

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO E INICIO DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE LOS ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA

Sistema General de Seguridad Social en Salud - Colombia

DEFINICIÓN DE ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia es un trastorno mental del neurodesarrollo (7) cuyas manifestaciones clínicas se inician en la adolescencia o adultez temprana, con anomalías en muchas funciones cerebrales, cuyos síntomas principales son la alteración en el juicio de realidad, alucinaciones, ideas delirantes, trastornos cognitivos (memoria ejecutiva, atención) y puede ser altamente discapacitante (8).

DEFINICIÓN DE ESQUIZOFRENIA

Desde el punto de vista neurobiológico, la esquizofrenia se da, entre otros mecanismos, por una excesiva actividad del circuito dopaminérgico mesolímbico, una desregulación en la función de los receptores de NMDA, un estado proinflamatorio y una alteración de los factores tróficos cerebrales (9). Esto se traduce en atrofia cerebral y disfunción cognitiva a largo plazo.

EPIDEMIOLOGIA

La esquizofrenia es la decimoséptima causa de años de vida perdidos por discapacidad en todo el mundo y la decimonovena causa en la región (Latinoamérica) estimada para el año 2011 según el último reporte de la carga global de la enfermedad (10). Tiene una prevalencia a lo largo de la vida del 1% y anual del 1,4 al 4,6 por 1.000 habitantes y una incidencia entre 0,16 a 0,42 casos por 1.000 habitantes (11).

EPIDEMIOLOGIA

El Estudio Internacional de Esquizofrenia (International Study of Schizophrenia [ISoS]), realizado por la OMS y publicado en 1998, encontró diferencias significativas en el pronóstico de los pacientes con esquizofrenia, en relación con su procedencia: los de países en desarrollo tienen un pronóstico significativamente mejor que en países desarrollados o del Primer Mundo (12).

FACTORES DE RIESGO

La esquizofrenia es un trastorno mental complejo que probablemente surge de una combinación de factores de riesgo, principalmente en pacientes genéticamente vulnerables.

FACTORES DE RIESGO

Entre los factores de riesgo asociados a esquizofrenia se incluyen: historia familiar, padre mayor de 60 años (13, 15), microdelecciones del cromosoma 22q11 o síndrome velocardiofacial (16, 17), exposición prenatal a hambruna (18, 19), exposición prenatal a infecciones como toxoplasmosis, rubeola o influenza (20-23), estrés materno (24), incompatibilidad Rh (25, 26), complicaciones del embarazo o el parto (27, 28), infecciones del SNC durante la infancia (29), el consumo de cannabis durante la adolescencia (30-32) o la migración (33).

FACTORES DE RIESGO

Nuevos factores de riesgo descritos son: el coeficiente intelectual bajo (reportándose hasta cinco veces más riesgo de esquizofrenia en personas con coeficiente intelectual menor de 70) (34), el ser fumador debido a modulación de mecanismos genéticos (35), el trauma craneoencefálico (36).

FACTORES DE RIESGO

Otro concepto relacionado con la etiología de la esquizofrenia son los llamados factores de vulnerabilidad, factores marcadores o endofenotipos. Estos factores, asociados pero no causales, se encuentran tanto en la población enferma como en la vulnerable y en los familiares de los enfermos. Incluyen rasgos biológicos o neuropsicológicos que indican una tendencia genética a desarrollar la enfermedad (30).

FACTORES DE RIESGO

En el caso de la esquizofrenia se han descrito varios: déficits neurocognitivos como alteraciones en la atención o la memoria, disminución de los movimientos oculares sacádicos, déficit de la identificación olfatoria (30). Estos factores marcadores no son utilizados para realizar tamizaje, pero sirven para llevar a cabo una evaluación más fina de las personas que presentan hallazgos clínicos o factores de riesgo para la esquizofrenia.

HISTORIA NATURAL, CURSO Y PRONÓSTICO DE LA ENFERMEDAD

La descripción de la historia natural y curso de la enfermedad se caracteriza por la variabilidad en los datos, dependiendo de la época en la que se hayan realizado los estudios, debido a que los criterios diagnósticos de la esquizofrenia han variado en los últimos 50 años; inicialmente era una enfermedad sobrediagnosticada (probablemente confundida con psicosis afectivas) y la definición de recuperación y remisión ha cambiado.

HISTORIA NATURAL, CURSO Y PRONÓSTICO DE LA ENFERMEDAD

Sobre el curso de la esquizofrenia persiste el concepto descrito inicialmente por Krapelin hace más de 100 años de que es una enfermedad progresiva y deteriorante, la cual fue denominada dementia praecox. Sin embargo, ha habido un avance en cuanto a conocimientos sobre la neurobiología de la enfermedad y por ende avances en los tratamientos actualmente disponibles, que influyen en que el curso de la esquizofrenia no sea tan malo como inicialmente se había descrito (4).

HISTORIA NATURAL, CURSO Y PRONÓSTICO DE LA ENFERMEDAD

Un concepto importante sobre el curso de la esquizofrenia es el de pródromo, el cual se refiere a las alteraciones que presentan algunas personas previo al desarrollo del episodio psicótico y que por sí mismas no constituyen una patología ni causan disfunción significativa. Entre ellas se nombran las siguientes: déficit en el funcionamiento social, anormalidades afectivas, ideas y experiencias perceptivas inusuales, síntomas neuróticos no específicos, síntomas psicóticos atenuados, suspicacia, cambios en el comportamiento, ilusiones recurrentes, pensamiento mágico y forma extraña de comunicarse verbalmente (37, 38).

HISTORIA NATURAL, CURSO Y PRONÓSTICO DE LA ENFERMEDAD

Se ha descrito en estudios clínicos que el porcentaje de conversión a psicosis es de un 40% a 50% de los casos (39). Loebel y colaboradores (40) encontraron que el intervalo entre el inicio de síntomas prodromicos y el inicio de síntomas psicóticos era en promedio de 98,5 semanas. Este lapso no tuvo diferencia significativa en los sujetos con esquizofrenia o el trastorno esquizoafectivo y no se encontraron diferencias de género (40).

HISTORIA NATURAL, CURSO Y PRONÓSTICO DE LA ENFERMEDAD

Respecto al curso longitudinal de la enfermedad, una vez se ha presentado el primer episodio psicótico los datos indican diferentes cursos: Ram y colaboradores (41) revisaron siete estudios retrospectivos (de cinco a 30 años de seguimiento) y trece prospectivos (de uno a cinco años de seguimiento), en los que encontraron un patrón general de mejoría luego de uno o varios episodios en el 28% de los pacientes, remisión parcial en el 50% y psicosis crónica con mal pronóstico en el 22% de los casos.

HISTORIA NATURAL, CURSO Y PRONÓSTICO DE LA ENFERMEDAD

Para efectos de la orientación de las distintas intervenciones y siguiendo las nuevas conceptualizaciones que van en consenso con la observación de la práctica clínica actual, el curso de la esquizofrenia se puede dividir en tres fases: la aguda, que hace referencia al episodio psicótico agudo; una fase de estabilización o poscrisis y una fase estable o de mantenimiento (42-44) cuyas características se presentan en la tabla 1.

CURSO DE LA ESQUIZOFRENIA

Fase	Características clínicas
Fase Aguda	Síntomas psicóticos graves, como delirios o alucinaciones, y pensamiento gravemente desorganizado. El paciente no es capaz de cuidar de sí mismo de forma apropiada. Síntomas negativos pasan a ser también más intensos.

Fuente: adaptado de NICE 82 (43)

CURSO DE LA ESQUIZOFRENIA

Fase	Características clínicas
Fase de estabilización o poscrisis	Se reduce la intensidad de los síntomas psicóticos agudos. La duración de la fase puede ser de seis meses o más tras el inicio de un episodio agudo (o crisis).

Fuente: adaptado de NICE 82 (43)

CURSO DE LA ESQUIZOFRENIA

Fase	Características clínicas
Fase estable o de mantenimiento	<p>La sintomatología puede haber desaparecido o es relativamente estable; en el caso de que persista, casi siempre es menos grave que en la fase aguda.</p> <p>Hay síntomas como tensión, ansiedad, depresión o insomnio.</p> <p>Cuando persisten los síntomas negativos (déficits) o positivos, como delirios, alucinaciones o trastornos del pensamiento, a menudo están presentes en formas atenuadas no psicóticas (por ejemplo, ilusiones en vez de alucinaciones o ideas sobrevaloradas en vez de delirios).</p> <p>Las características de esta fase recuerdan los pródromos, predominan síntomas afectivos</p>

Fuente: adaptado de NICE 82 (43)

HISTORIA NATURAL, CURSO Y PRONÓSTICO DE LA ENFERMEDAD

Desde el punto de vista terapéutico, es relevante conocer las implicaciones del curso de la enfermedad en los resultados finales de la intervención. Al respecto algunas revisiones sistemáticas abordan el tema de la duración de la psicosis no tratada (tiempo entre el inicio de los síntomas con PANSS mayor de 4 y el inicio del tratamiento): afirman que una duración más corta de la psicosis no tratada se asocia con una mayor respuesta al tratamiento antipsicótico, mejoría en las medidas de psicopatología global, síntomas positivos, síntomas negativos y desenlaces funcionales.

HISTORIA NATURAL, CURSO Y PRONÓSTICO DE LA ENFERMEDAD

Igualmente, aseguran que los pacientes con duración de psicosis no tratada más larga tienen menor probabilidad de alcanzar remisión (45, 46). El tiempo estimado de psicosis no tratada es de 12 a 16 semanas (47, 48).

Otro aspecto relevante es la consideración de que el curso de la enfermedad puede variar según el momento en que se instaure el tratamiento (de forma precoz o no) y según cual sea la respuesta asistencial que reciba el paciente con esquizofrenia en sus momentos iniciales (49).

DIAGNÓSTICO

Para hacer el diagnóstico de esquizofrenia hay que tener en cuenta las características del cuadro clínico, la historia del paciente, evaluar antecedentes y factores de riesgo, así como descartar otras causas de los síntomas. Hay que recordar que en todas las clasificaciones para el diagnóstico de la esquizofrenia se enfatiza que los síntomas no deben ser causados por consumo de sustancias, lesiones cerebrales o enfermedades médicas. Es importante conocer y realizar el diagnóstico diferencial.

DIAGNÓSTICO

Existen dos sistemas de clasificación de enfermedades que proveen criterios para la formulación del diagnóstico: la CIE-10 -el sistema de referencia vigente y de obligatorio cumplimiento en Colombia para el registro estadístico- y la clasificación que provee la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM), que es de amplio uso en la práctica clínica.

DIAGNÓSTICO

Durante el proceso de elaboración de la Guía se lanzó su última edición (DSM-5) y en lo relacionado con el diagnóstico de esquizofrenia hizo modificaciones significativas: eliminó la tipificación de la esquizofrenia por su limitada estabilidad diagnóstica, baja confiabilidad y validez y su limitación en términos de utilidad clínica;

DIAGNÓSTICO

los síntomas “schneiderianos de primer orden” son considerados como cualquier otro síntoma positivo y la adición del requerimiento de por lo menos uno de los dos síntomas requeridos del criterio “A” debe ser: delirios, alucinaciones o pensamiento, pues son el centro de los “síntomas positivos” y se consideran necesarios para realizar un diagnóstico confiable (44, 50). Esto enmarca de forma diferente el diagnóstico y puede tener repercusión en la realización de un diagnóstico apropiado.

Los síntomas que caracterizan este trastorno mental son (8, 9, 50):

A. SÍNTOMAS POSITIVOS

- Alucinaciones: percepción sensorial falsa que ocurre en ausencia de un estímulo externo de la modalidad sensorial involucrada. Pueden ser: visuales, auditivas, olfatorias, táctiles, cenestésicas.

A. SÍNTOMAS POSITIVOS

- Ideas delirantes: creencia falsa, basada en una inferencia incorrecta sobre la realidad externa, que es sostenida firmemente a pesar de pruebas objetivas y obvias que refutan la creencia, y a pesar de que otros miembros de la misma cultura no comparten esta creencia. Las más comunes en esquizofrenia son ideas delirantes persecutorias y de pasividad.

A. SÍNTOMAS POSITIVOS

- Pensamiento desorganizado.
- Conductas desorganizadas o inusuales: movimientos más lentos, gestos repetitivos, movimientos ritualistas; catatonia.

B. SÍNTOMAS NEGATIVOS

- Embotamiento o aplanamiento afectivo. Restricción en el rango e intensidad de la expresión emocional.
- Abulia: disminución persistente del deseo o motivación; restricción en la iniciación o mantenimiento de un comportamiento dirigido a un objetivo.
- Anhedonia: incapacidad para experimentar placer.
- Alogia: restricción en la fluencia y productividad del lenguaje.

C. OTROS SÍNTOMAS

Quejas somáticas, preocupaciones excesivas por síntomas específicos, dismorfofobias, interés súbito en temas abstractos -- filosóficos, religiosos u ocultos-, ansiedad, deterioro cognitivo y síntomas motores (ejemplo: catatonía).

COMORBILIDADES PSIQUIÁTRICAS

Se ha descrito la presencia de otros trastornos psiquiátricos o conductas comórbidas en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. A continuación se presentan algunos datos epidemiológicos e implicaciones clínicas de los cuadros más frecuentemente asociados.

COMORBILIDAD CON EL USO DE SUSTANCIAS

El uso de sustancias en pacientes con esquizofrenia a lo largo de sus vidas puede alcanzar tasas del 68% (51). Su papel en el establecimiento y precipitación de recaída o exacerbación debe ser un área de atención específica en la evaluación y el tratamiento de los pacientes.

COMORBILIDAD 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. Los trastornos relacionados con sustancias se asocian con hospitalizaciones más frecuentes y prolongadas y con otros resultados negativos, como las personas sin hogar, la violencia, la encarcelación, el suicidio y la infección por el VIH (52).

COMORBILIDAD CON EL USO DE SUSTANCIAS

Los efectos del uso de sustancias en los síntomas esquizofrénicos son diversos, es difícil distinguir si los síntomas son producidos por el consumo de la sustancia psicoactiva, son propios de la enfermedad o son el resultado de la sumatoria de los efectos de las dos condiciones.

COMORBILIDAD CON EL USO DE SUSTANCIAS

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

ESQUIZOFRENIA Y SUICIDIO

El suicidio es la primera causa de muerte prematura entre los pacientes con esquizofrenia. La probabilidad de que las personas con esquizofrenia mueran por suicidio es 20 veces mayor que la de la población en general (8). Se reporta que del 20% al 50% de los pacientes con esquizofrenia comete un intento de suicidio y entre el 10% y el 13% mueren tras el intento (8, 53).

ESQUIZOFRENIA Y SUICIDIO

Los factores de riesgo de suicidio para la población en general son también frecuentemente hallados en personas con esquizofrenia; sin embargo, hay algunos factores de riesgo de suicidio en personas con esquizofrenia con una asociación más fuerte descritos por Hor y Taylor (53); estos son:

ESQUIZOFRENIA Y SUICIDIO

- Demográficos: jóvenes, hombres, con alto nivel educativo
- Relacionados con la enfermedad:
Presencia de depresión, desesperanza, pensamientos negativo sobre sí mismo, ansiedad, insomnio, baja autoestima, devaluación de sí mismo, pensamientos de culpa y trastorno por estrés postraumático

ESQUIZOFRENIA Y SUICIDIO

- Demográficos: jóvenes, hombres, con alto nivel educativo
- Relacionados con la enfermedad:

Presencia de depresión, desesperanza, pensamientos negativo sobre sí mismo, ansiedad, insomnio, baja autoestima, devaluación de sí mismo, pensamientos de culpa y trastorno por estrés postraumático.

Incremento de síntomas positivos, bajos síntomas negativos, mayor nivel se sufrimiento mental de base, desintegración mental, agitación o inquietud motora.

ESQUIZOFRENIA Y SUICIDIO

- Genéticos: historia familiar de suicidio
- Intentos previos de suicidio o ideas de suicidio
- Abuso de alcohol y drogas

ESQUIZOFRENIA Y SUICIDIO

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.

ESQUIZOFRENIA Y SUICIDIO

Por esta razón 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 (54).

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 (42). Cuando se dan en la fase aguda de la enfermedad se ha de realizar un diagnóstico diferencial del trastorno esquizoafectivo (50). El diagnóstico diferencial tendrá en cuenta la influencia de los efectos adversos de los medicamentos AP, las actitudes personales o el uso de sustancias.



SÍNTOMAS DEPRESIVOS

Los síntomas depresivos que persisten después de la remisión de los síntomas psicóticos o que aparecen después de la remisión de estos se denominan síntomas depresivos «residuales» o «secundarios» (pospsicóticos) (55).

Al igual que ocurre con los síntomas negativos de un estado de déficit, la depresión secundaria debe diferenciarse de otros posibles trastornos causales (56):

SÍNTOMAS DEPRESIVOS

- Trastornos médicos generales
- Trastornos inducidos por sustancias
- Efectos adversos extrapiramidales de los AP: 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 mayor vigilancia del enfermo y un enfoque de empatía y apoyo.

TRATAMIENTO

Es importante recordar que hay varias aproximaciones terapéuticas que se complementan: tratamiento farmacológico, tratamiento psicosocial y psicoterapéutico, además de las modalidades de atención.

Ante un trastorno mental tan complejo que afecta varias facetas de la salud y la vida del sujeto que la padece, se considera que estas personas deben recibir un manejo integral de su patología. A pesar de que hay evidencia de lo anterior, a la mayoría de los pacientes que reciben tratamiento para la esquizofrenia solo se les ofrece tratamiento psicofarmacológico (57).

TRATAMIENTO

Antes de establecer el plan de tratamiento se debe contar con un diagnóstico adecuado y conocer la historia clínica del paciente, tomando en cuenta su respuesta a tratamientos previos, comorbilidades médicas, predominio de síntomas (positivos vs. negativos) o condiciones especiales, como ideación suicida, conducta violenta o síntomas catatónicos.

COSTOS DE LA ENFERMEDAD

Se reporta que a nivel internacional el costo de la esquizofrenia abarca aproximadamente 1% a 2% del presupuesto de cada nación en salud (58). En cuanto a los costos locales y regionales, son escasos los estudios de costo económico en esquizofrenia en América Latina. En una revisión sistemática se hallaron los costos de este trastorno en Puerto Rico, donde el costo total (todos los costos asociados a la enfermedad, directos e indirectos) es de 266 millones de dólares y el costo directo es de 60 millones, adoptando un abordaje basado en la incidencia.

COSTOS DE LA ENFERMEDAD

Cuando se compara con los costos de otros países, se observa que es menos de la mitad de los costos de la esquizofrenia en países como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, entre otros (59). En ese mismo estudio se informa que el costo total de la esquizofrenia por paciente por año en México son 1.230 dólares, cifra que al ser comparada con los otros países, está entre la mitad y un tercio de los costos (59)

COSTOS DE LA ENFERMEDAD

Los costos de la esquizofrenia se pueden dividir en directos e indirectos. Los costos directos se refieren al tratamiento intrahospitalario, tratamiento ambulatorio y a largo plazo, y costo de los medicamentos.

Los costos indirectos se refieren a la pérdida de la productividad de los pacientes con esquizofrenia, sus familias y cuidadores.

COSTOS DE LA ENFERMEDAD

La esquizofrenia genera altos costos para los sistemas de salud, representa el 1,9% del presupuesto sanitario total en los países europeos y el 2,5% del presupuesto sanitario de Estados Unidos (60). En España se afirma que el 80% del costo de la enfermedad está a cargo de los familiares de los pacientes, pues solo se atienden en el sistema de salud del 25% al 30% del total de afectados y además se estima que el porcentaje tratado solo lo es parcialmente (60).

COSTOS DE LA ENFERMEDAD

La mayoría de los costos directos en la esquizofrenia se deben a las hospitalizaciones por episodios nuevos o por recaídas. Por lo menos la mitad de las recaídas son prevenibles, pues se atribuyen a mala adherencia al tratamiento o a falta de eficacia del tratamiento antipsicótico, por lo que si se controla adecuadamente a esta población, se pueden reducir las hospitalizaciones y así los costos directos e indirectos de la enfermedad. En España los costos por hospitalización de trastornos psicóticos van de 0,9 a 270 millones de euros, dependiendo de la duración de la hospitalización (60).

COSTOS DE LA ENFERMEDAD

El costo de la esquizofrenia en Estados Unidos en 2002 se estimaba en 62,7 billones de dólares (22,7 billones de costo indirecto); comparado con los datos de 1991, a pesar de que la mayor parte del costo de la esquizofrenia se debe al tratamiento intrahospitalario, la diferencia con respecto al costo ambulatorio ha disminuido, pues el costo del tratamiento a largo plazo y el de los medicamentos ha aumentado (61).

COSTOS DE LA ENFERMEDAD

La adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedades crónicas de cualquier especialidad oscila entre el 43% y el 78% (62) y tiene un costo aproximado en Estados Unidos de 300 billones de dólares por año (63). Las tasas de adherencia en esquizofrenia son muy variables según los estudios: en una revisión de 10 de ellos publicados se ha estimado una tasa media del 41,2% (64) y a la mala adherencia a los medicamentos para el tratamiento de la esquizofrenia se le atribuye hasta el 22% de todos los costos por enfermedades mentales (65).

COSTOS DE LA ENFERMEDAD

Otro aspecto relevante en los costos de la enfermedad es el de los AP: en primer lugar, su producción ha causado un gran desarrollo de la industria farmacéutica y la aparición de nuevos medicamentos implica mayores costos. Los gastos de los sistemas de salud en medicamentos AP han aumentado aproximadamente 20 veces con respecto a lo que se gastaba hace diez años; esto se relaciona con que los AP atípicos cuestan de cinco a 30 veces más que los AP típicos (66).

ÁMBITO ASISTENCIAL

a presente Guía da recomendaciones para la evaluación diagnóstica, el tratamiento y el inicio de la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia por parte de equipos y servicios de salud mental (MD psiquiatras, MD generales o familiares, psicólogos, terapeutas ocupacionales, enfermeras y trabajadores sociales), usuarios finales de la Guía, en el tratamiento ambulatorio y hospitalario. Podrá ser un documento de consulta para profesionales de la salud ante la sospecha diagnóstica de esquizofrenia.

ÁMBITO ASISTENCIAL

La Guía se refiere a métodos de evaluación diagnóstica complementaria, intervenciones y estrategias de manejo usados para el manejo, el seguimiento de la esquizofrenia y el inicio de la rehabilitación psicosocial.

ASPECTOS CLÍNICOS ABORDADOS POR LA GUÍA

La Guía se referirá a los métodos de evaluación diagnóstica, intervenciones terapéuticas y estrategias iniciales de rehabilitación psicosocial para la atención clínica del paciente con esquizofrenia. Abordará los siguientes aspectos del manejo clínico:

ASPECTOS CLÍNICOS ABORDADOS POR LA GUÍA

- Aspecto 1. Evaluación diagnóstica complementaria del paciente con diagnóstico de esquizofrenia.
- Aspecto 2. Tratamiento farmacológico de la esquizofrenia: incluye el manejo farmacológico para el control de los síntomas en fase aguda y de mantenimiento (poscrisis y estable).
- Aspecto 3. Rehabilitación psicosocial inicial del paciente con diagnóstico de esquizofrenia: incluye las intervenciones psicoterapéuticas, psicosociales y modalidades de atención para la recuperación funcional.

ASPECTOS CLÍNICOS NO CUBIERTOS POR LA GUÍA

- Tratamiento de comorbilidades de trastornos por uso de sustancias psicoactivas.
- Tratamiento de esquizofrenia en menores de 18 años.
- Tratamiento de la esquizofrenia en mujeres embarazadas.
- Tratamiento de las comorbilidades médicas de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.
- Intervenciones en los pródromos de la esquizofrenia.

ASPECTOS CLÍNICOS NO CUBIERTOS POR LA GUÍA

- Estrategias terapéuticas para el manejo de la esquizofrenia resistente al tratamiento.
- Consideraciones especiales para el tratamiento de la persona con diagnóstico de esquizofrenia con comorbilidad con trastorno por uso de sustancias.
- Procesos de rehabilitación tardíos.

TRATAMIENTOS PSICOTERAPÉUTICOS Y PSICOSOCIALES EN FASE AGUDA

La tasa de recaídas depende en parte de la adherencia al tratamiento con fármacos AP; es frecuente que los pacientes los suspendan total o parcialmente, lo cual lleva a recaídas psicóticas, aumento de las hospitalizaciones y peor pronóstico. Esto tiene como consecuencia mayor estrés y estigma social para el paciente y su familia, como también un incremento de los costos económicos para las familias, la sociedad y el sistema de salud.

TRATAMIENTOS PSICOTERAPÉUTICOS Y PSICOSOCIALES EN FASE AGUDA

La recuperación sintomática ocurre en aproximadamente el 80% de los pacientes, y la recuperación funcional se da en alrededor de un 50%; esta última depende más de la presencia de síntomas negativos y cognitivos, y es la que determina la independencia del paciente (5). Estos dos tipos de síntomas generalmente se mantienen durante todo el curso del trastorno, porque los fármacos no son eficaces contra ellos, y tienen un gran impacto sobre la funcionalidad y la calidad de vida tanto del paciente como de su familia (4).

TRATAMIENTOS PSICOTERAPÉUTICOS Y PSICOSOCIALES EN FASE AGUDA

Por lo anterior, se considera que el tratamiento a largo plazo de la esquizofrenia debe ser integral, tanto con fármacos como con otro tipo de intervenciones psicológicas y psicosociales que tengan impacto en el pronóstico al disminuir el estrés, los síntomas, la discapacidad, el riesgo de suicidio, la carga sobre los cuidadores y mejorar de la calidad de vida, la comunicación, los mecanismos de adaptación y la adherencia al tratamiento farmacológico (6).

TRATAMIENTOS PSICOTERAPÉUTICOS Y PSICOSOCIALES EN FASE AGUDA

Las intervenciones psicológicas y psicosociales son acciones dirigidas a la solución de problemas psicológicos y sociales, en las cuales se espera que los sujetos participantes actúen. Entre las intervenciones psicosociales y psicológicas que se han desarrollado para la esquizofrenia están las siguientes: intervención familiar, psicoeducación, entrenamiento en habilidades sociales, consejería, y terapias de adherencia, ocupacional, cognitivo-conductual, psicodinámica y de apoyo.

TRATAMIENTOS PSICOTERAPÉUTICOS Y PSICOSOCIALES EN FASE AGUDA

Además, hay combinaciones de dos o más intervenciones psicosociales que se han denominado terapias multimodales (7). La gran cantidad de intervenciones existentes ha generado amplia variabilidad en la práctica clínica.

TRATAMIENTOS PSICOTERAPÉUTICOS Y PSICOSOCIALES EN FASE AGUDA

En la actualidad, no hay consenso sobre cuáles son las intervenciones psicológicas y psicosociales que deben recomendarse a los pacientes con esquizofrenia, lo cual se refleja en la discordancia existente entre las GPC de distintos países

TRATAMIENTOS PSICOTERAPÉUTICOS Y PSICOSOCIALES EN FASE AGUDA

Deben tenerse en cuenta las particularidades de la población en las que se van a aplicar, incluyendo factores demográficos, legales, sociales y del sistema de salud (9). Por esta razón en la elaboración de la presente Guía se incluyeron estas intervenciones y se dan las recomendaciones correspondientes para cada una de ellas.

TCC

Esta es una técnica desarrollada inicialmente para el manejo de pacientes con depresión y ansiedad; sin embargo, hace más de 50 años se describió su utilidad en pacientes con síntomas psicóticos (10). En 1952 Beck la utilizó en un paciente con ideas delirantes de contenido paranoide; eventualmente el paciente fue capaz de reconocer la irreabilidad de sus ideas (11).

TCC

La TCC se ha utilizado principalmente en pacientes con esquizofrenia crónica y de difícil manejo; gradualmente se ha ido demostrando su utilidad para el manejo de pacientes con primer episodio psicótico o incluso de pacientes en fase prepsicótica o prodromática de la enfermedad (12).

La TCC utiliza técnicas más estructuradas que otro tipo de psicoterapias; en esquizofrenia se basa en la misma técnica utilizada para depresión y ansiedad; sin embargo, se modifica teniendo en cuenta las limitaciones que produce la enfermedad por sí misma (10, 11).

TCC

Las técnicas de TCC utilizan la discusión de sentimientos, pensamientos y acciones, con el fin de lograr un mejor entendimiento de los síntomas; se pretende unir los patrones de pensamientos y sentimientos del paciente con sus conductas. El paciente debe participar en la terapia con la idea de cambiar sus patrones habituales de pensamiento; examinar la evidencia a favor y en contra de las creencias; y utilizar habilidades de razonamiento o su experiencia para desarrollar interpretaciones alternativas que le permitan modificar su conducta (13).

TCC

cuando hay síntomas persistentes (delirios o alucinaciones), se busca trabajar con técnicas de adaptación que le permitan al paciente modificar su conducta, aun en presencia de ellos; la idea es lograr que el paciente rompa el ciclo de aislamiento derivado de los síntomas para mejorar su socialización. También se emplean para el manejo de síntomas negativos cuyo objetivo es disminuir la ansiedad; se busca dar un significado diferente que permita un manejo más adecuado de estos síntomas.

TCC

Otro uso de la TCC es la prevención de recaídas. Para ello se discute específicamente con el paciente la necesidad de tratamiento, se hace una evaluación costo-beneficio del mismo y se trata de incluir al paciente en la toma de decisiones al respecto; la finalidad es mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico (11). La idea es que se puedan tener por lo menos diez sesiones planeadas en los primeros seis meses (10).

TERAPIA DE ADHERENCIA

Las tasas de no adherencia a los medicamentos AP están entre 50% y 80%; hay cinco veces más recaídas en los pacientes no adherentes, lo que produce mayor carga social y económica. Si se lograra adherencia completa, las tasas de recaída llegarían a 15% en el primer año (50% actualmente), motivo por el que la falta de adherencia se considera la principal causa prevenible de morbilidad psiquiátrica

TERAPIA DE ADHERENCIA

Hay muchos factores que influyen en la decisión de un paciente de tomar o no el medicamento, entre ellos están la conciencia de enfermedad y las creencias sobre el medicamento y sus efectos adversos; hay otros determinantes que tienen que ver con la alianza entre el paciente y el terapeuta y con factores étnicos y culturales (16).

TERAPIA DE ADHERENCIA

La terapia de adherencia es una terapia individual breve con una aproximación cognitivo-conductual y basada en intervenciones motivacionales. La intervención es colaborativa y centrada en el paciente. El objetivo principal es promover la adherencia en personas con esquizofrenia; el objetivo final es tomar una decisión frente al tratamiento que involucre al terapeuta y también al paciente; este se convierte en parte activa del manejo y de la toma de decisiones.

TERAPIA DE ADHERENCIA

Se plantea que la adherencia mejora en la medida en que el paciente es involucrado en las decisiones sobre su manejo (14). La aproximación que se usa es breve y práctica y puede usarse en pacientes intra- y extrahospitalarios; la intervención consiste en sesiones (entre cuatro y seis) de 20-60 minutos que se pueden llevar a cabo una o dos veces por semana.

TERAPIA DE ADHERENCIA

En las dos primeras sesiones se revisa la historia de su enfermedad y se conceptualiza el problema; en las dos siguientes se discute más específicamente sobre los síntomas y efectos adversos del tratamiento; y en las dos finales se habla del estigma asociado al tratamiento. En pacientes psicóticos la aproximación es un poco distinta: se busca una alianza terapéutica más sólida, con resolución guiada de problemas y un componente educacional mayor (16).

TERAPIA DE APOYO

Una de las características principales de las intervenciones para personas con esquizofrenia es que proveen apoyo, independientemente de la orientación específica de la psicoterapia; los elementos claves que definen una terapia como de apoyo tienen que ver con el mantenimiento de una situación actual o la mejoría de habilidades de adaptación preexistentes.

TERAPIA DE APOYO

No hay una definición aceptada universalmente de terapia de apoyo; esta terapia se refiere a cualquier intervención individual que tiene el objetivo de mantener el funcionamiento actual o ayudar a la persona con sus habilidades preexistentes; busca mejorar la adaptación, más que cambiar los mecanismos de defensa existentes. No incluye intervenciones cuyo objetivo es educar, entrenar o cambiar mecanismos de adaptación (17).

TERAPIA DE APOYO

La mayoría de definiciones de terapia de apoyo están de acuerdo en que su propósito es la reducción inmediata de la ansiedad y mantener una relación terapeuta-paciente positiva, pero no hay interés en la transferencia, se utiliza poco la interpretación, más la clarificación y sugestión. Para muchos esta intervención puede usarse en distintos tipos de aproximaciones terapéuticas, más que constituirse como un tipo de terapia en sí. Se considera un tipo de terapia útil en pacientes con mal funcionamiento psicosocial, muy frágiles o con muy poca motivación para la iniciación de otro tipo de terapia más centrada en la expresión.

INTERVENCIÓN FAMILIAR

La familia del paciente con diagnóstico de esquizofrenia se ve enfrentada a grandes dificultades en el manejo del paciente y a un alto costo económico, social y emocional. En 1972 se publicó un estudio que mostró que las personas con diagnóstico de esquizofrenia cuyas familias tenían alta emoción expresada (crítica, hostilidad, sobreenvolvimiento) tenían más recaídas que los pacientes cuyas familias expresaban menos sus emociones (14).

INTERVENCIÓN FAMILIAR

Por lo anterior se empezó a investigar la intervención con las familias de los pacientes como una forma para mejorar el pronóstico a largo plazo: el componente principal de la terapia es psicoeducativo e incluye temas como la enfermedad (etología, curso, tratamiento, pronóstico), apoyo familiar, intervención en crisis y resolución de problemas.

INTERVENCIÓN FAMILIAR

Se pretende que la familia y el paciente aprendan la importancia de la adherencia terapéutica y que los familiares tengan herramientas que les permitan enfrentarse a la falta de adherencia por parte del paciente, a las recaídas y a las conductas disruptivas. También se pretende que aprendan a manejar el estrés que genera tener un familiar con una enfermedad mental.

INTERVENCIÓN FAMILIAR

Para una intervención familiar se pueden usar múltiples estrategias, que pueden incluir:

- a) construir una alianza con los cuidadores;
- b) disminuir el ambiente adverso en la familia;
- c) aumentar la capacidad de los familiares para detectar y resolver problemas;

INTERVENCIÓN FAMILIAR

- d) disminuir expresiones de rabia y culpa por parte de los familiares;
- e) mantener expectativas razonables sobre el rendimiento del paciente;
- f) lograr que haya límites claros entre el paciente y sus familiares; y
- g) lograr cambiar el comportamiento y sistema de creencias de los familiares (19)

PSICOEDUCACIÓN

Los programas de psicoeducación se basan en la educación a una persona con un trastorno mental, en áreas que son útiles para su tratamiento y rehabilitación; se enfocan en la adquisición de conocimientos y en su potencial influencia en cambios conductuales (20). Implica brindar al paciente información sobre su diagnóstico, tratamiento, pronóstico, mecanismos de afrontamiento y derechos; se pretende que el paciente se empodere de su tratamiento mediante la obtención de información sobre su enfermedad, y de esta forma logre mejorar sus mecanismos para afrontar los síntomas y manejarlos más adecuadamente

PSICOEDUCACIÓN

Las intervenciones psicoeducativas son aquellas intervenciones, individuales o grupales, que se dan por la interacción directa entre el paciente y quien provee la información. Sus objetivos principales tienen que ver con la disminución de rehospitalización a través de la mejoría de la adherencia al tratamiento farmacológico; además de esto, intenta mejorar la adaptación del paciente a sus síntomas y, de esta forma, lograr un cambio conductual que tenga impacto en el funcionamiento del paciente (20).

PSICOEDUCACIÓN

La psicoeducación también puede impartirse a la familia del paciente. La psicoeducación familiar surgió a finales de los años 70, cuando se identificó a la familia como un factor asociado a la persistencia de síntomas en esquizofrenia. Se desarrolló por Andersen en 1908; este modelo incluye el compromiso de la familia y el paciente, brindar educación sobre la enfermedad y el tratamiento y guiarlos sobre la recuperación.

PSICOEDUCACIÓN

La idea es que debe constituirse como un proceso cuidadoso y gradual que promueva una recuperación sintomática fuerte y sostenida, que prevenga las recaídas, y que tenga impacto en la rehabilitación vocacional y social y en la resolución de problemas (22).

PSICOEDUCACIÓN

El enfoque psicoeducativo reconoce la cronicidad de la esquizofrenia y la importancia de la familia en la recuperación del paciente; se trata de educar a las familias sobre cómo sus conductas hacia el paciente pueden facilitar o impedir su recuperación. Los programas de psicoeducación familiar pueden tener diferencias en formato (una familia, grupos de familias), estructura (incluir o no al paciente), duración e intensidad del tratamiento, y sitio de realización (hospital, consultorio, casa).

PSICOEDUCACIÓN

También pueden usar distintas técnicas y darles énfasis variable (didáctico, emocional, cognitivo, conductual, rehabilitador y sistémica). Todas se enfocan en la resiliencia y fortalezas de la familia y en cómo estas pueden influir en la recuperación sintomática y funcional del paciente

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

Se empezó a desarrollar en los 70 cuando se observó que los déficits en la competencia social son síntomas centrales en los pacientes con esquizofrenia y producen aislamiento, disminución funcional y comprometen la calidad de vida.

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

Es una técnica conductual que usa instrucción, modelamiento, ensayo, retroalimentación y trabajo en casa, y cuya idea es enseñar o reforzar habilidades sociales. Usualmente se enfoca en aspectos muy específicos de la conducta como el contacto visual, el lenguaje corporal y el discurso, y también intenta cubrir áreas más generales como la disfunción en el autocuidado, el manejo de los síntomas y medicamentos, las herramientas vocacionales y la recreación.

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

La teoría que subyace a esta terapia es el principio de aprendizaje. Se reconocen la recompensa y el castigo como herramientas primarias de aprendizaje, pero hay personas que aprenden por otros métodos como observación e instrucción directa. Esto ha hecho que se utilicen otros métodos que involucren demostraciones conductuales, juegos de roles, entrenamiento, modelamiento, reforzamiento secundario y también que se busque la generalización de la conducta por medio de tareas por fuera de la sesión (25).

TERAPIA OCUPACIONAL

La esquizofrenia se caracteriza por la presencia de síntomas negativos, que tienen que ver con la disminución de la motivación, iniciativa y expresión emocional; estos generan indiferencia y aislamiento frente al contacto social e interacción emocional; las dificultades en las relaciones interpersonales influyen en las actividades de la vida diaria del paciente, llevándolo a mayor aislamiento y discapacidad (26,27).

TERAPIA OCUPACIONAL

La terapia ocupacional se basa en la realización de diferentes actividades que le permiten al paciente experimentar con otros y comunicarse; se ha visto que esta terapia se relaciona con un mejor funcionamiento social y disminución de la presencia de síntomas negativos.

TERAPIA OCUPACIONAL

Las actividades terapéuticas de este tipo tienen tres características principales:

1. Participación en actividades,
2. Consecución de una meta,
3. Se hacen paso a paso.

TERAPIA OCUPACIONAL

Esta intervención se basa en la ciencia ocupacional, que afirma que el estar comprometido en actividades significativas y satisfactorias contribuye a mejorar la salud en general y a la percepción de bienestar del paciente, y lleva a un mejor funcionamiento social, a la inclusión social, a la mejoría de relaciones en su ambiente local y a la autoestima