

Revista de

PSICOPATOLOGÍA Y SALUD MENTAL

del niño y del adolescente

Abril 2005

5

**Cambios en las relaciones interpersonales en un grupo terapéutico de adolescentes:
un estudio piloto sobre la aplicación de la metodología CCRT**

*V. Cabré, J. A. Castillo, M. Salameo, A. España, M. Gómez, M. Iserte, A. Aviñó
(Artículo ganador del I Premio de Investigación en Salud Mental Infantil y Juvenil)*

**La prescripción farmacológica en un marco psicoterapéutico.
Guía actualizada (I Parte)**

Roland Dufour

Aspectos psicosociales en la pediatría de atención primaria

Jaume Sabrià Pau

**Guía de práctica clínica para la atención al paciente con esquizofrenia: consideraciones
sobre su aplicación en población infantil y adolescente**

*Ll. Lalucat, M. San Emeterio, M. Aymerich, G. Faus, I. Guillamón, J.M. Illa, C. Martínez,
E. Sánchez, I. Sánchez y M. Teixidó*

El bebé, el niño y la violencia de acceso al lenguaje

Bernard Golse

Pensamiento psicoterapéutico y contención emocional del niño hospitalizado

Lluís Farré y Anna Mir Bou

El grupo multifamiliar en un hospital de día para adolescentes

Javier Sempere Pérez

Como aprovechar los recursos de los pacientes en los grupos terapéuticos

Imanol Portilla Ezkerra

La búsqueda activa del vínculo

Aurora Jubany

Abordaje de un trastorno precoz de la alimentación.

La transposición modal de las percepciones

Roser Noguera Corrons

Guía de práctica clínica para la atención al paciente con esquizofrenia: consideraciones sobre su aplicación en población infantil y adolescente

LLUÍS LALUCAT^{1,4}, MAITE SAN EMETERIO^{1,4}, MARTA AYMERICH^{2,5}, GUSTAVO FAUS^{1,4}, IMMA GUILLAMÓN^{3,5}, JOSEP M. ILLA^{1,4}, CARLES MARTÍNEZ^{1,4}, EMILIA SÁNCHEZ^{2,5}, IGNASI SÁNCHEZ^{1,4}, MERCÈ TEIXIDÓ^{1,4}

RESUMEN

Se presenta una versión resumida y adaptada para la población infantil y adolescente de la Guía de práctica clínica para la atención al paciente con esquizofrenia. Se expone el proceso de elaboración de la guía, las líneas generales de manejo de la esquizofrenia y los diferentes tipos y ámbitos de intervención según los momentos de la enfermedad. Se realizan diversas consideraciones sobre la aplicación de las recomendaciones para población infantil y adolescente. PALABRAS CLAVE: Esquizofrenia, guía de práctica clínica, infancia y adolescencia.

ABSTRACT

CLINICAL PRACTICE GUIDE FOR THE CARE OF THE PATIENT WITH SCHIZOPHRENIA: CONSIDERATIONS ON ITS APPLICATION TO CHILD AND ADOLESCENT POPULATION. An abridged version of the Clinical practice guide for the care of the patient with schizophrenia adapted to a child and adolescent population is presented. Its elaboration process, the general management lines of schizophrenia and the different types and contexts of intervention depending on the moment of the illness are discussed. Several considerations regarding the application of the recommendations with children and adolescents are discussed. KEY WORDS: schizophrenia, clinical practice guide, childhood and adolescence.

RESUM

Es presenta una versió resumida i adaptada per a la població infantil i adolescent de la Guia de pràctica clínica per a l'atenció al pacient amb esquizofrènia. S'exposa el procés d'elaboració de la guia, les línies generals de maneig de l'esquizofrènia i els diferents tipus i àmbits d'intervenció segons moments de la malaltia. Es realitzen diverses consideracions sobre l'aplicació de les recomanacions per a població infantil i adolescent. PARAULES CLAU: Esquizofrènia, guia de pràctica clínica, infància i adolescència.

La finalidad de este artículo es presentar una versión resumida y adaptada de la Guía de Práctica Clínica (GPC)¹ para su aplicación en niños y adolescentes. Así mismo, trata de realizar algunas consideraciones sobre su aplicación en estas poblaciones, pues hemos comprobado que la mayor parte de la investigación, incluida en esta revisión sistemática de la terapéutica de la esquizofrenia, se basa en ensayos realizados en población adulta, mientras que las recomendaciones sobre el tratamiento de niños y adolescentes proceden, con frecuencia, de estudios de casos y de la experiencia clínica.

La base sobre la que se asienta la práctica clínica es fundamentalmente el juicio clínico, es decir, el conjunto de conocimientos y experiencias adquiridos por cada profesional clínico a lo largo de su trayectoria profesional y que se expresa en cada una de sus actuaciones y en la toma de decisiones frente a un paciente individual y concreto. Sin embargo, el desarrollo cuantitativo y cualitativo de la investigación científica, en el ámbito médico general y en el psiquiátrico en particular, hacen difícil a cada profesional mantenerse al día en unos conocimientos que crecen y se

1. Psiquiatra; 2. Médico; 3. Psicóloga; 4. Fórum de Salut Mental; 5. Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas de Cataluña. Correspondencia: Lluís Lalucat, Fórum Salut Mental, c/ Tuset 1, 4º 3ª 08006 Barcelona, forum@uch.es.

diversifican de forma exponencial.

Por esta razón, resulta necesario facilitar a todos los profesionales asistenciales que atienden a pacientes con esquizofrenia, una información actualizada y fiable sobre los avances ofrecidos por la investigación y aplicables al campo clínico. Esta información garantizará una mayor utilidad si puede ser formulada en términos de una GPC considerada como: «un conjunto de recomendaciones diseñadas para ayudar a los profesionales sanitarios y a los usuarios a seleccionar la mejor opción en el diagnóstico y el tratamiento de condiciones clínicas específicas en circunstancias concretas» (Field y Lohr, 1992).

La elaboración de una GPC aplicable a la esquizofrenia requiere que sea sometida a precisas condiciones de realización y a una metodología que garantice una revisión sistemática de la evidencia científica existente. Sin embargo, no es fácil hallar estudios de buena calidad metodológica, especialmente en lo que concierne a las psicoterapias, donde se puedan aislar los efectos de cada una de ellas, ya que se suelen estudiar combinaciones y, a menudo, combinaciones diferentes.

Por otra parte, la elaboración de una guía de recomendaciones debe necesariamente considerar las condiciones de práctica clínica real donde deben ser aplicadas; es decir, todos aquellos elementos que condicionan el juicio clínico y la práctica asistencial como son: las características específicas de los profesionales asistenciales en cuanto a formación, experiencia y conocimientos técnicos específicos; las características de la población asistida, en particular la aceptación de las propuestas terapéuticas y el consentimiento informado; y, por último, las condiciones que enmarcan el acto asistencial como la accesibilidad, la disponibilidad de recursos y las condiciones materiales de la asistencia.

Por todas estas razones, pretendemos ofrecer una guía que cumpla tanto con las exigencias técnicas y de rigor metodológico, en lo concerniente a la revisión sistemática y elaboración de las recomendaciones, como algunas consideraciones sobre las condiciones de aplicabilidad propias de nuestro entorno asistencial, particularmente por lo que se refiere a la red de salud mental de utilización pública.

En cuanto a las definiciones de los niveles de evidencia científica utilizadas en esta GPC (Tabla 1) son las de la US Agency for Health Care Policy and Research (ahora, *US Agency for Healthcare Research and Quality*,

Acute Pain Regional Guideline Panel, 1992) y la clasificación de las recomendaciones son las que la *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (1998) propuso a partir de los anteriores niveles (Tabla 2).

Proceso de realización de la guía

El grupo de trabajo acordó que la GPC se centrara en pacientes adultos (mayores de 18 años) diagnosticados de esquizofrenia y, además, incluyera un apartado específico para la atención en la infancia y la adolescencia.

Metodología de revisión y síntesis de la literatura biomédica

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica de GPC y recomendaciones sobre el manejo de la esquizofrenia en las bases de datos: MEDLINE, *National Guidelines Clearinghouse* y otros directorios de GPC como el de la *Scottish Intercollegiate Network* (descriptores utilizados: *schizophrenia*, *clinical practice guideline*). A los documentos obtenidos se les aplicó el cuestionario AGREE de evaluación de GPC que contiene 23 ítems distribuidos en 6 áreas (para una descripción más detallada de este cuestionario puede consultarse la versión de la GPC extensa). De la búsqueda bibliográfica se identificaron 10 GPC o documentos de consenso con recomendaciones sobre el tratamiento de la esquizofrenia (Canadian Psychiatric Association, 1998; Sociedad Española de Psiquiatría, 1998; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2001; American Psychiatric Association, 1997; McEvoy JP, Scheifler PL, Frances A, 1999; Collège des Médecins du Québec, 1999; Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), 1998; Fédération Française de Psychiatrie, 1994; Miller AL, Chiles JA, Chiles JK, Crismon ML, Rush AJ, Shon SP, 1999; Lehman AF, Steinwachs DM, 1998).

De las anteriores, tan solo una de las GPC estaba dedicada al tratamiento de niños y adolescentes. Se trata de la *Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Schizophrenia* editada por la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry en 2001. Estos parámetros fueron publicados originalmente en 1994 y puestos al día periódicamente hasta 1999, siendo aprobado el documento final en la reunión anual de esta Academia del año 2000.

La aplicación del cuestionario AGREE mostró que las GPC de mejor calidad fueron la de la *American Psychiatric Association* (APA) de 1997 (revisada en 2000) y la de la *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* de 1998. Ambas constituyeron el punto de partida de la presente GPC, aunque para la elaboración de los apartados referidos a la población infantil y adolescente se consideraron las aportaciones y recomendaciones contenidas en la GPC de la *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*.

Después de determinar las GPC de mayor calidad y que iban a constituir la base de la presente GPC, se llevó a cabo una búsqueda específica en MEDLINE (1966-2002), *The Cochrane Library* (Issue 4, 2002), y PsychInfo (1967-2001).

Consideraciones generales

Definición

Entre el conjunto de las enfermedades mentales graves que provocan una modificación profunda y duradera de la persona, la esquizofrenia es la alteración mental caracterizada por un proceso de disgregación, que ha sido llamado alternativamente «demencia precoz», «discordancia intrapsíquica» o «disociación autística de la personalidad» (Ey H, 1973).

La esquizofrenia es un trastorno psicótico grave. Sus manifestaciones básicas consisten en una combinación de signos y síntomas característicos. Los síntomas afectan a múltiples procesos psicológicos, como la percepción (alucinaciones), ideación, comprobación de la realidad (delirios), procesos de pensamiento (asociaciones laxas), sentimientos (afecto plano, afecto inapropiado), conducta (catatonía, desorganización), atención, concentración, motivación y juicio. No hay ningún síntoma que sea por sí solo patognomónico de la esquizofrenia. Estas características psicológicas y conductuales se asocian a diversos tipos de deterioro.

Los síntomas característicos de la esquizofrenia se han clasificado a menudo en dos grandes categorías (síntomas positivos y negativos [o déficits]), a las que recientemente se ha añadido una tercera, la de desorganización. No todos los síntomas descritos están presentes en cada uno de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia. Tampoco son específicos, pues se dan también en otras enfermedades. El trastorno se caracteriza por una gran heterogeneidad entre los distintos individuos y una variabilidad en cada uno de ellos a lo

largo del tiempo. También se asocia a un aumento de la incidencia de enfermedades médicas generales y de mortalidad, especialmente por suicidio, que se da hasta en un 10% de los pacientes (APA, 1997).

Historia natural y curso

El proceso evolutivo de las diferentes áreas madurativas en el niño, adolescente o joven, implica una diferenciación progresiva de funciones psiconeuroevolutivas en intensa interrelación con el entorno. La presentación clínica y la psicopatología infantil y juvenil, curso y pronóstico quedan sujetos a la cronopatía y topoplastia según la edad, el momento evolutivo y las variables del entorno, dependiendo abiertamente de la maduración emocional, cognitiva y relacional del individuo.

Los *Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Schizophrenia* (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2001) introducen una diferenciación convencional entre esquizofrenia de inicio temprano (EIT) cuando este se produce antes de los 18 años y esquizofrenia de origen muy temprano (EIMT) cuando tiene lugar antes de los 13 años.

La evolución, curso y pronóstico de las diferentes entidades nosológicas en el área infantil y juvenil es diversa, pudiendo tener las siguientes formas:

- curso progresivo rápido de disociación esquizofrénica (presentación con delirios y alucinaciones, sintomatología de primer rango de Schneider);
- curso insidioso con sintomatología negativa y alteraciones cognitivas;
- curso crónico en forma de un trastorno de la personalidad de tipo esquizoide; y
- evolución hacia un trastorno afectivo.

Personalidad previa y ajuste premórbido

No se ha mostrado un patrón único y diferenciado como marcador y/o predictor evolutivo de psicosis o de esquizofrenia que, generado en la infancia, pueda delimitar un grupo de riesgo en la adolescencia. Sin embargo, se han descrito algunos signos y síntomas (para una relación exhaustiva de síntomas y signos ver la GPC extensa) como componentes predictores estructurales de personalidad previa premórbida para desarrollar una psicosis en el adolescente o joven, y por extensión un proceso esquizofrénico.

En particular sobre la esquizofrenia se han analiza-

do, mediante estudios observacionales, algunos rasgos de personalidad premórbidos que pueden constituir factores de riesgo para la esquizofrenia. Un estudio halló que los niños con alto riesgo de desarrollar una esquizofrenia presentaron alteraciones neuroconductuales con problemas de ajuste, en especial aquellos que recibieron un diagnóstico de trastorno de personalidad del clúster A del DSM-IV: esquizoide, esquizotípico, paranoide (Hans SL, Marcus J, Nuechterlein KH, Asarnow RF, Styr B, Auerbach JG, 1999). Otro estudio coincidió en el diagnóstico de rasgos de personalidad del clúster A como elemento previo a la evolución esquizofrénica (Cuesta MJ, Peralta V, Caro F., 1999). Otros estudios, en cambio, apuntan no sólo al clúster A, sino que añaden rasgos de características pasivo-dependientes y disociales: caracterial, trastorno del control de los impulsos (McCreadie RG, Connolly MA, Williamson DJ, Athawes RW, Tilak-Singh D., 1994) –*nivel de evidencia científica III*–.

A grandes rasgos, pueden distinguirse dos grandes alteraciones previas: las que cursan con mecanismos de inhibición y las que cursan con mecanismos de exaltación; las primeras están más relacionadas con sintomatología negativa y las segundas con la sintomatología positiva, con un mejor pronóstico (Kentros M, Smith TE, Hull J, McKee M, Terkelsen K, Capalbo C, 1997).

La patología de inhibición estaría relacionada con rasgos de personalidad esquizoide (esquizofrenia latente), esquizotípica (esquizofrenia atenuada), personalidades con rasgos pasivos y dependientes, rasgos fóbico-obsesivos y de hiperadaptación sin proceso disociativo. En cambio, la patología de exaltación correspondería a personalidades con rasgos disociales de comportamiento, hiperactividad mórbida maníforme y formas dismaturativas neuropsicobiológicas. Cuanto peor es el ajuste premórbido peor es la evolución en el proceso esquizofrénico predominante –*nivel de evidencia científica III*–.

Fase prodrómica en el adolescente

La fase prodrómica se puede definir como el conjunto de signos y síntomas precoces que preceden a las manifestaciones agudas y características de una enfermedad, en este caso, la esquizofrenia. Los prodromos son una variable no específica de la esquizofrenia, pero sí de un trastorno psicótico y/o personali-

dad psicótica.

La dificultad en el examen mental y psicopatológico en el adolescente tiene que ver, en relación con el adulto, con el momento y etapa madurativa. El inicio de la esquizofrenia en el adolescente puede ser brusco, pero habitualmente es tórpido e insidioso sin solución de continuidad con los rasgos de personalidad premórbidos, y se caracteriza por la poca concreción de la clínica senso-perceptiva (alucinaciones, pseudoalucinaciones) y del pensamiento (delirios). Cursa de forma poco estructurada presentándose frecuentemente intuiciones delirantes, distorsiones perceptivas y errores en la interpretación de la realidad.

La fase prodrómica interactúa dinámicamente con la personalidad premórbida y los mecanismos psicóticos del individuo dando lugar a presentaciones clínicas muy diversas. Cuando más insidiosa es la fase prodrómica, la evolución esquizofrénica es más desfavorable (Huber, G., 1997) –*nivel de evidencia científica IV*–.

La mayor parte de los pacientes alternan los episodios psicóticos agudos con fases estables de remisión total o parcial. Son frecuentes los síntomas residuales entre los episodios. Esta enfermedad, que puede ser de tipo crónico, puede caracterizarse mediante tres fases que se fusionan unas con otras sin que existan unos límites claros y absolutos entre ellas. Estas fases forman la estructura para integrar los enfoques terapéuticos que se describen en esta GPC.

•*Fase aguda (o crisis)*. Durante esta fase, los pacientes presentan síntomas psicóticos graves, como delirios y/o alucinaciones, un pensamiento gravemente desorganizado y, generalmente, no son capaces de cuidar de sí mismos de forma apropiada. Con frecuencia, los síntomas negativos pasan a ser también más intensos.

•*Fase de estabilización (o postcrisis)*. Durante esta fase, se reduce la intensidad de los síntomas psicóticos agudos. La duración de la fase puede ser de 6 meses o más tras el inicio de un episodio agudo (o crisis).

•*Fase estable (o de mantenimiento)*. Los síntomas son relativamente estables y, en el caso de que los haya, casi siempre son menos graves que en la fase aguda. Los pacientes pueden estar asintomáticos; otros pueden presentar síntomas no psicóticos, como tensión, ansiedad, depresión o insomnio. Cuando persisten los síntomas negativos (déficit) y/o positivos, como delirios, alucinaciones o trastornos del pensamiento, a menudo están presentes en formas atenuadas no psicóticas (por ejemplo, circunstancialidad en vez de

relajación, ilusiones en vez de alucinaciones, ideas sobrevaloradas en vez de delirios).

El curso de la enfermedad puede variar según se instaure tratamiento de forma precoz y según la respuesta asistencial que reciba el paciente con esquizofrenia. Además, en relación con el tratamiento, la evolución de los avances científicos (desarrollo de nuevos fármacos, estudios genéticos, diseño de nuevos abordajes psicosociales, nuevos ámbitos de tratamiento, etc.) permite concebir expectativas respecto al futuro del tratamiento de los pacientes con esquizofrenia y sus familias.

Epidemiología

La prevalencia de la esquizofrenia a lo largo de la vida es variable, pero los resultados de la mayor parte de los estudios establecen globalmente un promedio de una tasa ligeramente inferior a 1 caso por cada 100 habitantes (Health Council of the Netherlands, 1999). El trastorno parece tener una distribución uniforme en todo el mundo, aunque pueden existir algunas bolsas de prevalencia elevada o baja (APA, 1997).

En cuanto a la incidencia, el estudio de *Primeros episodios de esquizofrenia en Cantabria* reveló que existía una incidencia de esquizofrenia para la edad de riesgo 15-54 años de 1,9/10.000 habitantes por año, no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre los sexos (Vazquez-Barquero JL, Cuesta Nunez MJ, de I, V, Herrera CS, Gaité L, Arenal A., 1995). La edad media de la primera aparición de la enfermedad es de 26 años, siendo significativamente más alta en las mujeres que en los hombres.

Aún en ausencia de estudios específicos, la esquizofrenia de origen muy temprano parece más bien rara, no superando un 2 por 100.000 personas de población infantil, incrementándose los casos con la esquizofrenia de origen temprano. A partir de la adolescencia se registra un aumento de los casos detectados, alcanzándose una prevalencia del 0,23% de la población general. En ambos casos, se da un predominio en varones, más pronunciado en edades inferiores.

Diagnóstico y evaluación del niño y adolescente

Es necesaria una evaluación diagnóstica exhaustiva que incluya, siempre que sea posible, entrevista con el niño o adolescente y su familia. La exploración debe incluir una evaluación detallada de los síntomas psicóticos requeridos para el diagnóstico (ver la GPC extensa). Los aspectos que deben tenerse en cuenta

(American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2001) son los siguientes:

- Presentación de los síntomas
- Curso de la enfermedad
- Historia psiquiátrica familiar (en especial, de enfermedades psicóticas)
- Examen del estado mental

• Coexistencia de síntomas de patología comórbida, como historia significativa de problemas de desarrollo, trastornos del estado de ánimo o uso de sustancias

En cuanto a la exploración física, deben descartarse posibles causas médicas u orgánicas de los síntomas psicóticos.

Finalmente, en relación con la exploración psicopatológica, ante las dificultades de este tipo de exploración en niños y adolescentes toman especial importancia el contacto afectivo y relacional, el grado de empatía y de expresividad emocional –aplanamiento, expansividad, afecto restringido, indiferencia–, así como la observación y análisis del comportamiento –bizarro, extraño, disruptivo, auto y heteroagresividad, impulsividad, retraimiento y aislamiento– (Yung AR, McGorry PD, McFarlane CA, Jackson HJ, Patton GC, Rakkar A, 1996).

Diagnóstico diferencial psiquiátrico

El diagnóstico de esquizofrenia en niños y adolescentes debe diferenciarse de:

- Trastornos esquizoafectivos
- Trastornos depresivos mayores
- Trastorno de la personalidad límite (*borderline*) y disocial
- Trastornos disociativos (despersonalización, desrealización)
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Trastorno esquizotípico de la personalidad
- Trastorno esquizoide de la personalidad
- Trastorno esquizofreniforme

Es necesario diferenciar la esquizofrenia infantil de otros trastornos psicóticos infantiles y de los trastornos precoces del desarrollo, que aparecen entre los 2 a los 5 años de edad; la esquizofrenia adolescente, en cambio, suele aparecer alrededor de los 15 años con una clínica donde es difícil captar fenómenos alucinatorios y delirantes, con un curso insidioso y subsindrómico.

En la esquizofrenia infantil y adolescente los elementos fenomenológicos son diferentes a los de los

adultos, muy relacionados con la evolución cognitiva, emocional y conductual del niño. Por otro lado, las llamadas disarmonías evolutivas evolucionan a un cuadro de psicosis deficitaria en base a un retraso madurativo (en estos casos, se trata de una psicosis pero no de una esquizofrenia). En los estados psicóticos no filia-dos, es necesario seguir su evolución para discernir entre cuadros psicóticos y el diagnóstico de esquizofrenia (Altman H, Collins M y Mundy P, 1997). Es en estos aspectos diagnósticos donde radica la diferencia entre la psicopatología del desarrollo y la psicopatología del adulto, habitualmente más clara desde del punto de vista fenomenológico. En consecuencia, es aconsejable cierta prudencia en las intervenciones terapéuticas en niños, adolescentes y jóvenes.

Estado clínico y evaluación continuada

Es importante valorar, como mínimo, estas cuatro circunstancias: peligro de agresión para sí mismo o para otros; acceso a medios con finalidad suicida u homicida; presencia de alucinaciones que dan órdenes; y habilidades para el cuidado de uno mismo. Asimismo deberá considerarse la comorbilidad por uso de sustancias, otras enfermedades y antecedentes médicos, antecedentes psiquiátricos, historia psicosocial y antecedentes familiares. También se aconseja la realización de revisiones generales periódicas (APA, 1997).

Manejo psiquiátrico: el tratamiento de la esquizofrenia en niños y adolescentes

El tratamiento de la esquizofrenia en niños y adolescentes debe atender tanto a los aspectos psicopatológicos y sintomáticos específicos del trastorno, como a aquellos otros de carácter más general vinculados al momento evolutivo y al conjunto de necesidades, tanto psicológicas como educativas y sociales, del niño y su entorno.

Los niños y adolescentes con esquizofrenia requieren de intervenciones interdisciplinarias que contemplen tanto la vertiente sintomática actual y sus posibles comorbilidades, como el conjunto del proceso evolutivo seguido hasta el momento y todos sus condicionantes vinculados al trastorno. El enfoque deberá ser, en consecuencia, integral, interdisciplinar y continuado con la finalidad de alcanzar el objetivo de reducción sintomática y estabilización en el entorno natural, familiar y social del paciente.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que las recomendaciones están, por lo general, basadas en los estudios científicos llevados a cabo en adultos ya que, igual que ocurre en otros campos, no existe suficiente evidencia científica sobre el tratamiento en niños y adolescentes (Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2001). Por esta razón, debemos asumir que la investigación en adultos constituye el referente para la terapéutica en edades más tempranas y que, por tanto, los estudios de menor rango y la experiencia clínica deberán coadyuvar para realizar los necesarios ajustes en la toma de decisiones de intervención. Se recomienda, así pues, la realización de ensayos clínicos aleatorizados sobre la eficacia y la seguridad de los tratamientos (farmacológicos y psicosociales) en población infantil y adolescente con esquizofrenia.

Las diferentes estrategias de tratamiento, tanto farmacológicas como psicosociales, variarán en función de la fase de la enfermedad. En este sentido se proponen las mismas estrategias que en adultos, teniendo en cuenta la limitación expuesta más arriba en cuanto a la insuficiente evidencia científica al respecto. Hay, sin embargo, unas condiciones a tener presente por lo que respecta al tratamiento psicofarmacológico en niños y adolescentes (Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2001):

- Obtención del consentimiento informado del padre o adolescente (en función de la edad)
- Documentación de los síntomas clave
- Documentación de los análisis de laboratorio, de inicio y de seguimiento de los fármacos que lo requieran
- Documentación de los efectos secundarios sospechados
- Probar el tratamiento adecuadamente, lo que generalmente requiere el uso de la dosis suficiente durante 4-6 semanas
- Monitorización a largo plazo para reajustar las dosis, dependiendo de la fase de la enfermedad. Se pueden requerir dosis altas durante la fase aguda (crisis), con dosis menores durante las fases de estabilización (o postcrisis) y estable (o de mantenimiento). La decisión de disminuir las dosis (que reduce el riesgo de efectos secundarios) debe sopesarse con el potencial aumento de riesgo de una recaída.

Las estrategias de tratamiento farmacológicas y psicosociales pueden llevarse a cabo en distintos ámbitos de intervención según las fases y características de la

enfermedad: ambulatoriamente en centros de salud mental, en régimen de hospitalización o bien en hospitalización parcial (hospital de día infanto-juvenil).

Aspectos generales

Para la elaboración de un plan de tratamiento para un paciente con esquizofrenia se han de tener en cuenta cuestiones transversales: por ejemplo, estado clínico actual y cuestiones longitudinales como frecuencia, gravedad, tratamientos y consecuencias de los episodios anteriores. Siempre que sea posible en el plan de tratamiento se ha de intentar involucrar al paciente y a la familia en una colaboración activa, mediante un planteamiento integrado de las intervenciones farmacológicas e intervenciones psicosociales apropiadas.

Los objetivos generales son la reducción de la frecuencia, gravedad y consecuencias psicosociales de los episodios y la optimización de la función psicosocial entre los episodios. Los objetivos específicos dependerán de la fase de la enfermedad y de otras características del paciente.

Componentes del manejo psiquiátrico

El tratamiento de un paciente con esquizofrenia se ve facilitado por un conocimiento global del paciente que incluya: sus necesidades y objetivos; sus conflictos intrapsíquicos y defensas; sus estilos de afrontamiento; sus capacidades personales; y los factores biológicos, interpersonales, sociales y culturales que afectan a la adaptación del paciente.

Los profesionales que participan en la atención al paciente han de trabajar para desarrollar un plan de tratamiento en el que frecuentemente intervienen varios profesionales y servicios por lo que es necesario un plan de coordinación.

Recomendación de grado C: Para el manejo psiquiátrico del paciente con esquizofrenia, se recomienda establecer y mantener una alianza terapéutica, vigilar el estado psiquiátrico del paciente, proveer a éste y a su familia de educación respecto a la enfermedad y su tratamiento, facilitar el cumplimiento del plan de tratamiento, incrementar la comprensión y la adaptación a los efectos psicosociales de la enfermedad, identificar los factores que precipitan o exacerban crisis y promover intervenciones precoces para prevenir recaídas, proveer a la familia de psicoeducación y apoyo, así como ayuda para acceder a los servicios necesarios (APA, 1997).

Desarrollo del plan de tratamiento

En primer lugar, además de comprometer al paciente en el plan de tratamiento debería también implicarse a la familia y a otras personas significativas. En segundo lugar, deberá tenerse en cuenta tanto el tipo de tratamiento o intervención como el ámbito donde éste se va a desarrollar. Las diferentes alternativas de tratamiento incluyen los abordajes farmacológico (antipsicóticos y otras medicaciones coadyuvantes), electroconvulsivo y de intervenciones psicosociales (individual, grupal, familiar y de rehabilitación psicosocial).

Los pacientes han de ser atendidos en el contexto menos restrictivo posible en el que sea probable una situación segura y se pueda aplicar un tratamiento eficaz. En este sentido, los pacientes con esquizofrenia pueden ser atendidos en diversos ámbitos. La elección del ámbito de tratamiento debe basarse en la situación clínica del paciente, las preferencias del mismo y de su familia, las exigencias del plan de tratamiento y las características de los ámbitos de tratamiento disponibles.

Tipos y ámbitos de intervención

Intervención farmacológica

Se ha establecido que los tratamientos farmacológicos son un elemento indispensable en el tratamiento de los pacientes adultos con esquizofrenia. Las medicaciones se utilizan para el tratamiento de los episodios agudos, para la prevención de futuros episodios y para la mejoría de los síntomas entre episodios. Los fármacos antipsicóticos son el principal tratamiento farmacológico de los pacientes con esquizofrenia.

Los estudios disponibles hasta ahora sugieren similares patrones de respuesta en niños y adolescente que en adultos, pero no se ha establecido sus posibles efectos adversos específicos particularmente cuando su utilización se lleve a cabo durante periodos prolongados. Por esta razón, siempre que se indiquen medicaciones antipsicóticas deberá realizarse un seguimiento detenido tanto de los efectos terapéuticos como de los efectos secundarios.

En población infantil y adolescente, los antipsicóticos deberán utilizarse a dosis adecuadas, es decir, con la dosificación menor efectiva y dependiendo de la edad y peso del paciente. Para ello, se aconseja iniciar el tratamiento con dosis bajas que se aumentarán de forma lenta y progresiva hasta conseguir la remisión

sintomática y la estabilización clínica. En fase estable se recurrirá, así mismo, a la dosis terapéutica menor y se realizarán disminuciones progresivas cuando se decida la supresión del tratamiento.

Otras medicaciones, como los estabilizantes del estado de ánimo y otras medicaciones coadyuvantes que también resultan útiles en determinados subgrupos de pacientes adultos (APA, 1997) no se han investigado en población infantil y adolescente.

Medicaciones antipsicóticas

A. Antipsicóticos convencionales

Se clasifican en tres grupos según su potencia antipsicótica:

- alta potencia (como haloperidol, flufenazina);
 - potencia intermedia (como loxapina, perfenazina);
 - baja potencia (como clorpromazina, tioridacina).
- Son eficaces para reducir la mayor parte de los síntomas de la esquizofrenia, tanto los positivos (alucinaciones, delirios, conductas extrañas) como los negativos (apatía, embotamiento afectivo, alogia, abulia), siendo más eficaces en los positivos.

Poseen un margen terapéutico de seguridad muy elevado por lo que las sobredosis rara vez son mortales si no se complican con problemas médicos preexistentes o por el consumo simultáneo de alcohol u otras medicaciones. En caso de sobredosis, la depresión respiratoria y la hipotensión son las que presentan mayor riesgo. Las dosis recomendadas se han establecido en población adulta (Tabla 3).

Los efectos secundarios más frecuentes incluyen: sedación, efectos anticolinérgicos y antiadrenérgicos, efectos neurológicos (parkinsonismo, inducido por medicación), distonía, acatisia y síndrome neuroléptico maligno. También puede darse discinesia tardía, así como crisis convulsivas, efectos endocrinos (galactorrea y oligomenorrea), aumento de peso, efectos sobre la función sexual, efectos alérgicos y cutáneos, hepáticos, oftalmológicos, hematológicos y cardiovasculares.

B. Antipsicóticos atípicos

Hasta el momento existen en el mercado los siguientes antipsicóticos atípicos: Clozapina, risperidona, olanzapina, sertindol², quetiapina, ziprasidona, amisulpride y aripiprazol. Según una revisión sistemática reciente y muy exhaustiva de la literatura, la evidencia científica sobre la eficacia de los antipsicóticos atípicos comparándolos con los convencionales es

de calidad limitada (con muchas pérdidas de seguimiento), basada en estudios con período de seguimiento corto y difíciles de generalizar a toda la población con esquizofrenia. Se necesitan más estudios con períodos de seguimiento largo, tamaños muestrales mayores y criterios de inclusión menos restrictivos. Las conclusiones de esta revisión se enumeran a continuación (Bagnall AM, Jones L, Ginnelly L, Lewis R, Glanville J, Gilbody S, Davies L, Torgerson D, Eijnen J., 2003):

- Risperidona, quetiapina, sertindol, amisulpride, olanzapina y clozapina son tan o más eficaces que los antipsicóticos convencionales para aliviar los síntomas globales de la esquizofrenia.

- Clozapina y risperidona son tan o más eficaces que los antipsicóticos convencionales para prevenir recaídas.

- Sólo en pocos estudios se incluyeron pacientes con síntomas predominantemente negativos. La clozapina fue más eficaz que los antipsicóticos convencionales en la mejora de los síntomas negativos en pacientes resistentes al tratamiento. Del mismo modo, la clozapina es más eficaz que los antipsicóticos convencionales para aquellos pacientes que no han respondido previamente al tratamiento.

- Todos los antipsicóticos atípicos parecen causar menos efectos secundarios extrapiramidales que los convencionales.

- La sedación puede ocurrir más frecuentemente en los pacientes tratados con clozapina que con los antipsicóticos convencionales. Olanzapina, amisulpride, sertindol y, quizá, risperidona, pueden causar menos somnolencia. No hay suficiente evidencia científica que sugiera que los otros antipsicóticos atípicos sean más o menos sedantes que los convencionales.

- Los efectos secundarios anticolinérgicos y antiadrenérgicos pueden darse más frecuentemente en los pacientes tratados con clozapina y sertindol, y menos frecuentemente en los tratados con quetiapina u olanzapina, que en los tratados con antipsicóticos convencionales.

- Se han descrito efectos secundarios cardíacos graves y potencialmente fatales al menos en dos antipsicóticos atípicos (sertindol y clozapina) y en dos convencionales (pimozida y tioridazina). Se desconocen a largo plazo los efectos secundarios cardíacos, así como hepáticos, de la mayoría de antipsicóticos atípicos.

- Parece que los antipsicóticos atípicos pueden causar más aumento de peso que los convencionales.

• Los pacientes con esquizofrenia pueden hallar los antipsicóticos atípicos más aceptables que los convencionales ya que, en general, menos pacientes tratados con atípicos (con excepción de ziprasidona) abandonaron precozmente los estudios.

• Aparte de la clozapina para los pacientes resistentes al tratamiento, ningún antipsicótico atípico destaca por ser más eficaz que cualquier otro. Estos fármacos tienen perfiles de efectos secundarios ligeramente diferentes entre sí, cuya importancia puede variar en función del paciente y sus familias o cuidadores.

• Si la enfermedad es crónica, hay poca diferencia en el tratamiento con un antipsicótico convencional o uno atípico, a excepción de los casos en los que efectos secundarios tales como parkinsonismo obligaron a abandonar el estudio.

• Las dosis recomendadas se han establecido en población adulta (Tabla 4).

Recomendación de grado C: Se recomienda que los fármacos antipsicóticos, convencionales o atípicos, no sean prescritos simultáneamente, excepto por cortos periodos para cubrir un cambio de fármaco (National Institute for Clinical Excellence, 2002).

Las recomendaciones establecidas para el manejo general de las intervenciones farmacológicas en población adulta se muestran en el algoritmo de la Figura 1.

Terapia electroconvulsiva

La terapia electroconvulsiva (TEC) es siempre un tratamiento de segunda elección en la esquizofrenia (APA, 1997) indicado tras el fracaso de los antipsicóticos, siendo las indicaciones más frecuentes: esquizofrenia catatónica, casos graves que cursan con intensa agitación y/o desorientación, contraindicación de antipsicóticos (por la posibilidad de causar síndrome neuroléptico maligno), depresión secundaria y trastornos esquizoafectivos resistentes (Rojo J E y Vallejo J, 1994).

Sin embargo, las revisiones disponibles indican que esta intervención es altamente infrecuente en niños y adolescente y que no resulta un tratamiento a considerar como indicación por la gran mayoría de los psiquiatras infantiles. Se ha sugerido que la decisión de esta intervención debería fundamentarse en la opinión favorable de dos psiquiatras no relacionados con el caso sometido a indicación (Remschmidt H, 2001).

La evaluación previa a la TEC debe incluir la historia clínica psiquiátrica y un examen psiquiátrico para

verificar la iniciación del tratamiento, examen médico general para identificar posibles factores de riesgo (historia clínica y exploración física, valoración de constantes vitales, hemograma, determinación de electrolitos séricos y electroencefalograma), evaluación anestésica para evaluar el carácter y el grado del riesgo anestésico, obtención del consentimiento informado y una evaluación que resuma las indicaciones del tratamiento y los riesgos y que sugiera si están indicadas otras técnicas de evaluación adicionales, modificaciones del tratamiento o cambios en la técnica de la TEC (APA, 1997).

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

Intervenciones psicosociales

En población infantil y adolescente, el conjunto de las intervenciones terapéuticas debe orientarse tanto a los componentes sintomáticos del trastorno como a la globalidad de las necesidades del individuo y su entorno con la finalidad de alcanzar la mayor recuperación funcional.

Como ya se ha señalado, no se dispone de estudios controlados y aleatorizados sobre intervenciones psicosociales con niños y adolescentes, y en consecuencia debería investigarse si las intervenciones válidas para población adulta son igualmente aplicables en edades inferiores. A continuación se exponen las intervenciones psicosociales identificadas para adultos y sus grados de recomendación (Tabla 5).

Recomendación de grado C: La elección de un determinado abordaje estará determinado tanto por el paciente, su situación clínica, necesidades, capacidades y preferencias, como por los recursos existentes en un momento dado (Sociedad Española de Psiquiatría, 2000) –*nivel de evidencia científica IV-*.

Recomendación de grado C: Se recomienda que las intervenciones psicosociales sean llevadas a cabo por profesionales que tengan una formación específica, una experiencia suficiente (apoyada por una supervisión y acompañamiento técnicos), una disponibilidad, constancia, calificación y un vínculo a largo plazo (Fédération Française de Psychiatrie, 1994) –*nivel de evidencia científica IV-*.

•*Psicoterapia Individual*

La psicoterapia individual (PI) engloba toda una gama de intervenciones que pueden ser útiles para el tratamiento de la esquizofrenia. Los objetivos son muy diversos en función de cada paciente, el trastorno que presente y la situación vital (Tabla 6). Las formas más comúnmente descritas son las de apoyo, dinámicas y cognitivo-conductual. En la práctica, los psicoterapeutas utilizan una combinación o síntesis de diversos enfoques y estrategias. Esta combinación se determina y ajusta de manera individual para cada paciente en función de su estado clínico concreto, sus capacidades de afrontamiento y sus preferencias. Independientemente de la gravedad de la psicopatología, una positiva alianza terapéutica basada en una alta sintonía con las necesidades de los pacientes se asocia con un mejor cumplimiento de la medicación y unos mejores resultados. Lo esencial es un vínculo de confianza que evite las intervenciones intrusivas, abogando por un rol de apoyo y un rol de agente activo en el manejo de la enfermedad.

Los focos más apropiados en la PI serían: ayuda al paciente en el manejo de la enfermedad, atención a los problemas cotidianos, aproximación ecléctica que incluya educación, intervención en crisis, fortalecimiento y apoyo para las angustias existenciales, consejos prácticos e *insight*. Se considera como bueno el modelo de vulnerabilidad al estrés para guiar los esfuerzos psicoterapéuticos (Fernández-Liria A, Hernández-Monsalve M, Rodríguez-Vega B, coordinadores, 1997; Fenton WS, 2000).

•*Psicoterapia Grupal*

La psicoterapia grupal o terapias de grupo incluyen un amplio abanico de modalidades terapéuticas como son los grupos psicoeducativos, los grupos de autoayuda y la psicoterapia de grupo, y en algunos casos se utiliza una combinación de éstas. Los objetivos se describen en la Tabla 7.

Un documento de consenso español describe muchos modelos de intervención que pueden desarrollarse en «formato grupal»; se pueden incluir abordajes psicoanalíticos, interpersonales y educativos, así como terapia de entrenamiento en habilidades sociales, terapias cognitivas, intervenciones familiares y grupos de autoayuda. En la medida en que se incorporan abordajes cognitivos en el entrenamiento en habilidades sociales, se usa la expresión entrenamiento en habilidades psicosociales.

Los tratamientos grupales se pueden incluir a lo largo del proceso de atención al paciente, requiriendo diferentes modalidades de intervención según la fase de la enfermedad y el grado de discapacidad y de estabilidad clínica (Kanas N, 1986).

Recomendación de grado C. Las terapias de grupo tienen un papel importante en los programas asistenciales de esquizofrenia. Para que los pacientes puedan participar de una forma adecuada para sí mismos y para el grupo, se recomienda que tengan una estabilidad clínica suficiente, excluyéndose a pacientes muy afectados por alucinaciones o delirios, la desorganización del pensamiento y el mal control de impulsos.

•*Intervención familiar*

En el programa de tratamiento de la esquizofrenia se deberá considerar la atención a las familias tanto por el hecho de que son los que cuidan a los pacientes, como por el importante papel que su colaboración puede desempeñar en el control de los síntomas y en la rehabilitación. Los objetivos generales de cualquier intervención familiar (IF) se describen en la Tabla 8.

Los abordajes familiares actuales tienen en común la desconexión con cualquier planteamiento etiológico, están integrados en el tratamiento global y se basan en investigaciones que resaltan el papel de las características del ambiente inmediato sobre el curso de la enfermedad, principalmente los acontecimientos vitales (estrés agudo) y la alta expresión de emociones (estrés crónico). La mayor parte de estos abordajes están basados en el concepto de emoción expresada (EE) que hace referencia a una serie de actitudes de la familia hacia el paciente (hostilidad, criticismo y sobreprotección). La EE es un potente predictor de recaída y mala evolución en la esquizofrenia y también en otras enfermedades.

Las principales recomendaciones para una IF en la esquizofrenia (Pharoah FM, Mari JJ, Streiner D. 2002; Pitschel-Walz G, Leucht S, Bauml J, Kissling W, Engel RR., 2001) son:

Recomendaciones de grado A:

•Utilizar programas de IF de tipo psicoeducativo basados en el abordaje de la emoción expresada para evitar recaídas y mejorar el pronóstico de la enfermedad y para la reducción de la carga familiar, mejora del funcionamiento social del paciente y reducción del coste económico.

•Aplicar la IF en pacientes moderada o gravemente discapacitados y sobre todo en aquellos de larga evo-

lución. En pacientes con inicio reciente habrá que valorar cada situación de forma individualizada.

- Introducir los programas a grupos de familiares de pacientes homogéneos en cuanto al diagnóstico incluyendo de una u otra forma al propio paciente y en combinación con el resto de intervenciones incluidas en el plan general de tratamiento.

- Los programas deberán incluir siempre información a las familias sobre la enfermedad junto con diferentes estrategias como técnicas de afrontamiento del estrés o entrenamiento en resolución de problemas.

- Utilizar la modalidad de IF centrada en las necesidades de los cuidadores de los pacientes con esquizofrenia.

La IF deberá ser prolongada en el tiempo (más de seis meses), ya que se ha demostrado que intervenciones más cortas no resultan eficaces.

• *Rehabilitación Psicosocial*

La rehabilitación psicosocial de la esquizofrenia (Bustillo JR, Lauriello J, Horan WP, Keith SJ, 2001; Huxley N A, Rendall M, Sederer L, 2000; Bellack AS, Mueser KT, 1993) incluye un conjunto de intervenciones que tienen como propósito la prevención del deterioro de la función social, laboral, educativa y familiar, así como el fomento del máximo desarrollo de las capacidades sociales. Como objetivos de la rehabilitación la Asociación Española de Neuropsiquiatría (Gisbert, 2002) menciona los siguientes:

- Favorecer y posibilitar la adquisición o recuperación del conjunto de destrezas, habilidades y competencias necesarias para el funcionamiento en la comunidad en las mejores condiciones de normalización y calidad de vida posible.

- Potenciar la integración social dentro de la comunidad, apoyando y fomentando un funcionamiento lo más autónomo, integrado e independiente que sea posible, así como el desempeño de roles sociales valiosos y normalizados.

- Ofrecer el seguimiento, apoyo y ayuda social que cada persona necesite para asegurar su mantenimiento en la comunidad del modo más autónomo y normalizado posible.

- Prevenir o disminuir el riesgo de deterioro psicosocial, marginalidad y/o institucionalización.

- Asesorar y apoyar a las familias para favorecer su competencia en el manejo de los problemas e incidir positivamente en el proceso de rehabilitación y ajuste social de sus familiares con problemas psiquiátricos.

Las intervenciones de rehabilitación psicosocial son aplicables en la fase de estabilización (o post crisis) y en la fase estable (o de mantenimiento). Se han clasificado en seis modalidades: habilidades sociales, rehabilitación cognitiva (Crowther R, Marshall M, Bond G, Huxley P, 2001), rehabilitación laboral (Bustillo JR, Lauriello J, Horan WP, Keith SJ, 2001; Bellack AS, Mueser KT, 1993; Sociedad Española de Psiquiatría, 2000; Chilvers R, McDonald GM, Hayes AA, 2002) alternativas residenciales en la comunidad (Chilvers R, McDonald GM, Hayes AA, 2002), clubes sociales y fundaciones tutelares.

Modalidades de atención y seguimiento intensivo en la comunidad

En la atención y seguimiento en la comunidad se ha tenido en cuenta tres intervenciones distintas: la asistencia en un centro de salud mental comunitario, el modelo de tratamiento comunitario asertivo y la gestión intensiva de casos (Gisbert, 2002, Lehman AF, Steinwachs DM. 1998; Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG. 1998; Tyrer P, Coid J, Simmonds S, Joseph P, Marriot S. 2002; Marshall M, Lockwood A. 2002; Marshall M, Gray A, Lockwood A, Green R. 2002).

Los centros de salud mental comunitarios (CSMC) atienden un sector geodemográfico determinado, poseen un equipo multidisciplinar que ofrece asistencia ambulatoria que incluye tratamiento farmacológico, terapia individual, grupal, y familiar, intervenciones psicoeducativas y tratamiento individualizado de intensidad variable.

El tratamiento comunitario asertivo (TCA) incluye un equipo multidisciplinar formado, al menos, por un psiquiatra, un diplomado en enfermería y dos o más gestores de casos, que ofrece un tratamiento integral mediante un conjunto de intervenciones especializadas orientadas a las necesidades del paciente. Mantiene una relación paciente/profesional de 10/1, una accesibilidad permanente y pone el énfasis en la provisión directa de servicios en el entorno natural y con un carácter activo.

La gestión intensiva de casos (GIC) se realiza individualmente por profesionales gestores de casos en conexión con otros dispositivos de salud mental, mantiene una baja relación paciente/profesional y provee de servicios en su entorno natural incluyendo asistencia práctica para la vida diaria.

Los objetivos coincidentes de las diferentes intervenciones son: conseguir o mantener la estabilidad clínica del paciente, mejorar su capacidad funcional y social y alcanzar el cumplimiento terapéutico.

A continuación se describen algunas de las recomendaciones para cada una de las intervenciones y según las características de los pacientes susceptibles de ser incluidos, medidas en estabilidad, discapacidad y cumplimiento terapéutico.

Recomendación de grado A:

- El TCA disminuye los tiempos de hospitalización mejora las condiciones de vida en pacientes que en la fase estable padecen una severa restricción y funcionamiento marginal y/o pobre cumplimiento terapéutico.

- Se recomienda el TCA en pacientes con alto riesgo de hospitalizaciones repetidas o que presentan dificultades de vinculación al tratamiento ambulatorio.

- La asistencia ambulatoria en CSMC en pacientes con trastornos mentales graves disminuyen las muertes por suicidio, la insatisfacción con los servicios y los abandonos.

- La GIC incrementa la vinculación a los servicios y el cumplimiento terapéutico en los casos indicados para la atención comunitaria de trastornos mentales graves.

- Se recomienda GIC y TCA para pacientes de alto riesgo.

Recomendación de grado B: Se recomienda la GIC y el TCA en pacientes con esquizofrenia que frecuentan habitualmente los servicios.

Como ya se ha indicado anteriormente el tratamiento deberá ajustarse a los diferentes momentos de la enfermedad. Las recomendaciones sobre intervenciones psicosociales según fases de la esquizofrenia establecidas para población adulta se muestran en la Figura 2.

Red asistencial para la atención a la esquizofrenia. dispositivos, programas y servicios

Como se señalaba en la introducción, el objetivo de esta GPC es elaborar unas recomendaciones sobre las actuaciones diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación para aquellas personas que padecen un trastorno esquizofrénico y que resulten aplicables desde los dispositivos de salud mental. Por esta razón se deben examinar las condiciones de aplicabilidad en función del sistema sanitario general y, más en particular, de

las características y desarrollo alcanzado por las redes de salud mental de utilización pública orientadas a la población infantil y adolescente.

Nuestro entorno sanitario ofrece condiciones favorables para la atención a personas con trastorno esquizofrénico. En primer lugar, por tratarse de un sistema nacional de salud que garantiza la universalidad de acceso a las prestaciones sanitarias. En segundo lugar, por ofrecer un sistema sectorizado y escalonado de atención sanitaria. Y, en tercer lugar, por ofrecer redes asistenciales especializadas en la atención a la salud mental. Sin embargo, el diferente nivel de evolución general del sistema sanitario y de la reforma psiquiátrica en particular, los distintos grados de integración de la asistencia psiquiátrica y el desigual desarrollo de los recursos sociales, condicionan en gran medida el acceso, la utilización y la coordinación de todos estos recursos.

La red sanitaria general ofrece desde su primer escalón con la atención primaria de salud el punto inicial para la detección precoz y la derivación a los servicios especializados, pero también el ámbito idóneo para una continuidad de atención del estado general del paciente y de acompañamiento a las familias. Sería recomendable consensuar entre ambos niveles sanitarios, primario y especializado, unos criterios de derivación desde el primero al segundo.

Las redes de salud mental de utilización pública que se han desplegado acostumbra a inspirarse en las ideas y principios de la psiquiatría comunitaria y presentan un conjunto de dispositivos para el abordaje de los diferentes momentos y circunstancias por las que atraviesan las personas con trastorno esquizofrénico. En general, dichos dispositivos se diferencian por su carácter ambulatorio u hospitalario por ofrecer una asistencia total o parcial y por la extensión diaria y horaria de sus prestaciones. Pero también por la accesibilidad, intensidad y continuidad de la atención que ofrecen.

Estas redes acostumbra a incluir dispositivos de tratamiento ambulatorio en la forma de centros de salud mental, hospitalización total para pacientes agudos y subagudos, hospitalización en régimen de comunidad terapéutica, hospitalización de media y larga estancia o de rehabilitación hospitalaria, residencias psiquiátricas y pisos asistidos, unidades de hospitalización parcial como hospitales de día, servicios de urgencias y de rehabilitación psicosocial. Estos dispositivos, a su vez,

presentan diferencias cuando acogen a poblaciones de edad infantil y juvenil, adulta o geriátrica.

Para formular unas condiciones idóneas para las prestaciones de salud mental se debe tener en cuenta la interrelación entre los diferentes momentos de la evolución o presentación del trastorno, los objetivos terapéuticos de cada fase, los distintos dispositivos existentes y los servicios que éstos deben facilitar.

Finalmente, cabe destacar la importancia de que el conjunto de las actuaciones y programas contemplen todas aquellas normas deontológicas y legales que afectan a la práctica asistencial y que deben presidir la relación entre los equipos asistenciales y las personas con trastorno esquizofrénico y sus familias. Esto es especialmente importante cuando se trata de incorporar a las personas con trastorno esquizofrénico y a sus familiares como participantes activos de todo el proceso asistencial.

Notas

1. El texto íntegro de la versión extensa de la Guía de Práctica Clínica se puede consultar en la www.aatrm.net.

2. Retirado del mercado de forma cautelar y no disponible.

Bibliografía**

ALTMAN, H.; COLLINS, M. Y MUNDY, P. (1997). Subclinical hallucinations and delusions in nonpsychotic adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*, 1997, 38(4), 413-20.

AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY (2001). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 40 (7 Suppl), 4S-23S.

AGENCY FOR HEALTH CARE POLICY AND RESEARCH (1992). *Acute Pain Management Guideline Panel. Acute pain management: operative or medical procedures and trauma*. Clinical practice guideline. Agency for Health Care Policy and Research.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1997). Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 154 (4 Suppl), 1-63.

BAGNALL, A. M.; JONES, L.; GINNELLY, L.; LEWIS, R.; GLANVILLE, J.; GILBODY, S.; DAVIES, L.; TORGERSON, D. Y EIJNEN, J. (2003). *A systematic*

review of atypical antipsychotic drugs in schizophrenia. Southampton, United Kingdom: Health Technology Assessment NHS R&D HTA Programme. Informe vol. 7(13).

BELLACK, A. S.; MUESER, K. T. (1993). Psychosocial treatment for schizophrenia. *Schizophr Bull*, 19, 317-36.

BUSTILLO, J. R.; LAURIELLO, J.; HORAN, W. P.; KEITH, S. J. (2001). Actualización del tratamiento psicossocial de la esquizofrenia. *Am J Psychiatry* (ed. Esp.), 4, 104-16.

CANADIAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1998). Canadian clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia. *Can J Psychiatry*; 43 (Suppl 2), 25S-40S.

COLLÈGE DES MÉDICINS DU QUÉBEC (1999). *Practice Enhancement Division. Treating schizophrenia*. Montréal, Collège des Médecins du Québec. Public Affairs and Communications Department.

CROWTER, R.; MARSHALL, M.; BOND, G.; HUXLEY, P. (2001). Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* (2); CD003080.

CUESTA, M. J.; PERALTA, V.; CARO, F. (1999). Premorbid personality in psychoses. *Schizophr Bull*; 25(4), 801.

CHILVERS, R.; MCDONALD, G. M.; HAYES, A. A. (2002). Supported housing for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev*, (2), CD000453.

EY, H. (1973). *Traité des hallucinations*. Paris, Masson.

FIELD, M. J.; LOHR, K. N. Eds. (1992). *Guidelines for Clinical Practice: From development to use*. Washington D.C.: Committee on Clinical Practice Guidelines, Division of Health Care Services, and Institute of Medicine.

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE (1994). *Stratégies thérapeutiques a long term dans les psychoses schizophréniques*. Paris, Fédération Française de Psychiatrie.

FERNÁNDEZ-LIRIA, A.; HERNÁNDEZ-MONSALVE, M.; RODRÍGUEZ-VEGA, B.; coord. (1997). *Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración*. Madrid, Asociación Española de neuropsiquiatría, Informe nº. 19.

FENTON, W. S. (2000). Evolving perspectives on individual psychotherapy for schizophrenia. *Schizophr Bull*, 26, 47-72.

- GISBERT, C.; coord. (2002). *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones*. Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- HANS, S. L.; MARCUS, J.; NUECHTERLEIN, K. H.; ASARNOW, R. F.; STYR, B.; AUERBACH, J. G. (1999). Neurobehavioral deficits at adolescence in children at risk for schizophrenia: The Jerusalem Infant Development Study. *Arch Gen Psychiatry*, 56(8), 741-8.
- HEALTH COUNCIL OF THE NETHERLANDS (1999). *Screening and treatment of adolescents with schizophrenia*. The Hague, Netherlands: Health Council of the Netherlands. Informe Núm.1999/08E.
- HUBER, G. (1997). The heterogeneous course of schizophrenia. *Schizophr Res*, 28(2-3), 177-85.
- HUXLEY, N. A.; RENDALL, M.; SEDERER, L. (2000). Psychosocial treatments in schizophrenia: a review of the past 20 years. *J Nerv Ment*, 188, 187-201.
- Kanas, N. (1986). Group therapy with schizophrenics: a review of controlled studies. *Int J Group Psychotherapy*, 6, 339-60.
- KENTROS, M.; SMITH, T. E.; HULL, J.; MCKEE, M.; TERKELSEN, K.; CAPALBO, C. (1997). Stability of personality traits in schizophrenia and schizoaffective disorder: a pilot project. *J Nerv Ment Dis*, 185(9), 549-55.
- LEHMAN, A. F.; STEINWACHS, D. M. (1998). Patterns of usual care for schizophrenia: initial results from the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) Client Survey. *Schizophr Bull*, 24, 11-20.
- LEHMAN, A. F.; STEINWACHS, D. M. (1998). Translating research into practice: the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations. *Schizophr Bull*, 24(1), 1-10.
- MARSHALL, M.; GRAY, A.; LOCKWOOD, A. (2002). Green R. Case management for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev*; (2).
- MARSHALL, M.; LOCWOOD, A. (2002). Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev*, (2).
- MCCREADIE, R. G.; CONNOLLY, M. A., WILIAMSON, D. J.; ATHAWES, R. W.; TILAK-SINGH, D. (1994). The Nithsdale Schizophrenia Surveys. XII. 'Neurodevelopmental' Schizophrenia: a search for clinical correlates and putative aetiological factors. *Br J Psychiatry*, 165(3), 340-6.
- MCÉVOY, J. P.; SCHEIFLER, P. L.; FRANCES, A. (1999). Treatment of schizophrenia 1999. The expert consensus guideline series. *J Clin Psychiatry*, 60 (Suppl 11), 3-80.
- MUESER, K. T.; BOND, G.R.; DRAKE, R. E., RESNICK, S. G. (1998). Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophr Bull*, 24, 37-74.
- MILLER, A. L.; CHILES, J. A.; CHILES, J. K.; CRISMON M. L.; RUSH, A. J.; SHON, S. P. (1999). The Texas Medication Algorithm Project (TMAP) schizophrenia algorithms. *J Clin Psychiatry*, 60(10), 649-57.
- NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR MENTAL HEALTH (2002). *Schizophrenia. Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care*. London: National Institute for Clinical Excellence (NHS). Informe Núm. 1. Clinical Guideline.
- PHAROAH, F. M.; MARI, J. J.; STREINER, D. (2002). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*, (2).
- PITSCHEL-WALZ, G.; LEUCHT, S.; BAUML, J.; KISSLING, W.; ENGEL, R. R. (2001). The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia. A meta-analysis. *Schizophrenia Bull*, 27, 73-92.
- REMSCHMIDT, H. (2001). *Schizophrenia in children and adolescents*. Londres, Cambridge University Press.
- ROJO, J. E.; VALLEJO, J. (1994). *Terapia electroconvulsiva*. Barcelona, Masson-Salvat.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA (1998). *Consenso español sobre evaluación y tratamiento de la esquizofrenia*. Madrid, Sociedad Española de Psiquiatría.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA (2002). *Consenso español de expertos para recomendaciones de actuación en el tratamiento de la esquizofrenia*. Madrid, Sociedad Española de Psiquiatría.
- SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK (1996). *Hospital in-patient management of acute asthma attacks source*. Edinburgh, Scotland. Informe Núm. 6.
- SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK (SIGN) (1998). *Psychosocial interventions in the management of schizophrenia. A national clinical guideline*. Edinburgh (Scotland), Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Informe Núm. 30 SIGN publication.
- TYRER, P.; COID, J.; SIMMONDS, S.; JOSEPH, P.; MARRIOT, S. (2002). Community mental health

teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. *Cochrane Database Syst Rev*; (2).

VAZQUEZ-BARQUERO, J. L.; CUESTA NUNEZ, M. J.; DE L, V.; HERRERA, C. S.; GAITE, L.; ARENAL, A. (1995). The Cantabria first episode schizophrenia study: a summary of general findings. *Acta Psychiatr Scand*, 91(3), 156-62.

YUNG, A. R.; MCGORRY, P. D.; MCFARLANE, C. A.; JACKSON, H. J.; PATTON, G. C.; RAKKAR, A. (1996). Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. *Schizophr Bull*, 22(2), 283-303.

**Bibliografía citada en este artículo. Para una relación íntegra de la bibliografía, ver la GPC extensa.

Tabla 1. Niveles de evidencia científica

Nivel	Tipo de evidencia científica
Ia	La evidencia científica procede de metaanálisis de ensayos clínicos aleatorizados.
Ib	La evidencia científica procede al menos de un ensayo clínico aleatorizado.
IIa	La evidencia científica procede al menos de un estudio prospectivo controlado bien diseñado sin aleatorizar.
IIb	La evidencia científica procede al menos de un estudio casi experimental bien diseñado.
III	La evidencia científica procede de estudios observacionales bien diseñados, como estudios comparativos, estudios de correlación o estudios de casos y controles.
IV	La evidencia científica procede de documentos u opiniones de comités de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio.

Tabla 2. Grados de las recomendaciones

Grado	Recomendación
A (Niveles de EC, Ia, Ib)	Requiere al menos un ensayo clínico aleatorio como parte de un conjunto de evidencia científica globalmente de buena calidad y consistencia con relación a la recomendación específica.
B (Niveles de EC, Ia, IIb, III)	Requiere disponer de estudios clínicos metodológicamente correctos que no sean ensayos clínicos aleatorizados sobre el tema de la recomendación. Incluye estudios que no cumplan los criterios ni de A ni de C
C (Nivel de EC, IV)	Requiere disponer de documentos u opiniones de comités de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades reconocidas. Indica la ausencia de estudios clínicos directamente aplicables y de alta calidad.

EC: Evidencia científica

Tabla 3. Dosis recomendadas de los antipsicóticos convencionales en población adulta

		Dosis equipotente (mg)	Dosis día v.o. (mg)
Fenotiazinas alifáticas	Clorpromazina	100	25-2.000
	Levomepromazina	100	25-1.500
Piperidinas	Tioridazina	100	75-800
	Flufenazina	2	1-40
Piperazinas	Perfenazina	10	4-64
	Trifluoperazina	5	2-40
	Tiotixeno	4	6-60
Tioxantenos	Flupentixol	2	3-50
	Zuclopentixol	25	20-40
	Haloperidol	2	3-50
Butirofenonas	Pimozida	1,3	2-20
Difenilbutilpiperidinas	Clotiapina	20	40-160
	Loxapina	10	10-250
Dibenzoxacepinas	Loxapina	10	10-250
	Sulpiride	200	400-2.000
Benzamidas	Sulpiride	200	400-2.000

Tabla 4. Dosis recomendadas de los antipsicóticos atípicos* en población adulta

Antipsicótico atípico	Dosis/día v.o. (mg)
Clozapina	300-600
Risperidona	3-12
Olanzapina	10-20
Sertindol	8-24
Quetiapina	300-800
Ziprasidona	80-160
Amisulpride	200-800
Aripiprazol	15-30

*Adaptada a partir de la Guía terapéutica de las esquizofrenias.

Tabla 5. Recomendaciones generales sobre intervenciones psicosociales

- C Para el manejo psiquiátrico del paciente con esquizofrenia, se recomienda establecer y mantener una alianza terapéutica, vigilar el estado psiquiátrico del paciente, proveer a éste y a su familia de educación respecto a la enfermedad y su tratamiento, facilitar el cumplimiento del plan terapéutico, incrementar la comprensión y la adaptación a los efectos psicosociales de la enfermedad, identificar los factores que precipitan o exacerban crisis y promover intervenciones precoces para prevenir recaídas, proveer a la familia de psicoeducación y apoyo, así como ayuda para acceder a los servicios necesarios.
- C La elección de un determinado abordaje estará determinada por el paciente, su situación clínica, necesidades, capacidades y preferencias, o por los recursos existentes en un momento dado.
- C Se recomienda que las intervenciones psicosociales sean llevadas a cabo por profesionales que tengan formación específica, una experiencia suficiente (apoyada por una supervisión y acompañamiento técnicos), una disponibilidad, constancia, cualificación y un vínculo a largo plazo.

Tabla 6. Objetivos de psicoterapia individual

- Reducir al mínimo la vulnerabilidad
- Reducir al mínimo el estrés
- Optimizar las capacidades de adaptación
- Optimizar la función
- Evitar al máximo el deterioro

Tabla 7. Objetivos de psicoterapia grupal

- Potenciar la resolución de problemas
- Planificar objetivos
- Favorecer las interacciones sociales
- Mejorar el cumplimiento de la medicación
- Propiciar el manejo de los efectos secundarios

Tabla 8. Objetivos generales de la intervención familiar

- Construir una alianza con los familiares
- Reducir la atmósfera familiar adversa
- Potenciar la capacidad de los familiares para la anticipación y resolución de los problemas
- Reducir las expresiones de angustia y culpa dentro de la familia
- Mantener unas expectativas razonables para el funcionamiento del paciente
- Ayudar a los familiares a mantener unos límites apropiados así como una distancia adecuada cuando sea necesario
- Conseguir cambios deseados en el comportamiento de los familiares y en su sistema de creencias

Figura 1. Algoritmo de intervención farmacológica

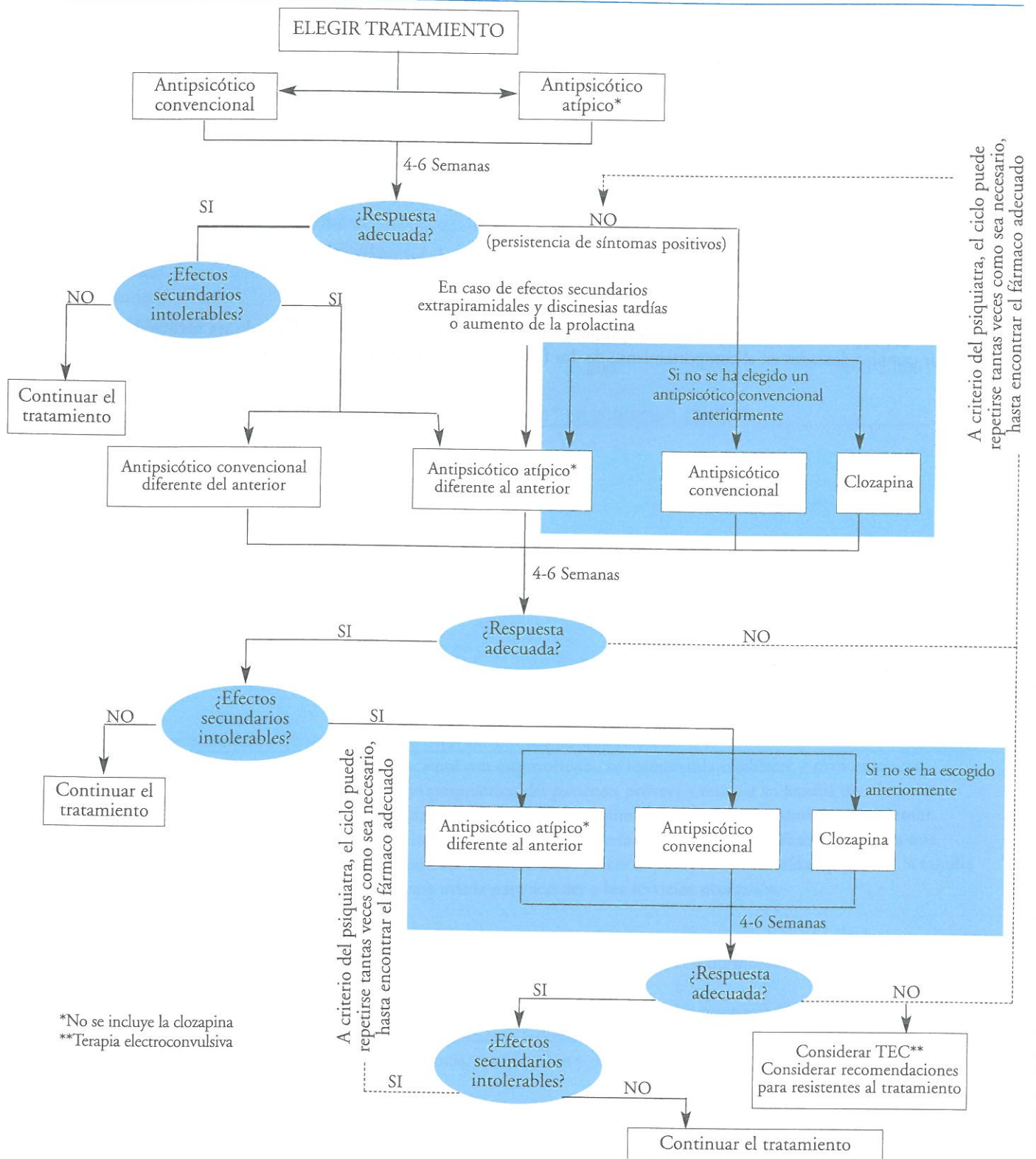


Figura 2. Esquema de recomendaciones sobre intervenciones psicosociales según fases de la esquizofrenia

FASE AGUDA (O CRISIS)	INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN	
	C	Información al paciente y a su familia sobre la enfermedad, el tratamiento y el pronóstico.
FASE DE ESTABILIZACIÓN (O POSTCRISIS)	INTERVENCIÓN	
	C	Las intervenciones psicosociales irán destinadas a reducir las relaciones, situaciones, o episodios vitales que pudieran resultar estresantes o sobreestimulantes, favoreciendo la relajación o la reducción de la excitación mediante comunicaciones y expectativas sencillas, claras y coherentes, en un entorno estructurado y de baja exigencia funcional.
FASE ESTABLE (O DE MANTENIMIENTO)	INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN	
	A	Programas de educación sanitaria eficaces para autocontrol medicación, autocontrol síntomas y habilidades sociales básicas.
	A	Información a la familia sobre la enfermedad y estrategias de afrontamiento del estrés o de entrenamiento en la resolución de problemas.
	INTERVENCIÓN	
	A	Psicoterapia grupal. Técnicas de habilidades sociales en pacientes de inicio precoz.
	A	Psicoterapia individual. Terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de los síntomas positivos y negativos resistentes a los antipsicóticos.
	C	Psicoterapia individual. Psicoterapia de apoyo centrada en la realidad para los pacientes moderadamente discapacitados y estables o intermitentemente estables.
	C	Intervenciones individual y/o grupal. Incluir visita semanal durante 1 año y, posteriormente, según la evolución, ya que la reagudación sintomatológica y la recaída puede transcurrir < 1 semana.
	INTERVENCIÓN FAMILIAR	
	A	Abordaje familiar en pacientes moderada o gravemente discapacitados, sobre todo, en aquellos de larga evolución. Pacientes con inicio reciente valorar de forma individualizada. Debe combinarse con el resto de intervenciones de tratamiento.
A	Programas para grupos de familiares de pacientes con diagnóstico homogéneo, donde el paciente participe y esté informado; con duración no inferior a 6 meses.	
B	Psicoterapia grupal. Se recomienda periodicidad semanal o quincenal, así como la continuidad de la intervención a lo largo del tiempo.	
A	Psicoterapia individual. Psicoterapia de apoyo para la resolución de problemas ya que reduce las recidivas y potencia la función social y laboral. Estrategias orientadas a la realidad.	
Rehabilitación psicosocial		
Entrenamiento en habilidades sociales , según el modelo de resolución de problemas a pacientes graves moderadamente discapacitados.		
A	Rehabilitación cognitiva en el entorno social del paciente para prevención de recaídas y adaptación social.	
Apoyo laboral a los pacintes moderada o ligeramente discapacitados, para la obtención de un empleo normalizado.		