la recuperación funcional.<sup>4</sup>

### Intervención farmacológica en la fase estable

<b>A</b>	La medicación coadyuvante es frecuentemente prescrita para las condiciones de comorbilidad en los pacientes de esquizofrenia en la fase estable. La depresión mayor y el trastorno obsesivo-compulsivo podrían responder a los antidepresivos. <sup>4</sup>
<b>C</b>	La retirada de la medicación antipsicótica debe llevarse a cabo de manera gradual mientras se realiza una monitorización regular de signos y síntomas que evidencien las recaídas potenciales. <sup>3</sup>
<b>C</b>	Idealmente y junto con el médico de atención primaria, debería realizarse al menos una vez al año una revisión física completa, que incluya peso, presión arterial, perfil lipídico, ECG, y un control de glucosa en sangre en ayunas. Deben llevarse a cabo cribados rutinarios del cáncer cervical y de mama en las mujeres. En pacientes mayores de 40 años, es importante preguntarse por síntomas nuevos, y pruebas de cribado para las formas comunes de cáncer. Si no es seguro que la atención primaria garantice la monitorización de este tipo, entonces debería ser llevado a cabo por el psiquiatra. <sup>1</sup>

### Intervenciones psicosociales en la fase estable

Tal como ya se ha expuesto a lo largo de la GPC, las intervenciones psicosociales que resultan efectivas en la fase de estabilización también lo son para la fase estable o de mantenimiento (ver capítulo de Intervenciones psicosociales) y además se tienen en cuenta las siguientes:

<b>A</b>	Se recomienda psicoterapia de apoyo para la resolución de problemas ya que reduce de forma significativa las recaídas y potencia la función social y laboral al añadirle a la medicación en pacientes tratados ambulatoriamente (nivel de evidencia científica Ia). <sup>233-235</sup>
<b>A</b>	Se recomienda la rehabilitación cognitiva en el entorno social del paciente ya que ha mostrado ser eficaz (a diferencia de la rehabilitación cognitiva tradicional) para la prevención de recaídas y la adaptación social. <sup>20</sup>
<b>A</b>	Se recomienda ofrecer apoyo laboral a los pacientes moderada o ligeramente discapacitados ya que ha mostrado ser eficaz en la obtención de un empleo normalizado. <sup>24,25</sup>
<b>A</b>	En pacientes con esquizofrenia de inicio precoz, se recomiendan técnicas de habilidades sociales, ya que se obtienen mejores resultados que con las técnicas de apoyo. <sup>21</sup>
<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 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>	Los mejores resultados en inserción laboral de personas con esquizofrenia se obtienen con los programas de trabajo con apoyo, en comparación con el resto de intervenciones de rehabilitación laboral. <sup>22,23,181</sup>
<b>B</b>	Las estrategias para combatir el estigma social y la discriminación de los enfermos mentales son más efectivas cuando la educación incluye el contacto con personas con esquizofrenia que explican su historia. <sup>2</sup>
<b>B</b>	El entrenamiento en las habilidades de la vida diaria en un formato basado en la evidencia debería estar disponible para pacientes que tienen dificultades con las tareas de funcionamiento cotidiano. <sup>2</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>

## 7.3. Situaciones especiales

En este capítulo se desarrollan algunas de las situaciones especiales que pueden estar relacionadas con el trastorno de la esquizofrenia, como son el uso de sustancias, el suicidio, la conducta violenta, los síntomas depresivos o los pacientes sin hogar. Para garantizar una intervención adecuada es necesario no sólo tratar los síntomas específicos de la esquizofrenia sino evaluar con atención las condiciones descritas.<sup>4,47</sup>

### 7.3.1. Trastornos relacionados con el uso de sustancias

Los trastornos relacionados con el uso de sustancias constituyen un factor de morbilidad importante cuando se producen de manera combinada con la esquizofrenia. Las estimaciones de la incidencia del uso de sustancias o la dependencia son del orden de hasta un 40% en los individuos con esquizofrenia y la incidencia a lo largo de la vida es aún mayor (de un 60% en algunos estudios).

Los trastornos relacionados con sustancias se asocian a períodos de hospitalización más frecuentes y prolongados, y a otros resultados negativos, como las personas sin hogar, la violencia, la encarcelación, el suicidio y la infección por el VIH.

<b>C</b>	Se recomienda que los objetivos del tratamiento en pacientes con esta patología asociada sean los mismos que para el tratamiento de la esquizofrenia sin patología asociada, pero añadiendo a éstos los objetivos relativos al problema del uso de sustancias, como por ejemplo, reducción del daño, abstinencia, prevención de recaídas y rehabilitación. <sup>47</sup>
----------	--

La presencia de un trastorno por uso de sustancias pasa desapercibida con frecuencia o es infravalorada en los individuos con esquizofrenia, en especial si el paciente es exami-

nado durante un episodio psicótico agudo. La información espontánea es con frecuencia poco fiable, por lo que debe buscarse una confirmación a partir de otras fuentes, como familiares y otros terapeutas que hayan intervenido.

Los análisis de laboratorio y los estudios de detección de sustancias pueden resultar útiles para detectar o sugerir un consumo de alcohol u otras sustancias. Muchos pacientes con esquizofrenia no presentan un síndrome de dependencia fisiológica asociado a la dependencia del alcohol u otra sustancia. En consecuencia, se recomienda a los psiquiatras que tengan presentes otros indicios de un posible abuso de sustancias en esta población, como pueden ser la marginalidad, la violencia, la falta de cumplimiento del tratamiento, las exacerbaciones sintomáticas frecuentes y los conflictos familiares y económicos.

Los efectos del uso de sustancias en los síntomas esquizofrénicos son diversos, y ello dificulta la distinción de los síntomas relacionados con el uso de sustancias de los debidos a la psicosis o a ambas cosas.

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

El disulfiram puede plantear cierto riesgo para los pacientes con esquizofrenia que abusan del alcohol, puesto que puede desencadenar un episodio psicótico. Dado que tiene unos efectos físicos nocivos cuando se toma con alcohol, sólo debe utilizarse en pacientes con un juicio razonablemente bueno, que cumplan el tratamiento y que tengan un adecuado contacto con la realidad.

La naltrexona es un fármaco que parece reducir el deseo de alcohol y se utiliza para tratar la dependencia de opiáceos, pero no se ha estudiado a fondo en pacientes con esquizofrenia. Serán necesarios nuevos estudios sobre el empleo de naltrexona en esta población.

El planteamiento terapéutico debe ser integrado y debe tener en cuenta los déficits cognitivos del paciente y la tolerancia limitada al estrés. En general, los grupos deben ser de apoyo y psicoeducativos. La duración y la frecuencia de las sesiones de grupo han de regularse en función del período de atención y la tolerancia de los pacientes. Los terapeutas deben mantener activamente la estructura del grupo y deben limitar el grado de estrés evitando la confrontación directa de los pacientes que es tradicional en los programas orientados al uso de sustancias.

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

Algunos estudios indican que los programas de apoyo y aceptación para estos pacientes proporcionan resultados mejores que los programas de confrontación dirigidos a los pacientes sólo con patología adictiva (nivel de evidencia científica Ib).<sup>47</sup>

El hecho de no haber alcanzado la abstinencia completa no debe ser un motivo de exclusión de las intervenciones recomendadas para los pacientes con esquizofrenia, ni tampoco de las recomendadas para pacientes con trastorno por uso de sustancias.

### 7.3.2. Esquizofrenia y suicidio

El suicidio es la primera causa de muerte prematura entre los pacientes con esquizofrenia. En comparación con la población general, la probabilidad de que las personas con esquizofrenia mueran por suicidio es nueve veces más elevada. Hasta el 30% de los pacientes con esquizofrenia lleva alguna tentativa de suicidio y entre el 4 y el 10% muere tras la tentativa. El porcentaje estimado de conducta suicida entre las personas con esquizofrenia oscila entre el 20 y el 40%.

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

Otros factores de riesgo específicos son, por un lado, la juventud, con una media de edad de 33 años, mientras que en la población general el mayor riesgo se sitúa después de los 65 años; y por otro, encontrarse en los seis primeros años siguientes a la hospitalización inicial, tener un coeficiente intelectual elevado, un curso crónico y con un deterioro progresivo con exacerbaciones, o una percepción de la pérdida de capacidades funcionales. Otros factores de riesgo adicionales son la presencia de ideas suicidas, las alucinaciones auditivas y el alta reciente del hospital.

<b>C</b>	Se recomienda aumentar la frecuencia de las visitas ambulatorias en pacientes con alta reciente del hospital, ya que constituye un período de vulnerabilidad del paciente. <sup>47</sup>
----------	--

Es posible que el mayor riesgo de suicidio en la esquizofrenia se produzca en la fase de remisión. La sintomatología depresiva asociada se caracteriza principalmente por desesperanza, empobrecimiento y deterioro cognitivo, más que por síntomas diagnosticables como depresión mayor.

Muchos pacientes presentan uno o varios de estos factores de riesgo, pero no se suicidan ni intentan suicidarse, mientras que otros pueden hacerlo de manera inesperada sin que existan indicios previos de riesgo importante. No es posible predecir si un paciente concreto se quitará la vida.

Generalmente, los suicidios tempranos coinciden con una clara conciencia de enfermedad incapacitante y tras la remisión de la sintomatología aguda. Los suicidios de aparición tardía coinciden con un deterioro especialmente social; generalmente son suicidios premeditados aunque pueden estar precipitados por algún acontecimiento estresante.

Una parte importante de los suicidios de pacientes con esquizofrenia se producen durante un período de remisión después de cinco a diez años de enfermedad, como reflejo al parecer de una percepción de desespero respecto a su propia patología que puede aparecer sin ningún signo de alarma. Los familiares deben conocer esta posibilidad. Incluso con la mejor de las asistencias posibles, una parte de los pacientes con esquizofrenia es probable que fallezcan por suicidio.

No obstante, es esencial evaluar el riesgo de suicidio inicialmente y de manera regular como parte de la evaluación psiquiátrica del paciente. Las ideas suicidas o las amenazas de suicidio deben evaluarse en el contexto de la historia clínica del paciente proporcionada por él mismo y por los familiares y el terapeuta actual, si ello es posible.

Algunos datos indican que tanto los antipsicóticos de primera generación como los de segunda pueden disminuir el riesgo de suicidio. No obstante, la clozapina es el que se ha estudiado con mayor profundidad, y se ha demostrado que reduce los porcentajes de suicidio y el comportamiento suicida persistente (nivel de evidencia científica Ib).<sup>4</sup>

<b>C</b>	Durante una hospitalización, es imprescindible adoptar precauciones para evitar el suicidio y controlar estrictamente a los pacientes suicidas. <sup>4</sup>
<b>C</b>	Los pacientes en los que se considera que existe un riesgo elevado de suicidio deben ser hospitalizados, y deben aplicarse las precauciones necesarias para evitarlo. Es importante optimizar el tratamiento farmacológico de la psicosis y la depresión, y abordar la tendencia suicida del paciente de manera directa, con un enfoque de empatía y apoyo. Debe haber una estrecha vigilancia de los pacientes vulnerables durante los períodos de crisis personal, modificaciones del entorno o períodos de dificultad o depresión durante el curso de la enfermedad. <sup>47</sup>

Un metanálisis de cuatro ensayos clínicos aleatorizados, ya comentado en el apartado de Modalidades de atención y seguimiento intensivo en la comunidad de esta GPC, evaluó la efectividad de los equipos comunitarios de salud mental frente a la asistencia convencional en el tratamiento de cualquier tipo de enfermedad mental grave. Uno de los resultados analizados fue el suicidio. Los resultados indicaron que el tratamiento con equipos comunitarios es superior en cuanto a una mayor aceptación del tratamiento, en la reducción de ingresos hospitalarios y en la evitación de muertes por suicidio (nivel de evidencia científica Ia).<sup>29</sup>

<b>A</b>	Se recomienda el tratamiento en equipos de salud mental comunitaria para los trastornos mentales graves para la reducción de las muertes por suicidio. <sup>29</sup>
<b>C</b>	En el momento del alta, debe aconsejarse al paciente y a sus familiares que se mantengan alerta para detectar los signos de aviso e inicien medidas de prevención si se repiten las ideas suicidas. <sup>4</sup>
<b>C</b>	Cuando un paciente ha sido dado de alta recientemente, se recomienda que siga las visitas ambulatorias con mayor frecuencia. Es posible que deba aumentarse el número de visitas cuando sufra crisis personales, cambios significativos en el entorno, aumentos del malestar o depresión que se agudiza durante el curso de su enfermedad. <sup>4</sup>

### 7.3.3. Conducta violenta

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

La identificación de los factores de riesgo para la violencia y las ideas violentas forma parte de la evaluación psiquiátrica estándar. En una valoración de un paciente que puede ser violento es esencial el empleo de precauciones de seguridad (personal adicional). Si un paciente plantea una amenaza grave para otras personas, el psiquiatra debe utilizar su propio criterio, en consonancia con las exigencias legales, para proteger a esas personas de un daño previsible. En los pacientes en los que existe un riesgo inminente de conducta violenta debe realizarse una evaluación para una posible hospitalización y, si está indicado, tomar precauciones al ingreso.

El tratamiento de la agresión puede realizarse a menudo con tratamiento conductual y mantenimiento en ámbito restringido. La medicación antipsicótica es el eje del tratamiento, pero también se ha descrito la utilidad de anticonvulsivantes, litio y propranolol a dosis altas, así como un posible efecto favorable de clozapina.

El tratamiento de urgencia de la violencia en la esquizofrenia puede incluir la sedación (con benzodiacepinas como el diacepam a dosis de 10-20 mg intramuscular,<sup>236</sup> o combinada con haloperidol 5 mg intramuscular), y un entorno con restricciones. La utilización de un entorno con restricciones debe ser una medida de urgencia aplicable cuando han fracasado otras menos restrictivas, y el paciente deberá ser visitado con la frecuencia necesaria para mantener la vigilancia adecuada a los cambios del estado físico o mental. La finalización de las restricciones puede ser gradual a medida que disminuye el riesgo de auto o heteroagresividad.

Según normas éticas<sup>j</sup>, las medidas de restricciones sólo pueden ser aplicadas si derivan de un plan terapéutico y se cumplen los siguientes criterios:

- Una indicación clínica individualizada y limitada en el tiempo.
- Una necesidad expresa de orden médica previa. En una situación de urgencia y en el caso de que enfermería emprenda alguna acción, se debe comunicar lo más rápido posible al médico de referencia para que dé su aprobación.
- Un carácter de excepcionalidad y con finalidad exclusivamente terapéutica, que se sustenta en el principio del beneficio de la persona.
- La medida anterior debe ser razonablemente efectiva y debe aportar muy claramente más beneficios que riesgos.
- No hay unas formas alternativas menos restrictivas para ofrecer a la persona el tratamiento que requiere.
- En ningún caso se podrán emplear como castigo o forma de control.
- En ningún caso no deben responder a razones extraclínicas, como por ejemplo para paliar una falta de personal.
- Las acciones se deben realizar por personal sanitario con nivel de conocimiento y formación suficientes.
- Al paciente se le tiene que facilitar una cuidada información previa, procurando en la medida de lo posible que dé el consentimiento. Se informará también a la familia y, a la vez, se intentará obtener su colaboración en el proceso de tratamiento.
- Las acciones se realizarán siempre tratando al paciente con la máxima dignidad y respeto, y vigilando la garantía de sus derechos constitucionales.

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

- La restricción debe basarse siempre en una disminución de la competencia mental del paciente debida a su estado psicopatológico. No es aceptable la idea de que se hace «por su beneficio» si su conducta es responsable y el paciente es competente.
- Las medidas restrictivas indicadas tienen que constar siempre en las órdenes médicas de la historia clínica.

### 7.3.4. Síntomas depresivos

Los síntomas depresivos se producen con frecuencia en el marco de la psicopatología de la esquizofrenia y son comunes en todas sus fases. Cuando se dan en la fase aguda de la enfermedad se ha de realizar un diagnóstico diferencial del trastorno esquizoafectivo. El diagnóstico diferencial tendrá en cuenta la influencia de los efectos adversos de los medicamentos antipsicóticos, las actitudes personales o el uso de sustancias. La adición de un antidepresivo durante la fase aguda debe efectuarse con precaución ya que se pueden exacerbar los síntomas psicóticos. Se debe realizar el tratamiento de forma secuencial.

Los síntomas depresivos que persisten después de la remisión de los síntomas psicóticos o que aparecen después de la remisión de éstos se denominan síntomas depresivos «residuales» o «secundarios» (postpsicóticos) y se ha demostrado que responden al tratamiento antidepresivo.

Al igual que ocurre con los síntomas negativos de un estado de déficit, la depresión secundaria debe diferenciarse de otros posibles trastornos causales:<sup>47</sup>

- Trastornos médicos generales.
- Trastornos inducidos por sustancias.
- Efectos adversos extrapiramidales de los antipsicóticos: acatisia y acinesia. Esta «depresión» puede desaparecer disminuyendo la dosis del antipsicótico o añadiendo un fármaco anticolinérgico.
- La desmoralización por el efecto de la enfermedad y reacciones «situacionales» de crisis personales o modificaciones del entorno que requieren de mayor vigilancia del enfermo y un enfoque de empatía y apoyo.

Algunos datos sugieren que los síntomas depresivos se reducen mediante el tratamiento con antipsicóticos, algunos ensayos comparativos han observado que los antipsicóticos de segunda generación podrían tener una eficacia mayor para tratar la depresión que los de primera generación (nivel de evidencia científica Ib). Sin embargo, cierta evidencia científica también sugiere que este aparente efecto antidepresivo podría estar relacionado con la baja probabilidad de efectos adversos neurológicos de los antipsicóticos de segunda generación (nivel de evidencia científica IV).<sup>4</sup>

<b>A</b>	Se recomienda tratar los síntomas depresivos preferiblemente con antipsicóticos de segunda generación. <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>
<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>

### 7.3.5. Pacientes sin hogar

La prevalencia de esquizofrenia entre los pacientes sin hogar varía, según los estudios y los contextos, de un 2 a un 43%; en España varía de un 18 a un 26%.<sup>237</sup>

Entre los pacientes con esquizofrenia, los factores de riesgo de quedarse sin hogar después del alta hospitalaria pueden ser, según un estudio longitudinal: comorbilidad con trastorno por uso de sustancias, persistencia de síntomas psiquiátricos -por ejemplo, BPRS > 40- y función global disminuida -por ejemplo, GAS < 43- (nivel de evidencia científica III).<sup>238</sup>

No sería razonable pensar que los problemas de los pacientes con esquizofrenia sin hogar pueden ser solucionados exclusivamente desde los servicios de salud mental. Sin embargo, los profesionales de salud mental pueden detectar los pacientes con alto riesgo de quedarse sin hogar y actuar de manera preventiva interviniendo sobre los factores de riesgo conocidos.

**B**

Se recomienda hacer un seguimiento de los pacientes después del alta hospitalaria y prestar especial atención a la comorbilidad por uso de sustancias, a los síntomas psiquiátricos y a la función global para prevenir el riesgo de que se queden sin hogar.<sup>47</sup>

En cuanto a la asistencia clínica de los pacientes sin hogar, aunque no existe suficiente evidencia científica que evalúe la eficacia de las intervenciones, y a la espera de que se lleven a cabo los estudios pertinentes, se recoge en esta GPC lo esgrimido anteriormente por otros estudios.<sup>47</sup>

**C**

Para los pacientes sin hogar y con esquizofrenia se recomiendan tratamiento y apoyo en la transición a la vivienda.<sup>47</sup>