

# 5. Tratamiento según fases del trastorno y situaciones especiales

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

- 5.1. Fases precoces de la psicosis:
  - 5.1.1. Fase de estado mental de alto riesgo
  - 5.1.2. Fase de primer episodio psicótico
  - 5.1.3. Fase de recuperación y período crítico
- 5.2. Fases de la esquizofrenia:
  - 5.2.1. Fase aguda
  - 5.2.2. Fase de estabilización
  - 5.2.3. Fase estable

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

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

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

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

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

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

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

- Hay individuos con riesgo más alto de psicosis (nivel de evidencia científica Ib,<sup>112,113</sup> nivel de evidencia científica III<sup>114,115</sup>).
- 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>116</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>62</sup> nivel de evidencia científica Ib.<sup>112</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>112,113,117,118</sup> nivel de evidencia científica III.<sup>114</sup>)

#### Recomendaciones sobre la fase de estado mental de alto riesgo

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

C	Se recomienda desarrollar programas de atención temprana con intervenciones integrales farmacológicas (en función de la sintomatología) y psicosociales (tratamiento psicológico, intervenciones familiares y de apoyo a la recuperación). <sup>119</sup>
C	La medicación antipsicótica no debería ser prescrita de forma habitual a menos que haya un rápido deterioro, que exista un alto riesgo de suicidio y no haya resultado efectivo el tratamiento con cualquier antidepresivo o que la agresión u hostilidad vaya aumentando poniendo en riesgo a otros. <sup>120</sup>

### 5.1.2. Fase de primer episodio psicótico

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

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

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>116</sup>

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

- La TCC muestra más beneficios que los cuidados estándar en la prevención de la progresión de la psicosis en la intervención precoz disminuyendo la prescripción de medicación antipsicótica y reduciendo los síntomas (nivel de evidencia científica Ia).<sup>62</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>122</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>119</sup>

## Recomendaciones sobre la fase de primer episodio psicótico

### Intervención farmacológica

El estado actual de la investigación sobre intervención farmacológica en el primer episodio psicótico no muestra evidencia científica suficiente para paucar 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>123-127</sup>

A	Si no se produce respuesta al tratamiento o hay baja adherencia o riesgo persistente de suicidio, se recomienda el uso de clozapina <sup>53</sup>
A	Iniciar la administración de antipsicóticos de segunda generación a dosis bajas. <sup>53</sup>
C	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>53</sup>
C	Si se produce respuesta al tratamiento, mantenerlo durante 12 meses, y si remite la sintomatología disminuir gradualmente durante algunos meses con un seguimiento cercano. <sup>53</sup>
C	Si no se produce respuesta al tratamiento, evaluar las causas. Si hay baja adherencia, analizar los motivos, optimizar las dosis, ofrecer ayuda para mejorar el cumplimiento. <sup>53</sup>

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

### Intervención psicosocial

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

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

Es una fase de alta vulnerabilidad que abarca de los tres a cinco años después de haber presentado un episodio psicótico, constituyendo el llamado período crítico.<sup>131</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>132</sup>

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>129</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 Global Assessment of Functioning) y mayor continuidad y vinculación al tratamiento (nivel de evidencia científica Ib).<sup>130</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>122</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>122</sup>
- Los pacientes que reciben TCC tienen menos síntomas residuales que los que sólo recibieron tratamiento estándar (nivel de evidencia científica Ib).<sup>62</sup>

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

En el ámbito específico de la rehabilitación cognitiva, en el que la mayoría de la evidencia científica establecida hasta ahora se refiere a pacientes con esquizofrenia crónica, se apunta en recientes investigaciones la importancia de discriminar las diferentes áreas deterioradas en pacientes de primer episodio, ya que las funciones motoras y ejecutivas parecen menos deficitarias que la memoria y la atención en este perfil. Hay indicios de que puede conseguirse una notable recuperación y resolución de problemas y funciones ejecutivas en un período de un año de tratamiento (nivel de evidencia científica IV).<sup>133</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>134</sup>

Recomendaciones sobre la recuperación de un primer episodio psicótico

### Intervención farmacológica

A	Si se producen recaídas, identificar las causas distinguiendo si son debidas a una baja o a pesar de una buena adherencia. Si se debe a la falta de adherencia, reinstaurar el tratamiento. <sup>53</sup>
A	Si es evidente la resistencia al tratamiento y se han utilizado dos agentes antipsicóticos, y al menos uno de ellos es de segunda generación, cambiar a clozapina. <sup>53</sup>
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>53</sup>
C	Si se está utilizando un antipsicótico de primera generación cambiar a uno de segunda si la respuesta no es óptima o si han aparecido problemas de tolerancia. <sup>53</sup>
C	Si el paciente ha recaído a pesar de una buena adherencia a un antipsicótico de primera generación, cambiar a uno de segunda. Si la sintomatología ha remitido, presenta buena calidad de vida, y no ha presentado problemas de tolerancia a la medicación convencional continuar con ésta. <sup>53</sup>

C	En última instancia puede considerarse el cambio a una medicación de primera generación depot. Sin embargo, los inyectables de segunda generación de larga duración pueden ser considerados como alternativa a la clozapina cuando se dé una baja o incierta adherencia, especialmente si el paciente manifiesta dicha preferencia. <sup>53</sup>
C	Si no se produce respuesta al tratamiento o hay baja adherencia con recaídas frecuentes, probar con antipsicóticos de primera generación depot a dosis bajas de 3 a 6 meses. <sup>53</sup>

### Intervenciones psicosociales

A	Se recomiendan los programas de atención precoz a la psicosis frente a los abordajes tradicionales. <sup>129,130</sup>
A	Se recomiendan las intervenciones psicosociales en el tratamiento de primeros episodios. <sup>62,122,130</sup>
B	Se recomienda el empleo con apoyo como método más efectivo para promover la inserción laboral de personas con primeros episodios. <sup>134</sup>
C	Se recomienda la rehabilitación cognitiva en pacientes con déficits específicos, aunque el objetivo debería ser también los déficits funcionales relacionados. <sup>133</sup>
C	Se recomienda proporcionar una atención biopsicosocial intensiva y de calidad, de forma continuada y activa durante los años críticos posteriores al inicio de la psicosis, mejor desde programas especializados de atención temprana que incluyan además de farmacoterapia, psicoeducación, manejo de estrés, prevención de recaídas, solución de problemas, reducción de daños por consumo de sustancias, consejo de apoyo y rehabilitación social y laboral, así como intervención con la familia y terapia cognitiva. <sup>120</sup>

## 5.2. Fases de la esquizofrenia

A continuación, se presentan las directrices generales que hay que seguir en el tratamiento de la esquizofrenia según las fases descritas en el capítulo 2.2 de la GPC.<sup>7,21</sup>

### 5.2.1. Fase aguda (o crisis)

La fase aguda se caracteriza por un episodio psicótico agudo. En ésta hay que realizar a cada paciente un estudio diagnóstico inicial exhaustivo, que debe incluir una historia clínica psiquiátrica y médica general, una exploración física y un examen del estado mental. Pueden llevarse a cabo entrevistas sistemáticas con los miembros de la familia y otras personas que conozcan bien al paciente, dado que muchos pacientes son incapaces de explicar de manera fiable su historia clínica durante la primera entrevista. Para tener más información sobre el diagnóstico y la evaluación, ver el capítulo 3.1 de esta GPC.

En esta fase, es importante prestar especial atención a la existencia de potencialidad suicida. Las tentativas suicidas anteriores, el estado de ánimo depresivo, y las ideaciones suicidas pueden ser factores pronóstico de una tentativa de suicidio posterior (nivel de evidencia científica Ib). Se recomienda realizar evaluaciones similares en cuanto a la posibilidad de comportamientos peligrosos y agresivos hacia otras personas.<sup>21</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>7</sup>

En este período, se indica la TEC, siempre como un tratamiento de segunda elección en la esquizofrenia<sup>7</sup> y tras el fracaso de los antipsicóticos. Las indicaciones más frecuentes son: esquizofrenia catatónica, casos graves que cursan con intensa agitación y/o desorientación, contraindicación de antipsicóticos (por la posibilidad de causar síndrome neuroléptico maligno), depresión secundaria resistente y trastornos esquizoafectivos resistentes.<sup>54</sup> Los datos existentes sugieren que se debe mantener el tratamiento antipsicótico durante y después de la TEC.

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

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

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>62</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>53</sup>

Además, cabe considerar en esta fase los aspectos siguientes:<sup>7,22</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.

Recomendaciones sobre la fase aguda

### **Intervención farmacológica**

B	El tratamiento farmacológico debería iniciarse de forma inmediata, a no ser que interfiera con la evaluación diagnóstica, ya que el empeoramiento psicótico agudo se asocia con malestar emocional, alteraciones en la vida del paciente y un riesgo considerable de aparición de comportamientos que pueden ser peligrosos para él y los demás. <sup>21</sup>
C	Los pacientes y familiares deberían ser totalmente informados acerca de los beneficios y riesgos de la terapia farmacológica y consultados en la elección del agente antipsicótico; intérpretes o mediadores culturales deberían ser utilizados cuando fuera necesario. Cuando no fuese posible discutir ampliamente la opción con el paciente, tal y como sucede en algunos episodios agudos, la medicación de segunda generación oral debería ser el tratamiento de elección debido al menor riesgo de síntomas extrapiramidales. <sup>53</sup>

C	A la hora de elegir una determinada medicación antipsicótica se recomienda tener en cuenta la respuesta previa del paciente al tratamiento, el perfil de efectos adversos del mismo, las preferencias para una determinada medicación en función de la experiencia previa y la vía de administración prevista. <sup>135</sup> Las dosis recomendadas de antipsicóticos han sido descritas en las tablas correspondientes de esta GPC.
C	El principio clave es evitar el uso en primera instancia de medicamentos propensos a debilitar la adherencia futura debido a la aparición de efectos adversos. El objetivo inmediato no es sólo la reducción de la agresión, agitación y el riesgo sino también hacer que el paciente se sienta subjetivamente mejor y más calmado con una buena tolerabilidad. <sup>53</sup>
C	El primer paso del manejo clínico del tratamiento de la esquizofrenia resistente es establecer que los medicamentos antipsicóticos se han tratado de manera adecuada en términos de dosis, duración y adherencia. Otras causas de la falta de respuesta podrían ser consideradas en las evaluaciones clínicas, tales como el uso indebido de sustancias comórbidas, pobre adherencia al tratamiento, el uso simultáneo de otros medicamentos prescritos y la enfermedad física. <sup>24</sup>
C	Si los síntomas de la esquizofrenia no responden a los antipsicóticos de primera generación, el profesional de salud mental que los prescriba y los pacientes podrían considerar el uso de un antipsicótico de segunda generación previo a un diagnóstico de esquizofrenia resistente al tratamiento y un ensayo con clozapina. <sup>24</sup>
C	Se recomienda que medicaciones como el litio, carbamacepina, ácido valproico o benzodiacepinas se reserven para los casos en que la clozapina no sea apropiada en pacientes resistentes al tratamiento, bien por falta de eficacia, efectos adversos, preferencia del paciente o por probable falta de cumplimiento del programa de vigilancia. <sup>90</sup>

### Intervención psicosocial

A	Se recomienda la TCC en fase aguda junto con los cuidados estándar para acelerar la recuperación y el alta hospitalaria. <sup>53</sup>
---	--

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

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

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

Recomendaciones sobre la fase de estabilización

### Intervención farmacológica

C	Dado el riesgo de recidiva rápida en la fase de postcrisis, se recomienda evitar la supresión o la reducción prematura del tratamiento farmacológico antipsicótico instaurado en la fase aguda. La continuación del tratamiento durante uno o dos años después de una crisis debe discutirse, cuando sea adecuado, con el paciente y su familia. <sup>24</sup>
C	En pacientes con una remisión completa, la medicación antipsicótica debería continuar administrándose durante al menos 12 meses si es posible y, después, hacer un intento de retirada paulatina de la medicación durante un período de al menos varias semanas. Un cuidadoso seguimiento debería continuarse con la revisión de un especialista durante un período de 12 meses más allá de este y cualquier recaída debería ser rápidamente identificada y tratada. Los pacientes no deben ser derivados únicamente a la atención primaria sino que la atención sanitaria compartida es óptima en todas las etapas. <sup>53</sup>

### Intervenciones psicosociales

A	Se recomiendan los programas de educación sanitaria en esta fase ya que han resultado eficaces para la enseñanza del autocontrol de la medicación (tratamiento antipsicótico de mantenimiento, efectos adversos, etc.), autocontrol de los síntomas (identificación de signos iniciales de recidivas, prevención de éstas, y rechazo de drogas y alcohol), y habilidades sociales básicas. <sup>136-138</sup>
A	Se recomienda aplicar la TCC para el tratamiento de síntomas positivos y negativos resistente a los antipsicóticos. <sup>139</sup>
A	Se recomienda la TCC para el tratamiento de los síntomas positivos de la esquizofrenia, <sup>61</sup> especialmente las alucinaciones. <sup>60</sup>
A	Se recomienda la TCC como opción de tratamiento para ayudar en el desarrollo del <i>insight</i> . <sup>60</sup>
A	Se recomienda la TCC como opción de tratamiento para incrementar la adherencia al tratamiento. <sup>60</sup>

A	Se recomienda la psicoeducación para pacientes ya que reduce el riesgo de recaídas, probablemente a través de la mejora de la adherencia, y aumento de la satisfacción del paciente con el tratamiento y mejora del conocimiento. <sup>53</sup>
A	Se recomienda aplicar la terapia de IF en pacientes moderada o gravemente discapacitados y sobre todo en aquellos de larga evolución. En pacientes con inicio reciente habrá que valorar cada situación de forma individualizada. <sup>69,70</sup>
A	Deberá ofrecerse IF a las familias que convivan o estén en contacto con pacientes que sufren esquizofrenia, sobre todo a aquellos que han recaído o con riesgo de recaída y también en aquellos casos con sintomatología persistente. <sup>24</sup>
A	Los programas de IF deberían incluir familiares de pacientes con diagnóstico homogéneo, donde el paciente participe y esté informado. La duración no debería ser inferior a seis meses. <sup>70</sup>
A	Se recomiendan los programas de IF para la reducción de la carga familiar, mejoría del funcionamiento social del paciente y disminución del coste económico. <sup>69,70</sup>
A	Se recomienda la IF de tipo psicoeducativo, basada en el manejo de la emoción expresada, para evitar recaídas y mejorar el pronóstico de la enfermedad (sus efectos se mantienen al cabo de 24 meses). <sup>68-71,74,76</sup>
A	Los programas deberían incluir siempre información a las familias sobre la enfermedad junto con diferentes estrategias como técnicas de afrontamiento del estrés o entrenamiento en resolución de problemas. <sup>77,78</sup>
A	Se recomienda aplicar el entrenamiento en habilidades sociales (según el modelo de resolución de problemas) a pacientes graves o moderadamente discapacitados, ya que es eficaz en relación a la adaptación social y sus efectos se mantienen después de dos años. <sup>84</sup>
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>53</sup>
C	Se recomienda desarrollar la alianza terapéutica a partir de una actitud de apoyo emocional y cooperación, ya que desempeña un importante papel en el tratamiento de las personas con esquizofrenia. <sup>65</sup>

C	La terapia de apoyo no es recomendable como intervención específica en el cuidado habitual de personas con esquizofrenia si otras intervenciones de eficacia probada están indicadas y están disponibles o si el paciente expresa sus preferencias por este tipo de psicoterapia. <sup>65</sup>
C	Es recomendable la psicoterapia de apoyo centrada en la realidad, con objetivos realistas, para los pacientes moderadamente discapacitados y estables o intermitentemente estables. <sup>19</sup>
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>21</sup>

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

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

Recomendaciones sobre la fase de estabilización

#### **Intervención farmacológica**

A	La medicación coadyuvante es frecuentemente prescrita para las condiciones de comorbilidad en los pacientes de esquizofrenia en la fase estable. La depresión mayor y el trastorno obsesivo-compulsivo podrían responder a los antidepresivos. <sup>21</sup>
C	La retirada de la medicación antipsicótica debe llevarse a cabo de manera gradual mientras se realiza una monitorización regular de signos y síntomas que evidencien las recaídas potenciales. <sup>24</sup>
C	Idealmente y junto con el médico de atención primaria, debería realizarse al menos una vez al año una revisión física completa, que incluya peso, presión arterial, perfil lipídico, ECG, y un control de glucosa en sangre en ayunas. Deben llevarse a cabo cribados rutinarios del cáncer cervical y de mama en las mujeres. En pacientes mayores de 40 años, es importante preguntarse por síntomas nuevos, y pruebas de cribado para las formas comunes de cáncer. Si no es seguro que la atención primaria garantice la monitorización de este tipo, entonces debería ser llevado a cabo por el psiquiatra. <sup>53</sup>

## Intervenciones psicosociales<sup>g</sup>

A	Se recomienda psicoterapia de apoyo para la resolución de problemas ya que reduce de forma significativa las recaídas y potencia la función social y laboral al añadirla a la medicación en pacientes tratados ambulatoriamente. <sup>140-142</sup>
A	Se recomienda la rehabilitación cognitiva en el entorno social del paciente ya que ha mostrado ser eficaz (a diferencia de la rehabilitación cognitiva tradicional) para la prevención de recaídas y la adaptación social. <sup>81</sup>
A	Se recomienda ofrecer apoyo laboral a los pacientes moderada o ligeramente discapacitados ya que ha mostrado ser eficaz en la obtención de un empleo normalizado. <sup>89,90</sup>
A	En pacientes con esquizofrenia de inicio precoz, se recomiendan técnicas de habilidades sociales, ya que se obtienen mejores resultados que con las técnicas de apoyo. <sup>84</sup>
A	Se recomienda aplicar la terapia de rehabilitación cognitiva, en sus diversas modalidades, como técnica que mejora el funcionamiento cognitivo en una amplia gama de condiciones clínicas del paciente con esquizofrenia. <sup>82</sup>
A	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>53</sup>
A	Los mejores resultados en inserción laboral de personas con esquizofrenia se obtienen con los programas de trabajo con apoyo, en comparación con el resto de intervenciones de rehabilitación laboral. <sup>91,92,143</sup>
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>26</sup>
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>26</sup>

<sup>g</sup> Las intervenciones psicosociales que resultan efectivas en la fase de estabilización también lo son para la fase estable o de mantenimiento (ver capítulo de Intervenciones psicosociales). Además, se tienen en cuenta las recomendaciones que aquí se presentan.

C

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

## 5.3. Situaciones especiales

En este capítulo se desarrollan algunas de las situaciones especiales que pueden estar relacionadas con el trastorno de la esquizofrenia, como son el uso de sustancias, el suicidio, la conducta violenta, los síntomas depresivos o los pacientes sin hogar. Para garantizar una intervención adecuada es necesario no sólo tratar los síntomas específicos de la esquizofrenia sino evaluar con atención las condiciones descritas.<sup>7,21</sup>

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

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

Recomendación sobre trastornos relacionados con el uso de sustancias

C

Se recomienda que los objetivos del tratamiento en pacientes con esta patología asociada sean los mismos que para el tratamiento de la esquizofrenia sin patología asociada, pero añadiendo a éstos los objetivos relativos al problema del uso de sustancias, como por ejemplo, reducción del daño, abstinencia, prevención de recaídas y rehabilitación.<sup>7</sup>

### 5.3.2. Esquizofrenia y suicidio

El suicidio es la primera causa de muerte prematura entre los pacientes con esquizofrenia. En comparación con la población general, la probabilidad de que las personas con esquizofrenia mueran por suicidio es nueve veces más elevada. Hasta el 30% de los pacientes con esquizofrenia lleva alguna ten-

tativa de suicidio y entre el 4 y el 10% muere tras la tentativa. El porcentaje estimado de conducta suicida entre las personas con esquizofrenia oscila entre el 20 y el 40%.

Algunos datos indican que tanto los antipsicóticos de primera generación como los de segunda pueden disminuir el riesgo de suicidio. No obstante, la clozapina es el que se ha estudiado con mayor profundidad, y se ha demostrado que reduce los porcentajes de suicidio y el comportamiento suicida persistente (nivel de evidencia científica Ib).<sup>21</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>95</sup>

#### Recomendación sobre esquizofrenia y suicidio

C	Se recomienda aumentar la frecuencia de las visitas ambulatorias en pacientes con alta reciente del hospital, ya que constituye un período de vulnerabilidad del paciente. <sup>7</sup>
C	Durante una hospitalización, es imprescindible adoptar precauciones para evitar el suicidio y controlar estrictamente a los pacientes suicidas. <sup>21</sup>
C	Los pacientes en los que se considera que existe un riesgo elevado de suicidio deben ser hospitalizados, y deben aplicarse las precauciones necesarias para evitarlo. Es importante optimizar el tratamiento farmacológico de la psicosis y la depresión, y abordar la tendencia suicida del paciente de manera directa, con un enfoque de empatía y apoyo. Debe haber una estrecha vigilancia de los pacientes vulnerables durante los períodos de crisis personal, modificaciones del entorno o períodos de dificultad o depresión durante el curso de la enfermedad. <sup>7</sup>
A	Se recomienda el tratamiento en equipos de salud mental comunitaria para los trastornos mentales graves para la reducción de las muertes por suicidio. <sup>95</sup>
C	En el momento del alta, debe aconsejarse al paciente y a sus familiares que se mantengan alerta para detectar los signos de aviso e inicien medidas de prevención si se repiten las ideas suicidas. <sup>21</sup>

C

Cuando un paciente ha sido dado de alta recientemente, se recomienda que siga las visitas ambulatorias con mayor frecuencia. Es posible que deba aumentarse el número de visitas cuando sufra crisis personales, cambios significativos en el entorno, aumentos del malestar o depresión que se agudiza durante el curso de su enfermedad.<sup>21</sup>

### 5.3.3. Conducta violenta

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

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

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

### 5.3.4. Síntomas depresivos

Los síntomas depresivos se producen con frecuencia en el marco de la psicopatología de la esquizofrenia y son comunes en todas sus fases. Cuando se dan en la fase aguda de la enfermedad se ha de realizar un diagnóstico diferencial del trastorno esquizoafectivo. El diagnóstico diferencial tendrá en cuenta la influencia de los efectos adversos de los medicamentos anti-psicóticos, 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.

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>21</sup>

#### Recomendaciones sobre síntomas depresivos

A	Se recomienda tratar los síntomas depresivos preferiblemente con antipsicóticos de segunda generación. <sup>21</sup>
B	Un episodio de depresión mayor en la fase estable de la esquizofrenia es una indicación de tratamiento con un fármaco antidepresivo. <sup>26</sup>
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>21</sup>

#### 5.3.5. Pacientes sin hogar

La prevalencia de esquizofrenia entre los pacientes sin hogar varía, según los estudios y los contextos, de un 2 a un 43%; en el Estado español varía de un 18 a un 26%.<sup>144</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.

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>7</sup>

## Recomendaciones sobre pacientes sin hogar

B	Se recomienda hacer un seguimiento de los pacientes después del alta hospitalaria y prestar especial atención a la comorbilidad por uso de sustancias, a los síntomas psiquiátricos y a la función global para prevenir el riesgo de que se queden sin hogar. <sup>7</sup>
C	Para los pacientes sin hogar y con esquizofrenia se recomiendan tratamiento y apoyo en la transición a la vivienda. <sup>7</sup>