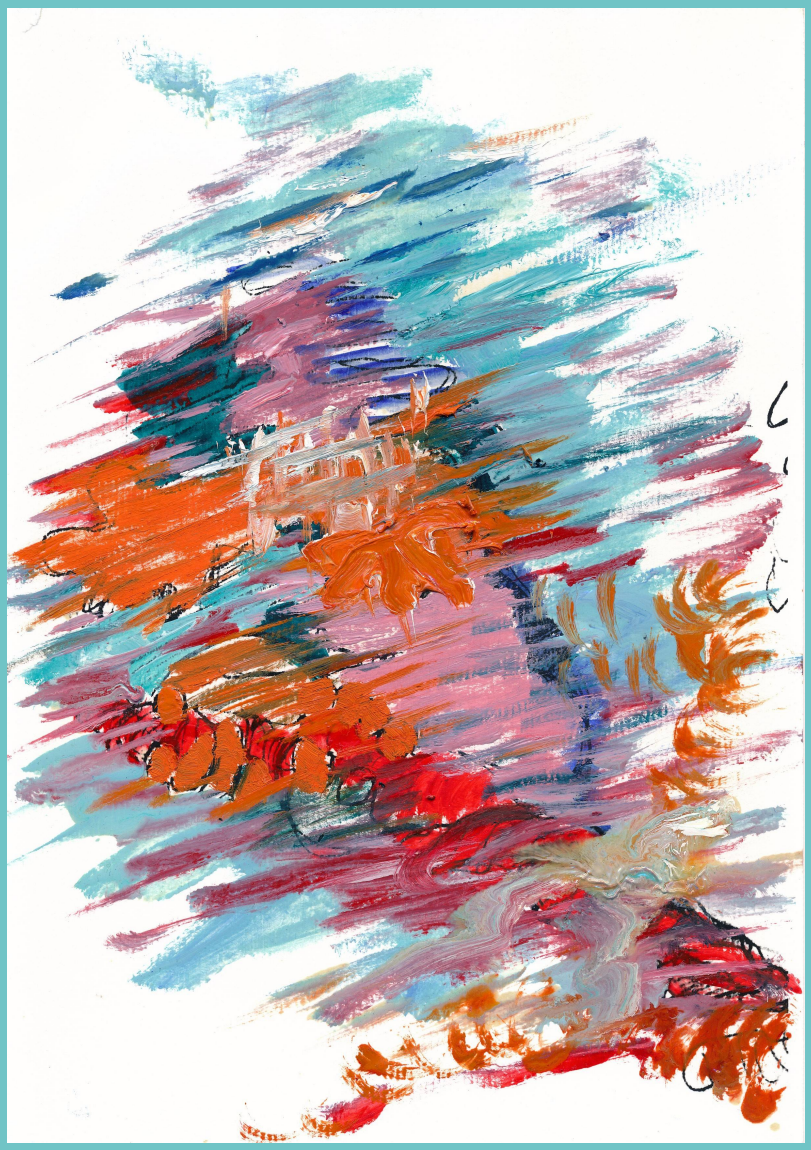

Guía de práctica clínica para el tratamiento de la

Psicosis y la Esquizofrenia

Manejo en Atención Primaria y en Salud Mental

Guía Resumida

JUNTA DE ANDALUCIA

Servicio Andaluz de Salud

CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA PSICOSIS Y LA ESQUIZOFRENIA

MANEJO EN ATENCIÓN PRIMARIA Y EN SALUD MENTAL

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

Edición 2019

Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Psicosis y Esquizofrenia
Manejo en Atención Primaria y en Salud Mental (2019).
Esta GPC es una adaptación y actualización de la guía *Psychosis and Schizophrenia in adults. The NICE Guideline on Treatment and Management (NICE, 2014),* del National Institute for Health and Care Excellence de Reino Unido y tiene la licencia del mismo sólo para uso en la Comunidad Autonómica Andaluza.

This product draws on NICE guidance © NICE (2014) CG178 Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. Available from www.nice.org.uk/guidance/cg178 All rights reserved. Subject to Notice of rights.
NICE guidance is prepared for the National Health Service in England. It is subject to regular review and updating and may be withdrawn. NICE accepts no responsibility for the use of its content in this product/publication.

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons
Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 International License

© 2019. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Familias. JUNTA DE ANDALUCÍA
Edición. Versión Resumida
ISBN: 978-84-09-10417-8
Diseño y Maquetación: JMGH
Ilustración de la portada y la contraportada: S.I.Z. 2018

Esta Guía debe citarse como:
García-Herrera Pérez-Bryan JMª, Hurtado Lara MM, Quemada González C, Nogueras Morillas EV, Bordallo Aragón A, Martí García C, Millán Carrasco A, Rivas Guerrero F, Morales Asencio JM. Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Psicosis y la Esquizofrenia. Manejo en Atención Primaria y en Salud Mental. Plan Integral de Salud Mental. Servicio Andaluz de Salud, 2019.

PRESENTACIÓN

Los trastornos psicóticos en general, y la esquizofrenia en particular, forman parte de lo que en el Sistema Sanitario Público Andaluz se ha venido a llamar Trastorno Mental Grave. Esta consideración se debe tanto a la potencial gravedad de este tipo de cuadros como a la dificultad de su abordaje, implicando distintos niveles asistenciales, desde la comunidad y la familia hasta la atención primaria y los servicios de salud mental, y dentro del sistema sanitario a varios perfiles profesionales, como médicos de familia, psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, entre otros.
Además, como es bien sabido, existen dentro de los abordajes terapéuticos varias escuelas, cada una con sus propias intervenciones psicológicas. Por estos motivos, es de esperar que exista y existe variabilidad en el abordaje de las psicosis y la esquizofrenia. Múltiples factores, como la formación específica de los profesionales en unas u otras intervenciones, la presión asistencial, las preferencias manifestadas por los usuarios o sus familiares, la falta de recursos, influyen de distinta manera en cada profesional responsable de tomar decisiones respecto a qué es mejor hacer en cada momento.
Es en este contexto en el que debemos entender la enorme importancia de las Guías de Prácticas Clínicas (GPC), ya que su objetivo principal es disminuir la incertidumbre del clínico a la hora de tomar decisiones, así como ofrecer una información redactada de una manera sencilla para posibilitar que los usuarios (y las personas cuidadoras cuando sea adecuado) participen de forma activa en las decisiones que afectan a su salud.
En efecto, una GPC no es más que un conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia científica, así como en un análisis de los riesgos y beneficios asociados a cada alternativa, con el objetivo de optimizar la atención sanitaria a los pacientes, ordenando y evaluando los resultados disponibles para conseguir, con ello, disminuir la variabilidad en la práctica clínica. Es decir, las GPC son herramientas diseñadas para solucionar problemas y no para crearlos o incrementarlos y, en consecuencia, una GPC nunca debería entenderse como un conjunto de pautas o recomendaciones de carácter más o menos obligatorio o rígido.
Así, la GPC para el tratamiento de la Psicosis y de la Esquizofrenia que ahora presentamos, aborda de forma clara las distintas situaciones clínicas en las que puede

encontrarse una persona con este tipo de diagnóstico, haciendo énfasis en las distintas intervenciones que han demostrado utilidad, como las psicológicas, psicofarmacológicas, de cuidados, etc. Por estas razones, el borrador de esta Guía ha servido como uno de los soportes de la revisión del Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Además, hay que señalar varios aspectos destacables de este trabajo. En primer lugar, se trata de la primera adaptación de una guía NICE realizada en Andalucía que cuenta con los derechos de uso expresamente otorgados por el National Institute for Health and Care Excellence. En segundo lugar, es una guía con una muy alta participación de usuarios andaluces diagnosticados de distintos trastornos psicóticos en su elaboración, mucho más alta que ninguna otra GPC sobre Psicosis y Esquizofrenia. Un grupo de usuarios ha participado en grupos focales, estando los comentarios realizados respecto a las recomendaciones recogidos textualmente en la guía; otro grupo de usuarios ha participado en la revisión externa de la guía, revisando las recomendaciones relacionadas con la "Experiencia del usuario del servicio de salud mental de adultos"; y una persona diagnosticada de un trastorno de este tipo ha ejercido labores de autoría al mismo nivel que el resto de autores. Un nivel de implicación de usuarios como éste quiere decir que se ha querido tener muy en cuenta su punto de vista, sus demandas y sus preferencias, otorgándole un nivel prioritario, junto con la evidencia científica disponible, los autores de esta Guía y el propio Sistema Sanitario Público Andaluz.
Además, es una propuesta valiente, que mantiene las formas organizativas que han demostrado utilidad en el manejo de estos trastornos, proponiendo y recomendando equipos y servicios de los que aún no solemos disponer en nuestro contexto.
Guía profundamente práctica, fundamentada en el peso de las pruebas y, sobre todo, en la seguridad del paciente y la prevención de daños, y estructurada en distintos niveles de recomendaciones. Aunque la última decisión siempre debe tomarla el clínico junto con el usuario, las recomendaciones fuertes serán apropiadas en una mayoría de situaciones, mientras que las recomendaciones débiles tendrán que ser sometidas a mayor análisis por parte del clínico y el usuario, en términos de los riesgos y beneficios de las alternativas disponibles. Por lo demás, resaltar también el práctico resumen de recomendaciones con el que se inicia esta Guía, como forma de respeto y reconocimiento a las circunstancias

diversas en las que nos podemos encontrar los distintos profesionales durante la actividad clínica.

Añadir, la garantía del prestigio que el conjunto de las Guías NICE tienen y reconocer su aportación en el mundo a la práctica clínica, por lo que su versión en castellano permite su implementación en todo el ámbito del Sistema Sanitario Público Andaluz. Así, la publicación de esta Guía permite cumplir objetivos del III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía, en cuanto a la mejora de las competencias profesionales de sus recursos humanos, por contribuir a su formación continuada y a una práctica asistencial avalada y homologada y que disminuye la variabilidad de la práctica clínica.

En último lugar, no quiero dejar de expresar mi agradecimiento y reconocimiento a todos los profesionales y usuarios que directa o indirectamente han colaborado en la elaboración de esta Guía, en especial a los profesionales del Hospital Regional Universitario de Málaga.

José Carmona Calvo

Director del Plan Integral de Salud Mental de Andalucía

EQUIPO EDITORIAL. COMITÉ ORGANIZADOR

José Mª García-Herrera Pérez-Bryan	Psiquiatra. Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Regional Universitario. Málaga
Mª Magdalena Hurtado Lara	Psicóloga clínica. Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Regional Universitario. Málaga
Casta Quemada González	Enfermera Especialista en Salud Mental. Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Regional Universitario Málaga
E.Vanesa Nogueras Morillas	Psiquiatra. Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Regional Universitario. Málaga
Antonio Bordallo Aragón	Psiquiatra. Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Regional Universitario. Málaga
Celia Martí García	Enfermera. Profesora. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Málaga
Almudena Millán Carrasco	Psicóloga. Profesora de Área de conocimiento sobre gestión de servicios y profesionales sanitarios. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada
Fabio Rivas Guerrero	Psiquiatra. Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Regional Universitario. Málaga
José Miguel Morales Asencio	Profesor de Metodología de Investigación y Evidencias. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Málaga

PANEL MULTIPROFESIONAL

Gisela Amor Mercado	Psicóloga clínica. Hospital Universitario Institut Pere Mata. Tarragona
Antonio Bordallo Aragón	Psiquiatra. Unidad Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Regional Universitario. Málaga
Estela Campoy Arévalo	Psicóloga. Agente de apoyo mutuo. Málaga
Mª Carmen Castillejos Anguiano	Farmacéutica comunitaria y Psicóloga. Universidad de Málaga.
Nazaret Cantero Rodríguez	Psiquiatra. Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Regional Universitario. Málaga
Vera Carbonell Aranda	Residente de Psicología clínica. Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Regional Universitario. Málaga
Francisco José Cervilla Suárez	Médico de familia. Unidad de Gestión Clínica El Palo. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce
Ana Mª Criado Ramón	Residente de Enfermería. Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Regional Universitario. Málaga
Eva Flordelis Lasierra	Psiquiatra. Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Regional Universitario. Málaga
Luis Federico Gálvez Alcaraz	Médico de familia. Unidad de Gestión Clínica El Palo. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce

Mónica García Medina	Residente de Psicología clínica. Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Regional Universitario. Málaga
José Mª García-Herrera Pérez-Bryan	Psiquiatra. Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Regional Universitario. Málaga
Escarlata Godino Ríos	Enfermera Especialista en Salud Mental. Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Regional Universitario. Málaga
Clara Gómez Ocaña	Psicóloga clínica. Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Clínic de Barcelona
Mª Dolores Gómez Valero	Residente de Psicología clínica. Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Regional Universitario. Málaga
Raquel Guijarro Buendía	Residente de Psicología clínica. Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada
Mª Magdalena Hurtado Lara	Psicóloga clínica. Unidad Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Regional Universitario. Málaga
Paula López de Castro Barrios	Residente de Psiquiatría. Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Regional Universitario. Málaga
María Macías Sánchez	Psiquiatra. Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Regional Universitario. Málaga
Antonio Manteca González	Médico de familia. Unidad de Gestión Clínica El Palo. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce
Bárbara Martín Carrasco	Residente de Psiquiatría. Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Regional Universitario. Málaga

Celia Martí García	Enfermera. Profesora. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Málaga
Eva Martínez Sanz	Psicóloga clínica. Hospital Universitario Institut Pere Mata. Tarragona
Almudena Martínez de la Torre	Enfermera Especialista en Salud Mental. Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Regional Universitario. Málaga
Fermín Mayoral Cleries	Psiquiatra. Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Regional Universitario. Malaga
José Miguel Morales Asencio	Profesor de Metodología de Investigación y Evidencias. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Málaga
Mª Luisa Morales Sutil	Médica de familia. Unidad de Gestión Clínica El Palo. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce
Berta Moreno Kütsner	Psicóloga.Profesora de la Facultad de Psicología de la Universidad de Málaga
E.Vanesa Nogueras Morillas	Psiquiatra. Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Regional Universitario. Málaga
Diviale Karina Ochoa García	Psiquiatra. Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Regional Universitario. Málaga
Fernando Orellana Rico	Psiquiatra. Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Regional Universitario. Málaga

Mercedes Prieto Cuéllar	Psicóloga clínica. Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada
Clara Provenza Tomás	Residente de Psiquiatría. Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Regional Universitario. Málaga
Casta Quemada González	Enfermera Especialista en Salud Mental. Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Regional Universitario. Málaga
Isabel Ruiz Delgado	Psicóloga clínica. Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Regional Universitario. Málaga
Cristina Salazar Soriano	Residente de Psicología clínica. Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Regional Universitario. Málaga
Antonio Ubiña Carbonero	Médico de familia. Unidad de Gestión Clínica Victoria. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce
Ángela de Urquía Palacios	Residente de Psiquiatría. Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Regional Universitario. Málaga
Amanda Vega Núñez	Residente de Psicología clínica. Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Regional Universitario. Málaga
Amelia Villena Jimena	Psicóloga clínica. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Área sanitaria del norte de Córdoba

AUTORES

ÁREAS

1.- ¿Qué es la psicosis y la esquizofrenia?

Berta Moreno Kutsner, Mª Carmen Castillejos Anguiano y Fermín Mayoral Cleries.

2.- ¿Cuáles son las posibles causas de la psicosis y la esquizofrenia?

Mª Magdalena Hurtado Lara, Amanda Vega Núñez y Eva Vanesa Nogueras Morillas.

3.- ¿Cuáles son las complicaciones de la psicosis y la esquizofrenia?

Mercedes Prieto Cuéllar, Raquel Guijarro Buendía y Eva Vanesa Nogueras Morillas.

4.- ¿Cuál es el pronóstico, la evolución y la recuperación de la psicosis y la esquizofrenia?

Fernando Orellana Rico y Bárbara Martín Carrasco.

5.- ¿Cómo identificar y manejar a las personas en riesgo de desarrollar una psicosis?

Clara Gómez Ocaña, José María García-Herrera Pérez-Bryan, José Miguel Morales Asencio y Mª Magdalena Hurtado Lara.

6.- ¿Cuál es el rol de atención primaria en el manejo de las psicosis y la esquizofrenia?

Francisco José Cervilla Suarez, Luis Federico Gálvez Alcaraz, Antonio Manteca González y José María García-Herrera Pérez-Bryan.

7.- ¿Cómo evaluar y realizar una alianza terapéutica con las personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia?

Isabel Ruiz Delgado, Cristina Salazar Soriano y Eva Martínez Sanz.

8.- ¿Qué tratamientos farmacológicos están recomendados para las psicosis y la esquizofrenia?

María Macías Sánchez, Nazaret Cantero Rodríguez, Eva Flordelis Lasierra y José María García-Herrera Pérez-Bryan.

9.- ¿Qué intervenciones psicológicas están recomendadas para las psicosis y la esquizofrenia?

Amelia Villena Jimena, Clara Gómez Ocaña y José María García-Herrera Pérez-Bryan.

10.- ¿Qué son las intervenciones entre iguales y el autocuidado para personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia

Amanda Vega Núñez, Estela Campoy Arévalo y Ana Mª Criado Ramón.

11.- ¿Qué intervenciones fomentan la salud física en personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia?

Francisco José Cervilla Suarez, María Luisa Morales Sutil, Antonio Ubiña Carbonero y José María García-Herrera Pérez-Bryan.

12.- ¿Cómo es la atención comunitaria no urgente a las personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia?

Almudena Martínez de la Torre, Escarlata Godino Ríos, Mónica García Medina y Eva Vanesa Nogueras Morillas.

13.- ¿Cuáles son las alternativas al ingreso en unidad de agudos?

Clara Provenza Tomás y Paula López de Castro Barrios.

14.- ¿Cómo es la experiencia de las personas cuidadoras?

Mª Dolores Gómez Valero, Amelia Villena Jimena, Casta Quemada, José Miguel Morales Asencio, María Magdalena Hurtado Lara.

15.- ¿Que es la rehabilitación profesional?

Fernando Orellana Rico, Vera Carbonell Aranda y Ángela de Urquía Palacios.

16.- ¿Cómo mejorar el acceso y la implicación de las minorías sociales?

Diviale Karina Ochoa García y Gisela Amor Mercado.

REVISORES EXTERNOS

Carlos Aguilera Serrano	Enfermero especialista en Salud Mental. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada
Francisco Luis Alcaine Soria	Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica El Palo. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Málaga
Filomena Alonso Morales	Médica de familia. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada
Miriam Amián Novales	Médica de Familia. Unidad de Gestión Clínica de Rute. Córdoba
Joaquín Aragón Ortega	Enfermero especialista en Salud Mental. Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga
Isabel Ana Arroyo de la Rosa	Médica de Familia. Centro de Salud de la Zarza. Consultorio de Villagonzalo. Badajoz
Gloria Bellido Zanin	Psicóloga Clínica. Institut Pere Mata. Reus
José Ramón Boxó Cifuentes	Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Puerta Blanca. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Málaga
María José Bujalance Zafra	Médica de Familia. Unidad de Gestión Clínica Victoria. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Málaga
Ana Cala Varela	Trabajadora Social. Unidad de Salud Mental Comunitaria. Jerez
Guadalupe Cano Oncala	Psicóloga Clínica. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental. Hospital Regional Universitario. Málaga

Francisco Javier Carrascoso López	Psicólogo clínico. Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla (Valme). Sevilla
Mercedes Castro García	Psiquiatra. Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba
Daniel Cuesta Lozano	Enfermero especialista en Salud Mental. Profesor del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Alcalá. Madrid
Magdalena Cuevas Fernández-Gallego	Enfermera Gestora de Casos. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Málaga
Inmaculada Dorado Siles	Enfermera especialista en Salud Mental. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla
Ana Isabel Fernández Crespo	Psicóloga clínica. Presidenta de la SEPCyS 2018. Unidad de Salud Mental Casablanca, Sector II Zaragoza - Servicio Aragonés de Salud
Magdalena Fernández Guillén	Enfermera especialista en Salud Mental. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental. Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada
Carlos Fernández Oropesa	Farmacéutico de Atención Primaria. Especialista en Farmacia Hospitalaria. Área de Gestión Sanitaria Nordeste de Granada
Eloisa Fernández Santiago	Médica de Familia. Unidad de Gestión Clínica Las Palmeritas. Sevilla
Miguel García Jiménez	Residente de Psiquiatría. Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Regional Universitario. Málaga

Pablo García López	Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Gran Capitán. Granada
Silvia García Mayor	Profesora Ayudante de Doctor en el Departamento de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Málaga
José Manuel García Montes	Profesor Titular de Universidad. Facultad de Psicología. Universidad de Almería
Juan Antonio García Sánchez	Enfermero especialista en Salud Mental. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental. Hospital Regional Universitario. Málaga
Adolfo García de Sola Márquez	Psicólogo Clínico. Comunidad Terapéutica. Área Sanitaria Sur de Sevilla
Francisco González Saiz	Psiquiatra. Profesor Contratado Doctor Vinculado. Facultad de Medicina. Universidad de Cádiz
Miguel Ángel Haza Duaso	Psiquiatra. Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Regional Universitario. Málaga
José Antonio Herrero Villanueva	Enfermero especialista de Salud Mental. Comunidad Terapéutica de Salud Mental. Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada
Alfonso Herruzo Rivas	Psiquiatra. Unidad de Hospitalización de Salud Mental. Hospital San Juan de la Cruz, de Úbeda. Jaén
Evelyn Huizing	Enfermera especialista en Salud Mental. Asesora Técnica. Programa de Salud Mental. Servicio Andaluz de Salud

Félix Hurtado Melero	Psicólogo. Técnico de Participación Ciudadana. Área de Gestión Clínica Campo de Gibraltar. Cádiz
Verónica Hurtado Melero	Enfermera. Unidad de Hospitalización y Comunidad Terapéutica. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental. Hospital Regional Universitario de Málaga
Félix Inchausti Gómez	Psicólogo Clínico. Departamento de Salud Mental. Servicio Riojano de Salud. Logroño
Juan Francisco Jiménez Estévez	Psicólogo Clínico. Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Universitario San Cecilio. Granada
Ana Belén Jurado Melero	Enfermera especialista en Salud Mental. Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga
Ignacio Lara Ruíz-Granados	Psiquiatra. Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla
Álvaro López Díaz	Psiquiatra. Unidad de Hospitalización en Salud Mental. Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla
Francisco José López Sánchez	Psiquiatra. Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga
Juan Carlos Maestro Barón	Psicólogo Clínico. Unidad de Hospitalización de Salud Mental. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada
José Miguel Martínez González	Psicólogo clínico. Centro Provincial de Drogodependencias de Granada

Marina Maté Moreno	Psiquiatra. Ejercicio privado. Málaga
Rafael Montoro Ruíz	Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Gran Capitán. Granada
Inmaculada Moraga Ropero	Farmacéutica. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Málaga
Antonio Morales Romero	Enfermero. Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada
Herminia Moreno Martos	Médica de familia. Consultorio Retamar. Unidad de Gestión Clínica Almería Periferia
Pilar Munera Ramos	Psicóloga clínica. Unidad de Rehabilitación de Salud Mental. Hospital Universitario San Cecilio. Granada
Francisca Muñoz Cobos	Médica de Familia. Unidad de Gestión Clínica El Palo. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Málaga
Alicia Navarro Moreno	Psiquiatra. Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Regional Universitario. Málaga
María Teresa Nieto Rodríguez	Farmacéutica. Especialista del Centro Andaluz De Información sobre el Medicamento (CADIME). Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.
María Nieves Pérez Marfil	Profesora titular de Universidad. Facultad de Psicología. Universidad de Granada

Alejandro Pérez Milena	Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica El Valle. Distrito Sanitario Jaén Sur. Jaén
Paloma Porras Martín	Médica de Familia. Unidad de Gestión Clínica La Candelaria. Sevilla
Esperanza Prieto Bonilla	Psiquiatra. Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Área Sanitaria Norte de Córdoba
Nieves Prieto García	Psicóloga. Técnica de Promoción de Salud. Unidad de Prevención y Promoción de Salud. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Málaga
Mª Angustias Ramos Ramos	Psiquiatra. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada
Dulce Nombre de María Romero Ayuso	Terapeuta ocupacional. Profesora Contratada. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Granada
Javier Romero Cuesta	Psiquiatra. Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga
Patricia Ruíz Diéguez	Médico especialista en Anatomía Patológica. Residente de Psiquiatría. Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Regional Universitario. Málaga
Diego Ruiz Meroño	Terapeuta ocupacional. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.
Antonio José Sánchez Guarnido	Psicólogo Clínico. Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada

Cristina Sánchez Robles	Psiquiatra. Unidad de Hospitalización de Salud Mental. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva
Francisca Sánchez Sánchez	Psicóloga clínica. Unidad de Hospitalización de Salud Mental. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería
Jesús Sepúlveda Muñoz	Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Alameda-Perchel. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Málaga
Miguel Soto Ontoso	Psiquiatra. Unidad de Hospitalización de Salud Mental. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería
Pilar Ventosa Arias	Psiquiatra. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba
Raul Vilagrà Ruiz	Psicólogo clínico. Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil de Sarrià-Sant Gervasi. Barcelona
Nieves Vilches Cruz	Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Comunitaria de Antequera. Área Norte de Málaga
Alicia Vilches Pescador	Trabajadora Social Unidad de Hospitalización. Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Regional Universitario. Málaga
José Mª Villagrán Moreno	Psiquiatra. Área Gestión Sanitaria Norte Cádiz. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Profesor Asociado de Psiquiatría. Departamento de Neurociencias. Universidad de Cádiz

INSTITUCIONES Y SOCIEDADES COLABORADORAS

Esta GPC cuenta con el respaldo de:

- Universidad de Málaga
- Asociación Andaluza de profesionales de Salud Mental. AEN Andalucía
- Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME)
- Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes (ANPIR)
- Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC)
- Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP)
- Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria. SEMERGEN Andalucía
- Sociedad Española de Psicología Clínica y de la Salud (SEPCyS)

La GPC también cuenta con el respaldo de la Asociación de Familiares con Enfermos de Esquizofrenia de Málaga (AFENES) y la Federación Andaluza de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES).

ÍNDICE

Niveles de las recomendaciones	**24**
Introducción	**26**
1.- ¿Qué es la psicosis y la esquizofrenia?	**32**
2.- ¿Cuáles son las posibles causas de la psicosis y la esquizofrenia?	**34**
3.- ¿Cuáles son las complicaciones de la psicosis y la esquizofrenia?	**36**
4.- ¿Cuál es el pronóstico, la evolución y la recuperación de la psicosis y la esquizofrenia?	**38**
5.- ¿Cómo identificar y manejar a las personas en riesgo de desarrollar una psicosis?	**40**
Recomendaciones	**42**
6.- ¿Cuál es el rol de atención primaria en el manejo de las psicosis y la esquizofrenia?	**44**
Recomendaciones	**46**
7.- ¿Cómo evaluar y realizar una alianza terapéutica con las personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia?	**50**
8.- ¿Qué tratamientos farmacológicos están recomendados para las psicosis y la esquizofrenia?	**52**
Recomendaciones	**58**
9.- ¿Qué intervenciones psicológicas están recomendadas para las psicosis y la esquizofrenia?	**76**

Recomendaciones 80

10.- ¿Qué son las intervenciones entre iguales y el autocuidado para personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia? 87

Recomendaciones 89

11.- ¿Qué intervenciones fomentan la salud física en personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia? 90

Recomendaciones 92

12.- ¿Cómo es la atención comunitaria no urgente a las personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia? 95

Recomendaciones 97

13.- ¿Cuáles son las alternativas al ingreso en unidad de agudos? 100

Recomendaciones 102

14.- ¿Cómo es la experiencia de las personas cuidadoras? 104

Recomendaciones 106

15.- ¿Que es la rehabilitación profesional? 108

Recomendaciones 110

16.- ¿Cómo mejorar el acceso y la implicación de las minorías sociales? 111

Recomendaciones 113

Anexo.- Recomendaciones de la guía Experiencia del usuario del servicio de salud mental de adultos 114

1. Atención y apoyo en todos los puntos de la ruta asistencial 115

2. El acceso a la atención 119

3. Evaluación **120**

4. Atención comunitaria **122**

5. Evaluación y derivación del usuario en crisis **124**

6. Evaluación y tratamiento bajo la Ley de enjuiciamiento civil (artículo 763) y la Ley de autonomía del paciente **125**

7. Atención en el hospital **127**

8. Alta y traslado a otro dispositivo del servicio **130**

Abreviaturas **131**

Niveles de las Recomendaciones

El modelo de recomendación establecido por el NICE en su manual de GPCs de 2009 fija 3 niveles de certidumbre:

a) Recomendaciones sobre intervenciones que DEBEN (o NO DEBEN) ser llevadas a cabo. Este tipo de recomendaciones solo se incluyen si hay una norma legal que exige la aplicación de la misma.

b) Recomendaciones sobre intervenciones que **DEBERÍAN** (o **NO DEBERÍAN**) ser aplicadas (RECOMENDACIONES FUERTES). Son aquellas en las que para la mayoría de la gente, la intervención hará más beneficio que daño y será costo-efectiva. En la medida de lo posible, estas recomendaciones aparecen redactadas como instrucciones directas, más que con el verbo "debería". Así, se emplean verbos como "**Ofrezca**", "**Aconseje**" o "**Discuta**". El GDG consideró que el verbo "discutir" en español podía generar cierta confusión en la interpretación y prefirió sustituirlo por el término "**valore conjuntamente con el usuario**", o "**comente con el usuario**". Una recomendación "**debería**" puede ser combinada con (o seguida de) una recomendación "podría" – por ejemplo, cuando el tratamiento es muy recomendable, pero hay dos o más opciones con similar eficiencia, y la elección dependerá de la preferencia del usuario

c) Recomendaciones para intervenciones que PODRÍAN ser aplicadas (RECOMENDACIONES DÉBILES). Son aquellas en las que el grupo desarrollador de la GPC confía en que las intervenciones harán más beneficio que daño a la mayoría de los usuarios y serán coste-efectivas. SIN EMBARGO, hay otras opciones de igual coste-efectividad o algunos usuarios pueden optar por una intervención menos efectiva, pero más barata. La elección de la intervención está por tanto sometida a posibles variaciones, dependiendo de los valores y preferencias de la persona. Se suele utilizar el verbo "considerar"

El texto utilizado en las recomendaciones de esta guía denota la certeza con la que se hizo la recomendación (la fuerza de la recomendación). Para todas las recomendaciones, NICE espera que se valoren conjuntamente con el usuario los riesgos y los beneficios de las intervenciones, sus valores y sus preferencias. Esta valoración conjunta pretende ayudarles a tomar una decisión con pleno conocimiento (véase también la atención centrada en la persona).

A efectos de facilitar la comprensión de la fortaleza de las recomendaciones, los verbos que indican la intervención o la no intervención de la recomendación se han puesto en el texto de diferente color y/o tipo de letra:

Recomendación fuerte a favor de la intervención, ejemplos: **Identifique**,**informe**, **ofrezca**, **proporcione**.

Recomendación fuerte desaconsejando la intervención: **No ofrezca**,

Recomendación débil aconsejando la intervención, ejemplos: Considere, tenga en cuenta.

Tabla 4.- Niveles de las recomendaciones

Niveles de las recomendaciones		
Fortaleza de la recomendación	**Verbos que indican la intervención. Ejemplos**	**Forma de presentación en el texto**
Fuerte a favor de la intervención	**Debería, identifique**, **informe**, **ofrezca**, **proporcione**, **valore conjuntamente**	Negrita. Verde
Fuerte desaconsejando la intervención	**No ofrezca**	Negrita. Rojo
Débil aconsejando la intervención	Considere, tenga en cuenta	Normal. Verde
Débil desaconsejando la intervención	En esta GPC no hay ninguna recomendación de esta fortaleza	

INTRODUCCIÓN

La psicosis es un conjunto de trastornos psiquiátricos en los que se alteran, de manera significativa, la percepción, los pensamientos, el estado de ánimo y el comportamiento de las personas. La esquizofrenia es el diagnóstico más común dentro de los trastornos psicóticos. Este tipo de patología constituye una parte muy importante del denominado trastorno mental grave que, a su vez, debe ser el objetivo prioritario de los servicios de Salud Mental (Proceso asistencial integrado trastorno mental grave, 2006).

Los problemas y las experiencias asociadas con la psicosis y la esquizofrenia son con frecuencia angustiantes; además, los efectos de esta enfermedad pueden ser persistentes. Así, un número significativo de personas continúa experimentando discapacidad de manera crónica, pudiendo tener esto un impacto considerable en su vida personal, social y profesional. Se ha estimado que a nivel mundial la esquizofrenia está entre los primeros quince trastornos médicos que causan discapacidad (Murray et al., 2013). Asimismo, está bien establecida la asociación entre la psicosis/esquizofrenia y la mala salud física (Marder et al., 2003).

La investigación ha sugerido que un retraso en el acceso a los servicios de salud mental y al tratamiento en la psicosis temprana y la esquizofrenia - a menudo denominado como duración de la psicosis no tratada-, se asocia con una recuperación más lenta o menos completa, un mayor riesgo de recaída y una peor evolución en los años siguientes (Bottlender et al., 2003; Harrigan et al., 2003; Robinson et al., 1999). Una de las causas asociada a la falta de accesibilidad es la variabilidad en la práctica clínica y la heterogeneidad en la gestión del conocimiento con respecto a estos diagnósticos. Así mismo, existen resultados de investigación que recomiendan intervenciones en la reorganización de los servicios y en los modos de provisión de éstos (NCCMH, 2014).

Estas razones llevaron a varios profesionales de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital Regional de Málaga a elaborar esta guía de práctica clínica con métodos de adaptación a partir de la guía NICE para la psicosis y la esquizofrenia 2014.

El grupo desarrollador ha realizado en los últimos años dos Guías de práctica clínica: una Guía para el Tratamiento de la Depresión en Atención Primaria, que ha sido incluida en el catálogo de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud (www. Guiasalud.es) y la Guía de práctica clínica para el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada, ambas publicadas en la página web del Servicio Andaluz de Salud (SAS)

(http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/listado.asp?mater=14#). Para su creación se recurrió a la estrategia de adaptación de Guías de Práctica Clínica, siguiendo la metodología ADAPTE. La adaptación constituye una alternativa al desarrollo de GPCs "de novo" mediante la contextualización de una GPC en un entorno distinto del que fue concebida, empleando métodos sistemáticos que permiten mantener el rigor de las recomendaciones iniciales (Fervers, 2006). La razón de la existencia de estos métodos se debe a que la producción de GPCs de calidad conlleva un número considerable de esfuerzos y recursos que no siempre están disponibles y además previene contra la producción de GPCs redundantes y a veces contradictorias entre sí por no haber sido desarrolladas con el rigor suficiente.

Entre los métodos de adaptación el más conocido es el método ADAPTE, que conlleva tres fases a lo largo de las cuales es fundamental la participación de las partes interesadas (profesionales, gestores, usuarios, cuidadores, etc).

La primera fase consiste en la PREPARACIÓN del marco de trabajo para la estrategia ADAPTE (constitución del equipo, selección del tema de la GPC, valoración de la adaptabilidad, identificación y planificación de recursos).

Después empezará la fase de ADAPTACIÓN propiamente dicha, en la que se definen las preguntas a las que tratará de dar respuesta la guía (ámbito, propósito y escenarios clínicos de incertidumbre), se realizará una búsqueda exhaustiva de las GPCs y una evaluación de las mismas mediante el instrumento AGREE para poder tomar las decisiones procedentes acerca de las recomendaciones. Con todo este material se procede a elaborar un borrador inicial.

La fase FINAL consiste en someter la GPC a revisión externa (tanto de expertos como de sociedades científicas), planificar las actualizaciones futuras y por último elaborar la versión final.

En el caso de esta guía, tras una búsqueda exhaustiva se seleccionó la guía NICE para la Psicosis y la Esquizofrenia en su última versión (2014) y todas menos una de las recomendaciones, que siguen el sistema GRADE, provienen de ella. En ésta, se introduce por primera vez el diagnóstico de psicosis, no quedando limitada exclusivamente a la esquizofrenia y, además, se añaden nuevas recomendaciones no recogidas en las versiones anteriores.

La población a la que va dirigida la guía sería personas adultas (mayores de 18 años) con un diagnóstico clínico de psicosis o esquizofrenia, incluyendo el trastorno esquizoafectivo y

el trastorno delirante, y aquellos con un diagnóstico establecido de esquizofrenia con inicio antes de los 60 años de edad. También, personas en tratamiento en los servicios de intervención temprana, donde pueden estar incluidas personas mayores de 14 años, si bien la guía no hace recomendaciones sobre el tratamiento específico para las personas menores de 18 años de edad.

Quedan fuera del alcance de esta guía las personas con esquizofrenia de inicio muy tardío (inicio desde los 60 años de edad en adelante) y los niños y jóvenes, a menos que estén siendo tratados en los servicios de intervención temprana. Sin embargo, la guía no está dirigida a los dispositivos de intervención temprana de los Servicios de Salud Mental para Niños y Adolescentes. De la misma manera, quedarían fuera del alcance de la guía las personas diagnosticadas con trastorno bipolar, las personas con síntomas psicóticos transitorios y patología dual.

El grupo desarrollador de la guía NICE considera que, aunque una discusión completa de los diagnósticos de psicosis y esquizofrenia queda fuera del ámbito de aplicación de la misma, sí deben tratarse algunas cuestiones específicas para contextualizar los diagnósticos.

La CIE-11 (Organización Mundial de la Salud, 2018), en su capítulo sobre Trastornos Mentales y Conductuales, propone un cambio en la clasificación de síntomas para la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Así, frente a anteriores versiones que dividían el trastorno en varios subtipos, ahora se propone categorizar a estos pacientes con síntomas psicóticos en función de seis dominios principales, con indicadores de presencia y gravedad, con la idea de que esto puede facilitar un tratamiento más personalizado. En cuanto a los criterios temporales, la CIE-11 requiere que estén presentes durante un mes síntomas psicóticos evidentes, sin contar el periodo de deterioro no específico o de síntomas atenuados (prodrómicos) que puede preceder a un episodio agudo. Asimismo, es esencial para el diagnóstico la evidencia de un funcionamiento deteriorado y alterado además de síntomas psicóticos persistentes. Por otra parte, los síntomas psicóticos aislados (habitualmente alucinaciones auditivas) sin deterioro funcional son frecuentes en la población general (van Os et al., 2009) y en las personas con trastornos emocionales como la ansiedad y la depresión (Varghese et al., 2011). Ahora bien, estas experiencias no deben confundirse con el diagnóstico de un trastorno psicótico o de esquizofrenia.

Los profesionales deben ser conscientes del impacto positivo y negativo de hablar de un diagnóstico (Pitt et al., 2009). La toxicidad de la etiqueta de “esquizofrenia” ha suscitado

solicitar que se abandone el concepto completamente (Bentall et al., 1988) o que se cambie el nombre a la afección (Kingdon et al., 2007), siendo el término psicosis de mayor aceptación entre los profesionales.

Como resultado de las primeras fases de la adaptación, el grupo de trabajo realizó una traducción de su contenido y lo estructuró de una forma más accesible y asequible, siguiendo un esquema por áreas de incertidumbre, y también se eliminó la parte metodológica, redirigiendo para su consulta a la guía NICE original.

Además, se ha incluido como instrumento adicional una sección con todas las recomendaciones de la guía insertadas en una ruta asistencial, a través de algoritmos de decisión, para facilitar el proceso de toma de decisiones y el uso rápido y accesible de la guía en el curso de la práctica clínica.

Igualmente, se añaden todas las áreas en las que se necesita más investigación, que aportan información sobre las limitaciones que actualmente no tienen disponibles recomendaciones para la toma de decisiones.

También se han incluido como anexo las recomendaciones procedentes de una guía que NICE realizó específicamente a partir de los testimonios de usuarios adultos sobre su experiencia en relación con los servicios de salud mental.

También se han añadido como instrumento para su implementación y monitorización, los indicadores de calidad asociados a esta guía de práctica clínica.

Se ha complementado la información farmacológica de la guía con información procedente de Taylor (Taylor et al., 2015), y dos revisiones procedentes del CADIME (http://www.cadime.es/es/index.cfm).

Una vez obtenido todo esto, la siguiente fase en el proceso de adaptación ha consistido en que el panel multidisciplinar revisara la redacción en castellano de la guía y realizara una nueva búsqueda bibliográfica de actualización hasta diciembre de 2017. Fruto de este proceso, se añadió una nueva recomendación, y se cambió la fuerza de otra recomendación. El proceso está descrito detalladamente en el apartado dedicado a la metodología de elaboración. Además, se han añadido a la GPC los datos epidemiológicos actualizados en la población española y otros estudios considerados de interés en nuestro país, así como los resultados de un estudio cualitativo con usuarios y personas cuidadoras a través de grupos focales que se ha llevado a cabo con población local.

Finalmente, se ha llevado a cabo una revisión externa de la GPC por parte de 83 revisores externos, de los cuales 13 fueron usuarios y el resto, profesionales.

Referencias.-

Bentall RP, Jackson HF, Pilgrim D. Abandoning the concept of 'schizophrenia': some implications of validity arguments for psychological research into psychotic phenomena. The British Journal of Clinical Psychology / The British Psychological Society. 1988;27:303-24.

Bottlender R, Sato T, Jager M, Wegener U, Wittmann J, Strauss A, et al. The impact of the duration of untreated psychosis prior to first psychiatric admission on the 15- year outcome in schizophrenia. Schizophrenia Research. 2003;62:37-44.

Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Trastorno mental grave: proceso asistencial integrado. 2006.

Fervers B, Burgers JS, Haugh MC, Latreille J, Mlika-Cabanne N, Paquet L, et al. Adaptation of clinical guidelines: literature review and proposition for a framework and procedure. International Journal for Quality in Health Care. 2006;18(3):167-76.

García-Herrera JM, Nogueras Morillas EV, Muñoz Cobos F, Morales Asencio JM. (2011). Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la depresión en Atención Primaria. Distrito Sanitario Málaga. UGC Salud Mental Hospital Regional Universitario “Carlos Haya”. Málaga. Servicio Andaluz de Salud, 2011.

García-Herrera Pérez Bryan JMª, Hurtado Lara MªM, Nogueras Morillas EV, Bordallo A, Morales Asencio JM. Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada basada en el modelo de atención por pasos en Atención Primaria y en Salud Mental.Málaga: Hospital Regional de Málaga. Servicio Andaluz de Salud, 2015

Harrigan SM, McGorry PD, Krstev H. Does treatment delay in first-episode psychosis really matter? Psychological medicine. 2003;33:97-110.

Kingdon DG, Kinoshita Y, Naeem F, Swelam M, Hansen L, Vincent S, et al. Schizophrenia can and should be renamed. BMJ. 2007;334:221-2.

Marder SR, Glynn SM, Wirshing WC, Wirshing DA, Ross D, Widmark C, et al. Maintenance treatment of schizophrenia with risperidone or haloperidol: 2-year outcomes. American Journal of Psychiatry. 2003;160:1405-12.

Murray CJ, Richards MA, Newton JN, Fenton KA, Anderson HR, Atkinson C, et al. UK health performance: findings of the global burden of disease study 2010. The Lancet. 2013;381:997-1020.

NCCMH. Psychosis and Schizophrenia in adults. The Nice Guideline on treatment and management. Clinical guideline No. 178. London: NICE; 2014 [full guideline].

Pitt L, Kilbride M, Welford M, Nothard S, Morrison AP. Impact of a diagnosis of psychosis: user-led qualitative study. Psychiatric Bulletin. 2009;33:419-23.

Robinson D, Woerner MG, Alvir JM, Bilder R, Goldman R, Geisler S, et al. Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. Archives of General Psychiatry. 1999;56:241-7.

Taylor D, Paton C, Kapur S. The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry, 12th Edition. London: Wiley-Blackwell, 2015.

van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I, Delespaul P, Krabbendam L. A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. Psychological medicine. 2009;39:179-95.

Varghese D, Scott J, Welham J, Bor W, Najman J, O'Callaghan M, et al. Psychotic-like experiences in major depression and anxiety disorders: a population-based survey in young adults. Schizophrenia Bulletin. 2011;37:389-93.

Word Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 11th Revision. ICD-11. 2018.

1 ¿Qué es la psicosis y la esquizofrenia?

Resumen de la investigación

La psicosis es un conjunto de trastornos psiquiátricos en los que se alteran, de manera significativa, la percepción, los pensamientos, el estado de ánimo y el comportamiento de una persona. Por su parte, el término esquizofrenia, agruparía un subgrupo de estos trastornos. No todas las personas que desarrollan psicosis presentarán exactamente los mismos síntomas, sino que la heterogeneidad clínica, patológica y etiológica parece ser la norma.

Por lo general, al inicio se da un **periodo prodrómico**, en el que se produce un deterioro del funcionamiento personal, por ejemplo, es frecuente que la persona pierda el interés en sus actividades cotidianas (trabajo, estudios, relaciones), que comience a aislarse de los demás, que muestre problemas de atención o de memoria, que tenga dificultades para dormir. Este periodo prodrómico es típicamente seguido por una **fase aguda con síntomas positivos** como alucinaciones, delirios, y trastornos del pensamiento y del comportamiento. Si la fase aguda remite, por lo general después de un tratamiento, los síntomas positivos pueden desaparecer o disminuir, pero es frecuente que permanezcan **síntomas negativos** como la falta de motivación y el deterioro de la atención, la memoria y el autocuidado. Además, se ha constatado que las personas con psicosis y esquizofrenia tienen una alta prevalencia de alteraciones afectivas y de trastornos de ansiedad comórbidos.

La evolución del trastorno también varía según la persona. Aunque **la mayoría de las personas se recuperan de la fase inicial aguda**, sólo **del 14 al 20% se recuperará completamente**. Otros mejorarán, pero volverán a presentar episodios recurrentes o

recaídas, que estarán relacionadas con el estrés, la adversidad, el aislamiento social y con el abandono del tratamiento.

Existe un movimiento creciente que recomienda no diagnosticar la esquizofrenia en las primeras etapas del trastorno. Además de la falta de validez predictiva con respecto al curso y el resultado, también hay problemas significativos con la fiabilidad del diagnóstico, y esto sumado a los efectos negativos que suele conllevar, como el estigma y la discriminación, desaconseja su utilización prematura. Por eso, **el término menos específico de psicosis cada vez tiene más partidarios** entre profesionales, usuarios y cuidadores.

La psicosis es una enfermedad mental relativamente común, siendo la esquizofrenia la forma más frecuente y grave del trastorno psicótico. La tasa de incidencia media considerando todas las psicosis en su conjunto se estima de 29,51 por cada 100.000 habitantes, y particularmente la esquizofrenia presenta una tasa de 9,4 por 100.000.

Respecto a la prevalencia de la psicosis, una reciente revisión sistemática en todo el mundo muestra que la prevalencia puntual y anual presentó una tasa media de 4,2 por 1000 habitantes, siendo para la prevalencia vida de 6,65 por 1000. De este modo, **uno de cada 150 personas será diagnosticada de algún tipo de psicosis a lo largo de su vida.**

Finalmente, en nuestro contexto, concretamente en un estudio realizado en el Hospital Regional de Málaga, los resultados ofrecen una prevalencia de esquizofrenia y trastorno afines de 6,3 casos al año por cada 1000 habitantes, siendo el doble en hombres que en mujeres. Así mismo se encontraron tasas más altas en entornos urbanos frente a los rurales, y también en zonas socio-económicas más desfavorecidas frente a las no desfavorecidas.

2 ¿Cuáles son las posibles causas de la psicosis y de la esquizofrenia?

Resumen de la investigación

Sabemos que existen una serie de factores de riesgo, genéticos y ambientales, para desarrollar psicosis y esquizofrenia, pero a día de hoy aún no se conoce cómo estos factores interaccionan entre sí para causar el trastorno.

En cuanto a los **factores genéticos**, tener un familiar cercano con psicosis o esquizofrenia es el mayor factor de riesgo para desarrollar un trastorno psicótico. Sin embargo, incluso en el caso de gemelos idénticos, la probabilidad de desarrollar el trastorno si tu gemelo lo tiene es del 48%, por lo que también deben influir otro tipo de factores de manera importante.

Por otra parte, los **factores de riesgos biológicos** potenciales incluirían complicaciones perinatales; consumo de cannabis, sobre todo en la adolescencia; padres de edad avanzada; la estacionalidad del nacimiento; o la exposición al parásito unicelular toxoplasma gondii.

También parecen importantes los **factores riesgos psicosociales**, como nacer en zonas urbanas y vivir en las ciudades, y haber sufrido adversidad en la infancia y de adultos (incluyendo vivir en zonas desfavorecidas, el abuso sexual, físico y emocional, la negligencia y la intimidación).

Asimismo, existen varias teorías que intentan explicar cómo los riesgos genéticos podrían interaccionar con los riesgos biológicos y psicosociales que causan los trastornos psicóticos, aunque ninguna de estas teorías se ha comprobado.

Una teoría bien establecida es la **hipótesis del neurodesarrollo**, que propone que algunas personas tienen una vulnerabilidad al desarrollo de la psicosis y la esquizofrenia y que ésta surge debido a la interacción de los riesgos genéticos y ambientales en el momento del nacimiento. Se propone que estas personas a veces adquirirán lesiones neurológicas sutiles que no son inmediatamente evidentes durante la infancia, pero que alterarán los cambios normales en la conectividad cerebral que se producen en todos los adolescentes, dando lugar a un cerebro “vulnerable”.

Una teoría alternativa es que todo el mundo tiene un cierto grado de vulnerabilidad al desarrollo de la psicosis y la esquizofrenia, y que el factor crítico en muchas personas no son los genes o las lesiones neurológicas sutiles, sino el tiempo, la naturaleza y el grado de exposición a los riesgos ambientales. Los defensores de esta teoría señalan que numerosos estudios informan que los riesgos como vivir en una ciudad, la pobreza y el maltrato infantil son altamente predictivos de presentar síntomas psicóticos más adelante, haya o no riesgo genético.

Otras teorías señalan el papel de la sobreactividad en el sistema dopaminérgico mesolímbico o el de algunos factores psicológicos como los déficits en funciones cognitivas básicas (aprendizaje, atención, memoria o planificación) o los sesgos en los procesos emocionales y de razonamiento.

Sin embargo, por ahora, ninguna de estas teorías capta plenamente la complejidad de interacción entre los genes y el ambiente que debe producirse para que se desarrolle la psicosis y/o la esquizofrenia.

3 ¿Cuáles son las complicaciones de la psicosis y de la esquizofrenia?

Resumen de la investigación

En algunos casos, los efectos de la psicosis pueden ser persistentes. Así, un número significativo de personas continúan experimentando discapacidad de manera crónica, siendo el funcionamiento en los 3 primeros años después del diagnóstico el mejor predictor del funcionamiento a largo plazo.

Por una parte, **está bien establecida la asociación entre la psicosis/esquizofrenia y la mala salud física**. Los varones con esquizofrenia mueren 20 años antes y las mujeres 15 años antes que la población general. Alrededor de una quinta parte de las muertes prematuras son debidas a suicidios y accidentes, pero la mayoría son causadas por enfermedades físicas, como los trastornos cardiovasculares, trastornos metabólicos como la diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, ciertos cánceres y enfermedades infecciosas tales como el VIH, la hepatitis C y la tuberculosis.

Aunque buena parte del deterioro de la salud física pueda ser explicado por la naturaleza de la psicosis y la esquizofrenia y por los efectos secundarios del tratamiento, probablemente también está relacionado con la organización inadecuada de los servicios de salud, con la actitud de los médicos y con el estigma social asociado a los pacientes con esquizofrenia. Estos factores se traducen finalmente en un reconocimiento tardío y en la falta de tratamiento de muchas enfermedades físicas comórbidas.

Concretamente, se ha constatado que la reducción de la morbilidad y de la mortalidad cardiovascular que se ha observado en la población general en las dos últimas décadas, no se ha producido en las personas con trastornos mentales graves. Las enfermedades

cardiovasculares (ECV) pueden ser el resultado de la respuesta del cuerpo a la angustia persistente, de posibles vulnerabilidades genéticas, del estilo de vida (tabaco, dieta, sedentarismo, exclusión) y de los fármacos psiquiátricos. La tendencia de los riesgos metabólicos a aglutinarse se conceptualiza en el **Síndrome Metabólico**, que predice de manera fiable la futura ECV, diabetes y muerte prematura. Como se ha sugerido, el propio consumo de antipsicóticos puede causar anormalidades metabólicas y cardíacas, además de trastornos neurológicos.

Por otra parte, la prevalencia de la **obesidad** ha aumentado dramáticamente en la población general en los últimos 30 años, y más aún en las personas con esquizofrenia, lo que parece estar **relacionado principalmente con el uso de antipsicóticos**, que están entre los medicamentos más obesogénicos. Sin embargo, el peso puede aumentar rápidamente en la primera fase del tratamiento no sólo por causa de la medicación antipsicótica, sino también como resultado de una dieta que es con frecuencia baja en frutas y verduras y alta en grasa y azúcares, la falta de actividad física y el deterioro de la motivación para cambiar los comportamientos poco saludables.

También el **consumo de tabaco** es más frecuente en personas con psicosis y esquizofrenia que en la población en general, con un 59% que fuma ya en el inicio de la psicosis (seis veces más frecuente que las personas de la misma edad sin psicosis) y con un 70% para las personas con una esquizofrenia establecida.

4 ¿Cuál es el pronóstico, la evolución y la recuperación de la psicosis y la esquizofrenia?

Resumen de la investigación

Históricamente se ha tenido una visión pesimista del pronóstico de la esquizofrenia, considerándola como una enfermedad grave, sin tratamiento definitivo y que provoca con frecuencia un deterioro de por vida. Sin embargo, los estudios de seguimiento a largo plazo han demostrado que existen variaciones considerables según el caso, sugiriendo que **hay un resultado moderadamente bueno, a largo plazo, en más de la mitad de las personas con esquizofrenia**. También existe, aunque en menor proporción, una población que tiene períodos prolongados de remisión de los síntomas sin posteriores recaídas.

Es cierto que algunas personas nunca experimentan una recuperación completa de sus experiencias psicóticas, pero aun así logran mantener una calidad de vida aceptable si se les da la ayuda y el apoyo adecuado.

Las primeras etapas de la psicosis y la esquizofrenia a menudo se caracterizan por una exacerbación repetida de los síntomas como alucinaciones, delirios y trastornos de conducta. Mientras que una alta proporción responden al tratamiento inicial con medicación antipsicótica, **alrededor del 80% recaerá dentro de los 5 años de un primer episodio tratado**, lo que se explica en parte por la interrupción del tratamiento.

La duración de la psicosis no tratada se asocia con una recuperación más lenta o menos completa, un mayor riesgo de recaída y una peor evolución en los años

siguientes. Sin embargo, la recuperación puede ocurrir en cualquier momento, incluso después de muchos años.

Una serie de factores sociales y económicos parecen afectar el curso de la psicosis y de la esquizofrenia. Por ejemplo, en los países desarrollados está bien establecido que la psicosis y la esquizofrenia son más frecuentes en los grupos socioeconómicos más bajos. Sin embargo, esto parece estar en parte invertido en algunos países en vías de desarrollo.

Por otra parte, se ha demostrado que los factores de riesgo para el desarrollo de la psicosis y la esquizofrenia y la aceptabilidad de las intervenciones varían a través de los grupos étnicos. En general, los inmigrantes parecen estar en mayor riesgo que la población local.

Se reconoce cada vez más que **la recuperación de la esquizofrenia** es más que la simple reducción o remisión de los síntomas, sino que también **implica recuperar un proyecto de vida significativo para la persona.**

5 ¿Cómo identificar y manejar a las personas en riesgo de desarrollar una psicosis?

Resumen de la investigación

Actualmente existe un creciente interés en la identificación de las personas que están en alto riesgo de desarrollar un primer episodio psicótico con la esperanza de que una intervención pueda prevenir o retrasar el desarrollo de la psicosis. Para ello, se pone **especial interés en los llamados pródromos (o "estados de riesgo o alto riesgo" según una terminología más moderna)**: la presencia de síntomas psicóticos transitorios, o síntomas psicóticos subclínicos, disminución del funcionamiento, tener un trastorno esquizotípico de la personalidad o la constatación de que tiene un familiar de primer grado con una historia de psicosis.

Estudios recientes han evaluado la posibilidad de detectar y tratar a las personas en estado de "riesgo", antes de que desarrollen una psicosis. Este enfoque se basa en tres supuestos: (1) es posible detectar a tales personas; (2) estas personas tienen un riesgo significativamente mayor de presentar una psicosis posteriormente; y (3) una intervención eficaz reduciría este riesgo. Hay evidencia para apoyar los dos primeros argumentos en las personas con importantes antecedentes familiares de psicosis y que tienen, por lo tanto, un alto riesgo genético y en aquéllas que presentan determinadas alteraciones perceptivas. Sin embargo, según la evidencia disponible, **la medicación antipsicótica no es más eficaz que una intervención psicológica o placebo en la prevención de la transición a la psicosis y tiene poco o ningún efecto en la reducción de los síntomas psicóticos**. Sin embargo, sí suelen presentarse los efectos secundarios,

especialmente el aumento de peso. Por eso, en este caso, los daños asociados con la medicación antipsicótica son superiores a los beneficios. Por todo esto, el GDG considera que existe **una base sólida para no prescribir la medicación antipsicótica a las personas en riesgo de desarrollar psicosis** e incluso para no continuar investigando sobre su utilización en esta población.

En cuanto a las medidas dietéticas, existe alguna evidencia que sugieren que los ácidos grasos omega-3 pueden ser eficaces en la prevención de la transición a la psicosis y en la mejora de los síntomas psicóticos, la depresión y el funcionamiento psicosocial en las personas jóvenes, si bien son necesarios más estudios para establecer conclusiones sólidas.

También existen algunos estudios sobre terapia psicológica, que señalan que la TCC o la terapia psicológica integrada pueden tener un efecto beneficioso sobre la tasa de transición a la psicosis, y aunque la base de evidencia es pequeña, el GDG decidió recomendar, además de un seguimiento durante 3 años, la TCC individual con o sin la intervención familiar para personas en riesgo de desarrollar psicosis, con el objetivo de reducir el riesgo de transición a la psicosis y el malestar.

Finalmente, cabe considerar que existe un debate ético considerable en las comunidades científicas y clínicas sobre la conveniencia de “etiquetar” a las personas como de alto riesgo de desarrollar psicosis y/o esquizofrenia, en parte debido a que entre el 80 y el 90% de estas personas no presentarán un primer episodio de psicosis en los siguientes 12 meses. Con esta etiqueta se puede estar exponiendo a las personas a muchas consecuencias negativas de manera innecesaria, por lo que debe hacerse de manera muy cautelosa.

Recomendaciones

Prevención de la psicosis

La derivación desde atención primaria

5.1. Si una persona está angustiada, tiene una disminución en el funcionamiento social y tiene:

- síntomas psicóticos transitorios o atenuados u
- otras experiencias o comportamientos indicativos de posible psicosis o
- un familiar de primer grado con psicosis o esquizofrenia,

derívelo sin demora, para su evaluación a un servicio de salud mental o a un servicio de intervención temprana de la psicosis, si está disponible localmente, ya que pueden tener un riesgo importante de desarrollar psicosis.

Evaluación por el especialista

5.2. Un psiquiatra o un especialista con experiencia en estados mentales de riesgo **debería** llevar a cabo la evaluación.

Las opciones de tratamiento para prevenir la psicosis

5.3. Si se considera que una persona tiene un riesgo importante de desarrollar una psicosis (como se describe en la recomendación 5.1):

- considere ofrecer la terapia cognitivo-conductual individual (TCC) con o sin intervención familiar (proporcionada como se describe en el área 9) **y**
- **ofrezca** las intervenciones recomendadas en las guías de práctica clínica para las personas con trastornos de ansiedad, depresión, incipiente trastorno de la personalidad o abuso de sustancias.

5.4. No ofrezca medicación antipsicótica:

- a las personas que se considera que tienen un riesgo importante de desarrollar psicosis (como se describe en la recomendación 5.1) **o**
- con el objetivo de disminuir el riesgo o de prevenir la psicosis.

Control y seguimiento

5.5. Si después del tratamiento (como se describe en la recomendación 5.3), la persona continúa teniendo síntomas, problemas de funcionamiento o se angustia, si no se puede realizar un diagnóstico claro de psicosis, **supervise** a la persona regularmente para detectar cambios en los síntomas y en el funcionamiento durante un período de 3 años, utilizando una herramienta estructurada de evaluación validada. **Determine** la frecuencia y la duración de la vigilancia por:

- la gravedad y la frecuencia de los síntomas
- el nivel de deterioro y/o angustia y
- el grado de preocupación o de ruptura de la familia.

5.6. Si una persona pide ser dada de alta del servicio, **ofrezca** citas de seguimiento y la opción de auto-derivarse en el futuro. Solicite al médico de familia de la persona que continúe vigilando los cambios en su estado mental.

6 ¿Cuál es el rol de Atención Primaria en el manejo de la psicosis y la esquizofrenia?

Resumen de la investigación

La angustia que produce un primer episodio psicótico lleva a muchas personas, con frecuencia animadas por la familia, a buscar la ayuda de su médico de familia. Sin embargo, para el médico de familia será una situación poco frecuente, ya que sólo se encontrará con un promedio de alrededor de uno a dos pacientes al año con una sospecha de psicosis incipiente. Probablemente debido a esta baja frecuencia, muchos médicos de familia tienen dificultad para reconocer la psicosis. Sin embargo, su **participación es muy importante y se asocia a una menor utilización de medidas involuntarias**.

Una vez reconocido el trastorno psicótico, **cualquier persona adulta con psicosis debe ser remitida a los equipos de intervención temprana de la psicosis si estuvieran disponibles, y si no, a los servicios de salud mental**, como un paso previo a la prescripción de antipsicóticos, que se recomienda que la realice un psiquiatra.

Además, las personas con un diagnóstico establecido de esquizofrenia deben tener un plan de atención desarrollado conjuntamente entre Atención Primaria y los servicios de Salud Mental. El médico de familia responsable del paciente debe disponer en la historia clínica de las anotaciones anteriores realizadas en Salud Mental. Cualquier traslado del paciente a otra área sanitaria, debería implicar que el equipo de tratamiento actual se ponga en contacto con los nuevos profesionales y les envíen su plan de atención individualizado.

Por otra parte, las personas con psicosis y esquizofrenia tienen mayor riesgo de presentar una mala salud física. Aunque el suicidio es responsable de un cuarto de la mortalidad prematura en personas con enfermedades mentales graves, como la esquizofrenia, de todas las causas de muerte prematura, la enfermedad cardiovascular es la más frecuente en este grupo. Además, la tasa de diabetes mellitus es de dos a tres veces superior a la de la población general. Aun así, **el seguimiento de la salud física sigue siendo pobre, lo que repercute en una peor detección de los problemas de salud comórbidos**. Es más, incluso cuando se identifica un problema, no necesariamente tiene lugar una intervención.

Por todo esto, **la evaluación física de estos usuarios debería ser exhaustiva** y debería incluir la valoración del consumo de tabaco, el alcohol y otros fármacos, la nutrición, la actividad física y la salud sexual, ya que todas estas áreas pueden verse afectadas y ser susceptibles de intervención en las personas con psicosis y esquizofrenia. También sería interesante tener en cuenta los aspectos sociales (la observación de la vivienda, la capacidad de participación en las actividades comunitarias, las cargas, las redes sociales, las relaciones y su situación laboral/ocupacional) y los aspectos psicológicos (la posible presencia de trastornos emocionales, y posible trauma personal). El plan de atención individualizado deberá incluir todas las cuestiones identificadas en la evaluación.

Después de que una psicosis se ha resuelto y la persona se estabiliza, es frecuente que los usuarios deseen ser dados de alta y de nuevo remitidos a atención primaria. Esta derivación debe estar apoyada por profesionales de salud mental y atención social, que deberán ponerse en contacto con los de atención primaria y organizar el traslado de los planes de tratamiento y cuidados. Durante el seguimiento en atención primaria, es importante controlar los síntomas y hacer una nueva derivación a salud mental si se detecta cualquier factor asociado con una mayor probabilidad de recaída, como la persistencia de los síntomas psicóticos, un fracaso para continuar con el tratamiento acordado, efectos secundarios intolerables, abuso de sustancias y/o riesgo de autolesión o daño a otros.

Recomendaciones

6.1. No inicie en atención primaria un tratamiento con medicación antipsicótica, a la persona que presenta por primera vez síntomas psicóticos constantes, a menos que la decisión se haya tomado conjuntamente con un psiquiatra consultor.

Evaluación y planificación de la atención

6.2. Realice una evaluación integral multidisciplinar de las personas con síntomas psicóticos en salud mental. Ésta **debería** incluir una evaluación por un psiquiatra, un psicólogo o un profesional con experiencia en el tratamiento psicológico de las personas con psicosis o esquizofrenia. La evaluación **debería** abordar los siguientes ámbitos:

- psiquiátrico (problemas de salud mental, riesgo de daño a sí mismo o a otras personas, consumo de alcohol e historia de fármacos prescritos y no prescritos)
- médico, que incluya la historia médica y un examen físico completo para identificar las enfermedades somáticas (también los trastornos mentales orgánicos) y tratamientos farmacológicos prescritos que pueden producir psicosis
- la salud y bienestar físico (incluyendo el peso, tabaquismo, nutrición, actividad física y salud sexual)
- psicológico y psicosocial, incluyendo redes sociales, las relaciones y la historia de acontecimientos traumáticos
- del desarrollo (social, cognitivo y el desarrollo motor y las habilidades,

incluyendo los trastornos del neurodesarrollo asociados)

- social (alojamiento, cultura y origen étnico, actividades de ocio y placenteras, y las responsabilidades con los niños o como cuidador)
- ocupacional y educativo (asistencia al colegio o universidad, nivel educativo, trabajo y actividades de la vida diaria)
- calidad de vida
- situación económica.

6.3. Realice un seguimiento rutinario de otros trastornos comórbidos como la depresión, la ansiedad y el abuso de sustancias, particularmente en las primeras fases del tratamiento.

6.4. Escriba un plan de atención en colaboración con el usuario tan pronto como sea posible después de la evaluación, sobre la base de una formulación psiquiátrica y psicológica y de una evaluación completa de su salud física. **Envíe** una copia del plan de atención al usuario y a su médico de familia.

Las opciones de tratamiento

6.5. Si los síntomas y el comportamiento de la persona son indicios de un trastorno o una psicosis afectiva, incluyendo el trastorno bipolar y la depresión psicótica unipolar, **siga** las recomendaciones de una Guía clínica basada en la evidencia para el trastorno bipolar o para la depresión.

Derivación a atención primaria

6.6. Ofrezca a las personas con psicosis o esquizofrenia, cuyos síntomas han respondido eficazmente al tratamiento y permanecen estables, la opción de ser derivados a atención primaria para su seguimiento. Si un usuario lo desea hacer, **anótelo** en su historia clínica y coordine la transferencia de responsabilidades a través del *Abordaje Programado de la Atención**.

**Abordaje Programado de la Atención.* Plan individual de tratamiento cuyo coordinador puede ser un trabajador social, una enfermera psiquiátrica comunitaria o un terapeuta ocupacional.

Control de la salud física en atención primaria

6.7. Desarrolle y **utilice** en atención primaria un registro de casos para controlar la salud física y mental de las personas con psicosis o esquizofrenia.

Recaída y nueva derivación a salud mental

6.8. Cuando una persona con un diagnóstico establecido de psicosis o esquizofrenia presenta una sospecha de recaída (por ejemplo, un agravamiento de los síntomas psicóticos o un aumento significativo en el uso de alcohol u otras sustancias), los profesionales de atención primaria **deberían** derivarlo a la sección de crisis del plan de atención. Considere la posibilidad de derivarlo al facultativo de referencia o al coordinador de la atención identificado en el plan de crisis.

6.9. Considere la derivación a salud mental de nuevo, para una persona con psicosis o esquizofrenia que está siendo atendida en atención primaria, si presenta:

- mala respuesta al tratamiento
- falta de adherencia a la medicación
- efectos secundarios intolerables de la medicación
- abuso de sustancias
- riesgo para sí mismo o para otros
- por deseo expreso del usuario.

6.10. Cuando se vuelve a derivar a personas con psicosis o esquizofrenia a los servicios de salud mental, tenga en cuenta las demandas de los usuarios y las personas cuidadoras, especialmente para:

- la revisión de los efectos secundarios de los tratamientos farmacológicos que está tomando
- tratamientos psicológicos u otras intervenciones.

Cambio de área de atención

6.11. Cuando una persona con psicosis o esquizofrenia tiene previsto el traslado a otra área atendida por un equipo de salud mental diferente, **debería** realizarse una reunión entre los servicios implicados y el usuario para acordar un plan de transición antes de la derivación. El plan de atención actual de la persona **debería** ser enviado al nuevo equipo de salud mental y de atención primaria.

7 ¿Cómo evaluar y realizar una buena alianza terapéutica con las personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia?

Resumen de la investigación

La evaluación implica la recopilación de información sobre los síntomas actuales, la repercusión de éstos en la persona y en su entorno, y las estrategias que ha desarrollado para hacerles frente. La evaluación proporciona una oportunidad para examinar los factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden haber contribuido a la aparición de la enfermedad. Además constituye una manera de averiguar la posible existencia de problemas asociados como el abuso de sustancias, ansiedad, depresión y problemas de salud física.

Las evaluaciones se realizan por varias razones, pero principalmente para establecer un diagnóstico, para estimar la gravedad y el cambio y como base para una hipótesis psicológica. Las hipótesis psicológicas proporcionan una explicación de por qué se ha producido un problema y por qué éste se mantiene. También guían la intervención y predicen las posibles dificultades que puedan surgir.

Con respecto a estas hipótesis, la persona con psicosis o esquizofrenia puede no compartir la opinión de los profesionales sobre cuál es su problema principal. Ayudar a la persona con lo que él/ella considera como el principal problema puede facilitar la confianza mutua y, así, proporcionar la base para el establecimiento de un acuerdo de mínimos comunes entre el usuario y los profesionales que permita el trabajo colaborativo posterior.

El desarrollo de una relación terapéutica constructiva es crucial para evaluar y comprender la naturaleza de los problemas de una persona y proporciona la base de

cualquier plan de manejo posterior. Lograr la implicación efectiva de una persona con psicosis o esquizofrenia puede requerir persistencia, flexibilidad, fiabilidad, regularidad y sensibilidad hacia la opinión de la persona con el fin de establecer una relación de confianza. También es importante durante todo el proceso la participación de los cuidadores, familiares y amigos de las personas con psicosis y la identificación de sus puntos de vista y necesidades.

El cómo comunicar a los usuarios o a sus cuidadores que el ingreso y el tratamiento obligatorio es una posibilidad, y cómo ocurran estos ingresos, constituye un componente clave en la atención, ya que, según las diferentes opiniones, éste puede ser visto como coercitivo, opresivo, o de protección. Por lo tanto, es esencial informar sobre el proceso de internamiento a la persona a la que se le va a ingresar de forma involuntaria e intentar que colabore en todo lo referente a su recuperación, siendo la búsqueda de objetivos comunes una parte vital de este proceso.

8 ¿Qué tratamientos farmacológicos están recomendados para la psicosis y la esquizofrenia?

Resumen de la investigación

La acción farmacológica primaria de los antipsicóticos es su efecto antagonista sobre los receptores de dopamina D2. Los antipsicóticos están disponibles en presentaciones oral, intramuscular (IM), intravenosa (IV) y preparados IM depot de duración media o prolongada.

Debido a que puede haber cierta falta de conciencia de la presencia de una enfermedad mental es necesario explicar detenidamente las razones de la prescripción de los medicamentos antipsicóticos y su mecanismo de acción. Las personas con esquizofrenia por lo general aceptan que están estresados, sufren insomnio y no comen bien, por lo que podrían aceptar un medicamento tranquilizante para ayudar a reducir el estrés, a mejorar el sueño y el apetito. También se le puede explicar, si el paciente tiene suficiente introspección, que la medicación es un antipsicótico y puede ayudarle a reducir la gravedad de las alucinaciones y delirios angustiantes así como los trastornos del pensamiento.

8.1.- Tratamiento inicial con fármacos antipsicóticos.

El GDG también deseaba hacer explícito que la mejor opción para el primer episodio de psicosis, de una descompensación psicótica aguda o recurrencia de la psicosis o de la esquizofrenia debería ser la **asociación de un medicamento antipsicótico oral combinado con intervenciones psicológicas** (TCC individual y la intervención familiar). Los fármacos antipsicóticos son eficaces en el tratamiento de los episodios psicóticos agudos, sobretodo en la mejoría de los síntomas positivos y no tanto para los negativos.

El GDG también consideró que **al inicio de la medicación antipsicótica, sería recomendable evaluar la salud física del paciente y realizar un seguimiento posterior**. Además deberían ser recogidos datos como las mediciones iniciales de peso y perímetro abdominal, posibles riesgos cardiovasculares (realizando análisis de sangre y toma de tensión arterial), indicadores de posibilidad de futuro aumento de peso, por ejemplo, los niveles de actividad física, los hábitos alimentarios, así como cualquier limitación actual o posible de movimientos físicos.
La evidencia sugiere que no hay diferencias clínicamente significativas en la eficacia entre los distintos antipsicóticos. La evidencia económica también es limitada. La elección del tipo de fármaco antipsicótico para un individuo dependía en gran medida de las diferencias en el perfil de los efectos secundarios. Los síntomas extrapiramidales (SEP) son por lo general más frecuentes entre los antipsicóticos de primera generación (AP1G). La búsqueda de fármacos mejor tolerados y más eficaces generó una serie de fármacos de segunda generación (AP2G), caracterizados por una menor probabilidad de producir SEP, pero sin embargo se cree que son más propensos a producir síndrome metabólico.
Las personas con esquizofrenia deberían ser consultadas sobre su preferencia por la opción de una medicación más o menos sedante.

8.2.- Dosis de antipsicóticos.

La medicación siempre debe **iniciarse, si es posible, con una dosis baja**, después de una información completa de los posibles efectos secundarios. Esto permite el control de la aparición temprana de éstos, tales como SEP, ganancia de peso o insomnio. Más adelante, la dosis se puede ajustar dentro del rango que figura en su ficha técnica. Aunque no se recomienda la polifarmacia con los medicamentos antipsicóticos, es igualmente importante no infratratar el episodio psicótico agudo. Las personas que no han tomado previamente antipsicóticos suelen responder a dosis en el extremo inferior del rango recomendado.

8.3.- Factores de riesgo de recaída y estrategias para evitarla.

Para las personas con diagnóstico de esquizofrenia, la probabilidad de recaída mientras toman medicación antipsicótica de manera continuada parece ser alrededor de un tercio.
Los factores de riesgo para la recaída de la enfermedad incluyen: a) la presencia de

síntomas persistentes, b) mala adherencia al tratamiento, c) la falta de introspección (conciencia de enfermedad) y d) consumo de sustancias.
Suspender la medicación antipsicótica en las personas con esquizofrenia, especialmente de forma brusca, aumenta de manera considerable el riesgo de recaída a corto y medio plazo. Incluso con el cese gradual alrededor de la mitad recaerá durante los 6 meses posteriores. Por tanto, se recomienda mantener el tratamiento de forma continuada y a la misma dosis con la que se resolvió el episodio agudo en los pacientes diagnosticados de esquizofrenia salvo en las personas con episodios psicóticos breves sin consecuencias psicosociales negativas o bien si todos los antipsicóticos disponibles suponen un riesgo significativo para su salud. En personas que se oponen al tratamiento de mantenimiento o para los que tengan alguna contraindicación a los fármacos podría usarse como alternativa, dosis bajas y estrategias intermitentes de dosificación.
Todos los antipsicóticos examinados redujeron el riesgo de recaída o el fracaso del tratamiento en general. Aunque algunos AP2G muestran un modesto beneficio sobre el haloperidol, no hay pruebas suficientes para elegir entre los antipsicóticos en términos de prevención de recaídas.

8.4.- Esquizofrenia resistente al tratamiento.

La frase "resistente al tratamiento" se utiliza habitualmente para describir a las personas con esquizofrenia cuya enfermedad no ha respondido adecuadamente al tratamiento. Entre un quinto y un tercio de los usuarios muestran una respuesta desalentadora a tratamientos adecuados con medicación antipsicótica. La esencia de la resistencia al tratamiento en la esquizofrenia es la presencia de un deficiente funcionamiento psicosocial y comunitario que persiste a pesar del tratamiento con fármacos en dosis y duración adecuada así como con una buena adherencia.
Existen algunas **estrategias ante la esquizofrenia resistente**, estas son:
1.- **Subir dosis**. Hay poca evidencia de su eficacia.
2.- **Cambio de antipsicótico**. Clozapina.
Los médicos también pueden realizar el cambio a otro antipsicótico, aunque la evidencia de la investigación sobre esta estrategia no es consistente o prometedora. Sin embargo, la clozapina sigue teniendo la evidencia más sólida para la eficacia en este tipo de casos. No

obstante, incluso con un tratamiento óptimo de clozapina parece que sólo del 30 al 60% de las enfermedades resistentes al tratamiento, responderá satisfactoriamente.

El perfil farmacológico de la clozapina incluye una relativamente baja afinidad por los receptores D2 y una afinidad mucho mayor para los receptores de dopamina D4, y para subtipos de receptores de la serotonina, aunque no está claro exactamente qué aspectos son los responsables de su efecto superior antipsicótico en la esquizofrenia resistente al tratamiento. El control de la concentración plasmática de clozapina puede ser útil para establecer la dosis óptima de la misma en cuanto a la relación riesgo-beneficio y también para la evaluación de la adherencia sobre todo para los usuarios que presentan una respuesta terapéutica deficiente o experimentan efectos secundarios significativos a pesar de la dosis adecuada. La dosis para lograr un nivel plasmático adecuado se considera que debe estar por encima 350 mg/l, aunque puede observarse la respuesta en niveles inferiores. Se han informado una serie de factores relacionados con el paciente que aumentan la variabilidad de las concentraciones plasmáticas de clozapina, como el género, la edad y la más importante, el hábito de fumar, que se cree que aumenta el metabolismo de la clozapina mediante la inducción del citocromo P450 1A2 (CYP1A2) y otras enzimas hepáticas.

Un requisito obligatorio para utilizar la clozapina es la realización de un control hematológico previo y en el seguimiento, debido al riesgo de neutropenia y agranulocitosis. La incidencia de efectos secundarios desagradables (que incluye sensación de letargo, producción excesiva de saliva y sensación de mareo, aumento de peso) fue menor a dosis bajas en comparación con la dosis estándar aunque la calidad de la evidencia es baja o muy baja.

3.- **Potenciación de antipsicóticos.**

a)Combinación de antipsicóticos. Las razones para llevar a cabo esta estrategia pueden ser: a) cuando se necesita puntualmente, b) un cambio gradual de un antipsicótico a otro y c) la adición de un antipsicótico oral al tratamiento depot para estabilizar la enfermedad, d) Una razón frecuente es lograr una respuesta terapéutica mayor cuando ha habido una respuesta insatisfactoria a un único antipsicótico. A este respecto, hay poca evidencia que apoye una eficacia superior. Para la esquizofrenia resistente al tratamiento que ha demostrado no responder solo a clozapina, la adición de un segundo antipsicótico parece ser una estrategia relativamente frecuente y bien tolerada. La prevalencia del éxito de esta

combinación oscila desde el 18 hasta el 44%, dependiendo del contexto clínico y del país. Los análisis económicos indicaron que la combinación de clozapina con amisulpiride tiene potencial para ser rentable a corto plazo y posiblemente más a largo plazo, pero requiere más investigación.

b) Combinación con otras clases de fármacos.
Posibles asociaciones al tratamiento antipsicótico serían los estabilizadores del estado de ánimo y anticomiciales (el litio, carbamazepina, valproato sódico, lamotrigina), antidepresivos y benzodiacepinas. De dichas asociaciones la evidencia es limitada. Además de usarse estas combinaciones ante la falta de respuesta, los médicos pueden utilizar estas asociaciones por otras razones: a) cuando existen además trastornos conductuales, b) para el tratamiento de los efectos secundarios de los antipsicóticos y c) para el tratamiento de otros problemas psiquiátricos comórbidos, como la depresión y la ansiedad.

4.- **TEC.**
La TEC puede ser una estrategia de potenciación eficaz y segura cuando se asocia a la clozapina en la esquizofrenia resistente al tratamiento.

La medicación antipsicótica inyectable depot/acción prolongada es administrada mediante inyección intramuscular profunda y luego se libera lentamente desde el lugar de la inyección, dando niveles plasmáticos del fármaco relativamente estables durante largos períodos, lo que permite que se administren las inyecciones cada pocas semanas. Las principales ventajas frente a la medicación oral son: a) Las preparaciones depot conducirían a mejorar los resultados de la farmacoterapia antipsicótica ya que evitarían los problemas que se producen en las preparaciones orales: la fluctuación de los niveles plasmáticos y los derivados de biodisponibilidad (tales como absorción por la pared intestinal y el primer paso del metabolismo hepático) b) La eliminación del riesgo de sobredosis deliberada o accidental y c) Se evitaría la falta de adherencia encubierta (tanto intencional como no intencional). Sin embargo, también pueden existir desventajas: a) Falta de flexibilidad de la administración, siendo el ajuste de la dosis óptima un proceso prolongado e incierto, b) La recaída por una reducción de la dosis puede tardar meses o

años en manifestarse, c) Para algunas personas, recibir la inyección depot es una experiencia vergonzosa y pasiva, d) Aparición de problemas locales por la administración del fármaco (ha habido informes de dolor, edema, prurito y, a veces una masa palpable en el lugar de la inyección).

La búsqueda para la Guía 2009 no identificó ninguna nueva evidencia de la eficacia y la seguridad de los AP1G depot frente a la oral más allá de la que está incluida en las revisiones Cochrane actualizadas(utilizadas en la Guía2002). No existe una evidencia robusta que justifique el cambio de las recomendaciones existentes para la medicación antipsicótica depot.

8.5.- Efectos secundarios de los fármacos antipsicóticos.

Todos los fármacos antipsicóticos se asocian con efectos secundarios, pero el perfil y la importancia clínica de estos varía entre las personas y los fármacos. Pueden aparecer efectos extrapiramidales (tales como parkinsonismo, reacciones distónicas agudas, acatisia y discinesia tardía), efectos autonómicos (tales como visión borrosa, aumento de la tensión intraocular, sequedad de boca y ojos, estreñimiento y retención urinaria), aumento de los niveles de prolactina, convulsiones, sedación y aumento de peso. La seguridad cardíaca también es un problema porque hay varios antipsicóticos en los que se ha demostrado que se prolonga la repolarización ventricular, lo que se asocia con un aumento del riesgo de arritmias ventriculares.

Recomendaciones

Tratamiento del primer episodio psicótico

8.1. Para las personas con un primer episodio de psicosis **ofrezca:** medicación antipsicótica oral (ver recomendaciones 8.2 y 8.3) conjuntamente con intervenciones psicológicas (intervención familiar y TCC individual, proporcionadas como se describe en las recomendaciones 9.15 y 9.8).

8.2. La elección de la medicación antipsicótica **debería** ser hecha conjuntamente entre el usuario y el profesional sanitario, teniendo en cuenta la opinión del cuidador, si el usuario está de acuerdo.

Proporcione información y **valore conjuntamente** con el usuario los posibles beneficios y los posibles efectos secundarios de cada fármaco, incluyendo:

- metabólicos (que incluya el aumento de peso y la diabetes)
- extrapiramidales (que incluya acatisia, discinesia y distonía)
- cardiovasculares (que incluya la prolongación del intervalo QT)
- hormonales (que incluya el aumento de prolactina en plasma)
- otros (incluyendo las experiencias subjetivas desagradables).

Cómo utilizar la medicación antipsicótica oral

8.3. Antes de iniciar un tratamiento con medicación antipsicótica, **realice** y **anote** los siguientes datos básicos:

- peso (trazado en un gráfico)
- perímetro abdominal
- pulso y tensión arterial
- glucemia en ayunas, hemoglobina glicosilada (HbA1c), perfil lipídico en sangre y niveles de prolactina
- evaluación de trastornos del movimiento
- evaluación del estado nutricional, dieta, nivel de actividad y consumo de tabaco.

8.4. Antes de iniciar la medicación antipsicótica, **ofrezca** a la persona con psicosis o esquizofrenia un electrocardiograma (ECG) si:

- está especificado en la ficha técnica del fármaco
- en un examen físico se ha identificado un riesgo cardiovascular específico (como el diagnóstico de hipertensión arterial)
- hay una historia personal de enfermedad cardiovascular **o**
- el usuario está hospitalizado.

8.5. El tratamiento con medicación antipsicótica **debería** considerarse como una terapia personalizada de la que se informa con claridad. **Incluya** lo siguiente:

- **Comente** y **registre** los efectos secundarios que la persona está más dispuesta a tolerar.
- **Anote** las indicaciones y beneficios esperados y los riesgos de la medicación antipsicótica oral y el tiempo previsto para una modificación en los síntomas y la aparición de efectos secundarios.
- Al inicio del tratamiento **dé** la dosis menor del rango aprobado y aumente lentamente de acuerdo al rango que figura en la ficha técnica del fármaco.
- **Justifique** y **registre** las razones para dar dosis fuera del rango recomendado en la ficha técnica del fármaco.
- **Anote** las razones para continuar, cambiar o suspender la medicación y los efectos de tales cambios.
- **Realice** un ensayo de la medicación en la dosis óptima durante 4-6 semanas.

8.6. **Realice** un seguimiento y **registre**, de forma regular y sistemática, lo siguiente a lo largo del tratamiento, pero especialmente durante el aumento de la dosis:

- respuesta al tratamiento, incluyendo cambios en los síntomas y en el comportamiento

- efectos secundarios del tratamiento, teniendo en cuenta la superposición entre ciertos efectos secundarios, las características clínicas de la esquizofrenia (por ejemplo, la superposición entre acatisia y agitación o ansiedad) y el impacto en el funcionamiento
- aparición de trastornos del movimiento
- peso, semanalmente durante las primeras 6 semanas, a continuación a las 12 semanas, al año y luego anualmente (trazado en un gráfico)
- perímetro abdominal, anualmente (trazado en un gráfico)
- pulso y la tensión arterial, a las 12 semanas, al año y luego anualmente. La glucemia en ayunas, HbA1c y niveles de lípidos en sangre, a las 12 semanas, al año y después anualmente
- adherencia
- la salud física general.

8.7. El equipo de salud mental **debería** mantener la responsabilidad del seguimiento de la salud física de los usuarios y los efectos de la medicación antipsicótica, durante al menos los primeros 12 meses o hasta que la enfermedad de la persona se ha estabilizado, optando siempre por el período más largo. A partir de entonces, la responsabilidad del seguimiento puede ser transferida a atención primaria en un régimen de atención compartida.

8.8. Comente cualquiera de las terapias no prescritas que el usuario desee utilizar (incluyendo las terapias complementarias) con éste y con el cuidador si se considera apropiado (si procede).
Comente la seguridad y la eficacia de las terapias y la posible interferencia con los efectos terapéuticos de la medicación prescrita y los tratamientos psicológicos.

8.9. Comente con el usuario, y la persona cuidadora si se considera apropiado (si procede), el uso de alcohol, tabaco, medicamentos con y sin receta y sustancias tóxicas.
Comente la posible interferencia con los efectos terapéuticos de la medicación prescrita y los tratamientos psicológicos.

8.10. La prescripción "a demanda" de medicación antipsicótica **deberá** hacerse tal como se describe en la recomendación 8.5. **Revise** las indicaciones clínicas, la frecuencia de las tomas, los beneficios terapéuticos y los efectos secundarios, semanalmente o como considere apropiado. **Compruebe** si la prescripción "a demanda" ha conducido a una dosis por encima del máximo especificado en la ficha técnica del fármaco.

8.11. No utilice una dosis de carga/ataque de medicación antipsicótica (con frecuencia denominada "neuroleptización rápida").

8.12. No inicie de manera habitual un tratamiento con medicación antipsicótica con fármacos asociados, excepto para períodos cortos (por ejemplo, cuando se realiza un cambio de medicación).

8.13. Si prescribe clorpromazina, **advierta** de su potencial de causar fotosensibilidad en la piel. Aconseje, si es necesario, el uso de un protector solar. [2009]

Tratamiento de un episodio agudo

8.14. Para las personas con una exacerbación aguda o recurrencia de la psicosis o esquizofrenia, **ofrezca**:

- medicación antipsicótica oral (ver recomendaciones 8.2 y 8.3) conjuntamente con
- intervenciones psicológicas (intervención familiar y TCC individual, proporcionadas como se describe en las recomendaciones 9.15 y 9.8).

8.15. Para las personas con una exacerbación aguda o recurrencia de la psicosis o esquizofrenia, **ofrezca** medicación antipsicótica oral o revise la medicación que está tomando. La elección del fármaco **deberá** estar apoyada por los mismos criterios recomendados para iniciar un tratamiento (ver recomendaciones 8.2 y 8.3). Tenga en cuenta la respuesta clínica y los efectos secundarios del usuario a la medicación actual y anterior.

Conducta desafiante

8.16. En ocasiones, las personas con psicosis o esquizofrenia presentan un riesgo inmediato para ellos mismos o para otros durante un episodio agudo, y puede ser necesaria una tranquilización rápida. El manejo del riesgo inmediato **debería** seguir las correspondientes guías NICE (ver recomendaciones 8.17 y 8.20).

8.17. Siga las recomendaciones de la guía clínica NICE *Violencia**, cuando se enfrente a una situación de violencia inminente o cuando considere la tranquilización rápida.

**Violence: short-term management for over 16s in psychiatic and emergency departments. (*NICE clinical guideline 25)

8.18. Después de la tranquilización rápida, **ofrezca** a la persona con psicosis o esquizofrenia la oportunidad de hablar de sus experiencias. **Dele** una explicación clara sobre la decisión de utilizar la sedación urgente. Anótelo en la historia clínica.

8.19. Asegúrese de que la persona con psicosis o esquizofrenia tiene la oportunidad de escribir un relato de su experiencia de tranquilización rápida y que se transcribe en su historia clínica.

8.20. Siga las recomendaciones de la guía NICE *Autolesión** cuando maneje actos de auto-lesión en personas con psicosis o esquizofrenia.

**Self-harm in over 8s: short-term management and prevention of recurrence.* (NICE clinical guideline 16)

Período post-agudo temprano (Después de la finalización de una fase aguda)

8.21. Informe al usuario que tiene un alto riesgo de recaída si deja la medicación en los siguientes 1-2 años.

8.22. Si retira la medicación antipsicótica, **hágalo** gradualmente y **supervise** regularmente al usuario para detectar signos y síntomas de recaída.

8.23. Después de retirar la medicación antipsicótica, **continúe** el seguimiento durante al menos 2 años para detectar signos y síntomas de recaída.

Promoviendo la recuperación

8.24. Revise la medicación antipsicótica anualmente, incluyendo los beneficios y efectos secundarios observados.

8.25. La elección del fármaco **debería** estar apoyada en los mismos criterios recomendados para el inicio del tratamiento (ver recomendaciones 8.2 y 8.3).

8.26. No utilice de forma rutinaria estrategias de mantenimiento con dosis intermitentes*

Sin embargo, considérela para las personas con psicosis o esquizofrenia que son reticentes a aceptar un tratamiento de mantenimiento continuo o si hay otra contraindicación para la terapia de mantenimiento, como sensibilidad a efectos secundarios.

*Se define como el uso de la medicación antipsicótica exclusivamente durante los períodos de recaída incipiente o exacerbación de los síntomas.

8.27. Considere ofrecer medicación antipsicótica inyectable depot/acción prolongada para las personas con psicosis o esquizofrenia:

- que prefieran dicho tratamiento después de un episodio agudo
- cuando es una prioridad clínica dentro del plan de tratamiento evitar la no adhesión a la medicación antipsicótica (ya sea intencional o no).

Uso de medicación antipsicótica inyectable depot/acción prolongada

8.28. Cuando se inicia un tratamiento con medicación antipsicótica inyectable depot/acción prolongada:

- tenga en cuenta las preferencias de los usuarios y su actitud hacia el modo de administración (inyecciones intramusculares regulares) y los procedimientos de organización (por ejemplo, visitas a domicilio y ubicación del centro sanitario)
- tenga en cuenta los mismos criterios recomendados para el uso de los fármacos antipsicóticos orales (ver recomendaciones 8.2 y 8.3), en particular en relación con los riesgos y beneficios del régimen de los medicamentos
- **utilice** inicialmente una pequeña dosis de prueba según la ficha técnica del fármaco.

Intervenciones para las personas cuya enfermedad no ha respondido adecuadamente al tratamiento

8.29. Para las personas con esquizofrenia cuya enfermedad no ha respondido adecuadamente al tratamiento farmacológico o psicológico:

- **revise** el diagnóstico
- **compruebe** que ha habido adherencia a la medicación antipsicótica, prescrita en una dosis adecuada y durante el tiempo adecuado
- **revise** el compromiso con el uso de los tratamientos psicológicos, y asegúrese que éstos se han ofrecido de acuerdo con esta Guía. Si la intervención familiar ha sido llevada a cabo, sugerir TCC; si ésta se ha

realizado, sugerir la intervención familiar a las persona en estrecho contacto con su familia.

- considere la posibilidad de otras causas de la falta de respuesta, tales como el abuso de sustancias comórbido (incluido el alcohol), el uso concomitante de otros medicamentos prescritos o enfermedad física.

8.30. Ofrezca clozapina a las personas con esquizofrenia cuya enfermedad no ha respondido adecuadamente al tratamiento a pesar del uso secuencial de al menos 2 fármacos antipsicóticos diferentes en las dosis adecuadas. Al menos uno de ellos **debería** ser un antipsicótico de segunda generación (no clozapina).

8.31. Para las personas con esquizofrenia cuya enfermedad no ha respondido adecuadamente a una dosis óptima de clozapina, los profesionales sanitarios **deberían** considerar la recomendación 8.29 (incluida la medición del nivel terapéutico del fármaco) antes de la adición de un segundo antipsicótico para potenciar el tratamiento con clozapina. Se pueden necesitar hasta 8-10 semanas, para valorar el resultado de la potenciación. Elija un fármaco que no agrave los efectos secundarios frecuentes de la clozapina.

Tabla 1.- Antipsicóticos. Dosis máxima diaria autorizada por la Agencia Europea de Medicamentos (EMA, Diciembre 2014)

AP1G oral		AP2G oral	
Fármaco	**Dosis Máxima**	**Fármaco**	**Dosis Máxima**
Clorpromazina	1000 mg/día	Amisulpride	1200 mg/día
Flupentixol (1)	18 mg/día	Aripiprazol	30 mg/día
Sulpiride	2400 mg/día	Asenapina (2)	20 mg (sublingual)
Haloperidol	20 mg/día	Clozapina	900 mg/día
Levomepromazina	1000 mg/día	Lurasidona (1)	148 mg/160 mg CLH
Periciazina	300 mg/dia	Olanzapina	20 mg/día
Perfenazina	24 mg/día	Paliperidona	12 mg/día
Pimocida	20 mg/día	Quetiapina	750 mg/día
Trifluoperazina (1)	Ninguna (se sugiere 30 mg/día)	Risperidona	16 mg/día
Zuclopentixol	150 mg/día	Sertindol	24 mg/día
		Ziprasidona	160 mg/día

AP1G. Antipsicóticos de primera generación
AP2G. Antipsicóticos de segunda generación.
CLH. Clorhidrato
(1) Medicamento no disponible en España, pero sí en varios países europeos.
(2) En la ficha técnica en España sólo tiene aprobada la indicación para el tratamiento del episodio maníaco moderado-grave asociado al trastorno bipolar I en adultos.

Extraído y adaptado de Taylor, D, Paton, C, Kapur S. The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry. 12th Edition. London: Wiley-Blackwell; 2105.

Tabla 2.- Antipsicóticos. Dosis mínima diaria eficaz

Fármaco	Primer episodio	Varios episodios
AP1G		
Clorpromazina	200 mg*	300 mg
Haloperidol	2 mg	4 mg
Sulpiride	400 mg*	800 mg
Trifluoperazina (1)	10 mg	15 mg
AP2G		
Amisulpride	400 mg*	400 mg ?
Aripiprazol	10 mg	10 mg
Asenapina (2)	10 mg*	10 mg
Lurasidona (1)	37 mg base/40 mg CLH	37 mg base/40 mg CLH
Olanzapina	5 mg	7.5 mg
Quetiapina	150 mg*	300 mg
Risperidona	2 mg	3 mg
Sertindol	No recomendado	12 mg
Ziprasidona	40 mg*	80 mg

* Estimación. Muy pocos datos disponibles.
AP1G. Antipsicóticos de primera generación
AP2G. Antipsicóticos de segunda generación.
CLH. Clorhidrato
(1) Medicamento no disponible en España, pero sí en varios países europeos.
(2) En la ficha técnica en España sólo tiene aprobada la indicación para el tratamiento del episodio maníaco moderado-grave asociado al trastorno bipolar I en adultos.

Las dosis mínimas eficaces

La tabla 3 sugiere las dosis mínimas de los antipsicóticos que es probable que sean efectivas para la esquizofrenia (primer o varios episodios). Mientras que algunos pacientes responderán a dichas dosis, otros precisaran dosis más altas. Teniendo en cuenta la variación de la respuesta individual, todas las dosis deben considerarse como aproximadas. Estas dosis están basadas en las referencias disponibles, pero también se ha utilizado la opinión de expertos. Sólo incluye los fármacos antipsicóticos orales.
Extraído y adaptado de Taylor, D, Paton, C, Kapur S. The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry. 12th Edition. London: Wiley-Blackwell; 2105.

Tabla 3.- Antipsicóticos de primera generación (AP1G). Dosis equivalentes

Fármaco	Dosis equivalente (consenso)	Rango por la literatura
Clorpromazina	1000 mg/día	1200 mg/día
Flupentixol (1)	3 mg/día	2-3 mg/día
Flupentixol depot (1)	10 mg/día	10-20 mg/semana
Flufenazina	2 mg/día	1-5 mg/día
Flufenazina depot	5 mg/semana	1-12.5 mg/semana
Haloperidol	2 mg/día	1.5-5 mg/día
Haloperidol depot (1)	15 mg/semana	5-25 mg mg/semana
Perfenazina	10 mg/día	10 mg/día
Pimocida	2 mg/día	2 mg/día
Sulpiride	200 mg/día	200-300 mg/día
Trifluoperazina (1)	5 mg/día	2.5-5 mg/día
Zuclopentixol	25 mg/día	25-60 mg/día
Zuclopentixol depot	100 mg/semana	40-100 mg/semana

(1) Medicamento no disponible en España, pero sí en varios países europeos.

Dosis equivalentes

Los fármacos antipsicóticos varían mucho en potencia (término distinto que eficacia) y esto se expresa generalmente como diferencias en equivalencia "neuroléptica" o con la clorpromazina. Conocer las dosis equivalentes es útil cuando se cambia entre AP1G con diferentes potencias y similares acciones farmacológicas, pero desconociendo la relación dosis-respuesta individual. Algunas de las estimaciones relativas a la equivalencia de los neurolépticos se basan en estudios de la unión temprana a la dopamina, en la experiencia clínica y en la opinión del panel de expertos.

La Tabla 4 da algunas dosis equivalentes aproximadas para AP1G. Los valores deben ser vistos como una guía aproximada. Extraído y adaptado de Taylor, D, Paton, C, Kapur S. The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry. 12th Edition. London: Wiley-Blackwell; 2105.

Tabla 4.- Antipsicóticos de segunda generación (AP2G). Dosis equivalentes aproximadas

Fármaco	Dosis equivalente aproximada
Aripiprazol	10 mg/día
Asenapina (2)	10 mg/día
Lurasidona (1)	37 mg base/40 mg CLH
Olanzapina	7.5-10 mg/día
Paliperidona palmitato	75 mg/mes
Quetiapina	300 mg/sdía
Risperidona oral	3 mg/día
Risperidona LAI	37.5 mg/2 semanas
Sertindol	12 mg/día
Ziprasidona	40mg/día

(1) Medicamento no disponible en España, pero sí en varios países europeos.
(2) En la ficha técnica en España sólo tiene aprobada la indicación para el tratamiento del episodio maníaco moderado-grave asociado al trastorno bipolar I en adultos.

La clozapina no está incluida porque su acción no es claramente equivalente a cualquier otro antipsicótico.

Extraído y adaptado de Taylor, D, Paton, C, Kapur S. The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry. 12th Edition. London: Wiley-Blackwell; 2105.

Tabla 5.- Antipsicóticos (AP1G y AP2G). Efectos adversos. Guía aproximada

Fármaco	*Sedación*	*Ganancia peso*	*Acatisia*	*Parkinsonismo*	*Anti-colinergicos*	*Hipotensión*	*Elevación Prolactina*
Amisulprida	-	+	+	+	-	-	+++
Aripiprazol	-	-	+	-	-	-	-
Asenapina (2)	+	+	+	-	-	-	+
Clorpromazina	+++	++	+	++	++	+++	+++
Clozapina	+++	+++	-	-	+++	+++	-
Flupentixol (1)	+	++	++	++	++	+	+++
Flufenazina	+	+	++	+++	++	+	+++
Haloperidol	+	+	+++	+++	+	+	++
Loxapina	++	+	+	+++	+	++	+++
Lurasidona (1)	+	-	+	+	-	-	+
Olanzapina	++	+++	+	-	+	+	+
Paliperidona	+	++	+	+	+	++	+++
Perfenazina	+	+	++	+++	+	+	+++
Pimocida	+	+	+	+	+	+	+++
Quetiapina	++	++	-	-	+	++	-
Risperidona	+	++	+	+	+	++	+++
Sertindol	-	+	-	-	-	+++	-
Sulpiride	-	+	+	+	-	-	+++
Trifluoperazina (1)	+	+	+	+++	+	+	+++
Ziprasidona	+	-	+	-	-	+	+
Zuclopentixol	++	++	++	++	++	+	+++

+++ incidencia alta/gravedad, ++ moderada, + baja, - muy baja

(1) Medicamento no disponible en España, pero sí en varios países europeos.

(2) En la ficha técnica en España sólo tiene aprobada la indicación para el tratamiento del episodio maníaco moderado-grave asociado al trastorno bipolar I en adultos.

Extraído y adaptado de Taylor, D, Paton, C, Kapur S. The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry. 12th Edition. London: Wiley-Blackwell; 2105.

Tabla 6.- Efectos de los antipsicóticos sobre el intervalo QTc

Ningún efecto	Bajo efecto	Moderado efecto	Alto efecto	Efecto desconocido
Aripiprazol*	Asenapina (2)	Amisulprida***	Cualquier antipsicótico vía intravenosa	Loxapina
Lurasidona (1)	Clozapina	Clorpromazina	Pimozida	Trifluoperazina (1)
	Flupentixol (1)	Haloperidol	Sertindol	Zuclopentixol
	Flufenazina	Levomepramazina	Cualquier antipsicótico o combinación de antipsicóticos en dosis que excedan a las recomendadas	
	Perfenazina	Melperona (1)		
	Olanzapina**	Quetiapina		
	Paliperidona	Ziprasidona		
	Risperidona			
	Sulpiride			

* Informado un caso de torsade de pointes
** Casos aislados de prolongación del intervalo QTc y tiene efectos sobre el canal iónico IKr, otros datos no sugieren efectos en el intervalo QTc
*** Frecuente torsade de pointes en sobredosis
(1) Medicamento no disponible en España, pero sí en varios países europeos.
(2) En la ficha técnica en España sólo tiene aprobada la indicación para el tratamiento del episodio maníaco moderado-grave asociado al trastorno bipolar I en adultos.

Extraído y adaptado de Taylor, D, Paton, C, Kapur S. The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry. 12th Edition. London: Wiley-Blackwell; 2105.

Tabla 7.- Efectos adversos de los antipsicóticos sobre la función sexual

Fármaco	Bajo efecto
Fenotiazinas (ej. clorpromazina)	Hiperprolactinenia y efectos anticololinérgicos. Informes de mayor tiempo para lograr el orgasmo a dosis baja. No eyaculación a dosis altas Mayor probabilidad con la tioridazina (que puede también reducir los niveles de testosterona Se ha informado priapismo con tioridazina, clorpromazina y risperidona (probablemente debido al bloqueo de receptores alfa adrenérgicos)
Tioxantenos (ej. flupentixol*)	Pérdida deseo y anorgasmia
Haloperidol	Problemas simlares a las fenotiazinas pero menos efectos anticolinérgicos Informes de disfunción sexual con una prevalencia de hasta el 70%
Olanzapina	Menor posibilidad de disfunción sexual debido a la carencia relativa de efectos sobre la prolactina Informes excepcionales de priapismo Prevalencia de la disfunción sexual comunicada de hasta >50%
Risperidona	Elevador potente de la prolactina Menos anticolinérgico Bloqueo de los receptores alfa adrenérgicos periféricos específicos que produce una incidencia de alta a moderada de problemas de eyaculación como eyaculación retrógada Informes excepcionales de priapismo Prevalencia de la disfunción sexual comunicada de hasta 60-70%
Sulpiride/amisulprida	Potente elevador de la prolactina. Hay que señalar que el sulpiride (como principal AP1G prescrito en el estudio) no fue asociado con mayor disfunción sexual que los AP2G (con capacidad variable de elevar la prolactina) en el estudio CUtLASS-1
Quetiapina	No elevación de la prolactina Posible bajo riesgo de disfunción sexual, pero los estudios son contradictorios
Clozapina	Boqueo significativo receptores alfa adrenérgicos y efectos anticolinérgicos. No efectos sobre la prolactina Probablemente menos problemas que con los AP1G
Aripiprazol	No efectos sobre los receptores alfa ni sobre la prolactina. No se han comunicado efectos adversos sobre la función sexual. Mejora la función sexual al sustituir otro antipsicótico. Se han publicado casos de hipersexualidad por el aripiprazol

* Medicamento no disponible en España, pero sí en varios países europeos.

Extraído y adaptado de Taylor, D, Paton, C, Kapur S. The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry. 12th Edition. London: Wiley-Blackwell; 2105.

Tabla 8.- Antipsicóticos inyectables de larga duración/ depot.

Dosis máxima autorizada por la Agencia Europea de Medicamentos (EMA, 2016)

Fármaco	Dosis Máxima
Aripiprazol depot	400 mg/mes
Flupentixol depot (1)	400 mg/semana
Flufenazina depot	50 mg/semana
Haloperidol depot (1)	300 mg/cada 4 semanas
Olanzapina depot	405 mg/4 semanas
Paliperidona depot	150 mg/mes
Palmitato de Paliperidona	525 mg/3 meses
Risperidona	50 mg/cada 2 semanas
Zuclopentixol depot	600 mg/semana

(1) Medicamento no disponible en España, pero sí en varios países europeos.

Extraído y adaptado de Taylor, D, Paton, C, Kapur S. The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry. 12th Edition. London: Wiley-Blackwell; 2015.

Tabla 9.- Antipsicóticos inyectables de larga duración/depot. Dosis sugeridas y frecuencia

Fármaco	*Lugar de la inyección*	*Dosis de prueba (mg)*	*Rango de la dosis (mg/semana)*	*Intervalo de la dosis (semanas)*	*Comentarios*
Aripiprazol	Glúteo	No requerida**	300-400 mg/ mensual	Mensual	No eleva la prolactina
Flupentixol decanoato (1)	Glúteo o muslo	20	50 mg cada 4 semanas a 400 mg a la semana	2-4	La dosis máxima aprobada es muy alta en relación con los otros depot
Flufenazina decanoato	Glúteo	12.5	12.5 mg cada 2 semanas a 100 mg cada 2 semanas	2-5	Alta probabilidad SEP
Haloperidol decanoato (1)	Glúteo	25*	50-300 mg cada 4 semanas	4	Alta probabilidad SEP
Olanzapina pamoato	Glúteo	No requerida**	150 cada 4 semanas a 300 mg cada 2 semanas	2-4	Riesgo de síndrome post-inyección (2)
Paliperidona palmitato	Glúteo o deltoides	No requerida**	50-150 mg mensual	Mensual	Se requiere una dosis de carga/ ataque al inicio del tratamiento
Palmitato de Paliperidona trimestral	Glúteo o deltoides	No requerida**	175- 525mg/ 3 meses	Trimestral	Tto. de mantenimiento de la esquizofrenia en adultos clínicamente estables con palmitato de paliperidona.
Risperidona microesferas	Deltoides o Glúteo	No requerida**	25-50 mg cada 2 semanas	2	Retraso en la liberación del fármaco 2-3 semanas
Zuclopentixol decanoato	Glúteo o muslo	100	200 mg cada 3 semanas a 600 mg a la semana	2-4	¿Ligeramente más eficaz que algunos AP1G?

*Dosis de prueba no está indicada por el laboratorio que fabrica el fármaco

** Debería determinarse la tolerablidad y la respuesta a la preparación oral antes de administrar la depot. Con respecto a la paliperidona, se puede utilizar para este objetivo risperidona oral.

(1) Medicamento no disponible en España, pero sí en varios países europeos

(2) Se ha estimado el riesgo de desarrollar el síndrome post-inyección en torno al 1,4% de los pacientes (Detke et al., 2010)

•Estas dosis son para adultos. Consulte la ficha técnica del fármaco para ancianos

•Evite utilizar intervalos de dosis más breves que las recomendadas salvo en circunstancias excepcionales. Una dosis máxima única anula intervalos más largos con la dosis dividida. Por ejemplo, está aprobado 500 mg cada semana de zuclopentixol pero no 1.000 mg cada 2 semanas. Consulte siempre la ficha técnica del fármaco.

Extraído y adaptado de Taylor, D, Paton, C, Kapur S. The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry. 12th Edition. London: Wiley-Blackwell; 2105.

Tabla 10.- Antipsicóticos inyectables de larga duración/depot. Farmacocinética

Fármaco	*Tiempo para alcanzar nivel pico* (días)*	*Vida media plasmática (días)*	*Tiempo aproximado para alcanzar un nivel estable** (semanas)*
Aripiprazol	7	30-46	20
Flupentixol decanoato (1)	7	8-17	9
Flufenazina decanoato	8-12***	10	8
Haloperidol decanoato (1)	7	21	14
Olanzapina pamoato	2-3	30	12
Paliperidona palmitato	13	29-45	20
Risperidona microesferas	35	4	8
Zuclopentixol decanoato	4-7	19	12

(1) Medicamento no disponible en España, pero sí en varios países europeos.

*El tiempo para alcanzar el nivel pico no es el mismo que el tiempo para alcanzar la concentración en plasma terapéutica pero ambos son dependientes de la dosis. Para grandes dosis (de carga), la actividad terapéutica se ve a menudo antes de alcanzar los niveles máximos. Para dosis bajas (de prueba), el nivel de pico inicial puede ser sub-terapéutico.

**El logro de nivel plasmático estable sigue características logarítmicas, no lineales: alrededor del 90% de estos niveles se logra en tres vidas medias. El tiempo para alcanzar el estado de equilibrio es independiente de la dosis y la frecuencia de dosificación (es decir, no se puede dar prisa por dar más, o con más frecuencia). Las dosis de carga/ataque se pueden usar para producir niveles terapéuticos en plasma rápido pero el tiempo para el nivel plasmático estable sigue siendo el mismo.

***Las estimaciones anteriores sugieren concentraciones máximas después de sólo unas pocas horas. Es probable que el decanoato de flufenazina produzca dos picos -uno en el día de la inyección y un segundo pico ligeramente superior a la semana o más tarde.
Extraído y adaptado de Taylor, D, Paton, C, Kapur S. The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry. 12th Edition. London: Wiley-Blackwell; 2105.

9 ¿Qué intervenciones psicológicas están recomendadas para la psicosis y la esquizofrenia?

Resumen de la investigación

Las terapias psicológicas e intervenciones psicosociales para el tratamiento de la esquizofrenia han cobrado impulso en las tres últimas décadas, en parte debido al creciente reconocimiento de las limitaciones, los efectos secundarios y los riesgos de salud asociados con la medicación antipsicótica, así como las bajas tasas de adherencia, y también por la creciente demanda de intervenciones psicológicas por parte de usuarios y cuidadores.

En esta área se han revisado los enfoques terapéuticos:

- Terapia de adhesión al tratamiento
- La arte-terapia
- La terapia cognitivo-conductual
- La rehabilitación cognitiva
- El asesoramiento (counselling) y terapia de apoyo
- La intervención familiar
- Las terapias psicodinámicas y psicoanalíticas
- La psicoeducación
- El entrenamiento en habilidades sociales
- El manejo psicológico del trauma.

Sin embargo, **se han excluido de la revisión las intervenciones multicomponente**, es decir, que incluyen dos o más intervenciones psicológicas y/o psicosociales, por considerar que éstas no forman un grupo homogéneo de las intervenciones que pudieran ser analizadas conjuntamente.

En cuanto a la **terapia de adhesión al tratamiento**, motivada por las altas tasas de abandono de la medicación y las consiguientes recaídas, está diseñada como una intervención breve y pragmática, que utiliza técnicas y principios de la entrevista motivacional, de la psicoeducación y de la terapia cognitiva. En la revisión realizada, no hay evidencia sólida para el uso de la terapia de la adhesión como una intervención específica.

Por su parte, la **arteterapia**, en cualquiera de sus modalidades (arte, música, teatro y danza), se centra en la creación de una relación terapéutica de trabajo en la que las emociones fuertes pueden ser expresadas y procesadas. La manifestación artística también es vista como una forma segura de experimentar el relacionarse con los demás de una manera significativa cuando las palabras pueden ser difíciles. La revisión realizada indica que las terapias de artes son eficaces para reducir los síntomas, tanto para los pacientes ingresados como para los pacientes ambulatorios. Asimismo, también existe algún estudio que sugiere que son eficientes a nivel económico.

La **Terapia Cognitivo Conductual** (TCC) se basa en la premisa de que existe una relación entre los pensamientos, los sentimientos y los comportamientos, y se ha encontrado que es un tratamiento eficaz en una amplia gama de problemas de salud mental, que incluye a los trastornos de ansiedad, al trastorno obsesivo-compulsivo, a la bulimia nerviosa y al trastorno de estrés postraumático. La TCC para la psicosis (TCCp) ha evolucionado y ahora tiende a basarse en una hipótesis. En general, el objetivo es ayudar a la persona a normalizarse, a dar sentido a sus experiencias psicóticas y a reducir la angustia y el impacto asociado en su funcionamiento. La revisión de la evidencia muestra que proporcionar TCC a las personas con esquizofrenia en el Reino Unido mejoró los resultados clínicos (mejora de la sintomatología, menor tiempo de ingreso, menor tasa de reingresos, mejor funcionamiento) sin coste adicional. La mayoría de los estudios se realizaron en la modalidad individual. Por otra parte, los estudios varían ampliamente en la aportación de datos sobre la formación y la experiencia de la persona que realiza la

intervención, si bien, en general, la mayoría de los ensayos usaron psicólogos clínicos o terapeutas psicológicos acreditados para ofrecer la TCCp.

También es bien conocida la presencia de deterioro cognitivo en una proporción de personas con esquizofrenia (memoria, atención, funciones ejecutivas, etc.) Además, este deterioro cognitivo está estrechamente relacionado con el funcionamiento en áreas como trabajo, las relaciones sociales y la vida independiente. La evidencia sobre la eficacia de los **programas de rehabilitación cognitiva** es muy limitada, y aunque se sugieren ciertos efectos beneficiosos, se necesita más investigación para establecer conclusiones sólidas.

Por su parte, la mayoría de los ensayos que estudian la **terapia de apoyo** la han utilizado como tratamiento de comparación a otras intervenciones psicológicas más específicas, en lugar de investigarla como una intervención primaria. Se consideró counselling y la terapia de apoyo las intervenciones psicológicas específicas que eran facilitadoras, no directivas y/o centradas en la relación, con el contenido determinado en gran medida por el usuario, y que no cumplían los criterios de cualquier otra intervención psicológica. Se ha encontrado evidencia muy limitada con respecto a este tipo de intervención, si bien el GDG reconoce la preferencia que algunos usuarios y cuidadores pueden tener hacia estas intervenciones, especialmente cuando otros tratamientos psicológicos más eficaces no están disponibles.

Está bien establecido el valor predictivo del nivel de “emoción expresada” dentro de las familias con respecto a la recaída en la esquizofrenia, lo que ha hecho plantear que una **intervención familiar** podría cambiar el curso de la esquizofrenia. Este tipo de intervención va dirigida a que la familia afronte la sintomatología de manera que se minimice el riesgo de recaída, y se debe incluir al usuario siempre que sea posible. Los resultados científicos han demostrado consistentemente que la intervención familiar puede ser particularmente eficaz en la prevención de recaídas.

El psicoanálisis y sus derivados proponen que los seres humanos tienen una mente inconsciente donde los sentimientos que son demasiado dolorosos para hacerles frente son a menudo reprimidos. La persona utilizaría defensas para mantener estos sentimientos fuera de la conciencia cotidiana. La **psicoterapia psicoanalítica y psicodinámica** tienen como objetivo traer el material mental inconsciente y procesarlo en la conciencia plena para que el individuo pueda obtener más control sobre su vida. En la revisión bibliográfica no se ha encontrado una evidencia clara para apoyar el uso de terapias psicodinámicas y

psicoanalíticas como intervenciones específicas. Sin embargo, el GDG reconoce la utilización de principios psicoanalíticos y psicodinámicos para ayudar a los profesionales sanitarios a comprender la experiencia de las personas con esquizofrenia y sus relaciones interpersonales, incluyendo la relación terapéutica.

Las **intervenciones psicoeducativas**, en su definición literal, implican el proporcionar información y educación a un usuario con una enfermedad mental grave y duradera, incluyendo la esquizofrenia, sobre el diagnóstico, su tratamiento, los recursos adecuados, el pronóstico y las estrategias comunes de afrontamiento. Se ofrece habitualmente en un formato de grupo. En la revisión realizada, no hay evidencia sólida para el uso de la terapia de la adhesión como una intervención específica.

Otro abordaje frecuente son los **programas de formación en habilidades sociales**, que comienzan habitualmente con una evaluación detallada y un análisis conductual de las habilidades sociales individuales, seguido por intervenciones individuales y/o grupales utilizando el refuerzo positivo, el establecimiento de metas, el modelado y el moldeamiento. La revisión tampoco encontró evidencia que sugiera que el entrenamiento en habilidades sociales es eficaz en la mejora de los resultados claves.

Por último, en la última década, varios estudios han señalado la relación entre la adversidad en la niñez (negligencia, pérdida paterna, abuso físico y sexual) y los problemas de salud mental y concretamente psicosis, revelando incluso que la probabilidad de la psicosis aumenta cuanto más grave o prolongada es la exposición a la adversidad. Todo esto indica que en las personas con psicosis hay una alta probabilidad de que haya una historia de trauma. Actualmente, sin embargo, no está clara la cuestión de cuál es la ayuda adecuada para las personas con psicosis y esquizofrenia con una historia de trauma, ya que las personas con trastornos psicóticos son a menudo excluidas de los ensayos de investigación del trastorno por estrés postraumático (TEPT). Sin embargo, el GDG piensa que no hay evidencia de que una **intervención psicológica para el trauma** esté contraindicada en las personas que experimentan un primer episodio de psicosis y, por lo tanto, las recomendaciones de la guía TEPT pueden ser aplicables a las personas con psicosis y esquizofrenia.

Recomendaciones

9.1. No ofrezca terapia de adhesión al tratamiento farmacológico (como intervención específica) a las personas con psicosis o esquizofrenia.

9.2. Considere ofrecer arteterapia a todas las personas con psicosis o esquizofrenia, especialmente para el alivio de los síntomas negativos. Esta se puede iniciar durante la fase aguda o temprana, incluso en el ámbito hospitalario.

9.3. La arteterapia **debería** ser proporcionada por un arteterapeuta con una formación reglada al respecto, con experiencia previa de trabajo en personas con psicosis o esquizofrenia. La intervención debería ser proporcionada en grupo, salvo que dificultades con la aceptabilidad, el acceso y la participación indiquen lo contrario. La arteterapia **debería** combinar las técnicas psicoterapéuticas con actividades destinadas a la promoción de la expresión creativa, que a menudo no es estructurada, sino dirigida por el usuario. Los objetivos de la arteterapia deberían incluir:

- permitir a las personas con psicosis o esquizofrenia que experimenten el sentido de sí mismos de manera diferente y desarrollen nuevas formas de relacionarse con los demás,
- ayudar a las personas a expresarse y a organizar su experiencia (sentimientos) de una forma artística satisfactoria,
- ayudar a las personas a aceptar y entender los sentimientos que pueden haber surgido durante el proceso creativo (incluyendo, en algunos casos, cómo llegaron a tener estos sentimientos), a un ritmo adecuado para la persona.

9.4. Cuando los tratamientos psicológicos, incluidas las terapias artísticas, se inician en la fase aguda (incluso en pacientes hospitalizados), la intervención **debería** ser continuada hasta completarse, después del alta, sin que se produzca una interrupción innecesaria.

9.5. Considere ofrecer arteterapia para ayudar a promover la recuperación, sobre todo, a las personas con síntomas negativos.

Las opciones de tratamiento para el primer episodio de psicosis

9.6. Para las personas con un primer episodio de psicosis **ofrezca**: medicación antipsicótica oral (ver recomendaciones 8.2 y 8.3) conjuntamente con intervenciones psicológicas (intervención familiar y TCC individual, proporcionadas como se describe en las recomendaciones 9.15 y 9.8).

9.7. **Informe** a las personas que quieran ser tratadas sólo con intervenciones psicológicas de que éstas son más eficaces cuando se proporcionan en combinación con medicación antipsicótica. Si aún así, la persona solo quiere intervenciones psicológicas:

- **ofrezca** intervención familiar y TCC
- **acuerde** un tiempo (1 mes o menos) para revisar las opciones de tratamiento, incluyendo la introducción de medicación antipsicótica
- **continúe realizando** con regularidad un seguimiento de los síntomas, la angustia, el deterioro y el nivel de funcionamiento (incluyendo la educación, la formación y el empleo).

Cómo proporcionar las intervenciones psicológicas

9.8. La TCC **debería** ser proporcionada de manera individual durante al menos 16 sesiones programadas y:

- **seguir** un manual de tratamiento* de modo que:

- las personas puedan establecer vínculos entre sus pensamientos, sentimientos o acciones y sus síntomas actuales o anteriores, y/o su funcionamiento
- permita a las personas reevaluar sus percepciones, creencias o razonamientos y cómo se relacionan con los síntomas diana

- también **incluya** al menos uno de los siguientes componentes:
  - control por la persona de sus propios pensamientos, sentimientos o comportamientos con respecto a sus síntomas o recurrencia de los síntomas
  - promover formas alternativas para afrontar los síntomas diana
  - reducir la angustia
  - mejorar el funcionamiento.

*Se puede elegir cualquier manual de tratamiento con los que hay evidencia de su eficacia en ensayos clínicos.

Episodios agudos posteriores

9.9. Para las personas con una exacerbación aguda o recurrencia de la psicosis o esquizofrenia, **ofrezca**:

- medicación antipsicótica oral (ver recomendaciones 8.2 y 8.3) conjuntamente con
- intervenciones psicológicas (intervención familiar y TCC individual, proporcionadas como se describe en las recomendaciones 9.15 y 9.8).

9.10. **Ofrezca** TCC a todas las personas con psicosis o esquizofrenia (proporcionada como se describe en la recomendación 9.8). Esta se puede iniciar durante la fase aguda o temprana e incluso en el ámbito hospitalario.

Promover la recuperación

9.11. Ofrezca TCC para ayudar a promover la recuperación de las personas con síntomas persistentes negativos y positivos y para las personas en remisión. **Proporcione** la TCC como se describe en la recomendación 9.8.

9.12. No ofrezca counselling (asesoramiento psicológico) ni psicoterapia de apoyo, de manera rutinaria (como intervenciones específicas), a las personas con psicosis o esquizofrenia. Sin embargo, tenga en cuenta las preferencias de los usuarios, sobre todo si otros tratamientos psicológicos más eficaces, como TCC, intervención familiar y arteterapia, no están disponibles a nivel local.

Las opciones de tratamiento para el primer episodio de psicosis

9.13 Para las personas con un primer episodio de psicosis **ofrezca**: medicación antipsicótica oral (ver recomendaciones 8.2 y 8.3) conjuntamente con intervenciones psicológicas (intervención familiar y TCC individual, proporcionadas como se describe en las recomendaciones 9.15 y 9.8).

9.14. Informe a las personas que quieran ser tratadas solo con intervenciones psicológicas que éstas son más eficaces cuando se proporcionan en combinación con medicación antipsicótica. Si aún así la persona solo quiere intervenciones psicológicas:

- **ofrezca** intervención familiar y TCC
- **acuerde** un tiempo (1 mes o menos) para revisar las opciones de tratamiento, incluyendo la introducción de medicación antipsicótica
- **continúe realizando** con regularidad un seguimiento de los síntomas, la angustia, el deterioro y el nivel de funcionamiento (incluyendo los estudios, la formación y el empleo).

Cómo proporcionar las intervenciones psicológicas

9.15. La intervención familiar **debería**:

- incluir a la persona con psicosis o esquizofrenia, si es factible
- llevarse a cabo entre 3 meses y 1 año
- incluir al menos 10 sesiones planificadas
- tener en cuenta las preferencias de toda la familia, ya sea para la intervención unifamiliar o la intervención grupal multifamiliar
- tener en cuenta la relación entre el cuidador principal y la persona con psicosis o esquizofrenia
- tener una función de apoyo, educativa o de tratamiento específico e incluir la resolución de problemas negociada o el trabajo de gestión de crisis.

Episodios agudos posteriores

9.16. Para las personas con una exacerbación aguda o recurrencia de la psicosis o esquizofrenia, **ofrezca**:

medicación antipsicótica oral (ver recomendaciones 8.2 y 8.3) conjuntamente con intervenciones psicológicas (intervención familiar y TCC individual, proporcionadas como se describe en las recomendaciones 9.15 y 9.8).

9.17. Ofrezca intervención familiar a todas las familias de las personas con psicosis o esquizofrenia que viven con el usuario o están en estrecho contacto con él (proporcionada como se describe en la recomendación 9.15). Ésta se puede iniciar durante la fase aguda o temprana e incluso en el ámbito hospitalario.

Promover la recuperación

9.18. Ofrezca intervención familiar a los familiares de las personas con psicosis o esquizofrenia que viven con o están en estrecho contacto con el usuario. **Proporcione** la intervención familiar tal como se describe en la recomendación.

9.19. La intervención familiar puede ser particularmente útil para las familias de las personas con psicosis o esquizofrenia que tienen:

- una recaída reciente o están en riesgo de recaída
- persistencia de los síntomas.

Después de la finalización de un episodio agudo

9.20. Los profesionales sanitarios pueden considerar utilizar principios psicoanalíticos y psicodinámicos para ayudarse a entender las experiencias de las personas con psicosis o esquizofrenia y sus relaciones interpersonales.

Formación en habilidades sociales

9.21. No ofrezca rutinariamente entrenamiento en habilidades sociales (como una intervención específica) a las personas con psicosis o esquizofrenia.

Manejo del trauma psicológico en la psicosis y en la esquizofrenia

9.22. Evalúe la presencia de un trastorno de estrés post-traumático y otras reacciones a acontecimientos traumáticos, porque las personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia es probable que hayan experimentado anteriormente acontecimientos adversos o traumáticos asociados con el desarrollo de la psicosis o como resultado de la propia psicosis. Para las personas que muestran signos de estrés post-traumático, **siga** las recomendaciones de una guía de práctica clínica para este trastorno.

Recomendaciones para todas las intervenciones psicológicas

Principios de la prestación de las intervenciones psicológicas

9.23. Cuando se proporcionen intervenciones psicológicas, **supervise** de manera habitual y sistemática, una serie de resultados a través de las áreas pertinentes, incluyendo la satisfacción del usuario y, si se considera apropiado, la satisfacción de la persona cuidadora.

9.24. Los equipos sanitarios que trabajan con personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia **deberían** identificar a un profesional sanitario dentro del equipo que tenga la responsabilidad para supervisar y revisar:

- el acceso y el compromiso con las intervenciones psicológicas
- las decisiones para ofrecer intervenciones psicológicas y
- la igualdad de acceso para los diferentes grupos étnicos.

9.25. Los profesionales sanitarios que proporcionan las intervenciones psicológicas **deberían**:

- tener un nivel de competencia apropiado en la prestación de la intervención, para las personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia
- ser supervisados regularmente durante la terapia psicológica por un terapeuta competente.

9.26. Los servicios de salud mental **deberían** proporcionar acceso a la formación, que prepare a profesionales sanitarios con las competencias necesarias para proporcionar las intervenciones psicológicas recomendadas en esta Guía.

10 ¿Qué son la intervenciones entre iguales y el autocuidado para personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia?

Resumen de la investigación

El **apoyo entre iguales** es una intervención proporcionada por un trabajador de apoyo entrenado, es decir, un compañero que se ha recuperado de la psicosis o la esquizofrenia y que se mantiene estable. En los últimos años se está produciendo un crecimiento exponencial en la contratación de trabajadores de apoyo entre compañeros en diferentes países, pues esta intervención ha sido identificada como un facilitador clave en la recuperación de la salud mental, y es defendida tanto por organizaciones profesionales como por los propios usuarios. Los compañeros son capaces de dar credibilidad al modelo de la recuperación y a las estrategias de afrontamiento y, así, promueven la esperanza y la autoeficacia. En nuestro contexto, la Escuela Andaluza de Salud Pública está llevando a cabo el **proyecto Peer2Peer**. Se trata de un curso de formación profesional que permite a las personas que han experimentado problemas de salud mental convertirse en agentes de apoyo mutuo.

A pesar de la proliferación de iniciativas de apoyo entre compañeros a nivel mundial, la investigación permanece poco clara respecto a cómo y en qué medida los usuarios pueden beneficiarse de los servicios ofrecidos por los iguales, ya que las cuestiones metodológicas dificultan el establecimiento de conclusiones sólidas.

Por otra parte, el **autocuidado** se refiere a la capacidad de un individuo para controlar los síntomas, el tratamiento, las consecuencias físicas y psicosociales y los cambios de estilo de vida inherentes a vivir con una enfermedad crónica, y en el caso de la psicosis se trataría de desarrollar estrategias de manejo de la enfermedad y de gestión de los demás aspectos de la vida, mejorando el afrontamiento general y promoviendo la esperanza. A

día de hoy ya existen una serie de programas de autocuidado centrados en las enfermedades mentales graves. La forma de proporcionarlos varía mucho y puede ser presencial o no, en grupo o individual o a través de materiales escritos o digitales, pero todos suelen incluir elementos comunes como la psicoeducación sobre los problemas de salud mental y los servicios disponibles, prevención de recaídas, manejo de la medicación y de los síntomas, y también muy importantes, el establecimiento de objetivos personales de recuperación y el desarrollo de estrategias y habilidades para alcanzarlos.

En general, la evidencia sugiere que las intervenciones de autocuidado son eficaces para reducir los síntomas de la psicosis y mejorar la calidad de vida, si bien los datos son limitados en el seguimiento posterior.

La guía NICE no considera **las intervenciones de apoyo entre iguales o de autocuidado** como tratamientos autónomos, sino **como una ayuda adicional al resto de las intervenciones recomendadas**.

Recomendaciones

El apoyo mutuo y el autocuidado

10.1. Considere el apoyo entre iguales para las personas con psicosis o esquizofrenia para ayudar a mejorar la experiencia del usuario y su calidad de vida. El apoyo entre iguales **debería** ser proporcionado por un paciente experto entrenado que se ha recuperado de la psicosis o la esquizofrenia y se mantiene estable. Los pacientes expertos para el apoyo entre iguales deberían recibir el apoyo de todo el equipo y la tutorización de otros pacientes expertos con más experiencia.

10.2. Considere un programa de autoayuda estandarizado proporcionado de forma presencial a los usuarios, como parte del tratamiento y el manejo de la psicosis o la esquizofrenia.

10.3. Los programas de autoayuda y de apoyo entre iguales **deberían** incluir información y consejos sobre:

- la psicosis y la esquizofrenia
- el uso eficaz de la medicación
- la identificación y manejo de los síntomas
- el acceso a la salud mental y a otros servicios de apoyo
- manejo del estrés y otros problemas
- qué hacer en caso de crisis
- la construcción de una red de apoyo social
- la prevención de recaídas y el establecimiento de objetivos personales de recuperación.

11 ¿Qué intervenciones fomentan la salud física en personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia?

Resumen de la investigación

En las personas con psicosis y esquizofrenia, una combinación de alimentación inadecuada, falta de actividad física e incremento de peso contribuyen de manera importante a la incidencia incrementada de comorbilidades físicas, tales como la diabetes tipo 2 y las enfermedades cardiovasculares.

El desarrollo de las recomendaciones sobre intervenciones de estilo de vida se ve obstaculizado por la escasez de evidencia, especialmente por la carencia de estudios de tamaño grande o a largo plazo en personas con un primer episodio de psicosis. No obstante, la evidencia sugiere que una intervención conductual dirigida a incrementar la actividad física y la alimentación saludable es eficaz en la reducción del peso y mejora la calidad de vida en los adultos con psicosis y esquizofrenia. Las intervenciones que tenían como objetivo la promoción de la actividad física sola, no resultaron ser más eficaces que el control en la reducción de peso. Por su parte, la revisión de las intervenciones conductuales que promueven una alimentación saludable (sin un componente de actividad física) no identificó estudios que cumplieran con los criterios de inclusión.

Asimismo, se reconoce l**a importancia del papel de la atención primaria en la vigilancia de la salud física** (especialmente la diabetes y las enfermedades cardiovasculares) y que esto debe hacerse explícito en el plan de cuidados.

Por otra parte, un estudio de cohorte en la comunidad, encontró que el 73% de las personas con esquizofrenia en el Reino Unido son fumadoras (frente al 22% de la población general). Los tres tratamientos farmacológicos principales para dejar de fumar son la terapia de reemplazo de nicotina, bupropión (antidepresivo) y la vareniclina (un agonista parcial del receptor nicotínico). En general, los tratamientos que funcionan en la población general también lo hacen en las personas con enfermedades mentales graves y parecen ser aproximadamente igual de eficaces. Estos ensayos no observaron reacciones adversas ni efectos adversos sobre los síntomas psiquiátricos. Sin embargo, hay que tener en cuenta algunas particularidades. Por ejemplo, el bupropion está contraindicado en el trastorno bipolar, por lo que no debe prescribirse a personas con psicosis hasta que no se confirme el diagnóstico de esquizofrenia. Por otra parte, la vareniclina se debe prescribir con precaución en esta población y realizar un seguimiento estrecho en las primeras 2-3 semanas, por riesgo de síntomas neuropsiquiátricos (ideación y conducta suicida). No se han encontrado datos sobre el efecto de la terapia de reemplazo de la nicotina en esta población. Pero dada la evidencia de su eficacia en la población general para la reducción de fumar, el GDG considera que también se debería ofrecer un parche transdérmico de nicotina para fomentar el abandono del tabaco o la reducción del consumo.

A pesar de estos beneficios potenciales, los fumadores con enfermedades mentales graves rara vez se derivan a los servicios para dejar de fumar.

Finalmente, también existe alguna evidencia de que proporcionar intervenciones para dejar de fumar dirigidas a los adultos con psicosis y esquizofrenia puede ser eficiente.

Recomendaciones

Intervenciones conductuales para promover la actividad física y la alimentación sana

11.1. A las personas con psicosis o esquizofrenia, especialmente aquellas que toman antipsicóticos, se les **debería** ofrecer, por su profesional de salud mental, un programa de alimentación sana y de actividad física.

11.2. Si una persona tiene un rápido o excesivo aumento de peso, niveles anormales de lípidos o problemas con el manejo de la glucosa en sangre, **ofrezca** intervenciones de acuerdo con los protocolos o GPCs acerca del manejo de modificación de lípidos y prevención de la diabetes tipo 2.

11.3. **Realice** un seguimiento rutinario del peso y de los indicadores de morbilidad metabólicos y cardiovasculares en las personas con psicosis y esquizofrenia. Incluya todos los controles especificados en la recomendación 8.3. Éstos deben ser reflejados en el informe anual del equipo.

11.4. Las UGC de salud mental y los Distritos de atención primaria **deberían** garantizar el cumplimiento de los estándares de calidad en el seguimiento y tratamiento de la enfermedad cardiovascular y metabólica en personas con psicosis o esquizofrenia a través de indicadores.

11.5. Los médicos de familia y otros profesionales sanitarios de atención primaria **deberían** vigilar la salud física de las personas con psicosis o esquizofrenia cuando la responsabilidad de la supervisión se transfiere desde salud mental, y luego por lo menos anualmente. El examen de salud **debería** ser general, centrándose en los problemas de salud físicos, que son frecuentes en las personas con psicosis y esquizofrenia. Incluya todos los controles especificados en la recomendación 8.3, que se refieren al seguimiento de las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, la obesidad y la enfermedad respiratoria. Una copia

de los resultados **debería** ser enviada al coordinador de la atención y al psiquiatra, y registrada en la historia clínica de salud mental.

11.6 Identifique, lo antes posible, a las personas con psicosis o esquizofrenia que tienen alta la tensión arterial, niveles anormales de lípidos, son obesos o en riesgo de obesidad, tienen diabetes o están en riesgo de diabetes (según lo indicado por niveles anormales de glucosa en sangre), o no realizan ninguna actividad física, y siga las recomendaciones de las guías de práctica clínica basadas en la evidencia para la *Modificación de los lípidos(a)*, *Prevención de la diabetes tipo 2(b)*, *Obesidad(c)*, *Hipertensión(d), Prevención de la enfermedad cardiovascular(e)* y *Actividad física(f)*.

(a) *Lipid modification: Cardiovascular risk assessment and the modification of blood lipids for the primary and secondary prevention of cardiovascular.* NICE clinical guideline 67.

(b) *Type 2 diabetes: prevention in people at high risk.* NICE public health guidance 38.

(c) *Obesity prevention.* NICE clinical guideline 43.

(d) *Hypertension in adults: diagnosis and management*. NICE clinical guideline 127.

(e) *Cardiovascular disease prevention.* NICE public health guidance 25.

(f) *Physical activity: brief advice for adults in primary care*. NICE public health guidance 44.

11.7. Trate a las personas con psicosis o esquizofrenia que tienen diabetes y/o enfermedad cardiovascular en atención primaria según las guías de práctica clínica basadas en la evidencia (por ejemplo, véase la GPC *Modificación de lípidos(a)*, *Diabetes Tipo1(b)*, y *Diabetes tipo 2 - nuevos agentes(c)*.

(a) *Lipid modification: Cardiovascular risk assessment and the modification of blood lipids for the primary and secondary prevention of cardiovascular.* NICE clinical guideline 67.

(b) *Diagnosis and management of type 1 diabetes in children, young people and adults.* NICE clinical guideline 15.

(c) *Type 2 diabetes: The management of type 2 diabetes*. NICE clinical guideline 87

11.8. Los profesionales sanitarios de salud mental **deberían** garantizar, como parte del *Abordaje programado de la atención*, que las personas con psicosis o esquizofrenia reciben, de la atención primaria, el cuidado de su salud física como se describe en las recomendaciones 6.7, 11.5 y 11.7.

Intervenciones para dejar de fumar y reducir el consumo

11.9. Ofrezca ayuda para dejar de fumar a las personas con psicosis o esquizofrenia, incluso si los intentos anteriores no han tenido éxito. Sea consciente del importante impacto potencial de reducir el consumo de cigarrillos en el metabolismo de los fármacos, en particular en la clozapina y la olanzapina.

11.10. Considere una de las siguientes acciones para ayudar a las personas a dejar de fumar:

- la terapia de reemplazo de nicotina (por lo general una combinación de parches transdérmicos con un producto de acción corta como un inhalador, chicles, pastillas o spray) para las personas con psicosis o esquizofrenia **o**
- bupropion para las personas con un diagnóstico de esquizofrenia (1) **o**
- vareniclina para las personas con psicosis o esquizofrenia.

Advierta a las personas que toman bupropion o vareniclina que existe un riesgo mayor de síntomas adversos neuropsiquiátricos y **realice** un seguimiento con regularidad, especialmente en las 2-3 primeras semanas.

11.11. Para las personas ingresadas que no quieran dejar de fumar, **ofrezca** la terapia de reemplazo de la nicotina para ayudarles a reducir o a dejar temporalmente de fumar.

(1) Bupropion está contraindicado en personas con trastorno bipolar. Por lo tanto, no se recomienda para las personas con psicosis a menos que tengan un diagnóstico de esquizofrenia.

12 ¿Cómo es la atención comunitaria no urgente a las personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia?

Resumen de la investigación

A mediados de la década de 1980 surgieron los equipos de salud mental comunitarios (ESMC) para proporcionar la atención rutinaria y para ayudar a evitar el ingreso hospitalario cuando se necesitan mayores niveles de apoyo y tratamiento. Aunque están muy extendidos en nuestro contexto, sorprendentemente hay poca evidencia que sugiera que los ESMC sean ni mejor ni peor que la disposición anterior de los servicios. Sin embargo, **los usuarios en general prefieren, si se les da la opción, las soluciones basadas en dispositivos no hospitalarios**.

Posteriormente se han formado los nuevos equipos/servicios, tales como los hospitales de día, el tratamiento asertivo comunitario **(TAC)**, el gestor de casos y la gestión intensiva de casos **(GIC)** y más tarde, los equipos de intervención temprana de la psicosis **(EITP)** para las personas con un primer episodio de psicosis.

El objetivo de los **Equipos de Intervención Temprana de la Psicosis** es atender a personas con edades comprendidas entre 14 y 35 años con una primera presentación de síntomas psicóticos, durante los 3 primeros años de la enfermedad psicótica. Cuanto mayor es el tiempo en que la psicosis no se trata, peor será el pronóstico, por lo que los EITP están dirigidos a garantizar el rápido acceso al tratamiento a las personas con un primer episodio de psicosis. La intervención temprana en psicosis (ITP) es mejor que los comparadores (atención estándar o en el ESMC) en una gama de resultados, que incluye la reducción de las tasas de recaída, la reducción de la estancia hospitalaria, la mejoría de los síntomas y la calidad de vida y, sobre todo, se prefiere la ITP a los servicios estándar. La guía NICE considera que los ingredientes principales que conducen a

resultados positivos y que explican probablemente el éxito de la ITP, son la inclusión de los tratamientos psicológicos y farmacológicos basados en la evidencia y proporcionados por profesionales competentes en el contexto de un pequeño número de casos. Por eso, **se aconseja que todos los equipos y servicios de salud mental los oferten**.

Los **equipos de salud mental comunitarios (ESMC)** son equipos multidisciplinares, que incluyen a todas las principales profesiones que intervienen en la salud mental, es decir, psiquiatras, psicólogos, enfermeras, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales. Habiéndose desarrollado de una manera relativamente pragmática, los ESMC se han convertido en la piedra angular de la atención a la salud mental basada en la comunidad en la mayoría de los países desarrollados, como en España. Sorprendentemente, **existe poca evidencia que demuestre que son una forma eficaz de organizar los servicios**.

El **tratamiento asertivo comunitario** (TAC) y la **gestión intensiva de casos** (GIC) son abordajes dirigidos a la atención de personas con trastornos mentales graves (normalmente la esquizofrenia o trastorno bipolar) que requieren un apoyo intensivo comunitario y que tienen ingresos frecuentes. En el modelo de gestión de casos, **la carga de trabajo para el gestor no debe ser de más de 15 o 20 personas**. En comparación con la atención estándar, la GIC es eficaz en la reducción de la duración de la estancia hospitalaria y mejora la adherencia al tratamiento. Además, los participantes comunicaron de manera consistente estar más satisfechos con el servicio. Los resultados sobre el funcionamiento y la calidad de vida son inconsistentes.

Recomendaciones

Experiencia del usuario

12.1. Utilice esta guía junto con la guía *Experiencia del Usuario del Servicio de Salud Mental de Adultos* (guía NICE 136) para mejorar la experiencia de la atención a las personas con psicosis o esquizofrenia que utilizan los servicios de salud mental, y:

- **trabaje** en colaboración con las personas con esquizofrenia y sus cuidadores
- **ofrezca** ayuda, tratamiento y atención en un clima de esperanza y optimismo
- **disponga** del tiempo necesario para construir relaciones de apoyo y empatía como una parte esencial de la atención.

Prestación de servicios integrales

12.2. Todos los equipos que prestan servicios a las personas con psicosis o esquizofrenia **deberían** ofrecer una amplia gama de intervenciones coherentes con esta Guía.

La intervención temprana en los servicios de salud mental

12.3. La intervención temprana en los servicios de salud mental **debería** ser accesible a todas las personas con un primer episodio o una primera presentación de la psicosis, con independencia de la edad de la persona o la duración de la psicosis no tratada.

12.4. Las personas que acuden a los servicios de intervención temprana de la psicosis **deberían** ser evaluadas sin demora. Si el servicio no puede proporcionar una intervención urgente a una persona con una crisis, **derívela** a un equipo de resolución de crisis y de tratamiento en el domicilio, si están disponibles localmente, (con el apoyo de los servicios de intervención temprana de la psicosis). La derivación puede ser realizada desde atención primaria o secundaria (incluyendo otros servicios comunitarios), ser una auto-derivación o una derivación por el cuidador.

Principios generales

12.5. Continúe el tratamiento y el cuidado en el servicio de intervención temprana de la psicosis, si está disponible localmente, o derive a la persona a un especialista del equipo comunitario. Este equipo **debería**:

- ofrecer toda la gama de intervenciones psicológicas, farmacológicas, sociales y ocupacionales recomendadas en esta Guía
- ser competente para proporcionar todas las intervenciones que se ofrecen
- poner el énfasis en el compromiso (en la implicación) del usuario, más que en la gestión de los riesgos
- proporcionar tratamiento y cuidado en un ambiente lo menos restrictivo y estigmatizador posible, y en un clima de esperanza y optimismo en línea con la Guía NICE *Experiencia del usuario de servicio de salud mental de adultos*.

La intervención temprana en los servicios de salud mental

12.6. Los servicios de intervención temprana de la psicosis **deberían** tener como objetivo proporcionar a las personas con psicosis una gama completa de intervenciones farmacológicas, psicológicas, sociales, laborales y educativas, de acuerdo con esta Guía.

12.7. Considere ampliar la disponibilidad de los servicios de intervención temprana de la psicosis durante un período de 3 años, si la persona no ha presentado una recuperación estable de la psicosis o de la esquizofrenia.

12.8. Considere la gestión intensiva de casos para las personas con psicosis o esquizofrenia en las que sea probable que abandonen el tratamiento o el servicio de salud mental.

13 ¿Cuáles son las alternativas al ingreso en unidad de agudos?

Resumen de la investigación

Se han evaluado varias alternativas al ingreso en la unidad de agudos, como las basadas en la atención en el domicilio, los hogares de crisis, los hospitales de día o las casas auspiciadas por familias.

Una alternativa serían los **equipos de resolución de crisis y tratamiento en el hogar**, donde los pacientes son admitidos en el momento de un potencial ingreso en el hospital y dados de alta y derivados a otro servicio una vez que la crisis se ha resuelto. Son equipos multidisciplinares que, por el tipo de servicio que proporcionan, están disponibles las 24 horas, y los casos les vienen derivados con frecuencia a través de los servicios de urgencia o la policía. Estos servicios implican un seguimiento y apoyo intensivo (al menos dos visitas domiciliarias diarias cuando sea necesario) y actúan de control de acceso al ingreso en la unidad de agudos. La evidencia disponible sugiere que la atención por los equipos de resolución de crisis es superior a la atención hospitalaria estándar en la reducción de los ingresos hospitalarios y parece ser más aceptable en el seguimiento a largo plazo. También parecen aumentar la adherencia a los servicios, mejorar la calidad de vida y tener un efecto ligeramente mejor sobre algunos resultados clínicos.

Muchos usuarios prefieren quedarse en casa durante la crisis, pero no siempre es práctico o deseable. El riesgo de hacerse daño a sí mismo o a otros es demasiado grande para algunos pacientes como para permitir que se queden solos durante largos períodos de tiempo sin supervisión. Otros pueden estar deteriorados de manera grave en su funcionamiento, no tener domicilio fijo, o vivir en ambientes que agravan sus dificultades. Alternativas residenciales que no sean el hospital, como los **hogares de**

crisis, son un recurso potencial para las personas en situación de crisis que no pueden ser adecuadamente tratados en su casa, pero que no quieren ir al hospital, donde hay personal las 24 horas del día. Los datos disponibles proceden de un único estudio y no son concluyentes, si bien sugieren que probablemente son preferidos por los usuarios frente a la hospitalización y pueden ser superiores al tratamiento hospitalario en lo que se refiere al compromiso de aquellos, así como mejorar su calidad de vida y los resultados clínicos.

En el caso de los **hospitales de día para usuarios agudos**, en general, se encuentra una mayor satisfacción de los usuarios que utilizan el hospital de día, siendo una alternativa viable y clínicamente eficaz a la atención hospitalaria.

Otro modelo comunitario para evitar el ingreso son las **casas auspiciadas por familias**, donde personas en crisis están alojadas en familias cuidadosamente seleccionadas y entrenadas, por lo general también con el apoyo de los equipos de resolución de crisis y tratamiento en el hogar.

Las dificultades éticas y prácticas en el reclutamiento de pacientes para ensayos en el momento de una crisis y la resistencia a la asignación al azar de las alternativas proporcionadas, con frecuencia bien establecidas por el tercer sector, han limitado recientemente la realización de ECA de hogares de crisis y otras alternativas residenciales. No obstante, la guía NICE considera que los usuarios deberían tener una gama de alternativas a la atención hospitalaria, ya que los ingresos hospitalarios están fuertemente asociados con el estigma y con una considerable ansiedad para ellos y sus cuidadores.

Recomendaciones

13.1. Ofrezca equipos de resolución de crisis y tratamiento en el domicilio, si están disponibles localmente, como un servicio de primera elección para apoyar a las personas con psicosis o esquizofrenia durante un episodio agudo en la comunidad si la gravedad del episodio o el nivel de riesgo para la persona o para otros excede la capacidad de los servicios de intervención temprana de la psicosis o la de los equipos comunitarios para manejarlo con eficacia.

13.2. Los equipos de resolución de crisis y tratamiento en el domicilio, si están disponibles localmente, **deberían** ser el único punto de entrada a todos los demás servicios de agudos, en la comunidad y en los hospitales.

13.3. Considere el tratamiento agudo comunitario por los equipos de resolución de crisis y tratamiento domiciliario, si están disponibles localmente, antes de un ingreso en una unidad hospitalaria y como un medio para permitir el alta segura y oportuna de las unidades de hospitalización. En función de las preferencias y necesidades de la persona, se pueden considerar los Hogares de crisis o Centro de día para agudos o bien los equipos de resolución de crisis y tratamiento en el hogar, si están disponibles localmente.

13.4. Si una persona con psicosis o esquizofrenia necesita atención hospitalaria, **piense** en el impacto sobre la persona, sus cuidadores y otros miembros de la familia, sobre todo si la unidad de hospitalización está muy lejos de donde ellos viven. Si el ingreso hospitalario es inevitable, **asegúrese** de que el lugar es adecuado para la edad, el sexo de la persona y su nivel de vulnerabilidad. **Apoye** a sus cuidadores y siga las recomendaciones de la guía *Experiencia del usuario en salud mental de adultos* (NICE 136).

13.5. Después de cada episodio agudo, **anime** a las personas con psicosis o esquizofrenia a escribir un relato de su enfermedad y posteriormente transcribirlo en su historia clínica.

14 ¿Cómo es la experiencia de las personas cuidadoras?

Resumen de la investigación

Esta área resume la experiencia de cuidadores de personas con trastornos mentales graves (psicosis y esquizofrenia entre otros) con los servicios sanitarios y de atención social, y evalúa la eficacia de las intervenciones que tienen como objetivo mejorar la experiencia de cuidado y con los servicios de los cuidadores.

NICE considera que la experiencia de los usuarios en el tratamiento y manejo de estos trastornos en los servicios de salud mental para adultos ha sido revisada de manera exhaustiva en su guía Experiencia del usuario de servicio en salud mental del adulto (NICE, 2011). Por este motivo no se incluye en la presente guía la experiencia de los usuarios, sino que, en su lugar, el GDG remite a las recomendaciones de la citada guía específica (NICE, 2011).

El apoyo a los cuidadores puede ser muy complicado y a veces es difícil para los profesionales sanitarios identificar lo que los cuidadores encuentran más útil en las diferentes etapas de la atención prestada. Aunque las intervenciones que implican a la familia han demostrado tener efectos preventivos sobre una potencial recaída, sigue siendo difícil acceder a este tipo de intervenciones. En las crisis, las necesidades de los cuidadores son mucho más urgentes, por lo que facilitar el acceso en estos momentos puede ser muy útil. Por otra parte, **el intercambio de información y la cuestión de la confidencialidad** es una preocupación particular de las personas con psicosis y esquizofrenia y sus familiares y cuidadores.

Los resultados de la revisión cualitativa que realizó el GDG de la NICE versan sobre las características de los servicios sociales y sanitarios implicados en la atención a la salud mental que los cuidadores creen que mejoran o empeoran su experiencia de cuidado de adultos con trastornos mentales graves, como la psicosis y la esquizofrenia. En la revisión identificaron cinco **aspectos que tenían un impacto positivo sobre la experiencia de los cuidadores**: (1) el desarrollo de relaciones de confianza con los profesionales sanitarios; (2) la valoración de la identidad y la experiencia del cuidador; (3) la toma de decisiones compartida y la colaboración en la atención al usuario; (4) recibir información clara y comprensible y, a ser posible, proporcionada y adaptada según las necesidades específicas del cuidador y el usuario en cada momento; y (5) el acceso rápido a servicios en cada momento del proceso de cuidados, pero en especial durante el primer episodio psicótico y las crisis posteriores.

Por otra parte, la evidencia disponible sugiere que los cuidadores en general valoraron positivamente algunas **intervenciones diseñadas para mejorar su experiencia**, como un **manual de automanejo** dirigido a aliviar los niveles de angustia en cuidadores de personas con psicosis, los **grupos de psicoeducación** o los **grupos de apoyo a cuidadores**. Estas intervenciones deben incluir información sobre la psicosis, las opciones de tratamiento, la información sobre la estructura y el funcionamiento de los servicios de salud mental (incluyendo cuestiones como la accesibilidad y la confidencialidad) y el desarrollo de habilidades de afrontamiento. En el caso de los grupos de psicoeducación y de apoyo a los cuidadores también fueron valorados como útiles el intercambio de experiencias con otras personas que estaban pasando por situaciones similares.

La guía NICE considera que es imprescindible que la oferta de cualquier intervención dirigida hacia el cuidador forme parte de la intervención familiar (revisada en el área 9).

Recomendaciones

El apoyo a las personas cuidadoras

14.1. Ofrezca a los cuidadores de personas diagnosticadas de psicosis o esquizofrenia una evaluación (proporcionada por los servicios de salud mental) de sus propias necesidades y valore conjuntamente con ellos sus fortalezas y puntos de vista. **Desarrolle** un plan de atención para las necesidades identificadas, entregue una copia a las personas cuidadoras y a su médico de familia y asegúrese de que se revisa anualmente.

14.2. **Informe** a las personas cuidadoras acerca de sus derechos legales a una evaluación formal proporcionada por los servicios sociales y explicar cómo acceder a ésta.

14.3. Proporcione a las personas cuidadoras información verbal y escrita en un formato accesible sobre:

- diagnóstico y tratamiento de la psicosis y la esquizofrenia
- resultados positivos y recuperación
- tipos de apoyo a las personas cuidadoras
- rol de los equipos y servicios
- obtener ayuda en caso de crisis.

Cuando se proporciona información, **ofrezca** apoyo al cuidador, si es necesario.

14.4. Negocie lo antes posible con los usuarios y las personas cuidadoras, cómo se va a compartir la información sobre el usuario. Cuando se hable de los derechos a la confidencialidad, haga hincapié en la importancia de compartir la información sobre los riesgos vinculados al trastorno y en la necesidad de las personas cuidadoras de comprender la perspectiva del usuario. Fomente un enfoque de colaboración que apoye tanto a los usuarios como a las personas cuidadoras, y respete su interdependencia y sus necesidades individuales.

14.5. Revise regularmente cómo se comparte la información, sobre todo si hay dificultades de comunicación y colaboración entre el usuario y la persona cuidadora. .

14.6. Incluya a las personas cuidadoras en la toma de decisiones si el usuario está de acuerdo.

14.7. Ofrezca un programa de apoyo y educación dirigido a la persona cuidadora, que puede ser parte de una intervención familiar para la psicosis y la esquizofrenia, tan pronto como sea posible, para todas las personas cuidadoras. La intervención **debería**:

- estar disponible cuando sea necesario
- tener un mensaje positivo sobre la recuperación.

15 ¿Qué es la rehabilitación profesional?

Resumen de la investigación

A pesar de que hay bastante evidencia de que **el trabajo tiene muchos beneficios para las personas con psicosis y esquizofrenia**, **la posibilidad de trabajar sigue siendo extremadamente baja** (8% frente al 71% de la población general).

Tener un trabajo proporciona a las personas una función, una estructura y un papel válido en la sociedad, lo que tiene un impacto positivo en su autoestima, facilita la inclusión en la comunidad y mejora sus oportunidades, además de proporcionar una retribución económica, siendo así un factor muy positivo en la recuperación.

Por todo esto, es razonable suponer que volver al trabajo y el apoyo laboral debería ser considerado como un elemento esencial de las intervenciones para la recuperación de las personas con psicosis y esquizofrenia. Las intervenciones de rehabilitación profesional revisadas en este área son **el empleo con apoyo** estándar y modificado (se intenta incorporar inmediatamente a los usuarios a un empleo competitivo) y la **formación pre-profesional** (se realiza un período de preparación antes de ser animados a buscar un empleo competitivo). Adicionalmente, también se revisa la **rehabilitación cognitiva** como un posible complemento a estas intervenciones, dado el deterioro cognitivo presente en bastantes personas con psicosis y su impacto en la capacidad de trabajo.

La evidencia sugiere que la **rehabilitación profesional** (en cualquier formato) es más eficaz que una intervención no profesional/control para obtener un empleo (competitivo o no) y aunque es incierto algún beneficio adicional en el funcionamiento o en la calidad de vida y varía a través de las intervenciones, tampoco afecta negativamente a la salud

psicológica ni exacerba los síntomas psicóticos. Por otra parte, el empleo con apoyo parece ser eficiente y más eficaz que la formación pre-profesional para los resultados de la rehabilitación profesional e igual a la formación pre-profesional para los resultados acerca del funcionamiento y la calidad de vida, sin tener ninguna de las dos intervenciones un efecto perjudicial en la salud psicológica (por ejemplo, sobre los ingresos hospitalarios o la angustia psicológica). Por lo tanto, pueden ofertarse ambas intervenciones para que el usuario pueda elegir si desea volver inmediatamente al trabajo competitivo o bien si prefiere una incorporación más progresiva.

Por otra parte, la base de la evidencia para la intervención combinada de rehabilitación cognitiva y profesional es demasiado limitada para hacer una recomendación.

Recomendaciones

Empleo, educación y actividades ocupacionales

15.1. Para las personas que no pueden asistir al sistema educativo general, a la formación o el trabajo, **facilite** actividades educativas o laborales (ocupacionales) alternativas, en función de sus necesidades individuales y de su capacidad para comprometerse con este tipo de actividades, con el objetivo final de volver al sistema educativo general, a la formación o al trabajo.

15.2. **Ofrezca** los programas de empleo asistido a las personas con psicosis o esquizofrenia que deseen encontrar o volver al trabajo. Considere otras actividades laborales o educativas, incluyendo la formación pre-profesional, para las personas que no pueden trabajar o que no tienen éxito en la búsqueda de empleo.

15.3. Los servicios de salud mental **deberían** trabajar en colaboración con las partes interesadas locales (local stakeholders), incluyendo a aquellos que representan a los grupos de raza negra, asiáticos y a las minorías étnicas, para facilitar que las personas con problemas de salud mental como psicosis o esquizofrenia, permanezcan en el trabajo o formándose o puedan acceder a un nuevo empleo (incluyendo el trabajo como autónomo) o voluntariado.

15.4. **Registre** de manera rutinaria, en los planes de atención, las actividades diarias de las personas con psicosis o esquizofrenia, incluidos los resultados del trabajo.

16 ¿Cómo mejorar el acceso y la implicación de las minorías sociales?

Resumen de la investigación

Es un hecho bien establecido que existen desigualdades significativas sociales y étnicas en cuanto al acceso a intervenciones clínicas eficaces, así como en relación al grado en que cada grupo se beneficia de este tipo de intervenciones. Además, algunas personas pertenecientes a grupos étnicos específicos pueden presentar ciertos temores hacia los servicios, la estigmatización, o encontrar que no se entiende su identidad cultural o/y sus necesidades personales, religiosas, espirituales y/o sociales.

En general, se sabe que la cultura influye en el contenido y algunos dirían que también en la forma y en la intensidad de la presentación de los síntomas; asimismo, las normas culturales determinan lo que se considera qué es una enfermedad y los motivos por los que las personas solicitan ayuda. Por todo esto, es posible que con las guías clínicas existentes y los enfoques de tratamiento validados, no dispongamos de conocimientos y habilidades adecuadas para beneficiar a todas las personas por igual. El paradigma de la igualdad promueve la igualdad racial a través de programas de acciones nacionales e institucionales que, con el liderazgo de las autoridades sanitarias, se llevan a cabo en los servicios de salud mental con la colaboración de los grupos organizados localmente y que actúan de interlocutores sociales. Los prejuicios individuales e institucionales y el racismo percibido, también se abordan dentro de un marco más amplio de igualdad que aborda múltiples formas de **exclusión y estigma social**.

Suponiendo que los usuarios de los grupos de raza negra y de las minorías étnicas pueden beneficiarse de las mismas intervenciones proporcionadas de la misma forma, la siguiente pregunta es si ambos grupos tienen igual acceso a estas intervenciones eficaces

y si permanecen en contacto con los servicios. Se han evaluado concretamente los datos de grupos étnicos en las revisiones del tratamiento asertivo comunitario (TAC),de los equipos de resolución de la crisis y los de tratamiento en el hogar y la gestión de casos, considerando el resultado principal las pérdidas durante el seguimiento y contacto con los servicios. **El TAC mejora la reducción del abandono del seguimiento en estudios con muestras de diversidad étnica**. **Los equipos de resolución de crisis y tratamiento a domicilio fueron también más eficaces en la reducción del abandono durante el seguimiento**, si bien esta reducción no fue convincente para los subgrupos afro-caribeños. En el caso de la gestión de casos, no había evidencia consistente sobre su efectividad cuando se comparó con la atención estándar y con otras organizaciones de la atención y las prestaciones que ofrecen.

También se han evaluado los servicios de salud mental étnico-especializados, que procuran ofrecer un servicio adecuado culturalmente e intervenciones eficaces, ya sea a una determinada raza, etnia, grupo cultural o religioso o proporcionar un servicio eficaz a los diversos grupos étnicos. A pesar de que no hay evidencia disponible al respecto, la literatura gris proporciona algunos ejemplos interesantes de cómo las adaptaciones culturales pueden conducir a mejores resultados.

Recomendaciones

16.1. Los profesionales sanitarios sin experiencia en el trabajo con personas con psicosis o esquizofrenia de diversos orígenes étnicos y culturales, **deberían** buscar asesoramiento y supervisión de profesionales sanitarios con experiencia en el trabajo transcultural.

16.2. El personal sanitario que trabaja con personas con psicosis o esquizofrenia **debería** asegurarse de que son competentes en:

- habilidades de evaluación para las personas de diversos orígenes étnicos y culturales
- utilizar modelos explicativos de la enfermedad para las personas de diversos orígenes étnicos y culturales
- explicar las causas de la psicosis o la esquizofrenia y las opciones de tratamiento
- abordar las diferencias culturales y étnicas en las expectativas de tratamiento y la adherencia
- abordar las diferencias culturales y étnicas en las creencias, con respecto a las influencias familiares, biológicas y sociales, sobre las causas de los estados mentales anormales
- habilidades de negociación para trabajar con las familias de las personas con psicosis o esquizofrenia en el manejo y resolución de conflictos.

16.3. Los servicios de salud mental **deberían** trabajar conjuntamente con voluntarios locales de raza negra, asiática y otros grupos étnicos minoritarios para garantizar que el tratamiento psicológico y psicosocial es apropiado culturalmente, de acuerdo con esta guía, y proporcionado por profesionales competentes, a personas de diversos orígenes étnicos y culturales.

Anexo

Recomendaciones de la guía *Experiencia del usuario del servicio de salud mental de adultos* (guía NICE 136)

Adultos con posible psicosis o esquizofrenia

1. Atención y apoyo en todos los puntos de la ruta asistencial

1. 1. La interrelación y la comunicación

Trabaje en colaboración con las personas que utilizan los servicios de salud mental y con sus familias o cuidadores en un clima de esperanza y optimismo. Tómese tiempo, como una parte esencial de la atención, para crear una relación de confianza.

Cuando trabaje con una persona que utiliza los servicios de salud mental:

- tenga como objetivo fomentar su autonomía, promover su participación activa en las decisiones de tratamiento y apoyar su autocuidado
- mantenga la continuidad de la relación terapéutica individual siempre que sea posible
- ofrezca la posibilidad de contactar con un defensor entrenado. **El defensor del usuario de Salud Mental** es una figura que aún no existe en nuestro país, aunque sí en otros países como el Reino Unido, estando prevista su introducción en el Servicio Sanitario Público de Andalucía en los próximos años. Se trata habitualmente de un usuario, con amplia experiencia con los servicios de salud mental y que se mantiene psicopatológicamente estabilizado, que recibe un entrenamiento específico para desarrollar la función de defensor de otros usuarios que se encuentran ingresados involuntariamente.
- diríjase al usuario por su nombre y dele el tratamiento que él prefiera dentro de las opciones disponibles
- explíquele al usuario/a lo que le ocurre en un lenguaje comprensible para él/ella
- ofrézcale apoyo si es necesario para comprender la información ej. discapacidad intelectual, problemas en la audición, etc.
- asegúrese de que se les atiende en un entorno donde se respeta la confidencialidad, la privacidad y la dignidad
- sea claro con el usuario sobre los límites de la confidencialidad (es decir, que el personal sanitario y de atención social tienen acceso a la información sobre su diagnóstico y su tratamiento, y en qué circunstancias puede ser compartida con otros dicha información).

1.2. Evitar el estigma y promover la inclusión social

Cuando trabaje con personas que utilizan los servicios de salud mental:

- tenga en cuenta que el uso de los servicios de salud mental se asocia a menudo con estigma y discriminación
- sea respetuoso y sensible al género del usuario, orientación sexual, nivel socioeconómico, edad, origen (cultural, étnico y religioso) y a cualquier discapacidad
- sea consciente de que los problemas de salud mental pueden tener diferentes presentaciones en función del sexo, edad, cultura, etnia, religión o por otras razones.

Las instituciones sanitarias y de atención social deberían trabajar con las autoridades locales y con todas las demás organizaciones locales con interés en la salud mental (incluidos los servicios sociales, otros hospitales, asociaciones, fundaciones, voluntariado, medios de comunicación y prensa local, y con las organizaciones de empresarios locales) con el objeto de desarrollar una estrategia para combatir el estigma asociado con los problemas de salud mental y el uso de los servicios de salud mental.

1. 3. Las decisiones, la capacidad y el amparo

Los profesionales sanitarios y de atención social deberían asegurarse de que:

- entienden y pueden aplicar adecuadamente la Ley de enjuiciamiento civil, artículo 763
- son conscientes de que la capacidad mental necesita ser evaluada por separado para cada decisión
- comprenden cómo, en la práctica, se relacionan entre sí la Ley de Autonomía del paciente (*Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, Básica reguladora dela autonomía del paciente y de derecho y obligaciones en materia de información y documentación clínica*) y el artículo 763 de la Ley de enjuiciamiento civil.

Desarrolle con la persona que utiliza los servicios de salud mental, si ésta así lo desea, las **voluntades y decisiones anticipadas**, especialmente si su enfermedad es grave y ha sido tratado anteriormente de manera involuntaria. Regístrelo en su plan de atención y asegúrese de que se realizan copias para el usuario y para la historia clínica digital.

Cuando un usuario tiene deteriorada su capacidad, compruebe en su historial clínico las voluntades y decisiones anticipadas antes de ofrecer o iniciar el tratamiento.

1. 4. Proporcionar información

Cuando se trabaja con personas que utilizan los servicios de salud mental:

- asegúrese que existe información completa, por escrito, sobre sus problemas de salud mental (acerca de la naturaleza, tratamientos y dispositivos) en un idioma o formato apropiado, incluyendo los folletos de información que acompañan a esta guía
- asegúrese que se ha puesto a su disposición una información completa sobre otros grupos de apoyo, como el tercer sector, incluidas las organizaciones de voluntarios.

- asegúrese de que usted está familiarizado con los recursos locales y nacionales de información y/o apoyo a las personas que utilizan los servicios de salud mental (organizaciones, asociaciones, direcciones web...), y que puede usted ayudar a los usuarios a ponerse en contacto y participar en las actividades ofertadas por estos recursos.

1. 5. La participación de las familias y personas cuidadoras

Pregunte a la persona que utiliza los servicios de salud mental si desea y cómo quiere que su familia o cuidadores participen en su cuidado. No debería hacerse sólo una vez, puesto que las circunstancias van cambiando.

Si la persona que utiliza los servicios de salud mental quiere que su familia o cuidadores participen, fomente esta participación y:

- negocie entre el usuario y sus familiares o personas cuidadoras las pautas que se van a seguir en cuanto a la confidencialidad y el intercambio de información permanentemente
- explique cómo las familias o cuidadores pueden apoyar al usuario
- si un usuario deja de acudir a los servicios de salud mental, asegúrese de que el motivo no está relacionado con la participación de la familia o las personas cuidadoras.

Si la persona que utiliza los servicios de salud mental quiere que su familia o cuidadores participen en su cuidado, proporcióneles también a ellos información escrita y verbal sobre:

- el problema (o los problemas) de salud mental que está presentando el usuario y su tratamiento, incluyendo folletos de información diseñados como complemento a esta guía
- los dispositivos públicos y del tercer sector. Incluya el voluntariado, los grupos locales de apoyo y los servicios específicos para las familias y cuidadores, así como información sobre la manera de acceder a ello.

Asegúrese de que los usuarios con responsabilidades familiares, reciben apoyo para tener acceso a toda la gama de dispositivos de salud mental y de atención social, incluyendo:

- información sobre dónde pueden hacerse cargo del cuidado de los niños, para que puedan acudir a las citas y a las sesiones de terapia y grupales
- atención hospitalaria en unidades locales materno-infantiles, para las mujeres en las últimas etapas del embarazo y un año después del parto
- una sala de estar o espacio en las unidades de hospitalización, donde sus hijos puedan visitarlos.

1. 6. Implicar al usuario en la mejora de la atención

Cuando proporcione formación acerca de cualquier aspecto de la salud mental y de la atención social:

- involucre a las personas que utilizan los servicios de salud mental en la planificación y desarrollo de esta formación
- asegúrese de que toda la formación tiene como objetivo mejorar la calidad y la experiencia de la atención; evalúe la formación como un resultado.

Los profesionales sanitarios y de atención social deberían considerar el valerse de los usuarios para que participen en los equipos de formación de los profesionales sanitarios y del personal de apoyo (como recepcionistas, administradores, secretarias y personal de limpieza), especialmente para tratar temáticas como la "atención centrada en la persona" o la atención social. Esta formación debería adaptarse a las necesidades de las personas que acuden a los servicios de salud mental y debería evaluarse utilizando la experiencia de

los usuarios como resultado. Se les debe proporcionar formación y supervisión a los propios usuarios para llevar a cabo esta función.

Los gerentes sanitarios y de los servicios sociales deberían considerar el empleo de los usuarios para el seguimiento de la experiencia de los que utilizan los servicios de salud mental, especialmente los servicios de hospitalización, por ejemplo, remunerándoles económicamente para que lleven a cabo entrevistas al alta, a los usuarios que han dejado recientemente un servicio. Ofrecer a los usuarios formación para lograr este objetivo.

Los gerentes de los servicios deberían encargar habitualmente informes sobre la experiencia de la atención, que incluya la experiencia de ser tratado de manera involuntaria. Estos informes deberían incluir datos que permitan comparaciones directas de la experiencia de la atención según el sexo, la orientación sexual, nivel socioeconómico, edad, origen (cultural, étnico y religioso) y la discapacidad.

2. El acceso a la atención

2.1. Oferta de una cita puntual con los servicios de salud mental

Cuando se deriva a una persona al servicio de salud mental, asegúrese de que:

- se le proporciona una copia del informe de derivación
- se le ofrece una cita presencial con un profesional en el servicio de salud mental y ésta tiene lugar dentro de los 30 días siguientes a la derivación (15 si la derivación es preferente, y 24 horas si es urgente).

2.2. Garantizar el informe de derivación

Cuando a una persona se le proporciona una cita con el informe de derivación para el servicio de salud mental, éste debería contener:

- el nombre del profesional que le va a evaluar
- información sobre el servicio, con dirección de la página web del mismo cuando esté disponible y las diferentes opciones sobre cómo llegar hasta él
- una explicación del proceso de evaluación, utilizando un lenguaje sencillo
- toda la información necesaria para la evaluación, incluyendo la de la medicación actual

- una explicación de que puede acudir, si así lo desea, con un familiar o cuidador (para toda o parte de la evaluación), pero que es preferible que el usuario esté solo durante la entrevista
- preguntas si requiere algo que favorezca su asistencia, como, por ejemplo, un servicio de interpretación, o tecnologías de ayuda a personas con discapacidad auditiva
- un teléfono de contacto, por si tiene problemas para comprender la cita o desea cambiarla.

2.3. Trabajar en colaboración con atención primaria y con las organizaciones locales de voluntarios

Los servicios de salud mental deberían establecer relaciones de colaboración estrechas con los servicios de atención primaria, para asegurar:

- protocolos conjuntos de derivación, en consonancia con lo descrito anteriormente, **y**
- que los profesionales de atención primaria puedan proporcionar, a las personas que derivan, información sobre los servicios locales de salud mental y atención social.

Los servicios locales de salud mental deberían trabajar con atención primaria y con el tercer sector local (asociaciones, fundaciones...), además de las organizaciones de voluntarios, para asegurar que:

- todas las personas con problemas de salud mental tienen las mismas posibilidades de acceso a los servicios, de acuerdo con sus necesidades clínicas
- los servicios prestados son culturalmente apropiados.

3. Evaluación

3.1. Captación y recepción de los usuarios

Cuando el usuario llega al servicio de salud mental para su evaluación, debería ser recibido por el personal de una manera cálida, amable, empática, respetuosa y profesional, anticipándose a las posibles preocupaciones que pueda presentar.

Asegúrese de que si un usuario tiene que esperar antes de ser atendido, no tenga que hacerlo más de 20 minutos de la hora de la cita. Explique las razones de cualquier retraso.

Asegúrese de que las salas de espera son cómodas, limpias y cálidas, y que tienen áreas de privacidad, especialmente para aquellos que están angustiados o preocupados o que lo solicitan, o que acuden acompañados con niños.

3.2. Explicar en qué consiste el proceso de evaluación

Antes de que comience la evaluación, el profesional sanitario o de atención social que va a realizarla, debería asegurarse de que el usuario comprende:

- en qué consiste y cuánto va a durar
- que la evaluación abarcará todos los aspectos de sus experiencias vitales
- que se le garantiza la confidencialidad y protección de sus datos
- que se compartirá la toma de decisiones
- que es preferible que el profesional vea a la persona a solas, a pesar de que puede estar acompañado por un miembro de la familia o cuidador, en la totalidad o en una parte de la evaluación
- que se puede negar a que esté presente otro miembro del servicio de salud mental, como un estudiante.

3.3. Realizar la evaluación

Cuando realice una evaluación:

- asegúrese de que haya tiempo suficiente para que el usuario describa y comente sus problemas
- deje tiempo al final de la entrevista para resumir las conclusiones, dialogar y responder preguntas
- explique el uso y significado de los términos clínicos utilizados
- explique y proporcione material escrito, sobre cualquier diagnóstico dado
- dé información sobre las diferentes opciones de tratamiento, farmacológicas y psicológicas, así como sus efectos secundarios, para promover la discusión y comprensión
- ofrezca apoyo después de la evaluación, sobre todo si se han abordado cuestiones sensibles, como un trauma en la infancia.

3.4. Después de la evaluación

Si un usuario está descontento con la evaluación y el diagnóstico, dele tiempo para hablar sobre esto y ofrézcale la oportunidad de una segunda opinión.

4. Atención comunitaria

4.1. La comunicación con los usuarios

Cuando contacte con un usuario utilice diversos medios, según su preferencia, como cartas, llamadas telefónicas, correos electrónicos o mensajes de texto.

4.2. El desarrollo de un plan de atención

Desarrolle un plan de atención conjuntamente con el usuario:

- incorpore actividades que promuevan la inclusión social, como la formación, el empleo, el voluntariado o el cuidado de personas dependientes
- proporcione apoyo para ayudar al usuario a comprender el plan
- dé por escrito al usuario una copia actualizada del plan de atención y acuerde un plazo adecuado para revisarlo.

4.3. Desarrollo de un plan de crisis

Para las personas que puedan estar en riesgo de crisis, se debería desarrollar un plan de crisis realizado conjuntamente por el usuario y sus profesionales referentes, que debería ser respetado y llevado a la práctica. El plan de crisis debería incluir:

- posibles signos de alerta temprana de una crisis y estrategias de afrontamiento
- apoyo para prevenir la hospitalización
- las necesidades del usuario si es ingresado (por ejemplo, cuidado de niños o el cuidado de otras personas dependientes e incluso los animales domésticos)
- información de las voluntades y decisiones anticipadas (para más información ver las recomendaciones sobre las decisiones, la capacidad y la salvaguarda)
- si la familia o las personas cuidadoras están implicados y en qué grado
- información sobre el acceso a los servicios las 24 horas
- personas de contacto.

4.4. Apoyar el autocuidado y la elección de la atención

Apoye a los usuarios, siempre que sea posible, para que desarrollen estrategias que incluyan los planes de prevención de riesgos y de autocuidado, para promover y mantener su independencia y la auto-eficacia. Incorpore estas estrategias en el plan de atención.

Asegúrese de que los usuarios tienen acceso continuo a su plan de atención y a su historia clínica, incluyendo las versiones electrónicas. Éstas deben contener una sección en la que el usuario puede proporcionar sus opiniones y preferencias, y cualquier diferencia de opinión con los profesionales sanitarios y de asistencia social.

4.5. Garantizar la continuidad de la atención

Los profesionales de atención social y sanitaria deberían garantizar que el usuario:

- puede recibir regularmente la atención y el tratamiento de un único equipo comunitario y multidisciplinario
- no se derive de un equipo a otro innecesariamente
- no es objeto de múltiples evaluaciones innecesarias.

4.6. Garantizar el acceso a los tratamientos recomendados

Asegúrese de que los usuarios tienen un acceso oportuno a las intervenciones psicológicas, psicosociales y farmacológicas recomendadas en esta guía.

4.7. Garantizar la atención culturalmente apropiada

Los servicios de salud mental deberían trabajar con organizaciones locales incluyendo las relacionadas con grupos poblacionales minoritarios, para asegurar conjuntamente que los tratamientos psicológicos y psicosociales que se ofertan a los usuarios de estos grupos, son culturalmente apropiados, coherentes con las recomendaciones de esta guía y proporcionados por profesionales competentes.

Los profesionales de salud mental y de atención social sin experiencia en el trabajo con usuarios de diferentes orígenes culturales, étnicos y religiosos, deberían buscar asesoramiento, capacitación y supervisión de profesionales sanitarios y de atención social que tengan experiencia de trabajo con estos grupos.

5. Evaluación y derivación del usuario en crisis

5.1. Equipos de resolución de crisis y tratamiento en el hogar

Los profesionales sanitarios y de atención social deberían asegurarse de que los equipos de resolución de crisis y tratamiento en el hogar si están localmente disponibles, estén accesibles las 24 horas del día, 7 días a la semana, independientemente del diagnóstico del usuario.

5.2. Evaluación de la crisis

Si no es posible o el usuario no quiere que la evaluación se haga en su domicilio, tenga en cuenta siempre sus preferencias.

Se deben valorar las relaciones del usuario, sus circunstancias sociales y de vida, su estado funcional, síntomas, comportamiento, diagnóstico y tratamiento actual.

Inmediatamente antes de la evaluación de un usuario que ha sido derivado en crisis, averigüe si ha tenido experiencia con servicios de salud mental, consulte su plan de crisis y las voluntades y decisiones anticipadas, si las hubiera hecho.

Cuando realice la evaluación de una crisis:

- capte y aborde al usuario de una manera respetuosa y apoyándole
- proporciónele información, de forma clara, sobre el proceso y sus posibles resultados
- tenga un cuidado especial para entender y apoyar emocionalmente al usuario en crisis, teniendo en cuenta su nivel de angustia y de temor, especialmente si nunca ha estado en contacto con el servicio, o si su experiencia con éste fue difícil y/o ha estado ingresado involuntariamente.

5.3. Apoyo a los usuarios en una crisis

Para evitar el ingreso, intente:

- explorar con el usuario qué apoyo tiene, por parte de familiares, personas cuidadoras y amigos/as
- apoyar al usuario en su entorno familiar

- realizar planes para ayudar al usuario, siempre que sea posible, a mantener sus actividades diarias, incluyendo el trabajo, la formación, voluntariado, otras ocupaciones, como el cuidado de personas dependientes o actividades de ocio.

Al finalizar la evaluación de una crisis, asegúrese de que la decisión de iniciar el tratamiento en el domicilio no depende del diagnóstico, sino de:

- el nivel de angustia
- la gravedad de los problemas
- la vulnerabilidad del usuario
- cuestiones de seguridad y apoyo en el hogar
- la cooperación de la persona con el tratamiento.

Cuando se deriva a una persona en crisis debería ser atendida, en menos de 4 horas, por un especialista de salud mental.

Los profesionales sanitarios y de atención social deberían apoyar que el paciente pudiera acudir directamente a los servicios de salud mental, como alternativa a la atención urgente en el hospital.

Dichos profesionales deberían proporcionar líneas telefónicas de ayuda local las 24 horas, atendidas por profesionales de salud mental y de atención social, y asegurarse de que todos los médicos de familia de la zona conocen estos números.

Considere apoyar y atender las necesidades de las familias o de las personas cuidadoras de los usuarios en crisis.

6. Evaluación y tratamiento bajo la Ley de enjuiciamiento civil (artículo 763) y la Ley de autonomía del paciente

Aplique al usuario intervenciones de manera involuntaria sólo después de que se hayan considerado conjuntamente con el mismo todas las alternativas, si es posible, y con la familia o cuidador si el usuario está de acuerdo. Las alternativas podrían ser:

- revisión del tratamiento farmacológico

- respiro del cuidador
- centros de día para pacientes agudos
- tratamiento en el hogar
- hogares de crisis.

Realice la evaluación, para el posible ingreso involuntario, de manera cuidadosa y sin prisas. Responda a las necesidades del usuario, trátelo con dignidad, y siempre que sea posible, respete sus deseos.

Explique al usuario, no importa cómo de angustiado esté, por qué hay que administrarle tratamiento de manera forzosa o ingresarlo de forma involuntaria. Repita la explicación, si parece no haberle comprendido o está preocupado o confundido. Pregúntele si le gustaría estar acompañado por un familiar o cuidador.

Cuando decida el ingreso involuntario de un usuario, informe a los servicios de salud mental para que estén preparados para recibirlo y acogerlo

Cuando decida el ingreso involuntario de un usuario:

- dele información verbal y escrita adecuada sobre la base legal del mismo, explicándole detenidamente lo que le está sucediendo y por qué, y cuáles son sus derechos
- infórmele de que se pondrá en conocimiento del tribunal competente lo antes posible y, en cualquier caso, dentro del plazo de 24 horas, para que se proceda a la ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de las 72 horas siguientes. Infórmele de que antes de ratificar el internamiento, el tribunal le oirá, pudiendo disponer en este proceso de representación y defensa.
- repítale esta información, si parece no haberla comprendido o está preocupado o confuso
- dele esta información también a su familias o personas cuidadoras si está de acuerdo el usuario

Cuando el usuario es ingresado en un "lugar seguro", cerciórese que es evaluado lo antes posible.

Cuando sea necesario un ingreso involuntario, asegúrese de que:

- el traslado a la unidad de hospitalización se hace de forma afable, eficiente y acogedora

- los familiares y las personas cuidadoras pueden acompañar al usuario, si es seguro hacerlo
- se requiere a la policía sólo si hay un riesgo importante para sí mismo y/o para los demás y esto no puede ser manejado por otros medios.

6.1. Control, contención y tratamiento forzoso

El control, la contención y el tratamiento obligatorio, incluyendo la tranquilización rápida, se debería utilizar como último recurso, sólo después de que se hayan probado todos los medios de negociación y persuasión. Registre las razones de tales acciones.

Cuando un usuario está sujeto a control y contención, o recibe tratamiento forzoso, incluyendo la tranquilización rápida:

- contemple que el usuario puede considerarlo una violación de sus derechos
- utilice la mínima fuerza
- trate de involucrar a profesionales sanitarios del servicio que le atiende
- garantice la seguridad física del usuario
- explique las razones del tratamiento forzoso al usuario y a los miembros de su familia o personas cuidadoras implicadas
- ofrezca al usuario, en el momento del alta, hablar del tratamiento forzoso del episodio y hacerlo de una manera sencilla y sosegada
- garantice la formación en la contención, implicando a los usuarios

Después de cualquier episodio de control y contención, o tratamiento forzoso incluyendo la tranquilización rápida:

- explique los motivos de dicha acción al usuario y ofrézcale la oportunidad de registrar su experiencia y cualquier desacuerdo con los profesionales sanitarios en su historia clínica.
- asegúrese que a los otros usuarios de la unidad, que están angustiados por estos acontecimientos, se les ofrece apoyo y tiempo para hablar de su experiencia.

7. Atención en el hospital

7.1. Acogida del usuario en la unidad de agudos

Cuando un usuario ingresa en el hospital, salúdelo por su nombre y dele el tratamiento que él prefiera, en un clima de esperanza y optimismo, con un claro enfoque hacia sus

necesidades emocionales y psicológicas, y sus preferencias. Asegúrese de que el usuario se sienta seguro y aborde cualquier preocupación sobre su seguridad.
Dé información verbal y escrita al usuario, y a su familia o cuidadores cuando él esté de acuerdo, sobre:

- el hospital y la unidad en la que estará hospitalizado
- los tratamientos, actividades y servicios disponibles
- los contactos previstos con los profesionales sanitarios y de atención social
- las normas de la unidad (incluida la normativa sobre el abuso de sustancias)
- los derechos, responsabilidades y la libertad del usuario para moverse por la unidad y/o fuera de ella
- los horarios de las comidas
- el régimen de visitas.

Asegúrese de que haya tiempo suficiente para que el usuario pueda hacerle preguntas.

Enséñele la unidad poco después de ingresar y preséntele, tan pronto como sea posible, a los profesionales de la unidad y en las primeras 12 horas después del ingreso, si éste se realiza en el turno de noche. Si es posible, también debería comunicarle el nombre del profesional sanitario de referencia durante su estancia.

Comience los procesos formales de evaluación y admisión dentro de las 2 horas siguientes a su llegada.

7.2. Promoción de la toma de decisiones compartida

Lleve a cabo la toma de decisiones compartida de manera habitual con los usuarios hospitalizados, incluyendo, siempre que sea posible, a los usuarios que estén ingresados de manera involuntaria.

7.3. Garantizar una atención coordinada centrada en la persona

Todos los profesionales sanitarios y de asistencia social que trabajan en un hospital deberían ser entrenados como equipo para utilizar el mismo enfoque centrado en el paciente para el tratamiento y el cuidado.

Ofrezca al usuario hospitalizado sesiones diarias individuales de una duración mínima de 1 hora con un profesional sanitario que conozca.
Asegúrese de que la coordinación general y la gestión de la atención se llevan a cabo en reuniones multidisciplinares regulares, liderada por el responsable del equipo, con acceso completo del usuario a su historia clínica digital/papel. Se debería alentar al usuario a participar en las discusiones sobre su atención y su tratamiento, especialmente aquellas relacionadas con ingresos involuntarios o tratamiento forzoso. Sin embargo, estas reuniones no se deberían utilizar como una alternativa a su reunión diaria con un profesional sanitario conocido.

Los profesionales sanitarios y de atención social deberían garantizar que los usuarios hospitalizados tengan acceso a los tratamientos psicológicos, psicosociales y farmacológicos que se recomiendan en esta guía. Estos tratamientos pueden ser administrados por los profesionales que se encargan del tratamiento del usuario en la comunidad.

7.4 Garantizar el acceso a actividades significativas y la elección de los alimentos

Asegúrese de que el usuario hospitalizado tiene acceso a una amplia gama de ocupaciones y actividades significativas y culturalmente apropiadas, 7 días a la semana, y que no se limitan de 09 a.m. a 3 p.m.

Éstas deberían incluir actividades creativas y de ocio, el ejercicio, el auto-cuidado y actividades de acceso a la comunidad (cuando sea adecuado). Las actividades deberían ser facilitadas por profesionales sanitarios o de atención social debidamente capacitados.

Asegúrese de que los menús hospitalarios incluyen una variedad de alimentos, y que éstos son aceptables para el usuario en función de su origen étnico, cultural y religioso, y de sus problemas específicos de salud física. Considere incluir al usuario en la planificación del menú.

7.5. Garantizar la continuidad de la atención comunitaria

El usuario que recibía atención en la comunidad antes de su ingreso debería ser visitado de forma rutinaria mientras esté hospitalizado, por los profesionales sanitarios y de asistencia social encargados de su cuidado en la comunidad.

8. Alta y traslado a otro dispositivo del servicio

Prevea que el alta y el traslado de un dispositivo a otro puede provocar emociones y reacciones fuertes en las personas en tratamiento por salud mental.

Asegúrese de que:

- se debate el plan de atención al alta
- cuando se deriva a un usuario para una evaluación a otro dispositivo (incluido para tratamiento psicológico), se le debería apoyar durante el período de derivación, acordando con él previamente las formas de hacerlo.

Acuerde el plan de alta con el usuario, que incluya planes de emergencias, en caso de que surjan problemas después del alta. Asegúrese de que el usuario tiene disponible una línea telefónica de ayuda de 24 horas, para que pueda tratar cualquier problema que surja después del alta.

Antes del alta o de su traslado, comente los acuerdos con la familia o cuidadores.

Antes de ser dado de alta del hospital, evalúe la situación económica y la vivienda del usuario.

Dé al usuario información clara sobre todas las posibles opciones disponibles de apoyo, después del alta o la derivación a otro dispositivo.

Informe al usuario la fecha de su alta, con al menos 48 horas de antelación.

Abreviaturas

AP1G	Antipsicóticos de primera generación
AP2G	Antipsicóticos de segunda generación
CADIME	Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CUtLASS	Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study
ECA	Ensayo controlado aleatorizado
ECG	Electrocardiograma
ECV	Enfermedades cardiovasculares
EITP	Equipo de intervención temprana de la psicosis
ESMC	Equipo de Salud Mental Comunitario
GDG	Grupo de desarrollo de la guía
GIC	Gestión intensiva de casos
GPC	Guía de práctica clínica
ITP	Intervención temprana de la psicosis
NCCMH	National Collaborating Centre for Mental Health
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
SEP	Síntomas extrapiramidales
TAC	Tratamiento asertivo comunitario
TCC	Terapia cognitivo conductual
TCCp	Terapia cognitivo conductual para la psicosis
TEPT	Trastorno de estrés postraumático
QTc	Intervalo QT corregido para la frecuencia cardíaca

JUNTA DE ANDALUCIA

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS