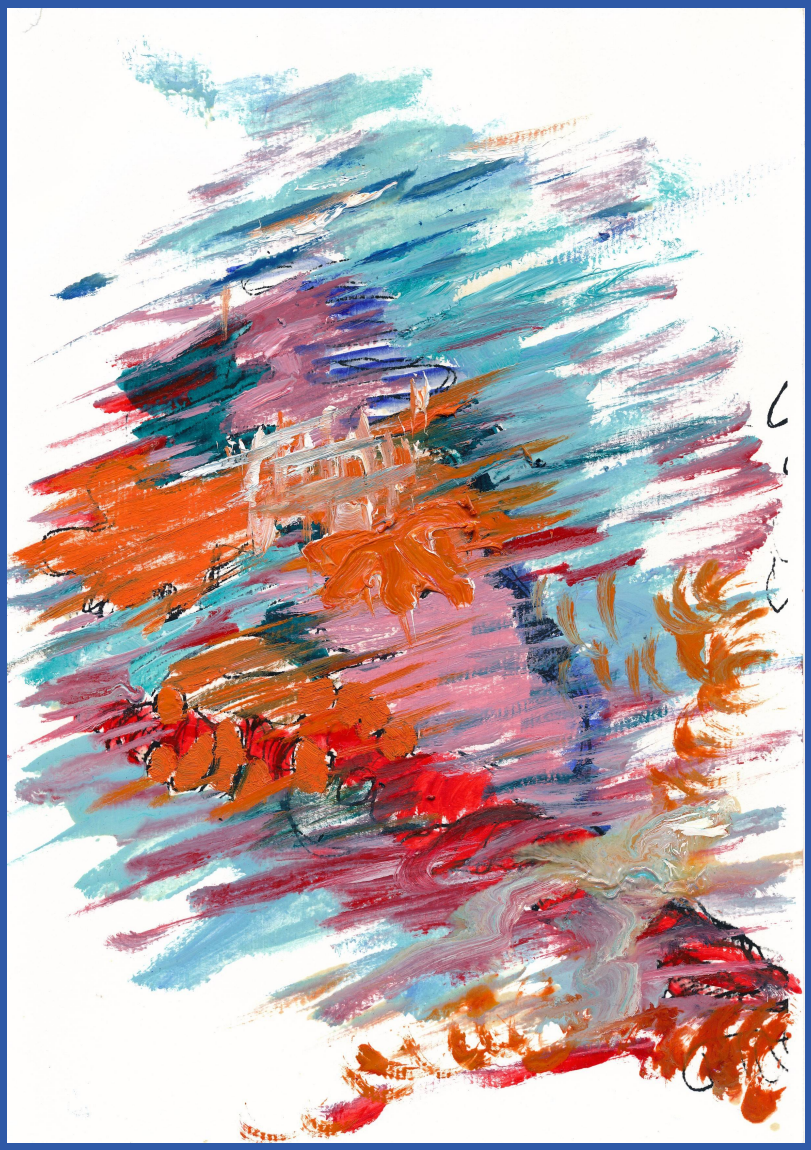

Guía de práctica clínica para el tratamiento de la

# Psicosis y la Esquizofrenia

Manejo en Atención Primaria y en Salud Mental

## Guía Completa

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 It is subject to regular review and updating and may be withdrawn.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 Completa
ISBN: 978-84-09-10416-1
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 Clinic 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 Kütsner, 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 |
| **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. Comunidad Terapéutica. 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 Silex** | 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. Comunidad Terapéutica de Salud Mental. 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 |
| **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 Hospitalización de Salud Mental. 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 |
| **Maite 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 |
| **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


| | |
|---|---|
| **Objetivos de la Guía** | **34** |
| **Población a la que va dirigida** | **34** |
| **Destinatarios de la Guía** | **34** |
| **Metodología** | **34** |
| **Niveles de las recomendaciones** | **56** |
| **Introducción** | **58** |
| **Resumen de las recomendaciones** | **64** |
| *Recomendaciones clave* | *65* |
| *A.- Atención en todas las fases* | *68* |
| *B.- Prevención de la psicosis* | *75* |
| *C.- Primer episodio de psicosis* | *77* |
| *D.- Episodios agudos posteriores de psicosis o esquizofrenia y derivación en crisis* | *87* |
| *E.- Promover la recuperación y la posible atención posterior* | *92* |
| **Recomendaciones para la investigación** | **100** |
| **1.- ¿Qué es la psicosis y la esquizofrenia?** | **108** |
| *1.1.- Síntomas y presentación* | *108* |
| *1.2.- Diagnóstico* | *110* |
| *1.3.- Incidencia y prevalencia* | *112* |
| *Referencias* | *114* |

| | |
|---|---|
| **2.- ¿Cuáles son las posibles causas de la psicosis y la esquizofrenia?** | **118** |
| *2.1.- Introducción* | *118* |
| *2.2.- Factores genéticos* | *118* |
| *2.3.- Factores biológicos* | *119* |
| *2.4.- Factores psicosociales* | *119* |
| *2.5.- Teorías etiológicas* | *119* |
| *Referencias* | *124* |
| **3.- ¿Cuáles son las complicaciones de la psicosis y la esquizofrenia?** | **129** |
| *3.1.- Deterioro y discapacidad* | *129* |
| *3.2.- La salud física* | *131* |
| *3.3.- El impacto de las enfermedades cardiovasculares* | *132* |
| *3.4.- La medicación antipsicótica* | *133* |
| *3.5.- Factores relacionados con el estilo de vida* | *135* |
| *Referencias* | *137* |
| **4.- ¿Cuál es el pronóstico, la evolución y la recuperación de la psicosis y la esquizofrenia?** | **146** |
| *4.1.- Introducción* | *146* |
| *4.2.- Evolución. Modelo de estadíos clínicos* | *146* |
| *4.3.- Factores pronósticos, sociales y económicos* | *148* |
| *4.4.- Recuperación* | *149* |
| *Referencias* | *151* |

| | |
|---|---|
| **5.- ¿Cómo identificar y manejar a las personas en riesgo de desarrollar una psicosis?** | **155** |
| *5.1.- Introducción* | *155* |
| *5.2.- Reconocimiento, identificación y estrategias de tratamiento para los estados mentales de riesgo* | *156* |
| *5.3.- Consideraciones éticas* | *158* |
| *5.4.- Las intervenciones farmacológicas* | *159* |
| *5.5.- Las intervenciones dietéticas* | *159* |
| *5.6.- Intervenciones psicosociales* | *160* |
| *5.7.- Vinculación de la evidencia a las recomendaciones* | *161* |
| *5.8.- Recomendaciones* | *166* |
| *5.9.- Relación entre el testimonio de los usuarios y las recomendaciones.* | *168* |
| *Referencias* | *169* |
| **6.- ¿Cuál es el rol de atención primaria en el manejo de las psicosis y la esquizofrenia?** | **174** |
| *6.1.- Introducción* | *174* |
| *6.2.- El primer episodio de psicosis y su presentación* | *174* |
| *6.3.- Personas con un diagnóstico establecido de psicosis o esquizofrenia en seguimiento en atención primaria* | *177* |
| *6.4.- Relación entre atención primaria y salud mental en el reino unido* | *182* |
| *6.5.- Vinculación de la evidencia a las recomendaciones* | *186* |
| *6.6.- Recomendaciones* | *191* |
| *6.7.- Relación entre el testimonio de los usuarios y las recomendaciones.* | *195* |
| *Referencias* | *198* |

| | |
|---|---|
| **7.- ¿Cómo evaluar y realizar una alianza terapéutica con las personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia?** | **204** |
| *7.1.- Introducción* | *204* |
| *7.2.- Idioma y estigma* | *206* |
| *Referencias* | *210* |
| **8.- ¿Qué tratamientos farmacológicos están recomendados para las psicosis y la esquizofrenia?** | **212** |
| *8.1.- Introducción* | *212* |
| *8.2.- Tratamiento inicial con fármacos antipsicóticos* | *227* |
| *8.3.- Antipsicóticos orales en el tratamiento del episodio agudo* | *227* |
| *8.4.- Promover la recuperación en personas con esquizofrenia que están en remisión. La prevención farmacológica de las recaídas* | *228* |
| *8.5.- Promoción de la recuperación en personas con esquizofrenia cuya enfermedad no ha respondido adecuadamente al tratamiento* | *232* |
| *8.6.- Tratamiento con medicación antipsicótica inyectable depot/acción prolongada* | *244* |
| *8.7.- Efectos secundarios de la medicación antipsicótica* | *249* |
| *8.8.- Eficacia de la medicación antipsicótica* | *250* |
| *8.9.- Vinculación de la evidencia a las recomendaciones* | *253* |
| *8.10.- Recomendaciones* | *264* |
| *8.11. Relación entre el testimonio de los usuarios y las recomendaciones.* | *272* |
| *8.12.- Recomendaciones para la investigación* | *278* |
| *Referencias* | *280* |

| **9.- ¿Qué intervenciones psicológicas están recomendadas para las psicosis y la esquizofrenia?** | **319** |
|---|---|
| *9.1.- Introducción* | *319* |
| *9.2.- **Terapia de adhesión al tratamiento*** | *326* |
| *9.3.- Vinculación de la evidencia a las recomendaciones* | *327* |
| *9.4.- Recomendaciones* | *328* |
| *9.5.- **Arteterapia*** | *329* |
| *9.6.- Vinculación de la evidencia a las recomendaciones* | *330* |
| *9.7.- Recomendaciones* | *332* |
| *9.8. Relación entre el testimonio de los usuarios y las recomendaciones.* | *333* |
| *9.9.- Recomendaciones para la investigación* | *333* |
| *9.10.- **Terapia cognitivo conductual*** | *334* |
| *9.11.- Vinculación de la evidencia a las recomendaciones* | *339* |
| *9.12.- Recomendaciones* | *342* |
| *9.13. Relación entre el testimonio de los usuarios y las recomendaciones.* | *344* |
| *9.14.- Recomendaciones para la investigación* | *345* |
| *9.15.- **Rehabilitación cognitiva*** | *346* |
| *9.16.- Vinculación de la evidencia a las recomendaciones* | *348* |
| *9.17.- Recomendación para la investigación* | *350* |
| *9.18.- **Counselling y terapia de apoyo*** | *351* |
| *9.19.- Vinculación de la evidencia a las recomendaciones* | *352* |
| *9.20.- Recomendaciones* | *353* |

| | |
|---|---|
| *9.21.- **Intervención familiar*** | *354* |
| *9.22.- Vinculación de la evidencia a las recomendaciones* | *355* |
| *9.23.- Recomendaciones* | *358* |
| *9.24.- Recomendaciones para la investigación* | *360* |
| *9.25.- **Terapias psicodinámicas y psicoanalíticas*** | *361* |
| *9.26.- Vinculación de la evidencia a las recomendaciones* | *363* |
| *9.27.- Recomendaciones* | *363* |
| *9.28.- Recomendación para la investigación* | *363* |
| *9.29.- **Psicoeducación*** | *364* |
| *9.30.- Vinculación de la evidencia a las recomendaciones* | *365* |
| *9.31.- **Formación en habilidades sociales*** | *366* |
| *9.32.- Vinculación de la evidencia a las recomendaciones* | *368* |
| *9.33.- Recomendaciones* | *368* |
| *9.34.- **Manejo del trauma psicológico en la psicosis y en la esquizofrenia*** | *369* |
| *9.35.- Vinculación de la evidencia a las recomendaciones* | *372* |
| *9.36.- Recomendaciones* | *375* |
| *9.37. Relación entre el testimonio de los usuarios y las recomendaciones.* | *375* |
| *9.38.- Recomendaciones para todas las intervenciones psicológicas* | *376* |
| *9.39.- Recomendaciones para la investigación* | *377* |
| *Referencias* | *379* |

| | |
|---|---|
| **10.- ¿Qué son las intervenciones entre iguales y el autocuidado para personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia?** | **416** |
| *10.1.- Intervenciones proporcionadas por compañeros (entre iguales)* | *416* |
| *10.2.- Intervenciones dirigidas a fomentar el autocuidado* | *422* |
| *10.3.- Vinculación de la evidencia a las recomendaciones* | *426* |
| *10.4.- Recomendaciones* | *430* |
| *10.5. Relación entre el testimonio de los usuarios y las recomendaciones.* | *431* |
| *10.6.- Recomendaciones para la investigación* | *432* |
| *Referencias* | *433* |
| **11.- ¿Qué intervenciones fomentan la salud física en personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia?** | **444** |
| *11.1.- Introducción* | *444* |
| *11.2.- **Intervenciones conductuales para promover la actividad física y la alimentación sana*** | *444* |
| *11.3.- Vinculación de la evidencia a las recomendaciones* | *446* |
| *11.4.- Recomendaciones* | *451* |
| *11.5.- Recomendaciones para la investigación* | *453* |
| *11.6.- **Intervenciones para dejar de fumar y reducir el consumo*** | *454* |
| *11.7.- Vinculación de la evidencia a las recomendaciones* | *454* |
| *11.8.- Recomendaciones* | *459* |
| *Referencias* | *460* |

| | |
|---|---|
| **12.- ¿Cómo es la atención comunitaria no urgente a las personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia?** | **468** |
| *12.1.- Introducción* | *468* |
| *12.2.- Servicios de intervención temprana* | *469* |
| *12.3.- Programas de detección temprana para reducir la duración de la psicosis no tratada* | *472* |
| *12.4.- Equipos de salud mental comunitarios* | *475* |
| *12.5.- Gestión intensiva de casos* | *477* |
| *12.6.- Vinculación de la evidencia a las recomendaciones* | *480* |
| *12.7.- Recomendaciones* | *490* |
| *12.8. Relación entre el testimonio de los usuarios y las recomendaciones.* | *493* |
| *12.9.- Recomendaciones para la investigación* | *494* |
| *Referencias* | *495* |
| **13.- ¿Cuáles son las alternativas al ingreso en unidad de agudos?** | **507** |
| *13.1- Introducción* | *507* |
| *13.2.- Equipos de resolución de crisis y tratamiento en el hogar* | *511* |
| *13.3.- Hogares de crisis* | *514* |
| *13.4.- Hospital de día para pacientes agudos* | *516* |
| *13.5.- Vinculación de la evidencia a las recomendaciones* | *517* |
| *13.6.- Recomendaciones* | *523* |
| *Referencias* | *525* |
| **14.- ¿Cómo es la experiencia de los cuidadores?** | **529** |
| *14.1.- Introducción* | *529* |

| | |
|---|---|
| *14.2.- Experiencia de los cuidadores (revisión cualitativa)* | *533* |
| *14.3.- Intervenciones para mejorar la experiencia de las personas cuidadoras* | *566* |
| *14.4. Datos sobre la economía de la salud* | *572* |
| *14.5.- Vinculación de la evidencia a las recomendaciones* | *573* |
| *14.6.- Recomendaciones* | *579* |
| *14.7.- Recomendaciones para la investigación* | *580* |
| *Referencias* | *581* |
| **15.- ¿Que es la rehabilitación profesional?** | **589** |
| *15.1.- Introducción* | *589* |
| *15.2.- Revisión de la evidencia clínica -intervenciones de rehabilitación profesional* | *594* |
| *15.3.- Vinculación de la evidencia a las recomendaciones* | *596* |
| *15.4.- Recomendaciones* | *602* |
| *15.5. Relación entre el testimonio de los usuarios y las recomendaciones.* | *603* |
| *Referencias* | *605* |
| **16.- ¿Cómo mejorar el acceso y la implicación de las minorías sociales?** | **614** |
| *16.1.- Introducción* | *614* |
| *16.2.- Acceso y compromiso a las intervenciones de los dispositivos asistenciales* | *615* |
| *16.3.- Vinculación de la evidencia a las recomendaciones* | *631* |
| *16.4.- Recomendaciones* | *634* |
| *16.5.- Recomendaciones para la investigación* | *635* |
| *Referencias* | *637* |

| | |
|---|---|
| **Anexo 1.- Recomendaciones de la guía *Experiencia del usuario del servicio de salud mental de adultos*** | **644** |
| *1.- Atención y apoyo en todos los puntos de la ruta asistencial* | *645* |
| *2.- El acceso a la atención* | *649* |
| *3.- Evaluación* | *650* |
| *4.- Atención comunitaria* | *652* |
| *5.- Evaluación y derivación del usuario en crisis* | *654* |
| *6.- Evaluación y tratamiento bajo la lLey de Enjuiciamiento Civil (art. 763.1) y la Ley de Autonomía del Paciente* | *655* |
| *7.- Atención en el hospital* | *657* |
| *8.- Alta y traslado a otro dispositivo del servicio* | *660* |
| *9.- Relación entre el testimonio de los usuarios y las recomendaciones.* | *660* |
| **Anexo 2.- Referencias adicionales incluidas** | **665** |
| **Anexo 3.- Estudio cualitativo con usuarios** | **698** |
| **Anexo 4.- Revisión de las guías mediante la herramienta AGREE II** | **703** |
| **Abreviaturas** | **715** |
| **Tablas** | |
| *Tabla 1.- Fases de la metodología ADAPTE* | *36* |
| *Tabla 2.- Plan de adaptación* | *40* |
| *Tabla 3.- Resumen de las puntuaciones obtenidas en las distintas guías según la valoración AGREE* | *43* |
| *Tabla 4.- Niveles de las recomendaciones* | *57* |
| *Tabla 5.- Modelos etiopatogénicos de la esquizofrenia desde la neurobiología* | *122* |
| *Tabla 6.- Alteraciones neuroanatómicas y neuroquímicas* | *123* |

| | |
|---|---|
| *Tabla 7.- Antipsicóticos. Dosis máxima diaria autorizada por la Agencia Europea del Medicamento* | *215* |
| *Tabla 8.- Antipsicóticos. Dosis mínima diaria eficaz* | *216* |
| *Tabla 9.- Antipsicóticos de primera generación (AP1G). Dosis equivalentes* | *217* |
| *Tabla 10- Antipsicóticos de segunda generación. Dosis equivalentes aproximadas* | *218* |
| *Tabla 11.- Antipsicóticos (AP1G y AP2G). Efectos adversos. Guía aproximada* | *223* |
| *Tabla 12.- Efectos de los antipsicóticos sobre el intervalo QTc* | *224* |
| *Tabla 13.- Efectos adversos de los antipsicóticos sobre la función sexual* | *225* |
| *Tabla 14.- Antipsicóticos inyectables de larga duración/depot.* | *239* |
| *Tabla 15.- Antipsicóticos inyectables de larga duración/depot. Dosis sugeridas y frecuencia* | *240* |
| *Tabla 16.-Antipsicóticos inyectables de larga duración/depot. Farmacocinética* | *241* |
| *Tabla 17. Características de los familiares que participaron en el estudio cualitativo* | *560* |

# ASPECTOS CLÍNICOS QUE CUBRE ESTA GUÍA

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

## Detección y Diagnóstico

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

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

## Pronóstico y complicaciones

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

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

## Organización de la atención

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

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

*13.- ¿Cuáles son las alternativas al ingreso en Unidad de Agudos?*

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

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

## Tratamiento farmacológico

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

## Tratamiento psicológico y psicosocial

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

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

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

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

*15.- ¿Que es la rehabilitación profesional?*

## OBJETIVOS DE LA GUÍA

Esta Guía tiene como objetivo ayudar a los profesionales y a los usuarios en la toma de decisiones sobre:

- La identificación y diagnóstico de las personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia
- Tratar a las personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia
- La organización de la atención de forma integral y continua entre Atención Primaria y Salud Mental, incluido el seguimiento y los criterios de derivación
- Reducir la duración de la psicosis no tratada
- Reducir la recaída o recurrencia de la psicosis y esquizofrenia
- Reducir los abandonos del seguimiento
- Prevenir la aparición de complicaciones y morbilidades asociadas a la psicosis y esquizofrenia
- Minimizar los efectos adversos del tratamiento
- La aplicación en la práctica de recomendaciones que promuevan la mejora de la competencia profesional en el manejo de la psicosis y esquizofrenia
- Mejorar la experiencia de usuarios y cuidadores

## POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDA

Personas mayores de 18 años diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia.

## DESTINATARIOS DE LA GUÍA

A todos los profesionales que participan en la atención a usuarios con psicosis: Atención Primaria, urgencias hospitalarias, servicios de Salud Mental, y a los usuarios de servicios de Salud Mental

## METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN

Esta guía ha sido elaborada a partir de la adaptación 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. Para ello, se han seguido las pautas del grupo ADAPTE para la adaptación de guías de práctica clínica.

Este grupo considera la adaptación de GPCs como un abordaje sistemático para discernir el uso y/o modificación de una GPC producida en un entorno cultural y organizativo distinto. 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 (Fervers, 2006). La producción de GPCs conlleva un número considerable de esfuerzos y recursos que, con estrategias metodológicas oportunas, puede ser aprovechado en distintos entornos, sin la necesidad de generar GPCs redundantes en función de las necesidades de cada servicio de salud, cada contexto clínico o cada grupo profesional.

## Tabla 1.- Fases de la metodología ADAPTE

| | | |
|---|---|---|
| **FASE 1.- INICIAL** | **Módulo de preparación** | Paso 1. Establecer un comité organizador |
| | | Paso 2. Seleccionar el tema de la guía |
| | | Paso 3. Comprobar si la adaptación es factible |
| | | Paso 4. Identificar los recursos y habilidades necesarios |
| | | Paso 5. Completar las tareas para la puesta en marcha |
| | | Paso 6. Escribir un plan de adaptación |
| **FASE.- 2 ADAPTACIÓN** | **Módulo de objetivos y propósito** | Paso 7. Determinar las preguntas sobre salud |
| | **Módulo de búsqueda y revisión** | Paso 8. Buscar GPC y otros documentos relevantes |
| | | Paso 9. Revisión de las guías |
| | | Paso 10. Reducir el número de guías/ Seleccionar guías |
| | **Módulo de valoración** | Paso 11. Valorar la calidad de las guías |
| | | Paso 12. Valorar si las guías están actualizadas |
| | | Paso 13. Valorar el contenido de las guías |
| | | Paso 14. Valorar la consistencia de las guías |
| | | Paso 15. Valorar la aceptabilidad y la aplicabilidad de las recomendaciones. |
| | **Módulo de selección y decisión** | Paso 16. Valoración de la revisión |
| | | Paso 17. Seleccionar entre las guías y las recomendaciones para realizar una guía adaptada |
| | **Módulo de customización** | Paso 18. Preparar el borrador de la guía adaptada |

## Tabla 1.- Fases de la metodología ADAPTE

| | | |
|---|---|---|
| FASE 3.- FINALIZACIÓN | Módulo de revisión externa y agradecimientos | Paso 19. Revisión externa – audiencia de la guía |
| | | Paso 20. Consultar con organizaciones profesionales |
| | | Paso 21. Consultar con los desarrolladores de la guía original, especialmente si se han hecho modificaciones en las recomendaciones |
| | | Paso 22. Agradecimientos documentos de origen |
| | Módulo de desarrollo de un plan de actualización | Paso 23. Plan de actualización |
| | Módulo de producción final | Paso 24. Producir el documento de la guía final |

## FASE 1. INICIAL

### Módulo de preparación

- *Paso 1. Establecer un comité organizador*

La primera fase del proceso ADAPTE es constituir un comité organizador de la guía (COG) y un panel multidisciplinar para la elaboración de la guía, así como seleccionar el tópico de la guía.

El COG está formado por José María García-Herrera Pérez-Bryan, psiquiatra; Mª Magdalena Hurtado Lara, psicóloga clínica; Casta Quemada González, enfermera especialista en salud mental; Vanesa Nogueras Morillas, psiquiatra; Antonio Bordallo Aragón, psiquiatra; Celia Martí García, profesora de la Facultad de Ciencias de la Salud; Almudena Millán Carrasco, psicóloga y profesora de la Escuela Andaluza de Salud Pública; Fabio Rivas Guerrero, psiquiatra; y José Miguel Morales Asencio, metodólogo y profesor de la Facultad de Ciencias de la Salud. Todos los participantes clínicos del COG (psiquiatras, psicóloga clínica y enfermera especialista en salud mental) forman parte de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital Regional Universitario de Málaga.

José María García-Herrera, Mª Magdalena Hurtado, Vanesa Nogueras y José Miguel Morales ya han elaborado previamente otras guías de práctica clínica utilizando la

metodología ADAPTE (Nogueras et al., 2017; García-Herrera et al., 2011; García-Herrera et al., 2015).

El comité organizador designó un panel multidisciplinar para el desarrollo de la guía, que incluyó un amplio número de profesionales que trabajan en la sanidad pública y de personas que pudieran aportar su experiencia en primera persona (16 psicólogas, la mayoría psicólogas clínicas; 13 psiquiatras; 6 enfermeros de salud mental y 5 médicos de atención primaria).

De esta manera fue incluida como parte del panel multidisciplinar para el desarrollo de la guía una usuaria, también psicóloga. Actualmente trabaja en Málaga como acompañante terapéutica y facilita un grupo de apoyo mutuo para usuarios de los servicios de salud mental.

Tras contactar con una de las componentes del COG y ofrecerse de ayuda en lo necesario para el desarrollo de la guía de la Psicosis y la esquizofrenia, la mencionada usuaria fue incluida como un miembro más en el panel multidisciplinar, acudiendo puntualmente y cumpliendo con todas las tareas propuestas con gran efectividad, al igual que el resto de integrantes.

- *Paso 2. Seleccionar el tema de la guía*

Como tema de la guía se decidió el abordaje de la psicosis y la esquizofrenia. Hubo muchos motivos para elegir este tema. La prevalencia, la gravedad, la disparidad en la atención y sus graves consecuencias (duración de psicosis no tratada y peor evolución), así como la infradetección de enfermedades comórbidas en personas con psicosis. Todas estas razones aconsejan además, que la guía vaya dirigida tanto a atención primaria como a salud mental. También influyó en esta decisión que acababa de salir la guía NICE de abordaje de la psicosis y la esquizofrenia en el adulto, y que esta nueva versión incluía un abordaje que es una fuente de áreas de mejora en el proceso asistencial en la atención a este tipo de pacientes y sus personas cuidadoras.

- *Paso 3. Comprobar si la adaptación es factible*

Se comprueba que hay una GPC de NICE sobre el abordaje de la psicosis y la esquizofrenia que puede servir de base a la adaptación. También se buscan otras guías.

El COG realizó previamente al inicio un análisis de las posibles dificultades en el proceso de adaptación de las guías.

- *Paso 4. Identificar los recursos y habilidades necesarios*

  En nuestro servicio contamos con un equipo multidiscipinar (psiquiatras, psicólogos, enfermeros especialistas en salud mental) con experiencia en la adaptación de GPC, así como en las distintas metodologías de investigación necesarias para llevar a cabo los estudios complementarios (estudios cualitativos con usuarios y familiares, técnica Delphi, etc.). Asimismo, contamos con un amplio grupo de usuarios y familiares con una buena predisposición a participar en la elaboración de este documento.

- *Paso 5. Completar las tareas para la puesta en marcha*

  Se establece un calendario de reuniones del COG, así como varias sesiones de formación dirigidas a homogeneizar criterios y métodos a lo largo de todo el proceso.

- *Paso 6. Escribir un plan de adaptación*

  Teniendo en cuenta que este proyecto, salvo en la parte final del mismo, no ha contado con financiación específica y, por lo tanto, no se disponía de personal con dedicación exclusiva al proyecto, se elaboró un plan de adaptación de unos tres años de duración.

## FASE 2. ADAPTACIÓN

### Módulo de objetivos y propósito

La segunda fase del proceso ADAPTE incluiría la determinación de las preguntas de salud, la búsqueda de guías existentes; la valoración de la calidad, actualidad, contenido, consistencia y aplicabilidad de las guías existentes; toma de decisiones sobre la adaptación; y preparación del primer manuscrito.

- *Paso 7. Determinar las preguntas sobre salud*

  En nuestro caso, la población a la que la GPC va dirigida es a personas adultas con psicosis y esquizofrenia; y las intervenciones de interés serían métodos de detección, farmacoterapia, psicoterapia y otros tipos de intervenciones (apoyo entre iguales, autocuidado, rehabilitación profesional, recursos de la comunidad, intervenciones

## Tabla 2.- Plan de adaptación

| | 2015 | | | | 2016 | | | | | | | | | | | | 2017 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Módulo** | 9 | 10 | 11 | 12 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Preparación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Búsqueda y revisión | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Valoración | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Decisión y selección | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Customización | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Revisión externa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Plan de actualización | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Producción final | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | 2017 | | | | | | 2018 | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Módulo** | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| Preparación | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Búsqueda y revisión | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Valoración | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Decisión y selección | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Customización | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Revisión externa | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Plan de actualización | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Producción final | | | | | | | | | | | | | | | | | |

sobre cuidadores y familiares), así como modelos de organización de la atención eficaces.

La guía está dirigida a todos los profesionales que participan en la atención a usuarios con psicosis: atención primaria, urgencias hospitalarias, servicios de salud mental, y a los usuarios de servicios de salud mental; los resultados esperados, a nivel individual, organizacional o poblacional (reducir la duración de la psicosis no tratada; reducir los abandonos del seguimiento; mejorar el pronóstico; mejorar la experiencia de usuarios y cuidadores). El contexto sanitario en el que se va a implementar sería la UGC Salud Mental Hospital Regional de Málaga y el Distrito de Atención Primaria Málaga-Guadalhorce, haciendo extensiva la posibilidad de implementarla al resto del Servicio Andaluz de Salud.

## Módulo de búsqueda y revisión

- *Paso 8. Buscar GPC y otros documentos relevantes*

El paso siguiente consiste en la búsqueda de GPC existentes y otros documentos relevantes. Se utilizaron las siguientes webs para la búsqueda de las GPC: NICE, SIGN, National Guidelines Clearinghouse, Cannadian Medical Association Clinical Practice Guidelines, GIN, ICSI y GuíaSalud. Como resultado de esta búsqueda, se encontraron las siguientes guías:

- Management of schizophrenia (SIGN, 2013).
- Psychosis and Schizophrenia in adults. The NICE Guideline on Treatment and Management (NICE, 2014).
- Optimal Use Recommendations for Atypical Antipsychotics: Combination and High-Dose Treatment Strategies in Adolescents and Adults with Schizophrenia (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2011).
- Guideline Watch: Practice Guideline for the Treatment of patients with schizophrenia (APA, 2009).
- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders (Galletly et al., 2016).
- Clinical Practice Guidelines. Management of Schizophrenia in adults (Ministry of Health, Malasya, 2009).

- Clinical Practice Guidelines. Treatment of Schizophrenia (Canadian Psychiatric Association, 2005).
- Guía de Práctica Clínica sobre la esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009).
- Ministry of Health Clinical Practice Guidelines: Schizophrenia (Verma et al., 2011).

Se realizaron búsquedas adicionales para ampliar la información y/o actualizar la evidencia referente a las distintas áreas de incertidumbre o sobre aspectos específicos del contexto español, utilizando para ello las bases de datos PubMed, EMBASE, CINHAL, Cochrane PLUS, Índice Médico Español, Psychinfo. Las referencias bibliográficas adicionales incluidas en esta Guía como resultado de esta búsqueda además de en cada área, se encuentran en el anexo 2. El periodo de búsqueda de estudios de actualización terminó en diciembre de 2017.

- *Paso 9. Revisión de las guías*

Primero se descartaron las guías desactualizadas, quedando para la fase de valoración:

- *Management of schizophrenia (SIGN, 2013).*
- *Psychosis and Schizophrenia in adults. The NICE Guideline on Treatment and Management (NICE, 2014).*
- *Optimal Use Recommendations for Atypical Antipsychotics: Combination and High-Dose Treatment Strategies in Adolescents and Adults with Schizophrenia (Canadian Agency for Drugs and Tecnologies in Health, 2011).*
- *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders (Galletly et al., 2016).*
- *Ministry of Health Clinical Practice Guidelines: Schizophrenia (Verma et al., 2011).*

Estas guías fueron revisadas y valoradas por cuatro evaluadores independientes mediante la herramienta AGREE II (Brouwers et al., 2010), obteniéndose los siguientes resultados:

## Tabla 3.- Resumen de las puntuaciones obtenidas en las distintas guías según la valoración AGREE realizada por 4 evaluadores. Valores expresados en %

| GUÍAS CLÍNICAS | Guía 1 | Guía 2 | Guía 3 | Guía 4 | Guía 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| **ÁREA 1.-: ALCANCE Y OBJETIVOS** | 88 | 86 | 97 | 97 | 86 |
| **ÁREA 2.- PARTICIPACIÓN DE LOS IMPLICADOS** | 38 | 54 | 85 | 54 | 46 |
| **ÁREA 3.- RIGOR EN LA ELABORACIÓN** | 63 | 48 | 95 | 80 | 31 |
| **ÁREA 4.- CLARIDAD Y PRESENTACIÓN** | 58 | 56 | 75 | 85 | 52 |
| **ÁREA 5.- APLICABILIDAD** | 19 | 31 | 78 | 61 | 22 |
| **ÁREA 6.- INDEPENDENCIA EDITORIAL** | 67 | 63 | 71 | 54 | 29 |

***1.-*** *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders (Galletly et al., 2016).*

***2.-****Optimal Use Recommendations for Atypical Antipsychotics: Combination and High-Dose Treatment Strategies in Adolescents and Adults with Schizophrenia (Canadian Agency for Drugs and Tecnologies in Health, 2011).*

***3.-*** *Psychosis and Schizophrenia in adults. The NICE Guideline on Treatment and Management (NICE, 2014).*

***4.-****Management of schizophrenia (SIGN, 2013).*

***5.-****Ministry of Health Clinical Practice Guidelines: Schizophrenia (Verma et al., 2011).*

- *Paso 10. Reducir el número de guías/Seleccionar guías*

  En base a los resultados obtenidos, finalmente se selecciona la guía NICE como base principal para la adaptación con arreglo a la puntuación del AGREE y por el espectro de áreas de intervención cubiertas por esta guía.

  No obstante, la guía de SIGN también se utilizó para contrastar algunas áreas de incertidumbre.

**Módulo de valoración**

- *Paso 11. Valorar la calidad de las guías*

  Se hizo con el AGREE.

- *Paso 12. Valorar si las guías están actualizadas*

  Se hizo antes del AGREE. La guía más actualizada en ese momento era la guía NICE.

- *Paso 13. Valorar el contenido de las guías*

  Se evaluaron las áreas de incertidumbre cubiertas por las guías revisadas, así como también los contextos de atención sanitaria y la implementabilidad de las mismas. En este sentido, se buscó que los modelos organizativos fuesen similares a la organización de los servicios de salud en nuestro país.

- *Paso 14. Valorar la consistencia de las guías*

  Una vez decididas las guías de mayor calidad y adecuación al contexto sanitario español, se realizó una primera traducción de la guía NICE por parte de un miembro del COG, se realizó una primera revisión de la traducción por otras personas integrantes del COG y una segunda revisión por profesionales sanitarios procedentes de la UGC de Salud Mental del Hospital Regional de Málaga y el Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce.

  Tras este proceso, se evaluó la consistencia de las guías NICE y SIGN. Se extrajeron las recomendaciones de una y otra, realizado unas matrices comparativas de las recomendaciones sobre el tratamiento farmacológico y la TCC en psicosis y esquizofrenia, así como la literatura resultante de las discrepancias entre las

recomendaciones vigentes de la guía *Psychosis and Schizophrenia in adults. The NICE Guideline on Treatment and Management* (NICE, 2014) y las de la guía *Management of schizophrenia* (SIGN, 2013), tema ampliamente tratado en la adaptación de la guía. Después de analizar exhaustivamente la evidencia en la que se basaban ambos grupos para establecer sus recomendaciones, el comité organizador consideró por unanimidad que no existía evidencia suficiente para establecer conclusiones más específicas sobre el tratamiento farmacológico o las intervenciones psicológicas y decidió mantener las recomendaciones de la guía NICE.

El contenido de la guía se dividió en 16 áreas de incertidumbre y cada área fue asignada a un subgrupo de profesionales del panel multidisciplinar. La tarea de estos subgrupos fue hacer más amable la redacción en castellano del área de incertidumbre, realizar la actualización de la misma y proponer posibles modificaciones en las recomendaciones al comité organizador. Para ello, se llevaron a cabo dos sesiones formativas, de un total de 7 horas, para homogeneizar criterios metodológicos.

Como resultado de este proceso, se cambia o amplía la descripción de varias de las áreas de incertidumbre, por considerarse que el resultado sería más comprensible y amable al lector. Además, el panel multiprofesional realizó dos propuestas para añadir recomendaciones al listado original, y tomando en consideración tanto la evidencia disponible como los resultados de los estudios realizados con población local, el comité organizador decidió aceptar su inclusión.
La primera de ellas es una recomendación que aconseja informar sobre los recursos para el empleo y se decide incluirla sobre todo porque es un tema emergente que recurrentemente es tratado en los grupos focales de usuarios y personas cuidadoras que se han realizado con población local.
Además, el Comité organizador observó que la Guía NICE proponía una recomendación fuerte sobre ofrecer TCC para las personas en riesgo de desarrollar una psicosis, pero que estaba basada sobre todo en el consenso de expertos, ya que la evidencia sobre la que se proponía era débil. Por este motivo, se realizó una búsqueda de estudios respecto a la TCC como terapia para personas en riesgo de

desarrollar psicosis de 2013 en adelante, encontrándose 10 artículos. Sólo se tuvieron en cuenta los ECA que ofrecían datos metodológicos suficientes para ser valorados, resultando incluidos 4 artículos, tres de ellos sobre el mismo ECA, consistentes en distintas valoraciones de seguimiento (Ising et al., 2015, 2016, 2017) y una más, independiente (Mc Gorry et al., 2013).

Tras la aplicación del método GRADE, los resultados de la evidencia disponible siguen siendo inconsistentes.

Además, el Comité Organizador consideró que los servicios sanitarios en nuestro país no están orientados a la detección del riesgo de psicosis. De hecho, dentro del estudio Delphi realizado con profesionales, no hubo consenso acerca de la factibilidad de esta recomendación ni en la primera ni en la segunda ronda.

También se realizó un análisis beneficios-riesgos. Considerando el riesgo de estigmatización que puede desarrollarse en nuestro contexto por asistir a este tipo de intervenciones en la sanidad pública, que la evidencia sobre su efecto preventivo seguía siendo débil, y la ausencia de estudios sobre su coste-efectividad en nuestro país, el Comité Organizador decidió bajar un grado la mencionada recomendación.

Por otra parte, la guía NICE recomienda utilizar su guía en conjunto con la guía NICE de la experiencia de los usuarios adultos de los servicios de salud mental (Service user experience in adult mental health: improving the experience of care for people using adult mental health service, NICE, 2011) y, dado que no disponemos de un recurso similar en nuestro contexto, se decidió incluir estas recomendaciones como un anexo. El proceso de adaptación seguido con estas recomendaciones fue similar al descrito anteriormente.

- *Paso 15. Valorar la aceptabilidad y la aplicabilidad de las recomendaciones.*

Posteriormente, se llevó a cabo un análisis de barreras y facilitadores mediante una serie de estudios realizados con población local. Por una parte, se realizó un **estudio Delphi con profesionales del sistema sanitario público** que atienden habitualmente a esta población (n=54), para determinar la pertinencia y factibilidad de las principales recomendaciones en nuestro contexto asistencial. Asimismo, se está llevando a cabo una encuesta sobre el manejo de la psicosis incipiente y establecida en atención primaria.

Además, se han llevado a cabo **estudios cualitativos tanto con usuarios** (3 grupos focales y 4 entrevistas en profundidad, tres de ellas a personas que ya habían participado en los grupos focales, n=30; ver el resumen descriptivo de la muestra en el anexo 3) **como con cuidadores** (2 grupos focales, n=16). Las aportaciones de los usuarios han sido incluidas en la guía de manera cruzada con las recomendaciones basadas en la evidencia científica, como ya se realizó en la guía para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada basada en el modelo de atención por pasos en atención primaria y en salud mental (García-Herrera et al., 2015). El procedimiento seguido también fue similar al descrito en otras ocasiones (Amor et al., 2018), comenzando con la lectura detallada de los relatos de los pacientes mediante la que se identificaron los resultados con mayor relevancia clínica, y se procedió a identificar en la lista de recomendaciones posibles vínculos relacionales entre los testimonios y cada recomendación. Este proceso de vinculación fue llevado a cabo por algunas integrantes del comité organizador y el panel multidisciplinar que llevaron a cabo el análisis cualitativo. Los emparejamientos iniciales se distribuyeron al resto de los miembros del Comité Organizador para que contrastaran y contextualizaran dichas asignaciones, resolviéndose las discrepancias mediante consenso. Estas aportaciones han sido incluidas en la GPC en los apartados "Relación entre el testimonio de los usuarios y las recomendaciones", que incluyen la recomendación, un resumen del testimonio de los usuarios locales consultados, y verbatim referidos a dicha recomendación. Por otra parte, las aportaciones de los cuidadores se han incluido en un área de incertidumbre dirigida específicamente a las intervenciones que mejoran la experiencia de las personas cuidadoras.

## Módulo de selección y decisión

- *Paso 16. Valoración de la revisión*

A través de los estudios mencionados, se pudo comprobar que la gran mayoría de las recomendaciones que se proponen en la presente Guía estaban en consonancia con las demandas y preferencias de profesionales y usuarios locales, de manera que seguimos adelante con el proceso.

- *Paso 17. Seleccionar entre las guías y las recomendaciones para realizar una guía adaptada*

Se toma la guía NICE como base para la guía adaptada.

**Módulo de customización**

- *Paso 18. Preparar el borrador de la guía adaptada*

Una vez terminado el proceso de actualización y adaptación ya comentado, se procedió a preparar el borrador de la guía adaptada que sirvió como base para la revisión externa.

**TERCERA FASE: FINALIZACIÓN**

**Módulo de revisión externa y agradecimientos**

- *Paso 19. Revisión externa – audiencia de la guía:*

La GPC ha sido revisada por 80 personas implicadas en el manejo de la Psicosis y la Esquizofrenia, de los cuales 67 fueron profesionales y 13 fueron usuarios diagnosticados de este tipo de trastornos.

En cuanto a los profesionales, su distribución por profesiones fue la siguiente:

- Psiquiatras: 19.
- Médicos de familia: 14.
- Personal de enfermería: 13 (9 de ellos, especialistas en salud mental).
- Psicólogos: 12 (9 de ellos, psicólogos clínicos).
- Terapeutas ocupacionales: 2.
- Trabajadoras sociales: 2.
- Farmacéuticos: 3.
- Técnicos de salud: 2.

Además, 32 de ellos eran varones y 35, mujeres.

En cuanto a los usuarios que han participado en la revisión externa (y más concretamente, en la valoración de las recomendaciones de la guía Experiencia del usuario del servicio de Salud Mental de adultos), han sido 13 personas, de las cuales 8 fueron varones y 5 mujeres. Todos habían sido diagnosticados de algún tipo de trastorno psicótico, con un promedio de 22 años de evolución, habiendo desde un primer episodio de 3 meses de evolución a diagnósticos establecidos de

esquizofrenia de 50 años de evolución. Su edad media fue 47 años, con un rango entre 31 y 66. Un 31% tenía estudios universitarios, un 23% estudios secundarios y el resto estudios elementales o desconocidos.
Todos los revisores han participado voluntariamente, sin recibir remuneración alguna.

Del total de 139 recomendaciones, los revisores externos indicaron sugerencias o modificaciones en 47. Todas las propuestas fueron evaluadas y consideradas por el Comité Organizador de la Guía, introduciéndose tras finalizar el proceso un total de 22 modificaciones, de las cuales 4 han sido cambios en el contenido de la recomendación y 18 han sido cambios en la redacción para mejorar o clarificar el significado de la recomendación. El resto de sugerencias han sido contestadas sin implicar cambios en la recomendación. La mayoría de estas sugerencias estaban relacionadas con la no disponibilidad de algunos equipos o servicios en nuestro contexto, por ejemplo, equipos de intervención en crisis o defensor del usuario de los servicios de salud mental, pero el Comité Organizador de la Guía consideró que sería preferible mantener estas recomendaciones, ya que este tipo de recomendaciones, aunque no podrían cumplirse a fecha de publicación de la Guía, sí podrían servir de información para usuarios, familiares, profesionales y gestores sobre los modelos de organización de atención sanitaria que han demostrado su utilidad, y de esta manera orientar la toma de decisiones institucional con respecto a la futura organización de los servicios de salud mental.
En general, revisores tanto profesionales como usuarios coincidían en que la redacción de las recomendaciones de la guía “Experiencia del usuario del servicio de salud mental de adultos” resultaba demasiado compleja, dando lugar a recomendaciones muy largas que costaba leer y entender. Por este motivo, este grupo de recomendaciones se ha resumido y simplificado. Las modificaciones concernientes al contenido de estas recomendaciones se centraron fundamentalmente en el contenido legal de la recomendación 6, que ha sido modificada y adaptada a la legislación vigente en nuestro país, y la 7.2, en la que se han usado términos más sencillos en lugar de hacer referencia a los artículos de la ley propiamente. La figura del defensor del usuario de los servicios de salud mental (recomendación 7.6) es bastante desconocida en nuestro contexto, y ha suscitado bastantes dudas y disenso entre los revisores y, sobre todo, en revisores usuarios.

Sin embargo, dado que está previsto contar con esta figura en el Sistema Sanitario Público de Andalucía en los próximos años, el Comité Organizador ha decidido dejar una referencia a ésta.

El resto de las modificaciones han consistido en cambios en la redacción o corrección de erratas/errores para hacer más fáciles y comprensibles las recomendaciones.

Toda la información relativa a este proceso ha sido enviada más detalladamente al conjunto de revisores externos.

- *Paso 20. Consultar con organizaciones profesionales:*

Asimismo, esta guía cuenta con el respaldo de las siguientes instituciones y organizaciones profesionales:

- 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).

- *Paso 21. Consultar con los desarrolladores de la guía original, especialmente si se han hecho modificaciones en las recomendaciones.*

Se realizó una consulta vía email a los autores originales de la guía solicitando su permiso al principio del proceso de adaptación. Posteriormente y ante la falta de respuesta, una vez elaborado el primer borrador, se le envío una copia a través del nuevo formulario on line y se pagaron los derechos de adaptación (tercer trimestre de 2018).

- *Paso 22. Agradecimientos documentos de origen.*

  Agradecemos al National Institute for Health and Care Excellence (NICE) los derechos de uso de su guía como base para la actual GPC.

### Módulo de desarrollo de un plan de actualización

- *Paso 23. Plan de actualización.*

  La guía se actualizará cuando el volumen de resultados de investigación relacionados con las recomendaciones se haya modificado en más de un 50% o, en su defecto, cada cinco años.

### Módulo de producción final

- *Paso 24. Producir el documento de la guía final:*

  Finalmente, tras discutir el Comité Organizador las sugerencias de los distintos revisores y contestar, se realizaron las modificaciones pertinentes y se realizó el documento final.

## FINANCIACIÓN

Los derechos de uso otorgados por el *National Institute for Health and Care Excellence* han sido financiados con cargo a fondos para el Uso Racional del Medicamento gestionados por la Escuela Andaluza de Salud Pública.

## CONFLICTO DE INTERÉS

Todos los autores de la guía, incluidos el comité organizador, ha rellenado el modelo de Conflicto de Interés propuesto por Guiasalud. Los integrantes del comité organizador declaran no tener conflicto de interés con ninguna de las entidades potencialmente vinculadas a las recomendaciones de esta guía. Todos los datos sobre el conflicto de interés de los integrantes del panel multidisciplinar están disponibles para quien los desee solicitar en la siguiente dirección de correo: miopinionsirve@gmail.com.

## IMPLEMENTACIÓN DE LA GUÍA

La guía será sometida a un proceso de implementación a nivel local a partir de 2019 y se va a desplegar un programa específico basado en intervenciones multicomponentes que incluirán:

- Constitución de un grupo multiprofesional que guiará el proceso, en el que se incluirá un asesor metodológico.
- Análisis de barreras y facilitadores. Ya se han comenzado los primeros estudios destinados al análisis de barreras y facilitadores. Así, se ha realizado un estudio Delphi con profesionales del Sistema Andaluz de Salud (n=54) en el que se proponía la valoración de la factibilidad y la adecuación de las principales recomendaciones de la GPC y muy especialmente las recomendaciones cuya implementación requerirían una reforma significativa de la organización de la atención sanitaria. También se va a realizar un estudio sobre el manejo de la psicosis en Atención Primaria, sobre todo la atención a los primeros episodios (detección, información, derivación a los servicios de salud mental…) y el manejo de la salud física en usuarios con esquizofrenia establecida. Los resultados de estos estudios nos proporcionarán las claves para intentar atenuar las barreras y reforzar los facilitadores identificados. Además, en la fase de presentación de la GPC, se mantendrá una especial atención a posibles barreras específicas no detectadas en los estudios previamente descritos y que pudieran afectar a la implementación en este entorno específico. En particular, se pondrá especial énfasis en los factores derivados de los profesionales (competencia, actitudes y opiniones, motivación para el cambio, características personales) y del contexto (influencia de colegas, pacientes, representantes, organización, tiempo, recursos, costes…).
- Análisis basal de los centros en los que se va a implementar. Sobre una batería de indicadores que se están diseñando actualmente, se realizará una evaluación basal, que posteriormente será utilizada en los procesos de auditoría y retroalimentación a los profesionales e implicados en la GPC. La selección de los indicadores se estructurará de acuerdo al modelo propuesto por la RNAO canadiense e incluida en algunas de las guías metodológicas sobre implementación más utilizadas. Se diseñarán indicadores de estructura, proceso y resultado que describan procesos organizativos, aspectos clínicos y de los pacientes, así como de los costes.
- Se implicará a los equipos directivos de los dos niveles asistenciales en la organización del proceso global de implementación para facilitar aspectos relacionados con los recursos estructurales y organizativos necesarios, así como

con la vinculación de algunas recomendaciones a procesos asistenciales y modelos de incentivación y evaluación de las Unidades de Gestión Clínica.

Las acciones de implementación que se van a realizar incluirán fundamentalmente: implicación de líderes locales que actuarán como facilitadores internos de los Centros y Dispositivos, formación proactiva con casos reales de la práctica habitual y resueltos con las recomendaciones de la Guía, elaboración de versiones resumida y breve de la GPC así como de material de soporte (por ejemplo, recordatorios, folletos de información para usuarios y familiares…), difusión local en los Centros, inclusión de objetivos en las Unidades de Gestión Clínica con vinculación a incentivos, apoyo institucional y de referentes científicos, consultoría del proceso por parte del grupo de implementación para la resolución de dudas y detección de áreas de mejora en aspectos locales específicos y diseño de estrategias concretas, así como difusión en medios y marketing externo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amor G, Vega A, Villena A, Gómez-Ocaña C, Morales-Asencio JM, Hurtado MM. Implicación de usuarios diagnosticados de Trastorno de Ansiedad Generalizada en la elaboración de una guía de práctica clínica. Universitas Psychologica. 2018;17(2):1-10. https:// doi.org/10.11144/Javeriana.upsy.17-2.iudt

APA. Guideline Watch: Practice Guideline for the Treatment of patients with schizophrenia. 2009.

Brouwers M, Kho ME, Browman GP, et al., on behalf of the AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. Canadian Medical Association Journal. 2010;182(18):E839-E842.

Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Optimal Use Recommendations for Atypical Antipsychotics: Combination and High-Dose Treatment Strategies in Adolescents and Adults with Schizophrenia. 2011.

Canadian Psychiatric Association. Clinical Practice Guidelines. Treatment of Schizophrenia. 2005.
Galletly C, Castle D, Dark F, Humberstone V, Jablensky A, Killackey A, Kulkarni J, McGorry P, Nielssen O, Tran N. (2016. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2016;50(5):1-117.

García-Herrera Pérez Bryan JM, Nogueras Morillas EV, Muñoz Cobos F, Morales Asencio JM. 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, 2011.

García-Herrera Pérez-Bryan JM, Hurtado Lara MM, Nogueras Morillas EV, Bordallo Aragón 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. Hospital Regional de Málaga. Servicio Andaluz de Salud, Málaga, 2015.

Ising HK, Kraan TC, Rietdijk J, Dragt S, Klaassen RM, Boonstra N, et al. Four-Year Follow-up of Cognitive Behavioral Therapy in Persons at Ultra-High Risk for Developing Psychosis: The Dutch Early Detection Intervention Evaluation (EDIE-NL) Trial. Schizophrenia Bulletin. 2016;42(5):1243-52. doi: 10.1093/schbul/sbw018.

Ising HK, Lokkerbol J, Rietdijk J, Dragt S, Klaassen RM, Kraan T, et al. Four-Year Cost-effectiveness of Cognitive Behavior Therapy for Preventing First-episode Psychosis: The Dutch Early Detection Intervention Evaluation (EDIE-NL) Trial. Schizophrenia Bulletin. 2017;43(2):365-374. doi: 10.1093/schbul/sbw084.

Ising HK, Smit F, Veling W, Rietdijk J, Dragt S, Klaassen RM, et al. Cost-effectiveness of preventing first-episode psychosis in ultra-high-risk subjects: multi-centre randomized controlled trial. Psychological Medicine. 2015;45(7):1435-46. doi: 10.1017/S0033291714002530.

McGorry PD, Nelson B, Phillips LJ, Yuen HP, Francey SM, Thampi A, et al. Randomized controlled trial of interventions for young people at ultra-high risk of psychosis: twelve-month outcome. Journal of Clinical Psychiatry. 2013;74(4):349-56. doi: 10.4088/JCP.12m07785.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de Práctica Clínica sobre la esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. 2009.
Ministry of Health, Malasya. Clinical Practice Guidelines. Management of Schizophrenia in adults. 2009.

NICE. Service user experience in adult mental health: improving the experience of care for people using adult mental health service. Clinical guideline CG136. 2011.

NICE. Psychosis and Schizophrenia in adults. The NICE Guideline on Treatment and Management. 2014.

Nogueras EV, Hurtado MM, Flordelís E, García-Herrera JM, Morales-Asencio JM. Use of the ADAPTE Method to Develop a Guideline for the Improvement of Depression Care in Primary Care. Psychiatric Services. 2017;68(8):759-61. doi: 10.1176/appi.ps.201700163.

SIGN. Management of schizophrenia. 2013.

Verma S, Chan LL, Chee KS, Chen H, Chin SA, Chong SA, et al. Ministry of Health Clinical Practice Guidelines: Schizophrenia. Singapore Medical Journal. 2011;52(7):521.

# 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 de la guía, sobre todo en relación a las áreas de incertidumbre 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.

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 80 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 Pérez-Bryan, J.M.ª, Nogueras Morillas, E.V., Muñoz Cobos, F. & Morales Asencio, J.M. (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.

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. (2105). The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry, 12th Edition. London: Wiley-Blackwell.

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.

# Resumen de las recomendaciones

| Resumen de las recomendaciones | |
|---|---|
| **Recomendaciones clave para la aplicación de esta Guía** | |
| *Prevención de la psicosis* | |
| **B.3.1** | Si se considera que una persona tiene un riesgo importante de desarrollar una psicosis (como se describe en la recomendación B.1.1):<br>• considere la terapia cognitivo-conductual individual (TCC) con o sin intervención familiar (proporcionada como se describe en el área 9) **y**<br>• **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. |
| *Primer episodio de psicosis* | |
| **C.1.1** | 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. |
| **C.3.2** | **Evalúe** la presencia de un trastorno de estrés post-traumático y otras reacciones a acontecimientos traumáticos, porque las personas con psicosis o con 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. |

## Resumen de las recomendaciones

| | |
|---|---|
| **Recomendaciones clave para la aplicación de esta Guía** | |
| *Primer episodio de psicosis* | |
| **C.5.1** | 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:<br>• metabólicos (que incluya el aumento de peso y la diabetes)<br>• extrapiramidales (que incluya acatisia, discinesia y distonía)<br>• cardiovasculares (que incluya la prolongación del intervalo QT)<br>• hormonales (que incluya el aumento de prolactina en plasma)<br>• otros (incluyendo las experiencias subjetivas desagradables). |
| **C.6.10** | **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). |
| *Episodios agudos posteriores de psicosis o de esquizofrenia y la derivación en crisis* | |
| **D.4.1** | **Ofrezca** TCC a todas las personas con psicosis o esquizofrenia (proporcionada como se describe en la recomendación C.7.1). Esta se puede iniciar durante la fase aguda o temprana e incluso en el ámbito hospitalario. |
| **D.4.2** | **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 C.7.2). Esta se puede iniciar durante la fase aguda o temprana e incluso en el ámbito hospitalario. |

| Resumen de las recomendaciones | |
|---|---|
| **Recomendaciones clave para la aplicación de esta Guía** | |
| *Promover la recuperación y la posible atención posterior* | |
| **E.3.2** | 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 diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia. Incluya todos los controles especificados en la recomendación C.6.2 y 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. |
| **E.9.2** | **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). |
| **E.10.1** | **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. |

## Resumen de las recomendaciones

### A.- Atención en todas las fases

*A.1. Experiencia del usuario*

| | |
|---|---|
| A.1.1 | **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:<br>• **trabaje** en colaboración con las personas con esquizofrenia y sus cuidadores<br>• **ofrezca** ayuda, tratamiento y atención en un clima de esperanza y optimismo<br>• **disponga** del tiempo necesario para construir relaciones de apoyo y empatía como una parte esencial de la atención. |

*A.2. Raza, cultura y etnicidad*

| | |
|---|---|
| A.2.1 | 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. |

| Resumen de las recomendaciones | |
|---|---|
| **A.- Atención en todas las fases** | |
| *A.2. Raza, cultura y etnicidad* | |
| A.2.2 | Los profesionales sanitarios que trabajan con personas con psicosis o esquizofrenia **deberían** asegurarse de que son competentes en:<br>• habilidades de evaluación para las personas de diversos orígenes étnicos y culturales<br>• utilizar modelos explicativos de la enfermedad para las personas de diversos orígenes étnicos y culturales<br>• explicar las causas de la psicosis o la esquizofrenia y las opciones de tratamiento<br>• abordar las diferencias culturales y étnicas en las expectativas de tratamiento y la adherencia<br>• 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<br>• habilidades de negociación para trabajar con las familias de las personas con psicosis o esquizofrenia en el manejo y resolución de conflictos. |
| A.2.3 | 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. |

| Resumen de las recomendaciones | |
|---|---|
| **A.- Atención en todas las fases** | |
| *A.3 Salud física* | |
| A.3.1 | 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. |
| A.3.2 | 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. |
| A.3.3 | **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. |
| A.3.4 | Considere una de las siguientes acciones para ayudar a las personas a dejar de fumar:<br>• 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**<br>• bupropion para las personas con diagnóstico de esquizofrenia **o**<br>• vareniclina para las personas con psicosis o esquizofrenia.<br>**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. |

| Resumen de las recomendaciones | |
|---|---|
| **A.- Atención en todas las fases** | |
| *A.3. Salud física* | |
| A.3.5 | 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. |
| A.3.6 | **Realice** un seguimiento rutinario del peso y de los indicadores de morbilidad metabólicos y cardiovasculares en las personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia. Incluya todos los controles especificados en la recomendación 8.3. Éstos deben ser reflejados en el informe anual del equipo. |
| A.3.7 | 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. |
| *A.4. Prestación de servicios integrales* | |
| A.4.1 | Todos los equipos que prestan servicios a las personas con psicosis o esquizofrenia **deberían** ofrecer una amplia gama de intervenciones coherentes con esta Guía. [2009] |
| *A.5. El apoyo a las personas cuidadoras* | |
| A.5.1 | **Ofrezca** a los cuidadores de personas con 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. |

| Resumen de las recomendaciones | |
|---|---|
| **A. Atención en todas las fases** | |
| *A.5 El apoyo a las personas cuidadoras* | |
| A.5.2 | **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. |
| A.5.3 | **Proporcione** a las personas cuidadoras información verbal y escrita en un formato accesible sobre:<br>• diagnóstico y tratamiento de la psicosis y la esquizofrenia<br>• resultados positivos y recuperación<br>• tipos de apoyo a las personas cuidadoras<br>• rol de los equipos y servicios<br>• obtener ayuda en caso de crisis.<br>Cuando se proporciona información, **ofrezca** apoyo al cuidador, si es necesario. |
| A.5.4 | **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. |
| A.5.5 | **Revise** regularmente cómo se comparte la información, sobre todo si hay dificultades de comunicación y colaboración entre el usuario y la persona cuidadora. |
| A.5.6 | **Incluya** a las personas cuidadoras en la toma de decisiones si el usuario está de acuerdo. |

| Resumen de las recomendaciones | |
|---|---|
| **A.- Atención en todas las fases** | |
| *A.5. El apoyo a las personas cuidadoras* | |
| **A.5.7** | **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**:<br>• estar disponible cuando sea necesario<br>• tener un mensaje positivo sobre la recuperación. |
| *A.6 El apoyo mutuo y el autocuidado* | |
| **A.6.1** | Considere el apoyo entre iguales para las personas con psicosis o esquizofrenia con el fin de 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 deberían recibir apoyo de todo el equipo así como la tutorización de otros pacientes expertos con más experiencia. |
| **A.6.2** | Considere un programa de autoayuda estandarizado proporcionado de forma presencial a los usuarios del servicio, como parte del tratamiento y el manejo de la psicosis o la esquizofrenia. |

## Resumen de las recomendaciones

### A.- Atención en todas las fases

*A.6 El apoyo mutuo y el autocuidado*

| | |
|---|---|
| A.6.3 | Los programas de autoayuda y de apoyo entre iguales **deberían** incluir información y consejos sobre:<br>• la psicosis y la esquizofrenia<br>• el uso eficaz de la medicación<br>• la identificación y manejo de los síntomas<br>• el acceso a la salud mental y a otros servicios de apoyo<br>• manejo del estrés y otros problemas<br>• qué hacer en caso de crisis<br>• la construcción de una red de apoyo social<br>• la prevención de recaídas y el establecimiento de objetivos personales de recuperación. |

### B.- Prevención de la psicosis

*B.1 La derivación desde atención primaria*

| | |
|---|---|
| B.1.1 | Si una persona está angustiada, tiene una disminución en el funcionamiento social y tiene:<br>• síntomas psicóticos transitorios o atenuados u<br>• otras experiencias o comportamientos indicativos de posible psicosis o<br>• un familiar de primer grado con psicosis o esquizofrenia,<br>**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 puede tener un riesgo importante de desarrollar psicosis. |

| Resumen de las recomendaciones | |
|---|---|
| **B.- Prevención de la psicosis** | |
| *B.2 Evaluación por el especialista* | |
| B.2.1 | Un psiquiatra o un especialista con experiencia en estados mentales de riesgo **debería** llevar a cabo la evaluación. |
| *B.3 Las opciones de tratamiento para prevenir la psicosis* | |
| B.3.1 | Si se considera que una persona tiene un riesgo importante de desarrollar una psicosis (como se describe en la recomendación B.1.1):<br>• considere ofrecer la terapia cognitivo-conductual individual (TCC) con o sin intervención familiar (proporcionada como se describe en el área 9) **y**<br>• **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. |
| B.3.2 | **No ofrezca** medicación antipsicótica:<br>• a las personas que se considera que tienen un riesgo importante de desarrollar psicosis (como se describe en la recomendación B.1.1) **o**<br>• con el objetivo de disminuir el riesgo o de prevenir la psicosis. |

| Resumen de las recomendaciones | |
|---|---|
| **B.- Prevención de la psicosis** | |
| *B.4 Control y seguimiento* | |
| B.4.1 | Si, después del tratamiento (como se describe en la recomendación B. 3.1), 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.<br>**Determine** la frecuencia y la duración de la vigilancia por:<br>• la gravedad y la frecuencia de los síntomas<br>• el nivel de deterioro y/o angustia y<br>• el grado de preocupación o de ruptura de la familia. |
| B.4.2 | 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. |
| **C.- Primer episodio de psicosis** | |
| *C.1 La intervención temprana en los servicios de salud mental* | |
| C.1.1 | 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. |

| Resumen de las recomendaciones | |
|---|---|
| **C. Primer episodio de psicosis** | |
| *C.1 La intervención temprana en los servicios de salud mental* | |
| C.1.2 | 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. |
| C.1.3 | 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. |
| C.1.4 | 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 la esquizofrenia. |
| *C.2 Atención primaria* | |
| C.2.1 | **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. |

## Resumen de las recomendaciones

### C.- Primer episodio de psicosis

*C.3 Evaluación y planificación de la atención*

| | |
|---|---|
| C.3.1 | **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:<br>• 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)<br>• 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<br>• la salud y bienestar físico (incluyendo el peso, tabaquismo, nutrición, actividad física y salud sexual)<br>• psicológico y psicosocial, incluyendo redes sociales, las relaciones y la historia de acontecimientos traumáticos<br>• del desarrollo (social, cognitivo y el desarrollo motor y las habilidades, incluyendo los trastornos del neurodesarrollo asociados)<br>• social (alojamiento, cultura y origen étnico, actividades de ocio y placenteras, y las responsabilidades con los niños o como cuidador)<br>• ocupacional y educativo (asistencia al colegio o universidad, nivel educativo, trabajo y actividades de la vida diaria)<br>• calidad de vida<br>• situación económica. |

| Resumen de las recomendaciones | |
|---|---|
| **C.- Primer episodio de psicosis** | |
| *C.3 Evaluación y planificación de la atención* | |
| C.3.2 | **Evalúe** la presencia de un trastorno de estrés post-traumático y otras reacciones a acontecimientos traumáticos porque las personas con psicosis o 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. |
| C.3.3 | **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. |
| C.3.4 | **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. |
| C.3.5 | 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. |

| Resumen de las recomendaciones | |
|---|---|
| **C. Primer episodio de psicosis** | |
| *C.4 Las opciones de tratamiento* | |
| C.4.1 | Para las personas con un primer episodio de psicosis **ofrezca**: medicación antipsicótica oral (ver área 8) conjuntamente con intervenciones psicológicas (intervención familiar y TCC individual, proporcionadas como se describe en el área 9). |
| C.4.2 | **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:<br>• **ofrezca** intervención familiar y TCC<br>• **acuerde** un tiempo (1 mes o menos) para revisar las opciones de tratamiento, incluyendo la introducción de medicación antipsicótica<br>• **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). |
| C.4.3 | 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. |

| Resumen de las recomendaciones | |
|---|---|
| **C.- Primer episodio de psicosis** | |
| *C.5 Elección de la medicación antipsicótica* | |
| C.5.1 | 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:<br>• metabólicos (que incluya el aumento de peso y la diabetes)<br>• extrapiramidales (que incluya acatisia, discinesia y distonía)<br>• cardiovasculares (que incluya la prolongación del intervalo QT)<br>• hormonales (que incluya el aumento de prolactina en plasma)<br>• otros (incluyendo las experiencias subjetivas desagradables). |
| *C.6 Cómo utilizar la medicación antipsicótica* | |
| C.6.1 | Antes de iniciar un tratamiento con medicación antipsicótica, **realice** y **anote** los siguientes datos básicos:<br>• peso (trazado en un gráfico)<br>• perímetro abdominal<br>• pulso y tensión arterial<br>• glucemia en ayunas, hemoglobina glicosilada (HbA1c), perfil lipídico en sangre y niveles de prolactina<br>• evaluación de trastornos del movimiento<br>• evaluación del estado nutricional, dieta, nivel de actividad y consumo de tabaco. |

| Resumen de las recomendaciones | |
|---|---|
| **C.- Primer episodio de psicosis** | |
| *C.6 Cómo utilizar la medicación antipsicótica* | |
| C.6.2 | Antes de iniciar la medicación antipsicótica, **ofrezca** a la persona con psicosis o esquizofrenia un electrocardiograma (ECG) si:<br>• está especificado en la ficha técnica del fármaco<br>• en un examen físico se ha identificado un riesgo cardiovascular específico (como el diagnóstico de hipertensión arterial)<br>• hay una historia personal de enfermedad cardiovascular **o**<br>• el usuario está hospitalizado. |
| C.6.3 | El tratamiento con medicación antipsicótica **debería** considerarse como una terapia personalizada de la que se informa con claridad. **Incluya** lo siguiente:<br>• **Comente** y **registre** los efectos secundarios que la persona está más dispuesta a tolerar.<br>• **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.<br>• Al inicio del tratamiento **dé** una dosis del extremo inferior del rango aprobado y aumente lentamente dentro del mismo rango que figura en la ficha técnica del fármaco.<br>• **Justifique** y **registre** las razones para dar dosis fuera del rango recomendado en la ficha técnica del fármaco.<br>• **Anote** las razones para continuar, cambiar o suspender la medicación y los efectos de tales cambios.<br>• **Realice** un ensayo de la medicación en la dosis óptima durante 4-6 semanas. |

| Resumen de las recomendaciones | |
|---|---|
| **C.- Primer episodio de psicosis** | |
| *C.6 Cómo utilizar la medicación antipsicótica* | |
| C.6.4 | **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:<br>• respuesta al tratamiento, incluyendo cambios en los síntomas y en el comportamiento<br>• 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<br>• aparición de trastornos del movimiento<br>• peso, semanalmente durante las primeras 6 semanas, a continuación a las 12 semanas, al año y luego anualmente (trazado en un gráfico)<br>• perímetro abdominal, anualmente (trazado en un gráfico)<br>• 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<br>• adherencia<br>• la salud física general. |
| C.6.5 | 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. |

| Resumen de las recomendaciones | |
|---|---|
| **C.- Primer episodio de psicosis** | |
| *C.6. Cómo utilizar la medicación antipsicótica* | |
| C.6.6 | **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.<br>**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. |
| C.6.7 | **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.<br>**Comente** la posible interferencia con los efectos terapéuticos de la medicación prescrita y los tratamientos psicológicos. |
| C.6.8 | La prescripción " a demanda" de medicación antipsicótica **deberá** hacerse tal como se describe en la recomendación C.6.3. **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. |
| C.6.9 | **No utilice** una dosis de carga/ataque de medicación antipsicótica (con frecuencia denominada "neuroleptización rápida"). |
| C.6.10 | **No inicie** de manera habitual un tratamiento con medicación antipsicótica con fármacos asociados, excepto durante períodos cortos (por ejemplo, cuando se realiza un cambio de medicación). |
| C.6.11 | Si prescribe clorpromazina, **advierta** de su potencial de causar fotosensibilidad en la piel. Aconseje, si es necesario, el uso de un protector solar. |

## Resumen de las recomendaciones

### C.- Primer episodio de psicosis

*C.7 Cómo proporcionar las intervenciones psicológicas*

**C.7.1**

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 los síntomas o su recurrencia
  - promover formas alternativas para afrontar los síntomas diana
  - reducir la angustia
  - mejorar el funcionamiento.

*Son de elección los manuales de tratamiento de los que hay evidencia de su eficacia en ensayos clínicos.

**C.7.2**

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.

| Resumen de las recomendaciones | |
|---|---|
| **C.- Primer episodio de psicosis** | |
| *C.8 Supervisión y evaluación de las intervenciones psicológicas* | |
| C.8.1 | 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. |
| C.8.2 | Los equipos sanitarios que trabajan con personas con psicosis o esquizofrenia **deberían** identificar a un profesional sanitario dentro del equipo que tenga la responsabilidad de supervisar y revisar:<br>• el acceso y el compromiso con las intervenciones psicológicas<br>• las decisiones para ofrecer intervenciones psicológicas y<br>• la igualdad de acceso para los diferentes grupos étnicos. |
| *C.9 Competencias para la prestación de las intervenciones psicológicas* | |
| C.9.1 | Los profesionales sanitarios que proporcionan las intervenciones psicológicas **deberían**:<br>• tener un nivel de competencia apropiado en la prestación de la intervención, para las personas con psicosis o esquizofrenia<br>• ser supervisados regularmente durante la terapia psicológica por un terapeuta competente. |
| C.9.2 | 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. |

| Resumen de las recomendaciones | |
|---|---|
| **D.- Episodios agudos posteriores de psicosis o esquizofrenia y derivación en crisis** | |
| *D.1 Intervenciones de dispositivos del servicio* | |
| D.1.1 | **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. |
| D.1.2 | 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. |
| D.1.3 | 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. |
| D.1.4 | 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 género 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). |

| Resumen de las recomendaciones | |
|---|---|
| **D.- Episodios agudos posteriores de psicosis o esquizofrenia y la derivación en crisis** | |
| *D.2 Las opciones de tratamiento* | |
| D.2.1 | Para las personas con una exacerbación aguda o recurrencia de la psicosis o esquizofrenia, **ofrezca**:<br>• medicación antipsicótica oral (ver área 8) conjuntamente con<br>• intervenciones psicológicas (intervención familiar y TCC individual, proporcionadas como se describe en el área 9**)**. |
| *D.3 El tratamiento farmacológico* | |
| D.3.1 | 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 área 8). Tenga en cuenta la respuesta clínica y los efectos secundarios del usuario a la medicación actual y anterior. |
| *D.4 Las intervenciones psicológicas y psicosociales* | |
| D.4.1 | **Ofrezca** TCC a todas las personas con psicosis o esquizofrenia (proporcionada como se describe en la recomendación C.7.1). Esta se puede iniciar ya sea durante la fase aguda o temprana e incluso en el ámbito hospitalario. |
| D.4.2 | **Ofrezca** intervención familiar a todos los familiares 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 C. 7.2). Ésta se puede iniciar durante la fase aguda o temprana e incluso en el ámbito hospitalario. |

| Resumen de las recomendaciones | |
|---|---|
| **Episodios agudos posteriores de psicosis o esquizofrenia y la derivación en crisis** | |
| *D.4 Las intervenciones psicológicas y psicosociales* | |
| **D.4.3** | 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. |
| **D.4.4** | 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.<br>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:<br>• 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<br>• ayudar a las personas a expresarse y a organizar su experiencia (sentimientos) de una forma artística satisfactoria<br>• ayudar a la persona 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. |
| **D.4.5** | 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. |

| Resumen de las recomendaciones | |
|---|---|
| **D.- Episodios agudos posteriores de psicosis o esquizofrenia y la derivación en crisis** | |
| *D.4 Las intervenciones psicológicas y psicosociales* | |
| D.4.6 | **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. |
| D.4.7 | **No ofrezca** terapia de adhesión al tratamiento farmacológico (como intervención específica) a las personas con psicosis o esquizofrenia. |
| D.4.8 | **No ofrezca** rutinariamente entrenamiento en habilidades sociales (como una intervención específica) a personas con psicosis o esquizofrenia. |
| *D.5 Conducta desafiante* | |
| D.5.1 | 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 D.5.2 y D.5.5). |
| D.5.2 | **Siga** las recomendaciones de la guía clínica NICE *Violencia*, cuando se enfrente a una situación de violencia inminente o cuando considere la tranquilización rápida. |
| D.5.3 | 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. |

| Resumen de las recomendaciones | |
|---|---|
| **D.- Episodios agudos posteriores de psicosis o esquizofrenia y la derivación en crisis** | |
| *D.5 Conducta desafiante* | |
| **D.5.4** | **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. |
| **D.5.5** | **Siga** las recomendaciones de la guía NICE *Autolesión* (Guía 16) cuando maneje actos de auto-lesión en personas con psicosis o esquizofrenia. |
| *D.6 Después de la finalización de un episodio agudo* | |
| **D.6.1** | 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. |
| **D.6.2** | 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. |
| **D.6.3** | **Informe** al usuario que tiene un alto riesgo de recaída si deja la medicación en los siguientes 1-2 años. |
| **D.6.4** | Si retira la medicación antipsicótica, **hágalo** gradualmente y **supervise** regularmente al usuario para detectar signos y síntomas de recaída. |
| **D.6.5** | Después de retirar la medicación antipsicótica, **continúe** el seguimiento durante al menos 2 años para detectar signos y síntomas de recaída. |

| Resumen de las recomendaciones | |
|---|---|
| **E.- Promoviendo la recuperación y la posible atención posterior** | |
| *E.1 Principios generales* | |
| E.1.1 | **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**:<br>• ofrecer toda la gama de intervenciones psicológicas, farmacológicas, sociales y ocupacionales recomendadas en esta Guía<br>• ser competente para proporcionar todas las intervenciones que se ofrecen<br>• poner el énfasis en el compromiso (en la implicación) del usuario, más que en la gestión de los riesgos<br>• proporcionar tratamiento y cuidado en el ambiente menos restrictivo y estigmatizante posible, y en un clima de esperanza y optimismo en línea con la Guía NICE *Experiencia del usuario del servicio de salud mental de adultos*. |
| E.1.2 | 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. |
| E.1.3 | **Revise** la medicación antipsicótica anualmente, incluyendo los beneficios y efectos secundarios observados. |

| Resumen de las recomendaciones | |
|---|---|
| **E.- Promover la recuperación y la posible atención posterior** | |
| *E.2 Derivación a atención primaria* | |
| E.2.1 | **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, **anótelo** en su historia clínica y coordine la transferencia de responsabilidades a través del *Abordaje Programado de la Atención*. |
| *E.3 Atención primaria. Control de la salud física* | |
| E.3.1 | **Desarrolle** y **utilice** en atención primaria un registro de casos para controlar la salud física y mental de las personas con psicosis o esquizofrenia. |
| E.3.2 | 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 diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia. Incluya todos los controles especificados en la recomendación C.6.2, 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. |

| Resumen de las recomendaciones | |
|---|---|
| **E. Promover la recuperación y la posible atención posterior** | |
| *E.3 Atención primaria. Control de la salud física* | |
| E.3.3 | **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*, *Prevención de la diabetes tipo 2*, *Obesidad*, *Hipertensión, Prevención de la enfermedad cardiovascular* y *Actividad física*. |
| E.3.4 | **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*, *Diabetes Tipo1* y *Diabetes tipo 2 - nuevos agentes*). |
| E.3.5 | 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 E.3.1, E.3.3 y E.3.4. |
| *E.4 Recaída y nueva derivación a salud mental* | |
| E.4.1 | 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. |

| Resumen de las recomendaciones | |
|---|---|
| **E.- Promover la recuperación y la posible atención posterior** | |
| *E.4 Recaída y nueva derivación a salud mental* | |
| E.4.2 | Considere la derivación a salud mental de nuevo, para una persona con psicosis o esquizofrenia que está siendo atendida en atención primaria, si presenta:<br>• mala respuesta al tratamiento<br>• falta de adherencia a la medicación<br>• efectos secundarios intolerables de la medicación<br>• abuso de sustancias<br>• riesgo para sí mismo o para otros<br>• por deseo expreso del usuario. |
| E.4.3 | Cuando se vuelve a derivar a personas con psicosis o esquizofrenia a los servicios de salud mental, tenga en cuenta las peticiones de los usuarios y las personas cuidadoras, especialmente para:<br>• la revisión de los efectos secundarios de los tratamientos farmacológicos que está tomando<br>• los tratamientos psicológicos u otras intervenciones. |
| *E.5 Cambio de área de atención* | |
| E.5.1 | 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. |

| Resumen de las recomendaciones | |
|---|---|
| **E.- Promover la recuperación y la posible atención posterior** | |
| *E.6 Las intervenciones psicológicas* | |
| E.6.1 | **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 C.7.1. |
| E.6.2 | **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 C.7.2. |
| E.6.3 | La intervención familiar puede ser particularmente útil para las familias de las personas con psicosis o esquizofrenia que tienen:<br>• una recaída reciente o están en riesgo de recaída<br>• persistencia de los síntomas. |
| E.6.4 | Considere ofrecer arteterapia para ayudar a promover la recuperación, sobre todo a las personas con síntomas negativos. |
| *E.7 El tratamiento farmacológico* | |
| E.7.1 | La elección del fármaco **debería** estar apoyada en los mismos criterios recomendados para el inicio del tratamiento (ver área 8). |
| E.7.2 | **No utilice** de forma rutinaria estrategias de mantenimiento con dosis intermitentes*<br>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.<br>*Se define como el uso de la medicación antipsicótica exclusivamente durante los períodos de recaída incipiente o exacerbación de los síntomas. |

| Resumen de las recomendaciones | |
|---|---|
| **E.- Promover la recuperación y la posible atención posterior** | |
| *E.7 El tratamiento farmacológico* | |
| **E.7.3** | Considere ofrecer medicación antipsicótica inyectable depot/acción prolongada para las personas con psicosis o esquizofrenia:<br>• que prefieran dicho tratamiento después de un episodio agudo<br>• cuando es una prioridad clínica dentro del plan de tratamiento evitar la no adhesión a la medicación antipsicótica (ya sea intencional o no). |
| *E.8 Uso de medicación antipsicótica inyectable depot/acción prolongada* | |
| **E.8.1** | Cuando se inicia un tratamiento con medicación antipsicótica inyectable depot/acción prolongada:<br>• 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)<br>• tenga en cuenta los mismos criterios recomendados para el uso de los fármacos antipsicóticos orales (ver área 8), en particular en relación con los riesgos y beneficios del régimen de los medicamentos<br>• **utilice** inicialmente una pequeña dosis de prueba según la ficha técnica del fármaco. |

| Resumen de las recomendaciones | |
|---|---|
| **E.- Promover la recuperación y la posible atención posterior** | |
| *E.9 Intervenciones para las personas cuya enfermedad no ha respondido adecuadamente al tratamiento* | |
| E.9.1 | Para las personas con esquizofrenia cuya enfermedad no ha respondido adecuadamente al tratamiento farmacológico o psicológico:<br>• **revise** el diagnóstico<br>• **compruebe** que ha habido adherencia a la medicación antipsicótica prescrita en una dosis adecuada y durante el tiempo adecuado<br>• **revise** el compromiso con y el uso de los tratamientos psicológicos, y asegúrese que éstos se han ofrecido de acuerdo con esta Guía. Si la intervención familiar ya ha sido llevada a cabo, sugerir TCC; si ésta se ha realizado, sugerir la intervención familiar a las personas en estrecho contacto con su familia.<br>• 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. |
| E.9.2 | **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). |
| E.9.3 | Para las personas con esquizofrenia cuya enfermedad no ha respondido adecuadamente a una dosis óptima de clozapina, los profesionales sanitarios **deberían** considerar la recomendación E.9.1 (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. |

| Resumen de las recomendaciones | |
|---|---|
| **E. Promover la recuperación y la posible atención posterior** | |
| *E.10 Empleo, formación y actividades ocupacionales* | |
| **E.10.1** | **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. |
| **E.10.2** | 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. |
| **E.10.3** | **Registre** de manera rutinaria, en los planes de atención, las actividades diarias de las personas con psicosis o esquizofrenia, incluidos los resultados del trabajo. |

# Recomendaciones para la investigación

| Recomendaciones para la investigación | |
|---|---|
| **a).- Salud física** | |
| a).1 | ¿Cuáles son los beneficios para la salud física, a corto y largo plazo, de la suspensión dirigida de la medicación y/o reducción en el primer episodio de psicosis? y ¿se puede lograr esto sin riesgos importantes? |
| **b).- Intervenciones de apoyo por iguales** | |
| b).1 | ¿Cuál es la efectividad clínica y el coste de las intervenciones de apoyo entre iguales, en las personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia? |
| **c).- Intervenciones psicológicas** | |
| c).1 | ¿Cuál es la efectividad clínica y el coste de la intervención psicológica sola, en comparación con el tratamiento habitual, en las personas con psicosis o esquizofrenia que optan por no tomar antipsicóticos? |
| *c).2 Arteterapia* | |
| c).2.1 | Debería realizarse un ECA de potencia estadística adecuada, para investigar la eficacia clínica y el coste de la arteterapia, en comparación con un control activo (por ejemplo, tratamiento simulado de música) en las personas con esquizofrenia. |
| c).2.2 | Debería realizarse un ECA de potencia estadística adecuada, para investigar la duración más apropiada y el número de sesiones de la arteterapia, en las personas con esquizofrenia. |
| *c).3 Intervención temprana de la psicosis* | |
| c).3.1 | ¿Cómo se pueden mantener los beneficios de la intervención temprana, de 3 años de duración, después que los usuarios son dados de alta?. |

| Recomendaciones para la investigación | |
|---|---|
| **c).- Intervenciones psicológicas** | |
| *c).4 Terapia cognitiva conductual* | |
| c).4.1 | Debería llevarse a cabo un ECA con potencia estadística adecuada, para investigar la duración más apropiada y el número de sesiones de TCC, en personas con esquizofrenia. |
| c).4.2 | Debería llevarse a cabo un ECA con potencia estadística adecuada, para investigar la TCC proporcionada por terapeutas altamente capacitados y profesionales de salud mental en comparación con un breve entrenamiento de los terapeutas, en las personas con esquizofrenia. |
| c).4.3 | Se necesita investigación, para identificar las competencias requeridas para proporcionar de manera eficaz TCC, a las personas con esquizofrenia. |
| *c).5 Intervención familiar* | |
| c).5.1 | ¿Cuáles son los beneficios para los usuarios y para las personas cuidadoras, de una intervención familiar combinada con una intervención centrada en el cuidador en comparación con la intervención familiar sola ?. |
| c).5.2 | Para las personas con esquizofrenia, de raza negra y de los grupos de las minorías étnicas que viven en el Reino Unido, la intervención familiar para la esquizofrenia étnicamente adaptada (adaptada en consulta con los grupos de raza negra y de minorías étnicas para adecuarse mejor a las diferentes necesidades culturales y étnicas) ¿permite participar en esta terapia, a más personas de raza negra y de los grupos minoritarios étnicos, y mostrar reducciones concomitantes en las tasas de recaída y en la angustia del cuidador?. |
| c).5.3 | Se necesita investigación, para identificar las competencias requeridas para proporcionar intervención familiar eficaz, a las personas con esquizofrenia y sus cuidadores. |

| Recomendaciones para la investigación | |
|---|---|
| **c).- Intervenciones psicológicas** | |
| *c).6 Terapia psicodinámica* | |
| c).6.1 | Debería realizarse un ECA, para evaluar la eficacia de las formas contemporáneas de la terapia psicodinámica en comparación con la atención estándar y otras intervenciones psicológicas y psicosociales activas. |
| **d).- Tratamiento farmacológico** | |
| d).1 | Se necesitan ECA de mayor duración y que comparen a los antipsicóticos disponibles, sobre la eficacia, la seguridad/tolerabilidad y la aceptabilidad en personas en su primer episodio de esquizofrenia, probando el riesgo-beneficio de la dosis del extremo inferior del rango recomendado. |
| d).2 | Deberían realizarse estudios observacionales a gran escala, de la experiencia con los tratamientos farmacológicos disponibles, basados en encuestas que incluyan componentes cualitativos. Los estudios deberían incluir datos sobre la satisfacción del usuario, efectos secundarios, preferencias, suministro de información y calidad de vida. |
| d).3 | Son necesarios estudios cuantitativos y cualitativos, para investigar la utilidad, la aceptabilidad y la seguridad de los medicamentos disponibles para la sedación urgente/control de los trastornos agudos del comportamiento (incluyendo benzodiazepinas y antipsicóticos), el manejo sistemático de la dosis y la frecuencia de administración del fármaco. |
| d).4 | Se necesitan nuevos estudios sobre la naturaleza y gravedad del síndrome de discontinuación de los fármacos antipsicóticos, que incluya la reaparición de síntomas psicóticos y su relación con las diferentes estrategias de retirada del antipsicótico. |

| Recomendaciones para la investigación | |
|---|---|
| **d). Tratamiento farmacológico** | |
| d).5 | Se necesitan comparaciones directas entre antipsicóticos orales disponibles, para establecer su respectivo beneficio a largo plazo/riesgo, incluyendo los efectos sobre las tasas de recaída, los síntomas persistentes y la eficiencia. Los ensayos deberían prestar especial atención a los beneficios a largo plazo y a los riesgos de los fármacos, incluida la evaluación sistemática de los efectos adversos: efectos metabólicos (incluyendo el aumento de peso), SEP (incluyendo la discinesia tardía), la disfunción sexual, la apatía y la calidad de vida. |
| d).6 | Se necesitan estudios a largo plazo basados en ECA, para establecer la eficiencia y la efectividad clínica de los antipsicóticos inyectables depot/ acción prolongada para establecer su seguridad, la eficacia en términos de prevención de recaídas, el perfil de efectos secundarios y el impacto sobre la calidad de vida. |
| d).7 | Se necesitan estudios a largo plazo basados en ECA, para establecer la efectividad clínica y la eficiencia de potenciar la monoterapia antipsicótica con un antidepresivo, para tratar los síntomas negativos persistentes. |
| d).8 | Se requieren estudios controlados para probar la eficacia y la seguridad de la combinación de antipsicóticos para tratar la esquizofrenia que ha presentado una respuesta deficiente a ensayos adecuados de monoterapia antipsicótica. |
| d).9 | Debería llevarse a cabo un ensayo aleatorio controlado con placebo de la potenciación de la monoterapia con clozapina con un segundo antipsicótico apropiado, para investigar la eficacia y su mantenimiento, cuando un trastorno esquizofrénico refractario ha mostrado sólo una respuesta parcial a la clozapina. |

| Recomendaciones para la investigación | |
|---|---|
| **d).- Tratamiento farmacológico** | |
| d).10 | Debería llevarse a cabo un ensayo aleatorio controlado con placebo, para investigar la eficacia y la eficiencia de la potenciación de la monoterapia antipsicótica con litio, cuando un trastorno esquizofrénico ha presentado sólo una respuesta parcial. Debería abordarse, la respuesta del trastorno con y sin síntomas afectivos. |
| d).11 | Debería llevarse a cabo un ensayo aleatorio controlado con placebo, para investigar la eficacia y la eficiencia de la potenciación de la monoterapia antipsicótica con valproato sódico, cuando un trastorno esquizofrénico ha presentado solamente una respuesta parcial. Debería abordarse específicamente la respuesta del trastorno en relación a la alteración del comportamiento, concretamente la agresión persistente, para determinar si esta es independiente del efecto sobre la posibles variables de confusión, como los síntomas positivos, la sedación o la acatisia. |
| d).12 | Se requieren más estudios controlados para comprobar las afirmaciones de que la clozapina es particularmente eficaz en la reducción de la hostilidad y la violencia, así como para la evidencia débil de una reducción de las tasas de suicidio, en personas con esquizofrenia. |

| Recomendaciones para la investigación | |
|---|---|
| **e).- Acceso y compromiso a las intervenciones de los dispositivos del servicio** | |
| e).1 | Deberían realizarse ECA de potencia estadística adecuada, de las intervenciones psicológicas y psicosociales para las personas con esquizofrenia, para evaluar su eficacia clínica y el coste en grupos étnicos específicos (o alternativamente en muestras con diversidad étnica). |
| e).2 | Debería llevarse a cabo un ECA con potencia estadística adecuada, para investigar la eficacia clínica y la eficiencia de la TCC que se ha adaptado culturalmente para las personas afro-caribeñas con esquizofrenia, que rechazan o son intolerantes a la medicación. |
| e).3 | Deberían realizarse estudios de servicios especializados y étnicos específicos y de nuevos diseños de servicio, de potencia estadística adecuada, para evaluar su eficacia. Los estudios deberían incluir un número suficiente de grupos étnicos específicos y evaluarlos utilizando medidas acordadas de alta calidad (Moffat et al., 2009). |
| e).4 | La capacitación del personal en competencia cultural a nivel individual y a nivel organizativo (proporcionada como un proceso de aprendizaje y de formación integrada en la atención clínica rutinaria y en la prestación del servicio), para las personas con esquizofrenia de los grupos de raza negra y minoritarios étnicos que viven en el Reino Unido, ¿mejoraría la experiencia del usuario sobre la atención y la posibilidad de recuperación y reduciría el desgaste del personal? |
| e).5 | Debería llevarse a cabo un estudio de principio de prueba, de potencia estadística adecuada, para investigar la viabilidad de comparar el desarrollo de competencias lingüísticas para los que tienen el inglés como segunda lengua frente al uso de intérpretes. |

| Recomendaciones para la investigación | |
|---|---|
| **e).- Acceso y compromiso a las intervenciones de los dispositivos del servicio** | |
| e).6 | Debería realizarse un estudio para investigar la participación y la pérdida en el seguimiento, los resultados posibles y las rutas de atención, y los factores que dificultan la implicación. Por ejemplo los factores étnicos, religiosos o de idioma. Puede ser importante la coincidencia de identidad racial que, aunque no es lo mismo que la étnica, puede ser compatible con la competencia para trabajar con diversas identidades. |
| e).7 | Debería llevarse a cabo un estudio en todos los grupos raciales y étnicos, para investigar la utilización del reconocimiento previo por los servicios, que incluya la evaluación, el diagnóstico y la implicación temprana. |

# 1 ¿Qué es la psicosis y la esquizofrenia?

## 1.1.- Síntomas y presentación

La psicosis (y específicamente el diagnóstico de esquizofrenia) 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. Cada persona que desarrolla psicosis o esquizofrenia tendrá su propia combinación de síntomas y experiencias, que variarán en función de sus circunstancias particulares.

En la década transcurrida desde que NICE realizó la primera guía sobre la esquizofrenia (2002), se ha producido un cambio considerable en la comprensión de la complejidad de la psicosis y la esquizofrenia, otorgándose un papel más importante al afecto en las psicosis no afectivas y en los procesos que subyacen a los trastornos. La comprensión actual está todavía limitada por la importante heterogeneidad clínica, fisiopatológica y etiológica de la esquizofrenia y sus límites borrosos con otros trastornos psiquiátricos, lo que conduce a un “grupo confuso” o de síndromes superpuestos. Esto a su vez reduce el contenido, la discriminación y la validez predictiva de un constructo unitario (Keshavan et al., 2011).

Por lo general, hay un período "prodrómico", que a menudo se caracteriza por algún deterioro en el funcionamiento personal. Las dificultades pueden incluir: problemas de memoria y atención, aislamiento social, comportamiento inusual, alteración de la comunicación y el afecto, experiencias perceptivas inusuales que van acompañadas de ideas extrañas, falta de higiene personal y disminución del interés en las actividades

diarias. Durante este período prodrómico, las personas con psicosis a menudo sienten que su mundo ha cambiado, pero su interpretación de este cambio no es compartida por los otros. Los familiares y amigos suelen notar que la persona está cambiando, que está diferente. Los cambios pueden afectar a la capacidad de la persona para estudiar, para conservar su empleo, o mantener relaciones, pudiendo llegar a aislarse cada vez más.

Este período prodrómico es típicamente seguido por una fase aguda con síntomas positivos como alucinaciones (oír, ver o sentir cosas que no perciben otros), delirios (ideas claramente inusuales o extrañas), trastornos del comportamiento y trastornos del pensamiento, cuya presencia hace que el discurso se vuelva confuso y difícil de entender. 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 problemáticos como la falta de motivación y el deterioro de la atención, la memoria y el auto-cuidado. Esto puede interferir con la capacidad de la persona para volver a estudiar, trabajar y gestionar sus actividades diarias. Asimismo puede presentar una conducta ineficaz de afrontamiento al estrés.

En la actualidad hay constancia de que las personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia tienen una alta prevalencia de alteraciones afectivas y de trastornos de ansiedad comórbidos. De hecho, todos los estudios que han analizado la estructura de los síntomas de la experiencia psicótica, incluyen una dimensión de la depresión y de los síntomas relacionados, incluso en los diagnósticos de “no afectivas" (Russo et al., 2013). Más del 90% de los individuos con un primer episodio de psicosis comunicaron depresión en el pródromo, durante el episodio agudo o en el año después de la recuperación de los síntomas positivos (Upthegrove et al., 2010).

La fobia social que no es atribuible a la paranoia está presente en hasta un tercio de las personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia con cifras similares para el trastorno de estrés postraumático (TEPT). Si bien las cifras de fobia social y trastorno de estrés postraumático se mantienen constantes a través de las fases, la depresión tiende a presentar un pico durante el pródromo y en la psicosis aguda, pero disminuye alrededor de un tercio después de la recuperación. Se ha demostrado que hay varias vías por las que se

produce la alteración emocional en la psicosis, entre las que se encuentran los factores de riesgo social, comunes tanto para la psicosis como para la depresión, así como una reacción psicológica al propio diagnóstico (Birchwood, 2003).

Las personas varían considerablemente en su patrón de síntomas, en los problemas que presentan y en su evolución, así como en los déficits que persisten. 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 habitualmente ocurren en relación con el estrés, la adversidad, el aislamiento social y la mala adhesión a los tratamientos. Así, algunas personas sólo experimentan breves “experiencias desconcertantes”, mientras que otras van a vivir con ellas durante meses o años. A más largo plazo (hasta 15 años) más de la mitad de los diagnosticados tendrán crisis episódicas en lugar de sintomatología continua. Como Harrow y cols. (2005) han observado, “algunos de estos intervalos de recuperación” aparecerán espontáneamente y pueden estar asociados a factores individuales, como la capacidad de recuperación.

## 1.2.- Diagnóstico

El GDG de la guía NICE considera que una discusión completa de los diagnósticos de psicosis y esquizofrenia queda fuera del ámbito de aplicación de la misma, pero que sí es conveniente tratar algunas cuestiones específicas para contextualizar los diagnósticos.

La CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) describe los grupos de síntomas necesarios para el diagnóstico de los diferentes subtipos de esquizofrenia. Para algunos subtipos, la CIE-10 requiere que estén presentes sólo durante 1 mes síntomas psicóticos evidentes, sin contar el período de deterioro no específico o de síntomas atenuados (prodrómicos) que puede preceder a un episodio agudo. En la CIE-10 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.

La experiencia de un trastorno psicótico desafía la creencia fundamental de una persona de que puede confiar en la realidad de sus pensamientos y percepciones. Esto es con frecuencia alarmante y emocionalmente doloroso para el usuario y para las personas de su entorno. Esta experiencia puede ser clasificada como un trastorno y recibir un diagnóstico, lo que puede ser de utilidad para facilitar la comprensión o puede ser experimentado por el usuario como una agresión más a su identidad e integridad. Los profesionales deben ser conscientes del impacto, tanto positivo como negativo, que puede tener el utilizar un diagnóstico (Pitt et al., 2009). Un aspecto positivo de éste puede ser denominar el problema y proporcionar un medio de acceso a la ayuda y al apoyo adecuado. Los aspectos negativos serían «etiquetar» a la persona, el estigma y la discriminación y pérdida de capacidad para controlar su vida. La toxicidad de la etiqueta de "esquizofrenia" ha suscitado que se solicite abandonar el concepto completamente (Bentall et al., 1988) o, al menos, que se cambie el nombre al trastorno (Kingdon et al., 2007). Esto ha llevado a que algunos profesionales y grupos de usuarios/cuidadores, que cuestionan la utilidad del diagnóstico, prefieran hacer hincapié en la descripción o en la formulación psicológica de las experiencias de cada persona en particular. Existe alguna evidencia de que las explicaciones psicosociales de la psicosis están menos asociadas al estigma, al deseo de aislamiento social y a la percepción de peligrosidad y falta de control (en comparación con las explicaciones biomédicas, como sería el caso de diagnosticar una enfermedad) tanto en la población general (Read et al., 2006), como en el personal sanitario (Lincoln et al., 2008) y en los propios usuarios (Wardle et al., 2014).

La mayoría de las personas para las que se está considerando un diagnóstico de psicosis o de esquizofrenia están en su primer episodio de la enfermedad, aunque la literatura sobre la duración de la psicosis no tratada sugiere que algunos de ellos pueden haber tenido experiencias psicóticas durante muchos años (Marshall et al., 2.005). El curso futuro y la estabilidad del diagnóstico de un episodio psicótico inicial muestra mucha variación, con una proporción considerable de personas (aproximadamente el 20%) que solo tiene un episodio (Rosen & Garety, 2005). Además de la falta de validez predictiva con respecto al curso y el resultado, también hay problemas significativos con la fiabilidad del diagnóstico (Bentall, 1993). Está aceptado que el diagnóstico preciso es particularmente difícil en las primeras fases de la psicosis, lo que ha llevado a los equipos de intervención temprana de la psicosis a "abrazar la incertidumbre del diagnóstico" (Singh & Fisher, 2005).

Debido a todas las razones expuestas anteriormente, el término general menos específico de “psicosis” tiene cada vez más partidarios entre los profesionales y los grupos de usuarios/cuidadores.

## 1.3.- Incidencia y prevalencia

La psicosis es una enfermedad mental relativamente común, siendo la esquizofrenia la forma más frecuente y grave del trastorno psicótico y que implica una alta carga global de enfermedad, situándose entre las primeras 25 causas de discapacidad en el mundo (Vos et al., 2013) . En cuanto a la incidencia, una reciente revisión sistemática en todo el mundo desde el año 2000 al 2015 (Castillejos et al., 2018), muestra que la tasa de incidencia media considerando todas las psicosis en su conjunto fue de 29,51 por cada 100.000 habitantes. Las psicosis no afectivas fueron más comunes (20,11 por 100.000) que las afectivas (7,44 por 100.000). Dentro de las psicosis no afectivas, la más común fue la esquizofrenia con una tasa de 9,4 por 100.000. En su conjunto, las psicosis fueron 1,48 veces más frecuentes en hombres que en mujeres, siendo esta razón mayor para las psicosis no afectivas (1,71 veces mayor). Las tasas de incidencia fueron 1,63 veces mayores en las zonas urbanas que en las rurales y 1,91 veces mayores en las zonas con menor nivel socio-económico. Las tasas de incidencia de los inmigrantes, en su mayoría población negra, con respecto a los nativos del lugar fueron 3,2 veces mayores. Estos resultados son acordes a los encontrados en la revisión sistemática llevada a cabo por Kirkbride et al. (2012) en Inglaterra.

Estudios recientes llevados a cabo en población danesa muestran resultados similares. Vassos et al. (2016) encuentran una tasa de incidencia mayor en áreas urbanas con respecto a las rurales,  1,84 veces mayor en las psicosis no afectivas y  1,25 veces mayor en las afectivas. Hogerzeil et al. (2017) encontraron tasas 1,91 veces mayores para los inmigrantes. Otro estudio llevado a cabo en Irlanda (O´Donoghue et al, 2016) muestra que la incidencia de psicosis fue 3,4 veces mayor en áreas con menor nivel socio-económico, 2,40 veces mayor en zonas socialmente fragmentadas y 1,43 veces mayor en zonas con menor capital social.

Por último, habría que resaltar que estos datos se obtuvieron principalmente de estudios realizados en el norte de Europa. Sin embargo, estos resultados contrastan con los encontrados en el sur de Europa, principalmente en Italia, donde las tasas de incidencia

fueron menores. En concreto, se obtuvo una tasa de incidencia para todas las psicosis de 18,1 por 100.000 en el norte de Italia (Lasalvia et al., 2014) y 15,9 por 100.000 en Sicilia (Mulèet al., 2016).

Respecto a la prevalencia de la psicosis, una reciente revisión sistemática en todo el mundo, desde 1990 hasta 2015 (Moreno-Küstner et al., 2018) 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. La prevalencia anual para las psicosis no afectivas (4,5 por 1000) fue ligeramente superior que para la esquizofrenia (4,2 por 1000). Saha et al. (2004) en una revisión sistemática a nivel mundial (1965-2002) no encontró diferencias significativas entre las cifras de prevalencia entre hombres y mujeres, ni entre el medio rural, urbano y mixto. Sin embargo, encontró que la esquizofrenia era 1,8 veces más frecuente en inmigrantes que en los nativos del lugar y que la prevalencia en los países menos desarrollados era significativamente menor que aquellos en vías de desarrollo o ya desarrollados.

En España, en concreto en el área de Salud Mental del Hospital Regional de Málaga, se llevó a cabo un estudio en personas atendidas por algún servicio sanitario (Moreno-Küstner et al., 2016). Los resultados ofrecen una prevalencia de esquizofrenia y trastornos afines de 6,3 casos al año por cada 1000 habitantes, siendo el doble en hombres (8.5 por 1000) que en mujeres (4.3 por 1000). Así mismo se encontraron tasas más altas en entornos urbanos (6,6 por 1000 habitantes) frente a los rurales (3,9 por 1000 habitantes), y también en zonas socio-económicas más desfavorecidas (7,6 por 1000 habitantes) frente a las no desfavorecidas (6,6 por 1000 habitantes).

Por último, las revisiones sistemáticas sobre el tema concluyen que las características metodológicas de los estudios influyen de forma considerable en la variabilidad de las cifras de prevalencia de la psicosis (Saha et al., 2005; Simeone et al., 2015, Castillejos et al., 2018). En conclusión, habría que realizar más estudios epidemiológicos poblacionales, a nivel local y nacional para conocer la verdadera carga de la enfermedad y adecuar el desarrollo de los servicios sanitarios a las necesidades reales de estos pacientes.

## Referencias

Bentall RP. Deconstructing the concept of ‘schizophrenia’. Journal of Mental Health. 1993;2:223-38.

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.

Birchwood M. Pathways to emotional dysfunction in first-episode psychosis. The British Journal of Psychiatry. 2003;182:373-5.

Castillejos, M., Martín-Pérez, C., Moreno-Küstner, B. A systematic review and meta-analysis of the incidence of psychotic disorders: The distribution of rates and the influence of gender, urbanicity, immigration and socio-economic level. Psychological Medicine. 2018;1-15. doi:10.1017/S0033291718000235.

Harrow M, Grossman LS, Jobe TH, Herbener ES. Do patients with schizophrenia ever show periods of recovery? A 15-year multi-follow-up study. Schizophrenia Bulletin. 2005;31:723-34.

Hogerzeil SJ, van Hemert AM, Veling W, Hoek HW. Incidence of schizophrenia among migrants in the Netherlands:a direct comparison of first contact longitudinal register approaches. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2017; 52:147–154.

Keshavan MS, Nasrallah HA, Tandon R. Schizophrenia, "Just the Facts" 6. Moving ahead with the schizophrenia concept: from the elephant to the mouse. Schizophrenia Research. 2011;127:3-13.

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.

Kirkbride JB, Errazuriz A, Croudace TJ, Morgan C, Jackson D, Boydell J, et al. Incidence of schizophrenia and other psychoses in England, 1950-2009: a systematic review and meta-analyses. PLoS One. 2012;7:e31660.

Lasalvia A, Bonetto C, Tosato S, Zanatta G, Cristofalo D, Salazzari D et al. First-contact incidence of psychosis in north-eastern Italy: Influence of age, gender, immigration and socioeconomic deprivation. British Journal of Psychiatry. 2014; 205: 127–134.

Lincoln TM, Arens E, Berger C, Rief W. Can antistigma campaigns be improved? A test of the impact of biogenetic vs psychosocial causal explanations on implicit and explicit attitudes to schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 2008;34:984-94.

Marshall M, Lewis S, Lockwood A, Drake R, Jones P, Croudace T. Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. Archives of General Psychiatry. 2005;62:975-83.

Moreno-Küstner B, Mayoral F, Navas-Campaña D, García-Herrera JM, Angona P, Martín C, Rivas F. Prevalence of schizophrenia and related disorders in Malaga (Spain): Results using multiple clinical databases. Epidemiology Psychiatric Science. 2016; 25: 38-58.

Moreno-Küstner B, Martín C, Pastor L. Prevalence of psychotic disorders and its association with methodological issues. A systematic review and meta-analyses. PLoS One. 2018;13(4): e0195687. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195687.

Morgan C, Dazzan P, Morgan K, Jones P, Harrison G, Leff J, et al. First episode psychosis and ethnicity: initial findings from the AESOP study. World Psychiatry. 2006;5:40.

Mulè A, Sideli L, Capuccio V, Fearon P, Ferraro L, Kirkbride JB, et al. Low incidence of psychosis in Italy: confirmation from the first epidemiological study in Sicily. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2017; 52: 155-162.

O'Donoghue B, Lyne JP, Renwick L, Lane A, Madigan K, Staines A, et al. Neighbourhood characteristics and the incidence of first-episode psychosis and duration of untreated psychosis. Psychological Medicine. 2016; 46: 1367-78.

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.

Read J, Haslam N, Sayce L, Davies E. Prejudice and schizophrenia: a review of the "mental illness is an illness like any other" approach. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2006;114:303-18.

Rosen K, Garety P. Predicting recovery from schizophrenia: a retrospective comparison of characteristics at onset of people with single and multiple episodes. Schizophrenia Bulletin. 2005;31:735-50.

Russo M, Levine SZ, Demjaha A, Di Forti M, Bonaccorso S, Fearon P, et al. Association between symptom dimensions and categorical diagnoses of psychosis: a cross-sectional and longitudinal investigation. Schizophrenia Bulletin. 2014; 40(1):111-9. doi: 10.1093/schbul/sbt055

Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. PLOS Medicine. 2005;2:413-433.

Simeone J, Ward A, Rotella P, Collins J, Windisch R. An evaluation of variation in published estimates of schizophrenia prevalence from 1990-2013: a systematic literature review. BMC Psychiatry. 2015;15:1-14.

Singh SP, Fisher HL. Early intervention in psychosis: obstacles and opportunities. Advances in Psychiatric Treatment. 2005;11:71-78.

Singleton N, Bumpstead R, O'Brien M, Lee A, Meltzer H. Psychiatric morbidity among adults living in private households, 2000. International Review of Psychiatry. 2003;15:65-73.

Upthegrove R, Birchwood M, Ross K, Brunett K, McCollum R, Jones L. The evolution of depression and suicidality in first episode psychosis. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2010;122:211-8.

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.

van Os J, Kenis G, Rutten BP. The environment and schizophrenia. Nature. 2010;468:203-12.

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.

Wardle, M. (2014). The Stigma of Psychosis: Lived Experience, Psychological Consequences and Strategies to Overcome Stigma. Manchester: University of Manchester.

Vassos E, Agerbo E, Mors O, Pedersen CB. Urban–rural differences in incidence rates of psychiatric disorders in Denmark. British Journal of Psychiatry. 2016; 208: 435–440.

Vos T, Barber RM, Bell B, Bertozzi-Villa A, Biryukov S, Booliger I, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the global burden of disease study 2013. The Lancet. 2015;386:743-800.

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

## 2.1.- Introducción

Existen una serie de factores de riesgo, genéticos y ambientales, para desarrollar psicosis y esquizofrenia, si bien aún no se conoce cómo estos factores interaccionan entre sí para causar el trastorno (Tandon et al., 2008).

## 2.2.- Factores genéticos

En lo que se refiere a los riesgos genéticos, tener un familiar cercano con psicosis o esquizofrenia es el mayor factor de riesgo para desarrollar un trastorno psicótico (Gilmore, 2010). Se ha estimado que el riesgo de por vida en un niño con un padre afectado sería del 13%, y del 46% cuando ambos padres lo están. Cuando es un hermano o un gemelo no idéntico el 10%, y el 48% en el caso de un gemelo idéntico (Stefan et al., 2002).

Sin embargo, aunque el riesgo genético es importante, no se puede concluir que el desarrollo del trastorno sea debido a un solo gen de la esquizofrenia sino a la contribución de muchos de ellos (Sullivan et al., 2003; Xavier & Vorderstrasse, 2017). El riesgo genético también puede ser debido a anomalías genéticas poco frecuentes tales como supresión o duplicaciones de genes (The International Schizophrenia Consortium, 2008).

Los riesgos genéticos no son suficientes para explicar por qué algunas personas desarrollan psicosis y esquizofrenia, mientras que otras no lo hacen. Por ejemplo, la mayoría de las personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia no tienen un familiar

afectado, lo que hace pensar en la influencia de otros factores de riesgo biológicos, ambientales y psicosociales en interacción con los genéticos.

## 2.3 .- Factores biológicos

- Los factores de riesgo biológicos potenciales incluirían:
  - complicaciones antes o durante el parto (como infecciones, mala nutrición del feto durante el embarazo, estrés maternal o trauma en el parto) (Meli et al., 2012)
  - el consumo de cannabis, sobre todo en la adolescencia (Arseneault et al., 2004; Moore et al., 2007; Kelley et al., 2016)
  - padres de edad avanzada (Miller et al., 2011)
  - la estacionalidad del nacimiento (Davies et al., 2003) **y**
  - la exposición al parásito unicelular toxoplasma gondii (Torrey et al., 2012; Blomström et al., 2015).

## 2.4.- Factores psicosociales

- Los principales factores de riesgo psicosociales potenciales serían:
  - nacer en zonas urbanas y vivir en las ciudades (Vassos et al., 2012; Newbury et al., 2016; Kirkbride et al., 2017)
  - adversidad en la infancia y en la edad adulta, incluyendo vivir en zonas desfavorecidas, el abuso sexual, físico y emocional, la negligencia y la intimidación (Bebbington et al., 2004; van Dam et al., 2012; Varese et al, 2012; Wahlberg et al, 1997; Hardy et al., 2016) **y**
  - la inmigración, especialmente cuando los inmigrantes son de un país en desarrollo o un país donde la mayoría de la población es de raza negra (Cantor-Graae & Selten, 2005).

## 2.5.- Teorías etiológicas

Varias teorías 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.

**2.5.1.-** Una teoría bien establecida es la hipótesis del neurodesarrollo (Fatemi & Folsom, 2009), 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. Por ejemplo, algunas personas podrían tener genes que aumentan las posibilidades de complicaciones antes o durante el parto y/o tener otros genes que hacen que sean difícil de reemplazar o reparar las células nerviosas dañadas cuando se produce una complicación.

La teoría propone que estas personas a veces adquirirán lesiones neurológicas sutiles que no son inmediatamente evidentes durante la infancia. Sin embargo, cuando el niño entra en la adolescencia, estas lesiones sutiles de alguna manera alteran los cambios normales en la conectividad cerebral que se producen en todos los adolescentes. El resultado final es que la persona afectada se vuelve particularmente sensible a desarrollar psicosis ante la presencia de algunos de los riesgos ambientales descritos anteriormente (por ejemplo, el consumo de cannabis).

Hay evidencia que apoya la hipótesis del neurodesarrollo. Por ejemplo, algunas personas que desarrollan esquizofrenia tienen rasgos de personalidad inusuales (esquizotipia) (Nelson et al., 2013), pequeños retrasos en el desarrollo (Jaaskelainen et al., 2008; Welham et al., 2009) y signos neurológicos sutiles (Neelam et al., 2011).

En la tabla 5 se muestran los dos principales modelos etiopatogénicos de la esquizofrenia ofrecidos desde la neurobiología.

Por otra parte, cabe destacar que este tipo de teorías no explica fácilmente la contribución de varios riesgos psicosociales conocidos, tales como vivir en zonas urbanas o la inmigración.

**2.5.2.-** 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 lesiones neurológicas sutiles, sino el tiempo, la naturaleza y el grado de exposición a los riesgos ambientales (van Os et al., 2009). 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, con o sin que haya un riesgo genético (Read et al., 2005; Mayo et al., 2017).

Quizás un trauma psicológico en las primeras etapas del desarrollo puede crear vulnerabilidades psicológicas que pueden conducir a la psicosis en una etapa posterior de la vida al hacer frente a otros riesgos ambientales (van Os et al., 2010). A favor de esta teoría está el descubrimiento de que los síntomas psicóticos aislados son frecuentes en la población general y que a menudo surgen en un contexto de síntomas más frecuentes tales como la depresión y la ansiedad (Freeman & Garety, 2003; Krabbendam & van Os, 2005; Wigman et al., 2012).

**2.5.3.-** Otra teoría, que es a menudo descrita como "la hipótesis de la dopamina", propone que la psicosis y la esquizofrenia pueden ser causadas por la sobreactividad en el sistema dopaminérgico mesolímbico (Kapur & Mamo, 2003). La principal evidencia para apoyar esta teoría es que el tratamiento farmacológico eficaz para la psicosis y la esquizofrenia regula el sistema neurotransmisor dopaminérgico. Sin embargo, debe hacerse una distinción entre la acción farmacológica de los fármacos antipsicóticos (que bloquean los receptores de dopamina) y la hipótesis de que la esquizofrenia está causada por la actividad excesiva de las neuronas dopaminérgicas, porque la evidencia no es clara. Por ejemplo, podría ser que los fármacos antipsicóticos causaran una supresión neurológica general que reduce la intensidad de los síntomas (Moncrieff, 2009). En cualquier caso, se han descubierto una serie de hallazgos neuroanatómicos y neuroquímicos en personas con trastornos psicóticos, que se resumen en la tabla 6.

**2.5.4.-** También se han propuesto teorías para explicar cómo pueden los factores psicológicos conducir al desarrollo de los síntomas psicóticos. Los factores psicológicos pueden dividirse en tener problemas con las funciones cognitivas básicas (tales como el aprendizaje, la atención, la memoria o la planificación) y en sesgos en los procesos emocionales y de razonamiento. Los problemas en las funciones cognitivas básicas están relacionados con la investigación de la estructura y función del cerebro, mientras que los problemas con los procesos emocionales y de razonamiento pueden estar relacionados con factores sociales.

Ambos tipos de factores psicológicos han sido implicados en el desarrollo de los síntomas de la psicosis y la esquizofrenia (Garety et al., 2007; Garety et al., 2001;Gray et al., 1991; Green, 1992; Hemsley, 1993). De ahí que los estudios sobre los factores psicológicos

puedan proporcionar un vínculo entre los factores de riesgo biológicos y ambientales (van Os et al., 2010).

Difícilmente pueden estas teorías captar plenamente la complejidad del potencial de interacción entre los genes y el medio ambiente en que se basa el desarrollo de la psicosis y esquizofrenia; ver el artículo *The environment and schizophrenia* de van Os y cols. (2010) para una revisión detallada de la potencial complejidad de estas interacciones.

**Tabla 5.- Modelos etiopatogénicos de la esquizofrenia desde la neurobiología**

| La esquizofrenia como una anomalía en la regulación y expresión del neurodesarrollo | La esquizofrenia como síndrome de desconexión o trastorno de la conectividad neuronal |
|---|---|
| Relaciona la patofisiología del trastorno con el desarrollo cerebral, situando el periodo etiológico entre el principio de la formación y la migración neuronal (2° trimestre de embarazo) y el comienzo de la edad adulta.<br><br>Datos en los que se apoya:<br>• No hay gliosis en el cerebro de personas diagnosticadas de esquizofrenia (igual que ocurre con el cerebro fetal durante los primeros meses de embarazo).<br>• Pruebas de anomalías en la fase de migración neuronal (por ejemplo, desorganización en las células piramidales del hipocampo en pacientes diagnosticados de esquizofrenia).<br>• Presencia de otras anormalidades del desarrollo (en el cavum del septum pellucidum).<br>• Edad de comienzo de la enfermedad, habitualmente al principio de la vida adulta. | Relaciona la esquizofrenia con una alteración, bien de la conexión interhemisférica, o bien de la conectividad neuronal.<br><br>Datos en los que se apoya:<br>• Anormalidades en la forma y el tamaño del cuerpo calloso en el cerebro de pacientes diagnosticados de esquizofrenia.<br>• Ausencia de asimetrías normales.<br>• Densidad dendrítica reducida. |

## Tabla 6.- Alteraciones neuroanatómicas y neuroquímicas descubiertas en personas con esquizofrenia.

| Hallazgos neuroanatómicos en la esquizofrenia | Hallazgos neuroquímicos en la esquizofrenia |
|---|---|
| • Volumen reducido del lóbulo parietal.<br>• Volumen reducido del lóbulo frontal.<br>• Ausencia de asimetrías normales.<br>• Volumen aumentado del caudado.<br>• Volumen reducido del tálamo.<br>• Volumen reducido del núcleo accumbens.<br>• Presencia de ciertas anormalidades del desarrollo (en el cavum del septum pellucidum).<br>• Anormalidades en el tamaño y la forma del cuerpo calloso.<br>• Dilatación ventricular.<br>• Volumen de materia gris reducida en ciertas estructuras, como el giro temporal superior, el lóbulo temporal medial y el sistema límbico (sobre todo, en la amígdala, el hipocampo y el giro parahipocampal).<br>• Desorganización y menor tamaño de las células piramidales del hipocampo.<br>• Densidad dendrítica disminuida.<br>• Ausencia de gliosis (tejido cicatrizal del sistema nervioso central). | • Concentración disminuida de N-acetil aspartato en los lóbulos temporal y frontal, especialmente acentuada en el área prefrontal dorsolateral.<br>• Hipercortisolemia y disfunción del eje hipotálamo-pituitario-adrenal.<br>• Incremento de los receptores dopaminérgicos D2 en el estriado.<br>• Incremento dopaminérgico en el estriado y una disminución en el lóbulo frontal.<br>• Disminución de la transmisión glutamatérgica en las vías hipocampales eferentes. |

Referencias de las tablas 5 y 6.

Agcaoglu O, Miller R, Damaraju E, Rashid B, Bustillo J, Cetin MS, et al. Decreased hemispheric connectivity and decreased intra- and inter-hemisphere asymmetry of resting state functional network connectivity in schizophrenia. Brain Imaging and Behavior. 2018;12(3):615-30. doi: 10.1007/s11682-017-9718-7.

Arnold SE. Neurodevelopmental abnormalities in schizophrenia: insights from neuropathology. Development and Psychopathology. 1999;11(3):439-56.

Beaumont, J. G., and Dimond, S. J. Brain disconnection and schizophrenia. The British Journal of Psychiatry. 1973;123:661-2.

Falkai P, Honer WG, David S, Bogerts B, Majtenyi C, Bayer TA. No evidence for astrogliosis in brains of schizophrenic patients. A post-mortem study. Neuropathology and Applied Neurobiology. 1999;25(1):48-53.

García Valencia J, Miranda AL, López Jaramillo CA, Palacio Acosta CA, Gómez Franco J, Ospina Duque J. Esquizofrenia y neurodesarrollo. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2005;34(1):63-76.

Jablensky A, McNeil TF, Morgan VA. Barbara Fish and a Short History of the Neurodevelopmental Hypothesis of Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 2017;43(6):1158-1163. doi: 10.1093/schbul/sbx094.

MacDonald ML, Alhassan J, Newman JT, Richard M, Gu H, Kelly RM, et al. Selective Loss of Smaller Spines in Schizophrenia. The American Journal of Psychiatry. 2017.174(6):586-594. doi: 10.1176/appi.ajp.2017.16070814.

Magaro PA, Page J. Brain disconnection, schizophrenia, and paranoia. The Journal of Nervous and Mental Disease. 1983;171(3):133-40.

Skåtun KC, Kaufmann T, Doan NT, Alnæs D, Córdova-Palomera A, Jönsson EG, et al. Consistent Functional Connectivity Alterations in Schizophrenia Spectrum Disorder: A Multisite Study. Schizophrenia Bulletin. 2017;43(4):914-924. doi: 10.1093/schbul/sbw145.

Tamminga CA, Zukin RS. Schizophrenia: Evidence implicating hippocampal GluN2B protein and REST epigenetics in psychosis pathophysiology. Neuroscience. 2015;309:233-42. doi: 10.1016/j.neuroscience.2015.07.038.

Van Rheenen TE, Cropley V, Zalesky A, Bousman C, Wells R, Bruggemann J, et al. Widespread Volumetric Reductions in Schizophrenia and Schizoaffective Patients Displaying Compromised Cognitive Abilities. Schizophrenia Bulletin. 2018;44(3):560-74. doi: 10.1093/schbul/sbx109.

Weinberger DR. From neuropathology to neurodevelopment. The Lancet. 1995;346(8974):552-7.

Weinstein JJ, Chohan MO, Slifstein M, Kegeles LS, Moore H, Abi-Dargham A. Pathway-Specific Dopamine Abnormalities in Schizophrenia. Biological Psychiatry. 2017;81(1):31-42. doi: 10.1016/j.biopsych.2016.03.2104.

## Referencias

Arseneault L, Cannon M, Witton J, Murray RM. Causal association between cannabis and psychosis: examination of the evidence. The British Journal of Psychiatry. 2004;184:110-7.

Bebbington PE, Bhugra D, Brugha T, Singleton N, Farrell M, Jenkins R, et al. Psychosis, victimisation and childhood disadvantage: evidence from the second British national survey of psychiatric morbidity. The British Journal of Psychiatry. 2004;185:220-6.

Blomström Å, Gardner RM, Dalman C, Yolken RH, Karlsson H. Influence of maternal infections on neonatal acute phase proteins and their interaction in the development of non-affective psychosis. Translational Psychiatry. 2015;5:e502. doi: 10.1038/tp.2014.142.

Cantor-Graae E, Selten JP. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. American Journal of Psychiatry. 2005;162:12-24.

Davies G, Welham J, Chant D, Torrey EF, McGrath J. A systematic review and metaanalysis of Northern Hemisphere season of birth studies in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 2003;29:587-93.

Fatemi SH, Folsom TD. The neurodevelopmental hypothesis of schizophrenia, revisited. Schizophrenia Bulletin. 2009;35:528-48.

Freeman D, Garety PA. Connecting neurosis and psychosis: the direct influence of emotion on delusions and hallucinations. Behaviour Research and Therapy. 2003;41:923-47.

Garety PA, Bebbington P, Fowler D, Freeman D, Kuipers E. Implications for neurobiological research of cognitive models of psychosis: a theoretical paper. Psychological Medicine. 2007;37:1377-91.

Garety PA, Kuipers E, Fowler D, Freeman D, Bebbington PE. A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. Psychological Medicine. 2001;31:189-95.

Gilmore JH. Understanding what causes schizophrenia: a developmental perspective. American Journal of Psychiatry. 2010;167:8-10.

Gray JA, Feldon J, Rawlins JNP, Hemsley DR, Smith AD. The neuropsychology of schizophrenia. Behavioral and Brain Sciences. 1991;14:1–20.

Green MF. Neuropsychological performance in the unaffected twin. Archives of General Psychiatry. 1992;49:247.

Hardy A, Emsley R, Freeman D, Bebbington P, Garety PA, Kuipers EE et al. Psychological Mechanisms Mediating Effects Between Trauma and Psychotic Symptoms: The Role of Affect Regulation, Intrusive Trauma Memory, Beliefs, and Depression. Schizophrenia Bulletin. 2016;42(Suppl 1):S34-43. doi: 10.1093/schbul/sbv175.

Hemsley DR. A simple (or simplistic?) cognitive model for schizophrenia. Behaviour Research and Therapy. 1993;31:633-45.

Jaaskelainen E, Miettunen J, Veijola J, McGrath JJ, Murray GK, Jones PB, et al. Associations between early development and outcome in schizophrenia- a 35-year follow-up of the Northern Finland 1966 Birth Cohort. Schizophrenia Research. 2008;99:29-37.

Kapur S, Mamo D. Half a century of antipsychotics and still a central role for dopamine D2 receptors. Progress in Neuro-psychopharmacology and Biological Psychiatry. 2003;27:1081-90.

Kelley ME, Wan CR, Broussard B, Crisafio A, Cristofaro S, Johnson S et al. Marijuana use in the immediate 5-year premorbid period is associated with increased risk of onset of schizophrenia and related psychotic disorders. Schizophrenia Research. 2016;171(1-3):62-7. doi: 10.1016/j.schres.2016.01.015

Kirkbride JB, Hameed Y, Ankireddypalli G, Ioannidis K, Crane CM, Nasir M et al. The Epidemiology of First-Episode Psychosis in Early Intervention in Psychosis Services: Findings From the Social Epidemiology of Psychoses in East Anglia [SEPEA] Study. The American Journal of Psychiatry. 2017;174(2):143-153.
doi: 10.1176/appi.ajp.2016.16010103.

Krabbendam L, van Os J. Affective processes in the onset and persistence of psychosis. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 2005;255:185-9.

Mayo D, Corey S, Kelly LH, Yohannes S, Youngquist AL, Stuart BK, Niendam TA, Loewy RL.The Role of Trauma and Stressful Life Events among Individuals at Clinical High Risk for Psychosis: A Review. Frontiers in Psychiatry. 2017;8:55.

Meli G, Ottl B, Paladini A, Cataldi L. Prenatal and perinatal risk factors of schizophrenia. The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine. 2012;25:2559-63.

Miller B, Messias E, Miettunen J, Alaraisanen A, Jarvelin MR, Koponen H, et al. Meta-analysis of paternal age and schizophrenia risk in male versus female offspring. Schizophrenia Bulletin. 2011;37:1039-47.

Moncrieff J. A critique of the dopamine hypothesis of schizophrenia and psychosis. Harvard Review of Psychiatry. 2009;17:214-25.

Moore TH, Zammit S, Lingford-Hughes A, Barnes TR, Jones PB, Burke M, et al. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. The Lancet. 2007;370:319-28.

Neelam K, Garg D, Marshall M. A systematic review and meta-analysis of neurological soft signs in relatives of people with schizophrenia. BMC Psychiatry. 2011;11:139.

Nelson MT, Seal ML, Pantelis C, Phillips LJ. Evidence of a dimensional relationship between schizotypy and schizophrenia: a systematic review. Neuroscience and Biobehavioral Reviews. 2013;37:317-27.

Newbury J, Arseneault L, Caspi A, Moffitt TE, Odgers CL, Fisher HL. Why Are Children in Urban Neighborhoods at Increased Risk for Psychotic Symptoms? Findings From a UK Longitudinal Cohort Study. Schizophrenia Bulletin. 2016;42(6):1372-1383.

Read J, van Os J, Morrison AP, Ross CA. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2005;112:330-50.

Stefan M, Travis M and Murray RM.(Eds.) (2002) An Atlas of schizophrenia. London. Parthenon Publishing.

Sullivan PF, Kendler KS, Neale MC. Schizophrenia as a complex trait: evidence from a meta-analysis of twin studies. Archives of General Psychiatry. 2003;60:1187-92.

Tandon R, Keshavan MS, Nasrallah HA. Schizophrenia, "just the facts" what we know in 2008. 2. Epidemiology and etiology. Schizophrenia Research. 2008;102:1-18.

The International Schizophrenia Consortium. Rare chromosomal deletions and duplications increase risk of schizophrenia. Nature. 2008;455:237-41.

Torrey EF, Bartko JJ, Yolken RH. Toxoplasma gondii and other risk factors for schizophrenia: an update. Schizophrenia Bulletin. 2012;38:642-7.

van Dam DS, van der Ven E, Velthorst E, Selten JP, Morgan C, de Haan L. Childhood bullying and the association with psychosis in non-clinical and clinical samples: a review and meta-analysis. Psychological Medicine. 2012;42:2463-74.

van Os J, Kenis G, Rutten BP. The environment and schizophrenia. Nature. 2010;468:203-12.

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.

Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieverse R, Lataster T, Viechtbauer W, et al. Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patientcontrol, prospective- and cross-sectional cohort studies. Schizophrenia Bulletin.2012;38:661-71.

Vassos E, Pedersen CB, Murray RM, Collier DA, Lewis CM. Meta-analysis of the association of urbanicity with schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 2012;38:1118-23.

Wahlberg KE, Wynne LC, Oja H, Keskitalo P, Pykalainen L, Lahti I, et al. Geneenvironment interaction in vulnerability to schizophrenia: findings from the Finnish adoptive family study of schizophrenia. American Journal of Psychiatry. 1997;154:355-62.

Welham J, Isohanni M, Jones P, McGrath J. The antecedents of schizophrenia: a review of birth cohort studies. Schizophrenia Bulletin. 2009;35:603-23.

Wigman JT, van Nierop M, Vollebergh WA, Lieb R, Beesdo-Baum K, Wittchen HU, et al. Evidence that psychotic symptoms are prevalent in disorders of anxiety and depression, impacting on illness onset, risk, and severity-implications for diagnosis and ultra-high risk research. Schizophrenia Bulletin. 2012;38:247-57.

Xavier RM, Vorderstrasse A2.Genetic Basis of Positive and Negative Symptom Domains in Schizophrenia. Biological Research for Nursing. 2017:19(5):559-575. doi: 10.1177/1099800417715907

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

## 3.1.- Deterioro y discapacidad

La experiencia asociada a la psicosis y esquizofrenia resulta con frecuencia angustiante, además de que los problemas asociados y los efectos de la enfermedad puedan ser persistentes. Así, un número significativo de personas continúan experimentando discapacidad de manera crónica y esto da lugar a que la psicosis y la esquizofrenia tengan un impacto considerable en la vida personal, social y profesional. En un estudio europeo de seis países se encontró que más del 80% de los adultos con este diagnóstico presentaban problemas persistentes en su funcionamiento social, pero no de igual gravedad. El mejor predictor a largo plazo de un mal funcionamiento es el mayor grado de discapacidad generada al inicio, al año y a los dos años del comienzo de la enfermedad. (Wiersma et al., 2000). En particular, el desempleo se encuentra vinculado a mayor tiempo de duración de psicosis no tratada así, como a mayor número de síntomas negativos (Turner et al., 2009).

Las actuales estimaciones de empleo para las personas con esquizofrenia, en el Reino Unido, oscilan del 5 al 15%, siendo el promedio del 8% (Schizophrenia Commission, 2012), que es significativamente menor que en la población general (el 71% está empleado actualmente). En otros países, como por ejemplo, Australia, se estima que está empleado un tercio de las personas con psicosis (Morgan et al., 2017). La discapacidad que experimentan las personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia, no es solamente el resultado de los episodios recurrentes o de los síntomas persistentes.

También desempeñan un papel relevante los efectos secundarios del tratamiento, los eventos estresantes y el aislamiento social, así como la pobreza y la falta de vivienda. Estas dificultades se agravan por el prejuicio persistente, el estigma y la exclusión social asociados con el diagnóstico (Sartorius, 2002; Thornicroft, 2006) y por el autoestigma (Kao et al., 2016).

Se ha estimado que a nivel mundial, la esquizofrenia está entre los primeros quince trastornos médicos que causan discapacidad (Murray et al., 2013). Además, se ha encontrado que los problemas cardiovasculares son la causa más importante de discapacidad en estas personas, derivados de la obesidad (alcohol, falta de ejercicio y mala alimentación), así como alteraciones metabólicas (diabetes) y tabaquismo (von Hausswolff-Juhlin et al., 2009).
Aun no está claro el alcance exacto que tienen en la alta mortalidad y en las tasas de discapacidad, al menos en parte, algunos de los medicamentos prescritos para la esquizofrenia (Weinmann et al., 2009; Curso et al., 2016).

Otro factor a tener en cuenta con respecto a la alta mortalidad es el riesgo de suicidio. Se ha encontrado un mayor índice (en concreto un 5%) en pacientes diagnosticados de esquizofrenia, siendo los factores de riesgo: ser jóven, de sexo masculino, con alto nivel educativo, presencia de sintomatología positiva persistente, intentos previos de suicidio, antecedentes familiares de suicidio y uso indebido de sustancias (Hor & Taylor, 2010). Asimismo se ha encontrado que existen diferencias culturales y étnicas en el riesgo de suicidio, siendo éste mayor para varones jovenes procedentes de África y Caribe principalmente y residentes en Inglaterra y Gales (Bhui & McKenzie, 2008).
Por otro lado, hay que tener en cuenta las dificultades que experimentan las personas con problemas de salud mental para acceder a los servicios médicos tanto en atención primaria como en atención especializada, incluido el servicio específico de Salud Mental, atribuido en parte a factores como la separación de los servicios de salud mental de otros servicios médicos, así como el estigma asociado a la enfermedad mental, que contribuyen a la reducción de la esperanza de vida (Lawrence & Kisely, 2010).

## 3.2.- La salud física

Está bien establecida la asociación entre la psicosis/esquizofrenia y la mala salud física, especialmente en personas jóvenes (Marder et al., 2003; Lawrence et al., 2013; Stubbs et al., 2016). Los varones con esquizofrenia mueren 20 años antes y las mujeres 15 años antes que la población general (Wahlbeck et al., 2011). Alrededor de una quinta parte de las muertes prematuras son debidas a suicidios y accidentes, pero la mayoría están causadas por enfermedades físicas (Brown et al., 2010; Lawrence et al., 2013; Saha et al., 2007), que incluyen entre otros el VIH, hepatitis, osteoporosis, alteración de la sensibilidad al dolor, complicaciones obstétricas, enfermedades cardiovasculares, sobrepeso, diabetes, problemas dentales, y polidipsia. Y aunque no tienen riesgo vital, alteraciones como la disfunción sexual, la caries dental , así como los efectos secundarios de medicamentos antipsicóticos y la enuresis nocturna (Barnes et al.,2012; Leucht et al., 2007; Friedlander & Marder, 2002) pueden producir sufrimiento y aislamiento social.

Aunque buena parte del deterioro de la salud física pueda ser explicado por la naturaleza de la psicosis y la esquizofrenia o por los efectos secundarios del tratamiento, existen otros factores como son la organización insatisfactoria de los servicios de salud y la actitud de los profesionales, así como el estigma social asociado a los pacientes con esquizofrenia, por la implicación que tienen en el cuidado de su salud (Leucht et al., 2007). Además, el nivel de prejuicios y discriminación del personal sanitario dedicado a la atención psiquiátrica hacia la psicosis se ha estimado recientemente comparable con el de la población general (Babe et al., 2017). Así, por ejemplo, a pesar de que la probabilidad de desarrollar diabetes mellitus es de dos a tres veces mayor en comparación con la población general, esta enfermedad con frecuencia no es detectada en las personas con esquizofrenia. En un estudio en el hospital Maudsley de Londres, tras la revisión de las historias clínicas se informó que 39 (6,4%) de los 606 pacientes valorados presentaban diabetes y alteración de la glucosa en ayunas; cuando a las personas no diagnosticadas se las evaluó para detectar si tenían diabetes, se descubrió que el 16% presentaban una alteración de la glucosa en ayunas o diabetes (Taylor et al., 2005). Asimismo, un estudio europeo realizó un cribado en personas con esquizofrenia en las que no había constancia de que tuvieran diabetes, descubriendo que el 10,2% tenía diabetes mellitus tipo 2 y un 37% se encontraban en alto riesgo de presentarla; la edad media de la población era 37,6 años (Manu et al., 2012).

Un reciente estudio realizado en Escocia, tomando como muestra 314 consultas de médicos de familia, comparó la naturaleza y el alcance de las comorbilidades de enfermedades físicas entre 9677 personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia y 1.414.701 controles (Smith et al., 2013). El estudio encontró que las personas con esquizofrenia tenían más probabilidades de experimentar múltiples comorbilidades físicas: la hepatitis viral, el estreñimiento y la enfermedad de Parkinson representaron las tasas más altas, sin embargo las tasas de enfermedades cardiovasculares fueron inferiores a las esperadas. Los autores concluyeron que había una falta sistemática de identificación y un bajo índice de tratamiento de las enfermedades cardiovasculares en las personas con esquizofrenia en atención primaria, lo que podría contribuir a la importante morbilidad y mortalidad prematura observada en este grupo, relacionadas con estas enfermedades.

Una imagen similar de reconocimiento tardío y de falta de tratamiento es evidente para el cáncer (Iglay et al., 2017), aunque curiosamente un estudio reciente en Suecia reveló una disminución de la incidencia de ciertos tipos de cáncer en las personas con esquizofrenia y en sus familiares no afectados (Ji et al., 2013), si bien estudios recientes no han podido replicar estos resultados (Chen et al., 2018). Los autores sugieren que los factores familiares/genéticos que contribuyen a la esquizofrenia pueden proteger contra el desarrollo de cáncer; este efecto protector no aparecía para los cánceres de mama, de cuello uterino y de endometrio, donde las tasas fueron más altas en las mujeres con esquizofrenia. Sin embargo, incluso con estos factores de protección hacia ciertos tipos de cáncer, las personas con esquizofrenia son más propensas a tener metástasis en el momento del diagnóstico y tienen menos probabilidades de recibir intervenciones especializadas (Kisely et al., 2013) y sufren demoras de 90 días o más tanto en el diagnóstico como en el inicio del tratamiento (Iglay et al., 2017), lo que explica por qué todavía tienen más probabilidades de morir prematuramente por cáncer que la población general (Bushe et al., 2010).

## 3.3.- El impacto de las enfermedades cardiovasculares

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 percibido en las personas con trastornos mentales graves, en quienes la enfermedad cardiovascular sigue siendo la mayor causa que contribuye a la muerte prematura (Saha et al., 2007; Piotrowski et al.,

2017). Asimismo existe una mayor mortalidad en las personas con esquizofrenia, debido principalmente al alto índice de enfermedades cardiovasculares, en comparación con la población general (Brown et al., 2010; Hennekens et al., 2005; Lawrence et al., 2003; Osborn et al., 2007a). Las enfermedades cardiovasculares (ECV) pueden ser el resultado de la respuesta del cuerpo a un estrés/angustia persistente, posibles vulnerabilidades genéticas, el estilo de vida (por ejemplo, el consumo de tabaco, la dieta, el sedentarismo, la pobreza y la exclusión) y los fármacos psiquiátricos (De Hert et al., 2009b; Bioque et al., 2017). La tendencia de los riesgos metabólicos a aglutinarse se conceptualiza en el Síndrome Metabólico, la predicción fiable de futura ECV, la diabetes y la muerte prematura; la presencia de obesidad central es un factor esencial, por lo general asociado con pruebas de intolerancia a la glucosa, alteraciones de los lípidos e hipertensión (Alberti et al., 2005). Este es un problema importante para las personas con un diagnóstico firme de esquizofrenia (De Hert et al., 2009b). Así, un estudio de cohorte de Finlandia reveló que a la edad de 40 años el síndrome metabólico era cuatro veces más probable que en poblaciones no psiquiátricas (Saari et al., 2005).

## 3.4.- La medicación antipsicótica

Los antipsicóticos pueden causar anormalidades metabólicas/endocrinas (por ejemplo, aumento de peso, diabetes, dislipemias y galactorrea), trastornos neurológicos (por ejemplo, discinesia tardía) y anormalidades cardíacas (por ejemplo, alargamiento del intervalo QT en el electrocardiograma) (American Diabetes Association et al., 2004; Expert Group, 2004; Holt et al., 2005; Koro et al., 2002; Lieberman et al.,2005; Lindenmayer et al., 2003; Nasrallah, 2003; 2008; Saari et al., 2004; Thakore, 2005; Bioque et al., 2017; Larsen et al., 2017). Los efectos de los antipsicóticos sobre los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, tales como el aumento de peso y la diabetes, se examinan en las siguientes secciones.

### 3.4.1.- El aumento de peso, los trastornos metabólicos y los medicamentos antipsicóticos

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 (Homel et al., 2002). Parece probable que los cambios ambientales hayan provocado estos aumentos en ambas poblaciones, pero la esquizofrenia puede tener también efectos específicos, tales como la

susceptibilidad genética, que tienen acciones aditivas o sinérgicas para aumentar el peso de forma adicional. Sin embargo, el factor más importante relacionado con el aumento de peso en las personas con esquizofrenia es el uso de antipsicóticos, que están entre los medicamentos más obesogénicos. Parece cierta la relación de causalidad entre los antipsicóticos y el aumento de peso (Foley & Morley, 2011; Kahn et al., 2008; Tarricone et al., 2010), si bien algunos estudios recientes de pacientes psiquiátricos que no han utilizado antipsicóticos, sugieren que también puede existir un riesgo metabólico intrínseco asociado a la esquizofrenia (Freyberg et al., 2017). Esto es importante porque la obesidad puede llevar a la resistencia a la insulina y a otros impactos adversos tales como dislipemia, diabetes e hipertensión. El verdadero impacto puede haber sido "oscurecido" por la falta de una evaluación crítica de la ganancia de peso en las personas que nunca habían tomado previamente antipsicóticos. Muchos de los ensayos con antipsicóticos utilizan además períodos de seguimiento cortos, poniendo énfasis en las personas de mayor edad con la enfermedad bien establecida, muchas de las cuales podían haber aumentado de peso con la toma anterior de antipsicóticos.

En contraste, el *European First Episode Schizophrenia Trial* (EUFEST) (Kahn et al., 2008), examinó la ganancia de peso en un grupo de personas con un primer episodio sin tratamiento previo, encontrando que el porcentaje de los que ganaron más de un 7% del peso corporal durante el primer año del tratamiento fue del 86% para la olanzapina, del 65% para quetiapina, del 53% para el haloperidol y del 37% para la ziprasidona. Basándose en los resultados de este estudio, Nasrallah llegó a la conclusión de que ni los antipsicóticos "de primera generación", como el haloperidol, ni los fármacos promovidos como antipsicóticos metabólicamente benignos de "segunda generación", tales como la ziprasidona, podrían considerarse como excepciones a la generalización de que «cualquier antipsicótico es capaz de causar un aumento de peso significativo» (Nasrallah, 2003). Asimismo, un metaanálisis que revisó tratamientos adyuvantes para la reducción de peso en pacientes con esquizofrenia encontró que fármacos como topiramato o aripiprazol eran más eficaces en la reducción de peso y generaban menos carga de efectos adversos. (Yun-Jung Choi, 2015). Un estudio reciente (EUFEST) también ha revelado que las tasas de prevalencia del síndrome metabólico, en una edad similar, no eran diferentes en el grupo de pre-tratamiento que las estimadas en la población general (Fleischhacker et al., 2012).

Una revisión sistemática reciente concluyó que la ganancia de peso inducida por los antipsicóticos, se había subestimado de tres a cuatro veces en aquellos usuarios con un primer episodio psicótico (Alvarez-Jiménez et al., 2008), lo que refuerza la hipótesis del impacto de los antipsicóticos en una población sin tratamiento previo. La mayor parte del peso ganado lo habrán hecho en los primeros 3 años de tratamiento (Addington et al., 2006).

Debido a que el primer episodio de psicosis a menudo comienza cuando una persona está en el final de la adolescencia y en la segunda década de la vida (Kirkbride et al., 2006), el impacto de los antipsicóticos puede coincidir con una fase de desarrollo crítico. Aunque la limitación de datos comparativos dificulta las conclusiones, las personas más jóvenes parecen ser más vulnerables a los efectos secundarios que las personas mayores (aumento de peso, síntomas extrapiramidales, problemas metabólicos, elevación de la prolactina y sedación (Kumra et al., 2008). El riesgo de aumento de peso también puede ser más probable en aquellos con un bajo peso basal (De Hert et al., 2009a). No sólo un aumento de peso en las primeras fases del tratamiento puede con el tiempo conducir a trastornos metabólicos y cardíacos relacionados con la obesidad, sino que también puede restringir las actividades físicas saludables tan básicas como caminar y dar lugar a una falta de autoestima y de confianza para participar en actividades (Vancampfort et al., 2011). Además, otros efectos adversos tales como hiperprolactinemia (que causa trastornos menstruales, disfunción sexual y galactorrea) (Fedorowicz & Fombonne, 2005) y trastornos del movimiento, pueden dar lugar a una mala adherencia a la medicación, que a su vez puede conducir a este grupo vulnerable de jóvenes a que presenten un ciclo de recaídas y de desilusión con los servicios de salud mental (Hack & Chow, 2001).

## 3.5.- Factores relacionados con el estilo de vida

### 3.5.1.- El consumo de tabaco

Fumar tabaco es más frecuente en personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia que en la población en general, incluso con diferentes situaciones socioeconómicas (Brown et al., 1999; Osborn et al., 2006). El 59% fuma ya en el inicio de la psicosis (seis veces más frecuente que las personas de la misma edad sin psicosis (Myles et al., 2012). Mientras que las tasas medias de fumadores en la población general han caído, en el

Reino Unido, de alrededor del 40% en 1980 al 20% en la actualidad (Fidler et al., 2011), los índices para las personas con una esquizofrenia establecida permanecen alrededor del 70% (Brown et al., 2010), y este grupo puede que también sea menos probable que reciba consejos para dejar de fumar, perdiéndose así la prevención eficaz de una causa importante de muerte prematura (Duffy et al., 2012; Himelhoch & Daumit, 2003), aunque paradójicamente la tasa de cáncer de pulmón no parece estar influenciada por esto (Gulbinat et al., 1992; Harris & Barraclough, 1998; Jeste et al.,1996; Osborn et al., 2007a).

### 3.5.2.- Dieta, nutrición y actividad física

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.

Menos del 30% de las personas con esquizofrenia son regularmente activos en comparación con el 62% de las personas que no tienen una enfermedad mental grave (Lindamer et al., 2008) y menos de un 25% realiza los 150 minutos, como mínimo, por semana recomendados, de actividad aeróbica de intensidad moderada, especialmente en el caso del sexo masculino (Faulkner et al., 2006; Stubbs et al., 2017). También puede ser importante reconocer los efectos del sedentarismo sobre el riesgo cardiovascular; un estudio reciente, en voluntarios sanos, mostró que la actividad física de mínima intensidad pero larga duración (caminar), mejora la acción de la insulina y los lípidos plasmáticos, más que periodos más cortos de ejercicio, de moderado a vigoroso (ciclismo), en sujetos sedentarios, cuando el gasto de energía es comparable (Duvivier et al., 2013).

## Referencias

Alberti KG, Zimmet P, Shaw J. The metabolic syndrome--a new worldwide definition. The Lancet. 2005;366:1059-62.

Addington J, Saeedi H, Addington D. Weight gain in first-episode psychosis over three years. Schizophrenia Research. 2006;86:335-36.

Alvarez-Jiménez M, González-Blanch C, Vázquez-Barquero JL, Pérez-Iglesias R, Martínez-García O, Pérez-Pardal T, et al. Attenuation of antipsychotic-induced weight gain with early behavioral intervention in drug-naive first-episode psychosis patients: a randomized controlled trial. Journal of Clinical Psychiatry. 2006;67:1253- 60.

American Diabetes Association, American Psychiatric Association, American Association of Clinical E, North American Association for the Study of Obesity. Consensus development conference on antipsychotic drugs and obesity and diabetes. Journal of Clinical Psychiatry. 2004;65:267-72.

Baba Y, Nemoto T, Tsujino N, Yamaguchi T, Katagiri N, Mizuno M. Stigma toward psychosis and its formulation process: prejudice and discrimination against early stages of schizophrenia. Comprehensive Psychiatry. 2017;73:181-6. doi: 10.1016/j.comppsych.2016.11.005.

Barnes TR, Drake MJ, Paton C. Nocturnal enuresis with antipsychotic medication. The British Journal of Psychiatry. 2012;200:7-9.

Bhui KS, McKenzie K. Rates and risk factors by ethnic group for suicides within a year of contact with mental health services in England and Wales. Psychiatric Services. 2008;59:414-20.

Bioque M, García-Portilla MAP, García-Rizo C, Cabrera B, Lobo A, González-Pinto A et al. Evolution of metabolic risk factors over a two-year period in a cohort of first episodes of psychosis. Schizophrenia Research.. 2018;193:188-96. doi: 10.1016/j.schres.2017.06.032.

Brown S, Birtwistle J, Roe L, Thompson C. The unhealthy lifestyle of people with schizophrenia. Psychological Medicine. 1999;29:697-701.

Brown S, Kim M, Mitchell C, Inskip H. Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia. The British Journal of Psychiatry. 2010;196:116-21.

Bushe CJ, Taylor M, Haukka J. Mortality in schizophrenia: a measurable clinical endpoint. Journal of Psychopharmacology. 2010;24:17-25.

Chen LY, Hung YN, Chen YY, Yang SY, Pan CH, Chen CC et al. Cancer incidence in young and middle-aged people with schizophrenia: nationwide cohort study in Taiwan, 2000-2010. Epidemiology and Psychiatric Sciences. 2018;27(2):146-56.

Curto M, Girardi N, Lionetto L, Ciavarella GM, Ferracuti S, Baldessarini RJ. Systematic Review of Clozapine Cardiotoxicity. Current Psychiatry Report. 2016;18(7):68. doi: 10.1007/s11920-016-0704-3.

De Hert M, Dekker JM, Wood D, Kahl KG, Holt RI, Moller HJ. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness: position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). European Psychiatry. 2009a;24:412-24.

De Hert M, Schreurs V, Vancampfort D, Van Winkel R. Metabolic syndrome in people with schizophrenia: a review. World Psychiatry. 2009b;8:15-22.

Duffy SA, Kilbourne AM, Austin KL, Dalack GW, Woltmann EM, Waxmonsky J, et al. Risk of smoking and receipt of cessation services among veterans with mental disorders. Psychiatric Services. 2012;63:126-33.

Duvivier BM, Schaper NC, Bremers MA, van Crombrugge G, Menheere PP, Kars M, et al. Minimal intensity physical activity (standing and walking) of longer duration improves insulin action and plasma lipids more than shorter periods of moderate to vigorous exercise (cycling) in sedentary subjects when energy expenditure is comparable. PLoS One. 2013;8:e55542.

Expert Group. Schizophrenia and diabetes 2003: an expert consensus meeting. Introduction. The British Journal of Psychiatry. 2004;47:S53-4.

Faulkner G, Cohn T, Remington G. Validation of a physical activity assessment tool for individuals with schizophrenia. Schizophrenia Research. 2006;82:225-31.

Fedorowicz VJ, Fombonne E. Metabolic side effects of atypical antipsychotics in children: a literature review. Journal of Psychopharmacology. 2005;19:533-50.

Fidler JA, Shahab L, West O, MJarvis MJ, McEwen A, Stapleton A, et al. 'The smoking toolkit study': a national study of smoking cessation in England. BMC Public Health. 2011;11:479.

Fleischhacker WW, Siu CO, Boden R, Pappadopulos E, Karayal ON, Kahn RS. Metabolic risk factors in first-episode schizophrenia: baseline prevalence and course analysed from the European first-episode schizophrenia trial. The International Journal of Neuropsychopharmacology. 2012;1:1-9.

Foley DL, Morley KI. Systematic review of early cardiometabolic outcomes of the first treated episode of psychosis. Archives of General Psychiatry. 2011;68:609-16.

Freyberg Z, Aslanoglou D, Shah R & Ballon JS. Intrinsic and Antipsychotic Drug-Induced Metabolic Dysfunction in Schizophrenia. Frontiers in Neuroscience. 2017;11:432. doi: 10.3389/fnins.2017.00432.

Friedlander AH, Marder SR. The psychopathology, medical management and dental implications of schizophrenia. Journal of the American Dental Association. 2002;133:603-10.

Gulbinat W, Dupont A, Jablensky A, Jensen OM, Marsella A, Nakane Y, et al. Cancer incidence of schizophrenic patients. Results of record linkage studies in three countries. The British Journal of Psychiatry. 1992:75-83.

Hack S, Chow B. Pediatric psychotropic medication compliance: a literature review and research-based suggestions for improving treatment compliance. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology. 2001;11:59-67.

Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. The British Journal of Psychiatry. 1998;173:11-53.

Hennekens CH, Hennekens AR, Hollar D, Casey DE. Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. American Heart Journal. 2005;150:1115-21.

Himelhoch S, Daumit G. To whom do psychiatrists offer smoking-cessation counseling? American Journal of Psychiatry. 2003;160:2228-30.

Holt RI, Bushe C, Citrome L. Diabetes and schizophrenia 2005: are we any closer to understanding the link? Journal of Psychopharmacology. 2005;19:56-65.

Homel P, Casey D, Allison DB. Changes in body mass index for individuals with and without schizophrenia, 1987-1996. Schizophrenia Research. 2002;55:277 84.

Hor K, Taylor M. Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. Journal of Psychopharmacology. 2010;24:81-90.

Iglay K, Santorelli ML, Hirshfield KM, Williams JM, Rhoads GG, Lin Y et al. Diagnosis and treatment delays among elderly breast cancer patients with pre-existing mental illness.

Breast Cancer Research and Treatment. 2017;166(1):267-75. doi: 10.1007/s10549-017-4399-x.

Jeste DV, Gladsjo JA, Lindamer LA, Lacro JP. Medical co-morbidity in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 1996;22:413–20.

Ji J, Sundquist K, Ning Y, Kendler KS, Sundquist J, Chen X. Incidence of cancer in patients with schizophrenia and their first-degree relatives: a population-based study in Sweden. Schizophrenia Bulletin. 2013;39:527-36.

Kahn RS, Fleischhacker WW, Boter H, Davidson M, Vergouwe Y, Keet IP, et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: an open randomised clinical trial. The Lancet. 2008;371:1085-97.

Kao YC, Lien YJ, Chang HA, Wang SC, Tzeng NS, Loh CH. Evidence for the indirect effects of perceived public stigma on psychosocial outcomes: The mediating role of self-stigma. Psychiatry Research. 2016;240:187-95. doi: 10.1016/j.psychres.2016.04.030.

Kirkbride JB, Fearon P, Morgan C, Dazzan P, Morgan K, Tarrant J, et al. Heterogeneity in incidence rates of schizophrenia and other psychotic syndromes: findings from the 3-center AeSOP study. Archive of General Psychiatry. 2006;63:250-8.

Kisely S, Crowe E, Lawrence D. Cancer-related mortality in people with mental illness. JAMA Psychiatry. 2013;70:209-17.

Koro CE, Fedder DO, L'Italien GJ, Weiss SS, Magder LS, Kreyenbuhl J, et al. Assessment of independent effect of olanzapine and risperidone on risk of diabetes among patients with schizophrenia: population based nested case-control study. BMJ. 2002;325:243.

Kumra S, Oberstar JV, Sikich L, Findling RL, McClellan JM, Vinogradov S, et al. Efficacy and tolerability of second-generation antipsychotics in children and adolescents with schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 2008;34:60–71.

Larsen JR, Vedtofte L, Jakobsen MSL, Jespersen HR, Jakobsen MI, Svensson CK et al. Effect of Liraglutide Treatment on Prediabetes and Overweight or Obesity in Clozapine- or Olanzapine-Treated Patients With Schizophrenia Spectrum Disorder: A Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry. 2017;74(7):719-28. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.1220.

Lawrence DM, Holman CD, Jablensky AV, Hobbs MS. Death rate from ischaemic heart disease in Western Australian psychiatric patients 1980-1998. The British Journal of Psychiatry. 2003;182:31-6.

Lawrence D, Kisely S. Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness. Journal of Psychopharmacology. 2010;24:61-68.

Lawrence D, Hancock KJ, Kisely S. The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retrospective analysis of population based registers. BMJ. 2013;346:f2539.

Leucht S, Burkard T, Henderson J, Maj M, Sartorius N. Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2007;116:317-33.

Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. New England Journal of Medicine. 2005;353:1209-23.

Lindamer LA, McKibbin C, Norman GJ, Jordan L, Harrison K, Abeyesinhe S, et al. Assessment of physical activity in middle-aged and older adults with schizophrenia. Schizophrenia Research. 2008;104:294-301.

Lindenmayer JP, Czobor P, Volavka J, Citrome L, Sheitman B, McEvoy JP, et al. Changes in glucose and cholesterol levels in patients with schizophrenia treated with typical or atypical antipsychotics. American Journal of Psychiatry. 2003;160:290-6.

Manu P, Correll CU, van Winkel R, Wampers M, De Hert M. Prediabetes in patients treated with antipsychotic drugs. Journal of Clinical Psychiatry. 2012;73:460-6.

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.

Morgan VA, Waterreus A, Carr V, Castle D, Cohen M, Harvey C, et al. Responding to challenges for people with psychotic illness: Updated evidence from the Survey of High Impact Psychosis. The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2017;51(2):124-40. doi: 10.1177/0004867416679738.

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.

Myles N, Newall HD, Curtis J, Nielssen O, Shiers D, Large M. Tobacco use before, at, and after first-episode psychosis: a systematic meta-analysis. Journal of Clinical Psychiatry. 2012;73:468-75.

Nasrallah H. A review of the effect of atypical antipsychotics on weight. Psychoneuroendocrinology. 2003;28(Suppl 1):83-96.

Nasrallah HA. Atypical antipsychotic-induced metabolic side effects: insights from receptor-binding profiles. Molecular Psychiatry. 2008;13:27-35.

Nasrallah H. Folie en masse! It’s so tempting to drink the Kool-Aid (from the Editor). Current Psychiatry. 2011;10.

Osborn DPJ, King MB, Nazareth I. Risk of cardiovascular disease in people with severe mental illness: a cross sectional comparative study in primary care. The British Journal of Psychiatry. 2006:271–77.

Osborn DP, Levy G, Nazareth I, Petersen I, Islam A, King MB. Relative risk of cardiovascular and cancer mortality in people with severe mental illness from the United Kingdom's General Practice Research Database. Archive of General Psychiatry. 2007a; 64:242-49.

Piotrowski P, Gondek TM, Królicka-Deręgowska A, Misiak B, Adamowski T, Kiejna A. Causes of mortality in schizophrenia: An updated review of European studies. Psychiatria Danubina. 2017;29(2):108-20.

Saari K, Koponen H, Laitinen J, Jokelainen J, Lauren L, Isohanni M, et al. Hyperlipidemia in persons using antipsychotic medication: a general population based birth cohort study. Journal of Clinical Psychiatry. 2004;65:547-50.

Saari KM, Lindeman SM, Viilo KM, Isohanni MK, Jarvelin MR, Lauren LH, et al. A 4- fold risk of metabolic syndrome in patients with schizophrenia: the Northern Finland 1966 Birth Cohort study. Journal of Clinical Psychiatry. 2005;66:559-63.

Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: Is the differential mortality gap worsening over time? Archives of General Psychiatry 2007;64:1123-31.

Sartorius N. Iatrogenic stigma of mental illness. BMJ. 2002;324:1470-1.Schizophrenia Commission. The abandoned illness: a report from the Schizophrenia Commission. London: Rethink Mental Illness; 2012.

Smith DJ, Langan J, McLean G, Guthrie B, Mercer SW. Schizophrenia is associated with excess multiple physical-health comorbidities but low levels of recorded cardiovascular disease in primary care: cross-sectional study. BMJ. 2013;3.

Stubbs B, Koyanagi A, Schuch F, Firth J, Rosenbaum S, Gaughran F et al. Physical Activity Levels and Psychosis: A Mediation Analysis of Factors Influencing Physical Activity Target Achievement Among 204 186 People Across 46 Low- and Middle-Income Countries. Schizophrenia Bulletin. 2017;43(3):536-45. doi: 10.1093/schbul/sbw111.

Stubbs B, Koyanagi A, Veronese N, Vancampfort D, Solmi M, Gaughran F et al. Physical multimorbidity and psychosis: comprehensive cross sectional analysis including 242,952 people across 48 low- and middle-income countries. BMC Medicine. 2016;14(1):189.

Tarricone I, Ferrari-Gozzi B, Serretti A, Grieco D, Berardi D. Weight gain in antipsychotic-naive patients: a review and meta-analysis. Psychological Medicine. 2010;40:187-200.

Taylor D, Young C, Mohamed R, Paton C, Walwyn R. Undiagnosed impaired fasting glucose and diabetes mellitus amongst inpatients receiving antipsychotic drugs. Journal of Psychopharmacology. 2005;19:182-6.

Thakore JH. Metabolic syndrome and schizophrenia. The British Journal of Psychiatry. 2005;186:455-6.

Thornicroft G. Shunned: discrimination against people with mental illness. Oxford and New York: Oxford University Press; 2006.

Turner N, Browne S, Clarke M, Gervin M, Larkin C, Waddington JL, et al. Employment status amongst those with psychosis at first presentation. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2009;44:863-9.

Vancampfort D, Probst M, Sweers K, Maurissen K, Knapen J, De Hert M. Relationships between obesity, functional exercise capacity, physical activity participation and physical self-perception in people with schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2011;123:423-30.

von Hausswolff-Juhlin Y, Bjartveit M, Lindstrom E, Jones P. Schizophrenia and physical health problems. Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum. 2009:15-21.

Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen TM. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. The British Journal of Psychiatry. 2011;199:453-8.

Weinmann S, Read J, Aderhold V. Influence of antipsychotics on mortality in schizophrenia: systematic review. Schizophrenia Research. 2009;113:1-11.

Wiersma D, Wanderling J, Dragomirecka E, Ganev K, Harrison G, An Der Heiden W, et al. Social disability in schizophrenia: its development and prediction over 15years in incidence cohorts in six European centres. Psychological Medicine. 2000;30:1155-67.

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

## 4.1.- Introducción

A lo largo de la historia muchos psiquiatras y otros profesionales sanitarios han tenido una visión más bien pesimista del pronóstico de la esquizofrenia, considerándola una enfermedad crónica grave, de muy difícil tratamiento y a menudo deteriorante. Sin embargo, esta perspectiva negativa no se ha confirmado en los estudios de seguimiento a largo plazo, en los cuales se ha demostrado que existen variaciones considerables en cuanto al pronóstico.

## 4.2.- Evolución. Modelo de estadíos clínicos.

Al igual que se ha ido proponiendo un modelo de estadíos o etapas clínicas para diferentes enfermedades o trastornos durante la última década, se ha tratado de utilizar este modelo para conceptualizar las diferentes etapas que podrían sucederse a lo largo de la evolución de las enfermedades mentales en general y de la esquizofrenia en particular (McGorry et al., 2006; Galletly et al, 2016). Según este modelo, se podrían distinguir hasta cuatro estadíos en la esquizofrenia:

*La primera etapa* consistiría en el *Estadío pre-psicótico o prodrómico*. Antes de la irrupción de síntomas psicóticos positivos lo suficientemente graves y persistentes como para poder establecer el diagnóstico de esquizofrenia o un primer episodio psicótico, la mayoría de las personas presentan un periodo prolongado de síntomas y discapacidad

crecientes. Desde un punto de vista retrospectivo, estos fenómenos serían considerados como pródromos; desde otro punto de vista prospectivo se hablaría de lo que se conoce como estado mental de alto riesgo (EMAR). El EMAR puede presentarse típicamente en jóvenes, generalmente entre 14 y 35 años, y está caracterizado por un cambio en las experiencias subjetivas y en el comportamiento, persistente y a menudo progresivo (aunque puede fluctuar en gravedad), junto con síntomas positivos subumbrales. Otros factores que pueden estar presentes y ser característicos serían la presencia de antecedentes de trastorno psicótico o esquizotípico en familiares de primer grado o cambios inespecíficos aunque significativos en el funcionamiento psicosocial en el año previo.

*El estadío posterior* sería el *Primer episodio psicótico*, el cual se puede definir como la presencia de síntomas positivos mantenidos (ya identificables como ideas delirantes y/o alucinaciones) durante una semana o más tiempo. Estos síntomas pueden ser indicativos de un amplio abanico de diagnósticos de los cuales alrededor del 60% se englobarían dentro del espectro de la esquizofrenia.
Los estudios realizados sugieren que el retraso en el acceso a los servicios de salud mental y al tratamiento en los primeros momentos de la psicosis y la esquizofrenia (lo que se conoce como “duración de la psicosis no tratada”) se asocia con una recuperación más lenta o incompleta, un mayor riesgo de recaída y una peor evolución en los años posteriores (Robinson et al., 1999; Bottlender et al., 2003; Harrigan et al., 2003). Estudios más recientes la confirman como un predictor independiente del pronóstico (Penttilä et al., 2014). Por otra parte, estudios recientes asocian una duración prolongada de la psicosis no tratada a un inicio de la enfermedad anterior a los 19 años y con consumo de tóxicos asociado (Fond et al., 2016).

*Otro estadío* sería el de *Enfermedad persistente o establecida*. Las primeras etapas de la psicosis y la esquizofrenia a menudo se caracterizan por una exacerbación repetida de síntomas como alucinaciones, ideas delirantes y trastornos de conducta. Mientras que una alta proporción responde al tratamiento inicial con medicación antipsicótica, alrededor del 80% tendrá una recaída a lo largo de los 5 años siguientes a un primer episodio tratado y en tres cuartas partes de las personas con esquizofrenia estas recaídas son frecuentes y se produce cierto deterioro. Esta alta tasa de recaídas se explica en parte por la

interrupción de la medicación (Brown et al., 2010). En este sentido se ha constatado que algunas intervenciones dirigidas a mejorar la confianza del usuario en la medicación, como la psicoeducación, el manejo adecuado de los efectos secundarios, el asesoramiento o el incremento del apoyo social pueden reducir la tasa de recaídas psicóticas (Fikreyesus, Soboka & Feyissa, 2016). Aunque hay una importante proporción de personas con un primer episodio psicótico en la que la evolución se encaminará hacia la sucesión de episodios o bien hacia la afectación permanente, los estudios de seguimiento a 20-40 años indican que más de la mitad de las personas con esquizofrenia tienen una evolución, en global y a largo plazo, moderadamente buena, mientras que una proporción menor presenta períodos prolongados de remisión de los síntomas sin posteriores recaídas (Harrison et al., 2001; Jobe & Harrow, 2005; Banham & Gilbody, 2010; Tohen et al., 2016; Poon & Leung, 2017).

*En cuarto lugar*, se podría hablar de *Enfermedad grave o sin remisión*, dado que una proporción minoritaria pero importante tiene alteraciones persistentes y síntomas distorsionantes. A estas alteraciones pueden asociarse con frecuencia complicaciones como el mantenimiento del consumo de sustancias de abuso, el fracaso laboral, el estrés familiar y el deterioro de las relaciones sociales. En ocasiones puede haber riesgo importante de marginalidad y de delincuencia menor. En el caso de las recaídas, la recuperación clínica puede requerir más tiempo que la de un episodio inicial.

## 4.3.- Factores pronósticos, sociales y económicos

Hay determinados factores sociales y económicos que parecen afectar al curso de la psicosis y de la esquizofrenia (Stefan & Travis, 2002).

Por ejemplo, se sabe que en países desarrollados la psicosis y la esquizofrenia son más frecuentes en los grupos socioeconómicos más bajos. Sin embargo, en algunos países en desarrollo la relación parecería ser la inversa (Jablensky et al., 1992), lo que sugiere que la relación entre la incidencia, las tasas de recuperación y los factores culturales y económicos es más compleja que una simple correspondencia con la privación socioeconómica (Warner, 1994). En cualquier caso, una reciente revisión sistemática con población mundial revela que las tasas de incidencia fueron 1,91 veces mayores en las zonas con menor nivel socio-económico (Castillejo et al., 2018). Algunas evidencias indican

que la evolución clínica es peor en Europa que en Asia oriental, América Latina, África del Norte y Oriente Medio (Haro et al., 2011).
Tanto los factores de riesgo para el desarrollo de la psicosis y la esquizofrenia como la aceptación de las intervenciones y de los tratamientos varían a través de los grupos étnicos. Aunque en países como el Reino Unido las poblaciones más estudiadas han sido las procedentes de África y del Caribe, algunas evidencias sugieren que otros grupos étnicos y los inmigrantes en general pueden estar en riesgo. Al respecto no se ha observado un riesgo intrínseco de los diferentes grupos étnicos, sino que los factores de riesgo sociales serían los que influirían en determinados grupos étnicos en particular.

En relación al pronóstico, los factores de riesgo asociados a una mala evolución serían los siguientes: prolongada duración de psicosis no tratada, inicio temprano o insidioso de la esquizofrenia, sexo masculino, síntomas negativos, antecedentes familiares de esquizofrenia, nivel de inteligencia bajo, clase social baja, aislamiento social, antecedentes psiquiátricos graves y consumo continuado de tóxicos (NICE, 2015). Un estudio reciente llevado a cabo con población española añadiría, además de estos factores de riesgo, la ausencia de insight (Bergè et al., 2016).

Por lo que respecta al resto de trastornos del espectro psicótico diferentes de la esquizofrenia, se han hallado pruebas meta-analíticas de un mejor pronóstico a largo plazo de los episodios psicóticos breves en comparación con el primer episodio remitido de esquizofrenia (Fusar-Poli et al., 2016).

## 4.4.- Recuperación

La recuperación es un concepto relevante en todas las etapas de la enfermedad, tanto en el primer momento en que se detecta una necesidad de atención (en el periodo prodrómico o de muy alto riesgo) como a lo largo del primer episodio psicótico y el periodo crítico. La recuperación es un objetivo clave en términos reales y no solo en el sentido de aceptación de una enfermedad persistente o de adaptarse a ella para llevar una vida con sentido (Galletly et al., 2016).
La Red de Recuperación Escocesa (The Scottish Recovery Network) la ha definido como “poder vivir una vida significativa, con sentido y satisfactoria, según la definición de cada persona, en presencia o en ausencia de síntomas” (SIGN, 2013). Para el individuo, por

tanto, conocer el trastorno y las posibilidades de tratamiento disponibles, desarrollar habilidades de manejo de la enfermedad y responsabilizarse de su propio tratamiento supondrán cuestiones importantes.
Los servicios orientados a la recuperación ponen el énfasis en las relaciones entre iguales, las redes sociales, el tratamiento centrado en la persona (en sus fortalezas) y la planificación de la recuperación. En los mismos se estimula a las personas a enfrentarse a nuevos desafíos. Con ello se pueden implementar planes de prevención de recaídas y planes de tratamiento avanzados a la vez que se desarrollan capacidades de auto-manejo de la enfermedad para reducir el riesgo de nuevas crisis y prevenir y minimizar la pérdida de responsabilidad social durante los periodos críticos.

Diversos estudios han descrito factores que pueden favorecer o dificultar la recuperación. Una revisión sistemática reciente (Soundy at al., 2015) identificó como promotores los siguientes factores: capacidad de afrontamiento, adaptación y asunción de la enfermedad, apoyo social y relaciones interpersonales y de pertenencia sólidas y estables. Entre las amenazas o factores que la dificultarían se hallarían el aislamiento, las relaciones personales disfuncionales, la resistencia a la asunción del trastorno o del tratamiento, la incertidumbre y la desesperanza (Soundy et al., 2015). En este sentido, se destaca que los factores psicosociales y la emoción negativa predicen mejor la evolución que los propios síntomas psiquiátricos y la historia previa de recuperación (Law et al., 2016).

Aunque no se conocen en profundidad los factores que determinan las diferencias en la recuperación de la psicosis y la esquizofrenia, se ha observado que puede llegarse a la misma en cualquier momento, incluso después de muchos años (Harrison et al., 2001; Law et al., 2016). Por tanto, los clínicos deberían apoyar la recuperación en todos los pacientes y en todas las etapas dada la frecuencia de remisiones o mejorías tardías. Asimismo, es necesario subrayar la importancia de que los usuarios de los servicios y los cuidadores reciban ayuda y apoyo para afrontar su futuro y poder hacerse cargo de los cambios que puedan ir produciéndose a lo largo de la evolución.

## Referencias

Banham L, Gilbody S. Smoking cessation in severe mental illness: what works? Addiction. 2010;105:1176-89.

Barnes TRE and Pant A. Long-term course and outcome of schizophrenia. Psychiatry. 2002;1:34-36.

Bergé D, Mané A, Salgado P, Cortizo R, Garnier C, Gomez L, et al. Predictors of Relapse and Functioning in First-Episode Psychosis: A Two-Year Follow-Up Study. Psychiatric Services. 2016;67(2):227-33. doi: 10.1176/appi.ps.201400316.

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.

Brown S, Kim M, Mitchell C, Inskip H. Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia. The British Journal of Psychiatry. 2010;196:116-21.

Castillejos, M., Martín-Pérez, C., Moreno-Küstner, B. A systematic review and meta-analysis of the incidence of psychotic disorders: The distribution of rates and the influence of gender, urbanicity, immigration and socio-economic level. Psychological Medicine. 2018;1-15. doi:10.1017/S0033291718000235.

Fikreyesus M, Soboka M, Feyissa GT. Psychotic relapse and associated factors among patients attending health services in Southwest Ethiopia: a cross-sectional study. BMC Psychiatry. 2016;16(1):354.

Fond G, Boyer L, Andrianarisoa M, Godin O, Brunel L, Bulzacka E et al. Risk factors for increased duration of untreated psychosis. Results from the FACE-SZ dataset. Schizophrenia Research. 2017. pii: S0920-9964(17)30534-0. doi: 10.1016/j.schres.2017.08.058.

Fusar-Poli P, Cappucciati M, Bonoldi I, Hui LM, Rutigliano G, Stahl DR et al. Prognosis of Brief Psychotic Episodes: a Meta-analysis. JAMA Psychiatry. 2016;73(3):211-220. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.2313.

Galletly C, Castle D, Dark F, Humberstone V, Jablensky A, Killackey E, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2016; 50(5): 410–472. doi: 10.1177/0004867416641195.

Haro JM, Novick D, Bertsch J, Karagianis J, Dossenbach M, Jones PB. Cross-national clinical and functional remission rates: Worldwide Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (W-SOHO) study. The British Journal of Psychiatry. 2011;199:194-201.

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

Harrison G, Hopper K, Craig T, Laska E, Siegel C, Wanderling J, et al. Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study. The British Journal of Psychiatry. 2001;178:506-17.

Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, Anker M, Korten A, Cooper JE, et al. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten country study. Psychological Medicine. 1992;20:1-97.

Jobe TH, Harrow M. Long-term outcome of patients with schizophrenia: a review. Canadian Journal of Psychiatry. 2005;50:892-900.

Law H, Shryane N, Bentall RP, Morrison AP. Longitudinal predictors of subjective recovery in psychosis. The British Journal of Psychiatry. 2016;209(1):48-53. doi: 10.1192/bjp.bp.114.158428.

McGorry PD, Hickie IB, Yung AR, Pantelis C, Jackson HJ. Clinical staging of psychiatric disorders: a heuristic framework for choosing earlier, safer and more effective interventions. Aust N Z J Psychiatry. 2006;40(8):616-22.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Psychosis and Schizophrenia. Clinical Knowledge Summaries. Last revised in February 2015

Penttilä M, Jääskeläinen E, Hirvonen N, Isohanni M, Miettunen J. Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. British Journal of Psychiatry. 2014;205(2):88-94. doi: 10.1192/bjp.bp.113.127753.

Poon JY, Leung CM. Outcome of first-episode acute and transient psychotic disorder in Hong Kong Chinese: a 20-year retrospective follow-up study. Nordic Journal of Psychiatry. 2017;71(2):139-144. doi: 10.1080/08039488.2016.1252426.

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.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of schizophrenia. Edinburgh: SIGN; 2013.

Soundy A, Stubbs B, Roskell C, Williams SE, Fox A y Vancampfort D. Identifying the facilitators and processes which influence recovery in individuals with schizophrenia: a systematic review and thematic synthesis. Journal of Mental Health. 2015;24(2):103-10. doi: 10.3109/09638237.2014.998811

Stefan M, Travis M, Murray RM. An atlas of schizophrenia. London: Parthenon Pub. Group; 2002.

Tohen M, Khalsa HM, Salvatore P, Zarate CA Jr, Strakowski SM, Sanchez-Toledo JP, et al. The McLean-Harvard First-Episode Project: Early Course in 114 Cases of First-Episode Nonaffective Psychoses. The Journal of Clinical Psychiatry. 2016;77(6):781-8. doi: 10.4088/JCP.14m09414.

Warner R. Recovery from Schizophrenia 2nd edn. NY: Routledge; 1994.

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

## 5.1.- Introducción

Durante las dos últimas décadas se han realizado una gran cantidad de investigaciones para evaluar la posibilidad de un reconocimiento precoz de la psicosis, poniendo el énfasis en reducir la duración de la psicosis no tratada, que se ha demostrado que se asocia con malos resultados. Más recientemente, también ha aumentado el interés en la identificación de las personas que están en alto riesgo de desarrollar un primer episodio psicótico con la esperanza de que la intervención podría prevenir o retrasar el desarrollo de una psicosis. Muchas personas que van a desarrollar una psicosis, experimentan antes de la misma una serie de alteraciones psicológicas, de la conducta y de la percepción, a veces durante varios meses. Anteriormente se describía como un período prodrómico; hoy la mayoría de los estudios han adoptado otros términos como “estados de riesgo o alto riesgo”.

En la actualidad hay criterios fiables y válidos para identificar a las personas que buscan ayuda y que están en alto riesgo de desarrollar de manera inminente psicosis o esquizofrenia. Yung y cols. (1996) han desarrollado criterios operativos para identificar tres subgrupos que presentan un estado mental de riesgo de psicosis. Dos subgrupos especifican los factores de riesgo presentes en este estado, definidos por la presencia de síntomas psicóticos transitorios, también llamados síntomas psicóticos intermitentes limitados breves, o síntomas psicóticos atenuados (subclínicos). Estudios recientes

muestran cómo aproximadamente la mitad de los usuarios con síntomas psicóticos intermitentes limitados breves han desarrollado al menos un episodio psicótico a los 12 años de seguimiento (Fusar-Poli et al., 2017). El otro subgrupo presenta factores de riesgo característicos, definidos operativamente por la presencia de una disminución del funcionamiento, junto con un trastorno esquizotípico de la personalidad o la constatación de que tiene un familiar de primer grado con una historia de psicosis. Todos los subgrupos se encuentran dentro de un rango determinado de edad que se sabe que es el de mayor riesgo para la aparición de la psicosis.

## 5.2.- Reconocimiento, identificación y estrategias de tratamiento para los estados mentales de riesgo

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 que tienen, por lo tanto, un alto riesgo genético (Miller et al., 2001), especialmente si durante la pubertad presentan ciertas dificultades escolares, por ejemplo, en ortografía (Lin et al., 2017) y en aquéllas que presentan determinadas alteraciones perceptivas (Klosterkötter et al., 2001). Más concretamente, en el estudio de Miller y cols. (2001) participan 155 personas con un elevado riesgo de desarrollar esquizofrenia y se encuentra que tienen una mayor probabilidad de desarrollarla aquellas en las que existe, además, un consumo actual o pasado de cannabis u otras drogas ilícitas, o bien una mayor presencia de eventos vitales estresantes en la historia personal. En el estudio de Klosterkötter, se recluta una muestra de 110 personas con un estado mental de alto riesgo y se hace seguimiento durante un tiempo medio de 9.6 años. Los resultados reflejan que la ausencia de pródromos en el 96% de los casos no lleva al desarrollo posterior de esquizofrenia, así como que la presencia de los mismos predice en un 70% la probabilidad de desarrollar esta enfermedad, e incluso en un 91% cuando se trata de determinados síntomas iniciales (distorsiones visuales, alteraciones en el lenguaje perceptivo, etc.).

La detección de personas en riesgo de desarrollar esquizofrenia está cobrando cada vez más importancia, incluso en los últimos años algunos equipos especializados han desarrollado una serie de criterios y entrevistas clínicas para ayudar a detectar a estas personas (Cornblatt et al., 2002; Miller et al., 2003; Yung et al., 2004; Broome et al., 2005; Yung et al., 2005; Cannon et al., 2008; Schultze-Lutter et al., 2009; Cannon et al., 2016; Fonseca-Pedrero et al., 2016; Fusar-Poli et al., 2016).

Cuando las personas en riesgo han sido identificadas, la cuestión sería qué es lo que puede hacerse de manera eficaz para prevenir, retrasar o mejorar la psicosis. Hasta la fecha, ha habido nueve ECA, que utilizan definiciones operativas similares a "en riesgo", que han comunicado conclusiones respecto de la medicación antipsicótica, los ácidos grasos poliinsaturados omega-3 y/o intervenciones psicológicas, incluyendo la TCC. Estos estudios han sido realizados en Australia (McGorry et al., 2002; Phillips et al., 2009), América del Norte (Addington et al., 2011; McGlashan et al., 2006) y Europa (Amminger et al., 2010; Bechdolf et al., 2012; Ising et al., 2016; Morrison et al., 2007; Morrison et al., 2004) y se han dirigido a lograr uno o más de los siguientes resultados: prevenir, retrasar o mejorar las tasas de transición a la psicosis; reducir la gravedad de los síntomas psicóticos; reducir la angustia y las alteraciones emocionales y mejorar la calidad de vida.

Se han identificado los siguientes enfoques terapéuticos:

- intervenciones farmacológicas:
  - olanzapina
  - risperidona
- intervenciones dietéticas:
  - los ácidos grasos omega-3
- intervenciones psicológicas:
  - terapia cognitivo-conductual (TCC)
  - terapia psicológica integrada
  - terapia de apoyo.

Algunos investigadores han combinado más de una intervención con el fin de mejorar la probabilidad de lograr los resultados esperados. Por ejemplo, una medicación antipsicótica se puede combinar con una terapia psicológica como la terapia cognitiva
o varias intervenciones psicosociales pueden ser combinadas (como la terapia cognitiva, la terapia de rehabilitación cognitiva y la intervención familiar). El GDG de la Guía NICE

(GDGNICE) consideró que estas combinaciones no forman un grupo homogéneo y que, por lo tanto, no pueden ser analizadas conjuntamente en un meta-análisis.

## 5.3.- Consideraciones éticas

Ha habido un debate 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. Esto es, en parte, debido a que las tasas de transición sugieren que la mayoría de estas muestras (entre el 80 y el 90%) no presentaron un primer episodio de psicosis en un plazo de 12 meses (es decir, muchos son "falsos positivos") y hay alguna evidencia de que estas tasas están disminuyendo (Yung et al., 2007). Esto puede suponer exponer a las personas a un estigma y discriminación innecesarios (Bentall & Morrison, 2002; Yang et al., 2010), a restricciones que estas personas pueden imponerse a sí mismas, tales como evitar el estrés, (Warner, 2001) y a consecuencias no deseadas en ámbitos como la búsqueda de empleo o la obtención de un seguro (Corcoran et al., 2010).

También existe la preocupación acerca de los riesgos de la exposición a tratamientos innecesarios con posibles efectos adversos en esta población y, por lo tanto, los riesgos y los beneficios de cualquier intervención deben sopesarse con cuidado (Bentall & Morrison, 2002; Warner, 2001). La propuesta de incluir un síndrome de riesgo de psicosis, el llamado en el DSM-5 “trastorno psicótico atenuado”,ha llevado a muchos a preocuparse por estos temas (Carpenter, 2009; Corcoran et al., 2010; Morrison et al., 2010), llegándose a cuestionar incluso la influencia de la industria farmacéutica por el conflicto de intereses que conlleva. Sin embargo, el GDGNICE considera que los beneficios para las personas, las familias y la sociedad en general que pueden resultar de la prevención del desarrollo de la psicosis son tan sustanciales, dado los efectos devastadores que a menudo muchas personas experimentan como resultado de la psicosis, que las estrategias para prevenir la psicosis en los estados en riesgo supera las importantes consideraciones éticas. En cualquier caso, se hace necesaria más investigación de calidad de cara a mejorar la predictibilidad de la ocurrencia de estos trastornos.

## 5.4.- Las intervenciones farmacológicas

### 5.4.1.-Estudios considerados

El GDGNICE seleccionó una revisión existente (Stafford et al., 2013) como base para esta área de la guía. La revisión de Stafford (2013) incluyó cuatro ECA (N = 358) que proporcionan evidencia clínica relevante y que cumplían los criterios de inclusión establecidos por el propio GDG para la revisión: (McGlashan et al., 2002; McGorry et al., 2002; Phillips et al., 2009; Ruhmann et al., 2007). Todos los estudios contenían participantes que fueron considerados en riesgo de desarrollar psicosis en base a una evaluación clínica que identificaba características prodrómicas. Más información sobre los estudios incluidos y excluidos se puede encontrar en Stafford y cols. (2013).

De los cuatro ensayos incluidos, había uno que comparó la olanzapina con placebo, dos que comparaban la risperidona más TCC con la terapia de apoyo, uno que comparaba la risperidona más TCC con placebo más la TCC y uno que comparaba la amisulprida y la intervención basada en las necesidades con esta misma intervención en solitario. En base a la investigación llevada a cabo hasta el momento, los autores de esta revisión sistemática concluyen que las elecciones terapéuticas más adecuadas en esta población eran la TCC individual y familiar.

### 5.4.2.- Resumen clínico de la evidencia para las intervenciones farmacológicas

El GDGNICE considera que, los hallazgos de los cuatro ECA (N=358) mencionados anteriormente, sugieren que la medicación antipsicótica no es más eficaz que una intervención psicológica o placebo en la prevención de la transición a la psicosis y que tiene poco o ningún efecto en la reducción de los síntomas psicóticos. Además, el tratamiento con olanzapina puede dar lugar a un aumento de peso significativo.

## 5.5.- Las intervenciones dietéticas

### 5.5.1.- Estudios considerados

El GDGNICE seleccionó de nuevo la revisión de Stafford y cols. (2013) como base para este apartado de la guía. Dicha revisión incluyó un ECA (N =81) de Amminger y cols. (2010), que compara los ácidos grasos omega-3 con placebo, que proporciona evidencia clínica relevante y que cumplía los criterios de inclusión.

### 5.5.2.- Resumen clínico de la evidencia para las intervenciones dietéticas.

Aunque el estudio de Amminger y cols. (2010) fue bien dirigido, los tamaños de las muestras eran pequeños. Los hallazgos sugieren que los ácidos grasos omega-3 pueden ser eficaces en la prevención de transición a la psicosis y en la mejora de los síntomas de la psicosis, depresión y en el funcionamiento psicosocial en las personas jóvenes (evidencia de baja calidad). Sin embargo, el GDGNICE considera que debido a la escasez de la evidencia (falta de replicación independiente) no se pueden establecer conclusiones sólidas.

## 5.6.- Intervenciones psicosociales

### 5.6.1.- Estudios considerados

También aquí el GDGNICE seleccionó la revisión de Stafford (2013) como base para esta área de la GPC. Esta revisión incluyó siete ECA (N=879) que proporcionan evidencia clínica relevante y que cumplían los criterios de elegibilidad para la revisión: (Addington et al., 2011; Morrison et al., 2004; Morrison et al., 2011; Phillips et al., 2009; Van der Gaag et al., 2012; Bechdolf et al., 2012 y Nordentoft et al., 2006).

De los siete ensayos incluidos, cinco estudios compararon la TCC individual con terapia de apoyo, un estudio comparó una intervención multimodal (terapia psicológica integrada) con la terapia de apoyo y un estudio comparó una intervención multimodal similar con la atención estándar. Más información acerca de los estudios incluidos y excluidos se pueden encontrar en Stafford y cols. (2013).

### 5.6.2.- Resumen clínico de evidencia para las intervenciones psicosociales

Los siete ECA anteriores investigaron la eficacia de las intervenciones psicológicas en jóvenes en riesgo de desarrollar psicosis o esquizofrenia. Los resultados de los cinco ensayos que compararon la TCC con terapia de apoyo, sugieren que la TCC puede tener un efecto beneficioso sobre la tasa de transición a la psicosis. Sin embargo, se encontró que la TCC no era más efectiva que la terapia de apoyo para los síntomas psicóticos, la depresión, el funcionamiento psicosocial y la calidad de vida. En el ECA que comparó la terapia psicológica integrada con la terapia de apoyo, se encontraron pequeños efectos acerca de que la terapia psicológica integrada disminuye la transición a la psicosis. En el otro ECA que comparó la terapia psicológica integrada con la atención estándar, se

encontró un efecto beneficioso sobre la tasa de transición a la psicosis a los 12 meses, pero este efecto significativo no se encontró a los 24 meses.
La terapia psicológica integrada no resultó ser más eficaz que su abandono o que el tratamiento habitual de los síntomas psicóticos. El GDGNICE considera, en general, que la heterogeneidad entre las muestras en función de su grado de riesgo para el desarrollo de la psicosis, junto con la escasez y la baja calidad de la evidencia, no permite que se puedan sacar conclusiones robustas.

## 5.7.- Vinculación de la evidencia a las recomendaciones

*Valor relativo de los resultados considerados*

El GDGNICE consideró claves los siguientes resultados:

- La transición a la psicosis
- Tiempo para la transición a la psicosis.

Pero además también creyó pertinente considerar:

- El estado mental (síntomas, depresión, ansiedad, manía)
- La mortalidad (incluido el suicidio)
- El estado global
- El funcionamiento psicosocial
- El funcionamiento social
- El abandono temprano de los estudios por cualquier motivo
- Los efectos adversos (incluidos los efectos sobre el metabolismo, efectos secundarios extrapiramidales (EPSE), cambios hormonales y cardiotoxicidad).

Balance entre los beneficios clínicos y los daños

El GDGNICE no encontró evidencia para apoyar la promesa inicial de que algunos fármacos antipsicóticos retrasan o previenen la transición a la psicosis. Además, los medicamentos antipsicóticos están asociados con efectos secundarios clínicamente significativos. Aunque consideran que esto se puede explicar por la carencia de estudios que apoyen esta evidencia, en su revisión no identificaron ninguna razón para proseguir en esta línea de investigación. Se basan en que muchas personas con alto riesgo no evolucionarán a la psicosis, y cuando realizaron el meta- análisis no hubo una evidencia clara que sugiriese que la medicación antipsicótica pueda prevenir la transición. Por otra

parte, los efectos adversos, concretamente la ganancia de peso, son claramente evidentes e indican que los daños asociados con la medicación antipsicótica son superiores a las ventajas.

En general, los resultados para las intervenciones psicosociales sugieren que la transición a la psicosis de un estado mental de alto riesgo se puede prevenir. Estos hallazgos también proporcionan una base para el desarrollo de futuras estrategias de investigación y ponen de relieve los tratamientos que tienen el mayor potencial de reducción de transición a la psicosis. Una consideración adicional importante es que hay buena evidencia desde los estudios en adultos, de que la intervención familiar es eficaz en la reducción de las tasas de recaída, tanto en el primer episodio de psicosis como en la esquizofrenia establecida. Esto proporciona una fuerte evidencia empírica de que las estrategias de tratamiento utilizadas aquí son eficaces en la reducción de la probabilidad de una posterior psicosis. Es importante destacar que la intervención de la familia es un componente clave de la terapia psicológica integrada.

Por otro lado, un ECA pequeño indica que los ácidos grasos omega-3 también pueden ser eficaces en la prevención de la transición desde estados mentales en riesgo al desarrollo de la psicosis (incluso cuando se aplica el análisis de sensibilidad y se asume que los abandonos evolucionaron hacia ella). Asimismo mejoran los síntomas de la psicosis, de la depresión y el funcionamiento psicosocial. Pero dado que se obtuvieron estos resultados de una muestra muy pequeña, no hay suficiente evidencia para que se puede recomendar el uso de ácidos grasos omega-3.

En última instancia, la mayoría de las personas en riesgo de estas muestras no evolucionaron a una psicosis y por lo tanto hay serias preocupaciones sobre el riesgo de la exposición a intervenciones innecesarias. Los daños asociados con la intervención incluyen el estigma y el temor de padecer psicosis (la razón por la que han sido incluidos en el estudio u ofrecido el tratamiento). Sin embargo, el GDG consideró que estos riesgos eran aceptables si los tratamientos que se ofrecen no añadieran importantes daños potenciales adicionales. EL GDGNICE consideró que, en general, los tratamientos psicológicos y el uso de ácidos grasos omega-3 era poco probable que se asocien con otros daños potenciales importantes. No ocurre lo mismo con los fármacos antipsicóticos,

con efectos secundarios como: el aumento de peso, el riesgo potencial de desarrollar diabetes tipo 2, enfermedad cardiovascular crónica y el riesgo de cambios irreversibles en el cerebro que da lugar a trastornos del movimiento permanentes, que no se pueden tratar de una manera eficaz, cuando se utilizan los medicamentos antipsicóticos en dosis altas a largo plazo.
Dada la gravedad de estos efectos, que sólo una pequeña proporción de las personas acabarán desarrollando una psicosis, que la evidencia sugiere que es poco probable que los fármacos antipsicóticos produzcan algún beneficio y que el tratamiento antipsicótico dará lugar a daños inaceptables, existe una base sólida para no prescribir la medicación antipsicótica e investigar su uso en esta población.

Por otra parte, el GDGNICE señaló que debido a que estas personas en la búsqueda de tratamiento a menudo presentan dificultades y comorbilidades, deberían tener acceso a la ayuda para su angustia (TCC) y a los tratamientos recomendados en las guías NICE para cualquier comorbilidad, tales como trastornos de ansiedad, depresión, incipiente trastorno de la personalidad o abuso de sustancias, o cualquier otro problema que puedan presentar. Y aunque resultó ser un pequeño porcentaje el número de personas en alto riesgo que acabó desarrollando una psicosis en los estudios realizados con intervención psicológica, con estos ensayos sí son susceptibles de beneficiarse de la TCC para el tratamiento de otros problemas psicológicos, no psicóticos.

*Balance entre los beneficios netos para la salud y el uso de recursos*

Hay dos estudios económicos realizados en Reino Unido que han evaluado el impacto económico de los Servicios de Intervención Temprana para la Psicosis para las personas con alto riesgo o con signos de psicosis; sin embargo, el GDGNICE consideró que ambos estudios tienen limitaciones metodológicas potencialmente serias. La duración del análisis fue muy breve y, sin embargo, los trastornos psicóticos pueden ser de por vida. Además, ambos estudios utilizaron datos de estudios observacionales, de otras fuentes publicadas y de suposiciones de los autores, y no de ECA. Los resultados del estudio realizado en Australia tampoco eran definitivos. A pesar de que indican posibles ahorros de costes, el tamaño de la muestra del estudio fue pequeña y no representativa más allá del subgrupo de alto riesgo.

Por otra parte, algunas de las estimaciones del uso de recursos se basan en suposiciones y en el cuestionario realizado por el paciente en el seguimiento. Como resultado, el GDGNICE consideró el análisis con limitaciones metodológicas potencialmente graves y en su reflexión concluyó que el análisis era insostenible en el contexto de la citada guía.
En consecuencia, sobre la base de la evidencia económica existente, GDGNICE consideró que no podía obtener conclusiones definitivas relativas a la eficiencia de los Servicios de Intervención Temprana para la Psicosis para las personas con alto riesgo de psicosis.

*Calidad de la evidencia*

El GDGNICE considera que para todas las intervenciones, la calidad de la evidencia variaba desde muy baja a moderada. La evidencia de las intervenciones farmacológicas fue particularmente de mala calidad y fue calificada como muy baja en todos los resultados críticos. Una razón principal para degradar la calidad de la evidencia fue el riesgo de sesgo en los ensayos. Casi todos los ensayos incluidos en la revisión fueron calificados como de alto riesgo de sesgo debido a diversas limitaciones dentro de ellos, lo que hacía que fueran difíciles de interpretar. Estas limitaciones incluyen pequeños tamaños de muestra, la falta de cegamiento del evaluador de los resultados y probablemente el sesgo de publicación, siendo esto último especialmente probable para los antipsicóticos. Además, hay una cierta sugerencia de que entre este grupo de alto riesgo, el número de transiciones aumenta a los 3 años y luego se estabiliza. Por lo tanto, los ensayos requieren períodos de seguimiento más largos. Otras razones para degradar la calidad de la evidencia estuvieron relacionadas con el tamaño muestral limitado y el riesgo de sesgo de la información de las intervenciones. También al GDGNICE le preocupó que la definición de "transición a la psicosis" variaba entre los estudios incluidos.

*Otras consideraciones*

Estudios recientes han examinado la viabilidad de la detección y el tratamiento de las personas con estados mentales en situación de riesgo antes del desarrollo de la psicosis y/o la esquizofrenia. En la actualidad hay criterios disponibles para identificar y reconocer a las personas que buscan ayuda, por medio de entrevistas semi-estructuradas estandarizadas. Estos criterios requieren más afinamiento con el fin de predecir mejor el curso de estos comportamientos y síntomas "de riesgo", así como el reconocimiento de los que no llegarán a desarrollar una psicosis. Además, con el fin de obtener estimaciones

precisas de las tasas de transición a la psicosis en esta población, se necesita más investigación que examine la influencia de las estrategias de muestreo en esta población. El GDGNICE consideró importante que las personas que experimentan síntomas psicóticos transitorios u otras experiencias que sugieren una posible psicosis fueran derivados urgentemente a un servicio especializado de salud mental donde debería llevarse a cabo una evaluación multidisciplinar (ver recomendaciones 5.1 y 5.2). Además, el GDGNICE decidió recomendar la prestación de 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 la reducción del malestar (véase la recomendación 5.3).

También consideraron importante hacer un seguimiento de las personas durante 3 años (véase recomendación 5.5), ofreciendo visitas de seguimiento a los que solicitasen el alta del servicio de salud mental (véase la recomendación 5.6). Asimismo, consideraron que un objetivo importante para futuras investigaciones sería realizar más estudios para examinar el uso de la intervención familiar en la prevención de una primera aparición de la psicosis en aquellas personas en alto riesgo.

Como no encontraron ninguna evidencia para apoyar la promesa inicial de que algunos antipsicóticos pueden retrasar o prevenir la transición, y ya que están asociados con efectos secundarios importantes, el GDGNICE decidió que no había razón para seguir esta línea de investigación, sobre todo porque muchas personas en alto riesgo no evolucionarán a la psicosis o la esquizofrenia (véase la recomendación 5.4).

## 5.8.- 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.

## 5.9.- Relación entre el testimonio de los usuarios y las recomendaciones

*Las opciones de tratamiento para prevenir la psicosis*

**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.

**Testimonio de los usuarios:**

Algunos usuarios relatan el inicio de los síntomas. Reconocen dos estados dentro de su proceso de desarrollo de la psicosis: un primer momento más leve (que podría coincidir con lo que aquí llamamos "estados mentales de riesgo") y otro posterior y más grave, donde son diagnosticados ya de psicosis y normalmente comienzan tratamiento con medicación antipsicótica.

De esos relatos puede deducirse la importancia de los equipos de Intervención Temprana de la Psicosis (ITP) y la de realizar una evaluación completa a las personas que presentan un alto riesgo de desarrollar una psicosis.

*"Yo empecé con 15 años o así, que la tomé con mi padre, como que él iba buscando intenciones conmigo, y con los hombres mayores. Me dio por ahí, me dio por mi padre, vamos. Y después en la universidad…Pues yo escuchaba insultos y demás…Claro, pido ayuda, pero en plan "light", en plan psicólogo; me hacían un estudio, decían que era la adolescencia, tal… Pero ya, fuerte, fuerte, fue a los 25 en la universidad, que… no sé… ya fue cuando… risas sin venir a cuento… y a partir de ahí me empecé a medicar".*

*(Mujer, 46 años)*

*"No me iban bien las cosas y cogí una depresión, y luego empecé a escuchar voces en mi cabeza y las voces me metían en una historia… y hablaba solo muchas veces".*

*(Varón, 51 años)*

## Referencias

Addington J, Epstein I, Liu L, French P, Boydell KM, Zipursky RB. A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for individuals at clinical high risk of psychosis. Schizophrenia Research. 2011;125:54-61.

Amminger GP, Schafer MR, Papageorgiou K, Klier CM, Cotton SM, Harrigan SM, et al. Long-chain omega-3 fatty acids for indicated prevention of psychotic disorders: a randomized, placebo-controlled trial. Archives of General Psychiatry. 2010;67:146-54.

Bechdolf A, Wagner M, Ruhrmann S, Harrigan S, Putzfeld V, Pukrop R, et al. Preventing progression to first-episode psychosis in early initial prodromal states. The British Journal of Psychiatry. 2012;200:22-9.

Bentall RP, Morrison AP. More harm than good: the case against using antipsychotic drugs to prevent severe mental illness. Journal of Mental Health. 2002;11:351-56.

Bošnjak D, Kekin I, Hew J, Kuzman MR. Early interventions for prodromal stage of psychosis. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016;6: Art. No.: CD012236. doi: 10.1002/14651858.CD012236.

Broome MR, Woolley JB, Johns LC, Valmaggia LR, Tabraham P, Gafoor R, et al. Outreach and support in south London (OASIS): implementation of a clinical service for prodromal psychosis and the at risk mental state. European Psychiatry. 2005;20(5-6):372–8.

Cannon TD, Cadenhead K, Cornblatt B, Woods SW, Addington J, Walker E, et al. Prediction of psychosis in youth at high clinical risk: a multisite longitudinal study in North America. Archives of General Psychiatry. 2008;65(1):28–37.

Cannon TD, Yu C, Addington J, Bearden CE, Cadenhead KS, Cornblatt BA, et al. An Individualized Risk Calculator for Research in Prodromal Psychosis. American Journal of Psychiatry. 2016;173(10):980-8.

Carpenter WT. Anticipating DSM-V: should psychosis risk become a diagnostic class? Schizophrenia Bulletin. 2009;35:841-43.

Corcoran CM, First MB, Cornblatt B. The Psychosis Risk Syndrome and its Proposed Inclusion in the DSM-V: A Risk-Benefit Analysis. Schizophrenia Research. 2010;120(1-3):16-22.

Cornblatt B, Lencz T, Obuchowski M. The schizophrenia prodrome: treatment and high-risk perspectives. Schizophrenia Research. 2002;54(1-2):177–86.

Fonseca-Pedrero E, Gooding DC, Ortuño-Sierra J, Paino M. Assessing self-reported clinical high risk symptoms in community-derived adolescents: A psychometric evaluation of the Prodromal Questionnaire-Brief. Comprehensive Psychiatry. 2016;66:201-8. doi: 10.1016/j.comppsych.2016.01.013.

Fusar-Poli P, Cappucciati M, De Micheli A, Rutigliano G, Bonoldi I, Tognin S et al. Diagnostic and Prognostic Significance of Brief Limited Intermittent Psychotic Symptoms (BLIPS) in Individuals at Ultra High Risk. Schizophrenia Bulletin. 2017;43(1):48-56. doi: 10.1093/schbul/sbw151.

Fusar-Poli P, Schultze-Lutter F, Cappucciati M, Rutigliano G, Bonoldi I, Stahl D, et al. The Dark Side of the Moon: Meta-analytical Impact of Recruitment Strategies on Risk Enrichment in the Clinical High Risk State for Psychosis. Schizophrenia Bulletin. 2016;42(3):732–43.

Ising HK, Kraan TC, Rietdijk J, Dragt S, Klaassen RM, Boonstra N et al. Four-Year Follow-up of Cognitive Behavioral Therapy in Persons at Ultra-High Risk for Developing Psychosis: The Dutch Early Detection Intervention Evaluation (EDIE-NL) Trial. Schizophrenia Bulletin. 2016;42(5):1243-52. doi: 10.1093/schbul/sbw018.

Klosterkötter J, Hellmich M, Steinmeyer EM, Schultze-Lutter F. Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. Archives of General Psychiatry. 2001;58(2):158-64.

Lin A, Di Prinzio P, Young D, Jacoby P, Whitehouse A, Waters F et al. Academic Performance in Children of Mothers With Schizophrenia and Other Severe Mental Illness, and Risk for Subsequent Development of Psychosis: A Population-Based Study. Schizophrenia Bulletin. 2017;43(1):205-213. doi: 10.1093/schbul/sbw042.

McGlashan TH, Zipursky RB, Perkins D, Addington J, Miller TJ, Woods SW, et al. The PRIME North America randomized double-blind clinical trial of olanzapine versus placebo in patients at risk of being prodromally symptomatic for psychosis. I. Study rationale and design. Schizophrenia Research. 2003;61:7-18.

McGlashan TH, Zipursky RB, Perkins D, Addington J, Miller T, Woods SW, et al. Randomized, double-blind trial of olanzapine versus placebo in patients prodromally symptomatic for psychosis. American Journal of Psychiatry. 2006;163:790-9.

McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP, Francey S, Cosgrave EM, et al. Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. Archives of General Psychiatry. 2002;59:921-8.

Miller P, Lawrie S, Hodges A, Clafferty R, Cosway R, Johnstone E. Genetic liability, illicit drug use, life stress and psychotic symptoms: preliminary findings from the Edinburgh study of people at high risk for schizophrenia. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2001;36:338-42.

Miller TJ, McGlashan TH, Rosen JL, Cadenhead K, Cannon T, Ventura J, et al. Prodromal assessment with the structured interview for prodromal syndromes and the scale of prodromal symptoms: predictive validity, interrater reliability, and training to reliability. Schizophrenia Bulletin. 2003;29(4):703–15.

Morrison AP, French P, Walford L, Lewis SW, Kilcommons A, Green J, et al. Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk: randomised controlled trial. The British Journal of Psychiatry. 2004;185:291-97.

Morrison AP, French P, Parker S, Roberts M, Stevens H, Bentall RP, et al. Three-year follow-up of a randomized controlled trial of cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultrahigh risk. Schizophrenia Bulletin. 2007;33:682-7.

Morrison AP, Byrne R, Bentall RP. DSM-5 and the 'psychosis risk syndrome': whose best interests would it serve? Psychosis. 2010;2:96-99.

Morrison AP, Stewart SL, French P, Bentall RP, Birchwood M, Byrne R, et al. Early detection and intervention evaluation for people at high-risk of psychosis-2 (EDIE-2): trial rationale, design and baseline characteristics. Early Interv Psychiatry. 2011;5(1):24-32. doi: 10.1111/j.1751-7893.2010.00254.x.

Nordentoft M, Petersen L, Jeppesen P, Thorup AA, Abel MB, Ohlenschlaeger J, et al. OPUS: a randomised multicenter trial of integrated versus standard treatment for patients with a first-episode psychosis--secondary publication.Ugeskr Laeger. 2006;168(4):381-4.

Phillips LJ, Nelson B, Yuen HP, Francey SM, Simmons M, Stanford C, et al. Randomized controlled trial of interventions for young people at ultra-high risk of psychosis: study design and baseline characteristics. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2009;43:818-29.

Ruhrmann S, Bechdolf A, Kuhn KU, Wagner M, Schultze-Lutter F, Janssen B, et al. Acute effects of treatment for prodromal symptoms for people putatively in a late initial prodromal state of psychosis. The British Journal of Psychiatry. 2007;51:s88-95.

Stafford MR, Jackson H, Mayo-Wilson E, Morrison AP, Kendall T. Early interventions to prevent psychosis: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2013;346:f185.

Schultze-Lutter F. Subjective symptoms of schizophrenia in research and the clinic: the basic symptom concept. Schizophrenia Bulletin. 2009;35(1):5–8.

van der Gaag M, Nieman DH, Rietdijk J, Dragt S, Ising HK, Klaassen RM, et al. Cognitive behavioral therapy for subjects at ultrahigh risk for developing psychosis: a randomized controlled clinical trial. Schizoprenia Bulletin. 2012;38(6):1180-8. doi: 10.1093/schbul/sbs105.

Yang LH, Wonpat-Borja AJ, Opler MG, Corcoran CM. Potential stigma associated with inclusion of the psychosis risk syndrome in the DSM-V: an empirical question. Schizophrenia Research. 2010;120:42-8.

Yung AR, McGorry PD, McFarlane CA, Jackson HJ, Patton GC, Rakkar A. Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. Schizophrenia Bulletin. 1996;22:283-303.

Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP, McGorry PD. Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group: psychopathology and clinical features. Schizophrenia Research. 2004;67(2-3): 131–42.

Yung AR, Yuen HP, McGorry PD, Phillips LJ, Kelly D, Dell'Olio M, et al. Mapping the onset of psychosis: the Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2005;39(11-12):964–71.

Yung AR, Yuen HP, Berger G, Francey S, Hung TC, Nelson B, et al. Declining transition rate in ultra high risk (prodromal) services: dilution or reduction of risk? Schizophrenia Bulletin. 2007;33:673-81.

Warner R. The Prevention of Schizophrenia: what interventions are safe and effective? Schizophrenia Bulletin. 2001;27:551-62.

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

## 6.1.- Introducción

Este área se centra en la ruta inicial de la ayuda especializada para una persona que presente un primer episodio de psicosis en atención primaria, en las personas con un diagnóstico establecido, con un plan de tratamiento conjunto entre atención primaria y salud mental y en las atendidas solamente en atención primaria.

Las recomendaciones están basadas en una síntesis narrativa actualizada y consensuada de las Guías *Psychosis and Schizophrenia in Children and Young People (*NCCMH, 2013) y *Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Adults in Primary and Secondary Care* (NICE, 2009d).

## 6.2.- El primer episodio de psicosis y su presentación

La angustia que produce un primer episodio de psicosis lleva a muchas personas, con frecuencia apoyadas por sus familias, a buscar la ayuda de su médico de familia, que desempeña un papel central en la detección de pacientes en las primeras etapas de la psicosis (Platz et al., 2006). Sin embargo, éste es un hecho poco frecuente para un médico de familia, que se encontrará con un promedio de uno a dos pacientes al año con una sospecha de psicosis incipiente (Simon et al., 2005); siendo la frecuencia ligeramente mayor en las zonas urbanas deprimidas. A pesar de esta baja frecuencia, estos facultativos son los que más derivan a los servicios de salud mental (Skeate et al., 2002; Simon et al., 2009). Su participación también se asocia con una menor utilización

del ingreso involuntario, siendo importante su papel en la detección de la psicosis y en el acceso a la atención especializada (Burnett et al., 1999). Skeate y cols.(2002) encontraron que las personas con psicosis, que en los 6 años previos a la aparición de los síntomas, acudieron con frecuencia a su médico de familia tienen menos retraso en la instauración del tratamiento.

Los médicos de familia tienen dificultad para reconocer la psicosis y hay una serie de razones. El primer episodio suele aparecer en personas jóvenes. Más de las tres cuartas partes de los hombres y de los dos tercios de las mujeres que experimentan psicosis, tienen su primer episodio antes de los 35 años. De hecho, la mayoría de los primeros episodios se producen entre el final de la adolescencia y los veinte años, que es a su vez el período en el que muchos trastornos mentales crónicos se presentan por primera vez (Kessler et al., 2007), y en un contexto de creciente malestar psicológico para muchos jóvenes - por ejemplo, el 20% de los jóvenes va a experimentar un episodio depresivo diagnosticable a la edad de 18 años (Lewinsohn et al., 1993).

Por otra parte, los trastornos graves como la psicosis a menudo comienzan como problemas de salud mental más leves y más frecuentes, y rara vez se presentan inicialmente con claros síntomas psicóticos. El reto para los médicos de familia en la detección de la psicosis, en su fase de inicio, es identificar su presentación en una fase temprana indiferenciada y en una edad en que muchas personas pueden presentar por primera vez dificultades psicológicas. En el estudio que realizaron Simon y cols. (2005) por medio de un cuestionario en médicos de familia suizos, a la pregunta de cómo mejorar la detección de los primeros episodios de psicosis, los médicos de familia hicieron más hincapié en mejorar la colaboración con los servicios de salud mental que en programas educativos. Con una metodología similar, en Irlanda, Gavin y cols. (2006) también encontraron la necesidad de potenciar la relación entre salud mental y atención primaria, y mejorar la formación de los médicos de familia en los síntomas precoces de la esquizofrenia, para lograr mayor agilidad en su detección y abordaje. En un estudio prospectivo, llevado a cabo también en Suiza por Simon y cols.(2006), en 104 personas con sospecha de riesgo de psicosis, hallaron que los médicos de familia tenían dificultades en identificar los síntomas insidiosos de la psicosis, lo que corrobora las conclusiones del estudio de Gavin y cols. (2006). Resultados similares encontraron otros autores en Francia (Verdoux et al., 2006; Le Galudec et al., 2014) y en Canadá (Stip et al., 2007).

Posteriormente, Simon y cols. (2009) evaluaron los patrones de diagnóstico y el manejo de la psicosis de médicos de familia de diferentes países, que tienen distintos modelos de atención sanitaria. Enviaron cuestionarios a 12.516 médicos seleccionados al azar de siete países: Canadá, Australia, Nueva Zelanda, Inglaterra, Noruega, Austria y la República Checa. Con una tasa de respuesta del 22%, los resultados confirman de nuevo los encontrados tanto en su estudio suizo como en los posteriores ya citados. Los médicos de familia que trabajaban en sistemas sanitarios donde ellos son la puerta de entrada al sistema, tenían un mayor conocimiento de los síntomas y signos de la psicosis temprana.

Simon y cols. (2010), aprovechando las conclusiones de los estudios anteriores, realizaron un estudio comparativo de los médicos de familia que recibieron un programa multimodal formativo (con varios instrumentos: casos clínicos y cuestionarios de autoevaluación) de los síntomas prodrómicos de la esquizofrenia, con un grupo control. Encontraron un aumento sostenido de la detección inicial de estos trastornos en los médicos de familia del grupo de intervención.

El GDG de la Guía NICE considera que el papel del médico de familia es central en la formulación de recomendaciones basadas en el consenso, para el reconocimiento y el seguimiento tanto de las personas con sospecha o con probables síntomas de psicosis. Se basan en la evidencia existente, de que en las personas con sospecha de psicosis, un tratamiento temprano con TCC puede disminuir la probabilidad de transición a la psicosis y que los antipsicóticos parecen ser ineficaces, además, de lo beneficioso que es para una persona con un primer episodio de psicosis que ésta sea tratada en una etapa temprana.

Por tanto, el GDG concluye que las personas que presenten síntomas de sospecha o de psicosis en atención primaria deberían ser remitidos a los equipos de intervención temprana de la psicosis (EITP).

Después del primer episodio, algunas personas se niegan a aceptar el diagnóstico y a veces rechazan el tratamiento ofrecido. Teniendo en cuenta las consecuencias de un diagnóstico de psicosis y esquizofrenia, muchas personas en esta situación, tal vez no esperada, quieran una segunda opinión de otro psiquiatra, y con frecuencia esta solicitud se la hará a su médico de familia.

## 6.3.- Personas con un diagnóstico establecido de psicosis y de esquizofrenia en seguimiento en Atención Primaria

El GDG de la guía NICE (2009) para la esquizofrenia recomendaba que las personas con un diagnóstico establecido de esquizofrenia, que se atienden en Atención Primaria, necesitan la evaluación periódica de su estado de salud y de sus necesidades sociales. Esto debería incluir el seguimiento del estado mental, la adherencia, la toma correcta y los efectos secundarios de la medicación, el aislamiento social, el acceso a los servicios y la situación laboral. Todas estas personas deben tener un plan de atención desarrollado conjuntamente entre Atención Primaria y los servicios de Salud Mental. También es esencial el control periódico de la salud física. Con el consentimiento de los usuarios, los cuidadores no profesionales además deberían ser vistos en intervalos regulares para evaluar sus necesidades de salud y de asistencia social.

El médico de familia responsable del paciente debe disponer en la Historia Clínica de las anotaciones anteriores realizadas en Salud Mental, así como de las decisiones tomadas acerca de éste.

Cuando una persona con esquizofrenia tiene previsto mudarse a otra área sanitaria, su actual profesional de salud mental encargado del caso debería ponerse en contacto con los nuevos profesionales de atención primaria y salud mental responsables del paciente y enviarles el plan de atención actual.

Las personas que acuden a los servicios de atención primaria con psicosis previamente diagnosticada y que son nuevos en la zona y no conocen los servicios locales, deberían ser derivados con su consentimiento, a los servicios de salud mental para su evaluación. El médico de familia debería tratar de obtener datos de los tratamientos previos y transmitir cualquier información relevante al respecto al Equipo de Salud Mental Comunitario.

Si una persona con esquizofrenia no está siendo atendida en Salud Mental, el médico de atención primaria debería considerar derivarla de nuevo. El médico de familia, al referir a un usuario a los servicios de salud mental debería tener en cuenta lo siguiente:

- Historia anterior: puede que la derivación no sea necesaria si una persona ha respondido previamente de una manera eficaz a un tratamiento determinado, sin

experimentar efectos secundarios no deseados y en Atención Primaria se consideran capaces de manejar el caso.

- Las opiniones sobre la derivación: deben tenerse plenamente en cuenta los puntos de vista de las personas en tratamiento en Salud Mental, antes de hacer una derivación. Si el usuario quiere ser atendido en atención primaria, a menudo es necesario trabajar con la familia y los cuidadores. El intercambio de información confidencial sobre el usuario con los cuidadores plantea muchas dudas éticas, que deben ser tratadas mediante un debate a fondo con el primero.

- La falta de adherencia al tratamiento: esto puede ser la causa de la recaída, posiblemente como resultado de la falta de acuerdo entre las opiniones del usuario y de los profesionales sanitarios, no reconociendo el primero la necesidad de medicación. A su vez, la falta de adherencia puede ser consecuencia de experimentar efectos secundarios. Un objetivo importante en el manejo eficaz de la esquizofrenia, sería encontrar el fármaco antipsicótico adecuado, adaptado específicamente al usuario.

- Los efectos secundarios de la medicación y la mala respuesta al tratamiento: los efectos secundarios de los fármacos antipsicóticos son personal y socialmente incapacitantes y deben ser vigilados rutinariamente. Ellos son también una causa de mala respuesta al tratamiento. En alrededor del 40% de las personas que recibe antipsicóticos, sus síntomas no responden de manera eficaz.

- Las preocupaciones acerca de la comorbilidad con el abuso de tóxicos y alcohol: se reconoce cada vez más que el abuso de sustancias por las personas con esquizofrenia es un problema importante, tanto en términos de su prevalencia como por sus efectos clínicos y sociales (Banerjee et al., 2002). Controlar el uso de tóxicos y alcohol es un aspecto esencial del manejo de los usuarios con esquizofrenia en atención primaria y salud mental.

- Nivel de riesgo para sí mismo y para otros: las personas con esquizofrenia, especialmente cuando la recaída es inminente, están en riesgo de suicidio y con frecuencia son vulnerables a la explotación o abuso. Durante un episodio agudo de

la enfermedad, los conflictos y las dificultades pueden manifestarse a través de conflictos sociales o incluso violencia.

- Funcionamiento social general y autocuidado: la pérdida de actividad laboral/ profesional, el aislamiento social, el abandono personal y las dificultades económicas o de vivienda pueden ser signos de o precursores de una recaída. La exclusión social es una característica común en las personas con psicosis o con diagnóstico de esquizofrenia. Puede ser necesaria la derivación a los servicios de salud mental u otros dispositivos.

Se debería estimular la organización y el desarrollo de registros de casos de las personas con esquizofrenia, porque con frecuencia es el primer paso para el control de los mismos en atención primaria. La identificación de los pacientes con esquizofrenia que puede tener un médico de familia, es factible cuando dispone de historias clínicas informatizadas (Kendrick et al., 1991; Nazaret et al., 1993). Hay evidencia de que proporcionar incentivos económicos a los médicos conduce a un mejor seguimiento de las personas con esquizofrenia (Burns & Cohen, 1998). En Inglaterra, en el año 2004, como parte del contrato con los médicos generales, se introdujo como un proceso voluntario los estándares de calidad y resultados *The Quality and Outcomes Framework,* siendo la esquizofrenia una de las enfermedades a las que se les debe realizar un seguimiento (NCCMH, 2010).

### *Salud física*

Las personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia tienen aumentado de forma considerable el riesgo de 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 ahora la más frecuente en este grupo. Esta tendencia es, sin duda, el resultado de una compleja combinación de exclusión social, mala alimentación, falta de actividad física y altas tasas de obesidad y tabaquismo, agravadas por los riesgos de salud relacionados con las vulnerabilidades genéticas y los efectos adversos de la medicación antipsicótica. Estos diversos factores conducen a alteraciones más frecuentes del metabolismo de la glucosa y de los lípidos, lo que favorece la aterosclerosis. La tasa de diabetes mellitus es

de dos a tres veces superior a la de la población general (casi todos diabetes tipo 2). Un estudio europeo que examinó a personas con esquizofrenia que no tenían constancia de tener diabetes, descubrió que el 10% tenía diabetes tipo 2 y el 38% estaba en alto riesgo de presentar esta enfermedad; la edad media de esta población era sólo de 38 años (Manu et al., 2012).

Recientemente un estudio realizado en Dinamarca (Rajkumar et al., 2017) informó que la esquizofrenia confiere un alto riesgo endógeno de diabetes y que el riesgo aumenta aún más con antipsicóticos de primera y de segunda generación. Concluyen los autores, que la detección temprana y el tratamiento efectivo de la diabetes deben ser parte integral del tratamiento multidisciplinar de la esquizofrenia, independientemente de la exposición a fármacos antipsicóticos.

En Reino Unido durante las últimas dos décadas, las preocupaciones sobre la mortalidad cardiovascular han dado lugar a un enfoque de salud pública. Por ejemplo, se han establecido en atención primaria programas de promoción de la salud y de control de enfermedades, para patologías como la enfermedad cardíaca y la diabetes, alentadas aún más desde el año 2006 en atención primaria a través de un sistema de incentivos económicos, en *The Quality and Outcomes Framework* (NHS Employers, 2011). Aunque ha habido una reducción en la morbilidad y mortalidad cardiovascular en la población general, estos beneficios no se han visto reflejados en las personas con enfermedad mental grave; de hecho, la brecha de mortalidad entre la población general y las personas con enfermedades mentales graves aún puede estar aumentando (Brown et al., 2010). Por lo tanto, es importante reconocer que algunos de los riesgos previos claves para la mortalidad prematura en este grupo pueden surgir y establecerse tempranamente en el curso de la psicosis, tal vez durante el primer episodio o antes.

El GDG de la Guía NICE (2014) estima que las personas con un primer episodio de psicosis, expuestas por primera vez a los antipsicóticos, son particularmente vulnerables a un aumento rápido de peso (Alvarez-Jiménez et al., 2008; Kahn et al., 2008) y a efectos adversos cardio-metabólicos (Foley & Morley, 2011). La evolución posterior de la ganancia de peso y el aumento de alteraciones metabólicas, cuando se combina con altas tasas de

consumo de tabaco, incluso antes de que comience el primer episodio (Myles et al., 2012), proporcionan una potente mezcla de factores de riesgo cardiovascular. Dado que el riesgo cardiovascular modificable aparece a los pocos meses de comenzar el tratamiento (Foley & Morley, 2011), la responsabilidad debería recaer posiblemente hacia un enfoque de prevención y de intervención temprana del riesgo cardiovascular (Phutane et al., 2011).

Una reciente revisión de la Cochrane (Pearsall et al., 2016), cuyo objetivo fue revisar los efectos de los consejos dietéticos para las personas con esquizofrenia y psicosis similares a la esquizofrenia, no identificaron ningún estudio que pudieran incluir en la revisión. Los autores consideran que, dado que se ha demostrado que el asesoramiento dietético mejora la ingesta dietética de la población general, es necesario determinar si el asesoramiento dietético puede tener un beneficio similar en personas con trastornos mentales graves.

Un requisito para la prevención exitosa es la puesta en práctica de guías como la Guía Europea para la detección y seguimiento de la diabetes y el riesgo cardiovascular en la esquizofrenia (De Hert et al., 2009a). Sin embargo, pese a las numerosas recomendaciones de cribado publicadas, las tasas de seguimiento siguen siendo pobres en adultos (Buckley et al., 2005; Mackin et al., 2007b;. Morrato et al., 2009; Nasrallah et al., 2006) y en el Reino Unido lo confirmó recientemente una auditoría -National Audit of Schizophrenia- (Royal College of Psychiatrists, 2012). Es importante destacar que esta auditoría examinó la aplicación de las recomendaciones para la vigilancia de la salud física que figuran en la guía NICE 2009 para las personas bajo el cuidado de los servicios de salud mental en el seno de la comunidad durante los 12 meses anteriores. El 94% de las áreas de salud mental de Inglaterra y Gales participó en una auditoría de más de 5.000 historias clínicas, por lo que es muy probable que sus resultados reflejen la práctica actual. En promedio, sólo el 28% de esta población (con una oscilación en las áreas de salud mental del 13 al 69%) tenía una evaluación registrada de los principales factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (IMC, tabaquismo, tensión arterial, glucosa y lípidos) en los 12 meses anteriores. Los resultados de la auditoría sugieren una organización inadecuada y con frecuencia inconsistente de los controles e indican la necesidad de establecer con una mayor claridad las responsabilidades y mejorar la comunicación entre atención primaria y salud mental.

## 6.4.- Relación entre atención primaria y salud mental en el Reino Unido

La última década ha sido testigo de muchos cambios en la organización y prestación de la atención en estos dos niveles para las personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia que viven en la comunidad. Una reciente investigación de 1150 historias clínicas de atención primaria de personas con enfermedad mental grave -los diagnósticos más frecuentes eran la esquizofrenia (56%) y el trastorno bipolar (37%)- en 64 consultas de médicos generales en Inglaterra (Reilly et al., 2012) encontró que dos tercios fueron atendidas en el periodo de un año tanto por atención primaria como por salud mental y un tercio sólo en atención primaria. Estos hallazgos aparentemente parecen similares a los resultados de un estudio anterior (Kendrick et al., 1994). Sin embargo, este nuevo estudio (Reilly et al., 2012), reveló una marcada reducción del promedio anual de las tasas de consulta de esta población al médico de general (GP). Se obtuvieron solo 3 consultas anuales (rango 2-6), una tasa muy inferior a las de 13 y 14 por año comunicadas a mediados de la década de 1990 (Nazaret & King, 1992), y sólo un poco más alta que la tasa de consulta anual, 2,8 (rango de 2.5 a 3.2), de la población general en el año 2008 (Hippisley-Cox & Vinogradova, 2009).

Por otra parte, las enfermeras de atención primaria, profesionales clave para la detección del riesgo cardiovascular y la educación para la salud en este ámbito, tuvieron consulta con esta población, en promedio, sólo una vez al año, cuando la tasa de consulta para la población del cupo de un médico general es de 1,8 consultas por año; pero es que además la educación sanitaria no era una característica habitual de estas consultas, por lo que los autores llegan a la conclusión de que puede que las consultas con las enfermeras de atención primaria es un recurso infrautilizado (Reilly et al., 2012). Esta disminución del contacto con los profesionales de atención primaria sorprende más, dado que en el año 2006 el Quality and Outcomes Framework (NHS Employers and British Medical Association 2011/12) instituyó un incentivo económico para estimular los programas de promoción de la salud y el manejo de la enfermedad, y concretamente en atención primaria por la medición de cuatro indicadores de salud física para personas con enfermedad mental grave que constaran en el registro: IMC, tensión arterial, proporción de colesterol HDL en el total y la glucosa en sangre.

Los pacientes consideran que la atención primaria tiene una función importante de coordinación para el cuidado de su salud mental y física y valoran sobre todo la estabilidad y continuidad de la relación médico-paciente en atención primaria (Lester et al., 2005). En contraste, los médicos informan que sienten que la atención integral de estas personas con enfermedades mentales graves está más allá de su cometido (Lester et al., 2005); algunos pueden tener opiniones negativas acerca de la atención a esta población (Curtis et al., 2012; Lawrie et al., 1998); y la mayoría se considera implicada sobre todo en el control y tratamiento de la enfermedad física, y en la parte de salud mental solamente en la prescripción (Bindman et al., 1997; Kendrick et al., 1994).

### *La detección y derivación de la psicosis*

La ruta para una evaluación y tratamiento eficaz de alguien que presenta por primera vez una enfermedad psicótica es un aspecto importante de la relación primaria-secundaria. Que la presentación de los trastornos psicóticos en atención primaria no sea un hecho frecuente, puede impedir la detección precoz. Así, un estudio realizado en Suiza encontró que los médicos sospechan una psicosis incipiente en sólo 1,4 pacientes por año (Simon et al., 2005). Sin embargo, la participación del médico general está asociada a menos ingresos por autorización judicial y puede reducir la angustia (Burnett et al., 1999; Cole et al., 1995). Por otra parte, pocos médicos generales reciben capacitación en salud mental de postgrado e incluso cuando la reciben no está clara su eficacia. Así, en un estudio con potencia estadística, donde los médicos generales recibieron formación sobre las presentaciones tempranas de las psicosis, se informó que no se logró reducir el retraso del inicio del tratamiento, aunque la formación sí parece que pudo facilitar el acceso a los equipos de especialistas de intervención temprana (Lester et al., 2009b). En el estudio de Simon y cols. (2005), los médicos manifestaron preferir una mayor colaboración con los servicios de salud mental y rapidez en la derivación que programas educativos. No obstante, diversos estudios han constatado que los médicos de familia tienen dificultades en identificar los síntomas insidiosos de la psicosis (Gavin et al.,2006; Simon et al., 2006; Verdoux et al., 2006; Stip et al., 2007; Le Galudec et al., 2014).

### *Coordinación de la asistencia sanitaria física*

La gestión de la salud física es otro tema importante de la coordinación. Un estudio en atención primaria en Escocia confirmó las altas tasas de múltiples problemas de salud

física comórbidas que tienen las personas con esquizofrenia y que la probabilidad de comorbilidad fue casi el doble en las personas que viven en las zonas más desfavorecidas (Langan et al., 2013). Hay evidencia de estudios realizados en la población general de que el grado de comorbilidad es mayor en los grupos de edad más jóvenes, a pesar de que hay más morbilidad con la edad (van den Akker et al., 1998). Esto atañe especialmente a las personas que sufren esquizofrenia, donde es probable que hayan coincidido las dos condiciones, el inicio de la enfermedad en la juventud y las desventajas sociales.

La enfermedades cardiovasculares (ECV) son la causa más frecuente de mortalidad prematura en personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia y, sin embargo, a pesar de las numerosas recomendaciones de cribado publicadas en las guías de práctica clínicas y en estudios (Buckley et al., 2005; Mackin et al., 2007b;. Morrato et al., 2009; Nasrallah et al., 2006), continúa habiendo de manera sistemática un bajo reconocimiento y por consiguiente de tratamiento en atención primaria (Smith et al., 2013). El reconocimiento y el tratamiento del riesgo de ECV fue uno de los temas investigados recientemente en el Reino Unido por medio del *National Audit of Schizophrenia* (Royal College of Psychiatrists, 2012) utilizando estándares de la Guía NICE para la Esquizofrenia (NICE, 2009d). Ha sido la mayor auditoría de este tipo realizada hasta ahora, en la que han participado el 94% de los distritos sanitarios (trusts) y las juntas de salud (health boards) de Inglaterra y Gales, aportando datos entre febrero y junio de 2011 de 5.091 pacientes, con una edad media de 45 años. Esta auditoría revisó la atención de las personas con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo en contacto con los servicios de salud mental comunitarios en los 12 meses anteriores. Sólo el 29% tenía registrada una evaluación exhaustiva del riesgo cardiovascular, que incluía el peso (IMC), consumo de tabaco, glucosa en sangre, niveles de lípidos en sangre y tensión arterial; en el 43% no había constancia de haber sido pesado y en el 52% había información sobre los antecedentes familiares de enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión o hiperlipidemia durante los 12 meses anteriores.

En los que tenían un problema físico comórbido identificado, tanto de enfermedad cardiovascular o de diabetes mellitus, menos de la mitad tenía registrada una evaluación exhaustiva del riesgo cardiovascular. Incluso cuando se había identificado un problema, no necesariamente tenía lugar una intervención - por ejemplo, sólo se les ofreció una intervención al 20,1% de los que presentaban una anomalía lipídica.

El hecho de que el estado de salud física pueda tardar varios años en deteriorarse de manera importante en las personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia, puede que haya favorecido la tendencia a que la mayor parte de las orientaciones y recomendaciones se centren en el tratamiento, cuando la enfermedad ya está establecida. Sin embargo, el riesgo cardiovascular parece modificable a las pocas semanas de comenzar el tratamiento (Foley & Morley, 2011) y están surgiendo, sin embargo, nuevos modelos. Por ejemplo, ha despertado interés el potencial de los abordajes realizados por enfermeras para la detección del riesgo cardiovascular. Un reciente estudio diseñado para complementar la configuración de los servicios de atención primaria y de salud mental en el Reino Unido, situó a una enfermera de atención primaria con experiencia en evaluación de riesgo cardiovascular, pero sin experiencia previa de salud mental, dentro de cuatro equipos de salud mental comunitarios; la intervención de la enfermera fue satisfactoria, ya que dio como resultado un aumento absoluto de aproximadamente un 30% más de personas con enfermedad mental grave a las que se les realizó un cribado de cada factor de riesgo CV que en el grupo control del estudio (Osborn et al., 2010a). Otro modelo, presentado recientemente en Nueva Gales del Sur, está fomentando un enfoque sistemático de los servicios de salud mental para personas con un primer episodio de psicosis sobre la base de un algoritmo clínico centrado en los principales riesgos cardiovasculares - en particular el aumento de peso, el tabaquismo, anormalidades en los lípidos y la glucosa, la hipertensión, así como la historia familiar de enfermedad cardiovascular o diabetes (Curtis et al., 2012). Este recurso ha sido recientemente adaptado para su uso en el Reino Unido por el Royal College of General Practitioners y el Royal College of Psychiatrists como parte de la *National Audit of Schizophrenia*; el Positive Cardiometabolic Health Resource (adaptación de Lester Reino Unido, 2012) alienta un marco de colaboración entre atención primaria y salud mental para hacer frente a los riesgos cardiometabólicos ligados a la prescripción de medicamentos antipsicóticos.

Mientras que estos ejemplos de innovación y colaboración entre profesionales de atención primaria y salud mental son estimulantes, sigue habiendo poca evaluación sistemática de las mejores formas de abordar la morbilidad de las enfermedades físicas en las personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia.

## 6.5.- Vinculación de la evidencia a las recomendaciones

El GDG para la guía 2014 consideró que, aunque no hay evidencia sólida que apoye las recomendaciones en este ámbito, coinciden con los GDG de las Guías anteriores (NICE 2002, NICE 2009) en que se deberían desarrollar recomendaciones basadas en el consenso (en base a las consideraciones anteriores, pero no se limita a ellas) para ayudar en estas áreas al personal sanitario de atención primaria, de salud mental y de atención social.

Los usuarios con enfermedades mentales graves tienden a ser olvidados en atención primaria y hay un nivel relativamente bajo de comprensión del papel de atención primaria en el manejo inicial de la psicosis y de la esquizofrenia, por ejemplo si la medicación antipsicótica debe introducirse y cuándo. Por otra parte, la amplitud y profundidad de la evaluación inicial de las personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia cuando inician su atención en salud mental son muy variables, así como el desarrollo y la función de los planes de atención.

Los usuarios habitualmente no saben que tienen un plan de atención, sobre todo cuando utilizan por primera vez los servicios de salud mental. A muchas personas en tratamiento en Salud Mental les gustaría volver a ser atendidos en atención primaria cuando están estables y los profesionales de atención primaria a menudo se sienten inseguros sobre su papel en este contexto, sobre cuándo volver a derivar a salud mental y cuándo se lo derivarían de nuevo.

Por último, cuando los usuarios se cambian de domicilio, esto a menudo implica ser atendidos en otros centros de atención primaria y de salud mental. Con frecuencia ellos pierden el contacto con el servicio sanitario en este momento. El GDG para la guía 2014 decidió incluir una recomendación sobre cómo evitarlo.

Hay que reconocer que de todas las partes de la ruta asistencial para las personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia, el papel de la atención primaria y la gestión de la relación atención primaria-salud mental son áreas de debilidad y relativamente inaccesibles a la investigación de calidad. La atención primaria y su interrelación con salud mental son importantes y sin embargo, se carece de evidencia para mejorar la práctica. Además, no hay evidencia económica sanitaria en estas áreas. Por lo tanto, las siguientes

recomendaciones están destinadas a minimizar el daño, mejorar la evaluación, impedir que los servicios pierdan a los usuarios y asegurar que cuando surgen problemas en los usuarios de atención primaria puedan acceder fácilmente a los servicios que necesitan.

En la actualidad, para la mayoría de los médicos de familia, entre una y dos de las personas de su cupo, cada año desarrollará un primer episodio de psicosis. En estas circunstancias, la derivación al EITP (equipo de intervención temprana en la psicosis) parece producir beneficio importante para la persona (para la revisión del EITP véase el área 12).

Sin embargo, algunos médicos de familia, al ver a una persona con una presentación psicótica, consideran el uso de antipsicóticos como primer paso, mientras que otros tienen incertidumbre. Ésta puede ser la intervención adecuada, en algunas situaciones, especialmente si el usuario está muy angustiado o la psicosis muy avanzada. Sin embargo, dado el aumento de la disponibilidad y la preferencia por los tratamientos psicológicos, los efectos secundarios a veces graves que pueden ocurrir con la primera exposición a los antipsicóticos y las investigaciones previas que suelen ser necesarias antes de iniciar la toma de estos fármacos, el GDG decidió recomendar que el uso de los antipsicóticos no debería iniciarse en atención primaria, sin consultar previamente con un psiquiatra.

Otro campo de prácticas variables incluye la evaluación de los usuarios cuando acuden a salud mental. El primer contacto con este servicio es una experiencia muy importante para las personas y puede afectar a futuras actitudes hacia la salud mental.

Los profesionales suelen tener esto en cuenta. Sin embargo, a veces se pueden realizar evaluaciones relativamente breves y/o limitadas en su contenido. También es importante tener en cuenta que algunos medicamentos pueden precipitar una psicosis y que las psicosis están a menudo asociadas a la coexistencia de problemas de salud física y mental. El GDG decidió esbozar las áreas clave que se deben cubrir en la evaluación, a fin de garantizar que, incluso si estas áreas no se pueden cubrir de inmediato, los profesionales de salud mental deben buscar una evaluación verdaderamente integral posteriormente. Después de todo, la psicosis y la esquizofrenia afectan a la totalidad de la vida de una persona, incluyendo las relaciones, la actividad física, salud, educación y empleo, así como su capacidad para alcanzar metas individuales; e incluso cuando los

síntomas puedan ser menos graves, es importante obtener información del funcionamiento personal en el momento del inicio de la atención en salud mental, con el fin de realizar un seguimiento de los cambios que se puedan producir en un episodio agudo y después de la recuperación.

Con estas consideraciones en mente, el GDG recomienda que la valoración en salud mental debería incluir una evaluación completa psiquiátrica, así como una médica completa de los problemas de salud física y la posibilidad de que factores orgánicos estén influyendo en el desarrollo de la psicosis. La evaluación física debería incluir el consumo de tabaco, nutrición, actividad física y salud sexual. Todos ellos suelen estar con frecuencia afectados, ya sea desde el principio (por ejemplo, el 59% de las personas con un primer episodio de psicosis ya está fumando) o seguramente más tarde (las personas con un diagnóstico de esquizofrenia estable tienen altas tasas de enfermedades cardiovasculares). Las personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia experimentan considerables trastornos en su vida social y psicológica. La evaluación debería incluir la observación de su alojamiento, su capacidad de participación en las actividades culturales propias de su origen étnico y comprender las cargas que tienen en términos de cuidado de los demás, incluidos los niños o los padres. También debería incluir una evaluación de sus redes sociales, relaciones y posible trauma personal, y también las consideraciones del desarrollo neurológico, especialmente para los usuarios más jóvenes del EITP, que tienen un mayor riesgo de presentar deficiencias sociales, cognitivas y motoras.

La psicosis afectará la calidad de vida de una persona, las actividades de la vida diaria y el acceso al empleo; todo esto debería estar incluido en la evaluación. Es frecuente que las personas con psicosis experimenten ansiedad bastante acentuada, depresión y uso indebido de alcohol o de fármacos; las comorbilidades pueden ocurrir en cualquier momento, pero especialmente al comienzo de la psicosis. Involucrar a los usuarios es también un problema, especialmente en el período inicial. El GDG consideró útil hacer la evaluación y el desarrollo de un plan de atención por escrito, con un enfoque hacia la participación mediante la realización de éste conjuntamente con el usuario, siempre que sea posible. El plan de atención debería incluir todos los aspectos identificados en la evaluación.

Resulta bastante claro identificar cuándo una persona presenta una psicosis por primera vez, pero no es tan fácil saber qué tipo de psicosis (esquizofrenia, trastorno bipolar u otra forma menos frecuente de la psicosis). Este problema diagnóstico se hace aún más difícil por la coexistencia de otros problemas de salud mental. Sin embargo, con la evolución, se hace evidente que es una psicosis o bien una esquizofrenia, un trastorno bipolar o una psicosis afectiva y se deben seguir las Guías pertinentes para el trastorno.

La mayoría de los episodios psicóticos se resuelven en el plazo de 6 a 8 meses, aunque para algunas personas puede llevar mucho más tiempo alcanzar la estabilidad. 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 necesitan ponerse en contacto con los de atención primaria y organizar el traslado de los planes de tratamiento y cuidados, si esto no ha ocurrido ya. El personal sanitario de atención primaria debería asegurarse de que, cuando una persona es derivada por primera vez de salud mental a atención primaria, sea añadida en el registro de casos de todas las personas con psicosis dentro de su cupo. Este es un paso clave para asegurar que las personas con psicosis reciben el cuidado adecuado de su salud mental y física dentro de atención primaria.

Es importante reconocer que los antipsicóticos pueden tener efectos secundarios muy graves y desagradables y que si se manejan cuidadosamente pueden ser minimizados o incluso evitarse. Si llegan a ser excesivos o intolerables, esto puede llevar a los usuarios a interrumpir el tratamiento por completo, a veces bruscamente, provocando una recaída. Es importante, por lo tanto, vigilar los efectos secundarios en atención primaria. También es importante controlar los síntomas psicóticos en atención primaria y estar atentos a las conductas que acompañan frecuentemente a posibles recaídas, como un aumento en el consumo de alcohol o en el consumo de fármacos.

El plan de atención debería incluir un plan de crisis y el nombre de cualquiera de los dos, el profesional referente (que puede ser un psiquiatra, psicólogo, enfermera o un trabajador social) y/o el coordinador de cuidados. Los profesionales de atención primaria no deben dudar en ponerse en contacto directo para el asesoramiento y realizar una derivación. Los factores clave que deberían estimular la derivación incluyen cualquiera asociado con una

mayor probabilidad de recaída, como la persistencia de los síntomas psicóticos (una mala respuesta al tratamiento), un fracaso para continuar con el tratamiento acordado, los efectos secundarios intolerables o muy desagradables, el abuso de sustancias y el riesgo de autolesión o daño a otros. Sin embargo, algunos usuarios y/o sus cuidadores solicitarán la derivación a salud mental, por lo general debido a que quieren que se revise su tratamiento farmacológico por los efectos adversos, como somnolencia excesiva o efectos sobre la esfera sexual, o para recibir tratamientos psicológicos especializados para la psicosis. Las solicitudes de derivación deben estar facilitadas y apoyadas.

Una evaluación multidisciplinar general y un seguimiento estrecho de las personas con síntomas psicóticos pueden asegurar la detección oportuna y el manejo adecuado de los problemas de salud física.

No hay evidencia de economía sanitaria en esta área para personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia; sin embargo, el GDG consideró que, dado que éstas afectan a la totalidad de la vida de una persona, y que los individuos con estas enfermedades tienen un aumento considerable del riesgo de mala salud física, la prevención de la mala salud (incluyendo la enfermedad cardiovascular), la muerte prematura y la minimización de los efectos adversos relacionados con la medicación antipsicótica, tienen un claro potencial para reducir los costes sanitarios y conducir a mejoras en la salud relacionadas con la calidad de vida.

## 6.6.- 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 peticiones 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.

## 6.7.- Relación entre el testimonio de los usuarios y las recomendaciones.

*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 puedan 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, motor y de 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.

**Testimonio de los usuarios:**

Algún usuario contó que en el primer brote psicótico eligió como primera persona para hablar de lo que le pasaba al Médico de familia, en quien confiaba.

*"Dijo mi padre… "vamos a ir al de urgencias, ¿tu quieres que te lleve?" "Y digo: no, yo quiero ir primero al ambulatorio a hablar con mi médico". Y no quise explicarles a ellos nada. Y fuimos al médico, y digo…"Don Luis, vengo a pedir ayuda, a ver si esto es normal, o no es normal..." (Varón, 25 años)*

**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.

**Testimonio de los usuarios:**

Alguna usuaria con patología psicótica y depresiva, que participó en una terapia cognitivo-conductual en formato grupal, dirigida a pacientes con depresión, refirió que éste le sirvió de bastante ayuda.

*"El grupo de depresión me ha ayudado mucho, porque se tocaban aspectos que yo nunca había pensado, conceptos de cómo ser más positivo, de cómo organizarte día a día y sugerirte nuevos retos". (Mujer, 29 años)*

*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.

**Testimonio de los usuarios:**

Algunos usuarios valoran positivamente la importancia del médico de familia en el seguimiento de su trastorno, pero resaltan que esto se ve dificultado cuando la persona que los atiende no tiene una estabilidad.

*"El médico de familia que tengo yo asignado, es "cojonudo", pero desde hace un tiempo no lo he vuelto a ver. Cada vez que voy tengo que contarle la historia a uno nuevo".*

*(Varón, 40 años)*

**Referencias**

Alvarez-Jimenez M, Gonzalez-Blanch C, Crespo-Facorro B, Hetrick S, Rodriguez- Sanchez JM, Perez-Iglesias R, et al. Antipsychotic-induced weight gain in chronic and first-episode psychotic disorders: a systematic critical reappraisal. CNS Drugs. 2008;22:547-62.

Banerjee S, Clancy C, Crome I. Co-existing Problems of Mental Disorder and Substance Misuse ('Dual Diagnosis'): An Information Manual. London: Royal College of Psychiatrists Research Unit; 2002.

Bindman J, Johnson S, Wright S, Szmukler G, Bebbington P, Kuipers E, et al. Integration between primary and secondary services in the care of the severely mentally ill: patients' and general practitioners' views. The British Journal of Psychiatry. 1997;171:169-74.

Brown S, Kim M, Mitchell C, Inskip H. Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia. The British Journal of Psychiatry. 2010;196:116-21.

Buckley PF, Miller DD, Singer B, Arena J, Stirewalt EM. Clinicians' recognition of the metabolic adverse effects of antipsychotic medications. Schizophrenia Research. 2005;79:281-8.

Burnett R, Mallett R, Bhugra D, Hutchinson G, Der G, Leff J. The first contact of patients with schizophrenia with psychiatric services: social factors and pathways to care in a multi-ethnic population. Psychological Medicine. 1999;29:475-83.

Burnett R, Mallett R, Bhugra D, Hutchinson G, Der G, Leff J. The first contact of patients with schizophrenia with psychiatric services: social factors and pathways to care in a multi-ethnic population. Psychological Medicine. 1999;29:475-83.

Burns T, Cohen A. Item-of-service payments for general practitioner care of severely mentally ill persons: does the money matter? British Journal of Clinical Pharmacology. 1998;48:1415-6.

Cole E, Levy G, King M, Johnson-Sabine E, Hoar A. Pathways to care for patients with a first episode of psychosis. A comparison of ethnic groups. The British Journal of Psychiatry. 1995;167:770-6.

Curtis J, Newall HD, Samaras K. The heart of the matter: cardiometabolic care in youth with psychosis. Early Intervention in Psychiatry. 2012;6:347-53.

De Hert M, Dekker JM, Wood D, Kahl KG, Holt RI, Moller HJ. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness: position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). European Psychiatry. 2009a;24:412-24.

Foley DL, Morley KI. Systematic review of early cardiometabolic outcomes of the first treated episode of psychosis. Archives of General Psychiatry. 2011;68:609-16.

Gavin B, Cullen W, O'Donoghue B, Ascencio-Lane JC, Bury G, O'Callaghan E. First episode schizophrenia in general practice: a national survey. Irish Journal of Psychological Medicine. 2006; 23(1): 6-9.

Hippisley-Cox J, Vinogradova Y. Trends in consultation rates in general practice 1995-2008: analysis of the QResearch® database. Report. Leeds: The Information Centre for Health and Social Care; 2009.

Kahn RS, Fleischhacker WW, Boter H, Davidson M, Vergouwe Y, Keet IP, et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: an open randomised clinical trial. The Lancet. 2008;371:1085-97.

Kendrick T, Burns T, Freeling P, Sibbald B. Provision of care to general practice patients with disabling long-term mental illness: a survey in 16 practices. British Journal of General Practice. 1994;44:301-5.

Kendrick T, Sibbald B, Burns T, Freeling P. Role of general practitioners in care of long term mentally ill patients. BMJ. 1991;302:508-10.

Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Ustun TB. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. Current Opinion in Psychiatry. 2007;20:359-64.

Langan J, Mercer SW, Smith DJ. Multimorbidity and mental health: can psychiatry rise to the challenge? The British Journal of Psychiatry. 2013;202:391-93.

Lawrie SM, Martin K, McNeill G, Drife J, Chrystie P, Reid A, et al. General practitioners' attitudes to psychiatric and medical illness. Psychological Medicine. 1998;28:1463-7.

Le Galudec M, Cornily G, Garlantézec R, Stéphan F, Alavi Z, Walter M. Evaluation of GPs diagnostic knowledge and treatment practice in detection and treatment of early schizophrenia: a French postal survey in Brittany. Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology. 2014;49:69–77. doi 10.1007/s00127-013-0686-y.

Lester H, Birchwood M, Freemantle N, Michail M, Tait L. REDIRECT: cluster randomised controlled trial of GP training in first-episode psychosis. British Journal of General Practice. 2009b;59:e183-90.

Lester HE, Tritter JQ, Sorohan H. Providing priamry care for people with serious mental illness: a focus group study. BMJ. 2005:1122-28.

Lewinsohn PM, Hops H, Roberts RE, Seeley JR, Andrews JA. Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. Journal of Abnormal Psychology. 1993;102:133-44.

Mackin P, Bishop DR, Watkinson HM. A prospective study of monitoring practices for metabolic disease in antipsychotic-treated community psychiatric patients. BMC Psychiatry. 2007b;7:28.

Manu P, Correll CU, van Winkel R, Wampers M, De Hert M. Prediabetes in patients treated with antipsychotic drugs. Journal of Clinical Psychiatry. 2012;73:460-6.

Morrato EH, Newcomer JW, Kamat S, Baser O, Harnett J, Cuffel B. Metabolic screening after the American Diabetes Association's consensus statement on antipsychotic drugs and diabetes. Diabetes Care. 2009;32:1037-42.

Myles N, Newall HD, Curtis J, Nielssen O, Shiers D, Large M. Tobacco use before, at, and after first-episode psychosis: a systematic meta-analysis. Journal of Clinical Psychiatry. 2012;73:468-75.

Nasrallah HA, Meyer JM, Goff DC, McEvoy JP, Davis SM, Stroup TS, et al. Low rates of treatment for hypertension, dyslipidemia and diabetes in schizophrenia: data from the CATIE schizophrenia trial sample at baseline. Schizophrenia Research. 2006;86:15-22.

Nazareth I, King M, Haines A, Rangel L, Myers S. Accuracy of diagnosis of psychosis on general practice computer system. BMJ. 1993;307:32-4.

Nazareth ID, King MB. Controlled evaluation of management of schizophrenia in one general practice: a pilot study. Family Practice. 1992;9:171-2.

NCCMH. Psychosis and Schizophrenia in Children and Young People: Recognition and Management. Clinical guideline No. 155. Leicester and London: The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists; 2013 [full guideline].

NHS Employers. Quality and Outcomes Framework guidance for GMS contract 2011/12. London: NHS Employers; 2011.

NICE. Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Primary and Secondary Care. NICE clinical guideline 1. London: NICE; 2002b.

NICE. Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Adults in Primary and Secondary Care (Update). NICE clinical guideline 82. London: NICE; 2009d. Available from: www.nice.org.uk/CG82.

Osborn DP, Nazareth I, Wright CA, King MB. Impact of a nurse-led intervention to improve screening for cardiovascular risk factors in people with severe mental illnesses. Phase-two cluster randomised feasibility trial of community mental health teams. BMC Health Services Research 2010a;10:61.

Pearsall R, Thyarappa Praveen K, Pelosi A, Geddes J. Dietary advice for people with schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016;3: Art. No.: CD009547. doi: 10.1002/14651858.CD009547.pub2.

Phutane VH, Tek C, Chwastiak L, Ratliff JC, Ozyuksel B, Woods SW, et al. Cardiovascular risk in a first-episode psychosis sample: a 'critical period' for prevention? Schizophrenia Research. 2011;127:257-61.

Platz C, Umbricht DS., Cattapan-Ludewig K, Dvorsky D, Arbach D ,Brenner HD, Simon AE.. Help-seeking pathways in early psychosis. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2006;41, 967–974.

Rajkumar AP, Horsdal HT, Wimberley T, Cohen D, Mors O, Børglum AD et al. Endogenous and Antipsychotic-Related Risks for Diabetes Mellitus in Young People With Schizophrenia: A Danish Population-Based Cohort Study. American Journal of Psychiatry. 2017;1;174(7): 686-694. doi:10.1176/appi.ajp.2016.16040442

Reilly S, Planner C, Hann M, Reeves D, Nazareth I, Lester H. The role of primary care in service provision for people with severe mental illness in the United Kingdom. PLoS One. 2012;7:e36468.

Royal College of Psychiatrists. Report of the National Audit of Schizophrenia (NAS). 2012. London: Healthcare Quality Improvement Partnership; 2012.

Simon AE, Jegerlehner S, Müller T, Cattapan-Ludewig K, Frey P, Grossenbacher M, et al. Prodromal schizophrenia in primary care: a randomised sensitisation study. British Journal of General Practice. 2010; 60(578): e353–e359. doi: 10.3399/bjgp10X515377.

Simon AE, Lauber C, Ludewig K, Braun-Scharm H, Umbricht DS, Swiss Early Psychosis Project. General practitioners and schizophrenia: results from a Swiss survey. The British Journal of Psychiatry. 2005;187:274-81.

Simon AE, Lester H, Tait L, Stip E, Roy P, Conrad G, et al. The International Study on General Practitioners and Early Psychosis (IGPS) Schizophrenia Research. 2009;108(1-2): 182-190.

Skeate A, Jackson C, Birchwood M, Jones C. Duration of untreated psychosis and pathways to care in first-episode psychosis. Investigation of help-seeking behaviour in primary care. British Journal of Psychiatry. 2002;43:s73-7.

Smith DJ, Langan J, McLean G, Guthrie B, Mercer SW. Schizophrenia is associated with excess multiple physical-health comorbidities but low levels of recorded cardiovascular disease in primary care: cross-sectional study. BMJ. 2013;3.

Stip E, Boyer R, Sepehry AA, Rodriguez JP, Umbricht D, Tempier A et al. "Sur la première ligne : sondage pour un partage. Les omnipraticiens et la schizophrénie". Santé mentale au Québec. 2007;321:281-97.

van den Akker M, Buntinx F, Metsemakers JF, Roos S, Knottnerus JA. Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co occurring chronic and recurrent diseases. Journal of Clinical Epidemiology. 1998;51:367-75.

Verdoux H, Cougnard A, Grolleau S, Besson R, Descroix F. A survey of general practitioners' knowledge of symptoms and epidemiology of schizophrenia. European Psychiatry. 2006;21:238-44.

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

## 7.1.- Introducción

La evaluación completa implica la recopilación de información sobre los síntomas actuales, los efectos de estos síntomas a nivel personal y familiar y las estrategias que la persona ha desarrollado para hacer frente a ellos. Dicha evaluación proporciona una oportunidad para examinar a fondo los factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden haber contribuido a la aparición de la enfermedad, así como conocer la posible existencia de problemas asociados como el abuso de sustancias, ansiedad, depresión y problemas de salud física.

Las entrevistas de evaluación pueden tener diferentes objetivos: la detección precoz, el establecimiento de un diagnóstico, evaluar la gravedad y cambios en la evolución o elaborar una hipótesis psicológica. Las hipótesis psicológicas proporcionan una explicación de por qué se ha producido un problema y por qué éste se mantiene, guían la intervención y predicen las posibles dificultades que puedan surgir.

La formulación de dicha hipótesis estará sujeta a la orientación teórica del profesional, ya sea el modelo cognitivo conductual, sistémico o el psicodinámico, y está basada en la información de la que se dispone en ese momento y con frecuencia se ampliará o se cambiará durante el curso de la intervención. Aunque situada en el contexto de un modelo teórico, la formulación es individualizada en base a las experiencias vitales de cada persona. La persona con psicosis o esquizofrenia puede no compartir la opinión de

los profesionales acerca de cuál es el problema principal. Ayudar a la persona con lo que el /ella considera el principal problema proporciona una vía para el establecimiento de una relación terapéutica de confianza y colaboración, lo que a su vez permite la planificación de la atención colaborativa.

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 intervención posterior. Lograr la implicación activa y la confianza de una persona con psicosis o esquizofrenia en el proceso terapéutico requiere constancia y flexibilidad por parte del profesional así como de sensibilidad hacia la opinión del paciente. También es importante, en el proceso de evaluación y planificación de las intervenciones, la participación de los cuidadores, familiares y amigos de las personas con psicosis con el objetivo de valorar sus puntos de vista y necesidades (Kuipers & Bebbington, 1990; Worthington et al., 2013).

La relación terapéutica es un predictor de otros resultados importantes en psicosis y esquizofrenia, como las actitudes hacia la medicación (Day et al., 2005), la eficacia en salud mental comunitaria (Howgego et al., 2003), el mantenimiento del contacto con servicios (Johansson & Eklund, 2006) y el desempeño en el lugar de trabajo (Davis & Lysaker, 2007).

Actualmente, se está demostrando el efecto causal de la alianza terapeutica en la sintomatología del paciente con psicosis al realizar tratamiento psicológico (Goldsmith et al., 2015).

El establecimiento de una buena alianza terapéutica es esencial para que el paciente se beneficie de la psicoterapia, asimismo se observa que una pobre alianza es activamente perjudicial (Goldsmith et al., 2015).

Recientes hallazgos sugieren que las características del terapeuta, particularmente la autenticidad y la competencia percibida, son relevantes para establecer una alianza terapéutica positiva en pacientes con psicosis. Seria por tanto interesante poder aumentar dichas cualidades en los terapeutas con el objetivo de mejorar la alianza, y como consecuencia, el resultado de la terapia (Jung et al., 2015).

A veces las personas con psicosis en una fase aguda pueden encontrarse muy angustiadas, temerosas, desconfiadas, inquietas e irritables, así como los síntomas

psicóticos pueden tener un efecto profundo en la capacidad de discernimiento que dificulta su comprensión de la situación.
También pueden presentar un riesgo para ellos mismos u otras personas que justifique la hospitalización involuntaria. Las cuestiones relativas al consentimiento del paciente son importantes en todo el proceso de intervención y por ello los profesionales deben conocer toda la legislación relacionada.

Se deben dar los pasos necesarios para involucrar a la persona en la toma de decisiones compartida con el profesional de Salud Mental respecto al tratamiento y abordaje a seguir, que debe incluir cuestiones relativas al consentimiento informado e información específica sobre abordaje en caso de recaídas, plan de crisis y la planificación anticipada de decisiones.
El conocimiento por parte de las personas con un trastorno psicótico, sus cuidadores, los profesionales y la población general, de que el tratamiento obligatorio es una posibilidad, es un punto clave en el panorama de la salud mental actual ya que éste puede ser visto como una medida coercitiva/opresiva o de protección. Por lo tanto es esencial que cualquier persona ingresada de forma involuntaria continúe involucrada en la toma de decisiones en un contexto de colaboración. La búsqueda de objetivos comunes es una parte vital de este proceso.
Una mejor alianza terapéutica al inicio del tratamiento ha sido relacionada con mayor disposición a pedir ayuda en el seguimiento (Cavelti et al., 2016). Por otro lado, una mejor alianza terapéutica se ha asociado con tratamientos más prolongados, ya que permiten a los terapeutas emplear más tiempo en su construcción en comparación con los tratamientos más breves que se centran en otras estrategias terapéuticas (Berry et al., 2016).

## 7.2.- Idioma y estigma

Aunque el tratamiento para la psicosis y la esquizofrenia ha mejorado desde la década de 1950 y 1960, algunas personas con este diagnóstico siguen teniendo dificultades para encontrar empleo y pueden sentirse excluidas de la sociedad. Actualmente, el estigma y el miedo al “sistema psiquiátrico” son percibidos por los pacientes como barreras importantes a la hora de buscar ayuda, con las consecuencias que esto conlleva (Jansen et al., 2018).
En una editorial para el British Medical Journal, Norman Sartorius afirmó que "el estigma

sigue siendo el principal obstáculo para una vida mejor para los cientos de millones de personas que padecen trastornos mentales" (Sartorius, 2002). Esto es, en parte, debido a la cobertura mediática de algunos sucesos relacionados con la psicosis y la esquizofrenia. Ciertos temas y fuentes de estigmatización a menudo descuidados, emergen como objetivos que vale la pena tener en cuenta. Entre ellos se encuentran aquellas personas que viven con el estigma de una enfermedad que con frecuencia es vista como peligrosa y que se trata mejor lejos del resto de la sociedad. A este respecto, la investigación ha demostrado que, mientras que el número de homicidios no relacionados psiquiátricamente aumentaron entre 1957 y 1995, los homicidios llevados a cabo por personas en tratamiento psiquiátrico no lo hizo, lo que sugiere que el temor de la opinión pública a la violencia derivada de las personas con esquizofrenia está fuera de lugar (Taylor & Gunn, 1999).

Las personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia también pueden sentirse estigmatizadas debido a la legislación sanitaria que les obliga a un tratamiento en la comunidad, lo que puede exacerbar sus sentimientos de exclusión al no sentirse libres de tomar sus propias decisiones. Los efectos secundarios de la medicación, tales como sialorrea, movimientos involuntarios, sedación, aumento de peso importante y la utilización poco cuidadosa de los diagnósticos, pueden contribuir a señalar a la persona con esquizofrenia como diferente. Además, las personas con esta enfermedad pueden encontrarse con que el persona sanitario no presta la atención adecuada a los problemas de salud física que tienen.

En opinión de muchos usuarios de los servicios, el lenguaje clínico no se utiliza siempre de una manera apropiada y esto puede contribuir a la estigmatización de la psicosis y la esquizofrenia. Por ejemplo, el uso de los términos "esquizofrénico" o "psicótico" para referirse a estos pacientes ocasiona una identificación absoluta con la enfermedad que padecen que impide el reconocimiento de su propia individualidad. Muchos profesionales sanitarios ajenos a la psiquiatría y muchos empresarios se dirigen de esta manera a las personas diagnosticadas de trastornos psicóticos. También existe una tendencia a dejar de utilizar palabras como "esquizofrenia" para las personas con síntomas psicóticos, pues se considera que el diagnóstico es poco útil, especialmente en los servicios de intervención temprana en la psicosis. Es importante tener en cuenta la perspectiva del paciente sobre su vivencia personal, más allá del diagnóstico que se considere oportuno.

También es fundamental que los profesionales sean cuidadosos y considerados, pero también claros cuando utilizan el lenguaje clínico en las explicaciones que ofrecen, no sólo a los usuarios de servicios y cuidadores, sino también a otros profesionales de los servicios sanitarios. También es muy importante garantizar la protección de datos.

Para ello, se recomienda que los profesionales revisen sus propias actitudes y conductas ante las personas con enfermedad mental, que sean conscientes de ellas, y si es necesario que las modifiquen para reducir el estigma.

Además del comportamiento de los profesionales sanitarios, se une la contribución de las personas con enfermedad, que por diversas razones pierden la confianza y respeto por sí mismos provocando un cambio en las relaciones con los demás, así como en su forma de vida; todo ello incrementando sin querer el propio estigma.

Es importante también, que el terapeuta reflexione acerca de su percepción sobre las cualidades y la capacidad de mejoría que estima en sus pacientes, ya que está estrechamente relacionada con la calidad de la alianza terapéutica que se establezca.

También debe asegurarse que los clínicos tengan los conocimientos y las habilidades necesarias para trabajar con personas de diversos orígenes lingüísticos y étnicos y sepan evaluar las influencias culturales y el efecto acumulativo de las desigualdades en su práctica clínica habitual (Bhui et al., 2007). La formación en diversidad cultural mejora la actitud de los profesionales y su satisfacción en la relación con el paciente.

Por otra parte, es conocida la alta frecuencia de experiencias traumáticas que influyen sobre el desarrollo de una psicosis, que junto con el estigma y las dificultades añadidas posteriormente, genera un importante sufrimiento psíquico en estas personas que no debe dejarse de lado y que debe ser atendido debidamente por los profesionales de la salud mental.

Los progenitores de las personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia a menudo se sienten culpables, ya sea porque creen que han "transmitido los genes" para causar la esquizofrenia o porque son “malos padres”. Sin embargo, las familias de las personas con esquizofrenia a menudo desempeñan un papel esencial en el tratamiento y cuidado de su familiar y con la ayuda y el apoyo adecuado pueden contribuir positivamente a la promoción de la recuperación. El rol de cuidador puede llegar a tener un alto coste de depresión y estrés, por lo que los servicios deben ser sensibles a las necesidades individuales de los cuidadores e implicarse en el establecimiento de una alianza terapéutica con los familiares (ver área 14).

Ensayos futuros deberían considerar métodos para maximizar la alianza o al menos interrumpir la terapia si se observa que la alianza terapéutica es pobre, para evitar perjuicios en el usuario.

Para ello, recientemente se están proponiendo algunos instrumentos de evaluación de la alianza terapéutica con usuarios diagnosticados con esquizofrenia, como el Cuestionario Breve sobre Alianza Terapéutica, conocido también por sus siglas en inglés, *Brief Questionnaire on Therapeutic Alliance BQTA* (Widschwendter et al., 2016).

## Referencias

Berry K , Gregg L, Hartwell R,  Haddock G, Fitzsimmons M,  Barrowclough C. Therapist–client relationships in a psychological therapy trial for psychosis and substance misuse. Drug and Alcohol Dependence. 2015;152:170-6. doi:10.1016/j.drugalcdep.2015.04.006.

Berry K, Gregg L, Lobban F, Barrowclough C. Therapeutic alliance in psychological therapy for people with recent onset psychosis who use cannabis. Comprehensive Psychiatry. 2016;67:73-80. doi:10.1016/j.comppsych.2016.02.014.

Bhui K, Warfa N, Edonya P, McKenzie K, Bhugra D. Cultural competence in mental health care: a review of model evaluations. BMC health services research. 2007;7:15.

Cavelti M, Homan P, Vauth R. The impact of thought disorder on therapeutic alliance and personal recovery in schizophrenia and schizoaffective disorder: An exploratory study. Psychiatry Research. 2016;239:92-8. doi:10.1016/j.psychres.2016.02.070.

Goldsmith LP, Lewis SW, Dunn G, Bentall RP. Psychological treatments for early psychosis can be beneficial or harmful, depending on the therapeutic alliance: an instrumental variable analysis. Psychological Medicine. 2015;45(11):2365-73. doi: 10.1017/S003329171500032X.

Jansen JE, Pedersen MB, Hastrup LH, Haahr UH, Simonsen E. Important first encounter: Service user experience of pathways to care and early detection in first-episode psychosis. Early Intervention in Psychiatry. 2018;12(2):169-76. doi: 10.1111/eip.12294

Jung E1, Wiesjahn M, Rief W, Lincoln TM. Perceived therapist genuineness predicts therapeutic alliance in cognitive behavioural therapy for psychosis. British Journal of Clinical Psychology. 2015;54(1):34-48. doi: 10.1111/bjc.12059.

Kuipers L, Bebbington P. Working in Partnership: Clinicians and Carers in the Management of Longstanding Mental Illness. Oxford: Heinemann Medical Books; 1990.

Sartorius N. Iatrogenic stigma of mental illness. BMJ. 2002;324:1470-1.
Taylor PJ, Gunn J. Homicides by people with mental illness: myth and reality. The British Journal of Psychiatry. 1999;174:9-14.

Worthington A, Rooney P, Hannan R. The Triangle of Care. Second Edition. London: Carers Trust; 2013. HMSO. Equality Act 2010. London: The Stationary Office; 2010. Available from: http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2010/15/contents.

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

## 8.1.- Introducción

Los fármacos antipsicóticos han sido la base del tratamiento de la esquizofrenia desde la década de 1950. Inicialmente utilizados para el tratamiento de los estados psicóticos agudos, su posterior uso para prevenir la recaída condujo a que se prescribieran a largo plazo para el tratamiento de mantenimiento, ya sea como preparaciones orales o en forma de inyectables de acción prolongada o preparaciones “depot”.

Aunque diferentes clases de fármacos tienen actividad antipsicótica, la acción farmacológica primaria de los antipsicóticos es su efecto antagonista sobre los receptores de dopamina D2. De hecho, la potencia del efecto antipsicótico de un fármaco está al menos en parte determinada por su afinidad por el receptor D2 (Agid et al., 2007; Kapur & Remington, 2001; Snyder et al., 1974), una asociación que dio lugar a la hipótesis de la dopamina en la esquizofrenia. Vale la pena señalar, sin embargo, que los fármacos antipsicóticos también se utilizan en el tratamiento de otros trastornos psicóticos. El bloqueo de los receptores dopaminérgicos sigue siendo el mecanismo más probable de la eficacia de estos fármacos.

### *Utilización de los antipsicóticos*

Los antipsicóticos se usan actualmente tanto para el tratamiento de los episodios agudos como para la prevención de recaidas, el control de los episodios de agitación y la reducción de síntomas. Están disponibles en presentaciones oral, intramuscular (IM),

intravenosa (IV) y preparados IM depot de duración media o prolongada. En Reino Unido, la clozapina sólo se autoriza para su uso en personas con esquizofrenia “resistente al tratamiento”, definido en la ficha técnica del fármaco como “una falta de mejoría clínica satisfactoria a pesar del uso en dosis y duración adecuadas de al menos dos antipsicóticos diferentes, siendo uno de ellos un antipsicótico atípico”. En España la ficha técnica indica que su uso debe limitarse a pacientes:

- con esquizofrenia que no respondan o no toleren el tratamiento con antipsicóticos, o con psicosis en enfermedad de Parkinson cuando hayan fallado otros tratamientos
- que inicialmente presenten valores normales de leucocitos (recuento leucocitario ≥ 3500/mm3(3,5x109/l), y recuento absoluto de neutrófilos, ≥ 2000/mm3 (2,0x109/l)), y
- a los que se les pueda realizar regularmente recuentos leucocitarios y recuentos absolutos de neutrófilos como se indica a continuación: semanalmente durante las primeras 18 semanas de tratamiento y al menos una vez cada 4 semanas durante el tiempo que continúe el tratamiento. Los controles han de continuar durante todo el tratamiento y durante 4 semanas tras la interrupción completa del mismo.

Los antipsicóticos se prescriben generalmente dentro del rango de la dosis recomendada por la ficha técnica y hay poca evidencia que apoye el uso de dosis más altas o la combinación con otro antipsicótico si la monoterapia ha demostrado ser ineficaz (Royal College of Psychiatrists, 2006; Stahl, 2004). Los antipsicóticos también se utilizan en combinación con otras clases de fármacos, como los anticonvulsivos, estabilizadores del ánimo, anticolinérgicos, antidepresivos y benzodiacepinas. El personal médico puede asociar los antipsicóticos con estos fármacos por varias razones:

- cuando hay una falta de respuesta efectiva a los antipsicóticos solos
- para los trastornos conductuales
- para el tratamiento de los efectos secundarios de los antipsicóticos

- para el tratamiento de otros problemas psiquiátricos comórbidos, como la depresión y la ansiedad.

Aunque tales estrategias de asociación se utilizan comúnmente en la práctica clínica, éstas están fuera del alcance de esta guía. NICE tiene previsto una futura Guía dirigida a la evidencia de estas intervenciones.

### *Dosis de los antipsicóticos*

La ficha técnica completa de todos los fármacos a los que se hace referencia en esta guía se puede encontrar en el *Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios*-AEMPS-(https://www.aemps.gob.es). Los rangos de dosis recomendados que figuran en la AEMPS normalmente se han tomado de la información contenida en la ficha técnica o del resumen de las características del producto del laboratorio que lo fabrica, así como del asesoramiento de un panel externo de expertos. Se asegura así, que las recomendaciones de la ficha técnica sobre temas tales como el rango de dosis reflejen las buenas prácticas actuales (“dosis estándar”). Se define “dosis estándar” como las dosis que entran dentro del rango de probabilidades de lograr el mejor equilibrio entre la ganancia terapéutica y los efectos adversos relacionados con la dosis. Sin embargo, como hasta un tercio de las personas con esquizofrenia muestra una respuesta pobre a la medicación antipsicótica, se ha producido una tendencia a prescribir dosis más altas. Encuestas sobre las prácticas de prescripción sugieren que se siguen utilizando con frecuencia dosis de antipsicóticos que exceden los límites del British National Formulary (BNF), ya sea para un solo fármaco o para la combinación de varios antipsicóticos (Harrington et al., 2002; Lehman & Steinwachs, 1998; Paton et al., 2008).

En un intento de aumentar la rapidez y la magnitud de la respuesta se han empleado “dosis de carga” y estrategias de escalada rápida de la dosis (Kane & Marder, 1993). Los estudios han fracasado en presentar alguna ventaja para una estrategia de este tipo en términos de rapidez o del grado de la respuesta al tratamiento (Dixon et al., 1995). The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (1998) llegó a la conclusión de que no se deberían utilizar en el tratamiento de episodios agudos “dosis masivas de carga” de medicación antipsicótica, denominadas “neuroleptización rápida”.

Para los lectores interesados, pueden consultar la Dosis Diaria Definida y Dosis Hospitalaria Definida en la web de la OMS www.whocc.no\atc_ddd_index\

## Tabla 7.- 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 8.- 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 9.- 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 10.- 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.

La evidencia sugiere que los pacientes que no han tomado anteriormente estos fármacos y que presentan su primer episodio de esquizofrenia, responden a dosis de fármacos antipsicóticos en el extremo inferior del rango de dosis recomendado (Cookson et al., 2002; McEvoy et al., 1991; Oosthuizen et al., 2001; Remington et al., 1998; Tauscher & Kapur, 2001).

### *La prevención de recaídas*

Para las personas con diagnóstico de esquizofrenia, la probabilidad de recaída mientras toman medicación antipsicótica de manera continuada parece ser alrededor de un tercio en comparación con las que tomaban placebo (Marder & Wirshing, 2003). Un estudio con población española revela una tasa de recaída cercana al 40% en pacientes con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo en un periodo de 4 años (San et al., 2013).

Los factores de riesgo para la recaída de la enfermedad incluyen la no remisión completa, la mala adherencia al tratamiento, la falta de consciencia de enfermedad, el consumo persistente de sustancias de abuso, un pobre ajuste premórbido y el criticismo familiar (Álvarez-Jimenez et al., 2012), siendo todos ellos objetivos razonables para la intervención.

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 (Viguera et al., 1997). La prescripción de dosis bajas y el uso de estrategias intermitentes de dosificación (administrando medicación cuando aparecen los signos tempranos de recaída, característicos de la persona) también se han sugerido en el pasado como forma de minimizar los efectos secundarios a largo plazo. Sin embargo, cuando estas estrategias fueron probadas en ensayos controlados, los riesgos, sobre todo en términos de un aumento de recaídas, superaban cualquier beneficio (Dixon et al., 1995; Hirsch & Bames, 1995; De Hert et al., 2015).

The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (1998) llegó a la conclusión de que "*Las pautas de tratamiento intermitente no deberían utilizarse de forma rutinaria en lugar de las pautas de tratamiento continuo debido al aumento del riesgo de recaída o*

*empeoramiento. Estas estrategias pueden ser consideradas para los pacientes que se oponen al tratamiento de mantenimiento o para los que tengan alguna contraindicación, como puede ser mayor sensibilidad a los efectos secundarios*".

### *Clozapina*

La Clozapina es un antipsicótico que se introdujo en la década de 1970. Fue retirado poco después debido al riesgo de agranulocitosis que podía ser potencialmente fatal. Sin embargo, tras una nueva investigación se mostró su eficacia en la esquizofrenia resistente al tratamiento (Kane el al.,1988) .Fue reintroducida en la década de 1980, pero precisando de monitorización hematológica estrecha. Se consideró que tenía un nuevo modo de acción. Su perfil farmacológico 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.
En Reino Unido, la clozapina sólo se autoriza para su uso en personas con esquizofrenia "resistente al tratamiento", definido en la ficha técnica del fármaco como "una falta de mejoría clínica satisfactoria a pesar del uso en dosis y duración adecuadas de al menos dos antipsicóticos diferentes, siendo uno de ellos un antipsicótico atípico". En España la ficha técnica indica que su uso debe limitarse a pacientes:

- con esquizofrenia que no respondan o no toleren el tratamiento con antipsicóticos, o con psicosis en enfermedad de Parkinson cuando hayan fallado otros tratamientos
- que inicialmente presenten valores normales de leucocitos (recuento leucocitario ≥ 3500/mm3(3,5x109/l), y recuento absoluto de neutrófilos, ≥ 2000/mm3 (2,0x109/l)), y
- a los que se les pueda realizar regularmente recuentos leucocitarios y recuentos absolutos de neutrófilos como se indica a continuación: semanalmente durante las primeras 18 semanas de tratamiento y al menos una vez cada 4 semanas durante el tiempo que continúe el tratamiento. Los controles han de continuar

durante todo el tratamiento y durante 4 semanas tras la interrupción completa del mismo.

## *Efectos secundarios*

Los problemas clínicos relacionados con los efectos secundarios fueron resumidos por la Guía (NICE, 2002a), de la siguiente manera:

*"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 incluir 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.*

*Un requisito para utilizar la clozapina es la realización de un control rutinario previo, debido al riesgo de neutropenia y agranulocitosis. Por lo tanto, los psiquiatras deben asegurarse que se realiza un seguimiento continuo eficaz cuando se prescribe clozapina".*

### *Síntomas extrapiramidales*

Los síntomas extrapiramidales (SEP), el aumento de peso, la disfunción sexual y la sedación son considerados por las personas con esquizofrenia, los efectos secundarios más molestos. Los primeros son fácilmente identificados, pero su aparición no se puede predecir con precisión y están relacionados con mal pronóstico. La acatisia es a menudo no identificada o mal diagnosticada como agitación. De particular preocupación es la discinesia tardía (orofacial y movimientos del tronco), que puede no ser evidente de inmediato, es resistente al tratamiento, puede ser persistente y puede empeorar con la retirada del tratamiento. La disfunción sexual puede ser un problema, a veces vinculado a

la hiperprolactinemia inducida por los fármacos; es probable que sea un efecto secundario del tratamiento antipsicótico poco comunicado por el usuario, ya que comentar este tema es con frecuencia difícil".

El bloqueo de los receptores D2 por los fármacos antipsicóticos es responsable de los SEP, tales como parkinsonismo, acatisia, distonía y discinesia, pero el efecto terapéutico del antipsicótico puede ocurrir a un nivel inferior de la ocupación del receptor D2 que el nivel asociado con la aparición de estos efectos adversos (Farde et al., 1992). Los antipsicóticos de 2ª generación (AP2G) se introdujeron sosteniendo que tenían un menor riesgo de SEP. Los AP2G difieren individualmente en su propensión a causarlos: para algunos (por ejemplo, la clozapina y la quetiapina), la probabilidad es igual a la del placebo en dosis terapéuticas, mientras que para otros el riesgo es dosis-dependiente. Estas diferencias pueden reflejar los perfiles individuales de los fármacos en relación a sus propiedades, tales como el antagonismo selectivo del receptor D2-dopamina, el potente antagonismo del 5-HT2A y la disociación rápida del receptor D2; y para el aripiprazol, agonista parcial de los receptores D2 y 5HT1A. Para la interpretación de la evidencia desde un ECA de la superioridad de los AP2G con respecto a la menor posibilidad de producir SEP agudos debe tenerse en cuenta la dosis y la elección del antipsicótico de 1ª generación (AP1G) con el que se compara, siendo el más frecuente el haloperidol, que es considerado un antagonista D2 de alta potencia con una relativamente alta posibilidad de producir estos efectos adversos.

### *Hiperprolactinemia*

El aumento de prolactina sérica también es un importante efecto adverso de la medicación antipsicótica (Haddad & Wieck, 2004). Puede producir problemas, como alteraciones menstruales, galactorrea y disfunción sexual y a largo plazo una reducción de la densidad mineral ósea (Haddad & Wieck, 2004; Meaney et al., 2004). Mientras la propensión de los fármacos antipsicóticos para afectar a la prolactina varía entre ellos, la medida en que se verá afectado un usuario determinado puede ser difícil de establecer antes del tratamiento.

## Tabla 11.- 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 12.- 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 13.- 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<br>Mayor probabilidad con la tioridazina (que puede también reducir los niveles de testosterona<br>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<br>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<br>Informes excepcionales de priapismo<br>Prevalencia de la disfunción sexual comunicada de hasta >50% |
| Risperidona | Elevador potente de la prolactina<br>Menos anticolinérgico<br>Bloqueo de los receptores alfa adrenérgicos periféricos específicos que produce una incidencia de alta a moderada de problemas de eyaculación como eyaculación retrógada<br>Informes excepcionales de priapismo<br>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<br>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<br>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.

### *Síndrome metabólico*

Los fármacos antipsicóticos también tienen una fuerte afinidad para una amplia gama de otros receptores, que incluye a los histaminérgicos, serotoninérgicos, colinérgicos y los tipos alfa-adrenérgicos, que puede producir otros efectos secundarios, tales como la sedación, aumento de peso y la hipotensión postural. Como los diversos fármacos antipsicóticos poseen diferentes afinidades relativas para cada tipo de receptor, cada fármaco tendrá su propio perfil específico de efectos secundarios. Por ejemplo, la probabilidad de producir efectos secundarios metabólicos tales como el aumento de peso, las alteraciones lipídicas y las alteraciones de la regulación de los niveles de glucosa, varía dependiendo del tipo de antipsicótico, tales como el aumento de peso, alteraciones lipídicas y las alteraciones de la regulación de la glucosa. Estos son los efectos secundarios que más se han reconocido que puedan afectar a largo plazo a la salud física. En concreto, aumentan el riesgo del síndrome metabólico, una agrupación reconocida de características (hipertensión, obesidad central, intolerancia a la glucosa/resistencia a la insulina y dislipidemia) (American Diabetes Association et al., 2004; Mackin et al., 2007a), que es un predictor de la diabetes de tipo 2 y de la cardiopatía coronaria. Incluso sin tratamiento antipsicótico, las personas con esquizofrenia pueden tener un mayor riesgo de este tipo de problemas, que se relaciona en parte con el estilo de vida como el tabaquismo, la mala alimentación, falta de ejercicio, y también, posiblemente, la enfermedad misma. (Brown et al., 1999; Holt et al., 2005; Osborn et al., 2007a; b; Taylor et al., 2005; Van Nimwegen et al., 2008).

Si bien existe cierta incertidumbre sobre la relación precisa entre la esquizofrenia, los problemas metabólicos y la medicación antipsicótica, hay acuerdo en que se requiere un examen de salud física de rutina de las personas que tienen prescritos fármacos antipsicóticos a largo plazo (Barnes et al., 2007; Newcomer, 2007; Suvisaari et al., 2007) (Se puede encontrar más información sobre la salud física en el área 11).

## 8.2.- Tratamiento inicial con fármacos antipsicóticos

### 8.2.1.- Introducción

La evidencia publicada antes de la Guía 2002 sugiere que los pacientes que toman por primera vez estos fármacos pueden responder a la dosis más baja del antipsicótico dentro del rango recomendado (Cookson et al., 2002; McEvoy et al., 1991; Oosthuizen et al., 2001; Tauscher & Kapur, 2001). Esto puede tener implicaciones particulares en el tratamiento de las personas que presentan su primer episodio de esquizofrenia. Lehman y Steinwachs (1998) han sugerido que la dosis máxima para los pacientes que toman por primera vez antipsicóticos debería ser el equivalente a 500 mg de clorpromazina por día. La dosis óptima recomendada para el tratamiento de un episodio agudo en pacientes que sí han tomado antipsicóticos anteriormente equivaldría a una dosis de 300 a 1000mg de clorpromazina diarios.

### 8.2.2.- Resumen de la evidencia clínica

El GDG evaluó nueve ECA con un total de 1.801 participantes con un primer episodio o esquizofrenia temprana-primeros síntomas de la esquizofrenia- (incluidas las personas con un inicio reciente de la esquizofrenia que nunca han sido tratados con fármacos antipsicóticos). La evidencia sugiere que no hay diferencias clínicamente significativas en la eficacia entre los antipsicóticos examinados. La mayoría de los ensayos no fueron diseñados para examinar las diferencias en los efectos adversos del tratamiento, pero los efectos secundarios metabólicos y neurológicos comunicados fueron similares con los descritos en la ficha técnica de cada fármaco.

## 8.3.- Antipsicóticos orales en el tratamiento del episodio agudo

### 8.3.1.- Introducción

Los primeros estudios clínicos establecieron que los fármacos antipsicóticos son eficaces en el tratamiento de los episodios esquizofrénicos agudos (Davis & Garver, 1978), aunque demostraron ser más eficaces en la mejoría de los síntomas positivos que en los negativos, como el embotamiento afectivo o la alogia. Sin embargo, no se demostró

ninguna diferencia consistente entre los AP1G en lo que se refiere a la eficacia antipsicótica o efectos sobre síntomas específicos, síndromes o subgrupos de la esquizofrenia. Por consiguiente, la elección del fármaco para un individuo dependía en gran medida de las diferencias en el perfil de los efectos secundarios (Davis & Sarver, 1978; Hollister, 1974; Dold et al., 2015). Las limitaciones de estos AP1G, incluían la heterogeneidad de la respuesta en los episodios agudos, con una proporción de personas que muestran poca mejoría (Kane, 1987) y una serie de efectos secundarios indeseables a corto y largo plazo. La búsqueda de fármacos mejor tolerados y más eficaces generó una serie de fármacos de segunda generación, caracterizados por una menor probabilidad de producir SEP (Barnes & McPhillips, 1999;. Cookson et al., 2002; Geddes et al., 2000).

### 8.3.2.- Resumen clínico de la evidencia

El GDG encontró poca evidencia de diferencias clínicamente significativas en la eficacia entre los fármacos antipsicóticos orales evaluados en 72 ECA con 16.556 participantes con una exacerbación aguda o con una recurrencia de la esquizofrenia. Los efectos secundarios metabólicos y neurológicos fueron similares a los que figuran en la ficha técnica de cada fármaco.

En la guía NICE pueden consultarse las tablas de los estudios considerados.

## 8.4.- Promover la recuperación en personas con esquizofrenia que están en remisión. La prevención farmacológica de las recaídas

### 8.4.1.- Introducción

Después de su introducción en la práctica clínica al principio de la década de 1950, la clorpromazina y los fármacos relacionados llegaron a ser utilizados ampliamente de manera rápida tanto para el tratamiento agudo de las personas con síntomas de psicosis como para la prevención de la recaída. Durante la década de 1980, el haloperidol (sintetizado en 1959) se convirtió en el medicamento más utilizado en los EE.UU para estos objetivos (Davis et al., 1993; Gilbert et al., 1995; Healy, 2002; Hirsch & Barnes, 1995). Un meta-análisis (Davis et al., 1993), de 35 estudios a doble ciego comparó el tratamiento de mantenimiento utilizando AP1G con placebo en más de 3.500 usuarios. La

recaída se informó en el 55% de los que fueron asignados aleatoriamente para recibir placebo, pero en sólo el 21% de los que recibieron fármacos activos. Gilbert y cols. (1995) revisaron 66 estudios de retirada de antipsicóticos, publicados entre 1958 y 1993 con la participación de más de 4.000 usuarios. La tasa media acumulada de la recaída en el grupo de retirada de la medicación fue del 53% (período de seguimiento de 6 a 10 meses) en comparación con el 16% (seguimiento de 8 meses) en el grupo de mantenimiento del antipsicótico. Continuar el tratamiento durante un período de varios años con antipsicóticos convencionales parece reducir el riesgo de recaída en cerca de dos tercios (Kissling, 1991).

Cuando se examinaron los efectos de la retirada de los fármacos antipsicóticos, después de un episodio psicótico agudo o después del tratamiento de mantenimiento a largo plazo, la tasa subsiguiente de recaída parecía ser similar en ambas situaciones. Las personas que estaban bien estabilizadas con la medicación de mantenimiento presentaron altas tasas de recaída cuando se interrumpió su terapia con antipsicóticos (Kane, 1990) o ésta fue cambiada por placebo (Hogarty et al., 1976). Una revisión Cochrane (Almerie et al., 2007), que incluye diez ensayos de la suspensión del tratamiento con clorpromazina en participantes estables (N total = 1042) mostró que los que dejaron de tomarla tenían un riesgo relativo de recidiva a corto plazo (hasta 8 semanas) de 6,76 (IC del 95%, 3,37-13,54) y a medio plazo (9 semanas a 6 meses) de 4,04 (95% IC, 2,81 a 5,8). El riesgo relativo de recaída después de 6 meses fue de 1,70 (IC 95%, 1,44-2,01).

Confirmando estos resultados, más recientemente De Hert y cols.(2015) realizaron una revisión sistemática y un metaanálisis con el objetivo de comparar los riesgos de recaída/hospitalización de pacientes con esquizofrenia estabilizados en tratamiento activo frente al tratamiento intermitente o placebo.
En sus conclusiones los autores informan que con el tratamiento continuo, los pacientes tienen un menor riesgo de recaída y permanecen sin ellas durante un período de tiempo más prolongado en comparación con el placebo y las estrategias de tratamiento intermitente. Por lo tanto, el tratamiento continuo seguiría siendo el "estándar de oro" para la buena práctica clínica, especialmente porque hasta ahora, solo se conocen unos pocos y bastante generales predictores de recaída en la esquizofrenia y las recaídas posteriores pueden contribuir al deterioro funcional y a la resistencia al tratamiento en estos pacientes.

Otro meta-análisis de los datos de varios estudios amplios en colaboración (Davis et al., 1993) sugirió que el número de personas que permanecen sin recaer después la suspensión del tratamiento con fármacos disminuye exponencialmente alrededor de un 10% al mes.

No está claro si se requiere tratamiento farmacológico de mantenimiento para todas las personas con esquizofrenia. Alrededor del 20% de los individuos sólo experimentará un episodio único (Möller & Van Zerssen, 1995). Un reciente análisis de un estudio observacional pragmático sobre 4000 participantes que alcanzaron la remisión en el Schizophrenia Outpatient Health Outcomes study, mostró que el 25% recayó en un período de seguimiento de 3 años, con una tasa constante de recaída durante este tiempo (Haro et al., 2007). Por tanto, parece que una proporción de personas experimentará una recaída a pesar de continuar con tratamiento antipsicótico. No está claro si esas personas se beneficiarían de un aumento de la dosis del fármaco durante los episodios de exacerbación psicótica (Steingard et al., 1994).

Debido a que no existen indicadores fiables sobre el pronóstico o la respuesta al fármaco, la Guía 2009, así como otras guías clínicas y consenso de expertos, recomiendan en general que el tratamiento farmacológico para la prevención de las recaídas se considere para cada paciente diagnosticado con esquizofrenia, por ejemplo (Lehman et al., 1998) y (Dixon et al.,1995). Las posibles excepciones son las personas con episodios psicóticos breves sin consecuencias psicosociales negativas, y el paciente, poco frecuente, para el que todos los antipsicóticos disponibles suponen un riesgo significativo para su salud (Fleischhacker & Hummer,1997).

Se desprende de los ECA controlados con placebo y de los estudios de interrupción citados anteriormente que se ha establecido la eficacia de los antipsicóticos en la prevención de recaídas. Sin embargo, también es obvio a partir de ensayos pragmáticos recientes que el cambio de la medicación a lo largo del tiempo es común en la práctica clínica (Jones et al., 2006; Lieberman et al., 2005). En el estudio Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) (Lieberman et al., 2005), el 74% de los participantes suspendió su tratamiento aleatorizado después de18 meses. Esto puede reflejar bien la necesidad en la práctica clínica de buscar un fármaco que ofrezca el mejor

equilibrio entre la eficacia y la tolerabilidad para el paciente. El papel de las preparaciones depot en el tratamiento de mantenimiento se aborda en la sección 8.6.

Todos los antipsicóticos identificados para su revisión han demostrado su supremacía sobre el placebo en la prevención de la recaída (Rattehalli et al., 2016), aunque la evidencia de que cualquier fármaco antipsicótico específico, o grupo de antipsicóticos (AP1G y AP2G), tienen mayor eficacia o mejor tolerabilidad que otro sigue siendo muy incierta. Uno de los principales objetivos del desarrollo de fármacos antipsicóticos en las últimas décadas ha sido elaborar compuestos con eficacia antipsicótica equivalente pero sin producir SEP. Las dosis de haloperidol que solían ser utilizadas en la práctica clínica habitual de la década de 1980 y principios de 1990 eran mayores que las requeridas para su efecto antipsicótico y los SEP eran frecuentes. En los ensayos realizados en la década de 1990, que compararon los AP2G y el haloperidol, este último era utilizado con frecuencia a dosis relativamente altas, posiblemente por encima de la óptima para al menos una proporción de los participantes tratados, lo que destacó la propensión del haloperidol a causar tales efectos secundarios en comparación con los AP2G. La introducción generalizada de los AP2G en la práctica clínica a mitad de la década de 1990 parecía ofrecer una verdadero avance terapéutico. Sin embargo, la eficacia de los ensayos más recientes (pragmáticos) ha sugerido que las ventajas reivindicadas de estos fármacos puede haber sido exagerada, sobre todo por su propensión a causar alteraciones metabólicas y otros efectos secundarios si se comparan con los AP1G (que no sea el haloperidol a dosis altas) (Geddes et al., 2000; Jones et al., 2006; Lieberman et al., 2005; NICE, 2002a). Los AP2G no son una clase homogénea y quizás no puedan agruparse bajo una denominación genérica de grupo.

Unos y otros antipsicóticos se diferencian ampliamente en su perfil farmacológico y en los efectos secundarios. Hay preguntas sin respuesta sobre su eficacia relativa y su tolerabilidad en su uso a largo plazo, en comparación con los AP1G. Los riesgos de los AP2G de alteraciones metabólicas a largo plazo aún no están totalmente cuantificados y tampoco el riesgo de trastornos del movimiento, tales como la discinesia tardía en comparación con los AP1G, por lo que cualquier pequeña ventaja que puedan ofrecer en la reducción de los SEP puede que no contrarresten las otras consecuencias adversas que presentan los fármacos anteriores. Si bien la evaluación de cada fármaco frente a otro

parecería la mejor forma de abordar la pregunta planteada para esta revisión, en realidad, el número de posibles comparaciones y el número limitado de estudios disponibles haría esto una tarea sin sentido. Por lo tanto, el GDG consideró que la comparación de los fármacos AP2G individualmente contra todos los comparadores AP1G, principalmente en términos de recaída, proporcionaría el análisis más significativo de los datos disponibles.

### 8.4.2.- Resumen clínico de la evidencia

En los 17 ECA, que evalúo el GDG, que incluían 3.535 participantes con esquizofrenia, la evidencia sugiere que, en comparación con el placebo, 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.

En la guía NICE pueden consultarse las tablas de los estudios considerados.

## 8.5.- Promoción de la recuperación en personas con esquizofrenia cuya enfermedad no ha respondido adecuadamente al tratamiento

### 8.5.1.- Introducción

La frase "resistente al tratamiento" se utiliza habitualmente para describir a las personas con esquizofrenia cuya enfermedad no ha respondido adecuadamente al tratamiento. 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. Mientras que la resistencia al tratamiento es a veces conceptualizada en función de la persistencia de los síntomas psicóticos positivos, otras características de la esquizofrenia pueden contribuir a un mal funcionamiento psicosocial y comunitario, como los síntomas negativos, los síntomas afectivos, los efectos secundarios de la medicación, el déficit cognitivo y alteraciones del comportamiento. La resistencia al tratamiento en la esquizofrenia es relativamente frecuente, de hecho entre un quinto y un tercio de los usuarios muestran una respuesta desalentadora a tratamientos adecuados con medicación

antipsicótica (Brenner et al., 1990; Conley & Buchanan, 1997; Lieberman et al., 1992). En un pequeño porcentaje de personas que experimentan su primer episodio de esquizofrenia, la enfermedad será resistente a la medicación antipsicótica, mostrando sólo una respuesta limitada (por ejemplo, lo que impide el alta temprana del hospital) (Lambert et al., 2008; Lieberman et al., 1989; 1992; MacMillan et al., 1986; May, 1968), pero es más frecuente la falta de respuesta a la medicación con la evolución progresiva de la enfermedad (Lieberman et al., 1993; Wiersma et al., 1998).

La definición del término “esquizofrenia resistente al tratamiento” varía considerablemente en los estudios incluidos en esta revisión. Kane y cols.(1988) introdujeron criterios rigurosos relacionados con aspectos de la historia clínica, medidas transversales y evaluaciones prospectivas. Una tendencia ha sido un movimiento hacia definiciones más amplias de resistencia al tratamiento que permiten a un mayor número de personas ser vistos como clínicamente de elección para el tratamiento con clozapina. Por ejemplo, Bondolfi y cols. (1998) incluyeron en su ensayo personas con esquizofrenia crónica que “previamente no habían respondido o tolerado al menos dos clases diferentes de fármacos antipsicóticos prescritos en dosis adecuadas y durante al menos 4 semanas cada uno”. Otros han adoptado una definición clínica aún más amplia “recuperación incompleta” (Pantelis & Lambert, 2003), que reconoce la presencia de discapacidad duradera en aspectos de funcionamiento y psicosocial a pesar de las intervenciones psicológicas/psicosociales y farmacológicas, reconociendo al mismo tiempo el potencial de mejora.

### 8.5.2.- Esquizofrenia resistente al tratamiento y la medicación antipsicótica

Para la esquizofrenia resistente al tratamiento se utilizan, con frecuencia, altas dosis de antipsicóticos, aunque hay poca evidencia para sugerir cualquier beneficio significativo con una estrategia de este tipo (Royal College of Psychiatrists, 2006). Los médicos también pueden realizar el cambio a otro antipsicótico, aunque de manera similar la evidencia de la investigación sobre el posible valor de una estrategia de este tipo no es consistente o prometedora (Kinon et al., 1993; Lindenmayer et al., 2002; Shalev et al., 1993). Una estrategia alternativa ha sido tratar de potenciar los antipsicóticos o bien combinándolos entre sí (véase la sección 8.5.3) o con otras clases de fármacos. Posibles asociaciones al tratamiento antipsicótico serían los estabilizadores del estado de ánimo y anticomiciales,

tales como el litio, carbamazepina, valproato sódico, lamotrigina, antidepresivos y benzodiacepinas (Barnes et al., 2003; Chong & Remington, 2000; Durson & Deakin, 2001). Una reciente revisión Cochrane (Leucht et al., 2015) encontró que no hay evidencia de buena calidad de que el litio sea eficaz como tratamiento único para la esquizofrenia, psicosis similares y psicosis esquizoafectivas. Asimismo que existe alguna evidencia de baja calidad para la eficacia del litio como tratamiento complementario con fármacos antipsicóticos, pero este resultado no es concluyente.
Otra revisión Cochrane (Wang et al., 2016) evalúo los efectos de asociar valproato a un antipsicótico para el tratamiento de la esquizofrenia y trastornos similares. Los autores concluyen que existe una evidencia limitada, basada en una serie de ensayos, de que la potenciación de los antipsicóticos con valproato puede ser eficaz para la respuesta clínica general y también para síntomas específicos, especialmente la agitación y la agresividad. Sin embargo, esta evidencia se basó completamente en ECA abiertos, por lo que no se pueden sacar conclusiones firmes.
Sin embargo, la utilización de tales tratamientos asociados para aumentar la acción de los antipsicóticos está más allá del alcance de esta Guía.

Kane y cols. (1988; 2001) establecieron la eficacia de la clozapina sobre los AP1G en la esquizofrenia resistente al tratamiento definida estrictamente, y posteriores metanálisis han confirmado la superioridad de la clozapina en cuanto a la reducción de los síntomas y el riesgo de recaída (Chakos et al., 2001; Siskind et al., 2016; Wahlbeck et al., 1999). Sin embargo, Chakos y cols. (2001) llegaron a la conclusión desde su meta-análisis que la evidencia de la clozapina cuando se compara con los AP2G no eran concluyente. Más recientemente Samara y cols. (2016) realizaron un metanálisis en red para incorporar todos los estudios aleatorizados de los antipsicóticos utilizados en la esquizofrenia resistente al tratamiento, concluyendo que a diferencia de los estudios de eficacia aleatorizados no cegados, los ECA ciegos proporcionan poca evidencia de la superioridad de la clozapina en comparación con otros antipsicóticos de segunda generación.
Incluso con un tratamiento óptimo de clozapina, la evidencia sugiere que sólo del 30 al 60% de las personas con esquizofrenia resistente al tratamiento mostrará una respuesta satisfactoria (Iqbal et al., 2003). Como la clozapina está asociada a efectos secundarios graves y potencialmente mortales, en particular el riesgo de agranulocitosis, su ficha

técnica afirma que este fármaco sólo debe considerarse cuando ha habido una falta de mejoría clínica satisfactoria a pesar de tratamientos adecuados, en dosis y duración, de al menos dos agentes antipsicóticos diferentes, incluyendo un AP2G.

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 (Gaertner et al., 2001; Llorca et al., 2002; Rostami-Hodjegan et al., 2004) sobre todo para los usuarios que presentan una respuesta terapéutica deficiente o experimentan efectos secundarios significativos a pesar de la dosis adecuada. Un ensayo apropiado implicará ajustar la dosis para lograr un nivel plasmático adecuado, que generalmente se considera que debe estar por encima 350 mg/l, aunque puede observarse la respuesta en niveles inferiores (Dettling et al., 2000; Rostami-Hodjegan et al., 2004). Si la respuesta a la monoterapia con clozapina es pobre, pueden considerarse estrategias de potenciación (véase la Sección 8.5.3 para una revisión de la evidencia).

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 (Rostami-Hodjegan et al., 2004). Se cree que fumar aumenta el metabolismo de la clozapina mediante la inducción del citocromo P450 1A2 (CYP1A2) y otras enzimas hepáticas (Flanagan, 2006; Ozdemir et al., 2002). El metabolismo de clozapina depende principalmente del CYP1A2. Esto tiene varias implicaciones clínicas. En primer lugar, hay alguna evidencia de que a los fumadores los médicos les prescriben dosis más altas para compensar su mayor eliminación (Tang et al., 2007). En segundo lugar, las concentraciones plasmáticas de clozapina y de su metabolito activo, norclozapina, varían considerablemente en un momento a una dosis determinada y esta variación puede ser mayor en los fumadores empedernidos que reciben dosis de clozapina más bajas, aumentando el riesgo de concentraciones subterapéuticas (Diaz et al., 2005). En tercer lugar, es importante el ajuste de la dosis de clozapina en pacientes que dejen de fumar durante el tratamiento, para evitar elevadas concentraciones de clozapina y un aumento del riesgo de toxicidad que de otro modo podría ocurrir (Flanagan, 2006; McCarthy, 1994; Zullino et al., 2002).

Una reciente revisión Cochrane (Subramanian et al., 2017) evaluó los efectos del tratamiento con clozapina en cuatro niveles diferentes de dosis. Encontraron cinco estudios con 452 participantes que cumplían con los criterios de inclusión. Cada uno comparó los efectos de la clozapina en dosis muy baja (hasta 149mg/día), dosis baja (150mg/día a 300mg/día) y dosis estándar (301 mg/día a 600mg/día). Ninguno de los estudios examinó los efectos de la clozapina a una dosis mayor que la estándar. Los autores informan que no hallaron evidencia que indique cuál es la mejor dosis de clozapina para pacientes con esquizofrenia. Las mediciones generales del IMC fueron similares entre los grupos, sin embargo, el aumento de peso fue mayor en aquellos que recibieron la dosis estándar en comparación con los que recibieron la dosis baja. La incidencia de efectos secundarios desagradables (que incluye sensación de letargo, producción excesiva de saliva y sensación de mareo) fue menor a dosis bajas en comparación con la dosis estándar. La calidad de la evidencia para los resultados principales, fue baja o muy baja.
Concluyen que la revisión pone de manifiesto la falta de información basada en la evidencia disponible para abordar la cuestión de qué dosis de clozapina es la más eficaz con los menores efectos secundarios.

También se ha estudiado la potenciación de la clozapina con la terapia electroconvulsiva (TEC). Así Lally y cols. (2016) realizaron una revisión sistemática y metanálisis para evaluar la proporción de pacientes con esquizofrenia resistente al tratamiento que responden a la asociación de clozapina con TEC.
Comprobaron que hay una escasez de estudios controlados en la literatura, con solo un estudio controlado aleatorizado ciego único y con un predominio de los ensayos de etiqueta abierta lo que supone una limitación para el metanálisis. Los datos encontraron sugieren que la TEC puede ser una estrategia de potenciación de eficaz y segura de la clozapina en la esquizofrenia resistente al tratamiento, aunque es posible que se requiera un número mayor de tratamientos con TEC que el estándar para otras indicaciones clínicas. Concluyen que se necesita más investigación antes de que se pueda incluir al TEC en los algoritmos estándar de tratamiento.

### 8.5.3.- La combinación de los fármacos antipsicóticos

En la práctica clínica, es relativamente frecuente la prescripción de antipsicóticos combinados. Una auditoría multi-centro de la prescripción de fármacos antipsicóticos para pacientes hospitalizados en 47 servicios de salud mental en el Reino Unido, con la participación de más de 3.000 pacientes hospitalizados, encontró que casi la mitad estaban recibiendo más de un fármaco antipsicótico (Harrington et al., 2002). Del mismo modo, los estudios de prescripción en el Reino Unido por Taylor y cols. (2000; 2002) y el Observatorio de Prescripción para la Salud Mental (*the Prescribing Observatory for Mental Health*. Paton et al., 2008) han confirmado una prevalencia relativamente alta de antipsicóticos asociados para las personas con esquizofrenia, incluyendo la co-prescripción de AP1G y AP2G.

Las razones para estas prescripciones incluyen cuando se necesita puntualmente, un cambio gradual de un antipsicótico a otro y la adición de un antipsicótico oral al tratamiento fármaco depot para estabilizar la enfermedad. Una razón frecuente para la combinación de antipsicóticos 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 (Chan & Sweeting, 2007; Chong & Remington, 2000). Kreyenbuhl y cols. (2007) informaron que los psiquiatras consideran que la polifarmacia antipsicótica es generalmente ineficaz para los síntomas psicóticos positivos persistentes. Las preocupaciones con los antipsicóticos combinados incluyen, la prescripción de dosis totales más alta que la necesaria y un mayor riesgo de efectos secundarios. Si hay un beneficio clínico, un problema es la atribución de este a la combinación en lugar de a uno u otro de los antipsicóticos individuales y, por lo tanto, existe la incertidumbre acerca de las implicaciones para el óptimo tratamiento farmacológico a largo plazo.

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. La prevalencia de esta estrategia de potenciación en las personas con esquizofrenia en tratamiento con clozapina oscila desde el 18 hasta el 44%, dependiendo del contexto clínico y del país (Buckley et al., 2001; Potter et al., 1989; Taylor et al., 2000). No se han estudiado de forma sistemática los mecanismos que podrían ser la base de cualquier aumento del efecto terapéutico con antipsicóticos combinados (Mccarthy & Terkelsen, 1995). Sin embargo, en relación con la estrategia de añadir un antipsicótico a la clozapina, se ha planteado la hipótesis de que cualquier sinergia farmacodinámica podría

estar relacionada con un mayor nivel de ocupación de los receptores de dopamina D2, por encima de un nivel del umbral (Chong & Remington, 2000; Kontaxakis et al., 2005). Sin embargo, tal aumento también podría ocurrir que se asocie con un mayor riesgo de SEP.

Se ha sugerido también como un mecanismo relevante una alteración de la interacción entre la serotonina (5-hidroxitriptamina) y la actividad D2 (Shiloh et al., 1997). Además, interacciones farmacocinéticas podrían desempeñar una parte, aunque no hay evidencia consistente de que la adición de un antipsicótico lleve consigo un aumento de los niveles plasmáticos de clozapina (Honer et al., 2006; Josiassen et al., 2005; Yagcioglu et al., 2005).
Varios ECA y estudios abiertos han informado que la potenciación de clozapina con un segundo antipsicótico es relativamente bien tolerado. Los principales efectos secundarios que aparecen suelen ser predecibles en relación con la farmacología del fármaco asociado, siendo los SEP y la elevación de la prolactina los problemas más comunes. Sin embargo, con la risperidona como el antipsicótico potenciador hay informes puntuales de problemas tales como agranulocitosis, extrasístoles ventriculares y posible síndrome neuroléptico maligno (Chong et al., 1996; Godleski & Sernyak, 1996; Kontaxakis et al., 2002); con aripiprazol como el segundo antipsicótico, existen informes de náuseas, vómitos, insomnio, cefaleas y agitación en las dos primeras semanas (Ziegenbein et al., 2006) y también una pérdida de peso modesta (Karunakaran et al., 2006; Ziegenbein et al., 2006).

En el Reino Unido, Barnes y cols. (2017) han realizado recientemente un ensayo multicéntrico aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo con un seguimiento durante 12 semanas. Los principales objetivos del estudio eran determinar la eficacia clínica y la relación coste-eficacia de la potenciación del fármaco clozapina con un segundo antipsicótico (amisulprida) para el tratamiento de la esquizofrenia resistente al tratamiento. Eligieron la amisulprida porque el mecanismo de funcionamiento de este fármaco puede ser complementario al de la clozapina, y es menos probable, que como otros antipsicóticos, pueda aumentar algunos de los efectos secundarios característicos de la clozapina, como la sedación, el aumento de peso y modificaciones en los niveles de glucosa y lípidos en sangre.

## Tabla 14.- 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 15.- 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 API G? |

*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 16.- 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.

Los autores concluyen se necesitan estudios más amplios sobre el riesgo-beneficio de la potenciación de clozapina con amisulpirida para la esquizofrenia.

Una reciente revisión Cochrane (Barber et al., 2017) evaluó la eficacia y la tolerancia a diversas estrategias de combinación de clozapina con fármacos antipsicóticos en personas con esquizofrenia resistente al tratamiento.

Encontraron cinco estudios clínicos que cumplían los criterios de inclusión con un total de 309 adultos diagnosticados con esquizofrenia o enfermedades relacionadas que eran resistentes al tratamiento pero que habían mostrado alguna respuesta a la clozapina. Los estudios compararon la clozapina combinada con fármacos antipsicóticos (haloperidol, aripiprazol, amisulprida, quetiapina, sulpirida, ziprasidona y risperidona).

Los autores informan que no les fue posible realizar un análisis general porque los cinco estudios eran demasiado diferentes. Por lo tanto, todos los resultados se basaron en los datos de un estudio por comparación.

Principales resultados:

- Combinación de aripiprazol frente al haloperidol: no hubo diferencia en la eficacia entre las dos combinaciones de tratamiento. Sin embargo, la combinación con aripiprazol causó menos efectos secundarios.
- Combinación de amisulprida frente a quetiapina: la combinación de amisulprida fue más eficaz en el tratamiento de la esquizofrenia en comparación con la combinación de quetiapina.
- Combinación de risperidona frente a sulpirida: no hubo diferencias en la eficacia clínica entre estas combinaciones.
- Combinación de risperidona frente a ziprasidona: ninguna combinación mostró superioridad sobre la otra para mejorar los síntomas de la esquizofrenia.
- Combinación de ziprasidona frente a quetiapina: la combinación de ziprasidona fue más eficaz para mejorar el estado general y mental que la combinación de quetiapina.

Conclusiones de los autores.

La fiabilidad de los resultados de la revisión es limitada, ya que la evidencia es de calidad baja o muy baja. Además, debido al número limitado de estudios incluidos, no pudieron realizar meta-análisis formales. Como consecuencia, las deducciones extraídas de estos

hallazgos se basan en ECA individuales de pequeño tamaño con un alto riesgo de error de tipo II.

Otra revisión Cochrane (Ortiz-Orendain et al., 2017) evaluó la eficacia para personas con esquizofrenia, de diferentes asociaciones de fármacos antipsicóticos en comparación con un único antipsicótico. Incluyeron en la revisión sesenta y dos estudios, 31 de los cuales compararon la monoterapia con clozapina con la combinación de clozapina y otro antipsicótico.

Los autores informan que en base a la evidencia disponible, las combinaciones de antipsicóticos pueden ser más eficaces en el tratamiento de los síntomas de la esquizofrenia en comparación con la toma de un solo antipsicótico. En particular, encontraron que los tratamientos de combinación que incluían clozapina y un antipsicótico típico frente a un solo antipsicótico típico eran más eficaces.

Para otros resultados importantes, como recaída, hospitalización, reacciones adversas, interrupción del tratamiento o abandono precoz del estudio, no observaron diferencias claras entre las dos opciones de tratamiento. Sin embargo, estos resultados se basan en una evidencia de muy baja o baja calidad, por lo que concluyen que se necesita más investigación que proporcione evidencia de alta calidad antes de poder llegar a conclusiones firmes.

### 8.5.4.- Resumen clínico de la evidencia

En 18 ECA que incluían 2.554 participantes cuya enfermedad no había respondido adecuadamente al tratamiento, la clozapina tuvo la evidencia más consistente para la eficacia sobre el AP1G incluido en los ensayos. Se necesita más evidencia para establecer la equivalencia entre clozapina y cualquier otro AP2G y establecer si existen diferencias entre cualquiera de los otros fármacos antipsicóticos. Los efectos secundarios fueron consistentes para cada fármaco con los que figuran en su ficha técnica.

En 10 ECA que incluían 1.200 participantes con síntomas negativos persistentes, no hubo evidencia de diferencias clínicamente significativas en la eficacia entre cualquiera de los fármacos antipsicóticos examinados. Estaría justificada una evaluación clínica cuidadosa para determinar si tales características persistentes son primarias o secundarias y se pudieran identificar objetivos de tratamiento, tales como el parkinsonismo inducido por fármacos, rasgos depresivos o ciertos síntomas positivos.

En seis ECA que incluían 252 participantes con esquizofrenia cuya enfermedad no había respondido adecuadamente al tratamiento con clozapina, hay alguna evidencia de que la potenciación de la clozapina con un segundo antipsicótico podría producir una mejoría general, así como de los síntomas negativos si se administra con una duración adecuada. En la guía NICE pueden consultarse las tablas de los estudios considerados.

## 8.6.- Tratamiento con medicación antipsicótica inyectable depot/acción prolongada

### 8.6.1.- Introducción

La introducción de las presentaciones inyectables de acción prolongada (“depot”) de los fármacos antipsicóticos en la década de 1960 fue anunciada como un gran avance en el tratamiento de la esquizofrenia establecido fuera del hospital. En ese momento se esperaba que las preparaciones depot conducirían a mejorar los resultados de la farmacoterapia antipsicótica. La administración constante del fármaco y la evitación de los problemas de biodisponibilidad que se producen con las preparaciones orales (tales como absorción por la pared intestinal y el primer paso del metabolismo hepático) se pensaban que eran factores importantes. Otros beneficios eran la eliminación del riesgo de sobredosis deliberada o accidental. En las décadas posteriores, su principal ventaja clínica práctica ha sido evitar la falta de adherencia encubierta (tanto intencional como no intencional) del tratamiento antipsicótico, cuando existe una estrecha supervisión de enfermería y un registro de asistencia a la clínica (Barnes & Curson, 1994; Patel & David, 2005).

Los usuarios que están recibiendo tratamiento con antipsicóticos depot y que rechazan su inyección o dejan de recibirla (por olvido o cualquier otra razón) pueden ser identificados de inmediato, permitiendo una intervención adecuada, teniendo en cuenta que la baja adherencia a la medicación puede ser tanto la causa como la consecuencia del empeoramiento de la enfermedad. En la práctica, el uso de fármacos depot no garantiza una buena adherencia al tratamiento, con un número significativo de usuarios a los que se les prescribe el tratamiento de mantenimiento con estos fármacos después del alta hospitalaria que fracasan en consolidar el tratamiento (Crammer & Eccleston, 1989; Young

et al., 1999; Young et al., 1986). Sin embargo, para aquellos que continúan con inyecciones de acción prolongada, puede haber alguna ventaja de adherencia sobre los antipsicóticos orales, con datos que indican un mayor tiempo transcurrido para la interrupción del tratamiento (Zhu et al., 2008). También hay alguna evidencia que sugiere un mejor resultado global en comparación con los antipsicóticos orales en lo que se refiere a un menor riesgo de rehospitalización (Adams et al., 2001; Schooler, 2003; Tiihonen et al., 2006). Desde el año 2002, está disponible una formulación de acción prolongada de un AP2G, risperidona, que ofrece las mismas ventajas de facilidad y de evitar la no adhesión encubierta (Hosalli & Davis, 2003; Sampson et al., 2016).

La información sobre la utilización de antipsicóticos inyectables de acción prolongada ha sido limitada (Adams et al., 2001), pero estudios importantes y auditorías de la prescripción de antipsicóticos en el Reino Unido sugieren que entre un cuarto y un tercio de los pacientes psiquiátricos que tienen prescrito un antipsicótico pueden estar recibiendo un antipsicótico inyecctable de acción prolongada, dependiendo del contexto clínico (Barnes et al., 2009; Foster et al., 1996; Paton et al., 2003).

### 8.6.2.- Uso de los antipsicóticos inyectables de acción prolongada

Las formulaciones de antipsicóticos inyectables de acción prolongada generalmente consisten en un éster del fármaco en una solución oleosa. Otra manera de formular una preparación es el uso de microesferas del fármaco en suspensión en una solución acuosa. Estos fármacos son administrados por inyección intramuscular profunda y luego se liberan 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. Sin embargo, esto también representa una desventaja potencial porque hay una falta de flexibilidad de la administración, siendo el ajuste de la dosis óptima un proceso prolongado e incierto. Los estudios controlados sobre el tratamiento de mantenimiento a dosis bajas con preparaciones depot sugieren que cualquier aumento del riesgo de la consiguiente recaída por una reducción de la dosis puede tardar meses o años en manifestarse. Otra desventaja es que, para algunas personas, recibir la inyección depot es una experiencia vergonzosa y pasiva. Además ha

habido informes de dolor, edema, prurito y, a veces una masa palpable en el lugar de la inyección. En algunas personas, estos problemas puede llevar al usuario a tomar medidas activas para evitar estas inyecciones e incluso dejar de acudir al dispositivo asistencial, antes que recibir medicamentos a través de esta vía. Sin embargo, una proporción sustancial de las personas que reciben de forma regular antipsicóticos inyectables de acción prolongada la prefieren frente a la terapia oral en gran parte porque la consideran más cómoda (Patel & David, 2005; Walburn et al., 2001).

### 8.6.3.- Resumen clínico de la evidencia

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

Desde la publicación de la guía 2002, fue aprobado el primer fármaco inyectable depot AP2G (risperidona) para su uso en el Reino Unido. Sin embargo, hay en la actualidad sólo evidencia limitada de dos ECA doble ciego en cuanto a la eficacia y seguridad de risperidona inyectable de acción prolongada en comparación con placebo o con el medicamento antipsicótico oral (risperidona).

El ensayo controlado con placebo sugiere que 25-75 mg de risperidona acción prolongada puede mejorar las posibilidades de respuesta y producir una reducción clínicamente significativa de los síntomas de la esquizofrenia, pero dosis más altas llevan a un aumento del riesgo de efectos secundarios neurológicos (Kane et al., 2003). No hay evidencia que sugiera que la risperidona de acción prolongada tenga una mayor eficacia o un mayor riesgo de efectos adversos en comparación con risperidona oral. Sin embargo, según lo sugerido por los autores del ensayo, este fue diseñado únicamente para investigar el cambio a corto plazo en los participantes de la medicación oral por la de larga duración de risperidona. Se necesitan más estudios para comprender el efecto de la administración continuada de este fármaco.

La guía NICE sólo revisa la risperidona de acción prolongada, pero dado que el uso de los diferentes antipsicóticos depot se está incrementando en los últimos años en nuestro contexto, el Comité Organizador de la Guía ha decidido incluir información de las dos revisiones realizadas por el CADIME sobre diferentes antipsicóticos depot, y una breve reseña sobre la paliperidona palmitato trimestral y la olanzapina pamoato.

### *Paliperidona palmitato*

En un ensayo clínico de paliperidona frente a haloperidol, ambos inyectables de liberación prolongada, no se observaron diferencias sustanciales (McEvoy et al., 2014).
La paliperidona es un antipsicótico atípico o de segunda generación para el tratamiento de la esquizofrenia, disponible en comprimidos de liberación prolongada y, desde finales de 2011, también en inyectables de liberación prolongada (palmitato). El haloperidol (antipsicótico típico o de primera generación), está disponible para administración oral y en inyectables, aunque no de liberación prolongada.

La revista JAMA ha publicado un ensayo clínico comparativo de paliperidona palmitato mensual frente a haloperidol (decanoato), ambos inyectables de liberación prolongada, realizado en 311 pacientes con esquizofrenia o trastornos esquizoafectivos (McEvoy et al., 2014). Es el primer ensayo clínico que compara dos antipsicóticos de primera y segunda generación en inyectables de liberación prolongada. Tras 2 años, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos tratamientos en la tasa de fracaso terapéutico (variable principal de eficacia). Los pacientes tratados con paliperidona ganaron peso, mientras que los tratados con haloperidol lo perdieron. La paliperidona se asoció a más prolactinemia que haloperidol, pero éste se asoció a más acatisia.

Según el informe técnico de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA), con anterioridad al ensayo clínico comentado, la paliperidona (inyectable de liberación prolongada mensual) se había comparado frente a placebo y frente a risperidona inyectable de liberación prolongada, en ensayos clínicos de no inferioridad. Una revisión sistemática de la colaboración Cochrane concluye que ambos medicamentos son comparables en eficacia y tolerabilidad. No se dispone de ensayos comparativos frente a otros antipsicóticos disponibles también en inyectables de liberación prolongada: olanzapina (atípico o de

segunda generación), zuclopentixol, flufenazina y pipotiazina (típicos o de primera generación) (CADIME, 2014)

En diciembre de 2016 se inicia la comercialización en España del palmitato de paliperidona trimestral, indicado para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes adultos clínicamente estables con el palmitato de paliperidona mensual. La evidencia con respecto a esta nueva presentación es aún limitada, y no ha sido evaluado por NICE ni por el CADIME.

### *Aripiprazol mensual*

El aripiprazol IM es una nueva forma farmacéutica de liberación prolongada (depot), indicada para el tratamiento de la esquizofrenia en adultos previamente estabilizados con aripiprazol oral. La dosis es 400 mg/mes (que puede reducirse a 300 mg/mes), debiendo complementarse la primera dosis con aripiprazol oral durante 14 días. No precisa ajuste de dosis en insuficiencia renal o hepática.

En el único ensayo comparativo, aripiprazol depot mostró no ser inferior al aripiprazol oral en términos de eficacia. No hubo diferencias significativas entre aripiprazol depot 400/300 y aripiprazol oral en los resultados de las variables secundarias de: tiempo hasta la recaída, proporción de respondedores (estabilizados en la semana 38) y porcentaje de pacientes que alcanzaron la remisión. Por el contrario, sí hubo diferencias estadísticamente significativas a favor del aripiprazol depot 400/300 en el cambio medio en las escalas total PANSS (escala de síntomas positivos y negativos), escala CGI-I (impresión clínica global de mejoría) y CGI-S (impresión clínica global de gravedad) y en el tiempo hasta la interrupción (CADIME, 2015).

En cuanto a su seguridad, aripipirazol depot mostró mayor incidencia de síntomas extrapiramidales y leucopenia, por lo que la EMA ha considerado que estos efectos, así como el síndrome neuroléptico maligno, han de ser vigilados y estudiados adicionalmente.

Según la ficha de evaluación del Aripiprazol realizada por el CADIME en 2015, el aripiprazol IM depot no supone un avance terapéutico en el tratamiento de la esquizofrenia, ya que no es más que una nueva formulación de un medicamento con esta misma

calificación, aunque la forma depot tiene un coste muy superior. Además, su perfil de seguridad es incierto y precisa estudios adicionales (CADIME, 2015).

### *Olanzapina pamoato*

Es la forma farmacéutica de presentación inyectable de liberación prolongada del antipsicótico Olanzapina, estando autorizada su comercialización para toda la Unión Europea desde Noviembre de 2008.

La administración intramuscular de este fármaco puede provocar que el paciente presente síntomas de sobredosis de olanzapina en forma de somnolencia y confusión. La incidencia de este síndrome post-inyección es muy poco frecuente (< 1 de cada 1.000 inyecciones) entre la 1ª y la 3ª hora, y menos aún (< 1 de cada 10.000 inyecciones) al cabo de 3 horas. No obstante, esto obliga a que hay que advertir a los pacientes de este riesgo potencial y de la necesidad de someterse a vigilancia durante 3 horas en un centro sanitario cada vez que se administra Olanzapina. Así, el control que requiere este fármaco ha desanimado su utilización en nuestro contexto, ya que ningún factor médico ni relacionado con el paciente permite predecir el riesgo del síndrome postinyección (Taylor et al., 2015).

## 8.7.- Efectos secundarios de la medicación antipsicótica

### 8.7.1.- Introducción

Teniendo en cuenta que para algunos antipsicóticos había una escasez de datos de los efectos secundarios, el GDG decidió agrupar los datos, en su caso, de los estudios incluidos en los otros metanálisis seleccionados para la evaluación, así como cualquier otro ensayo clínico relevante. El GDG centró la revisión en los efectos secundarios metabólicos y neurológicos, al considerarlos una prioridad y también porque se habían destacado como áreas de preocupación por los usuarios.

### 8.7.2.- Resumen clínico de la evidencia

El agrupamiento de los datos de 138 evaluaciones de un antipsicótico frente a otro antipsicótico no reveló efectos secundarios metabólicos y neurológicos que fueran contradictorios con los comunicados en la ficha técnica o resumen de las características de cada fármaco. Debido a que la mayoría de los ensayos fueron relativamente de corta duración y no están diseñados para examinar prospectivamente los efectos secundarios, estos ensayos proporcionan poca penetración en los efectos adversos a más largo plazo del tratamiento o si existen diferencias clínicamente significativas entre los fármacos antipsicóticos.

## 8.8.- Eficacia de la medicación antipsicótica

### 8.8.1.- Introducción

El ECA es ampliamente reconocido como el "patrón oro" para evaluar la eficacia del tratamiento, pero algunas cuestiones metodológicas pueden comprometer la generalización de los resultados de la investigación al entorno habitual de tratamiento. Sin embargo, todavía se reconoce que el ECA es un primer paso indispensable en la evaluación de las intervenciones en salud mental y proporciona el método más válido para determinar el impacto del contraste de dos clases de tratamiento (eficacia del tratamiento) mientras controla una amplia gama de factores incluyendo los efectos de la remisión espontánea.

Una vez que se ha demostrado que un enfoque ha sido eficaz bajo las estrictas condiciones de un ECA, el siguiente paso es examinar su eficacia en las condiciones habituales en la que se realiza el tratamiento, lo que incluye hacer ensayos de eficacia a gran escala (pragmáticos) muy pocos de los cuales estuvieron disponibles cuando NICE desarrolló la Guía 2002.

Además, el uso de ECA y otros estudios en la evaluación del tratamiento farmacológico en el manejo de la esquizofrenia está limitado en muchos casos por la ausencia de medidas importantes de resultado. Por ejemplo, pocos ensayos informan datos sobre la calidad de

vida o satisfacción con los servicios, a pesar de que los usuarios y los cuidadores consideran estas medidas como muy importantes.

Los ensayos tienen más probabilidades de detectar eficacia si se concentran en pacientes con sintomatología más florida y grave. Podemos esperar beneficios de fármacos antipsicóticos para el espectro completo de pacientes con esquizofrenia aguda y para pacientes muy sintomáticos, con síntomas predominantemente positivos. Y cuanto más severa es la enfermedad de base, mayores serán los beneficios.
En cuanto al espectro clínico más leve, es necesario valorar el balance beneficio-riesgo, hacia el extremo más leve del espectro puede haber ventajas y riesgos del tratamiento de corto plazo y el clínico necesita confirmar el diagnóstico del paciente y comenzar el tratamiento con prudencia, probablemente con dosis bajas de antipsicóticos con menos efectos adversos (Furukawa et al., 2015).
Finalmente, también se ha observado que la respuesta al tratameinto antipsicótico tiende a ser mayor en pacientes con primer episodio que tras un periodo prolongado de evolución (Demjaha et al., 2017).

### 8.8.2.- Eficacia de los ensayos (pragmáticos)

Dado el gran alcance de la actualización de la Guía, el GDG decidió centrarse en los ensayos de eficacia que incluyeran una comparación entre un AP2G y un AP1G. Para asegurar que la evidencia estaba basada en investigación de alta calidad y reducir el riesgo de sesgo, sólo incluyeron estudios que habían utilizado un diseño aleatorio con un análisis de intención de tratar y al menos un evaluador ciego independiente (es decir, los clínicos que hacían la evaluación del resultado eran independientes y ciegos a la asignación del tratamiento). Todos los estudios identificados durante las búsquedas para las otras secciones de esta área también fueron considerados para su inclusión.

Dos estudios publicados desde la Guía 2002 cumplían con los criterios de inclusión para esta revisión: el estudio CATIE (Lieberman et al., 2005; Stroup et al., 2003) y el estudio de fármacos antipsicóticos en la esquizofrenia (*Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study*-CUtLASS 1) (Jones et al., 2006; Lewis et al., 2006b), financiado por el NHS Research and Development Health Technology Assessment Programme.

En la fase inicial del CATIE (fase 1), llevado a cabo en 57 centros clínicos en los EE.UU., 1493 participantes con esquizofrenia crónica fueron asignados al azar (doble ciego) a uno de los cuatro AP2G o a un AP1G (perfenazina). Los participantes con discinesia tardía podían ser incluídos, pero no podían ser asignados al azar a la perfenazina. Para los objetivos de la Guía 2009, el GDG se centró en el resultado principal, la interrupción del tratamiento por cualquier motivo, la tolerabilidad y los efectos secundarios metabólicos y neurológicos.

### 8.8.3.- Resumen clínico de la evidencia

Dos ensayos con 1720 participantes no lograron establecer diferencias clínicamente significativas en la eficacia entre los fármacos antipsicóticos evaluados vía oral (no clozapina). Aunque ambos ensayos tienen limitaciones (para más información, véase Carpenter & Buchanan, 2008; Kasper & Winkler, 2006; Lieberman, 2006; Möller, 2008), es obvio que se necesita medicación más eficaz. Por otra parte, ninguno de los estudios evaluó el uso de medicación depot ni se incluyó primeros episodios de esquizofrenia.

Con respecto a los efectos secundarios del tratamiento, los diversos perfiles de efectos secundarios observados en los estudios de eficacia recogidos en otra parte del área fueron corroborados por el CATIE y CUtLASS y principalmente confirmaron los efectos metabólicos. Sin embargo, no se encontraron diferencias clínicamente significativas entre los antipsicóticos en términos de aparición de SEP por el tratamiento. Cabe señalar que varios AP1G evaluados (por ejemplo, perfenazina y sulpiride) no eran generalmente antipsicóticos de alta potencia y fueron prescritos en dosis estándar. Posteriores el análisis de la base de datos del CATIE también confirman otros informes de que las personas con esquizofrenia que tienen trastornos metabólicos no son tratadas adecuadamente con respecto a dichas alteraciones (Nasrallah et al., 2006).

## 8.9.- Vinculación de la evidencia a las recomendaciones

En la guía NICE pueden consultarse las tablas de los estudios considerados.

*Estudios considerados en el tratamiento inicial con medicación antipsicótica:*

Nueve ECA (N = 1.801) cumplieron los criterios de inclusión para la guía de 2009: (Emsley et al., 1995; Jones, 1998; Dehaan et al., 2003; Lee et al., 2007; Lieberman et al., 2003a; McEvoy et al., 2007; Möller et al., 2008; Schooler et al., 2005 y Van Nimweben et al., 2008).

De estos, dos ensayos (Emsley1995; Jones1998) se incluyeron en la guía de 2002, pero se analizaron con los ensayos de tratamiento agudo (es decir, en el tratamiento no inicial). Todos los estudios incluidos aquí y en cualquier parte de este área se menciona con un ID de estudio, con minúscula cuando fueron incluidos en la guía NICE de 2002 y con mayúscula los nuevos estudios (autor principal y fecha o número de estudio para ensayos no publicados). Todos los estudios de esta revisión fueron publicados en revistas revisadas por pares entre 1999 y 2008.

*Estudios considerados en Antipsicóticos orales en el tratamiento de un episodio agudo:*

En la guía de 2002, se incluyeron 180 ECA. La búsqueda de la guía 2009 identificó diez documentos que proporcionaban datos de seguimiento ensayos publicados previamente y 19 nuevos ensayos. Dos ensayos (Klieser1996; Malyarov1999) con varios brazos contribuyeron a más de una comparación. Debido al gran volumen de evidencia, el GDG de NICE excluyó estudios abiertos, comparaciones directas de dos antipsicóticos de primera generación y comparaciones con placebo de la revisión de la guía 2009, dejando 72 ECA (N = 16.556) que cumplieron los criterios de inclusión: (Arvanitis et al., 1997; Barnas et al., 1987; Beasley et al., 1996; Beasley et al., 1997; Blin et al., 1996; Carriere et al., 2000; Ceskova & Svestka, 1993; Cetin et al., 1999; Chouinard et al., 1993; Claus et al., 1992; Conley & Mahmoud, 2001; Cooper et al., 2000; Delcker et al., 1990; Dieterle et al., 1991; Fleischhacker et al., 1989); Copolov et al., 2000; Fleurot et al., 1997; Gureje et al., 1998; HGBL, 1997; HGCJ, 1999; HGCU, 1998; Hale et al., 2000; Hillert et al., 1994; Hoyberg et al., 1993; Huttenen et al., 1995; Jakovljevic et al., 1999; Janicak et al., 1999; Klieser et al., 1996; Laboratoires Knoll France, 2001; Lecrubier et al., 2000; Peuskens & Link, 1997; Liu et al., 2000; Loza et al., 1999; Malyarov & Dzub, 1999; Marder et al., 1994; Mesotten et al., 1991; Min & Kim, 1993; Moller et al., 1997; Muller Siecheneder et al., 1998;

Naukkarinen et al., 2000; Petit et al., 1996; Peuskens, 1995; Puech, 1998; Purdon et al., 2000; Reams et al., 1998; Study128-302 (Pfizer, 1997); StudyR-0548 (Pfizer, 2001); Szafranski et al., 1999; Tollefson et al., 1997; Tran et al., 1997; Ziegler, 1989; Atmaca et al., 2002; Azorin et al., 2006; Breier et al., 2005; Chan et al., 2007; Davidson et al., 2007; Hwang et al., 2003; Kane et al., 2002; Kasper et al., 2003; Kane et al., 2007a; Kongsakon et al., 2006; Marder et al., 2007; Martin et al., 2002; Potkin et al., 2003; Riedel et al., 2007; Rosenheck et al., 2003; STUDY-SO36 (Eli Lilly); Warger et al., 2005; Zhang et al., 2001; Zhong et al., 2006 y Zimbroff et al., 2007).

*Estudios considerados en el tratamiento de personas en remisión:*

En la guía de 2002, se incluyeron 9 ECA que comparaban un antipsicótico de primera generación con uno de segunda generación (basado en una revisión inédita de Leucht y colaboradores). Leucht et al. publicaron su revisión en 2003; incluía una prueba adicional y seis ensayos que compararon un antipsicótico de segunda generación con placebo que no se incluyeron en la guía de 2002. Para la guía de 2009, la revisión se limitó a ECA doble ciego de antipsicóticos utilizados para la prevención de recaídas; por lo tanto, cuatro estudios incluidos en la guía de 2002 (Daniel et al., 1998; Essock et al., 1996; Rosenheck et al., 1999 y Tamminga et al., 1994) fueron excluidos de la revisión de la guía 2009. Además, un ensayo de un antipsicótico de segunda generación versus otro, incluido en la revisión de 2002 del tratamiento agudo, cumplió con los criterios para inclusión en esta revisión (Tran1997). La búsqueda de la guía de 2009 identificó 4 ECA adicionales (uno que compara un antipsicótico de primera generación con uno de segunda generación, uno que compara entre sí dos antipsicóticos de segunda generación, y uno que compara un antipsicótico de segunda generación con placebo). Para los propósitos de la salud modelo económico (ver Sección 10.9.2), los ensayos de ziprasidona versus placebo se incluyeron porque este medicamento se ha comparado con un antipsicótico de segunda generación con licencia. En total, 17 ECA (N = 3.535) cumplieron los criterios de inclusión de esta revisión: (Csernansky et al., 2000; Speller et al., 1997; Tran et al., 1997; Tran et al., 1998a,b,c; Arato et al., 2002; Beasley et al., 2003; Cooper et al., 2000; Dellva et al., 1997; Kramer et al., 2007; Loo et al., 1997; Marder et al., 2003; Pigott et al., 2003; Simpson et al., 2004; Simpson et al., 2005 y STUDY-S029, Eli Lilly). De estos, uno fue inédito (STUDY-S029) y el resto se publicaron en revistas revisadas por pares entre 1994 y 2007.

*Estudios considerados en esquizofrenia resistente al tratamiento:*

En la guía de 2002, se incluyeron 19 ECA en la revisión del tratamiento antipsicótico para personas con esquizofrenia cuya enfermedad no había respondido adecuadamente al tratamiento. La búsqueda de la guía 2009 identificó cinco artículos que proporcionaban datos de seguimiento de ensayos publicados previamente, y 8 nuevos ensayos (un ensayo [LIBERMAN2002] no proporcionó datos de resultado utilizables y fue excluido del análisis). Además, seis ensayos (Altamura1999; Breier2000; Conley1998; Emsley1999; Heck2000; Kern1998) analizados en la guía de 2002 como los estudios de fase aguda se incluyeron ahora en la revisión de 2009, y tres previamente incluidos en la guía 2002 fueron excluido en la búsqueda de 2009: (Essock et al., 1996; Gelenberg et al., 1979 y Wahlbeck et al., 2000). En total, 26 ensayos (N = 3.932) cumplieron los criterios de inclusión para la revisión de la guía 2009: (Altamura et al., 1999; Anand et al., 1998; Beasley et al., 1999; Bitter et al., 1999; Bondolfi et al., 1998; Breier et al., 1999; Breier et al., 2000; Buchanan et al., 1998; Chowdhury et al., 1999; Claghorn et al., 1987; Conley et al., 1998; Emsley et al., 2000; Heck et al., 2000; Hong et al., 1997; Kane et al., 1988; Kern et al., 1998; Klieser et al., 1990; Meyer-Lindenberg et al., 1996; Oliemeulen et al., 2000; Rosenheck et al., 1997; Buchanan et al., 2005; Conley et al., 2005; Kane et al., 2007b; Kinon et al., 2006a; Liberman et al., 2002; Meltzer et al., 2008; See et al., 1999 y Volavka et al., 2002).

Un nuevo análisis, no realizado para la guía de 2002, examinó los ECA de medicación antipsicótica en personas con **síntomas negativos persistentes** de esquizofrenia. Tres ensayos, incluidos en la revisión de 2002 (Boyer1990; Lecrubier1999; Murasaki1999) del tratamiento agudo ahora se incluyen aquí, pero se excluye de la revisión del tratamiento agudo en la guía de 2009. Un ensayo (Olie et al., 2006) excluido de la guía 2002 ahora está incluida. Un ensayo (Speller1997) incluido en la revisión sobre prevención de recaídas también cumplió con los criterios de inclusión para esta revisión. La búsqueda de la guía de 2009 también identificó cinco nuevos ECA que se incluyen en esta revisión, y un ensayo (Hertling et al., 2003) que no informó datos apropiados y por lo tanto se excluyó del análisis. En total, 10 ECA (N = 1.200) cumplieron los criterios de inclusión para esta revisión: (Boyer et al., 1990; Lecrubier et al., 1999; Murasaki et al., 1999; Speller et al., 1997; Hertling et al., 2003; Kinon et al., 2006b; Lindenmayer et al., 2007; Olie et al., 2006; Riedel et al., 2005; Ruhrmann et al., 2007 y Sirota et al., 2006).

Para la revisión del aumento de clozapina, una revisión sistemática existente y un metaanálisis (Paton et al., 2007), publicado desde la guía de 2002, se utilizaron como base

para un metanálisis actualizado en la guía de 2009. Esta reseña publicada se centró en el aumento de clozapina con otro antipsicótico de segunda generación e incluyó cuatro ECA. La búsqueda de la guía 2009 identificó dos ECA adicionales. En total, seis ensayos (N = 252) cumplieron con los criterios de inclusión para la actualización: (Chang et al., 2008; Freudenreich et al., 2007; Honer et al., 2006; Josiassen et al., 2005; Shiloh et al., 1997 y Anil Yağcioğlu et al., 2005).

Además, dos pequeños estudios (Assion et al., 2008; Mossaheb et al., 2006) con menos de diez participantes en cualquier brazo fueron excluidos, y un ensayo de clozapina más amisulprida versus clozapina más quetiapina (Genc et al., 2007) fue excluida.

*Estudios considerados para el tratamiento con depot:*

En la guía de 2002, la revisión de la medicación antipsicótica depot se basó en una meta-revisión de cinco revisiones Cochrane (David & Adams, 2001), que incluyó 13 ECA de decanoato de flupentixol, 48 de decanoato de flufenazina, 11 de decanoato de haloperidol, 10 de palmitato de pipotiazina y 3 de decanoato de zuclopentixol. Desde la publicación de la guía de 2002, la revisión del decanoato de flufenazina (David & Adams, 2001) se actualizó y ahora incluye 70 ensayos. La revisión del palmitato pipotiazina (Dinesh et al., 2004) también se actualizó y ahora incluye 18 ensayos. Además, se ha autorizado un antipsicótico de segunda generación (risperidona inyectable de acción prolongada) para su uso como depot. Se publicó una revisión Cochrane de este medicamento para personas con esquizofrenia en 2003 (Hosalli & Davis, 2003). La búsqueda de la guía 2009 no identificó ensayos adicionales que cumplieran con los criterios de elegibilidad. Debido al volumen de evidencia para los antipsicóticos de primera generación depot, el GDG verificó las revisiones Cochrane actualizadas de conformidad con la guía de 2002 y luego se centró en la evidencia de la risperidona de acción prolongada, que no había sido revisada previamente. En total, dos ensayos (N = 1.042) cumplieron con los criterios de inclusión (un ensayo de risperidona de acción prolongada versus placebo y uno ensayo de risperidona de acción prolongada versus risperidona oral): (Chue et al., 2005; Kane et al., 2003). Ambos ensayos fueron publicados en revistas revisadas por pares entre 2003 y 2005.

*Estudios considerados sobre efectos secundarios del tratamiento:*

Todos los ECA incluidos en las revisiones de eficacia (excepto los estudios sobre antipsicóticos depot o de acción prolongada antipsicóticos) se incluyeron en el metanálisis general de los efectos secundarios. Además, cuatro ensayos no cumplieron con los criterios de inclusión para ninguna de las revisiones de eficacia, pero informaron de datos de efectos secundarios relevantes, por lo que se incluyeron en esta revisión: (Atmaca et al., 2003; Lieberman et al., 2003b; McQuade et al., 2004 y Meltzer et al., 2003).

*Estudios considerados sobre efectividad:*

Dos estudios publicados desde la guía NICE de 2002 cumplieron los criterios de inclusión para esta revisión. Estos fueron el estudio CATIE (Lieberman et al., 2005; Stroup et al., 2003), financiado por el Instituto Nacional de Salud Mental, el estudio CUtLASS 1 (Jones et al., 2006; Lewis et al., 2006b), financiado por NHS el programa de evaluación Research and Development Health Technology.

*Estudios considerados en relación al coste-efectividad:*

La búsqueda sistemática de la literatura económica, realizada para la guía 2009, identificó 33 estudios elegibles sobre tratamientos farmacológicos para personas con esquizofrenia. De estos, un estudio evaluó los medicamentos antipsicóticos orales para tratamiento de la esquizofrenia (Davies & Lewis, 2000); 15 estudios examinaron los tratamientos orales para episodios psicóticos agudos (Alexeyeva et al., 2001; Almond & O'Donnell, 2000; Bagnall et al., 2003; Beard et al., 2006; Bounthavong & Okamoto, 2007; Cummins et al., 1998; Edgell et al., 2000; Geitona et al., 2008; Hamilton et al.,1999; Jerrell, 2002; Lecomte et al., 2000; Nicholls et al., 2003; Palmer et al., 2002; Palmer et al., 1998; Rosenheck et al., 2003); 8 estudios evaluaron los antipsicóticos orales dirigidos a promover la recuperación (Davies et al., 1998; Ganguly et al., 2003; Knapp et al., 2008; Launois et al., 1998; Oh et al., 2001; Rosenheck et al., 2006; Tunis et al., 2006; Vera-Llonch et al., 2004); 4 estudios examinaron tratamientos farmacológicos dirigidos a promover la recuperación en personas con esquizofrenia cuya enfermedad no había respondido adecuadamente al tratamiento (Davies et al., 2008; Lewis et al., 2006a; b; Rosenheck et al., 1997; Tilden et al., 2002); y seis estudios evaluaron los tratamientos antipsicóticos depot (Chue et al., 2005; De Graeve et al., 2005; Edwards et al., 2005; Heeg et al., 2008; Laux et al., 2005; Oh et al., 2001).

En la Guía 2002, los AP2G eran recomendados en algunas situaciones como tratamiento de primera elección, sobre todo porque se pensaba que tenían un menor riesgo de SEP. Sin embargo, la evidencia de las revisiones sistemáticas actualizadas presentada en esta área, en particular con respecto a otros efectos adversos, como las alteraciones metabólicas y junto con las nuevas evidencias desde los estudios de eficacia (pragmáticos), sugieren que la elección del fármaco más adecuado y su dosis de forma individualizada puede ser más importante que el grupo de fármacos.

Por otra parte, los problemas de diseño en los ensayos individuales continúan haciendo difícil la interpretación de la evidencia clínica. Estos problemas incluyen:

- alta tasa de abandono de uno o ambos brazos de tratamiento en muchos estudios
- las diferencias en cuanto a dosis de fármacos en los diferentes brazos de tratamiento
- un pequeño número de estudios informan los mismos resultados para algunos fármacos.

Para las personas con esquizofrenia cuya enfermedad no ha respondido adecuadamente a la medicación antipsicótica, la clozapina sigue teniendo la evidencia más sólida para la eficacia. Además, la evidencia desde los estudios de eficacia (CATIE, Phase 2; CUtLASS, Band 2) sugieren que en personas que han mostrado una mala respuesta a los AP2G (no clozapina), hay una ventaja en el cambio a clozapina en lugar de otro AP2G. Sin embargo, incluso con un tratamiento óptimo de clozapina parece que sólo del 30 al 60% de las enfermedades resistentes al tratamiento, responderá satisfactoriamente (Chakos et al., 2001; Iqbal et al., 2003).

La revisión sistemática de la literatura económica identificó una serie de estudios de diversa calidad y relevancia para el Reino Unido. Los resultados se caracterizan, en la mayoría de los casos, por una alta incertidumbre. La mayoría de los estudios evaluaron el coste relativo de la eficacia entre olanzapina, risperidona y haloperidol. Aunque los resultados del estudio no son consistentes, ellos parecen indicar que, en general, olanzapina y risperidona podrían ser más eficientes que haloperidol.

En el área de tratamiento antipsicótico para el primer episodio o la esquizofrenia temprana, la evidencia económica es limitada y se caracteriza por limitaciones importantes, y por lo tanto, no se pueden extraer conclusiones seguras sobre la eficiencia de los fármacos antipsicóticos.

La cantidad de evidencia económica es sustancialmente mayor en el área de tratamiento farmacológico para las personas con una descompensación aguda o recurrencia de esquizofrenia. Sin embargo, el número de fármacos evaluados es muy limitado y no cubre toda la gama de fármacos autorizados para el tratamiento de las personas con esquizofrenia en Reino Unido. Además, los estudios existentes se caracterizan por una serie de limitaciones y, en muchos casos, por resultados contradictorios. La evidencia disponible indica que olanzapina y risperidona puede ser opciones más eficientes que el haloperidol en la descompensación psicótica aguda o en la recaída de la esquizofrenia.

La literatura económica en el área de la prevención de la recaída se caracteriza por limitaciones metodológicas similares y también por el número limitado de fármacos evaluados.

Se ha sugerido que la olanzapina y la risperidona son más eficientes que el haloperidol en la prevención de recaídas, pero estas conclusiones se basan en los resultados de análisis realizados fuera del Reino Unido. Por otro lado, la evidencia del CATIE sugiere que la perfenazina puede ser más eficiente que olanzapina, quetiapina, risperidona y ziprasidona en los EE.UU.

Para las personas con esquizofrenia cuya enfermedad no ha respondido adecuadamente al tratamiento, hay pocos datos sobre la eficiencia de fármacos antipsicóticos específicos. La evidencia del CUtLASS, aunque no proporciona datos sobre el coste/efectividad de fármacos individuales, ofrece información útil sobre los factores que afectan a los costes totales originados por las personas con esquizofrenia. Según los resultados económicos del CUtLASS, los costes de la atención psiquiátrica hospitalaria son los impulsores de los costes totales de la atención sanitaria incurridos por las personas con esquizofrenia, siendo los gastos de la adquisición de medicamentos sólo una pequeña fracción de los costes totales.

CUtLASS Band 2 encontró que la clozapina fue más eficaz que los AP2G en el tratamiento de las personas con una respuesta inadecuada a la medicación o efectos secundarios inaceptables a la misma, pero a un coste mayor que alcanzó 33.000 £/AVAC (oscilando en el análisis de sensibilidad univariante desde 23.000 £ a 70.000 £ /AVAC). Se sugirió que la diferencia significativa entre el coste de clozapina y los AP2G podría haber sido causada por una gran diferencia en los costos hospitalarios psiquiátricos entre clozapina y los AP2G, posiblemente reflejando el requisito de ingreso hospitalario para obtener la autorización para el inicio del tratamiento con clozapina en el momento del estudio. En la actualidad, la clozapina puede iniciarse de forma ambulatoria, por lo tanto, la eficiencia actual de clozapina frente a los AP2G para las personas con respuesta inadecuada al tratamiento o efectos secundarios inaceptables es probable que sea más alto que el que se estimó cuando se llevó a cabo el CUtLASS Band 2.

Respecto a la medicación antipsicótica inyectable de acción prolongada/depot, hay evidencia de que risperidona de acción prolongada puede dar lugar a importantes ahorros de costes y a mayores beneficios clínicos en comparación con las formas orales de la medicación antipsicótica, por la mayor adherencia que caracteriza la presentación inyectable de larga duración. Sin embargo, esta evidencia proviene de estudios de modelización no británicos que se caracterizan por métodos imprecisos en la estimación de un número crucial de parámetros.

El análisis económico realizado para la Guía NICE (2014) estimó la eficiencia de los medicamentos antipsicóticos orales para la prevención de recaídas en personas con esquizofrenia. Los resultados del análisis sugieren que la zotepina es potencialmente el antipsicótico oral más rentable incluido en el modelo. Sin embargo, los resultados se caracterizaron por una elevada incertidumbre y el análisis probabilístico mostró que ninguna medicación antipsicótica podría ser considerada claramente rentable en comparación con las otras opciones de tratamiento evaluadas: según los resultados del análisis probabilístico, la probabilidad de que cada fármaco fuera eficiente osciló entre aproximadamente el 5% (Haloperidol) hasta aproximadamente el 27 al 30% (zotepina), y era independiente del umbral coste/eficacia utilizado y el tiempo analizado (es decir, 10 años o toda una vida). La probabilidad de 27 al 30% asignado a zotepina, aunque indicativa, es más bien baja e insuficiente para poder llegar a una conclusión segura respecto a la superioridad de zotepina con respecto a los otros antipsicóticos evaluados en

términos de coste/eficacia. Por otra parte, los datos clínicos para la zotepina en el área de prevención de recaídas fueron derivados exclusivamente de un pequeño ECA controlado con placebo. Del mismo modo, los datos clínicos de paliperidona y el aripiprazol fueron tomados de dos ensayos controlados con placebo. Cabe señalar que el análisis económico no examinó el coste/eficacia de  quetiapina y de ningún AP1G aparte de haloperidol, debido a la falta de datos clínicos respectivos del área de prevención de recaídas.

Un hallazgo interesante del análisis económico es que los costes de la adquisición de los fármacos no afecta a la eficiencia de los medicamentos antipsicóticos: de hecho, el haloperidol, que tiene el precio más bajo entre los evaluados en el Reino Unido, parecía tener la probabilidad más baja (alrededor del 5%) de ser eficiente en cualquier nivel de la disposición a pagar.

Por otro lado, zotepina, que tenía la tasa de recaída promedio más baja en todos los tratamientos evaluados, dominaba todas las otras opciones en el análisis determinista y ha demostrado tener la más alta probabilidad de ser eficiente en el análisis probabilístico; esta conclusión, junto con los resultados del análisis de sensibilidad indican que la eficacia de un fármaco antipsicótico en la prevención de la recaída es el factor determinante de su relativa rentabilidad, al parecer debido a que la prevención de recaídas, además de la mejora clínica, conduce a una reducción sustancial de las tasas de hospitalización y sus respectivos costes.

En la evidencia publicada y en el análisis económico efectuado para la Guía NICE (2014), se ha demostrado que los gastos de hospitalización son los que originan los costes sanitarios ocasionados por personas con esquizofrenia. Puede ser razonable argumentar que los fármacos antipsicóticos que reducen la tasa y la duración de los ingresos hospitalarios (por ejemplo, fármacos que reducen la tasa de recaídas futuras y/o la duración de los episodios agudos) son las opciones de ahorro de costes a largo plazo, a pesar de los costes potencialmente altos de adquisición. Esta hipótesis se apoya en la evidencia publicada, que demuestra que el aumento de la adhesión al tratamiento antipsicótico se asocia con una disminución significativa en los costes sanitarios incurridos por las personas con esquizofrenia a través de una reducción del riesgo de recaída y la consiguiente necesidad de hospitalización.

El GDG consideró toda la evidencia clínica y económica que se resume en esta área para formular recomendaciones. En las áreas terapéuticas cuya evidencia clínica y/o económica sobre fármacos antipsicóticos específicos era deficiente (como en el caso de quetiapina y otros AP1G salvo haloperidol en el área de prevención de recaídas) el GDG realiza valoraciones sobre la eficacia clínica y el coste de la medicación antipsicótica por medio de la extrapolación de la evidencia y las conclusiones existentes desde otras áreas terapéuticas.

Teniendo en cuenta los resultados de las revisiones sistemáticas, tanto de la literatura clínica como la de la economía de la salud, así como la incertidumbre que caracteriza a los resultados de los modelos económicos realizados para la Guía NICE (2014), la evidencia no permite ninguna recomendación para la elección de un antipsicótico determinado que sea preferible a los otros, pero la evidencia apoya una recomendación específica del uso de clozapina para las personas cuya enfermedad no ha respondido adecuadamente a otros fármacos antipsicóticos.

Por último, el GDG señaló que los siguientes puntos son claves, a tener en cuenta antes de iniciar un fármaco antipsicótico en un episodio agudo de esquizofrenia. En primer lugar, puede haber cierta falta de conciencia de la presencia de una enfermedad mental y la importancia del tratamiento con fármacos. 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.

En segundo lugar, la medicación siempre debe iniciarse, si es posible, con una dosis baja, después de una información completa de los posibles efectos secundarios. El iniciar el tratamiento con una dosis baja permite el control de la aparición temprana de efectos secundarios, tales como SEP, ganancia de peso o insomnio. A continuación, 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.

En tercer lugar, las personas con esquizofrenia deberían ser consultadas sobre su preferencia por la opción de una medicación más o menos sedante. Lo ideal es iniciar la medicación después de un período de evaluación- sin antipsicóticos- en un entorno como la unidad de agudos o bajo la supervisión de un equipo de tratamiento de crisis a domicilio, del equipo de intervención temprana de la psicosis o el equipo asertivo comunitario.

Tras la publicación de la Guía NICE *Psychosis and Schizophrenia in Children and Young People,* el GDG de la guía 2014 consideró que las recomendaciones deberían ser congruentes cuando fuera posible con la GPC anterior, incluyendo el cambio de la población a la que iba dirigida de “personas diagnosticadas de esquizofrenia a “personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia".

El GDG también deseaba hacer explícito que las opciones de tratamiento para el primer episodio de psicosis, de una descompensación psicótica aguda o recurrencia de la psicosis o de la esquizofrenia debería ser un medicamento antipsicótico oral combinado con intervenciones psicológicas (TCC individual y la intervención familiar). Esto no constituye un cambio en el significado o en el contenido de las recomendaciones originales sobre los antipsicóticos y continúa reflejando la evidencia. Más bien, se aclara lo que estaba implícito en la guía de 2009, que a todas las personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia se les debería ofrecer un medicamento antipsicótico junto con una intervención psicológica, tanto para un primer episodio como para las exacerbaciones posteriores.

El GDG también consideró la salud física del usuario y los efectos de los antipsicóticos sobre la mortalidad y la morbilidad. El GDG sugiere que cuando se inicie la medicación antipsicótica por primera vez, que se evalúe la salud física y que se realice un seguimiento. El GDG considera que también debe ser investigada, 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.

## 8.10.- 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.

## 8.11.- Relación entre el testimonio de los usuarios y las 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).

**Testimonio de los usuarios:**

Varios de los usuarios que participaron en los grupos focales, hablaron acerca de la importancia de complementar la medicación con otro tipo de terapias.

*“ las pastillas son un factor, de muchos otros que acompañan, son una base importante, pero no son lo único…”(Varón, 48 años)*

*Cómo utilizar la medicación antipsicótica oral*

**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.

**Testimonio de los usuarios:**

La mayoría de usuarios, se quejó de no haber recibido información de los posibles efectos secundarios del medicamento que se les prescribía. Alguno comentó explícitamente lo necesario que hubiera sido que se les explicase qué les podía ocurrir al tomarlos, especialmente en lo que respecta al aumento de peso.

*" Yo creo que los médicos, que los psiquiatras, te deben de advertir, de si hay riesgo de que te de ansiedad por comer… que tengan más cuidado en detectar si da ganas de comer, porque puede ser por causa del medicamento". (Varón, 51 años)*

*"Yo estaba muy delgada, y yo decía "si cada vez me noto más gorda", cada vez más gorda y pregunté "¿este medicamento engorda?" y me dijeron: "no, que va, no engorda"… ¿que no engorda? No veas lo que engordé…"*
*(Mujer, 37 años)*

**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.

**Testimonio de los usuarios:**

La mayoría de usuarios participantes refirió diversos efectos secundarios sufridos a lo largo del tratamiento con fármacos neurolépticos: aumento de peso, efectos hormonales, extrapiramidales, de sedación, decaimiento e hipotensión,...

Algunos usuarios refieren que si los efectos secundarios están "controlados", la medicación aporta tantos beneficios, que para ellos vale la pena tomarlo.

*"Yo el que tomo desde el año 94, a mí me ha hecho engordar un montón, tres o cuatro kg cada año. Y llevo ya como 40 o 50". (Varón, 68 años)*

*"A mí me pusieron unas inyecciones, y he estado un montón de tiempo con ellas, pero se me quitaba la menstruación y yo no quería ponérmela, porque eso no lo veía yo lógico, porque la menstruación es una cosa normal y natural". (Mujer, 29 años)*

*"A mí efectos adversos…. Que ha habido veces que se me ha ido la vista para arriba, que no me he podido mover, mucho rato para arriba los ojos, sin poder reaccionar". (Mujer, 54 años)*

*"Yo, lo que peor llevaba era que me bajaba la tensión y me daba mucho sueño". (Mujer, 29 años)*

*"Afortunadamente estos 15 años la medicación me ha ayudado a estar en condiciones..., pues los efectos secundarios de la medicación han ido bastante controlados". (Varón, 48 años)*

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

**Testimonio de los usuarios**

Algún usuario se refirió a la neuroleptización rápida como una experiencia negativa y poco útil.

*"Al principio, me hincharon de pastillas y no me fue muy bien" (Mujer, 49 años)*

*Conducta desafiante*

**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.

## Testimonio de los usuarios

En el estudio cualitativo, cuando se les da la oportunidad a los usuarios para hablar sobre la hospitalización y la sedación, algunos relatan ampliamente la experiencia vivida.
Una usuaria relata de esta forma su experiencia:

*"En mi opinión, es que no está muy bien enfocado, porque a mí no… bueno los enfermeros no me trataban bien, en plan "ve para allá, ve para acá… esto yo no sé cuánto, esto yo no sé qué…". Y claro, yo estaba en un sitio donde yo no conocía a nadie, pensaba todavía que me estaban atacando, y no hacían más que decirme que me quitara de un sitio y que me quitara de otro…, no me dieron una habitación... Claro, y yo entonces quería meterme en una cama, y constantemente me sacaban de las habitaciones y me tiraban al pasillo, incluso intenté sentarme para ver la tele y me levantaron del asiento… no sé por qué pero no me dejaban estar sentada… ya está… yo lo pasé fatal. Luego me metieron en una habitación en un baño, con una muda y… Y yo entendí que quería que me duchase, y cuando me duché, no me habían dado ni toalla, ni me pude secar el pelo, me tuve que… me vistieron ellos porque me dijeron que me tenía que salir ya de la ducha, que había estado demasiado tiempo. Así que se metieron, yo estaba desnuda, me pusieron el pijama estando yo mojada, y allí, otra vez en el pasillo, estaba descalza… y de hecho encontré una bolsa donde había unos calcetines y me los quise poner… y me dijeron "cómo se te ocurre, que esto es de la ropa sucia, venga fuera…" Bueno, y yo decía "¿entonces dónde me pongo?"... y yo estaba muy asustada. Bueno, yo eso lo recuerdo muy mal. Es verdad que siempre me han dicho que intentara no tener mucho juicio en ese sentido, porque yo estaba mal… y claro, lo veía… bueno, como en diferido. Pero bueno, yo que sé, eso es lo que yo recuerdo. Y, bueno, a partir de ahí… eso fue una tarde, un día y una mañana, es lo que yo estuve ahí. Yo se que estuve un día y algo. Y al día y algo, yo había estado atada a una cama y me habían sedado… me desperté atada a una cama, y estaba mi madre al lado, y le dije "mamá por favor, sácame de aquí". Ya era lo único que me salía. Y después de eso, me desperté en el hospital Civil, con mi madre al lado mía. Y… estábamos en una*

*consulta de un médico, que supuestamente estaba valorando si me podían sacar o no de allí, y de irme a casa. Y como estaba medio dormida, decidieron que ese no era un buen momento para decidirlo, y que me iba a quedar en una habitación mientras terminaba de dormir, y como ya se encajó la noche, pues que me iba a quedar esa noche en esa habitación. Y como?? yo no quería que mi madre saliese de esa habitación, porque yo no estaba tranquila si mi madre no estaba a mi lado, y consiguió quedarse. A la mañana siguiente me vió un psicólogo y me mandaron para casa". (Mujer, 29 años)*

*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.

**Testimonio de los usuarios**

Conociendo el riesgo de recaída tras la retirada del tratamiento, algún usuario comentó que prefiere tomarlo de forma indefinida para evitar ese riesgo.

*"Yo prefiero cualquier cosa, antes de quitarme la medicación, porque si estoy ahora medio controlada, y me la quito… quién me va a decir que va a ser para bien o para mal". (Mujer, 63 años).*

*Promoviendo la recuperación*

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

**Testimonio de los usuarios**

La mayoría de los usuarios informan que el tratamiento les fue prescrito sin que se les preguntase acerca de sus preferencias ni recibir apenas información sobre ellos.
Sin embargo, varios reconocieron haber consensuado o "negociado" el tratamiento con el terapeuta hasta conseguir "el que mejor se ajustaba a su situación".

*"A mí no preguntaron nada, a mí directamente me dijeron "tomate esto"… y empezaron con una dosis pequeña, y luego fue aumentando porque no me hacía efecto, seguía igual,*

*hasta que dieron ya con la dosis que me viene bien, pero no me dijeron "hay esta alternativa, o esta…", simplemente "tomate esto". (Mujer, 55 años)*

*"A mí me dijeron "estás tomando esto, parece que va bien, pero podría ir mejor incluso, ¿quieres probar otro tratamiento a ver cómo vas?" y yo dije que sí porque tampoco estaba demasiado bien…" (Mujer, 29 años)*

*"Yo tengo que negociar bastante. A mi me han cambiado gracias a la enfermera. Yo llevaba muchísimos años con un tratamiento y yo estaba totalmente hundida, tenía que ir a trabajar, conducir, ... y ha sido una lucha, de verdad, horrorosa. Horrorosa. Ya por fin me han cambiado. Tengo los picos al cuarto o quinto día, me da un poco de contractura, mucho cansancio e incluso me acelera un poquillo. Los pensamientos se me aceleran muchísimo. Pero después, ya a la semana, me estabilizo".*
*(Mujer, 50 años)*

*"Cuando conocí a este equipo, que me escuchaba, pues ya podía comentar los efectos que iba dando la medicación y lo que te está haciendo. Pues lo comenté y me la cambiaron". (Mujer, 49 años)*

## 8.12.- Recomendaciones para la investigación

8.12.a Se necesitan ECA de mayor duración y frente a frente, de los antipsicóticos disponibles, sobre la eficacia, la seguridad/tolerabilidad y la aceptabilidad en personas en su primer episodio de esquizofrenia, probando el riesgo-beneficio de la dosis menor del rango recomendado.

8.12.b Deberían realizarse estudios observacionales a gran escala, de la experiencia con los tratamientos farmacológicos disponibles, basados en encuestas que incluyan componentes cualitativos. Los estudios deberían incluir datos sobre la satisfacción del usuario, efectos secundarios, preferencias, suministro de información y calidad de vida.

8.12.c Son necesarios estudios cuantitativos y cualitativos, para investigar la utilidad, la aceptabilidad y la seguridad de los medicamentos disponibles para la sedación urgente/ control de los trastornos agudos del comportamiento (incluyendo benzodiazepinas y antipsicóticos), el manejo sistemático de la dosis y la frecuencia de administración del fármaco.

8.12.d Son necesarios nuevos estudios sobre la naturaleza y gravedad del síndrome de discontinuación de los fármacos antipsicóticos, que incluya la reaparición de síntomas psicóticos y su relación con las diferentes estrategias de retirada del antipsicótico.

8.12.e Son necesarios comparaciones directas entre antipsicóticos orales disponibles, para establecer su respectivo beneficio a largo plazo/riesgo, incluyendo los efectos sobre las tasas de recaída, los síntomas persistentes y la eficiencia. Los ensayos deberían prestar especial atención a los beneficios a largo plazo y a los riesgos de los fármacos, incluida la evaluación sistemática de los efectos adversos: efectos metabólicos (incluyendo el aumento de peso), SEP (incluyendo la discinesia tardía), la disfunción sexual, la apatía y la calidad de vida.

8.12.f Son necesarios estudios a largo plazo basados en ECA, para establecer la eficiencia y la efectividad clínica de los antipsicóticos inyectables depot/acción prolongada para

establecer su seguridad, la eficacia en términos de prevención de recaídas, el perfil de efectos secundarios y el impacto sobre la calidad de vida.

8.12.g Son necesarios estudios a largo plazo basados en ECA, para establecer la efectividad clínica y la eficiencia de potenciar la monoterapia antipsicótica con un antidepresivo, para tratar los síntomas negativos persistentes.

8.12.h Se requieren estudios controlados para probar la eficacia y la seguridad de la combinación de antipsicóticos, para tratar la esquizofrenia que ha presentado una respuesta deficiente a ensayos adecuados de monoterapia antipsicótica.

8.12.i Debería llevarse a cabo un ensayo clínico aleatorizado controlado con placebo de la potenciación de la monoterapia con clozapina con un segundo antipsicótico apropiado, para investigar la eficacia y su mantenimiento, cuando un trastorno esquizofrénico refractario ha mostrado sólo una respuesta parcial a la clozapina.

8.12.j Debería llevarse a cabo un ensayo clínico aleatorizado controlado con placebo, para investigar la eficacia y la eficiencia de la potenciación de la monoterapia antipsicótica con litio, cuando un trastorno esquizofrénico ha presentado sólo una respuesta parcial. Debería abordarse la respuesta con y sin síntomas afectivos.

8.12.k Debería llevarse a cabo un ensayo clínico aleatorizado controlado con placebo, para investigar la eficacia y la eficiencia de la potenciación de la monoterapia antipsicótica con valproato sódico, cuando un trastorno esquizofrénico ha presentado solamente una respuesta parcial. Debería abordarse específicamente, la respuesta en relación a la alteración del comportamiento, concretamente la agresividad persistente, para determinar si ésta es independiente del efecto sobre la posibles variables de confusión, como los síntomas positivos, la sedación o la acatisia.

8.12.l Se requieren más estudios controlados para comprobar las afirmaciones de que la clozapina es particularmente eficaz en la reducción de la hostilidad y la violencia, así como, para la evidencia débil de una reducción de las tasas de suicidio, en personas con esquizofrenia.

## Referencias

Adams CE, Fenton MK, Quraishi S, David AS. Systematic meta-review of depot antipsychotic drugs for people with schizophrenia. The British Journal of Psychiatry. 2001;179:290-9.

Agid O, Mamo D, Ginovart N, Vitcu I, Wilson AA, Zipursky RB, et al. Striatal vs extrastriatal dopamine D2 receptors in antipsychotic response-a double-blind PET study in schizophrenia. Neuropsychopharmacology. 2007;32:1209-15.

Alexeyeva I, Mauskopf J, Earnshaw SR, Stauffer VL, Gibson JP, Ascher-Svanum H, et al. Comparing olanzapine and ziprasidone in the treatment of schizophrenia: a case study in modeling. Journal of Drug Assessment. 2001;4:275-88.

Almerie MQ, Alkhateeb H, Essali A, Matar HE, Rezk E. Cessation of medication for people with schizophrenia already stable on chlorpromazine. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007;1: Art. No.: CD006329.

Almond S, O'Donnell O. Cost analysis of the treatment of schizophrenia in the UK. Pharmacoeconomics. 2000;17:383-89.

Altamura AC, Velona I, Curreli R, Bravi D. Olanzapine in the treatment of paranoid schizophrenia. European Neuropsychopharmacology. 1999;9(suppl 5):S297.

Alvarez-Jimenez M, Priede A, Hetrick SE, Bendall S, Killackey E, Parker AG et al. Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Schizophrenia Research. 2012; 139(1-3):116-28.

American Diabetes Association, American Psychiatric Association, American Association of Clinical E, North American Association for the Study of Obesity. Consensus development conference on antipsychotic drugs and obesity and diabetes. Journal of Clinical Psychiatry. 2004;65:267-72.

Anand R, Alphs L, Azorin JM, Remington G, Pere JJ, Bourdeix I. Superior efficacy of clozapine in chronic severe schizophrenia: comparison with risperidone. Journal of Clinical Psychiatry. 1998;60(suppl 12):3-50.

Anil Yağcioğlu AE, Kivircik Akdede BB, Turgut TI, Tümüklü M, Yazici MK, Alptekin K, et al. A double-blind controlled study of adjunctive treatment with risperidone in schizophrenic patients partially responsive to clozapine: efficacy and safety. Journal of Clinical Psychiatry. 2005;66(1):63-72.

Arato M, O'Connor R, Meltzer HY, ZEUS Study Group. A 1-year, double-blind, placebo-controlled trial of ziprasidone 40, 80 and 160 mg/day in chronic schizophrenia: the Ziprasidone Extended Use in Schizophrenia (ZEUS) study. International Clinical Psychopharmacology. 2002;17:207–15.

Arvanitis LA, Miller BG and the 'Seroquel' trial 13 study group. Multiple fixed doses of quetiapine in patients with acute exacerbation of schizophrenia. Biological Psychiatry. 1997;42:233-46.

Assion HJ, Reinbold H, Lemanski S, Basilowski M, Juckel G. Amisulpride augmentation in patients with schizophrenia partially responsive or unresponsive to clozapine. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Pharmacopsychiatry. 2008;41(1):24-8.

Atmaca M, Kuloglu M, Tezcan E, Canatan H, Gecici O. Quetiapine is not associated with increase in prolactin secretion in contrast to haloperidol. Archives of Medical Research. 2002;33(6):562-5.

Atmaca M, Kuloglu M, Tezcan E, Ustundag B. Serum leptin and triglyceride levels in patients on treatment with atypical antipsychotics. Journal of Clinical Psychiatry. 2003;64(5):598-604.

Azorin JM, Strub N, Loft H. A double-blind, controlled study of sertindole versus risperidone in the treatment of moderate-to-severe schizophrenia. International Clinical Psychopharmacology. 2006;21(1):49-56.

Bagnall AM, Jones L, Ginnelly L, Lewis R, Glanville J, Gilbody S, et al. A systematic review of atypical antipsychotic drugs in schizophrenia. Health Technology Assessment. 2003;7:1-193.

Barber S, Olotu U, Corsi M, Cipriani A. Clozapine combined with different antipsychotic drugs for treatment-resistant schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews.2017;3: Art. No.: CD006324. doi:10.1002/14651858.CD006324.pub3.

Barnas C, Stuppäck C, Unterweger B, Hinterhuber H, Fleischhacker WW. Treatment of negative symptoms in schizophrenia with zotepine. Journal of Clinical Psychopharmacology. 1987;7(5):370-1.

Barnes TRE, Buckley P, Schulz SC. Treatment-resistant schizophrenia. In: Hirsch SR, Weinberger DR, eds. Schizophrenia Second Edition. Oxford: Blackwell Publishing; 2003.

Barnes TR, Curson DA. Long-term depot antipsychotics. A risk-benefit assessment. Drug Safety. 1994;10:464-79.

Barnes TRE, Leeson VC, Paton C, Marston L, Davies L, Whittaker W et al. Amisulpride augmentation in clozapine-unresponsive schizophrenia (AMICUS): a double-blind, placebo-controlled, randomised trial of clinical effectiveness and cost-effectiveness. Health Technology Assessment. 2017 ;21(49):1-56. doi: 10.3310/hta21490.

Barnes TR, McPhillips MA. Critical analysis and comparison of the side-effect and safety profiles of the new antipsychotics. The British Journal of Psychiatry. 1999:34-43.
Barnes TR, Shingleton-Smith A, Paton C. Antipsychotic long-acting injections: prescribing practice in the UK. The British Journal of Psychiatry. 2009;52:S37-42.

Barnes TR, Paton C, Cavanagh MR, Hancock E, Taylor DM. UK Prescribing Observatory for Mental Health. A UK audit of screening for the metabolic side effects of antipsychotics in community patients. Schizophrenia Bulletin. 2007;33:1397-403.

Beard SM, Maciver F, Clouth J, Ruther E. A decision model to compare health care costs of olanzapine and risperidone treatment for schizophrenia in Germany. The European Journal of Health Economics. 2006;7:165-72.

Beasley CM Jr, Sutton VK, Hamilton SH, Walker DJ, Dossenbach M, Taylor CC, et al. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of olanzapine in the prevention of psychotic relapse. Journal of Clinical Psychopharmacology. 2003;23(6):582-94.

Beasley CM, Beuzen JN, Birkett MA, Kiesler GM, Tollefson GD, Wood AJ. Olanzapine versus clozapine: an international double-blind study of the treatment of resistant schizophrenia. In: 152nd Annual Meeting of the American Psychiatric Association; 15 - 20 May 1999; Washington DC, USA.

Beasley CM, Hamilton SH, Crawford AM, Dellva MA, Tollefson GD, Tran PV, et al. Olanzapine versus haloperidol: acute phase results of the international double-blind olanzapine trial. European Neuropsychopharmacology. 1997;7:125-37.

Beasley CM, Tollefson G, Tran P, Satterlee W, Sanger T, Hamilton S. Olanzapine versus placebo and haloperidol: Acute phase results of the North American double-blind olanzapine trial. Neuropsychopharmacology. 1996;14(2):111-23.

Bitter I, Brook S, Dossenbach M, Janka Z, Banki CM, Selemani S, et al. Olanzapine versus clozapine in patients non-responsive or intolerant to standard acceptable treatment of schizophrenia. European Neuropsychopharmacology. 1999;9(suppl 5):S288-9.

Blin O, Azorin JM, Bouhours P. Antipsychotic and anxiolytic properties of risperidone, haloperidol, and methotrimeprazine in schizophrenic patients. Journal of Clinical Psychopharmacology. 1996;16(1):38-44.

Bondolfi G, Dufour H, Patris M, May JP, Billeter U, Eap CB, et al. Risperidone versus clozapine in treatment-resistant chronic schizophrenia: a randomised double-blind study. The American Journal of Psychiatry. 1998;155(4):499-504.

Bounthavong M, Okamoto MP. Decision analysis model evaluating the costeffectiveness of risperidone, olanzapine and haloperidol in the treatment of schizophrenia. Journal of Evaluation in Clinical Practice. 2007;13:453-60.

Boyer P, Lecrubier Y, Puech AJ. Treatment of positive and negative symptoms: Pharmacologic approaches. In: Andreasen NC, ed. Schizophrenia: Positive and Negative Symptoms and Syndromes, pp. 152-174. 1990; Basel, Switzerland: S. Karger AG.

Breier A, Berg PH, Thakore JH, Naber D, Gattaz WF, Cavazzoni P, et al. Olanzapine versusziprasidone: results of a 28-week double-blind study in patients with schizophrenia. American Journal of Psychiatry. 2005;162(10):1879-87.

Breier A, Hamilton SH. Comparative efficacy of olanzapine and haloperidol for patients with treatment-resistant schizophrenia. Schizophrenia Research. 2000;41(1):188.

Breier AF, Malhotra AK, Su TP, Pinals DA, Elman I, Adler CM, et al. Clozapine and risperidone in chronic schizophrenia: effects on symptoms, parkinsonian side effects, and neuroendocrine response. The American Journal of Psychiatry. 1999;156(2):294-8.

Brenner HD, Dencker SJ, Goldstein MJ, Hubbard JW, Keegan DL, Kruger G, et al. Defining treatment refractoriness in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 1990;16:551-61.

Brown S, Birtwistle J, Roe L, Thompson C. The unhealthy lifestyle of people with schizophrenia. Psychological Medicine. 1999;29:697-701.

Buchanan RW, Ball MP, Weiner E, Kirkpatrick B, Gold JM, McMahon RP, et al. Olanzapine treatment of residual positive and negative symptoms. The American Journal of Psychiatry. 2005;162:124-9.

Buchanan RW, Breier A, Kirkpatrick B, Ball P, Carpenter WT. Positive and negative symptom response to clozapine in schizophrenic patients with and without the deficit syndrome. The American Journal of Psychiatry. 1998;155(6):751-60.

Buckley P, Miller A, Olsen J, Garver D, Miller DD, Csernansky J. When symptoms persist: clozapine augmentation strategies. Schizophrenia Bulletin. 2001;27:615-28.

CADIME. Aripiprazol (mensual). Ficha de Evaluación de Medicamentos. 2015; (06): doi:10.11119/IEM2015-06. Disponible en: http://www.cadime.es/es/listado_fnt.cfm

CADIME. Paliperidona no muestra diferencias sustanciales frente a haloperidol. Informe del CADIME. 2014. Disponible en: http://www.cadime.es/?iid=paliperidona-haloperidol&itid=1&lan=es

Carpenter WT, Buchanan RW. Lessons to take home from CATIE. Psychiatric Services. 2008;59:523-5.

Carriere P, Bonhomme D, Lemperiere T. Amisulpride has a superior benefit/risk profile to haloperidol in schizophrenia: Results of a multicentre, double-blind study (the Amisulpride Study Group). European Psychiatry. 2000;15(5):321-9.

Ceskova E, Svestka J. Double-blind comparison of risperidone and haloperidol in schizophrenic and schizoaffective psychoses. Pharmacopsychiatry. 1993;26(4):121-4.

Cetin M, Ebrinc S, Agargun MY, Basoglu C, Tigit S, Yilmaz V, et al. Determination of the optimal dose of risperidone in patients with schizophrenia. European Neuropsychopharmacology. 1999;9(suppl 5):S254-5.

Chakos M, Lieberman J, Hoffman E, Bradford D, Sheitman B. Effectiveness of second-generation antipsychotics in patients with treatment-resistant schizophrenia: a review and meta-analysis of randomized trials. American Journal of Psychiatry. 2001;158:518-26.

Chang JS, Ahn YM, Park HJ, Lee KY, Kim SH, Kang UG, et al. Aripiprazole augmentation in clozapine-treated patients with refractory schizophrenia: An 8-week, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Journal of Clinical Psychiatry. 2008;69(5):720-31.

Chan HY, Lin WW, Lin SK, Hwang TJ, Su TP, Chiang SC, et al. Efficacy and safety of aripiprazole in the acute treatment of schizophrenia in Chinese patients with risperidone as an active control: a randomized trial. The Journal of Clinical Psychiatry. 2007;68:29 -36.

Chan J, Sweeting M. Review: Combination therapy with non-clozapine atypical antipsychotic medication: a review of current evidence. Journal of Psychopharmacology. 2007;21:657-64.

Chong SA, Remington G. Clozapine augmentation: safety and efficacy. Schizophrenia Bulletin. 2000;26:421-40.

Chong SA, Tan CH, Lee HS. Hoarding and clozapine-risperidone combination. Canadian Journal of Psychiatry. 1996;41:315-16.

Chouinard G, Jones B, Remington G, Bloom D, Addington D, MacEwan GW, et al. A Canadian multicenter placebo-controlled study of fixed doses of risperidone and haloperidol in the treatment of chronic schizophrenic patients. Journal of Clinical Psychopharmacology. 1993; 13(1):25-40.

Chowdhury AN, Mukherjee A, Ghosh K, Chowdhury S, Das Sen K. (1999) Horizon of a new hope: Recovery of schizophrenia in India. International Medical Journal. 1999;6(3):181-5.

Chue P, Eerdekens M, Augustyns I, Lachaux B, Molcan P, Eriksson L, et al. Comparative efficacy and safety of long-acting risperidone and risperidone oral tablets. European Neuropsychopharmacology. 2005;15:111-7.

Chue PS, Heeg B, Buskens E, van Hout BA. Modelling the impact of compliance on the costs and effects of long-acting risperidone in Canada. Pharmacoeconomics. 2005;23(Suppl 1):62-74.

Claghorn J, Honigfeld G, Abuzzahab FS, Wang R, Steinbook R, Tuason V, et al. The risks and benefits of clozapine versus chlorpromazine. Journal of Clinical Psychopharmacology. 1987;7:377-84.

Claus A, Bollen J, De Cuyper H, Eneman M, Malfroid M, Peuskens J, et al. Risperidone versus haloperidol in the treatment of chronic schizophrenic inpatients: a multicentre double-blind comparative study. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1992;85(4):295-305.

Conley RR, Buchanan RW. Evaluation of treatment-resistant schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 1997;23:663-74.

Conley RR, Kelly DL, Nelson MW, Richardson CM, Feldman S, Benham R, et al. Risperidone, quetiapine, and fluphenazine in the treatment of patients with therapy-refractory schizophrenia. Clinical Neuropharmacology. 2005;28:163-8.

Conley RR, Mahmoud R. A randomised double-blind study of risperidone and olanzapine in the treatment of schizophrenia or schizoaffective disorder. Amercian Journal of Psychiatry. 2001;158(5):765-74.

Conley RR, Tamminga CA, Bartko JJ, Richardson C, Peszke M, Lingle J, et al. (1998) Olanzapine compared with chlorpromazine in treatment-resistant schizophrenia. The American Journal of Psychiatry. 1998;155(7):914-20.

Cookson J, Taylor D, Katona C. Use of Drugs in Psychiatry: The Evidence from Psychopharmacology. London: Gaskell; 2002.

Cooper SJ, Butler A, Tweed J, Welch C, Raniwalla J. Zotepine in the prevention of recurrence: a randomised, double-blind, placebo-controlled study for chronic schizophrenia. Psychopharmacology. 2000;150:237–43.

Cooper SJ, Tweed J, Raniwalla J, Butler A, Welch C. A placebo-controlled comparison of zotepine versus chlorpromazine in patients with acute exacerbation of schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2000;101(3):218-25.

Copolov DL, Link CGG, Kowalcyk B. A multicentre double-blind randomized comparison of quetiapine (ICI 204, 636, Seroquel) and haloperidol in schizophrenia. Psychological Medicine. 2000; 30(1):95-106.

Crammer J, Eccleston DA. Survey of the use of depot neuroleptics in a whole region. Psychiatric Bulletin. 1989;13:517–20.

Csernansky J, Okamoto A. Risperidone vs haloperidol for prevention of relapse in schizophrenia and schizoaffective disorder: a long-term double-blind comparison Schizophrenia Research. 2000;41:198-9.

Cummins C, Stevens A, Kisely S, Executive N. The Use of Olanzapine as a First and Second Choice Treatment in Schizophrenia: Wessex Institute for Health Research and Development, Development & Evaluation Committee; 1998.

Daniel DG, Wozniak P, Mack RJ, McCarthy BG. Long-term efficacy and safety comparison of sertindole and haloperidol in the treatment of schizophrenia. Psychopharmacology Bulletin. 1993;34(1):61-9.

David AS, Adams C. Depot antipsychotic medication in the treatment of patients with schizophrenia: (1) meta-review; (2) patient and nurse attitudes. Health Technology Assessment. 2001;5:1-61.

Davidson M, Emsley R, Kramer M, Ford L, Pan G, Lim P, et al. Efficacy, safety and early response of paliperidone extended-release tablets (paliperidone ER): results of a 6-week, randomized, placebo-controlled study. Schizophrenia Research. 2007;93(1-3):117-30.

Davies A, Langley PC, Keks NA, Catts SV, Lambert T, Schweitzer I. Risperidone versus haloperidol: II. Cost-effectiveness. Clinical Therapeutics. 1998;20:196-213.

Davies L, Lewis S. Antipsychotic medication for people with first episode schizophrenia: an exploratory economic analysis of alternative treatment algorithms. University of York: Centre for Health Economics; 2000.

Davies LM, Barnes TR, Jones PB, Lewis S, Gaughran F, Hayhurst K, et al. A randomised controlled trial of the cost-utility of second-generation antipsychotics in people with psychosis and eligible for clozapine. Value in Health. 2008;11:549-62.

Davis JM, Kane JM, Marder SR, Brauzer B, Gierl B, Schooler N, et al. Dose response of prophylactic antipsychotics. Journal of Clinical Psychiatry. 1993;54 Suppl:24-30.

Davis JM, Garver DL. Neuroleptics: Clinical Use in Psychiatry. In: Iversen. L, Iversen. S, Snyder. S, eds. Handbook of Psychopharmacology. New York: Plenum Press; 1978 p. 129-64.

De Graeve D, Smet A, Mehnert A, Caleo S, Miadi-Fargier H, Mosqueda GJ, et al. Long-acting risperidone compared with oral olanzapine and haloperidol depot in schizophrenia: a Belgian cost-effectiveness analysis. Pharmacoeconomics. 2005;23(Suppl 1):35-47.

de Haan L, Van Bruggen M, Lavalaye J, Booij J, Dingemans PM, Linszen D. Subjective experience and D2 receptor occupancy inpatients with recent-onset schizophrenia treated with low-dose olanzapine or haloperidol: a randomized, double-blind study. American Journal of Psychiatry. 2003;160(2):303-9.

De Hert M, Sermon J, Geerts P, Vansteelandt K, Peuskens J, Detraux J. The Use of Continuous Treatment Versus Placebo or Intermittent Treatment Strategies in Stabilized Patients with Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials with First- and Second-Generation Antipsychotics. CNS drugs. 2015;29(8):637-58.

Delcker A, Schoon ML, Oczkowski B, Gaertner HJ. Amisulpride versus haloperidol in treatment of schizophrenic patients: Results of a double-blind study. Pharmacopsychiatry. 1990;23(3):125-30.

Dellva MA, Tran P, Tollefson GD, Wentley AL, Beasley CM. Standard olanzapine versus placebo and ineffective dose olanzapine in the maintenance treatment of schizophrenia. Psychiatric Services. 1997;48:1571-7.

Demjaha A, Lappin JM, Stahl D, Patel MX, MacCabe JH, Howes OD et al. Antipsychotic treatment resistance in first-episode psychosis: prevalence, subtypes and predictors. Psychological Medicine. 2017; 47(11):1981-9.

Detke HC, McDonnell DP, Brunner E, Zhao F, Sorsaburu S, Stefaniak VJ, Corya SA. Post-injection delirium/sedation syndrome in patients with schizophrenia treated with olanzapine long-acting injection, I: analysis of cases. BMC Psychiatry. 2010;10:43-52.

Dettling M, Sachse C, Brockmoller J, Schley J, Muller-Oerlinghausen B, Pickersgill I, et al. Long-term therapeutic drug monitoring of clozapine and metabolites in psychiatric in- and outpatients. Psychopharmacology. 2000;152:80-6.

Diaz FJ, de Leon J, Josiassen RC, Cooper TB, Simpson GM. Plasma clozapine concentration coefficients of variation in a long-term study. Schizophrenia Research. 2005;72:131-5.

Dieterle DM, Muller Spahn F, Ackenheil M. Wirksamkeit und Vertraglichkeit von Zotepin im Doppelblindvergleich mit Perazin bei schizophrenen Patienten. [Effectiveness and tolerance of zotepine in a double-blind comparison with perazine in schizophrenic patients]. Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie. 1991; 59(Suppl 1):18-22.

Dinesh M, David A, Quraishi SN. Depot pipotiazine palmitate and undecylenate for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2004;4: Art. No .: CD001720.

Dixon LB, Lehman AF, Levine J. Conventional antipsychotic medications for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 1995;21:567-77.

Dold M, Samara M, Li C, Tardy M, Leucht S. Haloperidol versus antipsicóticos de primera generación para el tratamiento de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015;1: Art. No.: CD009831. doi: 10.1002/14651858.CD009831.

Durson SM, Deakin JF. Augmenting antipsychotic treatment with lamotrigine in patients with treatment-resistant schizophrenia: a naturalistic case-series outcome study. Journal of Psychopharmacology. 2001;15:297-301.

Edgell ET, Andersen SW, Johnstone BM, Dulisse B, Revicki D, Breier A. Olanzapine versus risperidone. A prospective comparison of clinical and economic outcomes in schizophrenia. Pharmacoeconomics. 2000;18:567-79.

Edwards NC, Locklear JC, Rupnow MF, Diamond RJ. Cost effectiveness of longacting risperidone injection versus alternative antipsychotic agents in patients with schizophrenia in the USA. Pharmacoeconomics. 2005;23(Suppl 1):75-89.

Eli Lilly (Study summary on Eli Lilly clinical trials registry) Managing acute schizophrenia, a double-blind comparison between two atypical antipsychotics - Olanzapine and Risperidone.

Eli Lilly (Unpublished) STUDY-S029: A Double-Blind Long-term Study Comparing the Efficacy and Safety of Olanzapine versus Haloperidol in Patients with Schizophrenia Previously Stabilized with Conventional Antipsychotic Treatment.

Emsley RA, McCreadie R, Livingston M, De Smedt G, Lemmens P. Risperidone in the treatment of first-episode patients with schizophreniform disorder; a double-blind multicentre study. In: 8th European College of Neuro-psychopharmacology Congress; 30 Sept - 4 Oct 1995; Venice, Italy.

Emsley RA, Raniwalla J, Bailey PJ, Jones AM. A comparison of the effects of quetiapine ('Seroquel') and haloperidol in schizophrenic patients with a history of and a demonstrated, partial response to conventional antipsychotic treatment. International Clinical Psychopharmacology. 2000;15:121-31.

Essock SM, Hargreaves WA, Covell NH, Goethe J. Clozapine's effectiveness for patients in state hospitals: results from a randomised trial. Psychopharmacology Bulletin. 1996; 32:683-97.

Farde L, Nordstrom AL, Wiesel FA, Pauli S, Halldin C, Sedvall G. Positron emission tomographic analysis of central D1 and D2 dopamine receptor occupancy in patients treated with classical neuroleptics and clozapine. Relation to extrapyramidal side effects. Archives of General Psychiatry. 1992;49:538-44.

Flanagan RJ. Therapeutic monitoring of antipsychotic drugs. CPD Clinical Biochemistry. 2006:3–18.

Fleischhacker WW, Barnas C, Stuppack CH, Unterweger B, Miller C, Hinterhuber H. Zotepine vs. haloperidol in paranoid schizophrenia: a double-blind trial. Psychopharmacology Bulletin. 1989;25:97-100.

Fleischhacker WW, Hummer M. Drug treatment of schizophrenia in the 1990s. Achievements and future possibilities in optimising outcomes. Drugs. 1997;53:915-29.

Fleurot O, Bech P, Turjanski S, Amisulpride Study Group Amisulpride versus risperidone in the treatment of acute schizophrenia. In: Sixth World Congress of Biological Psychiatry. 22-27 June 1997; Nice, France.

Freudenreich O, Henderson DC, Walsh JP, Culhane MA, Goff MD. Risperidone augmentation for schizophrenia partially responsive to clozapine: A double-blind, placebo-controlled trial. Schizophrenia Research. 2007;92:90-4.

Foster K, Meltzer H, Gill B, Hinds K. OPCS Surveys of Psychiatric Morbidity in Great Britain. London: Office of Population Censuses and Surveys; 1996.

Furukawa TA, Levine SZ, Tanaka S, Golberg Y, Samara M, Davis JM, et al.·Initial severity of schizophrenia and efficacy of antipsychotics: participant-level meta-analysis of 6 placebo-controlled studies. JAMA Psychiatry. 2015;72(1):14-21. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.2127

Gaertner I, Gaertner HJ, Vonthein RI, Dietz K. Therapeutic drug monitoring of clozapine in relapse prevention: a five-year prospective study. Journal of Clinical Psychopharmacology. 2001;21:305-10.

Ganguly R, Miller LS, Martin BC. Future employability, a new approach to costeffectiveness analysis of antipsychotic therapy. Schizophrenia Research. 2003;63:111-9.

Geddes J, Freemantle N, Harrison P, Bebbington P. Atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia: systematic overview and meta-regression analysis. BMJ. 2000;321:1371-6.

Geitona M, Kousoulakou H, Ollandezos M, Athanasakis K, Papanicolaou S, Kyriopoulos I. Costs and effects of paliperidone extended release compared with alternative oral antipsychotic agents in patients with schizophrenia in Greece: a cost effectiveness study. Annals of General Psychiatry. 2008;7:16.

Gelenberg AJ, Doller JC. Clozapine versus chlorpromazine for the treatment of schizophrenia: preliminary results from a double-blind study. Journal of Clinical Psychiatry. 1979;40:238-40.

Genc Y, Taner E, Candansayar S. Comparison of clozapine-amisulpride and clozapine-quetiapine combinations for patients with schizophrenia who are partially responsive to clozapine: a single-blind randomized study. Advances in Therapy. 2007;24:1-13.

Gilbert PL, Harris MJ, McAdams LA, Jeste DV. Neuroleptic withdrawal in schizophrenic patients. A review of the literature. Archives of General Psychiatry. 1995;52:173-88.

Godleski LS, Sernyak MJ. Agranulocytosis after addition of risperidone to clozapine treatment. American Journal of Psychiatry. 1996;153:735-6.

Gureje O, Catts S, Fraser A, Hustig H, Keks N, Lambert Y, et al. Olanzapine versus risperidone in the treatment of schizophrenia and related psychotic disorders. In: XXIst Collegium Internationale Neuro-psychopharmacologicum; 12 -16 July 1998; Glasgow, Scotland.

Haddad PM, Wieck A. Antipsychotic-induced hyperprolactinaemia: mechanisms, clinical features and management. Drugs. 2004;64:2291-314.

Hale A, Azorin JM, Kasper S, Maier W, Syvalahti E, Van der Burght M, et al. Sertindole is associated with a low level of extrapyramidal symptoms in schizophrenic patients: Results of a phase III trial. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice. 2000;4(1):47-54.

Hamilton SH, Revicki DA, Edgell ET, Genduso LA, Tollefson G. Clinical and economic outcomes of olanzapine compared with haloperidol for schizophrenia. Results from a randomised clinical trial. Pharmacoeconomics. 1999;15:469-80.

Haro JM, Suarez D, Novick D, Brown J, Usall J, Naber D, et al. Three-year antipsychotic effectiveness in the outpatient care of schizophrenia: observational versus randomized studies results. European Neuropsychopharmacology. 2007;17:235-44.

Harrington M, Lelliott P, Paton C, Konsolaki M, Sensky T, Okocha C. Variation between services in polypharmacy and combined high dose of antipsychotic drugs prescribed for in-patients. Psychiatric Bulletin. 2002;26:418-20.

Healy D. The Creation of Psychopharmacology. Cambridge, MA: Harvard University Press; 2002.

Heck AH, Haffmans PMJ, De Groot IW, Hoencamp E. Risperidone versus haloperidol in psychotic patients with disturbing neuroleptic-induced extrapyramidal symptoms: A double-blind, multi-center trial. Schizophrenia Research. 2000;46(2-3):97-105.

Heeg B, Antunes J, Figueira M, Jara J, Marques Teixeira J, Palha A, et al. Costeffectiveness and budget impact of long-acting risperidone in Portugal: a modelling exercise. Current Medical Research and Opinion. 2008;24:349-58.

Hertling I, Philipp M, Dvorak A, Glaser T, Mast O, Beneke M, et al. Flupenthixol versus risperidone: subjective quality of life as an important factor for compliance in chronic schizophrenic patients. Neuropsychobiology. 2003;47:37-46.

HGBL 1997. Eli Lilly. Datos en archivo. Datos suministrados al Grupo Cochrane de Esquizofrenia 1999.

HGCJ 1999. Hong Kong (unpublished). Eli Lilly and Company Limited.

HGCU 1998. Taiwan (unpublished). Eli Lilly and Company Limited.

Hillert A, Philipp M, Gattaz WF, Sauer H, Adler G, Wetzel H, et al. Amisulpride vs flupentixol in the treatment of schizophrenia with predominant positive symptomatology: a controlled double-blind study. Neuropsychopharmacology. 1994;10(Suppl 2):31.

Hirsch SR, Barnes TRE. The clinical treatment of schizophrenia with antipsychotic medication. In: Hirsch SR, Weinberger DR, eds. Schizophrenia. Oxford: Blackwell; 1995. p. 443–68.

Hogarty GE, Ulrich RF, Mussare F, Aristigueta N. Drug discontinuation among long term, successfully maintained schizophrenic outpatients. Diseases of the Nervous System. 1976;37:494-500.

Hollister LE. Clinical differences among phenothiazines in schizophrenics. Introduction: specific indications for antipsychotics: elusive end of the rainbow. Advances in Biochemical Psychopharmacology. 1974;9:667-73.

Holt RI, Bushe C, Citrome L. Diabetes and schizophrenia 2005: are we any closer to understanding the link? Journal of Psychopharmacology. 2005;19:56-65.

Honer WG, Thornton AE, Chen E, Chan RC, Wong JO, Bergmann A, et al. Clozapine alone versus clozapine and risperidone with refractory schizophrenia. The New England Journal of Medicine. 2006;354:472-82.

Hong CJ, Chen JY, Sim CB. A double-blind comparative study of clozapine versus chlorpromazine on Chinese patients with treatment-refractory schizophrenia. International Clinical Psychopharmacology. 1997;12(3):123-30.

Hosalli P, Davis JM. Depot risperidone for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2003;4:Art. No. CD004161. doi: 10.1002/14651858.CD004161.

Hoyberg OJ, Fensbo C, Remvig J, Lingjaerde O, Sloth-Nielsen M, Salvesen I. Risperidone versus perphenazine in the treatment of chronic schizophrenic patients with acute exacerbations. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1993;88:395-402.

Huttunen M, Piepponen T, Rantanen H, Larmo I, Nyholm R, Raitasuo V. Risperidone versus zuclopenthixol in the treatment of acute schizophrenic episodes: a double-blind parallel-group trial. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1995;91:271-7.

Hwang TJ, Lee SM, Sun HJ, Lin HN, Tsai SJ, Lee YC, et al. Amisulpride versus risperidone in the treatment of schizophrenic patients: a double-blind pilot study in Taiwan. Journal of the Formosan Medical Association. 2003;102(1):30-6.

Iqbal MM, Rahman A, Husain Z, Mahmud SZ, Ryan WG, Feldman JM. Clozapine: a clinical review of adverse effects and management. Annals of Clinical Psychiatry. 2003;15:33-48.

Jakovljevic M, Dossenbach MR, Friedel P, Schausberger B, Grundy SL, Hotujac L, et al. Olanzapine versus fluphenazine in the acute (6-week) treatment of schizophrenia. Psychiatria Danubina. 1999;11(1-2):3-11.

Janicak PG, Davis JM, Kasckow JW, Tugrul K, Dowd RNS, Sharma RP. Risperidone versus haloperidol for schizoaffective disorder. In: 152nd Annual Meeting of the American Psychiatric Association; 15 - 20 May 1999; Washington DC.

Jerrell JM. Cost-effectiveness of risperidone, olanzapine, and conventional antipsychotic medications. Schizophrenia Bulletin. 2002;28:589-605.

Jones B. Olanzapine versus risperidone and haloperidol in the treatment of schizophrenia. In: 151st Annual Meeting of the American Psychiatric Association; 30 May - 4 June 1998; Toronto, Ontario.

Jones PB, Barnes TR, Davies L, Dunn G, Lloyd H, Hayhurst KP, et al. Randomized controlled trial of the effect on Quality of Life of second- vs first-generation antipsychotic drugs in schizophrenia: Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study (CUtLASS 1). Archives of General Psychiatry. 2006;63(10):1079-87.

Josiassen RC, Joseph A, Kohegyi E, Stokes S, Dadvand M, Paing WW, et al. Clozapine augmented with risperidone in the treatment of schizophrenia: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. The American Journal of Psychiatry. 2005;162(1):130-6.

Kane J, Canas F, Kramer M, Ford L, Gassmann-Mayer C, Lim P, et al. Treatment of schizophrenia with paliperidone extended-release tablets: a 6-week placebo-controlled trial. Schizophrenia Research. 2007a;90(1-3):147-61.

Kane JM, Carson WH, Saha AR, McQuade RD, Ingenito GG, Zimbroff DL, et al. Efficacy and safety of aripiprazole and haloperidol versus placebo in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder.[see comment]. Journal of Clinical Psychiatry. 2002;63(9):763-71.

Kane JM, Eerdekens M, Lindenmayer JP, Keith SJ, Lesem M, Karcher K. Long-acting injectable risperidone: efficacy and safety of the first long-acting atypical antipsychotic. The American Journal of Psychiatry. 2003;160:1125-32.

Kane JM, Honigfeld G, Singer J, Meltzer H. Clozapine in treatment-resistant schizophrenics. Psychopharmacology Bulletin. 1988; 24(1):62-7.

Kane J, Honigfeld G, Singer J, Meltzer H. Clozapine for the treatment-resistant schizophrenic. A double-blind comparison with chlorpromazine. Archives of General Psychiatry. 1988;45:789-96.

Kane JM, Marder SR. Psychopharmacologic treatment of schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 1993;19:287-302.

Kane JM, Marder SR, Schooler NR, Wirshing WC, Umbricht D, Baker RW, et al. Clozapine and haloperidol in moderately refractory schizophrenia: a 6-month randomized and double-blind comparison. Archives of General Psychiatry. 2001;58:965-72.

Kane JM, Meltzer HY, Carson WH, McQuade RD, Marcus RN, Sanchez R, et al. Aripiprazole for treatment-resistant schizophrenia: results of a multicenter, randomized, double-blind, comparison study versus perphenazine. The Journal of Clinical Psychiatry. 2007b;68:213-23.

Kane JM. Treatment programme and long-term outcome in chronic schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum. 1990;358:151-7.

Kane JM. Treatment of schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 1987;13:133-56.

Kapur S, Remington G. Dopamine D(2) receptors and their role in atypical antipsychotic action: still necessary and may even be sufficient. Biological Psychiatry. 2001;50:873-83.

Karunakaran K, Tungaraza TE, Harborne GC. Is clozapine-aripiprazole combination a useful regime in the management of treatment-resistant schizophrenia? Journal of Psychopharmacology. 2006;21:453-6.

Kasper S, Lerman MN, McQuade RD, Saha A, Carson WH, Ali M, et al. Efficacy and safety ofaripiprazole vs. haloperidol for long-term maintenance treatment following acute relapse of schizophrenia. The International Journal of Neuropsychopharmacology. 2003;6:325-37.

Kasper S, Winkler D. Addressing the limitations of the CATIE study. World Journal of Biological Psychiatry. 2006;7:126-7.

Kern RS, Green MF, Marshall BD, Wirshing WC, Wirshing D, McGurk S, et al. Risperidone vs. haloperidol on reaction time, manual dexterity, and motor learning in treatment-resistant schizophrenia patients. Biological Psychiatry. 1998;44(8):726-32.

Kinon BJ, Kane JM, Johns C, Perovich R, Ismi M, Koreen A, et al. Treatment of neuroleptic-resistant schizophrenia relapse. Psychopharmacology Bulletin. 1993;29:309-14.

Kinon BJ, Lipkovich I, Edwards SB, Adams DH, scher-Svanum H, Siris SG. A 24-week randomized study of olanzapine versus ziprasidone in the treatment of schizophrenia or schizoaffective disorder in patients with prominent depressive symptoms. Journal of Clinical Psychopharmacology. 2006a;26(2):157–62.

Kinon BJ, Noordsy DL, Liu-Seifert H, Gulliver AH, scher-Svanum H, Kollack-Walker S. Randomized, double-blind 6-month comparison of olanzapine and quetiapine in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder with prominent negative symptoms and poor functioning. Journal of Clinical Psychopharmacology. 2006b;26(5):453-61.

Kissling W. The current unsatisfactory state of relapse prevention in schizophrenic psychoses-suggestions for improvement. Clinical Neuropharmacology. 1991;14(Suppl 2):S33-44.

Klieser E, Lehmann E, Heinrich K. Risperidone in comparison with various treatments of schizophrenia. In: Kane JM, Moller HJ, Awouters F, eds. Serotonin in antipsychotic treatment: Mechanisms and Clinical Practice. 1996; New York: Marcel Dekker.

Klieser E, Schonell H. Klinisch-pharmakologische Studien zur Behandlung schizophrener Minussymptomatik. In: Moller HJ, Pelzer E, eds. Neuere Ansatze zur Diagnostik und Therapie schizophrener Minussymptomatik. 1990; Berlin: Springer-Verlag.

Knapp M, Windmeijer F, Brown J, Kontodimas S, Tzivelekis S, Haro JM, et al. Costutility analysis of treatment with olanzapine compared with other antipsychotic treatments in patients with schizophrenia in the pan-European SOHO study. Pharmacoeconomics. 2008;26:341-58.

Kongsakon R, Trinidad-Oate P, Chaudhry HR, Raza SB, Leynes CR, Khan IU, et al. Asian outpatients with schizophrenia: A double-blind randomized comparison of quality of life and clinical outcomes for patients treated with olanzapine or haloperidol. Journal of the Medical Association of Thailand. 2006;89(8):1157-70.

Kontaxakis VP, Ferentinos PP, Havaki-Kontaxaki BJ, Roukas DK. Randomized controlled augmentation trials in clozapine-resistant schizophrenic patients: a critical review. European Psychiatry. 2005;20:409-15.

Kontaxakis VP, Havaki-Kontaxaki BJ, Stamouli SS, Christodoulou GN. Toxic interaction between risperidone and clozapine: a case report. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry. 2002;26:407-9.

Kramer M, Simpson G, Maciulis V, Kushner S, Vijapurkar U, Lim P, et al. Paliperidone extended-release tablets for prevention ofsymptom recurrence in patients with schizophrenia: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. Journal of Clinical Psychopharmacology. 2007;27:6-14.

Kreyenbuhl JA, Valenstein M, McCarthy JF, Ganoczy D, Blow FC. Long-term antipsychotic polypharmacy in the VA health system: patient characteristics and treatment patterns. Psychiatric Services. 2007;58:489-95.

Laboratoires Knoll France. Multicentre, double blind, parallel-group comparative study of zotepine versus haloperidol, evaluating costs, quality of life and efficacy in patients with chronic or subchronic schizophrenia. Report No: Study No. ZT 4002. 2001; Levallois-Perret: Laboratoires Knoll France.

Lally J, Tully J, Robertson D, Stubbs B, Gaughran F, MacCabe JH. Augmentation of clozapine with electroconvulsive therapy in treatment resistant schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. Schizophrenia Research. 2016;171(1-3):215-24.

Lambert M, Naber D, Schacht A, Wagner T, Hundemer HP, Karow A, et al. Rates and predictors of remission and recovery during 3 years in 392 never-treated patients with schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2008;118:220-9.

Launois R, Graf von der Schulenberg M, Knapp M, Toumi M. Cost-effectiveness of sertindole versus olanzapine or haloperidol: a comprehensive model. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice. 1998;2:S79-S86.

Laux G, Heeg B, van Hout BA, Mehnert A. Costs and effects of long-acting risperidone compared with oral atypical and conventional depot formulations in Germany. Pharmacoeconomics. 2005;23 (Suppl 1):49-61.

Lecomte P, De Hert M, van Dijk M, Nuijten M, Nuyts G, Persson U. A 1-year costeffectiveness model for the treatment of chronic schizophrenia with acute exacerbations in Belgium. Value in Health. 2000;3:1-11.

Lecrubier Y, Benkert O, Kasper S, Peuskens J, Sechter D. Amisulpride versus risperidone in schizophrenia: comparing clinical and functional outcome in a six month study. In: 39th Annual Meeting of the American College of Neuropsychopharmacology; December 10-14 2000; San Juan, Puerto Rico. Available from: URL: http://www.acnp.org/AOLGATE/default.htm#

Lecrubier Y, Bouhassira M, Olivier V, Lancrenon S, Crawford AM. Olanzapine versus amisulpride and placebo in the treatment of negativesymptoms and deficit states of chronic schizophrenia. European Neuropsychopharmacology. 1999;9(Suppl 5):S288.

Lee SM, Chou YH, Li MH, Wan FJ, Yen MH. Effects of antipsychotics on cognitive performance in drug-naive schizophrenic patients. Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry. 2007;31(5):1101-7.

Leucht S, Wahlbeck K, Hamann J, Kissling W. New generation antipsychotics versus low-potency conventional antipsychotics: a systematic review and meta-analysis. The Lancet. 2003;361(9369):1581-9.

Lehman AF, Steinwachs DM. Patterns of usual care for schizophrenia: initial results from the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) Client Survey. Schizophrenia Bulletin. 1998;24:11-20.

Leucht S, Helfer B, Dold M, Kissling W, McGrath JJ. Lithium for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015;10: Art. No.: CD003834. doi: 10.1002/14651858.CD003834.pub3.

Lewis SW, Barnes TR, Davies L, Murray RM, Dunn G, Hayhurst KP, et al. Randomised controlled trial of effect of prescription of clozapine versus other second-generation antipsychotic drugs in resistant schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 2006a;32:715-23.

Lewis SW, Davies L, Jones PB, Barnes TR, Murray RM, Kerwin R, et al. Randomised controlled trials of conventional antipsychotic versus new atypical drugs, and new atypical drugs versus clozapine, in people with schizophrenia responding poorly to, or intolerant of, current drug treatment. Health Technology Assessment. 2006b;10:1-165.

Lewis SW, Davies L, Jones PB, Barnes TR, Murray RM, Kerwin R, et al. Randomised controlled trials of conventional antipsychotic versus new atypical drugs, and new atypical drugs versus clozapine, in people with schizophrenia responding poorly to, or intolerant of, current drug treatment. Health Technology Assessment. 2006;10(17):iii-iv, ix-xi,1-165.

Liberman RP, Gutkind D, Mintz J, Green M, Marshall BD Jr, Robertson MJ, et al. Impact of risperidone versus haloperidol on activities of daily living in the treatment of refractory schizophrenia. Comprehensive Psychiatry. 2002;43(6):469-73.

Lieberman JA, Alvir JM, Woerner M, Degreef G, Bilder RM, Ashtari M, et al. Prospective study of psychobiology in first-episode schizophrenia at Hillside Hospital. Schizophrenia Bulletin. 1992;18:351-71.

Lieberman J, Jody D, Geisler S, Alvir J, Loebel A, Szymanski S, et al. Time course and biologic correlates of treatment response in first-episode schizophrenia. Archives of General Psychiatry. 1993;50:369-76.

Lieberman J, Jody D, Geisler S, Vital-Herne J, Alvir JM, Walsleben J, et al. Treatment outcome of first episode schizophrenia. Psychopharmacology Bulletin. 1989;25:92-6.

Lieberman JA, Phillips M, Gu H, Stroup S, Zhang P, Kong L, et al. Atypical and conventional antipsychotic drugs in treatment-naive first-episode schizophrenia: a 52-week randomized trial of clozapine vs chlorpromazine. Neuropsychopharmacology. 2003b;28:995-1003.

Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. New England Journal of Medicine. 2005;353(12):1209-23.

Lieberman JA, Tollefson G, Tohen M, Green AI, Gur RE, Kahn R, et al. Comparative efficacy and safety of atypical and conventional antipsychotic drugs in first-episode psychosis: a randomized, double-blind trial of olanzapine versus haloperidol. American Journal of Psychiatry. 2003a;160(8):1396-404.

Lieberman JA. Comparative effectiveness of antipsychotic drugs - a commentary on Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study (CUtLASS 1) and Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE). Archives of General Psychiatry. 2006;63:1069-72.

Llorca PM, Lancon C, Disdier B, Farisse J, Sapin C, Auquier P. Effectiveness of clozapine in neuroleptic-resistant schizophrenia: clinical response and plasma concentrations. Journal of Psychiatry Neuroscience. 2002;27:30-7.

Mackin P, Bishop D, Watkinson H, Gallagher P, Ferrier IN. Metabolic disease and cardiovascular risk in people treated with antipsychotics in the community. The British Journal of Psychiatry. 2007a;191:23-9.

MacMillan JF, Crow TJ, Johnson AL, Johnstone EC. Short-term outcome in trial entrants and trial eligible patients. The British Journal of Psychiatry. 1986;148:128-33.

Malyarov S, Dzub G. Comparative assessment of the positive and negative symptom dynamics in schizophrenic patients treated with atypical antipsychotics or haloperidol. European Neuropsychopharmacology. 1999; 9(Suppl. 5):S296.

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

Marder SR, Kramer M, Ford L, Eerdekens E, Lim P, Eerdekens M, et al. Efficacy and safety of paliperidone extended-release tablets: results of a 6-week, randomized, placebo-controlled study. Biological Psychiatry. 2007;62(12):1363-70.

Marder SR, Meibach RC. Risperidone in the treatment of schizophrenia. American Journal of Psychiatry. 1994;151(Suppl 6):825-35.

Marder SR, Wirshing DA. Maintenance treatment. In: Hirsch SR, Weinberger DR, eds. Schizophrenia, 2nd edition. Oxford: Blackwell; 2003.

Martin S, Lo H, Peuskens J, Thirumalai S, Giudicelli A, Fleurot O, et al. A double-blind, randomised comparative trial of amisulpride versus olanzapine in the treatment of schizophrenia: short-term results at two months. Current Medical Research & Opinion. 2002;18(6):355-62.

May PRA. Treatment of Schizophrenia: A Comparative Study of Five Treatment Methods. New York: Science House; 1968.

McCarthy RH, Terkelsen KG. Risperidone augmentation of clozapine. Pharmacopsychiatry. 1995;28:61-63.

McCarthy RH. Seizures following smoking cessation in a clozapine responder. Pharmacopsychiatry. 1994;27:210-1.

McEvoy JP, Byerly M, Hamer RM, et al. Effectiveness of Paliperidone Palmitate vs Haloperidol Decanoate for Maintenance Treatment of Schizophrenia. A Randomized Clinical Trial. JAMA. 2014;311(19):1978-87.

McEvoy JP, Lieberman JA; Perkins DO, Hamer RM, Gu H, Lazarus A, et al. (2007) Efficacy andtolerability of olanzapine, quetiapine, and risperidone in the treatment of early psychosis: a randomized, double-blind 52-week comparison. American Journal of Psychiatry. 2007;164(7):1050-60.

McEvoy JP, Schooler NR, Wilson WH. Predictors of therapeutic response to haloperidol in acute schizophrenia. Psychopharmacology Bulletin. 1991;27:97-101.

McQuade RD, Stock E, Marcus R, Jody D, Gharbia NA, Vanveggel S, et al. A comparison of weight change during treatment with olanzapine or aripiprazole: results from a randomized, double-blind study. Journal of Clinical Psychiatry. 2004;65(Suppl 18):47-56.

Meltzer HY, Alphs L, Green AI, Altamura AC, Anand R, Bertoldi A, et al. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). Archives of General Psychiatry. 2003;60:82-91.

Meltzer HY, Bobo WV, Roy A, Jayathilake K, Chen Y, Ertugrul A, et al. A randomized, double-blind comparison of clozapine and high-dose olanzapine in treatment-resistant patients with schizophrenia. Journal of Clinical Psychiatry. 2008;69(2):274-85.

Mesotten F, et al. Risperidone versus haloperidol in the treatment of chronic psychotic patients: a multicentre double-blind study. Clinical Research Report No: RIS-INT-2, N85163. 1991; Piscataway, NJ: Janssen.

Meyer-Lindenberg A, Bauer U, Lis S, Krieger S, Gallhofer B. Improvement of cognitive function in schizophrenic patients receiving clozapine or zotepine: Results from a double-blind study. Pharmacopsychiatry. 1997;30(2):35-42.

Min SK, Kim DK. Effects of haloperidol and risperidone on the quality of life of chronic schizophrenic patients. International Journal of Neuropsychopharmacology. 2000;3(Suppl. 1):101-S101.

Möller HJ, Boyer P, Rein W, Eich FX, Group AS. Treatment of schizophrenic patients with acute exacerbations: A double-blind comparison of amisulpride and haloperidol. Pharmacopsychiatry. 1997;30(5):199.

Möller HJ, Riedel M, Jäger M, Wickelmaier F, Maier W, Kühn KU, et al. Short-term treatment with risperidone or haloperidol in first-episode schizophrenia: 8-week results of a randomized controlled trial within the German Research Network on Schizophrenia. International Journal of Neuropsychopharmacology. 2008;11(7):985-97. doi: 10.1017/S1461145708008791.

Möller HJ, van Zerssen D. Course and outcome of schizophrenia. In: Hirsch. S, Weinberger D, eds. Schizophrenia Oxford: Blackwell; 1995. p. 106–27.

Möller HJ. Do effectiveness ("real world") studies on antipsychotics tell us the real truth? European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 2008;258:257-70.

Newcomer JW. Antipsychotic medications: metabolic and cardiovascular risk. Journal of Clinical Psychiatry. 2007;68(Suppl 4):8-13.

Mossaheb N, Sacher J, Wiesegger G, Klein N, Spindelegger CJ, Asenbaum S, et al. Haloperidol in combination with clozapine in treatment-refractory patients with schizophrenia. European Neuropsychopharmacology. 2006;16:S416-S16.

Muller Siecheneder F, Muller MJ, Hillert A, Szegedi A, Wetzel H, Benkert O. Risperidone versus haloperidol and amitriptyline in the treatment of patients with a combined psychotic and depressive syndrome. Journal of Clinical Psychopharmacology. 1998;18(2):111-20.

Murasaki M, Koyama T, Yamauchi T, Yagi MG, Ushijima S, Kamijima K. Clinical evaluation of quetiapine in schizophrenia - efficacy and tolerability of quetiapine compared with haloperidol in patients with schizophrenia. In: Annual Meeting of the World Psychiatric Association; August 6-11 1999; Hamburg, Germany.

Nasrallah HA, Meyer JM, Goff DC, McEvoy JP, Davis SM, Stroup TS, et al. Low rates of treatment for hypertension, dyslipidemia and diabetes in schizophrenia: data from the CATIE schizophrenia trial sample at baseline. Schizophrenia Research. 2006;86:15-22.

Naukkarinen H, Rimon R, Katila H, Riihikangas R, Heikkila L. Olanzapine and perphenazine in schizophrenia. Schizophrenia Research. 2000;41(1):190.

Newcomer JW. Antipsychotic medications: metabolic and cardiovascular risk. Journal of Clinical Psychiatry. 2007;68(Suppl:4):8-13.

NICE. Guidance on the Use of Newer (Atypical) Antipsychotic Drugs for the Treatment of Schizophrenia: Technology Appraisal. London: NICE; 2002a.

Nicholls CJ, Hale AS, Freemantle N. Cost-effectiveness of amisulpride compared with risperidone in patients with schizophrenia. Journal of Drug Assessment. 2003;6:79-89.

Oh PI, Lanctôt KL, Mittmann N, Iskedjian M, Einarson TR. Cost-utility of risperidone compared with standard conventional antipsychotics in chronic schizophrenia. Journal of Medical Economics. 2001;4:137-56.

Oh PI, Lanctôt KL, Mittmann N, Iskedjian M, Einarson TR. Cost-utility of risperidone compared with standard conventional antipsychotics in chronic schizophrenia. Journal of Medical Economics. 2001;4:137-56.

Olie JP, Spina E, Murray S, Yang R. Ziprasidone and amisulpride effectively treat negative symptoms of schizophrenia: results of a 12-week, double-blind study. International Clinical Psychopharmacology. 2006;21:143-51.

Oliemeulen EAP, van Hoof JJM, Jogems-Kosterman BJM, Hulstijn W, Tuynman-Qua HG. Is olanzapine a substitute for clozapine? The effects on psychomotor performance. Schizophrenia Research. 2000;41(1):187.

Oosthuizen P, Emsley RA, Turner J, Keyter N. Determining the optimal dose of haloperidol in first-episode psychosis. Journal of Psychopharmacology. 2001;15:251-5.

Ortiz-Orendain J, Castiello-de Obeso S, Colunga-Lozano LE, Hu Y, Maayan N, Adams CE. Antipsychotic combinations for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017;6: Art. No.: CD009005. doi:10.1002/14651858.CD009005.pub2.

Osborn DP, Levy G, Nazareth I, Petersen I, Islam A, King MB. Relative risk of cardiovascular and cancer mortality in people with severe mental illness from the United Kingdom's General Practice Research Database. Archive of General Psychiatry. 2007a; 64:242-49.

Osborn DP, Nazareth I, King MB. Physical activity, dietary habits and Coronary Heart Disease risk factor knowledge amongst people with severe mental illness: a cross sectional comparative study in primary care. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2007b; 42:787-93.

Ozdemir V, Kalow W, Posner P, Collins EJ, Kennedy JL, Tang BK, et al. CYP1A2 activity as measured by a caffeine test predicts clozapine and active metabolite steady-state concentrationin patients with schizophrenia. Journal of Clinical Psychopharmacology. 2002;21:398-407.

Palmer CS, Brunner E, Ruiz-Flores LG, Paez-Agraz F, Revicki DA. A costeffectiveness clinical decision analysis model for treatment of schizophrenia. Archives of Medical Research. 2002;33:572-80.

Palmer CS, Revicki DA, Genduso LA, Hamilton SH, Brown RE. A cost-effectiveness clinical decision analysis model for schizophrenia. American Journal of Managed Care. 1998;4:345-55.

Pantelis C, Lambert TJ. Managing patients with 'treatment resistant' schizophrenia. Medical Journal of Australia. 2003;178 (Suppl.):62-66.

Patel MX, David AS. Why aren't depot antipsychotics prescribed more often and what can be done about it? Advances in Psychiatric Treatment. 2005;11:203-11.

Paton C, Barnes TR, Cavanagh MR, Taylor D, Lelliott P. High-dose and combination antipsychotic prescribing in acute adult wards in the UK: the challenges posed by p.r.n. prescribing. The British Journal of Psychiatry. 2008;192:435-9.

Paton C, Lelliott P, Harrington M, Okocha C, Sensky T, Duffett R. Patterns of antipsychotic and anticholinergic prescribing for hospital inpatients. Journal of Psychopharmacology. 2003;17:223-9.

Paton C, Whittington C, Barnes TR. Augmentation with a second antipsychotic in patients with schizophrenia who partially respond to clozapine: a meta-analysis. Journal of Clinical Psychopharmacology. 2007;27(2):198-204.

Petit M, Raniwalla J, Tweed J, Leutenegger E, Dollfus S, Kelly F. A comparison of an atypical and typical antipsychotic, zotepine versus haloperidol in patients with acute exacerbation of schizophrenia: a parallel-group double-blind trial. Psychopharmacology Bulletin. 1996;32:81-7.

Peuskens J, Link CG. A comparison of quetiapine and chlorpromazine in the treatment of schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1997;96(4):265-73.

Peuskens J. Risperidone in the treatment of patients with chronic schizophrenia: A multi-national, multi-centre, double-blind, parallel-group study versus haloperidol. The British Journal of Psychiatry. 1995;166(6):712-26.

Pfizer. Appraisal on newer (atypical) antipsychotic drugs in the treatment of schizophrenia: supplementary information. Submission for ziprasidone. 2001; Sandwich: Pfizer.

Pfizer. Eight week multicentre double-blind study comparing ziprasidone with risperidone in the treatment of patients with acute exacerbation of schizophrenia or schizoaffective disorder. Report No: 128-302. 1997; Sandwich: Pfizer.

Pigott TA, Carson WH, Saha AR, Torbeyns AF, Stock EG, Ingenito GG, et al. Aripiprazole for the prevention of relapse in stabilized patients with chronic schizophrenia: a placebo-controlled 26-week study. Journal of Clinical Psychiatry. 2003;64(9):1048-56.

Potter WZ, Ko GN, Zhang LD, Yan WW. Clozapine in China - a review and preview of US/PRC collaboration. Psychopharmacology. 1989;99:S87-S91.

Puech AJ. Amisulpride, an atypical antipsychotic, in the treatment of acute episodes of schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1998;98:65-72.

Purdon SE, Malla A, Labelle A, Litt W. Neuropsychological change in schizophrenia after 6 months of double-blind treatment with quetiapine or haloperidol. Schizophrenia Research. 2000;41(1):205-6.

Rattehalli RD, Zhao S, Li BG, Jayaram MB, Xia J, Sampson S. Risperidone versus placebo for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016;12: Art. No.: CD006918. doi: 10.1002/14651858.CD006918.pub3.

Reams SG, Sanger TM, Beasley CM. Olanzapine in the treatment of elderly patients with schizophrenia and related psychotic disorders. Schizophrenia Research. 1998;29(1-2):151-2.

Remington G, Kapur S, Zipursky RB. Pharmacotherapy of first-episode schizophrenia. The British Journal of Psychiatry. 1998;172:66-70.

Riedel M, Müller N, Spellmann I, Engel RR, Musil R, Valdevit R, et al. Efficacy of olanzapine versus quetiapine on cognitive dysfunctions in patients with an acute episode of schizophrenia. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 2007;257(7):402-12.

Riedel M, Muller N, Strassnig M, Spellmann I, Engel RR, Musil R, et al. Quetiapine hasequivalent efficacy and superior tolerability to risperidone in the treatment of schizophrenia with predominantly negative symptoms. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 2005;255(6):432-7.

Rosenheck R, Cramer J, Weichun XU, Thomas J, Henderson W, Frisman L, et al. A comparison of clozapine and haloperidol in hospitalised patients with refractory schizophrenia. New England Journal of Medicine. 1997;337:809-15.

Rosenheck R, Evans D, Herz L, Cramer J, Xu W, Thomas J, et al. How long to wait for a response to clozapine: a comparison of time course of response to clozapine and conventional antipsychotic medication in refractory schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 1999;25:709-19.

Rosenheck RA, Leslie DL, Sindelar J, Miller EA, Lin H, Stroup TS, et al. Costeffectiveness of second-generation antipsychotics and perphenazine in a randomized trial of treatment for chronic schizophrenia. American Journal of Psychiatry. 2006;163:2080-9.

Rosenheck R, Perlick D, Bingham S, Liu-Mares W, Collins J, Warren S, et al. Effectiveness and cost of olanzapine and haloperidol in the treatment of schizophrenia: a randomized controlled trial. JAMA: The Journal of the American Medical Association. 2003;290:2693-702.

Rostami-Hodjegan A, Amin AM, Spencer EP, Lennard MS, Tucker GT, Flanagan RJ. Influence of dose, cigarette smoking, age, sex, and metabolic activity on plasma clozapine concentrations: a predictive model and nomograms to aid clozapine dose adjustment and to assess compliance in individual patients. Journal of Clinical Psychopharmacology. 2004;24:70-8.

Royal College of Psychiatrists. Consensus Statement on High-Dose Antipsychotic Medication. London: Royal College of Psychiatrists; 2006.

Samara MT, Dold M, Gianatsi M, Nikolakopoulou A, Helfer B, Salanti G, et al. Efficacy, Acceptability, and Tolerability of Antipsychotics in Treatment-Resistant Schizophrenia: A Network Meta-analysis. JAMA Psychiatry. 2016;73(3):199-210. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.2955.

Sampson S, Hosalli P, Furtado VA, Davis JM. Risperidone (depot) for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016;4: Art. No.: CD004161. doi: 10.1002/14651858.CD004161.pub2.

San L, Bernardo M, Gómez A, Martínez P, González A, Peña M. Socio-demographic, clinical and treatment characteristics of relapsing schizophrenic patients. Nordic Journal of Psychiatry. 2013;67(1):22-9. doi: 10.3109/08039488.2012.667150

Schooler N, Rabinowitz J, Davidson M, Emsley R, Harvey PD, Kopala L, et al. Risperidone and haloperidol in first-episode psychosis: a long-term randomized trial. American Journal of Psychiatry. 2005;162(5):947-53.

Schooler NR. Relapse and rehospitalization: comparing oral and depot antipsychotics. Journal of Clinical Psychiatry. 2003;64(Suppl 16):14-7.

See RE, Fido AA, Maurice M, Ibrahim MM, Salama GM. (1999) Risperidone-induced increase of plasma norepinephrine is not correlated with symptom improvement in chronic schizophrenia. Biological Psychiatry. 1999;45(12):1653-6.

Shalev A, Hermesh H, Rothberg J, Munitz H. Poor neuroleptic response in acutely exacerbated schizophrenic patients. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1993;87:86-91.

Shiloh R, Zemishlany Z, Aizenberg D, Radwan M, Schwartz B, Dorfman-Etrog P, et al. Sulpiride augmentation in people with schizophrenia partially responsive to clozapine. A double-blind, placebo-controlled study. The British Journal of Psychiatry. 1997;171:569-73.

Simpson GM, Glick ID, Weiden PJ, Romano SJ, Siu CO. Randomized, controlled, double-blind multicenter comparison of the efficacy and tolerability of ziprasidone and olanzapine in acutely ill inpatients with schizophrenia or schizoaffective disorder. The American Journal of Psychiatry. 2004;161(10):1837-47.

Simpson GM, Weiden P, Pigott T, Murray S, Siu CO, Romano SJ. Six-month, blinded, multicenter continuation study of ziprasidoneversus olanzapine in schizophrenia. The American Journal of Psychiatry. 2005;162:1535-8.

Siskind D, McCartney L, Goldschlager R, Kisely S. Clozapine v. first- and second-generation antipsychotics in treatment-refractory schizophrenia: systematic review and meta-analysis. British Journal of Psychiatry. 2016;209(5):385-92. doi: 10.1192/bjp.bp.115.177261.

Snyder SH, Greenberg D, Yamumura HI. Antischizophrenic drugs: affinity for muscarinic cholinergic receptor sites in the brain predicts extrapyramidal effects. Journal of Psychiatric Research. 1974;11:91-5.

Speller JC, Barnes TRE, Curson DA, Pantelis C, Alberts JL. (1997) One-year, low-dose neuroleptic study of in-patients with chronic schizophrenia characterised by persistent negative symptoms: Amisulpride v. haloperidol. British Journal of Psychiatry. 1997;171:564-8.

Stahl SM. Focus on antipsychotic polypharmacy: evidence-based prescribing or prescribing-based evidence? The International Journal of Neuropsychopharmacology. 2004;7:113-6.

Steingard S, Allen M, Schooler NR. A study of the pharmacologic treatment of medication-compliant schizophrenics who relapse. Journal of Clinical Psychiatry. 1994;55:470-2.

Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Byerly MJ, Glick ID, Canive JM, et al. The National Institute of Mental Health Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) project: schizophrenia trial design and protocol development. Schizophrenia Bulletin. 2003;29(1):15-31.

Subramanian S, Völlm BA, Huband N. Clozapine dose for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017;6: Art. No.: CD009555. doi: 10.1002/14651858.CD009555.pub2.

Suvisaari JM, Saarni SI, Perala J, Suvisaari JV, Harkanen T, Lonnqvist J, et al. Metabolic syndrome among persons with schizophrenia and other psychotic disorders in a general population survey. Journal of Clinical Psychiatry. 2007;68:1045-55.

Szafranski T, Jarema M, Olajossy M, Chzanowski W, Araszkiewicz A, Landowski J, et al. Subjective experiences of schizophrenic patients on atypical antipsychotic olanzapine and typical antipsychotic perphenazine. European Neuropsychopharmacology. 1999;9(suppl. 5):S273.

Tamminga CA, Thaker GK, Moran M, Kakigi T, Gao X-M. Clozapine in tardive dyskinesia: observations from human and animal model studies. Journal of Clinical Psychiatry. 1994;55(suppl.9):102-6.

Tang YL, Mao P, Li FM, Li W, Chen Q, Jiang F, et al. Gender, age, smoking behaviour and plasma clozapine concentrations in 193 Chinese inpatients with schizophrenia. British Journal of Clinical Pharmacology. 2007;64:49-56.

Tauscher J, Kapur S. Choosing the right dose of antipsychotics in schizophrenia: lessons from neuroimaging studies. CNS Drugs. 2001;15:671-8.

Taylor D, Mace S, Mir S, Kerwin R. A prescription survey of the use of atypical antipsychotics for hospital inpatients in the United Kingdom. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice. 2000;4:41-46.

Taylor D, Mir S, Mace S, Whiskey E. Co-prescribing of atypical and typical antipsychotics — prescribing sequence and documented outcome. Psychiatric Bulletin. 2002;26:170-2.

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

Taylor D, Young C, Mohamed R, Paton C, Walwyn R. Undiagnosed impaired fasting glucose and diabetes mellitus amongst inpatients receiving antipsychotic drugs. Journal of Psychopharmacology. 2005;19:182-6.

Tiihonen J, Wahlbeck K, Lonnqvist J, Klaukka T, Ioannidis JP, Volavka J, et al. Effectiveness of antipsychotic treatments in a nationwide cohort of patients in community care after first hospitalisation due to schizophrenia and schizoaffective disorder: observational follow-up study. BMJ. 2006;333:224.

Tilden D, Aristides M, Meddis D, Burns T. An economic assessment of quetiapine and haloperidol in patients with schizophrenia only partially responsive to conventional antipsychotics. Clinincal Therapeutics. 2002;24:1648-67.

Tollefson GD, Beasley CM, Tran PV, Street JS, Krueger JA, Tamura RN, et al. Olanzapine versus haloperidol in the treatment of schizophrenia and schizoaffective and schizophreniform disorders: results of an international collaborative trial. American Journal of Psychiatry. 1997;154:457-65.

Tran PV, Dellva MA, Tollefson GD, Wently AL, Beasley CM. Oral olanzapine versus oral haloperidol in the maintenance treatment of schizophrenia and related psychoses. The British Journal of Psychiatry. 1998;172:499-505.

Tran PV, Hamilton SH, Kuntz AJ, Potvin JH, Andersen SW, Beasley C, et al. Double-blind comparison of olanzapine versus risperidone in the treatment of schizophrenia and other psychotic disorders. Journal of Clinical Psychiatry. 1997;17(5):407-18.

Tunis SL, Faries DE, Nyhuis AW, Kinon BJ, Ascher-Svanum H, Aquila R. Costeffectiveness of olanzapine as first-line treatment for schizophrenia: results from a randomized, open-label, 1-year trial. Value in Health. 2006;9:77-89.

van Nimwegen LJ, de Haan L, van Beveren NJ, van der Helm M, van den Brink W, Linszen D. Effect of olanzapine and risperidone on subjective well-being and craving for cannabis in patients with schizophrenia or related disorders: a double-blind randomized controlled trial. Canadian Journal of Psychiatry. 2008;53(6):400-5.

Van Nimwegen LJ, Storosum JG, Blumer RM. Hepatic insulin resistance in antipsychotic naive schizophrenic patients: stable isotope studies of glucose metabolism. The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism. 2008:572–77.

Vera-Llonch M, Delea TE, Richardson E, Rupnow M, Grogg A, Oster G. Outcomes and costs of risperidone versus olanzapine in patients with chronic schizophrenia or schizoaffective disorders: a Markov model. Value in Health. 2004;7:569-84.

Viguera AC, Baldessarini RJ, Hegarty JD, van Kammen DP, Tohen M. Clinical risk following abrupt and gradual withdrawal of maintenance neuroleptic treatment. Archives of General Psychiatry. 1997;54:49-55.

Volavka J, Czobor P, Sheitman B, Lindenmayer JP, Citrome L, McEvoy JP, et al. Clozapine, olanzapine,risperidone, and haloperidol in the treatment of patients with chronic schizophrenia and schizoaffective disorder. [erratum appears in American Journal of Psychiatry 2002;159(12):2132]. The American Journal of Psychiatry. 2002;159(2):255-62.

Wagner M, Quednow BB, Westheide J, Schlaepfer TE, Maier W, Kuhn KU. Cognitive improvement in schizophrenic patients does not require a serotonergic mechanism: randomized controlled trial of olanzapine vs amisulpride. Neuropsychopharmacology. 2005;30(2):381-90.

Wahlbeck K, Cheine MV, Essali A. Clozapine versus typical neuroleptic medication for schizophrenia (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 3. Oxford: Update Software; 1999.

Wahlbeck K, Cheine M, Tuisku K, Ahokas A, Joffe G, Rimon R. Risperidone versus clozapine in treatment-resistant schizophrenia: a randomised pilot study. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry. 2000;24(6):911-22.

Walburn J, Gray R, Gournay K, Quraishi S, David AS. Systematic review of patient and nurse attitudes to depot antipsychotic medication. The British Journal of Psychiatry. 2001;179:300-7.

Wang Y, Xia J, Helfer B, Li C, Leucht S. Valproate for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016;11: Art. No.: CD004028.
doi: 10.1002/14651858.CD004028.pub4.

Wiersma D, Nienhuis FJ, Sloof CJ, Giel R. Natural course of schizophrenic disorders: a 15-year follow-up of a Dutch incidence cohort. Schizophrenia Bulletin. 1998;24:75-85.

Yagcioglu AEA, Akdede BBK, Turgut TI, Tumuklu M, Yazici MK, Alptekin K, et al. A double-blind controlled study of adjunctive treatment with risperidone in schizophrenic patients partially responsive to clozapine: Efficacy and safety. Journal of Clinical Psychiatry. 2005;66:63-72.

Young JL, Spitz RT, Hillbrand M, Daneri G. Medication adherence failure in schizophrenia: a forensic review of rates, reasons, treatments, and prospects. The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law. 1999;27:426-44.

Young JL, Zonana HV, Shepler L. Medication noncompliance in schizophrenia: codification and update. The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law. 1986;14:105-22.

Zhang XY, Zhou DF, Cao LY, Zhang PY, Wu GY, Shen YC. Risperidone versus haloperidol in the treatment of acute exacerbations of chronic inpatients with schizophrenia: A randomized double-blind study. International Clinical Psychopharmacology. 2001;16:325-30.

Zhong KX, Sweitzer DE, Hamer RM, Lieberman JA. Comparison of quetiapine and risperidone in the treatment of schizophrenia: Arandomized, double-blind, flexible-dose, 8-week study. The Journal of Clinical Psychiatry. 2006;67:1093-103.

Zhu B, Ascher-Svanum H, Shi L, Faries D, Montgomery W, Marder SR. Time to discontinuation of depot and oral first-generation antipsychotics in the usual care of schizophrenia. Psychiatric Services. 2008;59:315-7.

Ziegenbein M, Wittmann G, Kropp S. Aripiprazole augmentation of clozapine in treatment-resistant schizophrenia: a clinical observation. Clinical drug investigation. 2006;26:117-24.

Ziegler B. Study of the efficacy of a substituted benzamide, amisulpride versus haloperidol in productive schizophrenia. In: Borenstein P, ed. Amisulpride: Expansion Scientifique Française. 1989. pp. 73-81. Paris.

Zimbroff D, Warrington L, Loebel A, Yang R, Siu C. Comparison of ziprasidone and aripiprazole in acutely ill patients with schizophrenia or schizoaffective disorder: a randomized, double-blind, 4-week study. International Clinical Psychopharmacology. 2007;22(6):363-70.

Zullino DF, Delessert D, Eap CB, Preisig M, Baumann P. Tobacco and cannabis smoking cessation can lead to intoxication with clozapine or olanzapine. International Clinical Psychopharmacology. 2002;17:141-3.

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

## 9.1.- Introducción

Las terapias psicológicas e intervenciones psicosociales para el tratamiento de la esquizofrenia han experimentado un gran impulso en las tres últimas décadas. Esto se puede atribuir, al menos, a dos factores principales. En primer lugar, ha habido un reconocimiento creciente de la importancia de los procesos psicológicos en la psicosis, como contribuyentes a la aparición y a la persistencia de la misma y en relación con el impacto psicológico negativo de un diagnóstico de esquizofrenia en el bienestar y el funcionamiento psicosocial, en tanto que supone habitualmente una ruptura con el proyecto vital del individuo. Las intervenciones psicológicas y psicosociales para la psicosis se han desarrollado para hacer frente a estas necesidades. En segundo lugar, a pesar de que las intervenciones farmacológicas han sido el soporte principal del tratamiento desde su introducción en la década de 1950, tienen una serie de limitaciones. Éstas incluyen la respuesta limitada de algunas personas a la medicación antipsicótica, la alta incidencia de efectos secundarios y la baja adherencia al tratamiento. El reconocimiento de estas limitaciones ha allanado el camino para la aceptación de un enfoque más amplio, que lleva consigo la combinación de diferentes opciones de tratamiento adaptadas a las necesidades individuales de los usuarios y sus familias.

Estas opciones de tratamiento incluyen las terapias psicológicas e intervenciones psicosociales. Recientemente, se está poniendo mucho énfasis en el valor de la formulación multidisciplinar y la práctica reflexiva, en particular cuando los psicólogos y

otros profesionales de la salud mental trabajan en equipos multidisciplinares (British Psychological Society, 2007).

El informe “Nuevas formas de trabajar” (*New Ways of Working*) (British Psychological Society, 2007) detalla la creciente demanda de intervenciones psicológicas por parte de los usuarios y cuidadores, y el creciente reconocimiento de estas intervenciones en el tratamiento y manejo de las enfermedades mentales graves, como la esquizofrenia. El informe propone un importante incremento de la formación de psicólogos y terapeutas psicológicos para aumentar la competencia en la prestación de terapias psicológicas. En esta área se aborda la base de la evidencia para la aplicación de los tratamientos psicológicos y psicosociales, generalmente en combinación con antipsicóticos, en el tratamiento de la esquizofrenia, para los individuos, grupos y familias.

### 9.1.1.- ¿Cómo han evolucionado las intervenciones psicológicas dirigidas a la psicosis?

Antes de la introducción de los medicamentos neurolépticos para la esquizofrenia en los años 1950 y 1960, las psicoterapias analíticas basadas en el trabajo de Frieda Fromm-Reichmann (1950) y Harry Stack Sullivan (1947) y otros fueron ampliamente practicadas. El concepto de rehabilitación creció durante este periodo influenciado por el trabajo pionero de Manfred Bleuler en la clínica Bergholzi en Zurich, donde los pacientes se dedicaban con un empeño profesional y ocupacional importante en el contexto de una política de “puertas abiertas” (Bleuler, 1978). A principios de la década de 1980, la publicación del estudio "Chestnut Lodge" sobre la eficacia de las psicoterapias psicodinámicas (McGrashan, 1984) tuvo un gran impacto en el abordaje de los trastornos psicóticos. Este ensayo demostró que no había ningún impacto de la psicoterapia en los síntomas psicóticos básicos. Esto contribuyó a la disminución de su utilización en la práctica habitual y a que la base de tratamiento pasasen a ser los neurolépticos.

Sin embargo, como la desinstitucionalización ganó terreno en la década de 1970, la investigación sobre los factores psicológicos y sociales que podrían contribuir a la recaída en las personas con psicosis o esquizofrenia que viven en entornos comunitarios, como acontecimientos vitales estresantes y dificultades de comunicación en las familias (alta “emoción expresada”), estimularon el desarrollo de la intervención familiar para prevenir la

recaída (Leff et al., 1982; Lobban & Barrowclough, 2009). La intervención familiar a menudo incluye la educación a los miembros de la familia acerca de la esquizofrenia (a veces denominada “psicoeducación”) y otras veces la investigación se llevó a cabo sobre los beneficios de la psicoeducación sola (Birchwood et al., 1992).

El interés en las intervenciones psicológicas y psicosociales para el tratamiento de la psicosis y la esquizofrenia también aumentó en la década de 1980 por el 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 la creciente evidencia de los efectos de la exposición continuada a los neurolépticos en la pérdida de materia gris cortical (Baker et al., 2006). Durante la última década, se ha producido una revolución en la comprensión del papel que los procesos psicológicos y ecológicos tienen en el riesgo de psicosis y en la resiliencia (Kim et al., 2013). Esto incluye, por ejemplo, el impacto de la crianza urbana, la residencia inestable y los barrios desestructurados (Vassos et al., 2012) y el impacto que la baja autoestima puede tener sobre la manera en que los individuos con una experiencia psicótica valoran el significado de la misma.

La demanda de terapias psicológicas en general también ha aumentado, culminando en el caso concreto de Reino Unido con la iniciativa del Departamento para mejorar el acceso a las terapias psicológicas (IAPT). De hecho, la estrategia de salud mental "No hay salud sin salud mental" (No Health Without Mental Health; Prince et al., 2007) ha dado lugar a que haya financiación disponible para extender el IAPT a las personas con enfermedades mentales graves, sobre todo a aquellas con psicosis y esquizofrenia.

### 9.1.2.- El modelo de vulnerabilidad-estrés

Aunque las razones para las intervenciones médicas, psicológicas y psicosociales se derivan de una variedad de diferentes teorías biológicas, psicológicas y sociales, el desarrollo del modelo de vulnerabilidad-estrés (Nuechterlein, 1987; Zubin & Spring, 1977) ha facilitado, sin duda,  la integración teórica y práctica de diferentes enfoques de tratamiento. Este modelo propone que determinados individuos están predispuestos a sufrir esquizofrenia y que diversos factores estresantes pueden influir finalmente en su activación, favoreciendo así la aparición de la esquizofrenia. Los factores estresantes

podrían no poner en peligro la homeostasis del individuo o, por el contrario, superar el umbral de tolerancia y dar lugar al trastorno (Zubbing & Spring, 1977).
Esta vulnerabilidad está producida por una combinación de influencias genéticas y ambientales tempranas, incluidos los problemas en la regulación y expresión del neurodesarrollo, que darían lugar en la fase adulta a un síndrome de desconexión o a trastornos de la conectividad neuronal (Harrison, 2008). En cuanto a los factores de estrés medioambiental, se incluirían junto con los acontecimientos vitales estresantes, el alto nivel de emoción expresada en el ámbito familiar (comportamiento hipercrítico, hostil y/o sobreprotector) y el consumo de cannabis, suponiendo mayor riesgo en la adolescencia (Casadio et al., 2011).

Los tratamientos, ya sean farmacológicos o psicológicos, tendrían como objetivo proteger a un individuo vulnerable y reducir la probabilidad de recaída, reducir la gravedad del episodio psicótico y tratar los problemas asociados con los síntomas persistentes.

Las intervenciones psicológicas pueden, además de la mejora específica psicológica o de aspectos sociales del funcionamiento, tener un efecto a largo plazo sobre la vulnerabilidad de un individuo.

### 9.1.3.- Compromiso

Un requisito previo para cualquier tratamiento psicológico u otro es la participación efectiva del usuario en una alianza terapéutica o positiva (Roth et al., 1996).
Implicar eficazmente a las personas durante una enfermedad esquizofrénica aguda es a menudo difícil y exige una gran flexibilidad en el enfoque y en el ritmo del trabajo terapéutico. Por otra parte, una vez que participan en una alianza terapéutica positiva, es igualmente necesario mantener esta relación, a menudo durante largos períodos de tiempo, con el problema añadido de que una alianza de este tipo puede aparecer y desaparecer, especialmente en el caso de los usuarios en los que se hace necesario el tratamiento involuntario. Retos especiales en el tratamiento de la esquizofrenia son el aislamiento social, los problemas cognitivos y de procesamiento de la información, el desarrollo de una visión compartida con el usuario acerca de la naturaleza de la enfermedad y el impacto del estigma y la exclusión social.

### 9.1.4.- Objetivos de la terapia psicológica y de las intervenciones psicosociales

Los objetivos de las intervenciones psicológicas y psicosociales en el tratamiento de una persona con esquizofrenia son numerosos. Existen tratamientos específicos que pueden estar destinados a trabajar en uno o más de los siguientes objetivos: disminuir la vulnerabilidad de la persona, reducir el impacto de las situaciones y acontecimientos estresantes, disminuir la angustia y la discapacidad, minimizar los síntomas, mejorar la calidad de vida, reducir el riesgo, mejorar las habilidades de comunicación y de afrontamiento y/o mejorar la adherencia al tratamiento. En la medida de lo posible, la investigación sobre intervenciones psicológicas debe abordar una amplia gama de resultados.

### 9.1.5.- Los enfoques terapéuticos identificados

Las siguientes terapias psicológicas e intervenciones psicosociales fueron revisadas:

- 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.

Las principales cuestiones clínicas abordadas en esta área serían las siguientes:

*El tratamiento inicial*

- Para las personas con un primer episodio o esquizofrenia temprana, ¿cuáles son los beneficios y las desventajas de las intervenciones psicológicas/psicosociales en comparación con las estrategias alternativas de manejo del tratamiento inicial?

*El tratamiento agudo*

- Para las personas con una exacerbación aguda o recidiva de la esquizofrenia, ¿cuáles son las ventajas y desventajas de las intervenciones psicológicas/ psicosociales en comparación con las estrategias de gestión alternativas?

*Promover la recuperación de las personas con esquizofrenia que están en remisión*

- Para las personas con esquizofrenia que están en remisión, ¿cuáles son las ventajas y desventajas de las intervenciones psicológicas/psicosociales en comparación con las estrategias de gestión alternativas?

*Promover la recuperación de las personas con esquizofrenia que no han tenido una respuesta al tratamiento o ésta ha sido inadecuada*

- Para las personas con esquizofrenia que no han tenido una respuesta al tratamiento o ésta ha sido inadecuada, ¿cuáles son las ventajas y desventajas de las intervenciones psicológicas/psicosociales en comparación con las estrategias de manejo alternativas?

*El manejo psicológico del trauma*

- Para los adultos con psicosis y esquizofrenia, ¿cuáles son los beneficios y/o daños potenciales de las estrategias del manejo psicológico para el trauma previo en comparación con el tratamiento habitual u otra intervención?

### 9.1.6.- Intervenciones multicomponentes (o multimodal)

Algunos investigadores han combinado dos intervenciones psicológicas y/o psicosociales para intentar aumentar la eficacia de la intervención. Por ejemplo, un programa de intervención familiar se puede combinar con un módulo de entrenamiento en habilidades sociales. Las combinaciones son diferentes y, en consecuencia, estas intervenciones multimodales no forman un grupo homogéneo de las intervenciones que pueden ser analizadas juntas. Por lo tanto, las intervenciones multimodales que combinan los tratamientos psicológicos y psicosociales que eran objetivo de esta revisión se incluyeron en el análisis primario para la revisión de cada intervención. Se realizaron análisis de sensibilidad para evaluar el efecto, en su caso, de la eliminación de estas intervenciones multimodales. Cuando los trabajos informaban de más de dos brazos de tratamiento (por

ejemplo, la intervención familiar versus entrenamiento en habilidades sociales versus intervención familiar más entrenamiento en habilidades sociales), sólo los datos de los brazos de intervención única se introdujeron en el análisis adecuado (por ejemplo, la intervención familiar versus el entrenamiento en habilidades sociales). Los trabajos que evalúan la eficacia de los tratamientos psicológicos como complemento a tratamientos específicos que estaban fuera del ámbito de aplicación de la Guía 2009 (por ejemplo, empleo con apoyo y la formación pre-profesional) fueron excluidos del análisis.

Sin embargo, cabe señalar que aunque algunos de los trabajos incluidos en la Guía 2002 pueden ser clasificados como tratamientos multimodales porque sistemáticamente combinan elementos como, por ejemplo, la intervención familiar, el entrenamiento en habilidades sociales y  la TCC, esto tiene que entenderse en el contexto de la atención estándar disponible en ese momento. En particular, ha habido un énfasis reciente en la incorporación de elementos activos, particularmente la psicoeducación, en un conjunto más amplio de la atención estándar. Los elementos incluidos en los grupos experimentales de los estudios más antiguos pueden ahora ser considerados elementos de rutina de la buena atención estándar. También hay que señalar que la atención estándar difiere de un país a otro.

*Definición utilizada por el GDG para incluir estudios en la revisión*

Para ser clasificada como multicomponente una intervención necesita estar formada por lo siguiente:

- un programa de tratamiento en donde dos o más intervenciones psicológicas específicas (como se define más arriba) se combinen de forma sistemática y programada; **y**
- la intervención es llevada a cabo con la intención específica de producir un beneficio por encima de lo que podría lograrse mediante una sola intervención.

Además, los tratamientos multimodales podrían proporcionar intervenciones específicas, ya sea simultánea o consecutivamente.

### 9.1.7.- Competencia para proporcionar terapias psicológicas

A los efectos de la aplicación de la Guía, es importante tener una comprensión del nivel de competencia de los terapeutas en los ensayos de terapia psicológica que se incluyeron.

Cada uno de los trabajos de terapia psicológica fue revisado para obtener datos de la formación o el nivel de competencia de los terapeutas que proporcionaban la intervención.

## 9.2.- Terapia de adhesión al tratamiento

### 9.2.1.- Introducción

Las intervenciones farmacológicas han sido el soporte principal del tratamiento desde su introducción en la década de 1950. Sin embargo, aproximadamente el 50% de las personas con esquizofrenia y trastorno esquizofreniforme se cree que no tienen adhesión (o no cumplen) con su medicación. En una revisión sistemática se concluyó que 1 de cada 4 pacientes no se adhiere a los tratamientos y que los factores asociados a esta falta de adherencia son: ser hombre, tener historia de abuso de sustancias, ser joven, ausencia de insight, presentar síntomas positivos, estar desempleado y tener un escaso funcionamiento social (Nose et al., 2003). En un estudio observacional se obtuvo que tras el alta de la hospitalización, un 25% de los pacientes disminuye su adherencia a los diez días, al año un 50% y a los dos años, un 75% (Leucht & Heres, 2006). Se estima que la falta de adherencia a la medicación lleva a una mayor tasa de recaídas y mayor gravedad de éstas, a ingresos hospitalarios más largos y repetidos, y por lo tanto, a una mayor carga económica y social para los usuarios, así como para las servicios de salud mental (Gray et al., 2006; Robinson et al., 1999; Taylor et al., 2012).

En este contexto, el "tratamiento de cumplimiento" fue desarrollado por primera vez por Kemp y sus cols. (1996; 1998) y dirigido a los usuarios con esquizofrenia y psicosis. La terapia tiene como objetivo mejorar la actitud de los usuarios a la medicación y la adherencia al tratamiento, por lo que hipotéticamente mejora sus resultados clínicos y previene una potencial recaída. Los autores ponen a prueba su efectividad mediante ensayos aleatorizados y concluyen que su terapia mejora la actitud hacia los fármacos, el conocimiento sobre el trastorno, la adherencia a la medicación (Kemp et al., 1996), así como el funcionamiento social (Kemp et al., 1998). En general, la “terapia de adhesión al tratamiento” es el término comúnmente aceptado y utilizado actualmente.

La terapia de adherencia al tratamiento está diseñada como una intervención breve y pragmática que utiliza técnicas y principios de la entrevista motivacional (Miller & Rollnick, 1991), de la psicoeducación y de la terapia cognitiva (Kemp et al., 1996). Un programa

típico de terapia de adherencia ofrecido a un usuario con psicosis, por lo general, se compone de cuatro a ocho sesiones, con una duración de aproximadamente 30 minutos a 1 hora (Gray et al., 2006; Kemp et al., 1996; Chien et al., 2015; 2016). La intervención utiliza un enfoque por fases para:

- evaluar y revisar la historia de la enfermedad y del tratamiento farmacológico del usuario,
- explorar su ambivalencia al tratamiento, la medicación de mantenimiento y el estigma,
- llevar a cabo un ejercicio de resolución de problemas con la medicación para establecer la actitud del usuario para el uso futuro de medicamentos.

*Definición utilizada por el GDGNICE para incluir estudios en la revisión*

La terapia de adherencia se define como:

- cualquier programa que implica la interacción entre el profesional sanitario y el usuario, durante el cual los usuarios cuentan con apoyo, información y estrategias de gestión para mejorar su adherencia a la medicación y/o con el objetivo específico de mejorar los síntomas, la calidad de vida y la prevención de recaídas.

Para considerarse bien definida, la estrategia debe adaptarse a las necesidades de los individuos.

## 9.3.- Vinculación de la evidencia a las recomendaciones

Cinco ECA (N = 649) cumplieron con los criterios de inclusión para la revisión de la guía de 2009 sobre terapia de adhesión: (Gray et al., 2006; Kemp et al., 1996; Maneesakorn et al., 2007; O`Donnell et al., 2003 y Tsang & Wong, 2005). Aunque ampliamente basado en un enfoque cognitivo conductual, el estudio de Kemp y cols. (1996) fue reclasificado como un estudio de terapia de adherencia porque el objetivo principal de la intervención fue mejorar la adherencia y la actitud hacia la medicación. Todos los ensayos se publicaron en revistas revisadas por pares entre 1996 y 2007.

La revisión de la Guía 2009 no encontró ninguna evidencia consistente para sugerir que la terapia de adherencia es eficaz en la mejora de los resultados claves de la esquizofrenia en comparación con cualquier otro control. Aunque un estudio en Reino Unido (Kemp et al., 1996) comunicó resultados positivos para las medidas de adherencia y actitud hacia la

medicación, estos hallazgos no han encontrado apoyo en las últimas investigaciones de mayor amplitud. Es también digno de mención que una proporción de los participantes en el estudio de Kemp y cols. (1996) tenían como diagnóstico primario el de un trastorno del humor y que, en un estudio de seguimiento de 18 meses, los autores afirmaron que "los análisis de los subgrupos revelaron lo siguiente: los pacientes con esquizofrenia tienden a tener un resultado menos favorable en términos de funcionamiento social, severidad de los síntomas, introspección y actitud hacia el tratamiento".

Un análisis económico, realizado junto al de Kemp y cols. (1996), sugirió que la terapia de la adhesión podría ser una opción eficiente para las personas que experimentan psicosis aguda en Reino Unido, ya que era más eficaz que su comparador a un coste total similar. Además de las limitaciones mencionadas anteriormente del estudio de Kemp y cols.(1996), debido a la alta tasa de abandono, la muestra fue muy pequeña, y eso dificulta establecer conclusiones definitivas.Sobre la base de los limitados datos económicos de salud y la falta de eficacia clínica, el GDG, por lo tanto, concluye que no hay evidencia sólida para el uso de la terapia de la adhesión como una intervención específica.

## 9.4.- Recomendaciones

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

## 9.5.- Arteterapia

### 9.5.1.- Introducción

A finales del siglo XIX y principios del Siglo XX, surgieron en EEUU y Europa los profesionales de arte-terapia. Estos defendían la participación en las artes como una ayuda potencial para la recuperación de los pacientes. Esto se hizo más frecuente después de la afluencia de los veteranos de guerra en la década de 1940, lo que condujo a la aparición de la capacitación formal y de organismos profesionales para terapias por el arte, la música, el teatro y el movimiento de la danza. Estos tratamientos se desarrollaron aún más en las instituciones psiquiátricas en la segunda mitad del siglo XX (Bunt, 1994; Wood, 1997).

Mientras que las cuatro modalidades utilizan una variedad de técnicas y medios de arte, todas se centran 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 una forma diferente de relacionarse cuando las palabras pueden ser difíciles. Una variedad de teorías psicoterapéuticas se utilizan para entender las interacciones entre paciente(s) y el terapeuta siendo las teorías psicodinámicas (ver sección 9.23) las que predominan en Reino Unido (Crawford & Patterson, 2007).
Más recientemente, los enfoques para trabajar con personas con psicosis utilizando arteterapia han comenzado a ser más claramente definidos, teniendo en cuenta la fase y la sintomatología de la enfermedad (Gilroy & McNeilly, 2000; Jones, 1996). Concretamente, pacientes crónicos que, de forma aleatorizada, participaron en arteterapia presentaron una mejoría en las actitudes hacia ellos mismos y fueron evaluados por sus terapeutas mejor que aquellos que no la realizaron (Green et al., 1987). La musicoterapia se ha relacionado con una mejora de los síntomas psicóticos en pacientes en estado agudo (Talwar et al., 2006), una mejora del contacto social y la sintomatología negativa en pacientes con curso crónico (Ulrich et al., 2007) y, en general, una mejora en las limitaciones asociadas a los problemas psiquiátricos (Yang et al., 1998). Un tipo de arteterapia que consistía en una terapia centrada en el cuerpo con pacientes con esquizofrenia, mejoró la sintomatología negativa y se mantuvo a los 4 meses de seguimiento; en calidad de vida y en otros aspectos psicopatológicos no hubo diferencias entre ambos grupos (Röhricht & Priebe, 2006; Martin et al., 2016; Priebe et al., 2016; Montag et al., 2014).

Los terapeutas de arte, música, teatro y danza que ejercen en Reino Unido están registrados y regulados por el Consejo de Profesiones de la Salud y se requiere una formación especializada.

*Definición utilizada por el GDGNICE para incluir estudios en la revisión*

Las arte terapias son intervenciones complejas que combinan técnicas psicoterapéuticas con actividades dirigidas a promover la expresión creativa. En todas las terapias de artes:

- el proceso creativo se utiliza para facilitar la libre expresión en un marco terapéutico específico,
- la forma artística se utiliza para "contener" y dar sentido a la experiencia del usuario,
- el medio artístico se utiliza como un puente para el diálogo verbal y el desarrollo psicológico basado en la introspección, si se considera oportuno,
- el objetivo es permitir que el paciente se vivencie a sí mismo de manera diferente y desarrolle nuevas formas de relacionarse con los demás.

Las arte terapias actualmente proporcionadas en Reino Unido incluyen: la terapia de arte o psicoterapia de arte, la danza-movimiento terapia, la psicoterapia corporal, la terapia de drama y la terapia musical.

## 9.6.- Vinculación de la evidencia a las recomendaciones

Siete ECA (N = 406) cumplieron los criterios de inclusión para la revisión de la guía de 2009 para la arteterapia: (Green et al., 1987; Richardson et al., 2007; Nitsun et al., 1974; Röhricht & Priebe, 2006; Talwar et al., 2006; Ulrich et al., 2007 y Yang et al., 1998). Todos los ensayos se publicaron en revistas revisadas por pares entre 1974 y 2007. Seis de los siete ECA se incluyeron en el metaanálisis de las terapias artísticas versus cualquier tipo de control. Uno de los estudios incluidos (Nitsun et al., 1974) no proporcionó ningún dato utilizable en ninguno de los resultados críticos considerados en esta revisión.

La revisión clínica indica que las terapias de artes son eficaces para reducir los síntomas negativos a través de una variedad de modalidades de tratamiento tanto para los pacientes ingresados como para los ambulatorios. La mayoría de los ensayos incluidos en la revisión utilizaron un enfoque basado en el grupo. Es de destacar que en todos los estudios en Reino Unido los terapeutas que realizaron la intervención estaban formados y acreditados

por el Consejo de Profesiones de la Salud (*Health Professions Council*) y en los no realizados en el Reino Unido, tenían un nivel equivalente de formación.

El coste de las terapias de artes se estimó en aproximadamente en100 £ a 135 £ por persona con esquizofrenia (precios 2006/07). Un análisis simple de umbral (valor umbral) mostró que si las arte terapias mejoran la calidad de vida en relación a la salud (CVRS) de las personas con esquizofrenia en aproximadamente un 0.006 al año (en una escala de 0 a 1) entonces serían eficientes, de acuerdo con el umbral inferior de rentabilidad NICE. Utilizando el umbral superior coste-efectividad de NICE, la mejora en la CVRS tendría que aproximarse a 0.0035 anualmente durante la intervención para ser considerado rentable. El uso de este umbral superior coste-efectividad puede estar justificado porque las terapias de artes son las únicas intervenciones que han demostrado tener efectos de medianos a grandes sobre los síntomas negativos en las personas con esquizofrenia.

EL GDGNICE estima que la magnitud de la mejoría en los síntomas negativos asociados con las terapias de artes (DME -0.59 con 95% IC -0,83 a -0,36) podría traducirse en una mejora de la CVRS probablemente por encima de 0.0035, y, posiblemente, incluso por encima de 0.006 al año, dado que el efecto terapéutico de las terapias de artes se demostró que perdura (y era incluso mejor), por lo menos, hasta 6 meses después del tratamiento (DME -0,77, con un 95% IC -1,27 a -0,26).

En la actualidad, los datos para la eficacia de las terapias de artes en otros resultados, tales como el funcionamiento social y la calidad de vida, son todavía muy limitados y con poca frecuencia se informa de ellos en los ensayos. En consecuencia, el GDGNICE recomienda que se lleven a cabo nuevas investigaciones a gran escala de las terapias de arte para aumentar la base de la evidencia actual. A pesar de esta pequeña pero incipiente base de la evidencia, el GDGNICE reconoce que las terapias de artes son actualmente las únicas intervenciones que han demostrado eficacia consistente en la reducción de los síntomas negativos. Esto, tomado en combinación con el análisis económico, ha llevado a las recomendaciones que se presentan a continuación.

## 9. 7.- Recomendaciones

**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.

## 9.8.- Relación entre el testimonio de los usuarios y las recomendaciones.

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

**Testimonio de los usuarios**

Varios de los usuarios de los grupos focales refirieron que una parte importante de su tiempo lo ocupan en realizar labores artísticas, encontrando importante satisfacción en ello. Incluso se refirieron a la arteterapia como un método de recuperación.

*"Algo que te satisfaga… Has conseguido tú hacer un dibujo, exponer…Cualquier cosa que te motive…". (Mujer, 49 años)*

*"Yo me pongo metas de: "para este día, tengo que hacer tantos cuadros..." y va llegando la hora… Te vas viendo más normal, comparándote con tus hermanas, tu padre cuando trabajaba… no sé… parece que casi es igual la vida tuya que la de ellos". (Varón, 40 años)*

*"Psicoterapia y musicoterapia…en FAISEM, por ejemplo, yo he recibido musicoterapia, biodanza… he estado en talleres también de manualidades, de cosas… sanamente, para no estar pensando en las drogas…". (Varón, 41 años)*

## 9.9.- Recomendaciones para la investigación

9.9.a Debería llevarse a cabo un ECA con poder estadístico adecuado, para investigar la eficacia clínica y el coste de la arteterapia en comparación con un control activo (por ejemplo, tratamiento simulado de música), en las personas con esquizofrenia.

9.9.b Debería realizarse un ECA con poder estadístico adecuado, para investigar la duración más apropiada y el número de sesiones de la arteterapia, en las personas con esquizofrenia.

## 9.10.- Terapia cognitivo-conductual

### 9.10.1.- Introducción

La terapia cognitivo conductual (TCC) se basa en la premisa de que existe una relación entre los pensamientos, los sentimientos y los comportamientos. Fue Albert Ellis, en la década de los sesenta, el que desarrolló la primera terapia que puede llamarse cognitiva y que supone el punto de partida de las TCC. Sin embargo, es Aaron Beck el autor más influyente dentro de las terapias cognitivas, gracias a la terapia cognitiva para la depresión (Beck, 1979). Desde entonces, las TCC han mostrado su eficacia 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. A principios de 1990, a raíz de una mayor comprensión de la psicología cognitiva de los síntomas psicóticos (Frith, 1992; Garety & Hemsley, 1994; Slade & Bentall, 1988), creció el interés en la aplicación de la TCC para las personas con trastornos psicóticos. Los primeros ensayos de TCC tendieron a centrarse particularmente en los síntomas, ayudando a los usuarios a desarrollar estrategias de afrontamiento para manejar las alucinaciones y los delirios (Tarrier et al., 1993). Estas primeras intervenciones cognitivo-conductuales que se pusieron a prueba fueron intervenciones dirigidas a la identificación de antecedentes, los síntomas y los consecuentes y al desarrollo de estrategias para alterar estas secuencias, así como para poner a prueba los síntomas y/o afrontarlos de forma más adaptativa. Desde entonces, sin embargo, la TCC para la psicosis (TCCp) ha evolucionado y ahora tiende a basarse en una hipótesis.

Al igual que con otras intervenciones psicológicas, la TCC depende del eficaz desarrollo de una alianza terapéutica positiva (Roth et al., 1996). 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. Ensayos de terapia cognitiva conductual para la psicosis (TCCp) han investigado una serie de resultados en los últimos años. Estos incluyen la reducción de los síntomas (síntomas positivos, negativos y generales) (Rector et al., 2003), la reducción de las recaídas (Garety et al., 2008), el funcionamiento social (Startup et al., 2004; Jackson et al., 2008), y la introspección en diferentes momentos del trastorno (Startup et al., 2004) y en otros formatos más breves (Turkington et al., 2002). Un ECA puso de manifiesto los mismos resultados en pacientes psicóticos que no tomaban tratamiento farmacológico (Morrison et al., 2014). Más recientemente, los investigadores

han mostrado interés en el impacto de la TCCp más allá de la sola reducción de los fenómenos psicóticos y están más centrados los cambios en la angustia y en el comportamiento problemático asociado con estas experiencias. Trower et al. (2004) pusieron a prueba una intervención TCC para disminuir el cumplimiento y el distrés asociado a las voces obteniendo que, a pesar de que la topografía de los fenómenos alucinatorios no varió, disminuyó el grado de cumplimiento de éstas, así como el distrés y la sintomatología depresiva asociados a los síntomas. Por otra parte, las poblaciones objetivo se han ampliado a las personas con un primer brote psicótico (Jackson et al., 2005; Jackson et al., 2008) y a aquellos que presentan comorbilidad con un trastorno por consumo de sustancias. Estos tratamientos TCC dirigidos a la comorbilidad integran elementos más específicos de los trastornos por consumo de sustancias, como es la entrevista motivacional (Barrowclough et al., 2001). La TCC breve, de 8 sesiones, en comparación con un grupo control, también mejoró la sintomatología psicótica como general, el funcionamiento social y la introspección (Zhi-Hua et al., 2017).

*Definición utilizada por el GDG para incluir estudios en la revisión*

La TCC se define como una intervención psicológica específica donde los usuarios:

- establecen vínculos entre sus pensamientos, sentimientos o acciones con respecto a los síntomas actuales o anteriores, y/o al funcionamiento, **y**
- re-evalúan sus percepciones, sus creencias o los razonamientos en relación con los síntomas diana.

Además, un componente adicional de la intervención debería implicar lo siguiente:

- el control por los usuarios de sus propios pensamientos, sentimientos o comportamientos con respecto al síntoma o recurrencia de los síntomas, y/o
- promoción de formas alternativas de hacer frente a los síntomas diana, y/o
- reducción de la angustia, y/o
- mejora de su funcionamiento.

### 9.10.2.- Formación

La inconsistencia en la información que se da en los ensayos sobre la formación de los terapeutas hace difícil determinar el impacto de ésta en los resultados del ensayo. Menos de la mitad (15/31) de los trabajos incluidos de TCC hacen referencia a la formación

específica relacionada con la TCC. En los primeros ensayos de TCCp esto no es sorprendente, ya que los investigadores fueron a la vanguardia del desarrollo de la terapia y había escasa formación específica de TCC relacionada con la psicosis. En los estudios en los que se menciona algo al respecto, no se informa sobre la duración de esta formación y si había estado centrada en el trabajo con psicosis específicamente. Además, cuando se proporcionaron datos de los programas de formación relacionados con el ensayo, la experiencia y formación previa no siempre parecen haber sido controlados. Esto significa que los terapeutas podrían haber entrado en el estudio con diferentes niveles de competencia, lo que hace imposible determinar el impacto del programa específico de formación. De los 25 ensayos que informan los profesionales que llevan a cabo la intervención, la mayoría utilizó psicólogos clínicos (14/25). Sin embargo, una proporción de los ensayos utilizó diferentes profesionales, incluyendo psiquiatras (3/25), enfermeras psiquiátricas (7/25), trabajadores sociales (2/25), graduados de psicología nivel de master y/o internos*, (1/25), terapeutas ocupacionales (1/24) y trabajadores locales de salud mental** (2/25). En algunos ensayos, fueron varios profesionales los que realizaron la intervención (por ejemplo, dos psicólogos y un psiquiatra). A menudo, cuando el profesional que realizó la intervención no fue un psicólogo clínico, se hacía referencia a la formación específica en TCCp o a su amplia experiencia trabajando con personas con psicosis.

La competencia no parece estar correlacionada directamente con la formación, sino que hay un número importante de variables que influyen. Por otro lado, el estudio de Durham y cols. (2003) indicó que la formación en TCC general no produjo necesariamente terapeutas competentes en TCCp.

Aunque los terapeutas de los estudios tenían formación en TCC, raramente aparece formación específica en TCCp. A la hora de evaluar la fidelidad a la TCCp, se han utilizado tres medidas diferentes de fidelidad aunque con escaso consenso sobre qué puntuación debería ser considerada adecuada competencia. A este respecto, Durham y cols. (2003) utilizaron dos escalas en su ensayo y encontraron escasa consistencia entre ellas.

Respecto a la utilización de manuales de terapia, los ensayos suelen informar de manera más consistente sobre ello, hallándose que la mayoría de los estudios (24/31) utilizan

manuales. La comunicación de supervisión también fue más consistente, así la supervisión por pares y senior era evidente en más de dos tercios de los ensayos.

*Diplomados (licenciados) en psicología y/o residentes

*Primary care graduate mental health workers son denominados como PCGMHWs o como graduate mental health workers (GMHWs).

Las funciones del trabajo de los PCGMHW varían entre las distintas instituciones del NHS, sin embargo, por lo general en todas ellas se incluye:

- Trabajo presencial con el usuario - apoyo a la realización de intervenciones breves y auto ayuda para las personas con trastornos mentales comunes de todas las edades. Por ejemplo, trabajar con usuarios con trastorno de pánico y depresión mayor utilizando enfoques cognitivo-conductuales.
- Promoción de la salud mental positiva y la importancia de abordar los problemas de salud mental.
- La mejora de la información disponible para los pacientes acerca de la salud mental.
- El fortalecimiento de los conocimientos que posee el personal sanitario de atención primaria sobre la red de los recursos disponibles en la comunidad para las personas con problemas de salud mental.
- Enlace con las redes comunitarias.

### 9.10.3.- Origen étnico

Sólo un trabajo de seguimiento (Rathod et al., 2005) ha evaluado los cambios en la introspección y el cumplimiento de los participantes afro-caribeños y de raza negra del Caribe incluidos en el estudio de Turkington (2002). El análisis de los subgrupos indicó una tasa de abandono más alta entre ambos grupos de minorías de raza negra y étnicas. Además, en comparación con personas blancas, las personas de raza negra y los participantes de grupos étnicos minoritarios demostraron cambios significativamente más pequeños en la introspección. Aunque estos hallazgos son potencialmente interesantes, debe tenerse en cuenta que los participantes de raza negra y de las minorías étnicas representaban sólo el 11% de la población de estudio, con los participantes de raza negra africanos y los afro-caribeños representando el 3 y el 5% de la muestra, respectivamente. Con respecto a los otros estudios incluidos en la revisión, había una escasez de información sobre el origen étnico de los participantes. Debido a la falta de información, el GDGNICE no pudo sacar conclusiones de los datos o hacer recomendaciones relativas a la práctica.

Sin embargo, el GDGNICE reconoce que esta es un área que justifica una mayor investigación y estudio.

### 9.10.4.- Resumen de la evidencia clínica

La revisión encontró evidencia consistente de que, en comparación con la atención estándar, la TCC fue eficaz en la reducción de las tasas de reingreso hospitalario hasta 18 meses después de la finalización del tratamiento. Además, había evidencia sólida que indicaba que la duración de la hospitalización también se redujo (8,26 días de media). Coherente con la Guía 2002, la TCC ha demostrado ser eficaz en la reducción de la severidad de los síntomas, medido por las puntuaciones totales de los ítems, de escalas como la PANSS y el BPRS, tanto al final del tratamiento y hasta 12 meses de seguimiento. Efectos pequeños a medianos (DME ~ 0.30) también se demostraron para reducciones en la depresión cuando se compara la TCC con el tratamiento estándar y otros tratamientos activos. Por otra parte, si se compara con cualquier control, hay alguna evidencia de mejora en el funcionamiento social de hasta 12 meses.

Aunque la evidencia para los síntomas positivos fue más limitada, el análisis de los datos PSYRATS*** demostró algún efecto para las medidas totales de alucinaciones al final del tratamiento. Además de esto, hubo cierta evidencia limitada pero consistente de medidas de síntomas específicos, incluyendo el obedecer a las alucinaciones auditivas, la frecuencia de las mismas y la credibilidad, todo lo cual demostró tamaños grandes del efecto al final del tratamiento y en el seguimiento. Sin embargo, a pesar de estos efectos positivos para las medidas específicas de alucinaciones, la evidencia para que haya algún efecto sobre los delirios es inconsistente.

Aunque ningún ECA compara directamente la TCC grupal con la individual, las comparaciones indirectas indican que sólo esta última tuvo efectos sólidos sobre los reingresos, la gravedad de los síntomas y la depresión. Los análisis de los subgrupos también demuestran efectos adicionales para las personas con esquizofrenia, promoviendo la fase de recuperación con y sin síntomas persistentes. En particular, en comparación con cualquier otro control, los estudios que incluyen personas en la fase de promoción de la recuperación demostraron una evidencia consistente para una reducción de los síntomas negativos de hasta 24 meses después del final del tratamiento.

En los últimos años están apareciendo la aplicación de las terapias de tercera generación para el tratamiento de los síntomas de la esquizofrenia. De este modo, las terapias basadas en mindfulness así como la terapia de aceptación y compromiso se están

utilizando para el control de los síntomas positivos (Thomas et al., 2014). La evidencia, sin embargo, aún no arroja resultados concluyentes al respecto.

***The Psychotic Symptom Rating Scales

## 9.11.- Vinculación de la evidencia a las recomendaciones

En la guía de 2002, se incluyeron 13 ECA (N = 1.297) de TCC. Un ECA del 2002 (Kemp et al., 1996) fue eliminado del análisis de la guía de 2009 y reclasificado por el GDG como terapia de adherencia y otros tres estudios fueron eliminados debido a un número insuficiente de participantes (Garety et al., 1994; Levine et al., 1998; Turkington & Kingdon, 2000). La búsqueda de 2009 identificó seis artículos que datos de seguimiento a los ECA identificados en búsqudas previas y 22 nuevos ECA, incluidos los la TCC formaba parte de una intervención multimodal. En total, 31 ECA (N = 3.052) cumplieron los criterios de inclusión para la actualización: (Bach & Hayes, 2002; Barrowclough et al., 2006; Bechdolf et al., 2004; Bradshaw, 2000; Cather et al., 2005; Drury et al., 1996; Gumley et al., 2003; Haddock et al., 1999; Hogarty et al., 1997; Jackson et al., 2005; Jackson et al., 2008; Jenner et al., 2004; Kuipers et al., 1997; Leclerc et al., 2000; Lecomte et al., 2008; Lewis et al., 2002; McLeod et al., 2007; Penadés et al., 2006; Pinto et al., 1999; Rector et al., 2003; Sensky et al., 2000; Startup et al., 2004; Tarrier et al., 1998; Trower et al., 2004; Turkington et al., 2002; Valmaggia et al., 2005 y Wykes et al., 2005). De estos, uno era inédito y 30 se publicaron en revistas revisadas por pares entre 1996 y 2008.

Para la revisión de la guía de 2009, se incluyeron 31 ECA de la TCC versus cualquier tipo de control en el metaanálisis. Así, para el análisis primario, se incluyeron 19 ECA que compararon la TCC con la atención estándar, 14 comparando la TCC con otros tratamientos activos y tres comparando la TCC con otros tratamientos no estándar cuidado.

Las conclusiones extraídas de la Guía 2002 respecto a la eficacia de la TCC han sido apoyadas por la revisión sistemática del 2009. Un metanálisis más actual obtiene resultados en la misma linea (Jauhar et al., 2014). Los datos para la reducción de las tasas de reingresos hospitalarios y la duración del ingreso siguen siendo significativos incluso cuando en un análisis de sensibilidad se excluyen los trabajos no realizados en el Reino Unido y previos al *National Service Framework for Mental Health* (Department of Health, 1999), lo que sugiere que estos resultados pueden ser particularmente sólidos dentro del contexto clínico actual. La efectividad de la TCC ha sido corroborada por la evidencia para

la gravedad de los síntomas, que incluían reducciones en las medidas específicas de alucinaciones y depresión, además de las puntuaciones totales de los síntomas. Sin embargo, hay que señalar que a pesar de la confirmación general de las recomendaciones de la Guía 2002, a raíz de la reclasificación y la posterior eliminación de Kemp y cols.(1996), no hay pruebas sólidas para la eficacia de la TCC sobre las medidas de cumplimiento o introspección. En consecuencia, el GDGNICE concluyó que no hay pruebas suficientes para apoyar la recomendación de la Guía 2002 sobre el uso de la TCC para ayudar al desarrollo de la introspección o en el manejo de una mala adherencia al tratamiento.

La revisión sistemática de la evidencia económica muestra que proporcionar TCC a las personas con esquizofrenia en el Reino Unido mejoró los resultados clínicos sin coste adicional. Este hallazgo es apoyado por un modelo económico realizado para esta Guía, lo que sugiere que la prestación de la TCC podría traducirse en ahorros de coste netos para el NHS, asociados con una reducción en las futuras tasas de hospitalización. Los resultados tanto de la revisión sistemática de la bibliografía y los modelos económicos indican que proporcionar TCC individual a las personas con esquizofrenia es probable que sea eficiente en el contexto de Reino Unido, sobre todo cuando se tienen en cuenta los beneficios clínicos asociados con la TCC.

Aunque el GDGNICE no pudo sacar conclusiones firmes a partir de los análisis de subgrupos que evalúan el impacto de la duración del tratamiento y el número de sesiones, ellos señalan que la evidencia de la TCC es impulsada principalmente por los estudios que incluyeron al menos 16 sesiones planificadas, aunque una revisión sistemática reciente, sugiere la realización de estudios que comparen la TCC breve, de 6 a 10 sesiones, con la TCC de duración estándar, de 12 a 20 sesiones (Naem et al., 2015). Para incorporar el estado actual de la evidencia y el consenso de expertos, el GDGNICE, por tanto, modifica la recomendación de 2002 relativa a la duración y el número de sesiones de tratamiento. Hay, sin embargo, una evidencia más fiable para apoyar la prestación de TCC como una terapia individual, un hallazgo que coincide en gran medida con la práctica terapéutica actual en Reino Unido.

De los estudios de TCCp incluidos en el metanálisis, no es posible hacer recomendaciones sobre los requisitos específicos de formación o competencias requeridas para la prestación eficaz de TCCp. En particular, los estudios varían ampliamente en la aportación de datos sobre la formación y la experiencia de la persona que realiza la intervención. Sin embargo, el GDGNICE considera que esta es un área importante para el desarrollo futuro y han hecho una recomendación de investigación. A pesar de no ser capaz de hacer ninguna recomendación específica para el tipo de entrenamiento requerido en esta etapa, se señaló que, en general, la mayoría de los ensayos usaron ya sea psicólogos clínicos o terapeutas psicológicos acreditados para ofrecer la TCCp. Además, se proporcionó supervisión clínica regular en dos terceras partes de los ensayos y se utilizaron manuales de tratamiento en casi todos los ensayos. A partir de esta evidencia, y con base en la opinión de los expertos, el GDG incluyó una serie de recomendaciones relativas a la prestación de la TCC para las personas con esquizofrenia.

La TCC ha demostrado ser eficaz de manera consistente a través de múltiples resultados críticos y esto junto con los potenciales ahorros de costes netos para el NHS, apoyan las recomendaciones de la Guía 2002 relativas a la prestación de la TCC para las personas con esquizofrenia.

Para la Guía 2014 el GDGNICE consideró que, tras la publicación de la psicosis y la esquizofrenia en niños y jóvenes- *Psychosis and Schizophrenia in Children and Young People*-, la Guía 2014 debería ser coherente en su caso, incluyendo el cambio de la población a quién va dirigida, de "personas diagnosticadas de esquizofrenia" a "las personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia". Por lo tanto, el GDG consideró importante asesorar a los profesionales de la evidencia equívoca respecto a las intervenciones psicológicas en comparación con la medicación antipsicótica y recomendó que si una persona desea intentar tratarse con un intervención psicológica exclusivamente, esta podría ser probada en el transcurso de 1 mes o menos. El GDGNICE también quiso hacer explícito que las opciones para el primer episodio de psicosis y de una exacerbación aguda o recurrencia de la psicosis o la esquizofrenia deberían ser intervenciones psicológicas (TCC individual y de intervención familiar) combinadas con medicación antipsicótica oral.

## 9.12.- Recomendaciones

*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.

## 9.13.- Relación entre el testimonio de los usuarios y las recomendaciones.

*Las opciones de tratamiento para el primer episodio de psicosis*

**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).

### Testimonio de los usuarios

Es común entre los usuarios expresar que no quieren tomar tratamiento farmacológico, especialmente en los inicios del trastorno. Esto conlleva que alguna persona incluso reconozca que ha llegado a ocultar la sintomatología o no contarla.

*"Tú no sabes expresar lo que te está pasando, te quedas callada, porque digo "ay Dios mío, para que me mande una pastilla...". (Mujer, 49 años)*

*"Yo, al principio, no quería la medicación. En la primera cita le dije que no. Y en la segunda cita me dijo otra vez que me tenía que poner medicación. Total, que me terminó convenciendo y me pusieron unas pastillas que me las tenía que tomar a la noche". (Mujer, 29 años)*

*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.

### Testimonio de los usuarios

Todos los usuarios de los grupos focales que habían participado alguna vez en terapias grupales refirieron que encuentran la experiencia muy positiva y de ayuda para entender y afrontar lo que les ocurre.

En algunos casos incluso les sirvió para generar redes sociales.

*"Entiendes mejor lo que te pasa y por qué te pasa. Y lo analizas, haces un análisis introspectivo con otro enfoque. Son cosas muy positivas, y luego formas con el grupo unas amistades". (Varón, 48 años)*

*"Las terapias a las que hemos ido asistiendo estos últimos años, sobre cómo darte cuenta de la enfermedad o sobre cómo vencer los miedos o las angustias, pues te van sirviendo, son muy constructivas, han sido muy importantes". (Varón, 48 años)*

## 9.14.- Recomendaciones para la investigación

9.14.a Debería llevarse a cabo un ECA con poder estadístico adecuado para investigar la duración más apropiada y el número de sesiones de TCC en personas con esquizofrenia.

9.14.b Debería llevarse a cabo un ECA con poder estadístico adecuado para investigar la TCCp proporcionada por terapeutas altamente capacitados y profesionales de salud mental en comparación con un breve entrenamiento de los terapeutas.

9.14.c Se necesita investigación para identificar las competencias requeridas para proporcionar de manera eficaz TCC, a las personas con esquizofrenia.

## 9.15.- Rehabilitación cognitiva

### 9.15.1.- Introducción

La presencia de deterioro cognitivo en una proporción de personas con esquizofrenia fue reconocida desde que el término de "esquizofrenia" fue acuñado por primera vez (Bleuler, 1911). La causa exacta de estos déficits aún no ha sido determinada, si bien se barajan varias hipótesis como que pueden ser debidos a los cambios estructurales del cerebro, a ciertas alteraciones neuroquímicas o consecuencia del impacto cognitivo de la enfermedad y/o de la medicación. Por su parte, los avances en la caracterización de la problemas cognitivos que se presentan en la esquizofrenia ha sido sustancial. Las principales áreas identificadas son: problemas de memoria (Brenner, 1986), déficit de atención (Oltmanns & Neale, 1975) y déficits en funciones ejecutivas, como la organización y planificación (Weinberger et al., 1988) o la flexibilidad (Hurtado et al., 2016). Una reciente iniciativa para promover la normalización de los métodos para la investigación de evaluación de los resultados cognitivos (the Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia consensus panel [MATRICS; (Nuechterlein et al., 2004)]) ha identificado ocho ámbitos más específicos:

- atención/vigilancia
- velocidad de procesamiento
- memoria de trabajo
- aprendizaje y memoria verbales
- aprendizaje y memoria visuales
- el razonamiento y la resolución de problemas
- la comprensión verbal y la cognición social.

Pocos estudios aún examinan los cambios en todos estos dominios. El deterioro cognitivo está estrechamente relacionado con el funcionamiento en áreas como trabajo, las relaciones sociales y la vida independiente (McGurk et al., 2007), así como con la inteligencia emocional medida mediante pruebas de ejecución (Hurtado et al., 2016). La mejora del deterioro cognitivo se ha identificado como un objetivo apropiado para las intervenciones, ya que este deterioro tiene un importante impacto en el funcionamiento.

Actualmente los tratamientos farmacológicos disponibles han demostrado efectos limitados sobre los déficits cognitivos (véase el área 8). Por eso se han desarrollado programas de rehabilitación cognitiva en las últimas décadas, con el objetivo de comprobar si los intentos

directos de mejorar el rendimiento cognitivo pudieran ser más eficaces (McGurk et al., 2007). La razón principal para la rehabilitación cognitiva es mejorar el funcionamiento cognitivo, con algunos trabajos que también indican la mejora del funcionamiento como un objetivo adicional (Wykes & Reeder, 2005). Los enfoques adoptados han ido desde intervenciones definidas en sentido estricto, que implica la formación a los usuarios para mejorar su rendimiento en una sola prueba neuropsicológica, a la prestación de programas amplios de rehabilitación, utilizando cada vez más el aprendizaje por ordenador (Galletly et al., 2000; Gomar et al., 2015) u otros aparatos electrónicos (Dang et al., 2014). Los programas emplean una variedad de métodos, tales como ejercicios de simulación y prácticos, estrategias de aprendizaje para mejorar la cognición, propuesta de estrategias compensatorias para reducir los efectos de los déficits persistentes y discusiones de grupo (McGurk et al., 2007).

Debido a que el uso de estos métodos en el tratamiento de la esquizofrenia está todavía en desarrollo y los primeros estudios han tenido resultados dispares (Pilling et al., 2002), permanece la incertidumbre sobre qué técnicas se deberían utilizar (Wykes & van der Gaag, 2001) y si los resultados son beneficiosos, tanto en términos de efectos sostenidos en la cognición como para mejorar su funcionamiento. Además, la satisfacción de los usuarios con estos programas no coincide con la evidencia sobre su eficacia (Wykes & van der Gaag, 2001). Los estudios que combinan la rehabilitación cognitiva con otras intervenciones psicosociales, como el entrenamiento en habilidades sociales o intervenciones de formación profesional, como los programas de empleo con apoyo, han ido aumentando en la literatura. En esta revisión, la atención se centra en la rehabilitación cognitiva como modalidad de intervención única, de manera que se excluye cuando se ha combinado con otras intervenciones psicológicas o psicosociales. En estos casos, la intervención ha sido clasificada como una intervención multimodal y sometida a un análisis de sensibilidad. Una revisión de la rehabilitación cognitiva asociada con cualquier intervención de rehabilitación profesional se puede encontrar en el área 15.

*Definición utilizada por el GDGNICE para incluir estudios en la revisión*

La rehabilitación cognitiva se define como:

- un procedimiento identificado que se centra específicamente en los procesos cognitivos básicos, como la atención, la memoria de trabajo o las funciones ejecutivas, y
- tiene la intención específica de lograr una mejora en el nivel de desempeño en esa función cognitiva específica u en otra funciones, incluyendo la vida cotidiana y las habilidades sociales o vocacionales.

## 9.16.- Vinculación de la evidencia a las recomendaciones

En la guía de 2002 se incluyeron siete ECA de rehabilitación cognitiva. Dos ensayos, Bellack2001 (Bellack & Brown, 2001) y Tompkins1995 (Tompkins et al., 1995) se retiraron del análisis de la guía de 2009 porque el GDG consideró que no cumplían con la definición de rehabilitación cognitiva. La búsqueda de la guía de 2009 identificó 15 artículos que proporcionaron datos de ensayos previamente identificados y 15 nuevos ensayos. Un metaanálisis reciente (McGurk et al., 2007) identificó tres ensayos adicionales y una serie de otros estudios que no cumplieron criterios de inclusión. Los estudios de rehabilitación cognitiva incluidos en los ensayos emplearon una variedad de métodos diferentes y en algunos casos aplicaron rehabilitación cognitiva en combinación con una variedad de otras intervenciones psicológicas o psicosociales. En total, 25 ensayos (N = 1.390) cumplieron los criterios de inclusión. Todos los ensayos se publicaron en revistas revisadas por pares entre 1994 y 2008.

Para la revisión de la guía de 2009, seis de los estudios incluidos (Benedict et al., 1994; Burda et al., 1994; Eack et al., 2007; Kurtz et al., 2007; Sartory et al., 2005 y Vollema et al., 1995) no proporcionaron datos utilizables. En consecuencia, se incluyeron 20 ECA de rehabilitación cognitiva versus cualquier tipo de control en el metaanálisis: (Bellucci et al., 2003; Hadaslidor et al., 2001; Hogarty et al., 2004; Medalia et al., 1998; Medalia et al., 2000; Penadés et al., 2006; Silverstein et al., 2005; Spaulding et al., 1999; Twamley et al., 2008; van der Gaag et al., 2002; Velligan et al., 2000; Velligan et al., 2002; Velligan et al., 2008a; Velligan et al., 2008b; Wykes et al., 1999; Wykes et al., 2007a y Wykes et al., 2007b).

La Guía 2002 no encontró ninguna evidencia consistente para la eficacia de la rehabilitación cognitiva versus la atención estándar o cualquier otro tratamiento activo dirigido a la mejora de los resultados cognitivos u otros resultados importantes, como la reducción de los síntomas.
Es de destacar que aunque la revisión de McGurk y cols. (2007) sugirió efectos positivos en los síntomas y en el funcionamiento, esto puede, en parte, atribuirse al hecho de que su revisión incluyó una serie de estudios que no cumplían los criterios de inclusión establecidos por el GDGNICE (por ejemplo, el número mínimo de participantes o la rehabilitación cognitiva como un complemento de la rehabilitación profesional).

Aunque se ha encontrado una evidencia limitada de la eficacia en algunos estudios recientes bien realizados, hay una carencia manifiesta de datos de seguimiento y varios problemas metodológicos en la consistencia con la que se presentan los resultados. Cuando estudios amplios informaron de los resultados tanto al final del tratamiento como en el seguimiento, hubo poco beneficio consistente de la rehabilitación cognitiva sobre la atención estándar y los controles de atención. Un metanálisis revisa las variables que pueden estar asociadas a los cambios en el rendimiento cognitivo que se genera también en los grupos controles por los cuales no se puede afirmar la eficacia de la rehabilitación cognitiva. En este estudio se pone de manifiesto que la edad de los participantes de este grupo y el tamaño del grupo se asocian a cambios en el rendimiento cognitivo entre la medida pre y post (Radhakrishnan et al., 2016). En consecuencia, aunque hay algunos hallazgos positivos, la variabilidad en la eficacia sugiere que la evidencia clínica en su conjunto no es lo suficientemente sólida como para cambiar la Guía 2002.

El GDGNICE tuvo en cuenta, sin embargo, que una serie de estudios en E.E.U.U. han demostrado mejoras sostenidas en los resultados profesionales y psicosociales cuando la rehabilitación cognitiva se añade a la formación profesional y/o servicios de empleo con apoyo.

A pesar de la evidencia emergente dentro de este contexto, la eficacia de las intervenciones psicológicas y psicosociales como complementos a los servicios de empleo con apoyo estuvo fuera del alcance de la Guía 2009 y, por lo tanto, no fue revisada sistemáticamente.

Ante este hallazgo y la variabilidad tanto en el rigor metodológico y la eficacia de los estudios de rehabilitación cognitiva, el GDGNICE considera que se necesita más investigación realizada en el Reino Unido. En particular, los ECA de rehabilitación cognitiva deben incluir períodos de seguimiento adecuados para evaluar su eficacia como intervención específica y/o adjunta.

## 9.17.- Recomendación para la investigación

9.15.a Se debería realizar un ECA con poder estadístico adecuado y con seguimiento a largo plazo para investigar la efectividad clínica y el coste de la rehabilitación cognitiva en comparación con un control adecuado en las personas con esquizofrenia.

## 9.18.- Counselling y Terapia de apoyo

### 9.18.1.- Introducción

En la década de 1950 Carl Rogers, psicólogo estadounidense influenciado por Alfred Adler y Otto Rank, elaboró el counselling “centrado en el cliente” y más tarde “centrado en la persona”. Ésta fue una reacción contra las escuelas conductista y psicodinámica que habían surgido a partir del psicoanálisis freudiano de finales del siglo XIX. A diferencia de los primeros conductistas, Rogers aceptó la importancia del mundo emocional interno del cliente, pero esta intervención se centraba en la experiencia vivida de la persona más que en teorías psicoanalíticas empíricas no comprobables de impulsos inconscientes y de defensas de procesos inconscientes (Thorne, 1992). El counselling de Rogers fue el punto de partida para nuevas terapias, como el counselling humanista, el counselling psicodinámico, el psicodrama y la psicoterapia Gestalt. En Reino Unido, el counselling es la opción terapéutica que se ofrece con mayor frecuencia a las personas con enfermedades mentales comunes dentro del ámbito de atención primaria.

La terapia de apoyo ha sido citada como la psicoterapia individual de elección para la mayoría de los pacientes con esquizofrenia (Lamberti & Herz, 1995). Al igual que otras terapias, como las metacognitivas, la terapia de apoyo en personas con esquizofrenia ha sido asociada a una mejora en la autoestima, la habilidad para pensar con mayor claridad y el establecimiento de objetivos vitales más significativos (Lysaker et al., 2015). Es significativo que la mayoría de los ensayos con esta intervención la han utilizado como tratamiento de comparación a otras intervenciones psicológicas más específicas, en lugar de investigarla como una intervención primaria. Esto puede ser debido a que la terapia de apoyo no es una intervención singular y bien definida, no tiene una teoría unificadora global y se utiliza habitualmente como un término genérico que describe una serie de intervenciones desde el befriending hasta un tipo de psicoterapia formal (Buckley et al., 2007; Buckley et al., 2015). Las modalidades de terapia de apoyo más formales tienden a ser flexibles en lo que se refiere a la frecuencia y regularidad de las sesiones, y utilizan algunos componentes del counselling de Rogers (es decir, un énfasis en la escucha empática y “cálida no posesiva”). Éstas pueden ser llamadas “psicoterapia de apoyo” y también tienden a basarse en un terapeuta activo que puede ofrecer orientación, apoyo y seguridad con el objetivo de ayudar al paciente a adaptarse a las circunstancias actuales (Crown, 1988). Esto difiere del psicoterapeuta dinámico, que espera a que surja el material

y mantiene un grado de opacidad para ayudar en el desarrollo de una relación transferencial.

Sin lugar a dudas existen coincidencias entre el counselling, la terapia de apoyo y otras psicoterapias, conocidas como “factores no específicos”. Éstos son necesarios para el desarrollo de una alianza terapéutica positiva y son un requisito previo para que cualquier intervención psicológica pueda tener alguna posibilidad de éxito (Roth et al., 1996). Muchos de estos factores son también parte de la “atención estándar” de alta calidad y asimismo son elementos claves del counselling y la terapia de apoyo. Fenton & McGlashan (1997) informaron de que el sentimiento de un paciente de ser escuchado y comprendido es un fuerte predictor, por ejemplo, del cumplimiento de la medicación. También, según McCabe & Priebe (2004), la relación terapéutica es un predictor fiable de los resultados del paciente en la atención psiquiátrica convencional. Más concretamente, según Goldsmith et al. (2015), algunas de las variables que se consideran clave en dicha relación son la comprensión empática, la confianza en la terapia, la expresión del afecto y la competencia percibida La relación terapéutica ha demostrado también tener un papel causal en el impacto del tratamiento psicológico en la intervención temprana de pacientes con psicosis.

*Definición utilizada por el GDGNICE para incluir estudios en la revisión*
El counselling y la terapia de apoyo se definen como intervenciones psicológicas específicas que:

- son facilitadoras, no directivas y/o centradas en la relación, con el contenido determinado en gran medida por el usuario, y
- no cumplen los criterios de cualquier otra intervención psicológica.

## 9.19.- Vinculación de la evidencia a las recomendaciones

En la búsqueda bibliográfica de 2002, se incluyeeron 14 ECA (N = 1.143) de terapia de apoyo y de counselling. Dos estudios incluidos en la guía de 2002 (Levine et al., 1998; Turkington & Kingdon, 2000) fueron excluidos de la revisión de la guía de 2009 debido a un número insuficiente de participantes. La búsqueda realizada para la guía de 2009 identificó cuatro estudios de seguimiento de los ensayos identificados previamente y seis nuevos

ensayos. En total, 18 ECA (N = 1.610) cumplieron con los criterios de inclusión para la guía de 2009. Todos fueron publicados en revistas revisadas por pares entre 1973 y 2007.
Para la revisión de la guía de 2009, 17 ECA de counselling y terapia de apoyo versus cualquier tipo de control fueron incluidos en el metanaálisis: (Eckman et al., 1992; Falloon et al., 1981; Haddock et al., 1999; Herz et al., 2000; Hogarty et al., 1997; Jackson et al., 2008; Kemp et al., 1996; Lewis et al., 2002; Marder et al., 1996; Patterson et al., 2006; Pinto et al., 1999; Rohricht et al., 2006; Sensky et al., 2000; Shin & Lukens, 2002; Stanton et al., 1984; Tarrier et al., 1998 y Valmaggia et al., 2005). Uno de los ensayos incluidos (Donlon et al., 1973) no proporcionó ningún dato utilizable para el análisis.
En la guía de 2002, el GDGNICE no encontró ninguna evidencia explícita para apoyar el uso del counselling y la terapia de apoyo como una intervención específica. La evidencia limitada encontrada por la Guía 2009 no justifica el cambio de esta recomendación. El GDGNICE, sin embargo, reconoce la preferencia que algunos usuarios y cuidadores pueden tener hacia estas intervenciones, especialmente cuando otros tratamientos psicológicos más eficaces no están disponibles en el área local. Por otra parte, el GDGNICE reconoce la importancia de los elementos de apoyo en la provisión de una atención estándar de buena calidad.

## 9.20.- Recomendaciones

**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.

## 9.21.- Intervención familiar

### 9.21.1.- Introducción

La intervención familiar en el tratamiento de la esquizofrenia ha evolucionado a partir de los estudios del entorno familiar y su posible impacto en el curso de la esquizofrenia después de un episodio inicial (Vaughn & Leff, 1976). Cabe señalar que en este contexto, "familia" incluye a las personas que tienen una conexión emocional significativa para el usuario, como padres, hermanos y pareja. Brown y cols. (Brown et al.,1962; Brown & Rutter, 1966) desarrollaron una medida para el nivel de "emoción expresada" dentro de las familias y fueron capaces de demostrar que el ambiente emocional dentro de una familia era un predictor eficaz de la recaída en la esquizofrenia. Lo era, además, de manera independiente al sexo y al efecto de la medicación (Bebbington & Kuipers, 1994; Butzlaff & Hooley, 1998). La importancia de este trabajo hizo comprender que era posible diseñar métodos psicológicos (en este caso, la intervención familiar) que podrían cambiar el manejo de la enfermedad por los usuarios y sus familias e influir en el curso de la esquizofrenia.

La intervención familiar en la esquizofrenia se deriva de las ideas conductistas y sistémicas, adaptadas a las necesidades de las familias de las personas con psicosis. Más recientemente se han resaltado las dificultades de las evaluaciones cognitivas. Los modelos que han sido desarrollados tienen como objetivo el ayudar a las familias a hacer frente a los problemas de sus familiares de manera más eficaz, proporcionar apoyo y educación para la familia, reducir los niveles de estrés, mejorar la forma en que la familia se comunica y negocia cómo solucionar problemas, y tratar de evitar la recaída del usuario (Okpokoro et al., 2014; Girón et al., 2015). La intervención familiar suele ser larga y compleja (por lo general más de diez sesiones), pero realizada en un formato estructurado con una familia y tiende a incluir al usuario tanto como sea posible.

*Definición utilizada por el GDGNICE para incluir estudios en la revisión*

La intervención familiar se define como una intervención psicológica específica donde:

- las sesiones con la familia tienen una función específica de apoyo, educativa o tratamiento, y contemplan al menos uno de los siguientes componentes:
  - trabajo del manejo de la crisis/resolución de problemas, o
  - intervención con el usuario identificado.

## 9.22.- Vinculación de la evidencia a las recomendaciones

En la guía de 2002, se incluyeron 18 ECA (N = 1.458) de intervención familiar. Uno (Posner et al., 1992) incluido en la guía de 2009 se volvió a clasificar como Psicoeducación para la guía de 2009 y dos ensayos anteriores se clasificaron como intervención familiar como parte de un tratamiento multimodal (Herz et al., 2000 y Lukoff et al., 1986). La búsqueda de la guía de 2009 identificó cinco artículos que informaban del seguimiento de los ensayos identificados en búsquedas previas y 19 nuevos ensayos. En total, 38 ensayos (N = 3.134) reunieron los criterios de inclusión para la revisión de la guía de 2009. Todos fueron publicados en revistas revisadas por pares entre 1978 y 2008.

Para la guía de 2009, uno de los estudios incluidos (Cheng & Chan, 2005) no proporcionó utilizables para cualquiera de los resultados críticos, de manera que 32 ECA de la intervención familiar versus cualquier tipo de control se incluyeron en el metanálisis: (Barrowclough et al., 1999; Bloch et al., 1995; Bradley et al., 2006; Bressi et al., 2008; Buchkremer et al., 1995; Carrà et al., 2007; Chien et al., 2004a; Chien et al., 2004b; Chien & Wong, 2007; Dyck et al., 2000; Falloon et al., 1981; Garety et al., 2008; Glynn et al., 1992; Goldstein et al., 1978; Herz et al., 2000; Hogarty et al., 1997; Jenner et al., 2004; Kopelowicz et al., 2003; Leavey et al., 2004; Leff et al., 1982; Li & Arthur, 2005; Linszen et al., 1996; Lukoff et al., 1986; Magliano et al., 2006; Ran et al., 2003; So et al., 2006; Szmukler et al., 2003; Tarrier et al., 1988; Valencia et al., 2007; Vaughan et al., 1992; Xiong et al., 1994 y Zhang et al., 1994).

De éstos, 26 ensayos compararon la intervención familiar con la atención estándar y ocho comparó la intervención familiar con otros tratamientos activos. Además, cinco ensayos compararon directamente una intervención de múltiples familias con una sola intervención familiar.

En la guía de 2002 había evidencia suficiente para que el GDGNICE recomendara la intervención familiar en el tratamiento de la esquizofrenia. Estudios recientes han corroborado estas conclusiones y han demostrado consistentemente que la intervención familiar puede ser particularmente eficaz en la prevención de la recaída.

Otros análisis realizados por la guía 2009 continúan apoyando la evidencia demostrada en la guía 2002 con respecto a la duración de los tratamientos y la inclusión de la persona con esquizofrenia, cuando sea posible. Aunque la evidencia es más limitada para las ventajas de la intervención con una única familia en comparación con varias, esto debe considerarse en el contexto de la práctica actual, así como de las preferencias de los

usuarios y de los cuidadores. Además, el GDGNICE observó que la mayoría de los estudios que se han realizado en Reino Unido son con intervenciones unifamiliares, mientras que los estudios realizados en otros países contribuyeron más a la base de la evidencia de la intervención familiar múltiple. Por lo tanto, la evidencia de la intervención familiar única puede además ser más generalizable al ámbito de Reino Unido.

Además, la intervención familiar también reduce las tasas de ingresos hospitalarios durante el tratamiento y la gravedad de los síntomas durante y hasta 24 meses después de la intervención. La intervención familiar puede también ser eficaz en la mejora de resultados críticos adicionales, tales como el funcionamiento social y el conocimiento del paciente acerca del trastorno. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que la evidencia de esto último es más limitada y proviene de estudios individuales que comunican múltiples resultados en una serie de medidas basadas en escalas.

Aunque las comparaciones directas de formato no indicaron ninguna evidencia sólida para la intervención familiar sola sobre la múltiple en términos de síntomas totales, la intervención familiar única fue vista como más aceptable para los usuarios y cuidadores según demuestra el número de abandonos prematuros durante el estudio. Además, las comparaciones de los subgrupos que indirectamente compararon la intervención familiar individual con la múltiple demostraron alguna evidencia limitada que sugiere que sólo la primera puede ser eficaz en la reducción de los ingresos hospitalarios.

La evidencia económica existente en la intervención familiar es insuficiente. Un sencillo análisis económico realizado por esta por la guía NICE de 2014 demostró que, en el ámbito de Reino Unido, la intervención familiar se asocia con el ahorro de costes netos cuando se les ofrece a las personas con esquizofrenia además de la atención estándar, debido a una reducción en las tasas de recaídas y posterior hospitalización. Los resultados del análisis económico utilizan datos sobre recaídas que se refieren al período durante el tratamiento con la intervención familiar.
Sin embargo, hay evidencia de que la intervención familiar también reduce las tasas de recaídas (Bressi et al., 2008; Chien et al., 2010; Giron et al., 2010) para el período posterior a la finalización de la intervención. Por lo tanto, el ahorro de costes netos de la intervención familiar es probablemente mayor que el estimado en el análisis de la guía NICE de 2014.

Con respecto a la formación y competencias requeridas por el terapeuta para proporcionar la intervención familiar para las personas con esquizofrenia y sus cuidadores, hay escasez de información comunicada a través de los ensayos. En consecuencia, el GDGNICE se considera incapaz de obtener una conclusión o de hacer recomendaciones relativas a la práctica. Sin embargo, el GDGNICE reconoce que la formación y las competencias del terapeuta son un área importante que merece una mayor investigación.

La evidencia sólida presentada en la evaluación clínica actual y de economía de la salud de la intervención familiar apoya además las conclusiones y las recomendaciones de la guía de 2002. Aunque hay una falta de evidencia para la utilización de las intervenciones familiares adaptadas a otras culturas dentro de Reino Unido, el GDGNICE reconoce que se trata de un área importante que justifica una mayor investigación, dada la evidencia previamente comentada en relación a la desigualdad de acceso de las personas de raza negra y de los grupos de minorías étnicas (véase el área 16).

Tras la publicación de la guía para el tratamiento de la psicosis y la esquizofrenia en niños y jóvenes (*Psychosis and Schizophrenia in Children and Young People* NCCMH, 2013 [completa guía]; NICE, 2013A), para la guía de 2014 el GDGNICE consideró que las recomendaciones deberían ser consistentes siempre que fuera posible. Por lo tanto, el GDGNICE considera importante asesorar a los profesionales sobre la evidencia equívoca respecto a las intervenciones psicológicas en comparación con la medicación antipsicótica y recomienda que si la persona desea intentar tratarse exclusivamente con una intervención psicológica, ésta podría ser probada en el transcurso de un mes o menos. Después de la guía para el tratamiento de la psicosis y la esquizofrenia en niños y jóvenes, el GDGNICE también quiere hacer explícito que las opciones para un primer episodio de psicosis deberían ser un fármaco antipsicótico oral combinado con las intervenciones psicológicas (intervención familiar y TCC individual).

## 9.23.- Recomendaciones

*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 9.15.

**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.

## 9.24.- Recomendaciones para la investigación

9.24.a Adaptar étnicamente la intervención familiar en consulta según las posibles diferencias culturales de la población negra y de minorías étnicas para adecuarse mejor a sus necesidades, ¿permitiría a más personas pertenecientes a estos grupos participar en esta terapia y mostrar reducciones concomitantes en las tasas de recaída y en la angustia del cuidador?.

9.24.b Se necesita investigación, para identificar las competencias requeridas de cara a proporcionar una intervención familiar eficaz a las personas con esquizofrenia y a sus cuidadores.

## 9.25.- Terapias psicodinámicas y psicoanalíticas

### 9.25.1.- Introducción

El psicoanálisis y sus derivados, a menudo denominados psicoterapias psicoanalíticas y psicodinámicas, tienen su origen en la obra de Freud en el primer cuarto del siglo XX. Estos enfoques suponen que los seres humanos tienen una mente inconsciente donde los sentimientos que son demasiado dolorosos para hacerles frente son a menudo reprimidos. Un número de procesos psicológicos conocidos como defensas se utilizan para mantener estos sentimientos fuera de la conciencia cotidiana. Las psicoterapias 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. Estos enfoques fueron considerados originalmente como no aptos para el tratamiento de la psicosis (Freud, 1964). Sin embargo, un número de psicoanalistas han tratado a personas con esquizofrenia y otras psicosis utilizando versiones más o menos modificadas del psicoanálisis (Fromm-Reichmann, 1950; Stack-Sullivan, 1974). Algunos enfoques psicoanalíticos de la psicoterapia continúan siendo accesibles hoy día a personas con esquizofrenia, aunque la técnica psicoanalítica real rara vez se utiliza (Alanen, 1997). Los abordajes tienden a ser modificados para favorecer la apertura relativa en la parte del terapeuta, la flexibilidad en términos de contenido y forma de las sesiones, absteniéndose de hacer interpretaciones hasta que la alianza terapéutica es sólida y construyendo un relación basada en la autenticidad y la calidez mientras se mantiene una distancia óptima (Gabbard, 1994).

Los ECA se realizaron en los años 1970 y 1980 para investigar la utilización de la psicoterapia orientada psicoanalíticamente. La investigación sobre los efectos de los enfoques psicoanalíticos en el tratamiento de la esquizofrenia se ha repetido más recientemente, con resultados contrapuestos (Fenton & McGlashan, 1995; Jones et al., 1998; Mari & Streiner, 2000), dando lugar a la publicación de una revisión Cochrane sobre el tema (Malmberg et al., 2001). Dicha revisión incluye cuatro ensayos aleatorizados con 528 participantes donde se utilizaba un enfoque psicodinámico y se llevaban a cabo varias comparaciones. Los autores concluyen que no hay evidencia clara acerca de los efectos positivos de la psicoterapia psicodinámica y que los datos no apoyan el uso de ésta en las personas con esquizofrenia que se encuentran hospitalizadas. Añaden que los estudios no

han considerado los posibles efectos adversos de las intervenciones estudiadas, así como que no han encontrado en su búsqueda ensayos donde se utilice un enfoque psicoanalítico.

*Definición utilizada por el GDGNICE para incluir estudios en la revisión*

Las intervenciones psicodinámicas son definidas por tener:

- sesiones regulares de terapia basadas en un modelo psicodinámico o psicoanalítico; y
- sesiones que pueden basarse en una variedad de estrategias (incluyendo la exploración orientada hacia la introspección, de apoyo o actividad directiva), aplicadas con flexibilidad.

Para ser considerada como una psicoterapia psicodinámica bien definida, es necesario que la intervención incluya el trabajo con la transferencia y los procesos inconscientes.

Las intervenciones psicoanalíticas son definidas por tener:

- sesiones individuales regulares programadas para continuar durante al menos 1 año; y
- la obligación de los analistas de adherirse a una definición estricta de la técnica psicoanalítica

Para ser considerado como un psicoanálisis bien definido, la intervención implica necesariamente el trabajar con el inconsciente y las relaciones de niño/adulto.

### 9.25.2.- Resumen de la evidencia clínica

Sólo un nuevo ECA fue identificado por la revisión de la guía 2009 (Durham et al., 2003), que utilizó una intervención psicodinámica en formato de psicoterapia de apoyo (n=21) como elemento de comparación para la TCC (n=19). Se encontró una mejoría significativa del 33% en los participantes en TCC y del 16% en aquellos tratados con un enfoque psicodinámico. Se incluyó también un grupo de tratamiento habitual (n=17), donde mostraron mejoras clínicamente significativas el 12% de los participantes. Este nuevo estudio no proporciona ninguna evidencia de la eficacia de los abordajes psicodinámicos en cuanto a los síntomas, el funcionamiento o la calidad de vida.

## 9.26.- Vinculación de la evidencia a las recomendaciones

En la guía 2002, el GDGNICE no encontró ninguna evidencia clara para apoyar el uso de terapias psicodinámicas y psicoanalíticas como intervenciones específicas. La evidencia limitada encontrada por la guía 2009 no justifica el cambio de esta conclusión.
Sin embargo, el GDGNICE reconoce la posible utilidad 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. El GDGNICE observó también que la mayoría de los ensayos incluidos en la revisión evalúan la eficacia de las formas clásicas de las terapias psicodinámica y psicoanalítica. No obstante estos enfoques han evolucionado en los últimos años, en parte como respuesta
a la falta de eficacia demostrable en comparación con otras intervenciones en los ensayos de investigación. En la actualidad, el GDGNICE no tiene constancia de ningún ECA bien realizado que evalué la eficacia de las nuevas formas de terapia psicodinámica y psicoanalítica, por lo que considera que está justificado realizar una investigación bien dirigida.

## 9.27.- Recomendaciones

**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.

## 9.28.- Recomendación para la investigación

9.28.a Debería realizarse un ECA piloto, para evaluar la eficacia de las formas contemporáneas de la terapia psicodinámica en comparación con la atención estándar y otras intervenciones psicológicas y psicosociales activas.

## 9.29.- Psicoeducación

### 9.29.1.- Introducción

La psicoeducación, en su definición literal, implica 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, estrategias comunes de afrontamiento y sus derechos (Pekkala & Merinder, 2002).

En su reciente revisión del NHS, Darzi (2008) hizo hincapié en la importancia de "capacitar a los pacientes con una mejor información que permita mejorar la calidad de las conversaciones entre los profesionales y los pacientes". Precisar qué y cuánta información requiere una persona, y en qué medida la información proporcionada es entendida, recordada o actuar en consecuencia, puede variar de una persona a otra.

Con frecuencia, la información dada ha de ser continua. Como resultado, la psicoeducación ha sido ahora desarrollada como un aspecto del tratamiento de la esquizofrenia con una variedad de objetivos más allá de proporcionar información precisa. Alguna psicoeducación implica un tratamiento prolongado y se traduce en estrategias de manejo, técnicas de afrontamiento y entrenamiento en habilidades a través de rol-play. Se ofrece habitualmente en un formato de grupo. La diversidad de los contenidos y la información cubierta, así como la forma de proporcionarla, varían considerablemente. De modo, la psicoeducación como un tratamiento específico puede superponerse a la intervención familiar, sobre todo cuando las familias y los cuidadores están involucrados en ambas.

Los resultados deseados en los estudios han incluido mejoras en la introspección, en la adherencia al tratamiento, en los síntomas, en las tasas de recaída y en el conocimiento y la comprensión de la familia (Pekkala & Merinder, 2002; Zhao et al., 2015).

*Definición utilizada por el GDGNICE para incluir estudios en la revisión*

Las intervenciones psicoeducativas se definen como:

- cualquier programa que tiene como objetivo principal ofrecer información sobre la enfermedad, y que implica la interacción entre un profesional que proporciona esa

información y un usuario y sus cuidadores, **y**

- la prestación de apoyo y estrategias de manejo para los usuarios y cuidadores.

Para ser considerada bien definida, la estrategia educativa debe adaptarse a las necesidades de los usuarios o cuidadores.

### 9.29.2.- Resumen clínico de la evidencia

No hay nueva evidencia sólida para la eficacia de la psicoeducación en cualquiera de los resultados claves. En particular, no hay nuevos ECA realizados en Reino Unido que cumplan la definición de psicoeducación del GDGNICE.

## 9.30.- Vinculación de la evidencia a las recomendaciones

En la guía NICE (2002) el GDGNICE tuvo dificultades para distinguir la psicoeducación de proporcionar información de buena calidad como se requiere en la atención estándar, así como diferenciar cuando la participación de la familia era de buena calidad. Es evidente que hay una superposición entre una buena atención estándar y la psicoeducación, y entre la psicoeducación y la intervención familiar.

Hay que señalar que la mayoría de los estudios revisados no tuvieron lugar en Reino Unido, y la naturaleza y la calidad de la entrega de información en la atención estándar pueden diferir de los servicios en el entorno de Reino Unido. Las evidencias encontradas por la guía 2009 no justifica hacer una recomendación.

## 9.31.- Formación en habilidades sociales

### 9.31.1.- Introducción

Un abordaje psicológico inicial para el tratamiento de la esquizofrenia implicó la aplicación de la teoría y los métodos conductuales, como es el condicionamiento operante, con el objetivo de normalizar la conducta (Ayllon & Azrin, 1965), la mejora de la comunicación o la modificación del lenguaje (Lindsley, 1963). Dados los efectos comportamentales y sociales de la esquizofrenia, con frecuencia debilitantes, el entrenamiento en habilidades sociales se desarrolló como una estrategia más sofisticada de tratamiento derivada de las técnicas de modificación de conducta y del aprendizaje social -véase Wallace y cols. (1980) para una revisión-. Esta estrategia fue diseñada para ayudar a las personas con esquizofrenia a recuperar sus habilidades sociales, su confianza, mejorar su capacidad de hacer frente a situaciones sociales, reducir el desamparo social, mejorar su calidad de vida y, cuando fuera posible, ayudar a reducir los síntomas y prevenir recaídas.

Los programas de formación en habilidades sociales comienzan 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.
Inicialmente se trabajan las tareas sociales más pequeñas (como las respuestas a las señales sociales no verbales), y poco a poco se construyen nuevos comportamientos hacia habilidades sociales más complejas, tales como mantener una conversación de manera adecuada. Hay un fuerte énfasis en la asignación de tareas destinadas a ayudar a generalizar el comportamiento recién aprendido fuera del entorno de donde se recibe el tratamiento. No obstante, los autores destacan como limitaciones de esta aproximación que los cambios debidos al entrenamiento en habilidades sociales no ocurrían en todos los pacientes y, en caso de ocurrir, había dificultades en la generalización a nuevas situaciones.

Este enfoque de tratamiento psicosocial se hizo muy popular en EE.UU. y ha permanecido así desde la década de 1980 (por ejemplo, Bellack, 2004). Es considerado un tratamiento basado en la evidencia siempre que no sea empleado de manera generalizada sino focal, para reducir la disfunción social (Galderisi et al., 2010). En cambio, esta intervención ha

tenido mucho menos apoyo cuando ha sido investigada en Reino Unido, especialmente respecto a la capacidad de generalización a entornos sociales reales. Estos autores proponen que para mejorar este tipo de intervención habría que incorporar más estrategias enfocadas a la generalización de los resultados, así como tener en cuenta las diferencias individuales y su influencia en el resultado del tratamiento (Hersen & Bellack, 1976; Shepherd, 1978). Por tanto, no hay nuevos estudios de entrenamiento en habilidades sociales que se hayan llevado a cabo en Reino Unido. La base de la evidencia se deriva en gran parte de América del Norte y, cada vez más, de China y el sudeste asiático (Almerie et al., 2015).

*Definición utilizada por el GDGNICE para incluir estudios en la revisión*

El entrenamiento en habilidades sociales se define como:

- una intervención psicosocial estructurada (grupal o individual) cuyos objetivos son:
  - mejorar el desempeño social y
  - reducir la angustia y la dificultad en situaciones sociales.

La intervención debe:

- incluir evaluaciones de una serie de factores sociales y habilidades interpersonales mediante la observación del comportamiento, y
- dar importancia tanto a la comunicación verbal como a la no verbal, a la capacidad del individuo para percibir y procesar las señales sociales pertinentes, y responder y proporcionar refuerzo social adecuado.

### 9.31.2.- Resumen de la evidencia clínica

La revisión no encontró evidencia que sugiera que el entrenamiento en habilidades sociales sea eficaz en la mejora de los resultados clave. La mayoría de los nuevos estudios informan de resultados no significativos. La eficacia del entrenamiento en habilidades sociales en los síntomas negativos es limitada. Ésta ha sido básicamente elaborada a partir de estudios fuera de Reino Unido y está impulsada en gran medida por un pequeño estudio que emplea un programa de rehabilitación metacognitiva de 6 meses dirigido a mejorar la cognición social (Roncone et al., 2004). Este estudio, además, presenta algunos problemas metodológicos.

## 9.32.- Vinculación de la evidencia a las recomendaciones

En la guía 2002, el GDGNICE no encontró ninguna evidencia clara de que el entrenamiento en habilidades sociales fuera eficaz como una intervención específica para mejorar los resultados en la esquizofrenia cuando se comparó con las actividades sociales genéricas (comunes) y de grupos, y sugirió que la evidencia muestra poca o ninguna ventaja consistente sobre el tratamiento estándar. Es de destacar que, aunque una revisión publicada desde la guía 2002 (Kurtz & Mueser, 2008) señala efectos sobre el funcionamiento social, la gravedad de los síntomas y el riesgo de recaídas, esto puede ser atribuido a la inclusión de un número de estudios que están más allá del alcance de la definición actual de las habilidades sociales utilizada en la presente revisión. En concreto, fueron incluidos una serie de trabajos que evaluaban intervenciones de formación profesional y de empleo con apoyo. En consecuencia, la evidencia encontrada por la guía 2009 no justifica cambiar las conclusiones extraídas en la guía 2002.

## 9.33.- Recomendaciones

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

## 9.34.- Manejo del trauma psicológico en la psicosis y en la esquizofrenia

### 9.34.1.- Introducción

En la última década ha habido un creciente interés en la relación entre la psicosis (incluyendo la esquizofrenia) y el trauma. Los estudios de las personas que han experimentado psicosis y esquizofrenia, han encontrado que entre el 50 y el 98% comunicaron haber sido expuestos a, al menos, un evento traumático en su vida. El efecto del trauma infantil en el incremento del riesgo de desarrollar psicosis estaría mediado por mecanismos tanto psicológicos como biológicos. (Read et al., 2005).

Una revisión reciente que analiza la adversidad en la niñez y los problemas de salud mental sugiere que los factores relacionados con la madre (por ejemplo, altos niveles de estrés durante el embarazo, alimentación deficiente, y la mala salud de la madre), así como la adversidad en la niñez, pueden tener un impacto negativo en el futuro de la salud mental de un individuo (Read & Bentall, 2012). En un estudio de casos y controles con diferentes grupos étnicos, Morgan y cols. (2007) encontraron que la pérdida de un padre a través de la separación o la muerte en jóvenes menores de 16 años estaba asociada a un mayor riesgo de psicosis, pudiendo duplicar o triplicar dicho riesgo.

Una revisión realizada por Read y cols. (2005) demostró que había una fuerte relación entre las personas que habían sufrido abuso físico y sexual cuando niños y la presencia de síntomas de esquizofrenia, especialmente alucinaciones, voces que comentan y que dan órdenes. En un estudio prospectivo holandés, Janssen y cols. (2004) , controlando otras variables que pudieran influir, como el abuso de sustancias y los antecedentes familiares de psicosis, encontraron que los que habían sido sometidos a alguna forma de abusos en la infancia tenían siete veces más probabilidades de experimentar psicosis, concretamente sintomatología positiva. Un número de estudios han encontrado una “dosis-respuesta”, observándose cómo con los abusos más graves o persistentes aumentan el riesgo de desarrollar psicosis. Esto está ilustrado claramente en un estudio realizado por Shevlin y cols. (2008) con población de Reino Unido y Estados Unidos sobre el efecto de las experiencias traumáticas repetidas. Este estudio encontró que la probabilidad de desarrollar psicosis aumentaba a medida que el número de experiencias traumáticas a las que un individuo había sido expuesto también había aumentado. Los que habían experimentado cinco o más tipos de trauma tenían una probabilidad 198 veces mayor de

tener un diagnóstico de psicosis que los que no habían experimentado ninguna adversidad.

Varese y cols. (2012) examinaron la relación entre la psicosis y la adversidad en la infancia (abuso físico, sexual y emocional, la negligencia, la intimidación y pérdida paterna por fallecimiento o separación) mediante la realización de un meta-análisis que incluyó 36 estudios (n =79397). Encontraron una asociación significativa entre las dos, con una odds ratio de 2.78. En base a sus hallazgos los autores afirman que si estas formas concretas de adversidad en la niñez fueran eliminadas, los casos de psicosis se reducirían en un tercio. Los autores investigaron también la gravedad del trauma y su relación con la psicosis. Nueve de cada diez estudios de los que habían investigado la llamada “dosis efecto” habían encontrado esto, revelando que la probabilidad de presentar psicosis aumenta cuanto más grave o prolongada es la exposición a la adversidad. El trauma dentro de esta población no está limitado a la niñez: la incidencia de agresiones en la edad adulta también es elevada: hasta el 59% de los individuos comunican agresiones sexuales y hasta el 87% físicas (Grubaugh et al., 2011). La presencia de un trastorno de estrés postraumático en personas con esquizofrenia se ha asociado también a una mayor gravedad de la psicopatología (incluyendo deterioro cognitivo), mayor ideación y comportamiento suicidas, así como mayores consultas médicas relacionadas con la salud física y hospitalizaciones (Buckley et al., 2009).

No obstante, no toda la adversidad cumple criterios diagnósticos para ser clasificada como “trauma”. La definición objetiva de lo que es y no es un trauma repercute evidentemente sobre qué síntomas pueden ser clasificados como parte de un auténtico trastorno de estrés post-traumático. A pesar de esto, la prevalencia del trastorno de estrés postraumático en las personas diagnosticadas con un trastorno psicótico oscila del 12 al 29% (Achim et al., 2011; Buckley et al., 2009), ocurriendo esta comorbilidad en las distintas fases del curso de la enfermedad (pródromos, primeros episodios y pacientes crónicos). Además, esta tasa es mucho más alta que en la población general, donde se estima que la prevalencia es de entre el 0,4 y el 3,5% (Alonso et al., 2004; Creamer et al., 2001; Darves-Bornoz et al., 2008). Se ha sugerido que hay similitudes en la vulnerabilidad a la esquizofrenia y al trastorno de estrés postraumático como consecuencia tanto del procesamiento cognitivo de

los acontecimientos traumáticos como del modo en que la información es procesada y almacenada. Ambos comparten también otros factores de vulnerabilidad, como son la presencia de historia previa de trauma y abuso infantil, la falta de apoyo social, los antecedentes psiquiátricos familiares y el bajo estatus socio-económico (Steel, 2011). No obstante, es necesaria más investigación acerca del significado etiopatológico y las implicaciones en el tratamiento que tiene la comorbilidad entre ambos trastornos.

Una cuestión que se plantea frecuentemente es la fiabilidad de las revelaciones de abuso infantil entre las personas con psicosis. Los estudios que investigan esto, han encontrado evidencia que corrobora los informes de  abuso sexual en la infancia por pacientes psiquiátricos en un 74% (Herman & Schatzow, 1987) y en un 82% (Read et al., 2003). Un estudio que se centró específicamente en los informes de las personas con un diagnóstico de esquizofrenia, encontró que el problema de las falsas acusaciones de agresión sexual no era diferente que en la población general (Darves-Bornoz et al., 1995).

*Práctica actual*

Aunque no todas las personas que presentan psicosis o esquizofrenia habrán sido expuestas a la adversidad temprana, la importancia de la relación entre ellas significa que 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 diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia con una historia de trauma (Sin et al., 2017). La guía NICE recomienda la TCC centrada en el trauma (incluyendo la exposición prolongada) y la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) como intervenciones seguras y eficaces para las personas con trastorno de estrés postraumático. Por desgracia, dado que las personas con trastornos psicóticos son a menudo excluidas de los ensayos de investigación del TEPT, no hay evidencia suficiente para demostrar si estas intervenciones concretas son igualmente seguras y eficaces en esta población.
Sin embargo, los usuarios que presentan psicosis y esquizofrenia y que tienen historias de trauma, no han sido excluidos de los ensayos que evalúan la eficacia de la TCC para trastornos psicóticos. Por otra parte, no hay efectos adversos o diferencias en los resultados que se hayan informado de este grupo particular dentro de estos ensayos.

*Definición y objetivo de la intervención*

El objetivo de esta revisión fue evaluar la eficacia y la seguridad de las intervenciones psicológicas para el trauma en personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia. Las intervenciones psicológicas se incluyeron si su objetivo era reducir los síntomas de TEPT u otra dificultad relacionada. Los síntomas del TEPT podrían ser el resultado de acontecimientos vitales, una reacción a síntomas de la psicosis, o un trauma como resultado de experimentar un primer episodio de psicosis.

### 9.34.2.- Resumen de la evidencia clínica

En general hay evidencia poco concluyente sobre la eficacia del manejo psicológico del trauma y de una intervención específica de recuperación basada en la terapia cognitiva para el tratamiento del trauma en las personas con un primer episodio de psicosis. Además, aunque esta revisión no encontró diferencias estadísticamente significativas entre la intervención activa y el control en los abandonos de la intervención, se observó una tendencia a favor del brazo control, lo que sugiere que la intervención puede no haber sido bien tolerada. Sin embargo, debido a la limitada evidencia y a la falta de ensayos que evaluaran otras intervenciones en esta población, no se pueden extraer conclusiones definitivas.

### 9.34.3.- Evidencia de economía de la salud

El GDGNICE no encontró estudios de evaluación de la eficiencia de las intervenciones psicológicas para trauma en adultos con psicosis y la esquizofrenia en la búsqueda sistemática de la literatura económica realizada.

## 9.35.- Vinculación de la evidencia a las recomendaciones

*Valor relativo de los resultados considerados:*

El GDGNICE decidió centrarse en lo siguiente, que consideraron que es fundamental:

Para los síntomas centrados en el trauma en:

- los síntomas de ansiedad (incluyendo el trastorno de estrés postraumático)
- los síntomas depresivos

Para evaluar si la intervención psicológica para el trauma estaba contraindicada en una población de personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia:

- los síntomas de la psicosis (total, positivo, negativo)
- respuesta/recaída

Para evaluar la aceptabilidad de la intervención:

- tasa de abandono (por cualquier motivo)

*Balance entre los beneficios clínicos y los daños:*

En las personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia que están experimentando síntomas relacionados con el trauma, el GDGNICE considera que es importante evaluar los daños potenciales de las intervenciones psicológicas para el trauma. El GDGNICE estima que la evidencia no muestra ningún beneficio de las intervenciones psicológicas para el trauma en esta población pero lo más importante es que no se observó ningún indicio de daño. Sin embargo, lo último es como resultado de la falta de datos y por lo tanto todavía hay incertidumbre sobre los efectos de estas intervenciones sobre los síntomas de la psicosis y la esquizofrenia.

*Balance entre los beneficios netos de salud y el uso de recursos:*

No hay estudios económicos de la salud que traten de evaluar la eficiencia asociada a las intervenciones psicológicas para el trauma en personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia. Debido a la falta de datos clínicos relativos a las tasas de respuesta y de recaída, y los efectos de estas intervenciones sobre los síntomas de la psicosis y de la esquizofrenia. El GDG de la guía NICE decidió que realizar un modelo económico formal de tales intervenciones en esta área no sería útil para la toma de decisiones. El estudio incluido en la revisión clínica señala un uso de los recursos que es más intenso que la atención habitual (es decir, se proporcionó la intervención además de la atención habitual), lo que implica que este tipo de intervenciones psicológicas para el trauma en una población de personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia es probable que sea más costosa que la atención habitual. Sin embargo, esto no excluye la posibilidad de que este tipo de intervenciones sea eficiente cuando se compara con la atención habitual ya que la evidencia clínica no es concluyente e incluso pequeñas diferencias en los efectos y los costes podrían potencialmente dar lugar a una intervención coste-efectiva.

### *Calidad de la evidencia*

La calidad de la evidencia es baja. Las dos razones para degradar la evidencia fueron las siguientes:

1. riesgo potencial de sesgo en el único ensayo incluído y
2. la imprecisión moderada en los resultados. La evidencia disponible es directamente aplicable a la población de interés pero la inclusión de un solo ensayo hizo que el GDGNICE no pudiera considerar cuestiones en torno a la inconsistencia.

La GDGNICE piensa que hay una carencia de investigación publicada en esta área temática y por lo tanto no puede estar seguro de la presencia de sesgo de publicación.

### *Otras consideraciones*

El GDGNICE considera que es de vital importancia que los síntomas del trauma sean identificados y evaluados en el primer episodio de psicosis con el fin de identificar a los usuarios que puedan estar experimentando intrusiones como resultado del primer episodio de psicosis y que esto debería estar reflejado en las recomendaciones. El GDGNICE trató la necesidad de mejorar el acceso a los servicios de TEPT para personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia. El GDGNICE estima que esto es especialmente importante para aquellos que experimentan un primer episodio de psicosis. El GDGNICE piensa que ya que no hay evidencia de que una intervención psicológica para el trauma esté contraindicada en las personas que experimentan un primer episodio de psicosis, las recomendaciones de la guía TEPT serían aplicables a las personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia.

## 9.36.- Recomendaciones

**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.

## 9.37.- Relación entre el testimonio de los usuarios y las recomendaciones.

### Testimonio de los usuarios

Bastantes usuarios hablaron en el grupo focal de experiencias vitales difíciles vividas antes del comienzo de la enfermedad. Una usuaria se refirió incluso a una situación de violencia de género sufrida de forma continuada.

Algún usuario relacionó los acontecimientos adversos con las crisis.

*"Mi caso es de malos tratos continuados durante muchos años". (Mujer, 59 años)*

*"Casi siempre que me ha dado un brote ha sido por el contexto que he tenido". (Mujer, 49 años)*

## 9.38.- 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.

## 9.39.- Recomendaciones para la investigación

9.39.a *Las personas que optan por no tomar la medicación antipsicótica.*

¿Cuál es la efectividad clínica y el coste de la intervención psicológica sola, en comparación con el tratamiento habitual, en las personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia que optan por no tomar antipsicóticos?

*¿Por qué esto es importante?*

Es importante el desarrollo de estrategias alternativas de tratamiento dada la alta proporción de personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia que optan por no tomar la medicación antipsicótica o suspenderla debido a los efectos adversos o a la falta de eficacia. Hay evidencia de que las intervenciones psicológicas (TCC y la intervención familiar) como complemento de la medicación antipsicótica son eficaces en el tratamiento de la psicosis y la esquizofrenia y ahorran costes. Sin embargo, hay poca evidencia sobre la intervención familiar o la TCC sola, sin medicación antipsicótica.

El programa de investigación debería comparar la efectividad clínica y el coste de la intervención psicológica sola (TCC y/o intervención familiar) con el tratamiento habitual para las personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia que optan por no tomar la medicación antipsicótica, utilizando un estudio potente con un diseño adecuado controlado aleatorio. Los resultados claves deberían incluir los síntomas, las tasas de recaída, la calidad de vida, la aceptabilidad del tratamiento, el funcionamiento social y el costo/efectividad de las intervenciones.

9.39.b *Intervenciones para los síntomas de TEPT en personas con psicosis y esquizofrenia*

¿Cuál es el beneficio de una intervención de reprocesamiento del trauma basado en la TCC sobre los síntomas de TEPT en las personas con psicosis y la esquizofrenia?

*¿Por qué esto es importante?*

Los síntomas de TEPT han sido documentados en aproximadamente un tercio de las personas con psicosis y esquizofrenia. La ausencia de síntomas de TEPT en este contexto predice un mejor resultado para la salud mental, menos utilización de los servicios y una mayor satisfacción con la vida. Dos tercios de las intrusiones traumáticas, observadas en el primer episodio y en las psicosis establecidas, están relacionadas con los síntomas de la

psicosis y su tratamiento . Resultados preliminares, que se han centrado en las intrusiones relacionadas con la propia psicosis, sugieren la utilidad del reprocesamiento del trauma en los primeros episodios. La replicación de este estudio llenaría un importante vacío en el tratamiento de esta población, ya que este tipo de intervención podría tener otros beneficios en los síntomas psicóticos y en el uso de los servicios.

Se recomienda un programa de investigación que utilice un ensayo aleatorio estadísticamente potente y multicéntrico para comprobar si una intervención de reprocesamiento del trauma basado en la TCC puede reducir los síntomas de TEPT y la angustia relacionada  en personas con psicosis y esquizofrenia. El ensayo debería estar dirigido a las personas con niveles altos de síntomas de TEPT, particularmente intrusiones traumáticas, después del primer episodio de psicosis. El seguimiento debería ser de hasta 2 años y la intervención debería incluir elementos de “refuerzo”, sesiones extras de intervenciones de reprocesamiento del trauma basadas en la TCC y una evaluación económica de la salud.

## Referencias

Achim AM, Maziade M, Raymond É, Olivier D, Mérette C, Roy M. How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta-analysis and critical review on a significant association. Schizophrenia Bulletin. 2011;37:811-21.

Akbarpour F, Rezaei O, Khodaie-Ardakani MR, Sheikhvatan M, Goodarzi H, Dolatshahi B. A double-blind placebo-controlled trial of bupropion for smoking abstinence and cognition improvement in schizophrenia. Minerva Psichiatrica. 2010;51:263-69.

Alanen YO. Schizophrenia: Its Origins and Need-Adapted Treatment. London: Karnac Books; 1997.

Almerie MQ, Okba Al, Marhi M, Jawoosh M, Alsabbagh M, Matar HE, et al. Social skills programmes for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015;6: Art. No.: CD009006. doi: 10.1002/14651858.CD009006.pub2.

Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum. 2004;(420):21-7.

Anderson KH, Ford S, Robson D, Cassis J, Rodrigues C, Gray R. An exploratory, randomized controlled trial of adherence therapy for people with schizophrenia. International Journal fo Mental Health Nursing. 2010;19(5):340-9.

Ayllon T, Azrin NH. The measurement and reinforcement of behavior of psychotics. Journal of the Experimental Analysis of Behavior. 1965;8:357-83.

Baandrup L, Østrup Rasmussen J, Klokker L, Austin S, Bjørnshave T, Fuglsang Bliksted V, et al. Treatment of adult patients with schizophrenia and complex mental health needs - A national clinical guideline. Nordic Journal of Psychiatry. 2016;70(3):231-40.

Bach P, Hayes SC. The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: a randomized controlled trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2002;70(5):1129-39.

Baker A, Richmond R, Haile M, Lewin T, Carr V, Taylor R, et al. A randomized controlled trial of a smoking cessation intervention among people with a psychotic disorder. American Journal of Psychiatry. 2006;163:1934-42.

Barrowclough C, Tarrier N, Lewis S, Sellwood W, Mainwaring J, Quinn J, et al. Randomised controlled effectiveness trial of a needs-based psychosocial intervention service for carers of people with schizophrenia. The British Journal of Psychiatry. 1999;174:505-11.

Barrowclough C, Haddock G, Tarrier N, Lewis SW, Moring J, O'Brien R, et al. Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. American Journal of Psychiatry. 2001;158:1706-13.

Barrowclough C, Haddock G, Lobban F, Jones S, Siddle R, Roberts C, et al. Group cognitive-behavioural therapy for schizophrenia. Randomised controlled trial. The British Journal of Psychiatry. 2006;189:527-32.

Bebbington P, Kuipers L. The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: an aggregate analysis. Psychological Medicine. 1994;24:707-18.

Bechdolf A, Knost B, Kuntermann C, Schiller S, Klosterkötter J, Hambrecht M, et al. A randomized comparison of group cognitive-behavioural therapy and group psychoeducation in patients with schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2004;110(1):21-8.

Beck AT. Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. New York: International Universities Press; 1979.

Bechi M1, Bosia M1, Spangaro M1, Buonocore M1, Cocchi F1, Pigoni A1, et al. Combined social cognitive and neurocognitive rehabilitation strategies in schizophrenia: neuropsychological and psychopathological influences on Theory of Mind improvement. Psychological Medicine. 2015;45(15):3147-57.

Bell MD, Choi KH, Dyer C, Wexler BE. Benefits of cognitive remediation and supported employment for schizophrenia patients with poor community functioning. Psychiatric Services Journal. 2014;65(4):469-75. doi: 10.1176/appi.ps.201200505.

Bell V, Freeman D. A pilot trial of cognitive behavioural therapy for interpersonal sensitivity in individuals with persecutory delusions. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 2014;45(4):441-6. doi: 10.1016/j.jbtep.2014.06.001.

Bellack AS, Brown SA. Psychosocial treatments for schizophrenia. Current Psychiatry Reports. 2001;3(5):407-12.

Bellack AS. Skills training for people with severe mental illness. Psychiatric Rehabilitation Journal. 2004;27:375-91.

Bellucci DM, Glaberman K, Haslam N. Computer-assisted cognitive rehabilitation reduces negative symptoms in the severely mentally ill. Schizophrenia Research. 2003;59(2-3):225-32.

Benedict RH, Harris AE, Markow T, McCormick JA, Nuechterlein KH, Asarnow RF. Effects of attention training on information processing in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 1994;20(3):537-46.

Birchwood M, Smith J, Cochrane R. Specific and non-specific effects of educational intervention for families living with schizophrenia. A comparison of three methods. The British Journal of Psychiatry. 1992;160:806-14.

Bleuler E. Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias (translated by J. Zinkin, 1950). New York: International Universities Press; 1911.

Bleuler M. The schizophrenic disorders: Long-term patient and family studies. New Haven, CT: Yale University Press; 1978.

Bloch S, Szmukler GI, Herrman H, Benson A, Colussa S. Counseling caregivers of relatives with schizophrenia: themes, interventions, and caveats. Family Process. 1995;34(4):413-25.

Bloch B, Reshef A, Cohen T, Tafla A, Gathas S, Israel S, et al. Preliminary effect of bupropion and the promoter region (HTTLPR) serotonin transporter (SLC6A4) polymorphism on smoking behavior in schizophrenia. Psychiatry Research. 2010;175:38-42.

Bradley GM, Couchman GM, Perlesz A, Nguyen AT, Singh B, Riess C. Multiple-family group treatment for English- and Vietnamese-speaking families living with schizophrenia. Psychiatric Services. 2006;57(4):521-30.

Bradshaw W.Integrating cognitive-behavioral psychotherapy for persons with schizophrenia into a psychiatric rehabilitation program: results of a three year trial. Community Mental Health Journal. 2000;36(5):491-500.

Brenner HD. On the importance of cognitive disorders in treatment and rehabilitation. In: J. S. Strauss, W. Boker, H. D. Brenner, eds. In Psychosocial Treatment of Schizophrenia. Toronto: Hans Huber; 1986.

Bressi C, Manenti S, Frongia P, Porcellana M, Invernizzi G. Systemic family therapy in schizophrenia: a randomized clinical trial of effectiveness. Psychotherapy and Psychosomatics. 2008;77(1):43-9.

Brown GW, Monck E, Carstairs G, Wing J. Influence of family life on the course of schizophrenic illness. British Journal of Preventive & Social Medicine. 1962;16:55-68.

Brown GW, Rutter M. The measurement of family activities and relationships: a methodological study. Human Relations. 1966;19:241-63.

Buckley LA, Maayan N, Soares-Weiser, Adams CE. Supportive therapy for schizophrenia. The Cochrane Library. 2015.

Buckley LA, Pettit T, Adams CE. Supportive therapy for schizophrenia. The Cochrane Library. 2007.

Buckley PF, Miller BJ, Lehrer DS, Castle DJ. Psychiatric comorbidities and schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 2009;35:383-402.

Buchkremer G, Mönking HS, Holle R, Hornung W. The impact of therapeutic relatives' groups on the course of illness of schizophrenic patients. European Psychiatry. 1995;10(1):17-27. doi: 10.1016/0767-399X(96)80071-X.

Bunt L. Music Therapy: An Art Beyond Words. London: Routledge; 1994.

Buonocore M, Bosia M, Riccaboni R, Bechi M, Spangaro M, Piantanida M, et al. Combined neurocognitive and metacognitive rehabilitation in schizophrenia: Effects on bias against disconfirmatory evidence. European Psychiatry. 2015;30(5):615-21. doi: 10.1016/j.eurpsy.2015.02.006.

Burda P, Starkey T, Dominguez F, Vera V. Computer-assisted cognitive rehabilitation of chronic psychiatric inpatients. Computers in Human Behavior. 1994;10:359-68.

Butzlaff RL, Hooley JM. Expressed emotion and psychiatric relapse: a metaanalysis. Archives of General Psychiatry. 1998;55:547.

Cai J, Zhu Y, Zhang W, Wang Y, Zhang C. Comprehensive family therapy: an effective approach for cognitive rehabilitation in schizophrenia. Neuropsychiatric Disease and Treatment. 2015;11:1247-53.

Carrà G, Montomoli C, Clerici M, Cazzullo CL. Family interventions for schizophrenia in Italy: randomized controlled trial. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 2007;257:23-30.

Casadio P, Fernandes C, Murray RM, Di Forti M. Cannabis use in young people: the risk for schizophrenia. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2011;35(8):1779-87. doi: 10.1016/j.neubiorev.2011.04.007.

Cather C, Penn D, Otto MW, Yovel I, Mueser KT, Goff DC. A pilot study of functional Cognitive Behavioral Therapy (fCBT) for schizophrenia. Schizophrenia Research. 2005;74(2-3):201-9.

Cavallaro R, Anselmetti S, Poletti S, Bechi M, Ermoli E, Cocchi F, et al. Computer-aided neurocognitive remediation as an enhancing strategy for schizophrenia rehabilitation. Psychiatry Research. 2009;169(3):191-6.

Cella M, Reeder C, Wykes T. Group cognitive remediation for schizophrenia: Exploring the role of therapist support and metacognition. Psychological Psychotheraphy. 2016;89(1):1-14. doi: 10.1111/papt.12062.

Chadwick P, Strauss C, Jones AM, Kingdon D, Ellett L, Dannahy L, et al. Group mindfulness-based intervention for distressing voices: A pragmatic randomised controlled trial. Schizophrenia Research. 2016;175(1-3):168-73.

Chang YT, Lee LL. The effectiveness of compliance therapy on drug attitude among schizophrenic patients: a systematic review. JBI Database Systematic Reviews Implementation Republic. 2014;13:213-40. doi: 10.11124/jbisrir-2015-978.

Cheng LY, Chan S. Psychoeducation program for Chinese family carers of members with schizophrenia. Western Journal of Nursing Research. 2005;27:583-99.

Chen HK, Lan TH, Wu BJ. A double-blind randomized clinical trial of different doses of transdermal nicotine patch for smoking reduction and cessation in longterm hospitalized schizophrenic patients. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 2013;263:75-82.

Chien WT, Norman I, Thompson DR. A randomized controlled trial of a mutual support group for family caregivers of patients with schizophrenia. International Journal of Nursing Studies. 2004a;41:637-49.

Chien WT, Chan SWC. One-year follow-up of a multiple-family-group intervention for Chinese families of patients with schizophrenia. Psychiatric Services. 2004b;55:1276-84.

Chien WT, Wong KF. A family psychoeducation group program for Chinese people with schizophrenia in Hong Kong. Psychiatric Services. 2007;58:1003-06.

Chien WT, Lee IY. The schizophrenia care management program for family caregivers of Chinese patients with schizophrenia. Psychiatric Services. 2010;61(3):317-20.

Chien WT, Mui JH, Cheung EF, Gray R. Effects of motivational interviewing-based adherence therapy for schizophrenia spectrum disorders: a randomized controlled trial. Trials. 2015;16:270. doi: 10.1186/s13063-015-0785-z.

Chien WT, Mui J, Gray R, Cheung E. Adherence therapy versus routine psychiatric care for people with schizophrenia spectrum disorders: a randomised controlled trial. BMC Psychiatry. 2016;25:42. doi: 10.1186/s12888-016-0744-6.

Crawford MJ, Patterson S. Arts therapies for people with schizophrenia: an emerging evidence base. Evidence Based Mental Health. 2007;10:69-70.

Creamer M, Burgess P, McFarlane AC. Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. Psychological Medicine. 2001;31:1237-47.

Crown S. Supportive psychotherapy: a contradiction in terms? British Journal of Psychiatry. 1988;152:266-9.

Dang J, Zhang J, Guo Z, Lu W, Cai J, Shi Z, Zhang C. A pilot study of iPad-assisted cognitive training for schizophrenia. Archives of Psychiatric Nursing. 2014; 28:197-9. doi: 10.1016/j.apnu.2014.01.003.

Darves-Bornoz J, Lemperiere T, Degiovanni A, Gaillard P. Sexual victimization in women with schizophrenia and bipolar disorder. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 1995;30:78-84.

Darves-Bornoz JM, Alonso J, de Girolamo G, de Graaf R, Haro JM, Kovess-Masfety V, et al. Main traumatic events in Europe: PTSD in the European study of thepidemiology of mental disorders survey. Journal of Traumatic Stress. 2008;21:455- 62.

Darzi AR. High Quality Care for All: NHS Next Stage Review Final Report. London: Department of Health; 2008; Available from: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_085825

Department of Health. National Service Framework for Mental Health services: Modern Standards and Service Models. London: Department of Health; 1999; Available from: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4009598

Donlon PT, Rada RT, Knight SW. A therapeutic aftercare setting for "refractory" chronic schizophrenic patients. The American Journal of Psychiatry. 1973;130(6):682-4.

Drury V, Birchwood M, Cochrane R, Macmillan F. Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial. I. Impact on psychotic symptoms. The British Journal of Psychiatry. 1996;169(5):593-601.

Dunn G, Fowler D, Rollinson R, Freeman D, Kuipers E, Smith B, et al. Effective elements of cognitive behaviour therapy for psychosis: results of a novel type of subgroup analysis based on principal stratification. Psychological Medicine. 2012;42(5):1057-68.

Durham RC, Guthrie M, Morton RV, Reid DA, Treliving LR, Fowler D, et al. Tayside-Fife clinical trial of cognitive-behavioural therapy for medication resistant psychotic symptoms. Results to 3-month follow-up. The British Journal of Psychiatry. 2003;182:303-11.

Dyck DG, Short RA, Hendryx MS, Norell D, Myers M, Patterson T, et al. Management of negative symptoms among patients with schizophrenia attending multiple-family groups. Psychiatric Services. 2000;51(4):513-9.

d'Amato T, Bation R, Cochet A, Jalenques I, Galland F, Giraud-Baro E, et al. A randomized, controlled trial of computerassisted cognitive remediation for schizophrenia. Schizophrenia Research. 2011;125(2-3):284-90.

Eack SM, Hogarty GE, Greenwald DP, Hogarty SS, Keshavan MS. Cognitive enhancement therapy improves emotional intelligence in early course schizophrenia: preliminary effects. Schizophrenia Research. 2007;89(1-3):308-11.

Eack SM, Greenwald DP, Hogarty SS, Cooley SJ, DiBarry AL, Montrose DM, et al. Cognitive enhancement therapy for early-course schizophrenia: effects of a two-year randomized controlled trial. Psychiatric Service. 2009;60(11):1468-76.

Eack SM, Greenwald DP, Hogarty SS, Keshavan MS. Oneyear durability of the effects of cognitive enhancement therapy on functional outcome in early schizophrenia. Schizophrenia Research. 2010;120(1-3):210-6.

Eack SM, Hogarty SS, Greenwald DP, Litschge MY, McKnight SA, Bangalore SS, et al. Cognitive Enhancement Therapy in substance misusing schizophrenia: results of an 18-month feasibility trial. Schizophrenia Research. 2015;161(2-3):478-83.

Eckman TA, Wirshing WC, Marder SR, Liberman RP, Johnston CK, Zimmermann K, et al. Technique for training schizophrenic patients in illness self-management: a controlled trial. American Journal of Psychiatry. 1992;149:1549-55.

England M. Efficacy of cognitive nursing intervention for voice hearing. Perspectives in Psychiatric Care. 2007;43(2):69-76.

Falloon IR, Liberman RP, Lillie FJ, Vaughn CE. Family therapy of schizophrenics with high risk of relapse. Family Process. 1981;20(2):211-21.

Fenton WS, McGlashan TH. We can talk: Individual psychotherapy for schizophrenia. American Journal of Psychiatry. 1997;154:1493-95.

Freud S. New introductory lectures on psycho-analysis. In: Strachey J, ed. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. London: Hogarth Press; 1964.

Fisher M, Holland C, Subramaniam K, Vinogradov S. Neuroplasticity-based cognitive training in schizophrenia: an interim report on the effects 6 months later. Schizophrenia Bulletin. 2010;36(4):869-79.

Freeman D, Pugh K, Dunn G, Evans N, Sheaves B, Waite F, et al. An early Phase II randomised controlled trial testing the effect on persecutory delusions of using CBT to reduce negative cognitions about the self: the potential benefits of enhancing self confidence. Schizophrenia Research. 2014;160(1-3):186-92.

Freeman D, Dunn G, Startup H, Pugh K, Cordwell J, Mander H, et al. Effects of cognitive behaviour therapy for worry on persecutory delusions in patients with psychosis (WIT): a parallel, single-blind, randomised controlled trial with a mediation analysis. The Lancet Psychiatry. 2015;2(4):305-13.

Frith CD. The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum; 1992.

Fromm-Reichmann F. Principles of Intensive Psychotherapy. Chicago, Il: University of Chicago Press; 1950.

Gabbard GO. Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice: The DSM-IV Edition. Washington DC: American Psychiatric Press; 1994.

Galderisi S, Piegari G, Mucci A, Acerra A, Luciano L, Rabasca AF, et al. Social skills and neurocognitive individualized training in schizophrenia: comparison with structured leisure activities. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 2010;260(4):305-15.

Galletly CA, Clark CR, MacFarlane AC. Treating cognitive dysfunction in patients with schizophrenia. Journal of Psychiatry and Neuroscience. 2000;25:117-24.

Garety PA, Kuipers L, Fowler D, Chamberlain F, Dunn G. Cognitive behavioural therapy for drug-resistant psychosis. The British Journal of Medical Psychology. 1994;67:259-71.

Garety PA, Fowler DG, Freeman D, Bebbington P, Dunn G, Kuipers E. Cognitive--behavioural therapy and family intervention for relapse prevention and symptom reduction in psychosis: randomised controlled trial. The British Journal of Psychiatry. 2008;192:412-23.

Garety PA, Hemsley DR. Delusions: Investigations into the Psychology of Delusional Reasoning. Hove, UK: Psychology Press; 1994.

Gawęda Ł, Krężołek M, Olbryś J, Turska A, Kokoszka A. Decreasing self-reported cognitive biases and increasing clinical insight through meta-cognitive training in patients with chronic schizophrenia. Journal Behavior Therapy Experimental Psychiatry. 2015;48:98-104.

Gilroy A, McNeilly G. The Changing Shape of Art Therapy. London: Jessica Kingsley Publishers; 2000.

Girón M, Fernández-Yañez A, Mañá-Alvarenga S, Molina-Habas A, Nolasco A,

Gomez-Beneyto M. Efficacy and effectiveness of individual family intervention on social and clinical functioning and family burden in severe schizophrenia: a 2-year randomized controlled study. Psychological Medicine. 2010;40(1):73-84.

Gleeson JF, Cotton SM, Alvarez-Jimenez M, Wade D, Crisp K, Newman B, et al. Family outcomes from a randomized control trial of relapse prevention therapy in first-episode psychosis. Journal of Clinical Psychiatry. 2010;71(4):475-83.

Glynn SM, Randolph ET, Eth S, Paz GG, Leong GB, Shaner AL, et al. Schizophrenic symptoms, work adjustment, and behavioural family therapy. Rehabilitation Psychology. 1992; 37:323-38.

Golas AC, Kalache SM, Tsoutsoulas C, Mulsant BH, Bowie CR, Rajji TK. Cognitive remediation for older community-dwelling individuals with schizophrenia: a pilot and feasibility study. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2015;30(11):1129-34. doi: 10.1002/gps.4329.

Goldsmith LP, Lewis SW, Dunn G, Bentall RP. Psychological treatments for early psychosis can be beneficial or harmful, depending on the therapeutic alliance: An instrumental variable analysis. Psychological Medicine. 2015;45:2365-2373.

Goldstein MJ, Rodnick EH, Evans JR, May PR, Steinberg MR. Drug and family therapy in the aftercare of acute schizophrenics. Archives of General Psychiatry. 1978; 35:1169-77.

Gomar JJ, Valls E, Radua J, Mareca C, Tristany J, del Olmo F, et al. Cognitive Rehabilitation Study Group. A Multisite, Randomized Controlled Clinical Trial of Computerized Cognitive Remediation Therapy for Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 2015;41:1387-96. doi: 10.1093/schbul/sbv059.

Granholm E, Holden J, Link PC, McQuaid JR. Randomized clinical trial of cognitive behavioral social skills training for schizophrenia: improvement in functioning and experiential negative symptoms. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2014;82(6):1173-85. doi: 10.1037/a0037098.

Granholm E, Holden JL, Sommerfeld D, Rufener C, Perivoliotis D, Mueser K,et al. Enhancing assertive community treatment with cognitive behavioral social skills training for schizophrenia: study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2015;16:438. doi: 10.1186/s13063-015-0967-8.

Granholm E, McQuaid JR, McClure FS, Auslander LA, Perivoliotis D, Pedrelli P, et al. A randomized, controlled trial of cognitive behavioral social skills training for middle-aged and older outpatients with chronic schizophrenia. The American Journal of Psychiatry. 2005;162(3):520-9.

Grant PM, Huh GA, Perivoliotis D, Stolar NM, Beck AT. Randomized trial to evaluate the efficacy of cognitive therapy for low-functioning patients with schizophrenia. Archives of General Psychiatry. 2012;69(2):121-7.

Gray R, Bressington D, Ivanecka A, Hardy S, Jones M, Schulz M, et al. Is adherence therapy an effective adjunct treatment for patients with schizophrenia spectrum disorders? A systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry. 2016;6:90. doi: 10.1186/s12888-016-0801-1.

Gray R, Leese M, Bindman J, Becker T, Burti L, David A, et al. Adherence therapy for people with schizophrenia. European multicentre randomised controlled trial. The British Journal of Psychiatry. 2006;189:508-14.

Green BL, Wehling C, Talsky GJ. Group art-therapy as an adjunct to treatment for chronic outpatients. Hospital and Community Psychiatry. 1987;38:988-91.

Grubaugh AL, Zinzow HM, Paul L, Egede LE, Frueh BC. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in adults with severe mental illness: a critical review. Clinical Psychology Review. 2011;31:883-99.

Gumley A, O'Grady M, McNay L, Reilly J, Power K, Norrie J. Early intervention for relapse in schizophrenia: results of a 12-month randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy. Psychological Medicine. 2003;33(3):419-31.

Guo ZH, Li ZJ, Ma Y, Sun J, Guo JH, Li WX, et al. Brief cognitive-behavioural therapy for patients in the community with schizophrenia: randomised controlled trial in Beijing, China. British Journal of Psychiatry. 2017;210:223-9. doi: 10.1192/bjp.bp.116.183285.

Hadas-Lidor N, Katz N, Tyano S, Weizman A. Effectiveness of dynamic cognitive intervention in rehabilitation of clients with schizophrenia. Clinical Rehabilitation. 2001;15(4):349-59.

Haddock G, Tarrier N, Morrison AP, Hopkins R, Drake R, Lewis S. A pilot study evaluating the effectiveness of individual inpatient cognitive-behavioural therapy in early psychosis. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 1999;34(5):254-8.

Haddock G, Barrowclough C, Shaw JJ, Dunn G, Novaco RW, Tarrier N. Cognitive-behavioural therapy v. social activity therapy for people with psychosis and a history of violence: randomised controlled trial. British Journal of Psychiatry. 2009;194(2):152-7.

Hayward P, David AS, Green N, Rabe-Hesketh S, Haworth E, Thompson N, et al. Promoting therapeutic alliance in clozapine users: an exploratory randomized controlled trial. Clinical Schizophrenia & Related Psychoses. 2009;3(3):127-32.

Hegedüs A, Kozel B. Does adherence therapy improve medication adherence among patients with schizophrenia? A systematic review. International Journal of Mental Health Nursing. 2014;23:490-7. doi: 10.1111/inm.12089.

Herman JL, Schatzow E. Recovery and verification of memories of childhood sexual trauma. Psychoanalytic Psychology. 1987;4:1.

Hersen M, Bellack AS. Social skills training for chronic psychiatric patients: rationale, research findings, and future directions. Comprehensive Psychiatry. 1976;17:559-80.

Herz MI, Lamberti JS, Mintz J, Scott R, O'Dell SP, McCartan L, et al. A program for relapse prevention in schizophrenia: a controlled study. Archives of General Psychiatry. 2000;57(3):277-83.

Hodge MA, Siciliano D, Withey P, Moss B, Moore G, Judd G, et al. A randomized controlled trial of cognitive remediation in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 2010;36(2):419-27.

Hogarty GE, Kornblith SJ, Greenwald D, DiBarry AL, Cooley S, Ulrich RF, et al. Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, I: Description of study and effects on relapse rates. The American Journal of Psychiatry. 1997;154(11):1504-13.

Hogarty GE, Flesher S, Ulrich R, Carter M, Greenwald D, Pogue-Geile M, et al. Cognitive enhancement therapy for schizophrenia: effects of a 2-year randomized trial on cognition and behavior. Archives of General Psychiatry. 2004;61(9):866-76.

Hutton P, Morrison AP, Wardle M, Wells A. Metacognitive therapy in treatment-resistant psychosis: a multiple-baseline study. Behavioural-Cognitive Psychotherapy. 2014;42(2):166-85. doi: 10.1017/S1352465812001026.

Hurtado MM, Triviño M, Arnedo M, Roldán G, Tudela P. Are executive functions related to emotional intelligence? A correlational study in schizophrenia and borderline personality disorder. Psychiatry Research. 2016;246:84-8.

Jackson H, McGorry P, Edwards J, Hulbert C, Henry L, Harrigan S, et al. A controlled trial of cognitively oriented psychotherapy for early psychosis (COPE) with four-year follow-up readmission data. Psychological Medicine. 2005;35:1295-306.

Jackson HJ, McGorry PD, Killackey E, Bendall S, Allott K, Dudgeon P, et al. Acute-phase and 1-year follow-up results of a randomized controlled trial of CBT versus Befriending for first-episode psychosis: the ACE project. Psychological Medicine. 2008;38:725-35.

Jackson C, Trower P, Reid I, Smith J, Hall M, Townend M, et al. Improving psychological adjustment following a first episode of psychosis: a randomised controlled trial of cognitive therapy to reduce post psychotic trauma symptoms. Behaviour Research and Therapy. 2009;47(6):454-62.

Janssen I, Krabbendam L, Bak M, Hanssen M, Vollebergh W, Graaf Rd, et al. Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. Acta Psychiatrica Scandinavica 2004;109:38-45.

Jauhar S, McKenna PJ, Radua J, Fung E, Salvador R, Laws KR. Cognitive-behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. British Journal of Psychiatry. 2014;204:20-9. doi: 10.1192/bjp.bp.112.116285.

Jenner JA, Nienhuis FJ, Wiersma D, van de Willige G. Hallucination focused integrative treatment: a randomized controlled trial. Schizophrenia Bulletin. 2004;30(1):133-45.

Jones B. Olanzapine versus risperidone and haloperidol in the treatment of schizophrenia. 151st Annual Meeting of the American Psychiatric Association:1998; Toronto, Ontario.

Jones P. Drama as Therapy: Theatre as Living. London: Routledge; 1996.

Kemp R, Hayward P, Applewhaite G, Everitt B, David A. Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial. BMJ. 1996;312:345-9.

Kemp R, Kirov G, Everitt B, Hayward P, David A. Randomised controlled trial of compliance therapy. 18-month follow-up. The British Journal of Psychiatry. 1998;172:413-9.

Kim KR, Song YY, Park JY, Lee EH, Lee M, Lee SY, et al. The relationship between psychosocial functioning and resilience and negative symptoms in individuals at ultra-high risk for psychosis. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2013;47(8):762-71.

Klingberg S, Wittorf A, Fischer A, Jakob-Deters K, Buchkremer G, Wiedemann G. Evaluation of a cognitive behaviourally oriented service for relapse prevention in schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2010;121(5):340-50.

Klingberg S, Wolwer W, Engel C, Wittorf A, Herrlich J, Meisner C, et al. Negative symptoms of schizophrenia as primary target of cognitive behavioral therapy: results of the randomized clinical TONES study. Schizophrenia Bulletin. 2011;37(Suppl 2):S98-110.

Kopelowicz A, Zarate R, Gonzalez Smith V, Mintz J, Liberman RP. Disease management in Latinos with schizophrenia: a family-assisted, skills training approach. Schizophrenia Bulletin. 2003;29(2):211-27.

Kuipers E, Garety P, Fowler D, Dunn G, Bebbington P, Freeman D, et al. London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. I: effects of the treatment phase. The British Journal of Psychiatry. 1997;171:319-27.

Kukla M, Davis LW, Lysaker PH. Cognitive behavioral therapy and work outcomes: correlates of treatment engagement and full and partial success in schizophrenia. Behavioural Cognitive Psychotherapy. 2014;42(5):577-92.
doi: 10.1017/S1352465813000428.

Kurtz MM, Seltzer JC, Shagan DS, Thime WR, Wexler BE. Computer-assisted cognitive remediation in schizophrenia: what is the active ingredient? Schizophrenia Research. 2007;89(1-3):251-60.

Kurtz MM, Mueser KT. A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2008;76:491.

Lam KC, Ho CP, Wa JC, Chan SM, Yam KK, Yeung OS,et al. Metacognitive training (MCT) for schizophrenia improves cognitive insight: a randomized controlled trial in a Chinese sample with schizophrenia spectrum disorders. Behavioural Research and Therapy. 2015;64:38-42. doi: 10.1016/j.brat.2014.11.008.

Lamberti JS, Herz MI. Psychotherapy, social skills training, and vocational rehabilitation in schizophrenia. In: Shriqui C, Nasrallah H, eds. Contemporary Issues in the Treatment of Schizophrenia. Washington DC: American Psychiatric Press; 1995.

Leavey G, Gulamhussein S, Papadopoulos C, Johnson-Sabine E, Blizard B, King M. A randomized controlled trial of a brief intervention for families of patients with a first episode of psychosis. Psychological Medicine. 2004;34:423-31.

Leclerc C, Lesage AD, Ricard N, Lecomte T, Cyr M. Assessment of a new rehabilitative coping skills module for persons with schizophrenia. The American Journal of Orthopsychiatry. 2000;70(3):380-8.

Lecomte T, Leclerc C, Corbière M, Wykes T, Wallace CJ, Spidel A. Group cognitive behavior therapy or social skills training for individuals with a recent onset of psychosis? Results of a randomized controlled trial. The Journal of Nervous and Mental Disease. 2008;196(12):866-75. doi: 10.1097/NMD.0b013e31818ee231.

Leff J, Kuipers L, Berkowitz R, Eberlein-Vries R, Sturgeon D. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. The British Journal of Psychiatry. 1982;141:121-34.

Leucht S, Heres S. Epidemiology, clinical consequences, and psychosocial treatment of nonadherence in schizophrenia. Journal of Clinical Psychiatry. 2006;67(Suppl 5):3-5.

Leurent B, Killaspy H, Osborn DP, Crawford MJ, Hoadley A, Waller D, King M. Moderating factors for the effectiveness of group art therapy for schizophrenia: secondary analysis of data from the MATISSE randomised controlled trial. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2014;49:1703-10. doi: 10.1007/s00127-014-0876-2.

Levine J, Narak Y, Granek I. Cognitive group therapy for paranoid schizophrenics: Applying cognitive dissonance. Journal of Cognitive Psychotherapy. 1998;12(1):3-12.

Lewis S, Tarrier N, Haddock G, Bentall R, Kinderman P, Kingdon D, et al. Randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy in early schizophrenia: acute-phase outcomes. The British Journal of Psychiatry. Suppl. 2002;43:s91-7.

Li Z, Arthur D. Family education for people with schizophrenia in Beijing, China: randomised controlled trial. The British Journal of Psychiatry. 2005;187:339-45.

Li ZJ, Guo ZH, Wang N, Xu ZY, Qu Y, Wang XQ, et al. Cognitive-behavioural therapy for patients with schizophrenia: a multicentre randomized controlled trial in Beijing, China. Psychological Medicine. 2015;45(9):1893-905.

Lincoln TM, Ziegler M, Mehl S, Kesting ML, Lullmann E, Westermann S, et al. Moving from efficacy to effectiveness in cognitive behavioral therapy for psychosis: a randomized clinical practice trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2012;80(4):674-86.

Lindsley OR. Direct measurement and functional definition of vocal hallucinatory symptoms. The Journal of Nervous and Mental Disease. 1963;136:293-97.

Linszen D, Dingemans P, Van der Does JW, Nugter A, Scholte P, Lenior R, et al. Treatment, expressed emotion and relapse in recent onset schizophrenic disorders. Psychological Medicine. 1996;26:333-42.

Lobban F, Barrowclough C. A Casebook of Family Interventions for Psychosis. Chichester: Wiley; 2009.

Lukoff D, Wallace CJ, Liberman RP, Burke K. A holistic program for chronic schizophrenic patients. Schizophrenia Bulletin. 1986;12(2):274-82.

Lysaker PH, Davis LW, Bryson GJ, Bell MD. Effects of cognitive behavioral therapy on work outcomes in vocational rehabilitation for participants with schizophrenia spectrum disorders. Schizophrenia Research. 2009;107(2-3):186-91.

Lysaker PH, Kukla M, Belanger E, White DA, Buck KD, Luther L, et al. Individual psychotherapy and changes in self-experience in schizophrenia: A qualitative comparison of patients in metacognitively focused and supportive psychotherapy. Psychiatry. 2015;78:305-16.

Magliano L, Fiorillo A, Malangone C, De Rosa C, Maj M. Patient functioning and family burden in a controlled, real-world trial of family psychoeducation for schizophrenia. Psychiatric Services. 2006;57:1784-91.

Malik N, Kingdon D, Pelton J, Mehta R, Turkington D. Effectiveness of brief cognitive-behavioral therapy for schizophrenia delivered by mental health nurses: relapse and recovery at 24 months. Journal of Clinical Psychiatry. 2009;70(2):201-7.

Malmberg L, Fenton M, Rathbone J. Individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia and severe mental illness (Cochrane review). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2001;3: Art. No. CD001360. doi 10.1002/14651858.CD001360.

Maneesakorn S, Robson D, Gournay K, Gray R. An RCT of adherence therapy for people with schizophrenia in Chiang Mai, Thailand. Journal of Clinical Nursing. 2007;16(7):1302-12.

Marder SR, Wirshing WC, Mintz J, McKenzie J, Johnston K, Eckman TA, et al. Twoyear outcome of social skills training and group psychotherapy for outpatients with schizophrenia. American Journal of Psychiatry. 1996;153:1585-92.

Mari J, Streiner D. Family intervention for schizophrenia. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2000;2: Art. No. CD000088. doi: 10.1002/14651858.CD000088.pub2.

Martin LA, Koch SC, Hirjak D, Fuchs T. Overcoming Disembodiment: The Effect of Movement Therapy on Negative Symptoms in Schizophrenia-A Multicenter Randomized Controlled Trial. Frontiers in Psychology. 2016;7:483. doi: 10.3389/fpsyg.2016.00483.

McCabe R, Priebe S. The therapeutic relationship in the treatment of severe mental illness: a review of methods and findings. The International Journal of Social Psychiatry. 2004;50:115-28.

McCreath J, Larson E, Bharatiya P, Labanieh HA, Weiss Z, Lozovatsky M. Long-Acting Injectable Antipsychotics for Schizophrenia: Sociodemographic Characteristics and Treatment Adherence. The Primary Care Companion for CNS Disorders. 2017;19(1). doi: 10.4088/PCC.16m02005.

McGlashan TH. The Chestnut Lodge follow-up study: II. Long-term outcome of schizophrenia and the affective disorders. Archives of General Psychiatry. 1984;41:586.

McGurk SR, Twamley EW, Sitzer DI, McHugo GJ, Mueser KT. A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. American Journal of Psychiatry. 2007;164:1791-802.

McIntosh AM, Conlon L, Lawrie SM, Stanfield AC. Compliance therapy for schizophrenia (Cochrane review). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2006;3: Art. No. CD003442.pub 2. doi: 10.1002/14651858.CD003442.pub2.

McLeod T, Morris M, Birchwood M, Dovey A. Cognitive behavioural therapy group work with voice hearers. Part 1. British Journal of Nursing. 2007;16(4):248-52.

Medalia A, Aluma M, Tryon W, Merriam AE. Effectiveness of attention training in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 1998;24(1):147-52.

Medalia A, Revheim N, Casey M. Remediation of memory disorders in schizophrenia. Psychology Medicine. 2000;30(6):1451-9.

Michalopoulou PG, Lewis SW, Drake RJ, Reichenberg A, Emsley R, Kalpakidou AK, Lees J, Bobin T, Gilleen JK, Pandina G, Applegate E, Wykes T, Kapur S. Modafinil combined with cognitive training: pharmacological augmentation of cognitive training in schizophrenia. European Neuropsychopharmacology, 2015;25(8):1178-89.
doi: 10.1016/j.euroneuro.2015.03.009.

Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behaviour. New York: Guilford Press; 1991.

Montag C, Haase L, Seidel D, Bayerl M, Gallinat J, Herrmann U, et al. A pilot RCT of psychodynamic group art therapy for patients in acute psychotic episodes: feasibility, impact on symptoms and mentalising capacity. PLoS One. 2014;9:e112348.
doi: 10.1371/journal.pone.0112348.

Moritz S, Veckenstedt R, Andreou C, Bohn F, Hottenrott B, Leighton L, et al. Sustained and "sleeper" effects of group metacognitive training for schizophrenia: a randomized clinical trial. JAMA Psychiatry. 2014;71(10):1103-11. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.1038.

Morgan C, Kirkbride J, Leff J, Craig T, Hutchinson G, McKenzie K, et al. Parental separation, loss and psychosis in different ethnic groups: a case-control study. Psychological Medicine. 2007;37:495-503.

Morrison AP, Turkington D, Pyle M, Spencer H, Brabban A, Dunn G, et al. Cognitive therapy for people with schizophrenia spectrum disorders not taking antipsychotic drugs: a single-blind randomised controlled trial. The Lancet. 2014;383:1395-03.
doi: 10.1016/S0140-6736(13)62246-1.

Morrison AP, Burke E, Murphy E, Pyle M, Bowe S, Varese F, et al. Cognitive therapy for internalised stigma in people experiencing psychosis: A pilot randomised controlled trial. Psychiatry Research. 2016;240:96-102. doi: 10.1016/j.psychres.2016.04.024.

Mueller DR, Schmidt SJ, Roder V. One-year randomized controlled trial and follow-up of integrated neurocognitive therapy for schizophrenia outpatients. Schizophrenia Bulletin. 2015;41(3):604-16. doi: 10.1093/schbul/sbu223.

Naeem F, Farooq S, Kingdon D. Cognitive behavioural therapy (brief versus standard duration) for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015;10: Art. No.: CD010646. doi: 10.1002/14651858.CD010646.pub3.

NCCMH. Psychosis and Schizophrenia in Children and Young People: Recognition and Management. Clinical guideline No. 155. Leicester and London: The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists; 2013 [full guideline].

NICE. Psychosis and Schizophrenia in Children and Young People: Recognition and Management. NICE clinical guideline no. 155. London: NICE; 2013a. Available from: www.nice.org.uk/CG155.

Nitsun M, Stapleton JH, Bender MP. Movement and drama therapy with long-stay schizophrenics. The British Journal of Medical Psychology. 1974;47(2):101-19.

Nose M, Barbui C, Tansella M. How often do patients with psychosis fail to adhere to treatment programmes? A systematic review. Psychological Medicine. 2003;33:1149-60.

Nuechterlein KH, Barch DM, Gold JM, Goldberg TE, Green MF, Heaton RK. Identification of separable cognitive factors in schizophrenia. Schizophrenia Research. 2004;72:29-39.

Nuechterlein KH. Vulnerability models for schizophrenia: state of the art. In Search for the Causes of Schizophrenia. In: Hafner H, Gattaz WF, Janzarik W, eds. Heidelberg: Springer; 1987. p. 297–316.

O'Donnell C, Donohoe G, Sharkey L, Owens N, Migone M, Harries R, et al. Compliance therapy: a randomised controlled trial in schizophrenia. BMJ. 2003;327(7419):834-7.

Okpokoro U, Adams CE, Sampson S. Family intervention (brief) for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014;3: Art. No.: CD009802. doi: 10.1002/14651858.CD009802.pub2.

Oltmanns TF, Neale JM. Schizophrenic performance when distractors are present: attentional deficit or differential task difficulty? Journal of Abnormal Psychology. 1975;84:205-9.

O'Reilly K, Donohoe G, O'Sullivan D, Coyle C, Mullaney R, O'Connell P, et al. Study protocol: a randomised controlled trial of cognitive remediation for a national cohort of forensic mental health patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. BMC Psychiatry. 2016;16:5. doi: 10.1186/s12888-016-0707-y.

Patterson TL, Mausbach BT, McKibbin C, Goldman S, Bucardo J, Jeste DV. Functional adaptation skills training (FAST): a randomized trial of a psychosocial intervention for middle-aged and older patients with chronic psychotic disorders. Schizophrenia Research. 2006;86(1-3):291-9.

Pekkala E, Merinder L. Psychoeducation for schizophrenia. The Cochrane Library. 2002;2: Art. No.CD002831. doi: 1001002/14651858.CD002831.pub 2.

Penadés R, Catalán R, Salamero M, Boget T, Puig O, Guarch J, et al. Cognitive remediation therapy for outpatients with chronic schizophrenia: a controlled and randomized study. Schizophrenia Research. 2006;87(1-3):323-31.

Peters E, Landau S, McCrone P, Cooke M, Fisher P, Steel C, et al. A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy for psychosis in a routine clinical service. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2010;122(4):302-18.

Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Martindale B, et al. Psychological treatments in schizophrenia: II. Meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. Psychological Medicine. 2002;32:783-91.

Pinto A, La Pia S, Mennella R, Giorgio D, DeSimone L. Cognitive-behavioral therapy and clozapine for clients with treatment-refractory schizophrenia. Psychiatric Services. 1999;50(7):901-4.

Poletti S, Anselmetti S, Bechi M, Ermoli E, Bosia M, Smeraldi E, et al. Computer-aided neurocognitive remediation in schizophrenia: durability of rehabilitation outcomes in a follow up study. Neuropsychological Rehabilitation. 2010;20(5):659-74.

Posner CM, Wilson KG, Kral MJ, Lander S, McIlwraith RD. Family psychoeducational support groups in schizophrenia. American Journal of Orthopsychiatry. 1992;62:206-18.

Priebe S, Savill M, Wykes T, Bentall R, Lauber C, Reininghaus U, et al, NESS team. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of body psychotherapy in the treatment of negative symptoms of schizophrenia: a multicentre randomised controlled trial. Health Technology Assessment. 2016;20:vii-xxiii,1-100. doi: 10.3310/hta20110.

Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. The Lancet. 2007;370:859-77.

Puig O, Penadés R, Baeza I, De la Serna E, Sánchez-Gistau V, Bernardo M, et al. Cognitive remediation therapy in adolescents with early-onset schizophrenia: a randomized controlled trial. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2014;53(8):859-68. doi: 10.1016/j.jaac.2014.05.012.

Radhakrishnan R, Kiluk BD, Tsai J. A Meta-analytic Review of Non-specific Effects in Randomized Controlled Trials of Cognitive Remediation for Schizophrenia. Psychiatric Quarterly. 2016;87(1):57-62. doi: 10.1007/s11126-015-9362-6.

Rakitzi S, Georgila P, Efthimiou K, Mueller DR. Efficacy and feasibility of the Integrated Psychological Therapy for outpatients with schizophrenia in Greece: Final results of a RCT. Psychiatry Research. 2016;242:137-43. doi: 10.1016/j.psychres.2016.05.039.

Ran MS, Xiang MZ, Chan CL, Leff J, Simpson P, Huang MS, et al. Effectiveness of psychoeducational intervention for rural Chinese families experiencing schizophrenia--a randomised controlled trial. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2003;38(2):69-75.

Rathod S, Kingdon D, Smith P, Turkington D. Insight into schizophrenia: the effects of cognitive behavioural therapy on the components of insight and association with sociodemographics—data on a previously published randomised controlled trial. Schizophrenia Research. 2005;74:211-19.

Read J, Agar K, Argyle N, Aderhold V. Sexual and physical abuse during childhood and adulthood as predictors of hallucinations, delusions and thought disorder. Psychology and Psychotherapy. 2003;76:1-22.

Read J, van Os J, Morrison AP, Ross CA. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2005;112:330-50.

Read J, Bentall RP. Negative childhood experiences and mental health: theoretical, clinical and primary prevention implications. British Journal of Psychiatry. 2012;200:89-91.

Rector NA, Seeman MV, Segal ZV. Cognitive therapy for schizophrenia: a preliminary randomized controlled trial. Schizophrenia Research. 2003;63:1-11.

Reeder C, Pile V, Crawford P, Cella M, Rose D, Wykes T, et al. The Feasibility and Acceptability to Service Users of CIRCuiTS, a Computerized Cognitive Remediation Therapy Programme for Schizophrenia. Behavioural and Cognitive Psychotherapy. 2016;44(3):288-305. doi: 10.1017/S1352465815000168.

Richardson P, Jones K, Evans C, Stevens P, Rowe A. Exploratory RCT of art therapy as an adjunctive treatment in schizophrenia. Journal of Mental Health. 2007;16(4):483-91.

Roberts DL1, Combs DR, Willoughby M, Mintz J, Gibson C, Rupp B, et al. A randomized, controlled trial of Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for outpatients with schizophrenia spectrum disorders. British Journal of Clinical Psychology. 2014;53(3):281-98. doi: 10.1111/bjc.12044.

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.

Röhricht F, Priebe S. Effect of body-oriented psychological therapy on negative symptoms in schizophrenia: a randomized controlled trial. Psychological Medicine. 2006;36:669-78.

Roth A, Fonagy P, Parry G. What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research. New York: Guilford; 1996.

Röhricht F, Priebe S. Effect of body-oriented psychological therapy on negative symptoms in schizophrenia: a randomized controlled trial. Psychological Medicine. 2006;36:669–78. doi: 10.1017/S0033291706007161.

Roncone R, Mazza M, Frangou I, De Risio A, Ussorio D, Tozzini C, et al. Rehabilitation of theory of mind deficit in schizophrenia: A pilot study of metacognitive strategies in group treatment. Neuropsychological Rehabilitation. 2004;14(4):421-35.

Sánchez P, Peña J, Bengoetxea E, Ojeda N, Elizagárate E, Ezcurra J,et al. Improvements in negative symptoms and functional outcome after a new generation cognitive remediation program: a randomized controlled trial. Schizophrenia Bulletin. 2014;40(3):707-15. doi: 10.1093/schbul/sbt057.

Sartory G, Zorn C, Groetzinger G, Windgassen K. Computerized cognitive remediation improves verbal learning and processing speed in schizophrenia. Schizophrenia Research. 2005;75:219-223.

Scanlan JN, Still M. Cognitive adaptation training demonstrated benefits for individuals living with schizophrenia in terms of community functioning and impact of auditory hallucinations. Australian Occupational Therapy Journal. 2015;62(5):367-8. doi: 10.1111/1440-1630.12231.

Schaub A, Mueser KT, von Werder T, Engel R, Möller HJ, Falkai P. A Randomized Controlled Trial of Group Coping-Oriented Therapy vs Supportive Therapy in Schizophrenia: Results of a 2-Year Follow-up. Schizophrenia Bulletin. 2016;42(Suppl 1) 1:S71-80. doi: 10.1093/schbul/sbw032.

Schneider BC, Brüne M, Bohn F, Veckenstedt R, Kolbeck K, Krieger E, et al. Investigating the efficacy of an individualized metacognitive therapy program (MCT+) for psychosis: study protocol of a multi-center randomized controlled trial. BMC Psychiatry. 2016;16:51.

Sensky T, Turkington D, Kingdon D, Scott JL, Scott J, Siddle R, et al. A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. Archives of General Psychiatry. 2000;57(2):165-72.

Shepherd G. Social skills training: the generalisation problem-some further data. Behaviour Research and Therapy. 1978;16:297-9.

Shevlin M, Houston JE, Dorahy MJ, Adamson G. Cumulative traumas and psychosis: an analysis of the national comorbidity survey and the British psychiatric morbidity survey. Schizophrenia Bulletin. 2008;34:193-9.

Shin SK, Lukens EP. Effects of psychoeducation for Korean Americans with chronic mental illness. Psychiatric Services. 2002;53(9):1125-31.

Silverstein SM, Hatashita-Wong M, Solak BA, Uhlhaas P, Landa Y, Wilkniss SM, et al. Effectiveness of a two-phase cognitive rehabilitation intervention for severely impaired schizophrenia patients. Psychological Medicine. 2005;35(6):829-37.

Sin J, Spain D, Furuta M, Murrells T, Norman I. Psychological interventions for post-traumatic stress disorder (PTSD) in people with severe mental illness. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017;1: Art. No.: CD011464. doi: 10.1002/14651858.CD011464.pub2.

Slade PD, Bentall RP. Sensory Deception: A Scientific Analysis of Hallucination. London: Croom Helm; 1988.

Spaulding WD, Reed D, Sullivan M, Richardson C, Weiler M. Effects of cognitive treatment in psychiatric rehabilitation. Schizophrenia Bulletin. 1999;25(4):657-76.

So HW, Chen EYH, Chan RCK, Wong CW, Hung SF, Chung DWS, et al. Efficacy of a brief intervention for carers of people with first-episode psychosis: A waiting list controlled study. Hong Kong Journal of Psychiatry. 2006;16:92-100.

Stack-Sullivan H. Schizophrenia as a Human Process. London: Norton; 1974.

Stanton AH, Gunderson JG, Knapp PH, Frank AF, Vannicelli ML, Schnitzer R, Rosenthal R. Effects of psychotherapy in schizophrenia: I. Design and implementation of a controlled study. Schizophrenia Bulletin. 1984;10(4):520-63.

Startup M, Jackson MC, Bendix S. North Wales randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for acute schizophrenia spectrum disorders: outcomes at 6 and 12 months. Psychological Medicine. 2004;34:413-22.

Stain HJ, Bucci S, Baker AL, Carr V, Emsley R, Halpin S, et al. A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy versus non-directive reflective listening for young people at ultra high risk of developing psychosis: The detection and evaluation of psychological therapy (DEPTh) trial. Schizophrenia Research. 2016;176(2-3):212-9. doi: 10.1016/j.schres.2016.08.008.

Staring ABP, van der GM, Koopmans GT, Selten JP, Van Beveren JM, Hengeveld MW, et al. Treatment adherence therapy in people with psychotic disorders: Randomised controlled trial. British Journal of Psychiatry. Suppl. 2010;197(6):448-55.

Steel C. The relationship between trauma and psychosis: a CBT perspective. Reading: Charlie Waller Institute of Evidence Based Psychological Treatment: University of Reading; 2011. Available from:http://www.ukpts.co.uk/site/assets/Steel-UKPTS-Oxford-2011.pdf.

Subramaniam K, Luks TL, Garrett C, Chung C, Fisher M, Nagarajan S, et al. Intensive cognitive training in schizophrenia enhances working memory and associated prefrontal cortical efficiency in a manner that drives long-term functional gains. Neuroimage. 2014;99:281-92.

Szmukler G, Kuipers E, Joyce J, Harris T, Leese M, Maphosa W, et al. An exploratory randomised controlled trial of a support programme for carers of patients with a psychosis. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2003;38:411-18.

Tabak NT, Granholm E. Mindful cognitive enhancement training for psychosis: A pilot study. Schizophrenia Research. 2014;157:312-3.

Taksal A, Sudhir PM, Janakiprasad KK, Viswanath D, Thirthalli J. Feasibility and effectiveness of the Integrated Psychological Therapy (IPT) in patients with schizophrenia: a preliminary investigation from India. Asian Journal of Psychiatry. 2015;17:78-84. doi: 10.1016/j.ajp.2015.06.013.

Talwar N, Crawford MJ, Maratos A, Nur U, McDermott O, Procter S. Music therapy for in-patients with schizophrenia: exploratory randomised controlled trial. The British Journal of Psychiatry. 2006;189:405-9.

Tan S, Zou Y, Wykes T, Reeder C, Zhu X, Yang F, et al. Group cognitive remediation therapy for chronic schizophrenia: A randomized controlled trial. Neuroscience Letters. 2016;626:106-11. doi: 10.1016/j.neulet.2015.08.036.

Tarrier N, Beckett R, Harwood S, Baker A, Yusupoff L, Ugarteburu I. A trial of two cognitive-behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients: I. Outcome. The British Journal of Psychiatry. 1993;162:524-32.

Tarrier N, Barrowclough C, Vaughn C, Bamrah JS, Porceddu K, Watts S, et al. The community management of schizophrenia. A controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. The British Journal of Psychiatry. 1988;153:532-42.

Tarrier N, Yusupoff L, Kinney C, McCarthy E, Gledhill A, Haddock G, et al. Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. BMJ. 1998;317(7154):303-7.

Taylor D, Paton C, Kapure S. (2012) The Maudsley prescribing guidelines. 11th edn. London: Informa Healthcare.

Thomas N, Hayward M, Peters E, van der Gaag M, Bentall RP, Jenner J, et al. Psychological therapies for auditory hallucinations (voices): current status and key directions for future research. Schizophrenia Bulletin. 2014;40(Suppl 4):S202-12. doi: 10.1093/schbul/sbu037.

Thorne B. Carl Rogers. London: Sage; 1992.

Trower P, Birchwood M, Meaden A, Byrne S, Nelson A, Ross K. Cognitive therapy for command hallucinations: randomised controlled trial. The British Journal of Psychiatry. 2004;184:312-20.

Tompkins LM, Goldman RS, Axelrod BN. Modifiability of neuropsychological dysfunction in schizophrenia. Biological Psychiatry. 1995;38(2):105-11.

Tsang HW, Wong TKS-The effects of a compliance therapy programme on Chinese male patients with schizophrenia. Asian Journal of Nursing Studies. 2005;8(2):47-61.

Turkington D, Kingdon D. Cognitive-behavioural techniques for general psychiatrists in the management of patients with psychoses. The British Journal of Psychiatry. 2000;177:101-6.

Turkington D, Kingdon D, Turner T. Effectiveness of a brief cognitive behavioural therapy intervention in the treatment of schizophrenia. The British Journal of Psychiatry. 2002;180:523-7.

Turkington D, Sensky T, Scott J, Barnes TR, Nur U, Siddle R, et al. A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy for persistent symptoms in schizophrenia: a five-year follow-up. Schizophrenia Research. 2008;98(1-3):1-7.

Twamley EW, Savla GN, Zurhellen CH, Heaton RK, Jeste DV. Development and Pilot Testing of a Novel Compensatory Cognitive Training Intervention for People with Psychosis. American Journal of Psychiatric Rehabilitation. 2008;11(2):144-163.

Ulrich G, Houtmans T, Gold C. The additional therapeutic effect of group music therapy for schizophrenic patients: a randomized study. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2007;116:362-70.

Uzenoff SR, Perkins DO, Hamer RM, Wiesen CA, Penn DL. A preliminary trial of adherence-coping-education (ACE) therapy for early psychosis. Journal of Nervous & Mental Disease. 2008;196(7):572-5.

Valencia M, Rascon ML, Juarez F, Murow E. A psychosocial skills training approach in Mexican out-patients with schizophrenia. Psychological Medicine. 2007;37(10):1393-402.

Välimäki M, Hätönen HM, Lahti ME, Kurki M, Hottinen A, Metsäranta K, et al. Virtual reality for treatment compliance for people with serious mental illness. Cochrane Database Systematic Reviews. 2014;8:CD009928. doi: 10.1002/14651858.CD009928.pub2.

Valmaggia LR, van der Gaag M, Tarrier N, Pijnenborg M, Slooff CJ. Cognitive-behavioural therapy for refractory psychotic symptoms of schizophrenia resistant to atypical antipsychotic medication. Randomised controlled trial. The British Journal of Psychiatry. 2005;186:324-30.

van der Gaag M, Kern RS, van den Bosch RJ, Liberman RP. A controlled trial of cognitive remediation in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 2002;28(1):167-76.

van der Gaag M, Stant AD, Wolters KJ, Buskens E, Wiersma D. Cognitive-behavioural therapy for persistent and recurrent psychosis in people with schizophrenia-spectrum disorder: cost-effectiveness analysis. British Journal of Psychiatry. 2011;198(1):59-65.

van der Waal FM. Impact of Motivational Interviewing on Medication Adherence in Schizophrenia. Issues Mental Health Nursing. 2015;36:900-904.
doi: 10.3109/01612840.2015.1058445.

Van Donkersgoed RJ1, De Jong S, Van der Gaag M, Aleman A, Lysaker PH, Wunderink L, et al. A manual-based individual therapy to improve metacognition in schizophrenia: protocol of a multi-center RCT. BMC Psychiatry. 2014;14:27.
doi: 10.1186/1471-244X-14-27.

van Oosterhout B, Krabbendam L, de Boer K, Ferwerda J, van der Helm M, Stant AD, et al. Metacognitive group training for schizophrenia spectrum patients with delusions: a randomized controlled trial. Psychological Medicine. 2014;44(14):3025-35.
doi: 10.1017/S0033291714000555.

Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieverse R, Lataster T, Viechtbauer W, et al. Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient control, prospective- and cross-sectional cohort studies. Schizophrenia Bulletin. 2012;38:661-71.

Vaughan K, Doyle M, McConaghy N, Blaszczynski A, Fox A, Tarrier N. The Sydney intervention trial: a controlled trial of relatives' counselling to reduce schizophrenic relapse. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 1992;27(1):16-21.

Vaughn CE, Leff JP. The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. The British Journal of Psychiatry. 1976;129:125-37.

Vassos E, Pedersen CB, Murray RM, Collier DA, Lewis CM . Meta-analysis of the association of urbanicity with schizophrenia . Schizophrenia Bulletin. 2012;38:1118-23.

Velligan DI, Bow-Thomas CC, Huntzinger C, Ritch J, Ledbetter N, Prihoda TJ, et al. Randomized controlled trial of the use of compensatory strategies to enhance adaptive functioning in outpatients with schizophrenia. The American Journal of Psychiatry. 2000;157(8):1317-23.

Velligan DI, Prihoda TJ, Ritch JL, Maples N, Bow-Thomas CC, Dassori A. A randomized single-blind pilot study of compensatory strategies in schizophrenia outpatients. Schizophrenia Bulletin. 2002;28(2):283-92.

Velligan DI, Diamond PM, Maples NJ, Mintz J, Li X, Glahn DC, et al. Comparing the efficacy of interventions that use environmental supports to improve outcomes in patients with schizophrenia. Schizophrenia Research. 2008a;102(1-3):312-9. doi: 10.1016/j.schres.2008.02.005.

Velligan DI, Diamond PM, Mintz J, Maples N, Li X, Zeber J, et al. The use of individually tailored environmental supports to improve medication adherence and outcomes in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 2008b;34(3):483-93.

Velligan DI, Tai S, Roberts DL, Maples-Aguilar N, Brown M, Mintz J, et al. A randomized controlled trial comparing cognitive behavior therapy, cognitive adaptation training, their combination and treatment as usual in chronic schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 2015;41(3):597-603. doi: 10.1093/schbul/sbu127.

Velthorst E, Koeter M, van der Gaag M, Nieman DH, Fett AK, Smit F, et al. Adapted cognitive-behavioural therapy required for targeting negative symptoms in schizophrenia: meta-analysis and meta-regression. Psychological Medicine. 2015;45(3):453-65. doi: 10.1017/S0033291714001147.

Vita A, De Peri L, Barlati S, Cacciani P, Deste G, Poli R, et al. Effectiveness of different modalities of cognitive remediation on symptomatological, neuropsychological, and functional outcome domains in schizophrenia: a prospective study in a real-world setting. Schizophrenia Research. 2011;133(1-3):223-31.

Vollema MG, Geurtsen GJ, van Voorst AJ. Durable improvements in Wisconsin Card Sorting Test performance in schizophrenic patients. Schizophrenia Research. 1995;16(3):209-15.

Von Bormann S, Robson D, Gray R. Adherence therapy following acute exacerbation of schizophrenia: A randomised controlled trial in Thailand. International Journal of Social Psychiatry. 2015;61(1):3-9. doi: 10.1177/0020764014529099.

Wallace CJ, Nelson CJ, Liberman RP, Aitchison RA, Lukoff D, Elder JP, et al. A review and critique of social skills training with schizophrenic-patients. Schizophrenia Bulletin. 1980;6:42-63.

Weinberger DR, Berman KF, Illowsky BP. Physiological dysfunction of dorsolateral prefrontal cortex in schizophrenia: III. A new cohort and evidence for a monoaminergic mechanism. Archives of General Psychiatry. 1988;45:609.

Wolwer W, Frommann N. Social-cognitive remediation in schizophrenia: generalization of effects of the Training of Affect Recognition (TAR). Schizoprenia Bulletin. 2011;37(Suppl 2):S63-70.

Wood C. The history of art therapy 1938–95. In Art, Psychotherapy and Psychosis. K. Killick & S. Schaverien edn. London: Routledge; 1997.

Wykes T, Reeder C, Corner J, Williams C, Everitt B. The effects of neurocognitive remediation on executive processing in patients with schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 1999;25(2):291-307.

Wykes T, van der Gaag M. Is it time to develop a new cognitive therapy for psychosis—cognitive remediation therapy (CRT)? Clinical Psychology Review. 2001;21:1227-56.

Wykes T, Hayward P, Thomas N, Green N, Surguladze S, Fannon D, et al. What are the effects of group cognitive behaviour therapy for voices? A randomised control trial. Schizophrenia Research. 2005;77(2-3):201-10.

Wykes T, Reeder C. Cognitive Remediation Therapy for Schizophrenia: Theory and Practice. London: Routledge; 2005.

Wykes T, Newton E, Landau S, Rice C, Thompson N, Frangou S. Cognitive remediation therapy (CRT) for young early onset patients with schizophrenia: an exploratory randomized controlled trial. Schizophrenia Research. 2007;94(1-3):221-30.

Wykes T, Reeder C, Landau S, Everitt B, Knapp M, Patel A, Romeo R. Cognitive remediation therapy in schizophrenia: randomised controlled trial. The British Journal of Psychiatry. 2007;190:421-7.

Wykes T. Cognitive-behaviour therapy and schizophrenia. Evidence-Based Mental Health. 2014;17(3):67-8. doi: 10.1136/eb-2014-101887.

Xiong W, Phillips MR, Hu X, Wang R, Dai Q, Kleinman J, et al. Family-based intervention for schizophrenic patients in China. A randomised controlled trial. The British Journal of Psychiatry. 1994;165(2):239-47.

Yang W, Li Z, Weng Y, Zhang H, Ma B, Yang W. Psychosocial rehabilitation effects of music therapy in chronic schizophrenia. Hong Kong Journal of Psychiatry. 1998;8:38-40.

Zanello A, Mohr S, Merlo MC, Huguelet P, Rey-Bellet P. Effectiveness of a brief group cognitive behavioral therapy for auditory verbal hallucinations: a 6-month follow-up study. Journal of Nervous and Mental Disorders. 2014;202(2):144-53. doi: 10.1097/NMD.0000000000000084.

Zhang M, Wang M, Li J, Phillips MR. Randomised-control trial of family intervention for 78 first-episode male schizophrenic patients. An 18-month study in Suzhou, Jiangsu. The British Journal of Psychiatry. Suppl. 1994;(24):96-102.

Zhao S, Sampson S, Xia J, Jayaram MB. Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015;4: Art. No.: CD010823. doi: 10.1002/14651858.CD010823.pub2.

Zubin J, Spring B. Vulnerability--a new view of schizophrenia. Journal of Abnormal Psychology. 1977;86:103-26.

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

## 10.1.- Intervenciones proporcionadas por compañeros (entre iguales)

### 10.1.1.- Introducción

Desde el siglo XIX en el que se conformara la Sociedad de Amigos Lunáticos hasta nuestros tiempos, las personas que se encuentran en situación similar se han unido para darse apoyo, encontrando que este contacto puede proporcionar esperanza, comprensión y empoderamiento (Basset et al., 2010).

Se ha visto que el apoyo informal entre iguales o el apoyo mutuo tiene lugar donde quiera que los usuarios de los servicios de salud mental se reúnan. El rol de la persona que proporciona apoyo a sus compañeros o iguales ha evolucionado con el tiempo, algunos de manera informal y otros desarrollando, en los últimos tiempos, roles más formales e intencionales como, por ejemplo, en el Reino Unido, *Mind and the Hearing Voice Network* (Hearing Voices Network, 2003).

El apoyo entre compañeros se define por ser un apoyo social y emocional, frecuentemente acompañado por un apoyo instrumental, que es mutuamente ofrecido o proporcionado por personas que tienen una condición de salud mental, a otras que comparten similares condiciones mentales y emocionales, facilitando el cambio social o personal deseado. El apoyo entre compañeros puede ser recompensado económicamente o voluntario.

Un compañero o igual, en este contexto, es una persona diagnosticada de trastorno mental grave (TMG) que fue o es atendido por los servicios de salud mental y que se identifica como tal.

Se han reconocido tres grandes tipos de intervenciones proporcionada por iguales (Davidson et al., 1999):

- Grupos de apoyo mutuo, en los que las relaciones son recíprocas, aunque algunos participantes sean vistos como más experimentados o expertos que otros.
- Servicios de apoyo entre iguales, en el que el apoyo es en una dirección principalmente, con una o más personas claramente definidas que ofertan una intervención de apoyo a uno o más compañeros participantes en el programa. En este caso, el apoyo es independiente o adicional a la atención habitual prestada por los servicios de salud mental.
- Proveedores entre iguales de servicios de salud mental, donde las personas que han utilizado los servicios de salud mental trabajan en el servicio para proporcionar toda o parte de la atención estándar.

Es evidente que ha habido un crecimiento exponencial en la contratación de personal de apoyo entre compañeros en EEUU, Australia y nueva Zelanda durante la última década, y más recientemente esta expansión se ha llegado también al Reino Unido (Repper & Carter, 2010). El apoyo entre iguales está bien arraigado dentro de los sistemas principales de salud mental y el acceso a este tipo de apoyo para las personas diagnosticadas de TMG ha sido ampliamente defendido a nivel internacional por los usuarios (Clay et al., 2005; Deegan, 1996; Faulkner & Best, 2012) y por las organizaciones de profesionales (Bradstreet & Pratt, 2010; Halvorson & Whitter, 2009; Royal collage of Psychiatrists Social Inclusión Scoping Group, 2009).

Los usuarios de los servicios han apoyado el desarrollo de las intervenciones de apoyo entre iguales en todo el mundo. Además de la guía NICE (2014), otras guías de práctica clínica como la National Guideline Clearinghouse (NGC, 2014) de Estados Unidos recomiendan el apoyo entre iguales para ayudar a mejorar la experiencia de los usuarios y la calidad de vida, recomendando también que el apoyo entre iguales debe ser impartido

por un trabajador de apoyo entrenado, es decir, un compañero que se ha recuperado de la psicosis o la esquizofrenia y se mantiene estable. El personal de apoyo entre iguales, también debe recibir el apoyo de todo su equipo y tener supervisiones con pares.

En el Reino Unido, el apoyo mutuo o el apoyo entre iguales desempeña un papel muy importante en la recuperación, además de ofrecer oportunidades de empleo y promover la independencia y la esperanza en las personas con problemas de salud mental. En Escocia existe un título acreditativo de Agente de Apoyo Mutuo, desarrollado por Scottish Qualifications Authority (SQA) y Scottish Recovery Network (SRN) para formar agentes y que además reconoce su papel en la recuperación.

El apoyo intencional de los compañeros se está reconociendo probablemente ayudado por la promoción de un enfoque centrado en la recuperación a través de los servicios de Salud Mental. En general, hay dos grandes definiciones de recuperación en psiquiatría (Slade, 2009): la recuperación médica y la recuperación personal. La primera es una idea que ha emergido de la pericia de los profesionales en salud mental y que implica deshacerse de síntomas, restaurar el funcionamiento social y las otras formas de “volver a la normalidad”. La segunda, la recuperación personal es una idea que emerge de la pericia de las personas con experiencias vividas de, trastorno mental, y significa algo diferente a recuperación clínica. La definición de recuperación personal más utilizada es la propuesta por Anthony en 1993 (citado en Slade, 2009): proceso profundamente personal y único de cambio de actitudes, valores, sentimientos, metas, herramientas y/o roles. Es una forma de vivir una vida satisfactoria, esperanzadora y contributiva, incluso con las limitaciones causadas por el trastorno. La recuperación implica el desarrollo de nuevos significados y propósitos en la vida como crecer más allá de los efectos catastróficos de un diagnóstico de TMG. Este nuevo concepto de recuperación surgió en la psiquiatría en 1980 y se centra en factores más subjetivos y definidos individualmente tales como crecimiento personal, esperanza y autonomía. El apoyo entre iguales ha sido identificado como un facilitador clave en la recuperación de la salud mental.

Las personas que han experimentado problemas de salud mental y usado los servicios, están potencialmente bien situadas para apoyar a otros usuarios de estos servicios. Hay mucha evidencia de que personas diagnosticadas de psicosis o esquizofrenia encuentran

difícil implicarse con los servicios de salud mental y pueden evitar el contacto (NICE, 2011). Esto puede ser debido a malas experiencias anteriores, especialmente en pacientes hospitalizados, al estigma interno y externo, a la discriminación, y/o a las bajas expectativas de los profesionales de salud mental sobre el pronóstico y las aspiraciones potenciales.

Los compañeros pueden tener un conocimiento vivencial que les ayuda a apoyar a otros a superar estas barreras, a cuestionar las actitudes del personal clínico, y a contribuir al cambio cultural dentro de los servicios de salud mental (Reppert & Watson, 2012). También pueden ser capaces de dar credibilidad al modelo de recuperación y a las estrategias de afrontamiento y, por tanto, a promover la esperanza y la auto eficacia (Salzer & Shear, 2002). Además, la oportunidad de ayudar a otros puede ser de valor terapéutico para los propios compañeros que prestan apoyo (Skovholt, 1974).

Puede resultar también muy valioso que otras personas diagnosticadas de TMG trabajen como personal remunerado (Deegan, 1996). El rol del modelo a seguir proporciona esperanza. Necesitan ver que la calidad de vida puede mejorar para las personas que han sido diagnosticadas de manera similar. Necesitan ver que hay una oportunidad para mejorar su situación. Es por eso que la contratación de personas con discapacidad psíquica como profesionales de la salud mental es tan importante. Es también por eso que la exposición al apoyo entre compañeros, la autoayuda y el apoyo mutuo son tan importantes.

Un estudio reciente informó que los usuarios que participaron en un programa de apoyo entre iguales, mostraron mejoras estadísticamente significativas en aspectos subjetivos de la recuperación como el autoestigma, la autoeficacia, el activismo comunitario y la autonomía, y mejores resultados a la hora de conseguir y mantener un empleo en el tiempo. La reducción en autoestigma podría sugerir que el apoyo entre iguales ofrece a los usuarios formas de verse a sí mismos en la comunidad de forma más realista. El apoyo entre iguales podría amortiguar los efectos de la aplicación de estereotipos a uno mismo, debido al estatus del “enfermo mental”.

Estos hallazgos proporcionan apoyo limitado de que la participación en los servicios de apoyo entre iguales puede inicialmente ejercer un impacto mayor en la recuperación personal que las intervenciones realizadas por profesionales (Vayshenker et al., 2016). Lloyd-Evans (2014) también encontraron algunos resultados positivos en recuperación personal, empoderamiento y esperanza.

*La experiencia del apoyo entre iguales en Andalucía*

La Escuela Andaluza de Salud Pública y En Primera Persona (Federación Andaluza de Asociaciones de personas usuarias de salud mental) desarrollaron en el 2015 la segunda edición de la *Formación Profesional del Proyecto Europeo* (P2P), financiado por la Comisión Europea.

El proyecto *Peer2Peer* es un curso de formación profesional que permite a las personas que han experimentado problemas de salud mental, convertirse en agentes de apoyo mutuo o asistentes personales para quienes actualmente viven con una dificultad similar. P2P capacita para entender el proceso de recuperación personal, explicar el apoyo mutuo y su papel en la recuperación, así como desarrollar relaciones basadas en los valores del apoyo mutuo. Cada uno de los socios del proyecto, incluida la Escuela Andaluza de Salud Pública, ha organizado este curso a nivel local para probar su eficacia, y unos 125 estudiantes lo han completado en cuatro países diferentes de la UE. Establecer el apoyo mutuo como un curso de formación profesional permite cumplir con el último objetivo del proyecto, que es favorecer la integración laboral y proporcionar oportunidades de empleo a este colectivo. La inserción sociolaboral podría considerarse como uno de los mayores beneficios obtenidos por las intervenciones proporcionadas por iguales.

Como quedó recogido en la Evaluación del proyecto "Ayuda Mutua: Entrenamiento y Prácticas en los Servicios de Salud Mental. Andalucía. 2010-2011", la ayuda mutua, o apoyo mutuo, para las personas que han actuado como Agentes, es decir, como expertos por experiencia, supone la puesta en práctica de habilidades que pueden ser consideradas como terapéuticas, puesto que mejoran la autoestima, el sentimiento de auto eficacia y de pertenencia a un grupo. De hecho, entre los objetivos del apoyo a iguales se encuentra proporcionar intervención psicológica de baja intensidad (Campos et al., 2014).

El ejercicio de un rol socialmente valioso aporta sentido a la vida de la persona que actúa como Agente, y mejora la propia consideración de las personas, invirtiendo los procesos de auto-estigmatización que son claves en la recuperación. Que este rol se desarrolle en los propios servicios de Salud Mental de Andalucía, influye en la perspectiva de los pacientes receptores, que además de considerar útil y satisfactorio el contacto con iguales de manera formalizada, reciben el mensaje experiencial de pacientes que están actuando como referentes y llevan a cabo actividades de utilidad y significación social, fomentando la importancia de la red de apoyo social entre iguales.

Estos hallazgos son coherentes con el estudio cualitativo de Guidugu y cols. (2014) que señala el apoyo práctico, el rol de modelo y mentor, las oportunidades sociales, y el apoyo emocional obtenido a través de las relaciones normalizadas con alguien con experiencias similares, como aspectos efectivos de los roles de los especialistas de apoyo entre iguales.

### 10.1.2.- Resumen de la evidencia clínica

El GDGNICE considera que en general no hay evidencia concluyente sobre la eficacia de las intervenciones proporcionadas por compañeros, tanto en la magnitud como en la dirección del efecto. Cuando se observan grandes efectos, existe cierta preocupación acerca de la validez de estos resultados, debido al tamaño de los ensayos y a la varianza observada entre los estudios. Además, debido a la limitación de la evidencia, no se puede determinar si hay efectos a largo plazo de la intervención.
La cuestión principal al revisar las investigaciones es conocer los beneficios de las intervenciones proporcionadas por iguales en adultos diagnosticados de psicosis y esquizofrenia, comparado con tratamiento usual u otras intervenciones.

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 la extracción de conclusiones.
Recientemente lo han puesto de manifiesto Lloyd-Evans y cols. (2014) señalando el pequeño número de estudios meta-analizados, y la falta de modelos teóricos específicos y de criterios de fidelidad para categorizar el apoyo entre iguales.

Cabassa y cols. (2017) también aluden como limitaciones metodológicas, las variaciones en el contenido de los programas y en las características de los participantes.
En particular, el termino “apoyo entre iguales” abarca programas que ofrecen diferentes tipos de servicios con variaciones en la estructura organizacional e intervenciones poco uniformes en los constructos conceptuales y vocabulario. Esta no fidelidad se vuelve problemática cuando intenta identificar mecanismos que permitan un cambio positivo, porque los programas y resultados evaluados de los estudios meta-analizados no son homogéneos ni abundantes.

También Vayshenker y cols. (2016) proponen como explicaciones posibles con respecto a la falta de evidencia consistente para el apoyo entre iguales, la variación en los programas, las diferencias en la evaluación de los resultados y la variabilidad en las características de los participantes.

## 10.2.- Intervenciones dirigidas a fomentar el autocuidado

### 10.2.1.- Introducción

El autocuidado se define como la “capacidad de un individuo para controlar los síntomas, el tratamiento, las consecuencias físicas y psicosociales y los cambios en el estilo de vida inherentes a vivir con una enfermedad crónica” (Barlow et al., 2002). La popularidad del autocuidado en el trastorno mental ha aumentado en la última década, y los programas basados en este enfoque han sido muy recomendados como un medio para promover la recuperación y la capacitación de los usuarios, mientras que al mismo tiempo aborda cuestiones de calidad del servicio (Mueser et al., 2002b; Turner et al., 2008). Esto refleja una tendencia más amplia en el cuidado de la salud de una forma colaborativa en comparación con el enfoque médico didáctico tradicional (Mueser & Gingerich, 2011).

Los objetivos del autocuidado son:

- promover la esperanza
- mejorar la capacidad para manejar el trastorno
- proporcionar información sobre la naturaleza de la enfermedad y opciones de tratamiento
- desarrollar estrategias para el autocontrol del trastorno
- mejorar las estrategias de afrontamiento **y**

- el desarrollo de habilidades para la gestión de cambios en el estilo de vida

(Mueser & Gingerich, 2011).

La formación en el autocuidado puede provenir de profesionales de salud mental, de los iguales (compañeros), de formadores, o puede ser proporcionada en parte o totalmente a través de tecnologías de la información. La filosofía subyacente para la formación en habilidades de autocuidado es de enseñanza y aprendizaje, fomentando la participación y el compromiso activo. Un aspecto central de este enfoque es también el desarrollo de estrategias individuales a fin de que las estrategias de autocuidado se originen desde la propia experiencia. Este enfoque, a su vez, apoya la validación de las experiencias de los usuarios, por lo que los individuos pueden aplicar su propio significado a cada cuestión.

La participación activa de los usuarios en el desarrollo y el mantenimiento de los programas de autocuidado puede ser difícil de lograr cuando existe la percepción de una diferencia grande de poder entre los profesionales de salud mental y los usuarios de los servicios y sus cuidadores. También se ha comunicado la visión relativamente pesimista que los profesionales sanitarios pueden tener del potencial de los usuarios, lo que puede tener un impacto sobre su actitud para promover y cooperar con las intervenciones de colaboración. Es esencial realizar intervenciones que tengan un impacto tanto en el paciente como en los profesionales, lo que permite una relación entre ambos más orientada a la recuperación (Hansson et al., 2013). Por lo tanto, la creencia de que las personas diagnosticadas de psicosis o esquizofrenia pueden contribuir a la gestión de su propia salud es probable que sea una condición importante para la colaboración eficaz en los programas de autocuidado.

Además, recientemente se está empezando a investigar qué factores del usuario predicen una mejor respuesta a este tipo de programas, sugiriendo los estudios preliminares factores como la orientación a objetivos y la utilización de estrategias de afrontamiento disfuncionales antes de empezar la intervención (White et al., 2017).

Se han desarrollado una serie de programas de autocuidado centrados en el TMG. Estos incluyen *the Wellness Recovery Action Plan* (WRAP) (Copeland & Mead, 2004), *the Illness Management and Recovery* (IMR) *programme* (Gingerich & Tornvall, 2005) y *the Social and Independent Living Skills* (SILS) *programme* (Liberman et al., 1994). Recientemente se ha publicado un estudio cuyo propósito fue determinar la eficacia de una de estas

intervenciones de autogestión del trastorno (WRAP), en este caso, dirigida por pares, lacomparándola con la atención habitual (Cook et al., 2012).
La forma de proporcionar estos programas varía mucho y puede ser presencial o no, en grupo o individual o a través de materiales escritos o digitales.

Los profesionales, los cuidadores y los iguales son involucrados en diversos grados en el apoyo a los programas de autocuidado. Los programas de autocuidado online y otros recursos informatizados se están generalizando en otras áreas de la salud, aunque su desarrollo para la psicosis y la esquizofrenia hasta el momento ha sido limitado.

Una tendencia importante en el Reino Unido es la creación en muchas áreas de *Recovery Colleges*,* en los que los iguales, los cuidadores y los profesionales de salud mental colaboran en el apoyo a los usuarios para aprender acerca de la salud mental y la recuperación (Perkins et al., 2012; Perkins & Slade, 2012). Las herramientas de autocuidado son un elemento clave en este enfoque. Los *Recovery Colleges* están pensados para proporcionar un entorno para el desarrollo de capacidades y conocimiento sobre el manejo del trastorno y habilidades para la vida. La cultura y la estructura de los *Recovery Colleges* está diseñada para promover la responsabilidad y poder proporcionar confianza a los “graduados” para acceder a la formación y al empleo.

**Los Recovery Colleges ofrecen programas integrales, una educación dirigida por compañeros y formación dentro de los servicios de salud mental. Se deben realizar como cualquier otro College, proporcionando la educación como una ruta a la recuperación y no como una forma de terapia.*
*Los cursos son creados y proporcionados conjuntamente por personas con experiencia vivida de algún trastorno y por profesionales de salud mental.*
*Sus servicios deben ofrecerse a los usuarios, a los profesionales y a las familias por igual, siendo la propia persona la que elige los cursos a los que le gustaría asistir a partir de un folleto.*
*Además de ofrecer la educación junto con el tratamiento para las personas, cambian la relación entre los servicios y los que los utilizan; asimismo, se identifican nuevos compañeros para unirse a los que ya trabajan allí. http://www.nhsconfed.org/resources/2012/09/1-recovery-colleges*

Varios trabajos (Jones & Riazi, 2011; Kemp, 2011; Mueser & Gingerich, 2011) han revisado y resumido los elementos de los programas de autocuidado, que incluyen:

- psicoeducación acerca de problemas de salud mental y de los tratamientos y servicios disponibles

- enfoques de prevención de recaídas, donde los usuarios son apoyados en la identificación de los signos de alerta temprana y en el desarrollo de estrategias para evitar o atenuar la gravedad de la recaída
- el manejo de la medicación, incluyendo la identificación de los efectos secundarios y estrategias para la negociación con los profesionales, con el fin de optimizar los regímenes de medicación para lograr el mejor equilibrio entre los efectos positivos y negativos
- el manejo de los síntomas, incluyendo estrategias para manejar los síntomas persistentes de la psicosis, la ansiedad y el bajo estado de ánimo
- el establecimiento de objetivos individuales de recuperación y el desarrollo de estrategias para lograrlos
- el desarrollo de importantes habilidades para la vida y para el bienestar, el cuidado personal, la productividad y el ocio; por ejemplo, la dieta, el ejercicio, dejar de fumar, la economía, la seguridad, las relaciones, la organización, las tareas de la casa y la comunicación.

Recientemente un meta-análisis (Scott et al., 2015) destaca el potencial terapéutico de las intervenciones de autoayuda, especialmente la autoayuda guiada para la psicosis.
Así, se ha encontrado que la Terapia Cognitivo-Conductual para la Psicosis (CBTp) puede ser eficaz en el tratamiento de la esquizofrenia y otros trastornos relacionados (Burns et al., 2014, Hutton y Taylor, 2014, NICE, 2014, van der Gaag et al., 2014). En este sentido, la terapia cognitivo-conductual basada en la autoayuda guiada para la psicosis (CBTp), ha demostrado tener como resultados una mejora de la psicopatología y una disminución del nivel de discapacidad (Naeem et al., 2016).
Por otro lado, la mala percepción o falta de conocimiento de la enfermedad se considera una barrera para la adherencia al tratamiento y un factor de riesgo para un resultado más pobre. Lysaker y cols. sugieren que proporcionar oportunidades para la reflexión puede ayudar a los pacientes a desarrollar una visión más coherente y válida de su condición psiquiátrica. En esta línea, desarrollan un método denominado autodeterminación guiada (GSD), que facilita la autorreflexión de los usuarios sobre lo que significa para ellos vivir con la esquizofrenia como paso previo para cambiar la percepción de la misma y parece que así se produce una mejora en la comprensión y manejo del trastorno (Jørgensen et al., 2015).

### 10.2.2.- Resumen de la evidencia clínica

En general, la evidencia sugiere que las intervenciones de autocuidado son eficaces para reducir los síntomas de la psicosis. Sin embargo, este beneficio fue menos concluyente para la disminución del riesgo de hospitalización. El autocuidado muestra eficacia en la mejora de la calidad de vida al final de la intervención, pero la evidencia es menor sobre su beneficio a largo plazo. Además, se encontró beneficioso el autocuidado como ayuda en la recuperación de resultados tanto auto-evaluados como valorados por el profesional. Este efecto se mantuvo en el seguimiento a largo plazo. No hay evidencia concluyente de un efecto beneficioso del autocuidado sobre la discapacidad funcional.

### 10.2.3.- Evidencia de la economía de la salud

El GDGNICE no encontró, en la búsqueda sistemática de la literatura económica que realizó, estudios que evalúen la eficiencia de las intervenciones de autocuidado para adultos con psicosis y esquizofrenia.

## 10.3.- Vinculación de la evidencia a las recomendaciones

El GDG de la Guía NICE (2014) encontró dieciséis ECA (N = 4778) que cumplían con los criterios de elegibilidad que habían establecido para la revisión de las *intervenciones proporcionadas por iguales*: (Barbic et al., 2009; Chinman et al., 2015; Clarke et al., 2000; Cook et al., 2011; Cook et al., 2012; Craig et al., 2004a; Davidson, 2004; Edmundson et al., 1982; Van Gestel-Timmermans et al., 2012; Kaplan et al., 2011; Rogers et al., 2007; Rivera et al., 2007; Sledge et al., 2011; Segal et al., 2011; Sells et al., 2006 y Solomon & Draine, 1995). Todos los ensayos fueron publicados en revistas revisadas por pares entre 1982 y 2012.

A los efectos de la Guía, las intervenciones las clasificaron como:

- apoyo de los compañeros
- apoyo mutuo
- proveedores entre iguales de servicios de salud mental.

De los 16 ensayos incluidos, nueve realizaban una comparación entre las intervenciones de apoyo entre iguales y cualquier tipo de control, cuatro el apoyo mutuo y cualquier tipo de control y tres proveedores entre iguales de servicios de salud mental en comparación con ningún tipo de control. De los ensayos elegidos, tres incluyeron una gran proporción de

los participantes (> 75%) con un diagnóstico principal de psicosis o esquizofrenia. Sólo uno de los ensayos estaba realizado en el Reino Unido/Europa.

En relación con las *intervenciones dirigidas a fomentar el autocuidado* encontraron veinticinco ECA (N = 3606) que cumplían con los criterios de elegibilidad para esta revisión: (Anzai et al., 2002; Barbic et al., 2009; Bauer et al., 2006; Chan et al., 2007; Cook et al., 2011; Cook et al., 2012; Eckman et al., 1992; Färdig et al., 2011;Hasson-Ohayon et al., 2007; Kopelowicz, 1998a; b; Levitt et al., 2009; Liberman et al., 1998; Liberman & Kopelowicz, 2009; Marder et al., 1996; Nagel et al., 2009; Patterson et al., 2003; 2006; Salyers et al., 2010; Shon & Park, 2002; Vreeland et al., 2006; Wirshing et al., 2006; Xiang et al., 2006; Xiang et al., 2007 y Van Gestel-Timmermans et al., 2012). Todos los ensayos habían sido publicados en revistas revisadas por pares entre 1992 y 2012.
De los 25 ensayos incluidos, había cuatro que evaluaban la eficacia del autocuidado dirigido por pares y 21 evaluaban el autocuidado dirigido por un profesional. El GDGNICE decidió que no había evidencia suficiente para llevar a cabo revisiones independientes sobre la base de estas categorías, por lo tanto, todos los ensayos se incluyeron en una revisión más amplia de autocuidado frente a cualquier estrategia alternativa de manejo.
De los ensayos elegidos, 18 incluían una gran proporción de participantes (> 75%) con un diagnóstico principal de psicosis o esquizofrenia. Ninguno de los ensayos estaban realizados en el Reino Unido y sólo dos en Europa.

*Valor relativo de los resultados considerados*

El GDGNICE consideró que el objetivo de las intervenciones proporcionadas por compañeros y el autocuidado, es controlar los síntomas y reducir así el riesgo de hospitalización debido a una recaída. El GDGNICE también piensa que las intervenciones de autocuidado están encaminadas a capacitar al usuario a mejorar su calidad de vida y el funcionamiento del día a día.
Por lo tanto, el GDGNICE decidió que los resultados claves son:

Para el autocuidado:

- capacitación/recuperación
- discapacidad funcional
- calidad de vida

- hospitalización (ingresos, días)
- contacto con los servicios secundarios
- Síntomas de la psicosis
  - síntomas totales
  - síntomas positivos
  - síntomas negativos.

Para las intervenciones entre iguales:

- capacitación/recuperación
- discapacidad funcional
- calidad de vida
- uso de los servicios
  - visitas al médico de familia
  - visitas al Servicio de Urgencias
  - hospitalización (ingresos, días)
- satisfacción de los usuarios (sólo medidas validadas).

*Balance entre los beneficios clínicos y los riesgos*

El GDGNICE consideró los beneficios de las intervenciones proporcionadas entre iguales y el autocuidado para la gestión de los síntomas. Aunque hay alguna evidencia de la mejoría en los síntomas al final de la intervención para el autocuidado (no para las intervenciones proporcionadas por compañeros), los datos son limitados en cualquier momento del seguimiento posterior.

El GDGNICE piensa que el autocuidado y el apoyo de los compañeros es probable que sea beneficioso para las personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia, pero no debe ser proporcionado como única intervención, ya que no han sido diseñados como tratamientos autónomos.

Sin embargo, el GDGNICE consideró que ambas intervenciones deberían ser proporcionadas como apoyo adicional para las personas en todas las fases de la enfermedad.

*Balance entre los beneficios netos de la salud y el uso de recursos*

Hubo sólo un estudio económico que trató de evaluar el ahorro de costes asociado a las intervenciones por iguales para adultos diagnosticados de psicosis y esquizofrenia; sin embargo, el GDGNICE estima que tiene limitaciones muy importantes. En la revisión

sistemática de la literatura económica que realizaron, no encontraron estudios de evaluación de la eficiencia de las intervenciones de autocuidado para adultos con psicosis y esquizofrenia. Debido a la falta de datos clínicos, decidieron que una modelización económica formal de las intervenciones proporcionadas por iguales o del autocuidado, no sería útil para la toma de decisiones. Sin embargo, para el GDGNICE se justifican los costes de este tipo de intervenciones por los beneficios clínicos esperados, ya que ayudan a la recuperación tanto en los resultados auto-evaluados como los evaluados por el profesional. Además, es probable que los costes de proporcionar este tipo de intervenciones sean compensados, al menos parcialmente, por el ahorro de los costes en los servicios de salud como resultado de la mejora en los síntomas de la psicosis.

*Calidad de la evidencia*

La calidad de la evidencia se mostró con una horquilla de entre muy baja a alta tanto para el autocuidado como para las intervenciones por compañeros; en concreto, la evidencia para las intervenciones por compañeros es de mala calidad, con variaciones entre muy baja a baja según resultados claves.

Las razones para degradarla son el riesgo de sesgo, la alta heterogeneidad o la falta de precisión en los intervalos de confianza, que cruzaron los umbrales de la decisión clínica. La heterogeneidad fue una preocupación importante en la evaluación de la evidencia. Sin embargo, aunque se observó una variación en el tamaño del efecto entre los estudios, la dirección de efecto fue consistente a través de la mayoría de los estudios. Además, los intervalos de confianza amplios también fueron motivo de preocupación para el GDG. Este problema lo encontraron sobre todo para los resultados con un bajo número de estudios y de participantes incluidos. El GDG consideró estos problemas de calidad cuando debatió posibles recomendaciones.

*Otras consideraciones*

El GDGNICE consideró importante definir los componentes de las intervenciones de apoyo de compañeros y el autocuidado. Los componentes incluidos en las revisiones están generalmente bien especificados y, por tanto, el GDGNICE utiliza esta información como base de la discusión para el desarrollo de una recomendación.

## 10.4.- 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.

## 10.5.- Relación entre el testimonio de los usuarios y las recomendaciones

*El apoyo mutuo y el autocuidado*

**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.

### Testimonio de los usuarios

Todos los usuarios de los grupos focales que habían participado alguna vez en terapias grupales, (de estructura y contenido similar a un programa de autoayuda grupal aunque supervisado por profesionales de enfermería), refirieron que encuentran la experiencia muy positiva y de ayuda para entender lo que les ocurre. En algunos casos incluso les sirvió para generar redes sociales.

*"En los grupos te das cuenta que tienes que asumirlo, que tienes una enfermedad y ver cómo es, conocerla, notarte los cambios que puedas experimentar y encontrar una salida para que no brote en una crisis grave". (Mujer, 40 años)*

## 10.6.- Recomendaciones para la investigación

*10.6.a Intervenciones de apoyo por iguales*

¿Cuál es la efectividad clínica y el coste de las intervenciones de apoyo entre iguales, en las personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia?

*¿Por qué esto es importante?*

Los usuarios han apoyado el desarrollo de intervenciones de apoyo entre iguales, que han proliferado recientemente en el Reino Unido, pero la evidencia actual para estas intervenciones en las personas diagnosticadas de trastornos psicóticos no es fuerte y los estudios son principalmente de muy baja calidad. Además, el contenido de los programas ha variado considerablemente; algunos utilizan intervenciones estructuradas y otros proporcionan un apoyo más informal. Por tanto, existe una necesidad urgente en esta área de evidencia de alta calidad.

El programa de investigación sería en varias etapas. En primer lugar, debería haber un trabajo de desarrollo para establecer lo que específicamente quieren los usuarios de los pacientes expertos, a diferencia de lo que quieren de los profesionales y cuáles son las condiciones para una prestación óptima de la intervención.

Este trabajo de desarrollo debería ser realizado por la exploración de los puntos de vista de los usuarios, pacientes expertos en apoyo de compañeros y desarrolladores de las intervenciones de apoyo por iguales y deberían ser identificadas medidas de resultado adecuadas que reflejen los objetivos del apoyo por el paciente experto. En segundo lugar, la intervención proporcionada en la medida de lo posible en condiciones óptimas, debería evaluarse en un ensayo de alta calidad. La investigación adicional debería evaluar formatos estructurados y manualizados frente a formatos no estructurados (en el que el usuario y el paciente experto deciden juntos el contenido de la sesión). También deberían evaluarse los beneficios y los efectos adversos experimentados por los pacientes expertos que dan apoyo.

Se requiere un mayor número de trabajos para obtener datos concluyente sobre el apoyo entre iguales. Actualmente existen protocolos para llevar a cabo estudios en este campo, que estructuran de forma clara cómo debería llevarse a cabo un ECA sobre este ámbito con puntos comunes que faciliten la continuidad de investigación en este área.

## Referencias

Anzai N, Yoneda S, Kumagai N, Nakamura Y, Ikebuchi E, Liberman RP. Training persons with schizophrenia in illness self-management: a randomized controlled trial in Japan. Psychiatric Services. 2002;53:545-47.

Armstrong NP, Steffen JJ. The recovery promotion fidelity scale: assessing the organizational promotion of recovery. Community Mental Health Journal. 2009;45:163-70.

Barbic S, Krupa T, Armstrong I. A randomized controlled trial of the effectiveness of a modified recovery workbook program: preliminary findings. Psychiatric Services. 2009;60:491-97.

Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. Patient Education and Counseling. 2002;48:177-87.

Basset T, Faulkner A, Repper J, Stamou E. Lived experience leading the way: peer support in mental health. Report. London: Together for Mental Wellbeing; 2010.

Bauer MS, McBride L, Williford WO, Glick H, Kinosian B, Altshuler L, et al. Collaborative care for bipolar disorder: part I. Intervention and implementation in a randomized effectiveness trial. Psychiatric Services. 2006;57:927-36.

Bono A, Navarro B, Mena A. Evaluación del proyecto ayuda mutua entrenamiento y prácticas en los servicios de salud mental. Andalucía. Escuela Andaluza de Salud Pública. 2012. Área de Ciudadanía y Participación Granada.

Bradstreet S, Pratt R. Developing peer support worker roles: reflecting on experiences in Scotland. Mental Health and Social Inclusion. 2010;14:36-41.

Burns AMN, Erickson DH, Brenner CA. Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant psychosis: a meta-analytic review. Psychiatric Services. 2014;65(7):874–80.

Cabassa LJ, Camacho D, Vélez-Grau CM, Stefancic A. Peer-based health interventions for people with serious mental illness: A systematic literature review. Journal of Psychiatric Research. 2017;84:80-9.

Campos F, Sousa A, Rodrigues V, Marques A, Queirós C, Dores A. [Practical guidelines for peer support programmes for mental health problems]. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. 2016;9(2):97-110.

Chan SH, Lee SW, Chan IW. TRIP: a psycho-educational programme in Hong Kong for people with schizophrenia. Occupational Therapy International. 2007;14:86-98.

Chan SW , Li Z , Klainin-Yobas P , Ting S , Chan MF, Eu PW. Effectiveness of a peer-led self-management programme for people with schizophrenia: protocol for a randomized controlled trial. Journal of Advanced Nursing. 2014;70(6):1425-35.

Chinman M, Oberman RS, Young AS. A cluster randomized trial of adding peer specialists to intensive case management teams in the veterans health administration. The Journal of Behavioral Health Services & Research. 2015 ;42(1):109-21.

Chinman M, George P, Dougherty RH, Daniels AS, Ghose SS, Swift A et al. Peer support services for individuals with serious mentalillnesses: assessing the evidence. Psychiatric Services. 2014;65(4):429-41.

Clarke GN, Herinckx HA, Kinney RF, Paulson RI, Cutler DL, Lewis K, et al. Psychiatric hospitalizations, arrests, emergency room visits, and homelessness of clients with serious and persistent mental illness: findings from a randomized trial of two ACT programs vs. usual care. Mental Health Services Research. 2000;2:155-64.

Cook JA, Copeland ME, Jonikas JA, Hamilton MM, Razzano LA, Grey DD et al. Results of a Randomized Controlled Trial of Mental Illness Self-management Using Wellness Recovery Action Planning. Schizophrenia Bulletin. 2011;38(4):881-91.

Cook JA, Steigman P, Pickett S, Diehl S, Fox A, Shipley P, et al. Randomized controlled trial of peer-led recovery education using Building Recovery of Individual Dreams and Goals through Education and Support (BRIDGES). Schizophrenia Research. 2012;136:36-42.

Copeland ME, Mead S. WRAP and Peer Support for People, Groups and Programs. Brattleboro: Peach Press; 2004.

Clay S, Schell S, Corrigan P, Ralph R. On our own, together. Peer programs for people with mental illness. Nashville, TN: Vanderbilt University Press; 2005.

Craig T, Doherty I, Jamieson-Craig R, Boocock A, Attafua G. The consumer-employee as a member of a mental health assertive outreach team. I. Clinical and social outcomes. Journal of Mental Health. 2004a;13:59-69.

Davidson L, Chinman M, Kloos B, Weingarten R, Stayner D, Tebes JK. Peer support among individuals with severe mental illness: A review of the evidence. Clinical Psychology: Science and Practice. 1999;6:165-87.

Davidson L. Supported socialization for people with psychiatric disabilities: lessons from a randomized controlled trial. Journal of Community Psychology. 2004;32:453

Deegan P. Recovery as a journey of the heart. Psychiatric Rehabilitation Journal. 1996;19:91-97.

Eckman TA, Wirshing WC, Marder SR, Liberman RP, Johnston CK, Zimmermann K, et al. Technique for training schizophrenic patients in illness self-management: a controlled trial. American Journal of Psychiatry. 1992;149:1549-55.

Edmundson E, Bedell J, Archer R, Gordon R. Intergrating skill building and peer support in mental health treatment. In: Jeger A, Slotnick R., ed. Community Mental Health and Behavioural Ecology. NY: Springer US; 1982. p. 127-39.

Färdig R, Lewander T, Melin L, Folke F, Fredriksson A. A randomized controlled trial of the illness management and recovery program for persons with schizophrenia. Psychiatric Services. 2011;62:606-12.

Faulkner A, Basset T. A helping hand: taking peer support into the 21st century. Mental Health and Social Inclusion. 2012;16:41-47.

Gidugu V, Rogers ES, Harrington S, Maru M, Johnson G, Cohee J et al. Individual peer support: a qualitative study of mechanisms of its effectiveness. Community Mental Health Journal. 2015;51(4):445-52.

Gingerich S, Tornvall K. Illness Management and Recovery. Hanover: Hazelden Publishing; 2005.

Gingerich S, Mueser KT. Illness management and recovery: Personalized skills and strategies for those with mental illness. Hazelden Publishing; 2011.

Halvorson A, Whitter M. Approaches to Recovery-Oriented Systems of Care at the State and Local Levels: Three Case Studies. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2009.

Hansson L, Jormfeldt H, Svedberg P, Svensson B. Mental health professionals' attitudes towards people with mental illness: do they differ from attitudes held by people with mental illness? The International Journal of Social Psychiatry. 2013;59:48-54.

Hasson-Ohayon I, Roe D, Kravetz S. A radomized controlled trial of the effectiveness of the illness management and recovery program. Psychiatric Services. 2007;58:1461-66.

Hearing Voices Network. Assisting people who hear voices. 2003; Available from: http://www.hearing-voices.orgJones.

Hutton P, Taylor PJ. Cognitive behavioural therapy for psychosis prevention: a systematic review and meta-analysis. Psychological Medicine. 2014;44(3):449–68.

Jones F, Riazi A. Self-efficacy and self-management after stroke: a systematic review. Disability and Rehabilitation. 2011;33:797-810.

Jørgensen R, Licht RW, Lysaker PH, Munk-Jørgensen P, Buck KD, Jensen SO et al. Effects on cognitive and clinical insight with the use of Guided Self-Determination in outpatients with schizophrenia: A randomized open trial. European Psychiatry. 2015;30(5):655-63.

Kaplan K, Salzer MS, Solomon P, Brusilovskiy E, Cousounis P. Internet peer support for individuals with psychiatric disabilities: a randomized controlled trial. Social Science and Medicine. 2011;72:54-62.

Kemp V. Use of 'chronic disease self-management strategies' in mental healthcare. Current Opinion in Psychiatry. 2011;24:144-48.

Kopelowicz A. Adapting social skills training for Latinos with schizophrenia. International Review of Psychiatry. 1998a;10:47-50.

Kopelowicz A, Wallace CJ, Zarate R. Teaching psychiatric inpatients to re-enter the community: a brief method of improving the continuity of care. Psychiatric Services. 1998b;49:1313-6.

Levitt AJ, Mueser KT, Degenova J, Lorenzo J, Bradford-Watt D, Barbosa A, et al. Randomized controlled trial of illness management and recovery in multiple-unit supportive housing. Psychiatric Services. 2009;60:1629-36.

Liberman RP, Wallace CJ, Blackwell G, Eckmaiu T, Kuehnel TG. Skills training for the seriously mentally ill: modules in the UCLA social and independent living skills program. In: Ancill R, ed. Schizophrenia: Exploring the Spectrum of Psychosis. Chichester: Wiley; 1994. p. 35-47.

Liberman RP, Wallace CJ, Blackwell G, Kopelowicz A, Vaccaro JV, Mintz J. Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. American Journal of Psychiatry. 1998;155:1087-91.

Liberman RP, Kopelowicz A. Training skills for illness self-management in the rehabilitation of schizophrenia. A family-assisted program for Latinos in California. Salud Mental. 2009;32:93.

Lloyd-Evans B, Mayo-Wilson E, Harrison B, Istead H, Brown E, Pilling S, et al. A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. BMC Psychiatry. 2014;14:39-50.

Lysaker PH, Dimaggio G, Buck KD, Callaway SS, Salvatore G, Carcione A, et al. Poor insight in schizophrenia: links between different forms of metacognition with awareness of symptoms, treatment need, and consequences of illness. Comprehensive Psychiatry. 2011;52:253–60.

Marder SR, Wirshing WC, Mintz J, McKenzie J, Johnston K, Eckman TA, et al. Two-year outcome of social skills training and group psychotherapy for outpatients with schizophrenia. American Journal of Psychiatry. 1996;153:1585-92.

Mueser KT, Corrigan PW, Hilton DW, Tanzman B, Schaub A, Gingerich S, et al. Illness management and recovery: a review of the research. Psychiatric Services. 2002b; 53:1272-84.

Mueser KT, Gingerich S. Illness self-management programmes. In: Thornicroft G, Szmukler G, Mueser K, Drake R, eds. Oxford Textbook of Community Mental Health. Oxford: Oxford University Press; 2011.

Naeem F, Xiang S, Munshi TA, Kingdon D, Farooq S. Self-help and guided self-help interventions for schizophrenia and related disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015;5: Art. No.: CD011698.

Naeem F, Johal R, McKenna C, Rathod S, Ayub M, Lecomte T et al. Cognitive Behavior Therapy for psychosis based Guided Self-help (CBTp-GSH) delivered by frontline mental health professionals: Results of a feasibility study. Schizophrenia Research. 2016;173(1-2):69-74.

Nagel T, Robinson G, Condon J, Trauer T. Approach to treatment of mental illness and substance dependence in remote Indigenous communities: results of a mixed methods study. The Australian Journal of Rural Health. 2009;17:174-82.

National Guideline Clearinghouse (NGC). Guideline summary: Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. In: National Guideline Clearinghouse (NGC) [Web site]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2014.

NICE. Service user experience in adult mental health: improving the experience of care for people using adult mental health service. Clinical guideline CG136 2011. Available from: http://guidance.nice.org.uk/CG136.

NICE. Psychosis and Schizophrenia in Adults: Prevention and Management. 2014 |Guidance and Guidelines | NICE. http://www.nice.org.uk/guidance/

Perkins R, Repper J, Rinaldi M, Brown H. Briefing. Recovery colleges: implementing recovery through organisational change. Centre for Mental Health; NHS Confederation Mental Health Network. London and Leeds;2012. Available from: http://www.iusmm.ca/documents/C%C3%89RRIS/cerris_recovery-Colleges.pdf.

Patterson TL, McKibbin C, Taylor M, Goldman S, Davila FW, Bucardo J, et al. Functional adaptation skills training (FAST): a pilot psychosocial intervention study in middle-aged and older patients with chronic psychotic disorders. American Journal of Geriatric Psychiatry. 2003;11:17-23.

Patterson TL, Mausbach BT, McKibbin C, Goldman S, Bucardo J, Jeste DV. Functional adaptation skills training (FAST): a randomized trial of a psychosocial intervention for middle-aged and older patients with chronic psychotic disorders. Schizophrenia Research. 2006;86:291-99.

Perkins R, Slade M. Recovery in England: transforming statutory services? International Review of Psychiatry. 2012;24:29-39.

Repper J, Carter T. Using personal experience to support others with similar difficulties: a review of the literature on peer support in mental health services. Nottingham: Together and the University of Nottingham. 2010.

Repper J, Watson E. A year of peer support in Nottingham: lessons learned. Journal of Mental Health Training, Education and Practice. 2012;7:70-78.

Rivera JJ, Sullivan AM, Valenti SS. Adding consumer-providers to intensive case management: does it improve outcome? Psychiatric Services. 2007;58:802-09.

Rogers ES, Teague GB, Lichenstein C, Campbell J, Lyass A, Chen R, et al. Effects of participation in consumer-operated service programs on both personal and organizationally mediated empowerment: results of multisite study. Journal of Rehabilitation Research and Development. 2007;44:785-800.

Salyers MP, McGuire AB, Rollins AL, Bond GR, Mueser KT, Macy VR. Integrating assertive community treatment and illness management and recovery for consumers with severe mental illness. Community Mental Health Journal. 2010;46:319-29.

Salzer MS, Shear SL. Identifying consumer-provider benefits in evaluations of consumer-delivered services. Psychiatric Rehabilitation Journal. 2002;25:281-8.

Scottish Recovery Network. The role and potential development of peer support services: Scottish Recovery Network briefing paper. Glasgow: Scottish Recovery Network; 2005.

Scott AJ, Webb TL, Rowse G. Self-help interventions for psychosis: a meta-analysis. Clinical Psychology Review. 2015;39:96–112.

Segal SP, Silverman C, Temkin T. Outcomes from consumer-operated and community mental health services: A randomized controlled trial. Psychiatric Services. 2011;62:915-21.

Sells D, Davidson L, Jewell C, Falzer P, Rowe M. The treatment relationship in peer based and regular case management for clients with severe mental illness. Psychiatric Services. 2006;57:1179-84.

Shon KH, Park SS. Medication and symptom management education program for the rehabilitation of psychiatric patients in Korea: the effects of promoting Schedule on self-efficacy theory. Yonsei Medical Journal. 2002;43:579-89.

Slade M. 100 Ways to Support Recovery: a Guide for Mental Health Professionals. London: Rethink; 2009.

Sledge WH, Lawless M, Sells D, Wieland M, O'Connell MJ, Davidson L. Effectiveness of peer support in reducing readmissions of persons with multiple psychiatric hospitalizations. Psychiatric Services. 2011;62:541-4.

Solomon P, Draine J. One-year outcomes of a randomized trial of consumer case management. Evaluation and Program Planning. 1995;18:117-27.

Solomon P. Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. Psychiatric Rehabilitation Journal. 2004;27:392-401.

Skovholt TM. The client as helper: a means to promote psychological growth. The Counseling Psychologist. 1974;4:58-64.

The Royal College of Psychiatrists Social Inclusion Scoping Group. Mental Health and Social Inclusion: making psychiatry and mental health services fit for the 21st century. London: Royal College of Psychiatrists 2009.

Turner AP, Barlow JH, Elliot CH. Lay-Led, Self-Management for People with a Long-Term Health Condition: UK Results. T. Kroll edn. Disability and Health, Hauppauge, New York: Nova Science Publishers, Inc.; 2008.

van der Gaag M, Valmaggia LR, Smit F. The effects of individually tailored formulation-based cognitive behavioural therapy in auditory hallucinations and delusions: a meta-analysis. Schizophrenia Research. 2014;156 (1):30–7.

Van Gestel-Timmermans H, Brouwers EPM, Van Assen MALM, Van Nieuwenhuizen C. Effects of a peer-run course on recovery from serious mental illness: a randomized controlled trial. Psychiatric Services. 2012;63:54-60.

Vayshenker B, Mulay AL, Gonzales L, West ML, Brown I, Yanos PT. Participation in peer support services and outcomes related to recovery. Psychiatric Rehabilitation Journal. 2016;39(3):274-81.

Vreeland B, Minsky S, Yanos PT, Menza M, Gara M, Kim E, et al. Efficacy of the team solutions program for educating patients about illness management and treatment. Psychiatric Services. 2006;57:822-28.

White DA, McGuire AB, Luther L, Anderson AI, Phalen P, McGrew JH. Consumer Factors Predicting Level of Treatment Response to Illness Management and Recovery. Psychiatric Rehabilitation Journal. 2017;40(4):344-353. doi: 10.1037/prj0000284.

Wirshing DA, Pierre JM, Wirshing WC, Guzik LH, Resnick SA, Goldstein D, et al. Community re-entry program training module for schizophrenic inpatients improves treatment outcomes. Schizophrenia Research. 2006;87:338-9.

Xiang Y, Weng Y, Li W, Gao L, Chen G, Xie L, et al. Training patients with schizophrenia with the community re-entry module: a controlled study. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2006;41:464-69.

Xiang YT, Weng YZ, Li WY, Gao L, Chen GL, Xie L, et al. Efficacy of the Community Re-Entry Module for patients with schizophrenia in Beijing, China: outcome at 2-year follow-up. The British Journal of Psychiatry. 2007;190:49-56.

# 11 ¿Qué intervenciones fomentan la salud física en personas con psicosis y esquizofrenia?

## 11.1.- Introducción

Esta área tiene como objetivo revisar la evidencia de las intervenciones que promueven la salud física en adultos diagnosticados de psicosis y esquizofrenia. Consta de dos secciones, la primera (sección 11.2) se ocupa de las intervenciones conductuales para promover la actividad física y la alimentación saludable, mientras que la segunda (sección 11.6) evalúa la eficacia de las intervenciones para reducir el consumo de tabaco y dejar de fumar.

## 11.2.- Intervenciones conductuales para promover la actividad física y la alimentación sana

### 11.2.1.- Introducción

Para las personas con psicosis y esquizofrenia, una combinación de una nutrición y alimentación inadecuada, el aumento de peso y la falta de actividad física son importantes contribuyentes a los altos índices de comorbilidades físicas, tales como la diabetes tipo 2 (Rajkumar et al., 2017) y la reducción de la esperanza de vida, sobre todo por las enfermedades cardiovasculares. Un estudio reciente (Rajkumar et al., 2017) informa que la esquizofrenia confiere un alto riesgo endógeno para diabetes viéndose incrementado

este riesgo mucho más con la toma de antipsicóticos. En otro estudio reciente llevado a cabo por Jorgensen y cols. (2017) en Dinamarca a nivel nacional, compararon la calidad de la atención y los resultados clínicos en la insuficiencia cardíaca (IC) en pacientes daneses con y sin esquizofrenia. Los resultados mostraron que los pacientes con esquizofrenia e IC incidente tienen un mayor riesgo de mortalidad a 1 año que los pacientes con IC incidente pero sin este trastorno mental.

Por otra parte, el aumento de peso y la obesidad contribuyen a aumentar el estigma y la discriminación social, y pueden explicar la interrupción de la medicación antipsicótica, lo que conduce a la recaída.

NICE, desde la publicación de la Guía de la Esquizofrenia (NICE, 2009b), hace un mayor énfasis en la prevención, por la creciente evidencia de que los efectos adversos de los antipsicóticos están asociados con un mayor riesgo de problemas de salud crónicos (Newcomer et al., 2013).

Además, los riesgos cardiometabólicos aparecen a las semanas de comenzar el tratamiento con estos fármacos, en particular el aumento de peso y la hipertrigliceridemia y posteriormente la alteración de la glucosa y la hipercolesterolemia (Foley & Morley, 2011). La importancia de la prevención se acentúa aún más por la evidencia de que más de un tercio de las personas con esquizofrenia que toman antipsicóticos puede ser identificadas bioquímicamente como de alto riesgo de diabetes (Manu et al., 2012). De hecho este grupo fue especialmente señalado por NICE en su guía sobre la prevención de la diabetes tipo 2, en la que son recomendadas las intervenciones sobre el estilo de vida asociado a la metformina, si no es efectivo el enfoque del estilo de vida exclusivamente. (NICE, 2012c).

El desarrollo de las recomendaciones sobre intervenciones de estilo de vida se ve obstaculizado por la falta de evidencias, especialmente por la carencia de estudios de grandes muestras o bien diseñados en personas con un primer episodio de psicosis. La investigación limitada se ha dirigido principalmente hacia la reducción de peso en lugar de programas de actividad física, aunque en la práctica estos enfoques pueden solaparse. Una reciente revisión de la Cochrane (Tosh et al., 2014) informó que hay una evidencia limitada y de mala calidad con respecto a que la provisión de asesoramiento sobre la salud

física general puede mejorar la calidad de vida relacionada con la salud en el aspecto mental pero no en el componente físico, aunque esta evidencia se basa únicamente en los datos de un estudio.

Una revisión sistemática evaluó las intervenciones no farmacológicas para reducir el peso de las personas que utilizan la medicación antipsicótica (Caemmerer et al., 2012). Se observó una reducción media del peso de 3,12 kg en un período de 8 a 24 semanas. También se observaron reducciones clínicamente significativas en la medida de la circunferencia de la cintura y mejoras en los factores de riesgo cardiovascular.

Los beneficios se observaron con independencia de la duración del tratamiento, si la intervención fue proporcionada de manera individual o en un grupo y si la intervención se basó en la TCC o en una intervención nutricional.

Además, los programas ambulatorios parecían ser más eficaces que los programas realizados durante la hospitalización. La reducción de peso no debe ser la única preocupación, ya que la mala alimentación puede contribuir directamente a una mala salud física en esta población. Sin embargo, hay una escasez de evidencia sobre las intervenciones para abordar estas cuestiones. Corrobora lo anterior una reciente revisión de la Cochrane (Pearsall et al., 2016) cuyo objetivo fue revisar los efectos de los consejos dietéticos para las personas diagnosticadas de esquizofrenia u otras psicosis, no logrando identificar ningún estudio que pudieran incluir en la revisión.

Por otra parte, Mucheru y cols. (2017) informan que en este colectivo hay un alto índice de disfunción social, una importante inseguridad alimentaria y una ingesta de frutas y verduras por debajo de las cantidades recomendadas. A la luz de esto, recomiendan que se debería prestar mayor atención a los comportamientos dietéticos y a la disfunción social, en las intervenciones de estilo de vida que se realizan en las personas diagnosticadas de psicosis.

## 11.3.- Vinculación de la evidencia a las recomendaciones

El GDG de la Guía NICE (2014) encontró 24 ensayos (N=1972) que cumplían los criterios que ellos habían establecido para la revisión. Quince (N=1337) evaluaban intervenciones de actividad física y alimentación saludable: (Alvarez-Jiménez et al., 2006; Attux et al., 2013; Brar et al., 2005; Brown et al., 2011; Daumit et al., 2013; Evans et al., 2005; Kwon et al., 2006; Littrell et al., 2003; Mauri et al., 2008; McKibbin et al., 2006; Scocco et al., 2006;

Skrinar et al., 2005; Wu et al., 2007; Wu et al., 2008 y Usher et al., 2013) y siete (N=455) sólo una intervención de actividad física frente a una estrategia de manejo alternativa: (Acil et al., 2008; Beebe, 2010; Chao, 2010; Cole, 1997; Pajonk et al., 2010; Scheewe et al., 2013 y Varambally et al., 2012). Dos (N=180) evaluaban la actividad física (yoga) frente a la actividad física aeróbica: (Duraiswamy et al., 2007 y Varambally et al., 2012)

*Valor relativo de los resultados evaluados*

El GDG de la Guía NICE estima que los principales objetivos de una intervención para la salud física y/o la alimentación saludable deberían estar dirigidos a mejorar la salud, reducir el peso y mejorar la calidad de vida (Sattelmair et al., 2011; Tuomilehto et al., 2011). Es importante tener en cuenta la participación del usuario en la intervención. Por lo tanto, GDGNICE ha decidido centrarse en los siguientes factores, que consideran que son fundamentales:

- La salud física
- IMC/Peso
- Los niveles de actividad física
- Uso de los servicios
- Implicación de atención primaria (por ejemplo, visitas al médico de familia)
- Calidad de vida
- Satisfacción de los usuarios (sólo medidas validadas).

*Balance entre los beneficios clínicos y los riesgos de las intervenciones de actividad física y alimentación saludable*

La importancia de la actividad física y de tener una dieta sana y equilibrada en la población en general, está apoyada por un número importante de estudios.

En los adultos con psicosis y esquizofrenia, las intervenciones que tienen como objetivo aumentar la actividad física y mejorar la alimentación son eficaces en la reducción del peso corporal/IMC. Aunque no dispusieron de datos evaluados a largo plazo –no había

información más allá de los 6 meses- NICE estima que la evidencia sugiere que los beneficios se mantienen.

Realizaron también un subanálisis, en el que incluyeron los ensayos con una muestra mayoritaria de participantes con un diagnóstico principal de psicosis o esquizofrenia, encontrando que los resultados eran similares a los del análisis principal.

Por lo tanto, la evidencia sugiere que una intervención conductual para aumentar la actividad física y la alimentación saludable es eficaz en la reducción del peso y mejora la calidad de vida, produciendo un beneficio clínico de particular importancia en esta población con un mayor riesgo de mortalidad.

También valoraron la posibilidad de utilizar las recomendaciones existentes en esta área para la población general. Sin embargo, dado que las personas con psicosis y esquizofrenia tienen un alto riesgo de morbilidad y mortalidad a causa de complicaciones físicas, tales como diabetes, obesidad, enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades relacionadas, el GDGNICE decidió que era importante generar recomendaciones específicas para esta población y estimaron que la evidencia disponible apoyaba realizar estas recomendaciones. No obstante, piensa que es beneficioso tener como referencia las guías de práctica clínica basadas en la evidencia sobre la obesidad y la prevención de la diabetes y las enfermedades cardiovasculares.

La evidencia sugiere que largos periodos de actividad física moderada, por ejemplo caminar, son más eficaces que períodos cortos de ejercicio moderado a intenso en la mejora de la acción de la insulina y los lípidos plasmáticos para las personas que llevan una vida sedentaria. El GDGNICE utiliza deliberadamente los términos “actividad física” y “alimentación saludable” (en lugar de las palabras “ejercicio” y “dieta”, que considera potencialmente estigmatizantes) con el fin de tener en cuenta esta evidencia y promover un cambio de estilo de vida a largo plazo en lugar de uno a corto plazo para reducir el peso (Duvivier et al., 2013).

### *Intervenciones de sólo actividad física*

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/IMC y tampoco hay evidencia que permita sacar conclusiones con respecto al aumento de los niveles de

actividad física. Asimismo, no hay evidencia de un aumento en la calidad de vida al final del tratamiento.

Aunque sí hay una evidencia limitada que sugiere que una intervención de yoga es más efectiva que la actividad física aeróbica en la mejora de la calidad de vida a corto plazo, estos resultados no difieren para el subgrupo de psicosis y de esquizofrenia.

### *Intervenciones de sólo alimentación saludable*

En la revisión de las intervenciones conductuales que promueven una alimentación saludable (sin un componente de actividad física) no se identificaron estudios que cumplieran con los criterios de la inclusión.

### *La evidencia económica sanitaria de las intervenciones para promover la salud física en adultos con psicosis y esquizofrenia*

Sólo se encontró un estudio realizado en el Reino Unido. Se estima que a pesar de las limitaciones del estudio (por ejemplo, la falta de evidencia clínica sólida a largo plazo y que el modelo no considera los potenciales ahorros para el NHS como consecuencia de la reducción de otras enfermedades relacionadas con la obesidad), los resultados proporcionan evidencia de que las intervenciones no farmacológicas que incluyen psicoeducación, asesoramiento nutricional y/o consejos sobre actividad física, pueden tener éxito en la prevención de la ganancia de peso a corto plazo en las personas con psicosis y esquizofrenia. Este hallazgo económico positivo apoya la opinión del GDG de que estas intervenciones no sólo tienen importantes beneficios clínicos, sino que también es probable que sean eficientes en el contexto de la toma de decisiones.

### *Calidad de la evidencia*

El GDGNICE considera que la evidencia oscila desde muy baja a alta en ambos grupos de intervención. Para la intervención que combina salud física y alimentación saludable, la evidencia era de mejor calidad y su clasificación era de baja a moderada en todos los resultados críticos. En las razones para la degradación incluyen el riesgo de sesgo, la inconsistencia (aunque la dirección del efecto fue consistente entre los estudios) y en algunos resultados, la imprecisión.

### *Otras consideraciones*

El GDG valora otras cuestiones que considera tan importantes como las propias intervenciones mencionadas anteriormente para la salud física de los adultos con psicosis o esquizofrenia, y que están apoyadas en la opinión experta y en la experiencia de los integrantes de ese colectivo.

Estas cuestiones se refieren a cuándo los problemas de salud física deberían ser evaluados, la forma en la que deben ser controlados y quién debería ser responsable de la salud física y mental.

Asimismo, la 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.

También se han incluido, actualizadas, dos recomendaciones de la guía NICE para la Esquizofrenia (2009), que fueron desarrolladas por consenso del GDG.

## 11.4.- Recomendaciones

**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.

## 11.5.- Recomendación para la investigación

### 11.5.1.- Los beneficios para la salud física de la interrupción de la medicación antipsicótica

¿Cuáles son los beneficios para la salud física, a corto y largo plazo, de la suspensión dirigida de la medicación y/o reducción en el primer episodio de psicosis? y ¿se puede lograr esto sin riesgos importantes?

### 11.5.2.- ¿Por qué es importante esto?

Existe una creciente preocupación por los riesgos para la salud a largo plazo, el aumento de la mortalidad y la pérdida de materia gris cortical relacionada con la exposición acumulativa a los neurolépticos en personas con psicosis. La mayoría de los adultos jóvenes interrumpen su medicación de manera no planificada debido a estos riesgos. Un ensayo abierto holandés de tamaño moderado informa de la interrupción de la medicación con éxito en el 20% de personas, sin recaída grave; a los 7 años de seguimiento había un beneficio continuo para la reducción dirigida del tratamiento farmacológico en términos de efectos secundarios, funcionamiento y empleo, sin riesgos a largo plazo. Si esto es confirmado, supondría un avance significativo en la reducción de los riesgos para la salud física a largo plazo, asociados con el tratamiento antipsicótico y mejorar los resultados.

El programa de investigación debería utilizar un ensayo de potencia estadística adecuada, multicéntrico, aleatorio y controlado doble ciego, que compare los beneficios para la salud física, los riesgos y costes de la interrupción o la reducción de la medicación antipsicótica en los adultos jóvenes con un primer episodio de psicosis en los que se ha logrado la remisión de la sintomatología. Los resultados principales deberían ser la calidad de vida y el trastorno metabólico, incluyendo el aumento de peso; los resultados secundarios deberían incluir los efectos secundarios, la recaída grave, la aceptabilidad y la preferencia del usuario.

## 11.6.- Intervenciones para dejar de fumar y reducir el consumo

### 11.6.1.- Introducción

Un estudio de cohorte en la comunidad, de personas diagnosticadas de esquizofrenia en el Reino Unido (Brown et al., 2010), encontró que el 73% fumaba y que las enfermedades relacionadas con el tabaco representaban el 70% del exceso de mortalidad natural en la cohorte. Asimismo el riesgo de mortalidad era el doble para los que fumaban. Estas altas tasas contrastan con que actualmente sólo alrededor del 22% de la población general fuma en el Reino Unido (The NHS Information Centre & Lifestyles Statistics, 2011).

Las intervenciones para el abandono del hábito de fumar en la población general oscilan desde consejos básicos a enfoques más intensivos que implican farmacoterapia junto con apoyo psicológico, que puede ser individual o grupal; los tres tratamientos farmacológicos principales son la terapia de reemplazo de nicotina (TRN), bupropión (antidepresivo) y la vareniclina (un agonista parcial del receptor nicotínico) (Campion et al., 2008). Banham & Gilbody (2010) revisaron ocho ECA de intervenciones farmacológicas y/o psicológicas para dejar de fumar para las personas con enfermedades mentales graves (esquizofrenia y trastorno bipolar). En su opinión la mayoría de las intervenciones para dejar de fumar mostraron un beneficio moderado, alcanzando algunas de ellas significación estadística. Los autores concluyeron que el tratamiento de la dependencia al tabaco fue eficaz y que aquellos 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 pusieron de manifiesto pocas reacciones adversas, así como pocos efectos adversos sobre los síntomas psiquiátricos. La mayoría de los cambios significativos fue a favor de los grupos de intervención en comparación con los grupos de control.

A pesar de estos beneficios potenciales, los fumadores diagnosticados de enfermedades mentales graves rara vez se derivan a los servicios para dejar de fumar (Campion et al., 2008).

## 11.7.- Vinculación de la evidencia a las recomendaciones

El GDG de la Guía NICE (2014) encontró 13 ensayos (N=635) que cumplían los criterios que ellos habían establecido para la revisión. Siete (N=344) evaluaban el bupropion versus placebo para dejar de fumar: (Evins et al., 2001; Evins et al., 2005; 2007; George et al.,

2002; 2008; Li et al., 2009 y Weiner et al., 2012). Tres (N=103) el bupropion versus placebo para reducir el consumo del tabaco: (Akbarpour et al., 2010; Bloch et al., 2010 y Fatemi et al., 2005). Dos (N=137) la vareniclina versus placebo para dejar de fumar: (Weiner et al., 2011 y Weiner et al., 2012) y uno (N=51) los parches transdérmicos de nicotina de 42 mg versus los de 21 mg para dejar de fumar: (Williams et al., 2007).

El GDGNICE considera que el principal objetivo de una intervención con respecto al consumo del tabaco es reducir el consumo o dejar de fumar. Por otra parte, consideran cruciales los resultados acerca de la satisfacción con los servicios (que indican la probabilidad de continuar la intervención) y la calidad de vida del usuario. Además de esto, el GDG consideró que era importante evaluar los posibles efectos adversos sobre los síntomas psiquiátricos, como resultado de la reducción del consumo o dejar de fumar. Por lo tanto, los resultados que el GDGNICE considera claves son:

- ansiedad y depresión
- la salud física
  - fumar (cese o reducción)
  - peso/IMC
- calidad de vida
- satisfacción de los usuarios (sólo con medidas validadas).

*Balance entre los beneficios clínicos y los riesgos de las intervenciones para dejar de fumar o reducir el consumo de tabaco*

El daño físico causado por el tabaquismo es tan palpable que el GDG considera que es importante ofrecer a todas las personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia ayuda para dejar de fumar o reducir el consumo, incluso aunque lo hubieran intentado previamente sin éxito.

El GDGNICE evaluó la evidencia sobre la eficacia y la seguridad de las intervenciones en una población de personas con esquizofrenia. Además el GDG, también tuvo en cuenta la evidencia de la Guía NICE de salud pública para dejar de fumar (PH10) (*NICE smoking cessation public health guideline*, NICE, 2013b).

### *Bupropion*

Para los adultos con psicosis y esquizofrenia que fuman, el GDG considera que existe evidencia razonable de los beneficios del tratamiento con bupropion para dejar de fumar y alguna evidencia limitada de su efectividad para reducir el tabaquismo, ya que el efecto al final de la intervención no se mantuvo en el seguimiento a largo plazo.

No hay evidencia de que la utilización del bupropion para la reducción de fumar o dejar de hacerlo exacerbe los síntomas de psicosis, los síntomas de ansiedad o depresivos. Sin embargo, el GDG muestra su preocupación porque el bupropion está contraindicado en personas con trastorno bipolar, debido al riesgo de convulsiones y otros efectos adversos neuropsiquiátricos*.

Ya que un número importante de las personas con un diagnóstico inicial de psicosis llegará a tener un diagnóstico más específico de trastorno bipolar, es por lo que el GDG cree que el bupropión no debería utilizarse para las personas con psicosis, a menos que se confirme el diagnóstico de esquizofrenia.

* La Guía NICE remite para esta información a la ficha técnica del Bupropion en Electronic Medicines Compendium, pero en las contraindicaciones allí mostradas y en lo que se refiere al trastorno bipolar estaría contraindicado por el riesgo de poder precipitar un episodio maníaco durante una fase depresiva. En lo que respecta a las convulsiones la incidencia es del 0.1%(1/1.000). Sin embargo entre los grupos de alto riesgo no aparece el trastorno bipolar.

### *Vareniclina*

El GDG considera que hay indicios razonables de un beneficio de la vareniclina para dejar de fumar en adultos con psicosis y esquizofrenia en el seguimiento a largo plazo (hasta 6 meses), pero este efecto no se encuentra inmediatamente después de la intervención.

Sin embargo, el GDGNICE estima que existe preocupación acerca de los posibles efectos adversos neuropsiquiátricos, como se indica en su ficha técnica, y se ha encontrado evidencia en su revisión (hubo informes de conducta e ideación suicida de dos participantes del grupo de vareniclina). El GDG considera que la vareniclina se debería prescribir con precaución para dejar de fumar, en el caso de los adultos con psicosis y esquizofrenia y tener en cuenta la recomendación del Royal College of Practitioners y el Royal College of Psychiatrists (Campion et al., 2010) de realizar un seguimiento al usuario

por los posibles efectos adversos neuropsiquiátricos, en especial en las primeras 2-3 semanas.

### *Bupropion y vareniclina*

El GDGNICE cree que al promover la elección por parte del usuario, las personas deberían ser conscientes de los posibles efectos adversos, tanto de la vareniclina como del bupropión.

Hay pocos datos que evalúen la eficacia a largo plazo de bupropión o vareniclina, sin embargo, el GDGNICE cree que las posibles consecuencias negativas de continuar fumando superan esta falta de conocimiento.

### *Terapia de reemplazo de la nicotina (TRN)*

El GDGNICE encontró que hay muy pocos datos que evalúen la eficacia de la TRN en esta población. Pero dada la evidencia de su eficacia en la población general para la reducción de fumar y el hecho de que no existen contraindicaciones conocidas (fuera de las de la población general), específicamente para personas con psicosis y esquizofrenia, consideran que un parche transdérmico de nicotina y otras formas de TRN se deberían también ofrecer para fomentar el abandono del tabaco y la reducción del consumo.
En lo que se refiere a la mejor forma de gestionar el tabaquismo en pacientes hospitalizados, el GDGNICE considera que debería ofrecerse apoyo para animar a los que no quieren dejar de fumar por completo a dejarlo temporalmente o a reducir el tabaquismo mediante el uso de TRN.

Una evidencia limitada (Williams et al., 2007) sugiere que no hay diferencia para dejar de fumar, entre usar un parche de nicotina transdérmica en dosis alta (42 mg) y uno con la dosis habitual (21 mg).

### *Evidencia económica sanitaria para dejar de fumar*

Esta se limita a un estudio del Reino Unido. A pesar de las debilidades del estudio (por ejemplo, falta de evidencia clínica, la omisión de ahorro potencial al reducir el tabaquismo), los resultados proporcionan alguna evidencia de que proporcionar intervenciones para dejar de fumar dirigidas a los adultos con psicosis y esquizofrenia puede ser eficiente. El GDGNICE considera que el hallazgo económico positivo apoya la opinión de que es

importante ofrecer ayuda para dejar de fumar a todas las personas con psicosis y esquizofrenia que fuman.

### *Calidad de la evidencia*

La calidad de la evidencia en los resultados importantes oscila entre muy baja a moderada. Las razones de la degradación incluyen posibles sesgos en los estudios incluidos, alta heterogeneidad y la falta de precisión en los intervalos de confianza.

### *Otras consideraciones*

Los niveles en sangre de algunos antipsicóticos, particularmente la clozapina y la olanzapina, se reducen al fumar, ya que los hidrocarburos presentes en el humo del cigarrillo inducen al sistema enzimático principal responsable del metabolismo de estos fármacos. Cuando se deja de fumar, la inducción enzimática ya no ocurre y los niveles sanguíneos de los fármacos afectados podrían aumentar a niveles altos. El efecto del tabaquismo sobre las personas que toman clozapina es especialmente preocupante, ya que pueden enfermar si no se ajusta la dosis. El GDGNICE cree que esto se debería tener en cuenta antes de que un usuario deje de fumar.

## 11.8.- Recomendaciones

**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.

**Referencias**

Acil AA, Dogan S, Dogan O. The effects of physical exercises to mental state and quality of life in patients with schizophrenia. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2008;15:808-15.

Akbarpour F, Rezaei O, Khodaie-Ardakani MR, Sheikhvatan M, Goodarzi H, Dolatshahi B. A double-blind placebo-controlled trial of bupropion for smoking abstinence and cognition improvement in schizophrenia. Minerva Psichiatrica. 2010;51:263-69.

Alvarez-Jiménez M, González-Blanch C, Vázquez-Barquero JL, Pérez-Iglesias R, Martínez-García O, Pérez-Pardal T, et al. Attenuation of antipsychotic-induced weight gain with early behavioral intervention in drug-naive first-episode psychosis patients: a randomized controlled trial. Journal of Clinical Psychiatry. 2006;67:1253-60.

Attux C, Martini LC, Elkis H, Tamai S, Freirias A, Camargo MDGM, et al. A 6-month randomized controlled trial to test the efficacy of a lifestyle intervention for weight gain management in schizophrenia. BMC Psychiatry. 2013;13.

Banham L, Gilbody S. Smoking cessation in severe mental illness: what works? Addiction. 2010;105:1176-89.

Beebe LH. Effect of a motivational group intervention on exercise self-efficacy and outcome expectations for exercise in schizophrenia spectrum disorders. Journal of the American Psychiatric Nurses Association. 2010;16:105-13.

Bloch B, Reshef A, Cohen T, Tafla A, Gathas S, Israel S, et al. Preliminary effects of bupropion and the promoter region (HTTLPR) serotonin transporter (SLC6A4) polymorphism on smoking behavior in schizophrenia. Psychiatry Research. 2010;175:38-42.

Brar JS, Ganguli R, Pandina G, Turkoz I, Berry S, Mahmoud R. Effects of behavioral therapy on weight loss in overweight and obese patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. Journal of Clinical Psychiatry. 2005;66:205-12.

Brown C, Goetz J, Hamera E. Weight loss intervention for people with serious mental illness: a randomized controlled trial of the RENEW program. Psychiatric Services. 2011;62:800-2.

Brown S, Kim M, Mitchell C, Inskip H. Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia. The British Journal of Psychiatry. 2010;196:116-21.

Caemmerer J, Correll CU, Maayan L. Acute and maintenance effects of nonpharmacologic interventions for antipsychotic associated weight gain and metabolic abnormalities: a meta-analytic comparison of randomized controlled trials. Schizophrenia Research. 2012;140:159-68.

Campion J, Checinski K, Nurse J. Review of smoking cessation treatments for people with mental illness. Report No.: 1355-5146  2008.

Campion J, Hewitt J, Shiers D, Taylor D. Pharmacy guidance on smoking and mental health. Forum for Mental Health in Primary Care Report. London: Royal College of Psychiatrists and the Royal College of General Practitioners; 2010.

Chao PJ. A group randomized trial to examine the feasibility and effects of pedometer use and self-monitoring of daily walking in people with severe and persistent mental illnesses. Dissertation Abstracts International. 2010;72.

Cole J. The effects of an exercise program on chronically mentally ill outpatients; a study of symptom reduction, physical fitness, and stress. Dissertation Abstracts International. 1997:64.

Daumit GL, Dickerson FB, Wang N-Y, Dalcin A, Jerome GJ, Anderson CAM, et al. A behavioral weight-loss intervention in persons with serious mental Illness. New England Journal of Medicine. 2013;368:1594-602.

Duraiswamy G, Thirthalli J, Nagendra HR, Gangadhar BN. Yoga therapy as an addon treatment in the management of patients with schizophrenia-a randomized controlled trial. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2007;116:226-32.

Duvivier BM, Schaper NC, Bremers MA, van Crombrugge G, Menheere PP, Kars M, et al. Minimal intensity physical activity (standing and walking) of longer duration improves insulin action and plasma lipids more than shorter periods of moderate to vigorous exercise (cycling) in sedentary subjects when energy expenditure is comparable. PLoS One. 2013;8:e55542.

Evans S, Newton R, Higgins S. Nutritional intervention to prevent weight gain in patients commenced on olanzapine: a randomized controlled trial. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2005;39:479-86.

Evins AE, Cather C, Culhane MA, Birnbaum A, Horowitz J, Hsieh E, et al. A 12-week double-blind, placebo-controlled study of bupropion sr added to high-dose dual nicotine replacement therapy for smoking cessation or reduction in schizophrenia. Journal of Clinical Psychopharmacology. 2007;27:380-6.

Evins AE, Cather C, Deckersbach T, Freudenreich O, Culhane MA, Olm-Shipman CM, et al. A double-blind placebo-controlled trial of bupropion sustained-release for smoking cessation in schizophrenia. Journal of Clinical Psychopharmacology. 2005;25:218-25.

Evins AE, Mays VK, Rigotti NA, Tisdale T, Cather C, Goff DC. A pilot trial of bupropion added to cognitive behavioral therapy for smoking cessation in schizophrenia. Nicotine & Tobacco Research. 2001;3:397-403.

Fatemi SH, Stary JM, Hatsukami DK, Murphy SE. A double-blind placebo-controlled cross over trial of bupropion in smoking reduction in schizophrenia. Schizophrenia Research. 2005;76:353-56.

Foley DL, Morley KI. Systematic review of early cardiometabolic outcomes of the first treated episode of psychosis. Archives of General Psychiatry. 2011;68:609-16.

George TP, Vessicchio JC, Sacco KA, Weinberger AH, Dudas MM, Allen TM, et al. A placebo-controlled trial of bupropion combined with nicotine patch for smoking cessation in schizophrenia. Biological Psychiatry. 2008;63:1092-6.

George TP, Vessicchio JC, Termine A, Bregartner TA, Feingold A, Rounsaville BJ, et al. A placebo controlled trial of bupropion for smoking cessation in schizophrenia. Biological Psychiatry. 2002;52:53-61.

Jorgensen M, Mainz J, Egstrup K, Johnsen SP. Quality of Care and Outcomes of Heart Failure Among Patients With Schizophrenia in Denmark. American Journal of Cardiology. 2017:15;120(6):980-5. doi: 10.1016/j.amjcard.2017.06.027.

Kwon JS, Choi JS, Bahk WM, Yoon KC, Hyung KC, Chul SY, et al. Weight management program for treatment-emergent weight gain in olanzapine-treated patients with schizophrenia or schizoaffective disorder: a 12-week randomized controlled clinical trial. Journal of Clinical Psychiatry. 2006;67:547-53.

Lester H, Shiers DE, Rafi I, Cooper SJ, Holt RIG. Positive Cardiometabolic Health Resource: An Intervention Framework for Patients with Psychosis on Antipsychotic Medication. Royal College of Psychiatrists, 2012 (http://www.rcpsych.ac.uk/quality/nationalclinicalaudits/schizophrenia/nationalschizophreniaaudit/nasresources.aspx).

Li J, Zhang T, Wang B, Li X. An efficacy analysis of bupropion for smoking cessation in schizophrenia. Chinese Journal of New Drugs and Clinical Remedies. 2009;28:231-34.

Littrell KH, Hilligoss NM, Kirshner CD, Petty RG, Johnson CG. The effects of an educational intervention on antipsychotic-induced weight gain. Journal of Nursing Scholarship. 2003;35:237-41.

Manu P, Correll CU, van Winkel R, Wampers M, De Hert M. Prediabetes in patients treated with antipsychotic drugs. Journal of Clinical Psychiatry. 2012;73:460-6.

Mauri M, Simoncini M, Castrogiovanni S, Iovieno N, Cecconi D, Dell'Agnello G, et al. A psychoeducational program for weight loss in patients who have experienced weight gain during antipsychotic treatment with olanzapine. Pharmacopsychiatry. 2008;41:17-23.

McKibbin CL, Patterson TL, Norman G, Patrick K, Jin H, Roesch S, et al. A lifestyle intervention for older schizophrenia patients with diabetes mellitus: a randomized controlled trial. Schizophrenia Research. 2006;86:36-44.

Newcomer JW, Wieden PJ, Buchanan RW. Switching antipsychotic medications to reduce adverse event burden in schizophrenia: establishing evidence-based practice. Journal of Clinical Psychiatry. 2013;74:1108-20.

Mucheru D, Hanlon MC, Campbell LE, McEvoy M, MacDonald-Wicks L. Social Dysfunction and Diet Outcomes in People with Psychosis. Nutrients. 2017;19;9(1). doi.org/10.3390/nu9010080

NICE. Preventing Type 2 Diabetes: Risk Identification and Interventions for Individuals at High Risk. NICE Public health guidance 38. 2012c. Available from: http://www.nice.org.uk/PH38.

NICE. Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Adults in Primary and Secondary Care (Update). NICE clinical guideline 82. London: NICE; 2009d. Available from: www.nice.org.uk/CG82.

NICE. Smoking Cessation Services. NICE public health guidance no. 10. London: NICE; 2013b.

Pajonk FG, Wobrock T, Gruber O, Scherk H, Berner D, Kaizl I, et al. Hippocampal plasticity in response to exercise in schizophrenia. Archives of General Psychiatry. 2010;67:133-43.

Pearsall R, Thyarappa Praveen K, Pelosi A, Geddes J. Dietary advice for people with schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016;3: Art. No.: CD009547. doi: 10.1002/14651858.CD009547.pub2.

Raich A, Ballbè M, Nieva G, Cano M, Fernández T, Bruguera E, Fernández E. Safety of Varenicline for Smoking Cessation in Psychiatric and Addicts Patients. Substance Use & Misuse. 2016;51(5):649-57.

Rajkumar AP, Horsdal HT, Wimberley T, Cohen D, Mors O, Børglum AD et al. Endogenous and Antipsychotic-Related Risks for Diabetes Mellitus in Young People With Schizophrenia: A Danish Population-Based Cohort Study. American Journal of Psychiatry. 2017;1;174(7):686-94. doi: 10.1176/appi.ajp.2016.16040442

Sattelmair JR, Perman J, Ding EL, Kohl III HW, Haskell W, Lee I. Dose response between physical activity and risk of coronary heart disease: a meta-analysis. Circulation. 2011;124:789-95.

Scheewe TW, Backx FJG, Takken T, Jorg F, van Strater ACP, Kroes AG, et al. Exercise therapy improves mental and physical health in schizophrenia: A randomized controlled trial. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2013;127:464-73.

Scocco P, Longo R, Caon F. Weight change in treatment with olanzapine and a psychoeducational approach. Eating Behaviors. 2006;7:115-24.

Skrinar GS, Huxley NA, Hutchinson DS, Menninger E, Glew P. The role of a fitness intervention on people with serious psychiatric disabilities. Psychiatric Rehabilitation Journal. 2005;29:122-27.

The NHS Information Centre, Lifestyles Statistics. Statistics on smoking: England. The Health and Social Care Information Centre; 2011; 1-126:[Available from: https://catalogue.ic.nhs.uk/publications/public-health/smoking/smok-eng2011/smok-eng-2011-rep.pdf.

Tosh G, Clifton AV, Xia J, White MM. General physical health advice for people with serious mental illness. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014;3: Art. No.: CD008567. doi: 10.1002/14651858.CD008567.pub3.

Tuomilehto J, Schwarz P, Lindstrom J. Long-term benefits from lifestyle interventions for type 2 diabetes prevention: time to expand the efforts. Diabetes Care. 2011;34 (Suppl):S210-S14.

Usher K, Park T, Foster K, Buettner P. A randomized controlled trial undertaken to test a nurse-led weight management and exercise intervention designed for people with serious mental illness who take second generation antipsychotics. Journal of Advanced Nursing. 2013;69:1539-48.

Varambally S, Gangadhar BN, Thirthalli J, Jagannathan A, Kumar S, Venkatasubramanian G, et al. Therapeutic efficacy of add on yogasana intervention in stabilized outpatient schizophrenia: randomized controlled comparison with exercise and waitlist. Indian Journal of Psychiatry. 2012;54:227-32.

Weiner E, Ball MP, Buchholz AS, Gold JM, Evins AE, McMahon RP, et al. Bupropion sustained release added to group support for smoking cessation in schizophrenia: a new randomized trial and a meta-analysis. Journal of Clinical Psychiatry. 2012;73:95-102.

Weiner E, Buchholz A, Coffay A, Liu F, McMahon RP, Buchanan RW, et al. Varenicline for smoking cessation in people with schizophrenia: a double blind randomized pilot study. Schizophrenia Research. 2011;129:94-95.

Williams JM, Anthenelli RM, Morris CD, Treadow J, Thompson JR, Yunis C, et al. A randomized, doubleblind, placebo-controlled study evaluating the safety and efficacy of varenicline for smoking cessation in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. Journal of Clinical Psychiatry and Clinical Neurosciences. 2012a;73:654-60.

Williams JM, Anthenelli RM, Morris CD, Treadow J, Thompson JR, Yunis C, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled study evaluating the safety and efficacy of varenicline for smoking cessation in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. Journal of Clinical Psychiatry. 2012b;73:654-60.

Williams JM, Gandhi KK, Foulds J, Steinberg M, Lou S, Masumova F. No advantage for high dose compared to regular dose nicotine patch on short-term abstinence rates in schizophrenia (PA2-3). Society for Research on Nicotine and Tobacco 13th Annual Meeting:2007; Austin, Texas.

Wu MK, Wang CK, Bai YM, Huang CY, Lee SD. Outcomes of obese, clozapinetreated inpatients with schizophrenia placed on a six-month diet and physical activity program. Psychiatric Services. 2007;58:544-50.

Wu RR, Zhao JP, Jin H, Shao P, Fang MS, Guo XF, et al. Lifestyle intervention and metformin for treatment of antipsychotic-induced weight gain: a randomized controlled trial. JAMA : the journal of the American Medical Association. 2008;299:185-93.

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

## 12.1.- Introducción

En el Reino Unido y en otros países, después del abandono de la institución manicomial y antes del desarrollo de los servicios comunitarios, muchos servicios de salud mental proporcionaban la atención urgente y no urgente con una típica disposición médica basada en la atención hospitalaria y en las clínicas ambulatorias, con algún dispositivo para el cuidado de día de las personas con una enfermedad crónica y/o grave deterioro.

Sin embargo, tras un episodio agudo de una enfermedad psiquiátrica, los pacientes dados de alta a menudo resultaban problemáticos, ya que había muy pocos dispositivos o ninguno que proporcionaran apoyo comunitario basado en la ayuda cercana a los domicilios de los pacientes. Para reforzar el alta, en los años 60 del siglo pasado se creó el rol de la enfermera psiquiátrica comunitaria, que proporcionaba un apoyo básico y ayuda fuera del hospital a las personas que volvían a vivir en la comunidad.

A mediados de la década de 1990 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 los ESMC llegaron a ser habituales, con consultas de psiquiatría que estaban entre la atención comunitaria no urgente y la atención aguda hospitalaria, hay sorprendentemente 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.

Por otra parte, la presión sobre los recursos y la política nacional de abandonar los grandes hospitales y la aceptación de que los usuarios querían acceder en la comunidad a los servicios para la atención programada, favoreció que se formaran 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 (durante los 3 primeros años). Este área de la guía revisa la evidencia de la eficacia clínica y el coste de los EITP, de los ESMC y la GIC como proveedores de atención no aguda (predominantemente) y también de los programas de detección para reducir la duración de la psicosis no tratada (DPNT). Hay que recordar, sin embargo, que a menudo los EITP aceptan pacientes con esquizofrenia temprana en una crisis, por lo general con el apoyo de otros servicios de agudos de base comunitaria y que la GIC con frecuencia proporciona atención durante las crisis para algunos de sus usuarios.

## 12.2.- Servicios de intervención temprana

### *Introducción*

En Reino Unido, con el Plan del National Health Service (Department of Health, 2000) se estableció el requisito de que los servicios de salud mental implantaran los EITP. El objetivo de éstos es que atiendan a:

- personas con edades comprendidas entre 14 y 35 años con una primera presentación de síntomas psicóticos; **y**
- personas entre 14 a 35 años, durante los 3 primeros años de la enfermedad psicótica.

La Guía de Implementación de Políticas de Salud Mental (*Mental Health Policy Implementation Guide*, *Department of Health,* 2001) establece una amplia gama de tareas para los EITP, que incluye:

- reducir el estigma y aumentar la toma de conciencia de los síntomas de la psicosis.
- reducir la DPNT
- promover un mayor compromiso con el tratamiento y con los servicios

- proporcionar tratamientos basados en la evidencia
- promocionar la recuperación de los jóvenes que han sufrido un episodio de psicosis **y**
- trabajar conjuntamente entre el servicio de salud mental para niños y adolescentes y el de adultos, así como en colaboración con atención primaria, educación, terapia ocupacional, servicios sociales, juventud y otros servicios.

Los EITP son una innovación introducida en los últimos 10 a 15 años como un dispositivo progresivo e integrador capaz de proporcionar una amplia gama de tratamientos eficaces con el objetivo explícito de lograr un mayor compromiso de los jóvenes con psicosis, reduciendo el tiempo de inicio del tratamiento y minimizando el deterioro. Sin embargo, en el momento de su introducción en el Reino Unido a nivel nacional, no había evidencia de ECA sobre su eficacia en comparación con la atención estándar, ni en el mismo Reino Unido ni en otro lugar.

Los objetivos de la intervención temprana son principalmente la identificación y el tratamiento inicial de personas con enfermedades psicóticas, tales como la esquizofrenia. La identificación puede estar dirigida tanto a personas en la fase prodrómica de la enfermedad (“intervención temprana precoz” o prevención) o a aquellas que ya han desarrollado psicosis ("intervención temprana"). La identificación precoz de las personas con trastornos psicóticos puede ser especialmente relevante para grupos específicos, por ejemplo, las personas afro-caribeñas que tienen un mayor riesgo de desarrollar una psicosis y que acuden muy tarde en el curso de la enfermedad. La razón que justifica la identificación temprana es el concepto de DPNT. Cuanto antes se identifique la psicosis antes puede ser tratada. Un número de investigadores han comunicado que cuanto mayor es el tiempo en que la psicosis no se trata, peor será el pronóstico (Loebel et al., 1992; McGorry et al., 1996). Un retraso en el acceso a los servicios de salud mental y al tratamiento en la psicosis temprana y la esquizofrenia, 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 revisión sistemática más reciente (Díaz-Caneja et al., 2015), apoya la misma idea y especifica que mayor DPNT predice peores resultados clínicos, funcionales y cognitivos.

Este hallazgo ha llevado a sostener que se requieren nuevos servicios para reducir la cantidad de tiempo que las personas con psicosis permanecen sin diagnosticar y sin tratar. Es por lo que, el GDGNICE examinó si hay evidencia de mejora en la detección de psicosis y la consiguiente reducción del DPTN debida a los servicios dedicados a la intervención temprana en psicosis y otras intervenciones como campañas de sensibilización pública y programas de sensibilización y educación de médicos de familia.

Según una revisión sistemática posterior (Díaz-Caneja, 2015), las estrategias de ITP no solo reducen la DPNT, sino que también mejoran los resultados en la psicosis de inicio precoz.

### *Definición y objetivo de la intervención/ modelo de dispositivo*

El EITP se define como un dispositivo centrado en la atención y el tratamiento de las personas en la fase temprana (generalmente entre 3 y 5 años) de la psicosis o la esquizofrenia, incluyendo a veces la fase prodrómica de la enfermedad. El servicio puede ser proporcionado por un equipo o un miembro especializado de un equipo, al que se le ha asignado la responsabilidad de al menos dos de las siguientes funciones:

- identificación temprana y adherencia terapéutica de las personas que experimentan un primer episodio de psicosis
- provisión, apropiada para su edad, de intervenciones farmacológicas y psicosociales basadas en la evidencia durante y después de un primer episodio de psicosis
- educación de la comunidad en general para reducir los obstáculos que dificulten el inicio precoz del tratamiento.

### *Resumen de la evidencia clínica*

En general, la evidencia sugiere que el servicio de atención temprana es eficaz en la mejora de todos los resultados, clínicos, sociales y relacionados con el servicio, en el

momento del post-tratamiento. Sin embargo, no hay evidencia de que estos efectos se mantengan en el seguimiento a 12 meses tras dejar el servicio de atención temprana.

## 12.3.- Programas de detección temprana para reducir la duración de la psicosis no tratada

### *Introducción*

Una mayor DPNT se asocia con pobres resultados clínicos para las personas con un primer episodio de psicosis (Marshall et al., 2005; Perkins et al., 2005; Chung et al., 2016) y con una peor calidad de vida en el primer contacto con los servicios (Marshall et al., 2005). Es frecuente una DPNT de meses o incluso años (Marshall et al., 2005; Norman et al., 2006; Fond et al., 2018), contribuyendo al retraso del tratamiento, al inicio tardío de la búsqueda de ayuda y a una respuesta lenta del servicio sanitario (Malla et al., 2006). La orientación que se propone tanto el Reino Unido (Care Services Improvement Partnership, 2005; Department of Health, 2001), como a nivel internacional (Bertolote & McGorry, 2005), es que los profesionales de los EITP estén dirigidos a garantizar el rápido acceso al tratamiento para las personas con un primer episodio de psicosis. Sin embargo, no están claros los medios eficaces para lograr esto.

Estudios recientes están examinando los factores que influyen en la duración de la psicosis no tratada, destacando el sexo femenino; el inicio precoz del trastorno, sobre todo antes de los 19 años; el consumo de tóxicos asociado, especialmente el consumo de cannabis; la disponibilidad de personas de confianza; y factores socioeconómicos, como el desempleo o residir en zonas alejadas de los centros de tratamiento, es decir, los problemas de accesibilidad (Carrà et al., 2018; Fond et al., 2018; Hastrup et al., 2018; Kving et al., 2017; Reichert & Jacobs, 2018).

### *Definición y objetivo de la intervención/modelo de servicio*

Esta revisión evalúa la evidencia para la efectividad de los programas de detección temprana, es decir, cualquier programa diseñado para reducir la DPNT y facilitar acceso al tratamiento para personas con un primer episodio de psicosis.

### *La evidencia clínica de los programas de detección precoz versus diferentes controles*

Se han comunicado reducciones significativas en la media o en la mediana de la DPNT para dos de cinco campañas de sensibilización pública multi-focales. El programa noruego de detección y tratamiento de las psicosis temprana *Tidlig oppdagelse og behandling av psykoser* (TIPS) informó una reducción media en la DPNT de 16 a 5 semanas. El programa de Singapur *Early Psychosis Intervention Programme* (EPIP) comunicó reducciones medias de la DPNT de 32 a 13 meses, y en la mediana de la DPNT de 12 a 4 meses. Tres campañas multi-focales no consiguieron ninguna diferencia significativa en la DPNT. Dos campañas de educación a los médicos de familia y la puesta en funcionamiento de un EITP no condujo a una reducción significativa en la DPNT.

No se observó ningún efecto claro en las personas con un primer episodio de psicosis que se derivaron a los servicios como consecuencia de un programa de detección temprana. Los estudios de programas de sensibilización pública con múltiples fines y un programa de educación a los médicos de familia no comunicaron cambios significativos en las nuevas derivaciones aceptadas.

Cuatro estudios evaluaron las rutas asistenciales. No encontraron diferencias significativas en un programa de educación de médicos de familia y en un programa de concienciación pública con múltiples enfoques, cuando se compararon con un grupo de personas que habían sido derivadas. Sin embargo, un programa de educación a médicos de familia en Reino Unido encontró que los pacientes derivados por los médicos de familia que recibieron la intervención tenían menos probabilidades de haber contactado con los servicios de urgencia en su ruta a los servicios de salud mental. Un programa de sensibilización pública con un multi-enfoque informó que, durante la campaña, las personas fueron significativamente más propensas a auto-derivarse y tenían menos probabilidades de ser derivados a través de la policía que en el período de comparación.

En el Proyecto de Noruega TIPS y en el programa *Early Psychosis Prevention and Intervention Centre* (EPPIC) australiano, se encontró que las personas de las zonas expuestas a un programa de sensibilización pública multi-enfoque, tenían de manera significativa menos síntomas graves en el primer contacto con los servicios que las de los grupos de comparación. Sin embargo, en el programa de sensibilización pública

multi-enfoque canadiense, no se encontraron diferencias significativas en la gravedad de los síntomas de los usuarios entre las zonas de intervención y de comparación. Asimismo, el estudio REDIRECT no encontró diferencias significativas en la gravedad de los síntomas o en el ajuste premórbido, entre las personas derivadas desde las áreas incluidas en una campaña de educación a los médicos de familia y las zonas de comparación.

Los tres estudios de iniciativas de educación de los médicos de familia incluidos en esta revisión, encontraron alguna evidencia del impacto de la iniciativa sobre la conducta de derivación de los médicos. DETECT y LEOCAT informaron que los médicos que reciben educación son más propensos a derivar a las personas con un primer episodio de psicosis a los servicios de salud mental que los médicos del grupo de control. REDIRECT encontró que el tiempo transcurrido, desde el primer contacto de los usuarios de servicios con los médicos de familia a la derivación al EITP, era de una duración significativamente más corta para las personas que habían sido derivadas por los médicos de familia que recibieron la formación.

Otro ejemplo de formación a médicos de familia es el estudio *Liaison and Education in General Practices* (LEGs) desarrollado e UK. Se trata de un ensayo clínico aleatorizado en el que se comparaban resultados de médicos con formación de alta intensidad (que incluía formación teórica y acompañamiento por medio de profesionales de salud mental que hacían de enlace con atención especializada), de baja intensidad (campaña de formación vía postal) y de médicos que no recibieron formación en cuanto a la detección temprana en psicosis (grupo control). El estudio demostró que los médicos que recibieron formación de alta intensidad incrementaron significativamente el número de derivaciones de atención primaria a atención especializada de personas con alto riesgo de psicosis y personas con un primer episodio que aquellos médicos que recibieron formación de baja intensidad o que no la recibieron. Además, también demostró ser una intervención costo-efectiva (Pérez et al., 2015).

Un estudio informó de un aumento significativo en el comportamiento de búsqueda de ayuda en los padres de estudiantes de escuelas primarias y secundarias después de un programa educativo a través de una web. No hubo cambios en la DPNT o en el número de derivaciones como resultado de cambios en la conducta de derivación en cualquiera de estos estudios.

### *Resumen de la evidencia clínica*

Los programas de educación para los médicos de familia y la creación de Equipos de Intervención Temprana en Psicosis no tuvieron impacto en la DPNT. En general, no hay evidencia convincente de que algún tipo de programa de detección precoz sea eficaz en la reducción de la DPNT o en el aumento del número de personas con primer episodio de psicosis que acuden a los servicios.

## 12.4.- Equipos de salud mental comunitarios

### *Introducción*

Una de las primeras iniciativas de la atención basada en la comunidad fue la creación del equipo de salud mental comunitario (ESMC) (Merson et al., 1992). Los ESMC* son equipos multidisciplinares, que incluyen a los principales profesionales 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 convirtieron en la piedra angular de la atención a la salud mental basada en la comunidad en la mayoría de los países desarrollados (Bennett & Freeman, 1991; Bouras et al., 1986), así como en muchos otros (Isaac, 1996; Pierides, 1994; Slade et al., 1995) si bien incluso hoy día hay sistemas de salud mental en Europa que no tienen una orientación comunitaria (Gutiérrez Colosía et al., 2017). Sin embargo, han surgido preocupaciones sobre ellos, en particular con respecto a la incidencia de la violencia (Coid, 1994), la calidad de vida de las personas con enfermedades mentales graves y sus cuidadores, y el impacto en la sociedad (Dowell & Ciarlo, 1983). Además, los ESMC han cambiado considerablemente con el tiempo en lo que se refiere a cómo están configurados, lo que ofrecen, su rol y su integración dentro de los sistemas más amplios de la salud mental y la atención social. Así, por ejemplo, estudios recientes sugieren que estos equipos han crecido y han cambiado,  con un claro incremento de los profesionales no médicos, y más concretamente de personal cuya función principal es ofrecer apoyo (Verbeek et al., 2018).

*Los equipos de salud mental comunitarios (ESMC) son equipos de coordinación interinstitucional, multidisciplinares, que ofrecen evaluación especializada, tratamiento y atención a los adultos con problemas de salud mental, tanto en sus propios domicilios como en la comunidad.

Trabajan con personas con frecuencia descritas como que tienen necesidades complejas - por ejemplo, en relación con la vivienda y la falta de vivienda, las prestaciones, el desempleo, el uso de tóxicos o alcohol, o aquellos que han tenido contacto con la justicia por delitos.

Los ESMC tienen por objeto proporcionar el apoyo necesario en el día a día que permite a una persona vivir en la comunidad. Los equipos pueden ofertar una amplia gama de los servicios basados en la comunidad, o ser complementados por uno o más equipos que ofrecen funciones especializadas. (definición por el Glossary NHS)

## *Definición y objetivo de la intervención/del modelo de dispositivo*

El GDGNICE considera que las definiciones utilizadas en la primera guía (2002) para los ESMC y la atención estándar o habitual siguen siendo aplicables:

- La atención del ESMC es gestionada por un equipo multidisciplinar, basado en la comunidad (es decir, más de una persona designada para trabajar dentro de un equipo)
- la atención estándar o la atención habitual debe definirse como la atención prestada en las clínicas ambulatorias y en el hospital, sin equipo de atención comunitaria.

## *Resumen de la evidencia clínica*

A pesar de que los ESMC se convirtieron en la piedra angular de la atención de la salud mental comunitaria, hay sorprendentemente poca evidencia que demuestre que son una forma eficaz de organizar los servicios. Por otra parte, es poco probable que los ensayos donde se incluyen los ESMC reflejen la enorme diversidad de dicha atención. Por ejemplo, muchos ESMC han incorporado prácticas utilizadas recientemente por servicios más desarrollados tales como el tratamiento asertivo comunitario (TAC), servicios con ampliación del horario de atención (12 o 24 horas/día), la gestión intensiva de casos (GIC) e incluso la intervención temprana en psicosis (ITP). Es por lo que la evidencia presentada aquí a favor o en contra de la eficacia de los ESMC en el manejo de la psicosis y la esquizofrenia es insuficiente para hacer recomendaciones basadas en la evidencia.

## 12.5.- Gestión intensiva de casos

### *Introducción*

El tratamiento asertivo comunitario (TAC) y la gestión intensiva de casos (GIC), que existen desde hace al menos 40 años, 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. Aunque en las Guías NICE para el tratamiento de la esquizofrenia de 2002 y 2009, estas intervenciones fueron tratadas como abordajes diferentes, en la guía NICE 2014 el GDGNICE los considera en conjunto, ya que argumentan que son similares: ambos utilizan un modelo de extensión enérgica de la atención (es decir, que es persistente con los usuarios que no están implicados en el tratamiento) y ambos especifican que los profesionales deben llevar un número de casos limitados. La diferencia principal es que el TAC requiere que los miembros del equipo compartan la responsabilidad de los pacientes, mientras que la GIC pone mayor énfasis en la primacía del gestor de casos individual. Otra diferencia es que en el TAC se han definido con mayor precisión que en el GIC, por ejemplo, los requisitos para las reuniones diarias del equipo y los profesionales que deben incluirse en el mismo, pero a su vez el GIC se diferencia también cada vez menos del TAC, ya que los gestores de casos han adoptado cada vez más un enfoque basado en el equipo y otros elementos del modelo del TAC (Marshall, 2008).

Las primeras revisiones de la Cochrane en esta área intentaron establecer una distinción categórica entre los ensayos del TAC y de la GIC basándose en la definición que los investigadores habían dado a la intervención (Marshall et al., 2000; Marshall & Lockwood, 2000). Los ensayos TAC y GIC se analizaban en metaanálisis separados. Sin embargo, se hizo cada vez más evidente que tales definiciones diferentes guardaban poca relación con la práctica real en los ensayos. Revisiones posteriores, incluyendo las revisiones Cochrane (Burns et al., 2007b; Dieterich et al., 2010) abandonaron, por lo tanto, este enfoque categórico contundente y realizaban las calificaciones de fidelidad al modelo del TAC para las intervenciones del TAC y de la GIC, en base a los datos obtenidos directamente de los autores de los ensayos. Se combinaron ensayos del TAC y de la GIC en el mismo

meta-análisis y la fidelidad al modelo del TAC la utilizaron como covariable explicativa siempre que los resultados mostraban una significativa heterogeneidad. El GDGNICE está de acuerdo con este enfoque, ya que considera que tiene una base empírica más sólida que las primeras revisiones y tiene en cuenta la complejidad de los cambios en la atención comunitaria a través del tiempo y entre países.

La cuestión de las condiciones de control es también problemática porque la atención estándar ha ido evolucionando desde un enfoque basado en el ambulatorio a un modelo comunitario basado en el equipo, incorporando elementos importantes de la gestión de casos (como en el Care Programme Approach del Reino Unido [CPA] (Dieterich et al., 2010). De acuerdo con la revisión más reciente de la Cochrane (Dieterich et al., 2010), el GDGNICE ha distinguido dos tipos de control:

- la atención estándar, realizada mediante consultas de seguimiento en un centro sanitario
- el manejo de casos no intensivo, que se refiere a un enfoque de gestión de casos durante el seguimiento, en el que el número de casos es grande.

### *Definición y objetivo de la intervención/del modelo de dispositivo*

Las definiciones utilizadas en esta revisión para la GIC, la gestión no intensiva de casos (no GIC) y la atención estándar, son las utilizadas en la revisión Cochrane y adoptadas para la Guía NICE (2014), que serían las siguientes:

*GIC:*

Cuando la mayoría de las personas recibieron atención individualizada ya sea con:

- el modelo TAC, que se basa en el proyecto de Entrenamiento en la Vida Comunitaria y el Programa de Tratamiento Asertivo Comunitario (PACT) (Stein & Test, 1980), o
- el modelo de extensión enérgica (Witheridge, 1991; Witheridge et al., 1982), es decir, un enfoque basado en el equipo multidisciplinario, la práctica de la “extensión

enérgica" y proporcionar cobertura de emergencia las 24 horas (McGrew & Bond, 1995), o

- el modelo de gestión de casos (Intagliata, 1982), que se describe en el ensayo
- el estudio que comunicó que la carga de trabajo para el gestor no era más de 20 personas.

*No-GIC:* Cuando la mayoría de las personas recibió el mismo conjunto de medidas de atención como las descritas para la GIC (arriba) pero con un número de casos de más de 20 personas.
*Atención estándar:* Cuando la mayoría de las personas recibieron un modelo de atención comunitaria o ambulatoria y no de forma específica el modelo del TAC o el de gestión de casos.

### *Resumen de la evidencia clínica*

En comparación con la atención estándar en todo el mundo, 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 beneficios de la GIC sobre el funcionamiento y la calidad de vida son sin embargo menos definitivos, con resultados inconsistentes a través de los puntos de seguimiento.

El GDGNICE señala que, cuando analizaron sólo los estudios del Reino Unido, los resultados no demostraron un beneficio de la GIC sobre la atención estándar. No se observó un gran efecto sobre la duración de la hospitalización y los datos de satisfacción resultaron inconsistentes a través del tiempo. Sin embargo, los datos sólo del Reino Unido sugieren que la GIC mantiene a las personas en el servicio mejor que el tratamiento estándar.

Cuando la GIC se compara con una intervención no GIC, no hay evidencia concluyente sobre los beneficios adicionales de un enfoque más intensivo para la gestión de casos.

## 12.6.- Vinculación de la evidencia a las recomendaciones (salud mental comunitaria no urgente)

El GDG de la Guía NICE (2014) encontró cuatro ECA (N = 800) que cumplían con los criterios de elegibilidad que habían establecido para la revisión de *los servicios de intervención temprana*: (Craig et al., 2004; Grawe et al., 2006; Kuipers et al., 2004 y Petersen et al., 2005). Todos fueron publicados en revistas revisadas por pares entre 2004 y 2006 y se llevaron a cabo en el Reino Unido o en Europa.
Los cuatro ensayos tenían datos suficientes para ser incluidos en el análisis estadístico y comparaban la ITP con la atención estándar. La proporción de personas con psicosis y esquizofrenia varió desde el 93 hasta el 100%. La duración del tratamiento osciló de 52 a 104 semanas y sólo dos ensayos tenían datos de seguimiento a medio plazo.

El GDGNICE seleccionó una revisión sistemática (Lloyd-Evans et al., 2011) como base para la revisión de los *programas de detección temprana,* junto con una nueva búsqueda realizada para actualizar dicha revisión. El trabajo de Lloyd-Evans y colegas incluyó 11 estudios evaluando ocho programas de detección temprana: (Power et al., 2007; Lester et al., 2009b; Renwick et al., 2008; McGorry et al., 1996, Yung et al., 2003; Joa et al., 2008; Johannessen et al., 2001; Melle et al., 2004; Krstev et al., 2004; Chong et al., 2005 y Malla et al., 2005).
Se identificaron dos estudios más en la búsqueda de actualización (Chen et al., 2011) y una campaña de educación pública (Yoshii et al., 2011).
En total, 13 estudios de 10 programas de detección precoz cumplieron con los criterios de elegibilidad para la revisión. Todos fueron publicados en revistas revisadas por pares entre 1996 y 2012.
De los 10 programas de detección precoz, cinco evaluaban campañas de sensibilización pública multi-focales, tres evaluaron programas de educación para médicos de familia, uno evaluó un programa para especialistas de salud mental y otro evaluó una campaña de educación on-line para padres de estudiantes de secundaria. Los estudios incluidos en esta revisión emplearon diferentes diseños de los mismos, por lo que el GDG no llevó a cabo un meta-análisis de los estudios incluidos y sí un resumen narrativo de los resultados.
En lo que se refiere a los equipos de salud mental comunitarios, tres ECA (N = 344) cumplieron con los criterios de elegibilidad para la revisión que realizó el GDGNICE: (Gater

et al., 1997; Merson et al., 1992 y Tyrer et al., 1998). Los ensayos fueron publicados entre 1992 y 1998 y todos se llevaron a cabo en el Reino Unido.

De los ensayos incluidos, dos realizan una comparación de un ESMC con el tratamiento hospitalario estándar y uno compara el ESMC con los servicios psiquiátricos tradicionales. La proporción de individuos con psicosis y esquizofrenia variaba desde el 38 hasta el 100%.

La duración del seguimiento oscilaba entre 12 y 104 semanas.

No combinaron los datos de tres ensayos incluidos en el análisis estadístico por problemas metodológicos de estos.

El GDGNICE seleccionó una revisión Cochrane existente (Dieterich et al., 2017) como base para la sección de gestión intensiva de casos de la guía, con una nueva búsqueda realizada para actualizarla. La revisión Cochrane incluyó 40 ECA (N = 7,524) que cumplieron con los criterios de elegibilidad para esta guía: (Aberg-Wistedt et al., 1995; Audini et al., 1994; Bjorkman et al., 2002; Bond et al., 1990; 1988; Bush et al., 1990; Chang et al., 2000; Chandler et al., 1996; Curtis et al., 1992; Cusack et al., 2010; Drake & McHugo, 1998; Essock & Kontos, 1995; Essock et al., 2006; Ford et al., 1995; Hampton et al., 1992; Harrison-Read et al., 2002; Herinckx et al., 1997; Holloway & Carson, 1998; Jerrell, 1995; Johnston et al., 1998; Lehman et al., 1997; Macias et al., 1994; Marshall et al., 1995; McDonel et al., 1997; Morse et al., 1992; 2006; McCrone et al. al., 1994; Muller-Clemm, 1996; Okpaku et al., 1997; Jørgensen et al., 2000; Pique, 1999; Quinlivan et al., 1995; Killaspy et al., 2006; Rosenheck et al., 1993; Salkever et al., 1999; Shern et al., 2000; Solomon et al., 1994; Sytema et al., 2007; Test et al., 1991 y Burns et al., 1999). No se incluyeron ECA adicionales identificados mediante la búsqueda en fecha posterior. Los 40 estudios fueron publicados en revistas entre 1988 y 2016. Se puede encontrar más información sobre estudios excluidos en Dieterich et al. (2017).

Todos los ensayos incluidos describían detalladamente la parte metodológica según los criterios del metaanálisis. De los 40 ensayos incluidos, 27 compararon la ICM con la atención estándar, 12 compararon ICM con no ICM y 1 estudio evaluó ambas comparaciones.

***Valor relativo dado a los resultados considerados*:**

El GDGNICE estima que el principal objetivo de la ITP, de los ESMC y de la GIC basada en la atención comunitaria es proporcionar tratamientos basados en la evidencia en un entorno comunitario para prevenir o disminuir los ingresos. Sin embargo, cada equipo o nivel de intervención tiene ciertos matices en el objetivo y en el contenido de la intervención y la población de pacientes a la que se dirigen, lo que influye en cuáles son los resultados claves relevantes para cada equipo/intervención servicio. Por tanto, el GDGNICE decidió los siguientes resultados claves:

ITP:

- Los acontecimientos adversos (por ejemplo, el suicidio)
- la discapacidad funcional
- el uso del servicio
- respuesta/recaída
- los síntomas de la psicosis
- empleo y formación
- DPNT
- la satisfacción con los servicios (usuario y cuidador)

ESMC:

- el uso del servicio
- el funcionamiento social
- empleo y alojamiento
- calidad de vida
- los síntomas de la psicosis y la salud mental
- la discapacidad funcional

- la satisfacción con los servicios (usuario y cuidador)

GIC:

- el abandono
- la utilización
- la calidad de vida
- la satisfacción con los servicios (usuario y cuidador)

### *Balance entre los beneficios clínicos y los riesgos*

#### Servicios de intervención temprana

La ITP es una forma de proporcionar atención personalizada más intensiva durante los 3 años siguientes al primer episodio de psicosis. A partir de esta revisión, la 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, la preferencia mostrada por la ITP en comparación con los servicios estándar. La ITP proporciona una serie de intervenciones basadas en la evidencia no previstas de manera rutinaria por otros servicios, es decir, la intervención familiar y la Terapia Cognitivo Conductual (TCC). Además, una revisión sistemática posterior (Randall et al., 2015) apoya que la ITP es superior a la atención estándar en cuanto a la reducción de ingresos hospitalarios en pacientes con síntomas psicóticos.

Un meta-análisis encontró que los servicios de intervención temprana que proporcionaban una combinación de TCC individual e intervención familiar tenían beneficios clínicos sobre la atención estándar: reducían los ingresos hospitalarios, las tasas de recaída y la gravedad de los síntomas, y mejoraban el acceso y compromiso con el tratamiento (Bird et al., 2010).
La Guía NICE para el tratamiento de la esquizofrenia (2009) realizó una revisión de los tratamientos psicológicos y como consecuencia de la misma sugirió que la intervención familiar para las personas con psicosis temprana reduce las tasas de recaída, pero casi no

tiene impacto sobre los síntomas, mientras que la TCC para la psicosis reduce los síntomas y mejora la calidad de vida, pero no tiene ningún efecto para alterar las tasas de recaída. Todos los EITP incluidos en la revisión proporcionaron intervención familiar y TCC. El GDGNICE consideró esto y tuvo en cuenta que aunque los proveedores de ITP con frecuencia tienen a su cargo un número pequeño de casos y otros factores como el trabajo en equipo, los ingredientes principales que conducen a resultados positivos y que explican probablemente el éxito de las ITP, son la inclusión de los tratamientos psicológicos y farmacológicos basados en la evidencia en el contexto de un pequeño número de casos.

Es importante destacar que la revisión para la Guía NICE (2014) incluyó datos que antes no estaban disponibles sobre los efectos de la ITP más allá de 12 meses después del final del tratamiento, que sugieren que el impacto de la ITP se pierde en este período.

El seguimiento a cinco años de un ECA de 24 meses encontró que los beneficios clínicos no se mantuvieron (Bertelsen et al., 2008; Nordentoft et al., 2010). En otro estudio no hubo diferencias significativas en la calidad de vida entre los grupos (Thorup et al., 2010). Otro estudio de seguimiento de cinco años no encontró ningún beneficio significativo de la ITP sobre el número o la duración de los ingresos hospitalarios (Gafoor et al., 2010). Un estudio de cohortes examinó los resultados a largo plazo de los servicios de intervención temprana en 188 individuos durante cinco años y encontró resultados en que se mantuvieron las mejoras iniciales en los síntomas psicóticos, así como el funcionamiento global y el compromiso continuo con el servicio (Norman et al., 2011).

Hay indicios de que los beneficios de la IE en relación con la recuperación funcional (educación / empleo y vida independiente) se mantienen en un seguimiento de cinco años con mejoras sintomáticas y sociales mantenidas hasta tres años (Bird et al., 2010).

En la práctica, los equipos de ITP actualmente derivan a las personas con psicosis temprana a los ESMCs y a otros servicios comunitarios al finalizar un período de 3 años. Por lo tanto, para mantener los beneficios, los usuarios deberian permanecer dentro de los EITP durante periodos más largos o los ESMC deberían proporcionar los mismos tratamientos basados en la evidencia disponibles en la ITP a aquellas personas con diagnóstico de esquizofrenia establecido. Esos tratamientos incluyen además del farmacológico y el psicológico, la arteterapia y el apoyo al empleo.

## Implicaciones para todos los equipos y servicios para las personas con psicosis y esquizofrenia

Tras la revisión de estudios que incluían la ITP, el GDGNICE consideró las implicaciones que tendrían los resultados para todos los equipos que prestan servicios para la psicosis y la esquizofrenia. La ITP, más que cualquier otro servicio desarrollado hasta la fecha, se asocia con mejoras en una amplia gama de resultados críticos como: la tasa de recaída, los síntomas, la calidad de vida y la experiencia en los servicios. Todas las ITP revisadas en la Guía NICE 2014 incluían intervención familiar y TCC para la psicosis. El GDGNICE considera que, no sólo los equipos de ITP deberían ofrecer toda la gama de tratamientos basados en la evidencia recomendados en esta guía, sino que todos los equipos y servicios deberían hacerlo, independientemente de la orientación o del tipo de equipo o servicio. Por lo tanto, los equipos de GIC, los equipos basados en el hospital y los equipos de intervención en crisis domiciliarios (CRHTT*) deberían proporcionar, o dar acceso a las intervenciones farmacológicas, intervenciones psicológicas y a cualquier otro tratamiento recomendado en esta guía. **Crisis Resolution Home Treatment Team.*

Por otra parte, la ITP tiene una orientación muy actualizada para la experiencia del usuario, que el GDGNICE consideró que está resumida por la Guía NICE existente sobre la Experiencia del Usuario en el Servicio de Salud Mental del Adulto (NICE, 2011), que abarca los ámbitos comunitarios y hospitalarios. Por tanto, el GDGNICE decidió recomendar que todos los equipos que proporcionan atención a las personas con psicosis y esquizofrenia no sólo deberían facilitar tratamientos basados en la evidencia, sino que también deberían ajustarse en la forma en que prestan la atención a la Guía de la Experiencia del Usuario del Servicio de Salud Mental del Adulto.

## Equipos comunitarios de salud mental

La revisión de los ESMC incluyó tres ensayos, de los cuales uno fue un ensayo aleatorio grupal. La población del ensayo fue reclutada de diversas fuentes, es decir, aquellos que estaban siendo dados de alta del tratamiento hospitalario o ambulatorio. Los comparadores también se mezclaron e incluyeron a participantes que recibieron tratamiento ambulatorio, hospitalario y en el domicilio. Los ensayos incluidos en la revisión están realizados en el Reino Unido (uno en Manchester y dos en Londres), pero se llevaron a cabo en la década

de 1990. Para las personas con enfermedad mental grave, el GDG no encontró evidencia de una diferencia en la efectividad entre los ESMC y la atención estándar para resultados relacionados con los síntomas, con el uso de los servicios y con el funcionamiento del usuario. La mayor parte de los miembros del GDGNICE concluyeron en base a estos estudios que a mediados de la década de 1990 los ESMC no mostraron superioridad sobre otras formas de prestación de la atención. La evidencia no es concluyente y sólo tiene interés histórico.

### Gestión intensiva de casos

El conjunto de datos utilizado para la revisión de la GIC (24 ensayos de GIC, incluyendo TAC) era relativamente grande en comparación con los utilizados para otras revisiones de las intervenciones del equipo y el modelo de servicio. La GIC se define como un enfoque basado en un equipo que utiliza la gestión asertiva de casos/programación de la atención. En comparación con la atención estándar, la GIC se ha visto que es más eficaz que la atención estándar para diversos resultados críticos que incluyen: la reducción del tiempo de permanencia en el hospital, un mayor compromiso con los servicios, una mejor calidad de vida y funcionamiento, así como una mayor satisfacción con los servicios (Day et al., 2005; Dieterich et al., 2010; Lambert et al., 2010; Bhugra et al., 2011). Además, la GIC resultó ser igual de eficaz que la atención estándar para las tasas de recaída y los síntomas de la psicosis, lo que sugiere que la GIC no es perjudicial para las personas con psicosis y esquizofrenia.
Sin embargo, este beneficio no se ha encontrado consistentemente en los puntos de seguimiento más largos.

En comparación con los no-GIC (GIC se define como una carga de trabajo de 15 usuarios o menos y no GIC como una carga de trabajo de más de 15), aunque no se observaron diferencias en los síntomas, la GIC fue más eficaz en la participación de los usuarios en el seguimiento a corto plazo. Pero este efecto no se observó en el seguimiento a largo plazo.

Según una reciente revisión sistemática Cochrane (Dieterich, 2017) la GIC resultó efectiva para mejorar muchos resultados relevantes en personas con trastorno mental grave. Comparado con la atención estándar, la GIC mostró que reducía la hospitalización y aumentaba el compromiso. También mejoró el funcionamiento social de forma global,

aunque los efectos de la GIC en el estado mental y en la calidad de vida no fueron concluyentes. Al menos, la GIC es beneficiosa para personas con trastorno mental grave que tengan un número alto de hospitalizaciones (aproxidamente 4 días al mes en los últimos 2 años).
También, según esta misma revisión, no está claro qué beneficios añade la GIC con respecto a un enfoque no-GIC.
En un único subanálisis en Reino Unido, no se observaron efectos más beneficiosos, pero la GIC seguía siendo beneficiosa para el compromiso y la satisfacción con los servicios en comparación con la atención estándar, lo que sugiere que se tolera bien y es del agrado de los usuarios del servicio. La falta de beneficio de la GIC podría reflejar la dificultad en la reducción de los números ya bajos de camas en Reino Unido; sin embargo,otros resultados como la opinión de los usuarios y la satisfacción con los servicios, pueden ser más apropiados para evaluarla (Priebe et al., 2009).

El GDGNICE también consideró los datos cualitativos sobre la adaptación de la GIC en el Reino Unido, el *Care Programme Approach* (CPA), que sugiere que los usuarios del servicio no valoran este enfoque y lo ven como burocrático y defensivo.

### *Balance entre los beneficios netos de la salud y el uso de recursos:*

#### Servicios de intervención temprana

La evidencia económica en el Reino Unido para la ITP se basa en dos estudios. Uno concluyó que la ITP proporciona un mejor resultado sin coste adicional y por lo tanto es rentable a los 18 meses. Del mismo modo, en el otro estudio en el Reino Unido se encontró un ahorro del coste de más de 3 años. Los hallazgos del Reino Unido están apoyados por la evidencia internacional. Sin embargo, la débil evidencia clínica a largo plazo, asociado con los recursos de los equipos de la ITP, hace que haya incertidumbre en los resultados. Sin embargo, el GDG consideró que los costes de proporcionar este tipo de intervenciones se justifican por los posibles ahorros de costes debido a la reducción de las tasas de recaída, la duración de la estancia hospitalaria, los beneficios clínicos esperados y las mejoras en la calidad de vida de las personas con psicosis y esquizofrenia.

## Equipos comunitarios de salud mental

La evidencia económica para los ESMC se limita a un estudio en el Reino Unido. Los resultados obtenidos de comparar los ESMC con los EITP informan de un aumento de los costes sanitarios y de peores resultados de salud y en consecuencia mostraron que no eran eficientes. Sin embargo, los resultados deben ser tratados con precaución, ya que la diferencia de costes entre las intervenciones no fue significativa y la evidencia clínica perteneciente a los ESMC no es concluyente.

## Manejo intensivo de casos

La evidencia económica de la GIC para las personas con psicosis y esquizofrenia es variada. Un estudio del Reino Unido no encontró importantes beneficios clínicos o ahorro de costes. En otro estudio del Reino Unido los costes de la GIC fueron comparables a los costes asociados con la atención estándar y dio lugar a mayores niveles de satisfacción del usuario y del compromiso con los servicios. La evidencia internacional sobre la GIC es alentadora y aunque la atención estándar en estos estudios es bastante probable que sea diferente de la del Reino Unido, todos los estudios encontraron que la GIC era la estrategia de tratamiento preferida. En general, el GDG consideró que los costes de la prestación de la GIC se justifican por los ahorros esperados derivados de estancias hospitalarias más cortas y un mayor compromiso con los servicios.

### *Calidad de la evidencia*

La calidad de la evidencia basada en estas revisiones varía de muy baja a moderada. Las razones para rebajarla tienen que ver con el riesgo de sesgo, la alta heterogeneidad o la falta de precisión en los intervalos de confianza. La heterogeneidad fue una de las principales preocupaciones cuando se valoró la evidencia. Sin embargo, aunque se observó variación en el tamaño del efecto entre los estudios, la dirección del efecto fue consistente. Además, en un subanálisis de estudios en el Reino Unido se observaron hallazgos más consistentes, lo que sugiere cierta variación entre los estudios realizados en el Reino Unido y en otros países en el contenido, tanto de la intervención activa como del comparador de la atención estándar.

### *Resumen de la evidencia clínica*

El GDGNICE considera que la clave para la eficacia de la ITP es proporcionar intervenciones terapéuticas basadas en la evidencia por profesionales competentes. El GDG, por lo tanto, sugiere que los equipos comunitarios, deberían proporcionar a las personas con psicosis y esquizofrenia en todo el rango de edad, intervenciones basadas en la evidencia como: intervenciones psicológicas, farmacológicas, arteterapia, así como apoyo a la formación y al empleo. Se debe prestar especial atención en involucrar a las personas con psicosis temprana. El GDGNICE también estima que el EITP o un especialista integrado en el equipo de salud mental comunitario debería iniciar y continuar el tratamiento y la atención. El equipo no debe centrarse en la gestión de riesgos, pero sí tener el objetivo de involucrar al usuario en los servicios y proporcionar apoyo en un ambiente de optimismo y esperanza. El GDGNICE consideró también que los ESMCs representan una etapa inicial en la evolución de la atención psiquiátrica en la comunidad en el Reino Unido y que la evidencia sugiere que la atención en equipo es posible y no es dañina.

El GDGNICE consideró la evidencia de la GIC y concluyó que tiene algunas ventajas si el compromiso y la permanencia dentro de los servicios son clínicamente idóneos. Por otra parte, la evidencia sugiere que puede que no sea necesario un número de casos más pequeño, pero esto probablemente dependerá de la gravedad de la enfermedad y del nivel de deterioro de los usuarios del servicio; finalmente, el GDGNICE consideró que el CPA (*Care Programme Approach)* debería ser reemplazado por un enfoque de gestión de casos de menor intensidad, menos burocrático y defensivo.

## 12.7.- 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.

## 12.8.- Relación entre el testimonio de los usuarios y las recomendaciones

*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.

### Testimonio de los usuarios

La accesibilidad a los servicios de salud mental en los primeros episodios a veces presenta demora, no siendo infrecuente que el usuario acuda a los servicios de urgencias hospitalarias para ser atendido la primera vez.

*"Yo le dije…" ¿me tendrá usted que mandar al psiquiatra? Porque yo vengo a pedir ayuda", y entonces el psiquiatra en ese momento no me podía ver, y ya me llevaron mis padres a urgencias, porque no podía estar así... y me pusieron ahí una inyección. Porque me dieron una cita en salud mental… pero tardaba mucho tiempo". (Mujer, 63 años)*

## 12.9.- Recomendaciones para la investigación

*12.9.a El mantenimiento de los beneficios de la intervención temprana después del alta*

¿Cómo se pueden mantener los beneficios de la intervención temprana una vez que los usuarios son dados de alta después de 3 años en tratamiento en el servicio?

*¿Por qué esto es importante?*

Los EITP proporcionan intervenciones basadas en la evidencia y se caracterizan, entre otras cosas, por: desarrollarse en un entorno positivo, dar buena acogida a los jóvenes, dar mejores resultados, ser eficientes y tener alta aceptabilidad y compromiso por parte del usuario. Una vez que las personas se derivan a atención primaria y a los servicios de salud mental comunitarios, disminuyen estas ganancias. La guía recomienda que las Áreas Sanitarias consideren la posibilidad de extender estos servicios. Sin embargo, no se conoce hasta qué punto se mantendrían los beneficios obtenidos y si la mayoría se beneficiaría. El elemento exitoso de la intervención temprana por EITP podría ser incorporado en los servicios generales para la psicosis, pero tiene que determinarse cómo podría funcionar y su coste/efectividad.

Se sugiere un programa de investigación que debería utilizar un ensayo aleatorio adecuado, estadísticamente potente y multicéntrico, que compare la ampliación de la intervención temprana en los servicios de psicosis (por ejemplo, durante 2 años) frente a proporcionar una atención aumentada en los servicios de salud mental de la comunidad y frente al tratamiento habitual, para determinar si los beneficios de la intervención temprana pueden mantenerse y qué usuarios se beneficiarían más en cada situación. El resultado principal debería ser el compromiso con el tratamiento/servicio y los resultados secundarios deberían incluir la recaída, la readmisión, el funcionamiento y las preferencias del usuario.

## Referencias

Aberg−Wistedt A, Cressell T, Lidberg Y, Liljenberg B, Osby U. Two−year outcome of team−based Intensive Case Management for patients with schizophrenia. Psychiatric Services. 1995;46:1263−6.

Audini B, Marks IM, Lawrence RE, Connolly J, Watts V. Home−based versus out−patient−in−patient care for people with serious mental illness. Phase II of a controlled study. British Journal of Psychiatry. 1994;165:204−10.

Bennett D, Freeman H, eds. Principles and prospect. In Community Psychiatry. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1991.

Bertelsen M, Jeppesen P, Petersen L, Thorup A, Oehlenschlaeger J, le Quac P et al. Five-year follow-up of a randomized multicenter trial of intensive early intervention vs standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness: the OPUS trial. Archives of General Psychiatry. 2008;65(7):762-71.

Bertolote J, McGorry P. Early intervention and recovery for young people with early psychosis: consensus statement. British Journal of Psychiatry. 2005;187:116-19.

Bhugra D, Ayonrinde O, Butler G, Leese M, Thornicroft G. A randomised controlled trial of assertive outreach vs. treatment as usual for black people with severe mental illness. Epidemiology and Psychiatric Sciences. 2011;20(1):83-9.

Bird V, Premkumar P, Kendall T, Whittington C, Mitchell J, Kuipers E. Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. The British Journal of Psychiatry. 2010;197(5):350-6.

Bjorkman T, Hansson L, Sandlund M. Outcome of case management based on the strengths model compared to standard care. A randomised controlled trial. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2002;37(4):147−52.

Bond GR, Witheridge TF, Dincin J, Wasmer D, Webb J, Graaf-Kaser R. Assertive community treatment for frequent users of psychiatric hospitals in a large city: a controlled study. American Journal of Community Psychology. 1990;18(6):865-91.

Bond GR, Miller LD, Krumwied RD, Ward RS. Assertive case management in three CMHCs: a controlled study. Hospital and Community Psychiatry. 1988;39(4):411-8.

Bottlender R1, Sato T, Jäger 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(1-2):37-44.

Bouras N, Tufnell G, Brough DI, Watson JP. Model for the integration of community psychiatry and primary care. The Journal of the Royal College of General Practitioners. 1986;36:62-6.

Burns T, Catty J, Dash M, Roberts C, Lockwood L, Marshall M. Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression. BMJ. 2007;335:336-41.

Burns T, Creed F, Fahy T, Thompson S, Tyrer P, White I. Intensive versus standard case management for severe psychotic illness: a randomised trial. UK 700 Group. Lancet. 1999;353(9171):2185-9

Bush CT, Langford MW, Rosen P, Gott W. Operation outreach: Intensive Case Management for severely psychiatrically disabled adults. Hospital and Community Psychiatry. 1990;41(6): 647-9.

Care Services Improvement Partnership. Report on early detection and intervention for young people at risk of developing psychosis. London: Care Services; 2005.

Carrà G, Battaglia C, Hinton M, Sheridan Rains L, Crocamo C, Johnson S. Social network confidants, duration of untreated psychosis and cannabis use in people with first episode psychosis: An exploratory study. Early Intervention in Psychiatry. 2018;12(5):942-6.. doi: 10.1111/eip.12476.

Chan S, Mackenzie A, Jacobs P. Cost−effectiveness analysis of case management versus a routine community care organization for patients with chronic schizophrenia. Archives of Psychiatric Nursing. 2000;14(2):98−104.

Chandler D, Meisel J, Hu TW, McGowen M, Madison K. Client outcomes in a three year controlled study of an integrated service agency model. Psychiatric Services. 1996;47(12):1337−43.

Chen EY, Tang JY, Hui CL, Chiu CP, Lam MM, Law CW, et al. Three-year outcome of phase-specific early intervention for first-episode psychosis: a cohort study in Hong Kong. Early Intervention in Psychiatry. 2011;5:315-23.

Chung YC, Cui Y, Kim MG, Kim YJ, Lee KH, Chae SW. Early predictors of a clinical response at 8 weeks in patients with first-episode psychosis treated with paliperidone ER. The Journal of Psychopharmacology. 2016;30(8):810-8. doi: 10.1177/0269881116654698.

Coid J. Failure in community care: psychiatry's dilemma. BMJ. 1994;308:805-6.

Craig TK, Garety P, Power P, Rahaman N, Colbert S, Fornells-Ambrojo M, et al. The Lambeth Early Onset (LEO) Team: randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis. BMJ. 2004;329(7474): 1067-71.

Curtis JL, Millman EJ, Struening E, D'Ercole A. Effect of case management on rehospitalization and utilization of ambulatory care services. Hospital and Community Psychiatry. 1992;43(9):895−9.

Cusack KJ, Morrissey JP, Cuddeback GS, Prins A, Williams DM. Criminal justice involvement, behavioral health service use, and costs of forensic assertive community treatment: a randomized trial. Community Mental Health Journal. 2010;46(4):356−63.

Day JC, Bentall RP, Roberts C, Randall F, Rogers A, Cattell D, et al. Attitudes toward antipsychotic medication: the impact of clinical variables and relationships with health professionals. Archives of General Psychiatry. 2005;62(7):717-24.

Díaz-Caneja CM, Pina-Camacho L, Rodríguez-Quiroga A, Fraguas D, Parellada M, Arango C. Predictors of outcome in early-onset psychosis: a systematic review. NPJ Schizophrenia. 2015;1:14005-14. doi:10.1038/npjschz.2014.5.

Department of Health. The Mental Health Policy Implementation Guide. London: Department of Health; 2001.

Department of Health. The NHS Plan: a Plan for Investment, a Plan for Reform. London: Department of Health; 2000.

Department of Health. The Mental Health Policy Implementation Guide. London: Department of Health; 2001.

Dieterich M, Irving CB, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010;10: Art. No.:CD007906.

Dieterich M, Irving CB, Bergman H, Khokhar MA, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017;1: Art. No.: CD007906.

Dowell DA, Ciarlo JA. Overview of the community mental health centers program from an evaluation perspective. Community Mental Health Journal. 1983;19:95-125.

Drake RE, McHugo GJ, Clark RE, Teague GB, Xie H, Miles K, et al. Assertive community treatment for patients with co−occurring severe mental illness and substance use disorder: a clinical trial. American Journal of Orthopsychiatry. 1998;68(2):201−15.

Essock SM, Kontos N. Implementing assertive community treatment teams. Psychiatric Services. 1995;46(7):679−83.

Essock SM, Mueser KT, Drake RE, Covell NH, McHugo GJ, Frisman LK, et al. Comparison of ACT and standard case management for delivering integrated treatment for co−occurring disorders. Psychiatric Services. 2006;57(2):185−96.

Fond G, Boyer L, Andrianarisoa M, Godin O, Brunel L, Bulzacka E, et al. Risk factors for increased duration of untreated psychosis. Results from the FACE-SZ dataset. Schizophrenia Research. 2018;195:529-33. doi:10.1016/j.schres.2017.08.058.

Ford R, Beadsmoore A, Ryan P, Repper J, Craig T, Muijen M. Providing the safety net: case management for people with a serious mental illness. Journal of Mental Health. 1995;4(1):91−7.

Gafoor R, Nitsch D, McCrone P, Craig TK, Garety PA, Power P, et al. Effect of early intervention on 5-year outcome in nonaffective psychosis. The British Journal of Psychiatry. 2010;196(5):372-6.

Gater R, Goldberg D, Jackson G, Jennett N, Lowson K, Ratcliffe J, et al. The care of patients with chronic schizophrenia: a comparison between two services. Psychological Medicine. 1997;27:1325-36.

Grawe RW, Falloon IR; Widen JH, Skogvoll E. Two years of continued early treatment for recent-onset schizophrenia: a randomised controlled study. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2006;114(5):328 -36.

Gutiérrez-Colosía MR, Salvador-Carulla L, Salinas-Pérez JA, García-Alonso CR, Cid J, Salazzari D, et al. Standard comparison of local mental health care systems in eight European countries. Epidemiology and Psychiatric Sciences. 2017;18:1-14. doi: 10.1017/S2045796017000415.

Hampton B, Korr W, Bond G, Mayes J, Havis P. Integration services system approach to avert homelessness; CSP homeless prevention project for HMI adults. Final report to State of Illinois NIMH Demonstration Grant Project1992.

Harrigan SM, McGorry PD, Krstev H. Does treatment delay in first-episode psychosis really matter? Psychological Medicine. 2003;33(1):97-110.

Harrison−Read P, Lucas B, Tyrer P, Ray J, Shipley K, Simmonds S, et al. Heavy users of acute psychiatric beds: randomized controlled trial of enhanced community management in an outer London borough. Psychological Medicine. 2002;32(3):403−16.

Hastrup LH, Haahr UH, Jansen JE, Simonsen E. Determinants of duration of untreated psychosis among first-episode psychosis patients in Denmark: A nationwide register-based study. Schizophenia Research. 2018;192:154-8. doi: 10.1016/j.schres.2017.05.026.

Herinckx HA, Kinney RF, Clarke GN, Paulson RI. Assertive community treatment versus usual care in engaging and retaining clients with severe mental illness. Psychiatric Services. 1997;48(10):1297−306.

Holloway F, Carson J. Intensive case management for the severely mentally ill. Controlled trial. British Journal of Psychiatry. 1998;172:19−22.

Intagliata J. Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled: the role of case management. Schizophrenia Bulletin. 1982;8:655-74.

Isaac M. Trends in the development of psychiatric services in India. Psychiatric Bulletin. 1996;20:43-45.

Jeppesen P, Petersen L, Thorup A, Abel MB, Oehlenschlaeger J, Christensen TO, et al. Integrated treatment of first-episode psychosis: effect of treatment on family burden: OPUS trial. British Journal of Psychiatry – Supplementum. 2005;48:s85-s90.

Jerrell JM. Toward managed care for persons with severe mental illness: implications from a cost−effectiveness study. Health Affairs. 1995;14:197−207.

Johnston S, Salkeld G, Sanderson K, Issakidis C, Teesson M, Buhrich N. Intensive case management: a cost effectiveness analysis. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 1998;32(4):551–9.

Jørgensen P, Nordentoft M, Abel MB, Gouliaev G, Jeppesen P, Kassow P. Early detection and assertive community treatment of young psychotics: the Opus study rationale and design of the trial. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2000;35(7):283–7.

Killaspy H, Bebbington P, Blizard R, Johnson S, Nolan F, Pilling S, et al. The REACT study: randomised evaluation of assertive community treatment in north London. BMJ. 2006;332(7545):815–8.

Kuipers E, Holloway F, Rabe-Hesketh S, Tennakoon L. An RCT of early intervention in psychosis: Croydon Outreach and Assertive Support Team (COAST). Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2004;39(5):358-63.

Kvig EI, Brinchmann B, Moe C, Nilssen S, Larsen TK, Sørgaard K. Geographical accessibility and duration of untreated psychosis: distance as a determinant of treatment delay. BMC Psychiatry. 2017;17(1):176-85. doi: 10.1186/s12888-017-1345-8.

Lambert M, Bock T, Schottle D, Golks D, Meister K, Rietschel L, et al. Assertive community treatment as part of integrated care versus standard care: a 12-month trial in patients with first- and multiple-episode schizophrenia spectrum disorders treated with quetiapine immediate release (ACCESS trial). The Journal of Clinical Psychiatry. 2010;71(10):1313-23. doi: 10.4088/JCP.09m05113yel.

Lehman AF, Dixon LB, Kernan E, DeForge BR, Postrado LT. A randomized trial of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness. Archives of General Psychiatry. 1997;54(11):1038–43.

Lloyd-Evans B, Crosby M, Stockton S, Pilling S, Hobbs L, Hinton M, et al. Initiatives to shorten duration of untreated psychosis: systematic review. The British Journal of Psychiatry. 2011;198:256-63.

Loebel AD, Lieberman JA, Alvir JM, Mayerhoff DI, Geisler SH, Szymanski SR.Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. American Journal of Psychiatry. 1992;149:1183-8.

Macias C, Kinney R, Farley OW, Jackson R, Vos B. The role of case management within a community support system: partnership with psychosocial rehabilitation. Community Mental Health Journal. 1994;30(4):323–39.

Malla A, Bechard-Evans L, Joober R, King S, Abadi S. Understanding the complexities of delay in treatment of psychosis and relevance for early detection interventions. Schizophrenia Research. 2006;86(Suppl 1):S40.

Marshall M. What have we learnt from 40 years of research on intensive case management? Epidemiologia e Psichiatria Sociale 2008;17(2):106-9. doi: 10.1017/S1121189X00002773.

Marshall M, Lewis S, Lockwood A, Drake R, Jones P, Croudace T. Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. Archives of General Psychiatry. 2005;62:975-83.

Marshall M, Gray A, Lockwood A, Green R. Case management for people with severe mental disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2000;12: Art. No.CD000050. doi: 1002/14651858.CD000050.pub2.

Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders – a systematic review. 2000;12: Art. No.CD001089. doi: 1002/14651858.CD001089.pub2.

Marshall M, Lockwood A, Gath D. Social services case–management for long term mental disorders: a randomised controlled trial. Lancet. 1995;345(8947):409–12.

McCrone P, Beecham J, Knapp M. Community psychiatric nurse teams: cost–effectiveness of intensive support versus generic care. British Journal of Psychiatry. 1994;164(2):218–21.

McDonel EC, Bond GR, Salyers M, Fekete D, Chen A, McGrew JH, et al. Implementing assertive community treatment programmes in rural settings. Administration and Policy in Mental Health. 1997;25(2):153–73.

McGorry PD, Edwards J, Mihalopoulos C, Harrigan SM, Jackson HJ. EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. Schizophrenia Bulletin. 1996;22:305-26.

McGrew JH, Bond GR. Critical ingredients of assertive community treatment: judgments of the experts. The Journal of Mental Health Administration. 1995;22:113-25.

Merson S, Tyrer P, Onyett S, Lack S, Birkett P, Lynch S, et al. Early intervention in psychiatric emergencies: a controlled clinical trial. The Lancet. 1992;339:1311-14.

Morse GA, Calsyn RJ, Allen G, Tempelhoff B, Smith R. Experimental comparison of the effects of three treatment programmes for homeless mentally ill people. Hospital and Community Psychiatry. 1992;43(10):1005–9.

Morse GA, Calsyn RJ, Dean Klinkenberg W, Helminiak TW, Wolff N, Drake RE, et al. Treating homeless clients with severe mental illness and substance use disorders: costs and outcomes. Community Mental Health Journal. 2006;42(4):377–404.

Muller–Clemm WJ. Halting the 'Revolving Door' of Serious Mental Illness: Evaluating an assertive case management programme (deinstitutionalization, community mental health). University of Victoria, Canada, 1996.

Nordentoft M, Oehlenschlaeger J, Thorup A, Petersen L, Jeppesen P, Bertelsen M. Deinstitutionalization revisited: a 5-year follow-up of a randomized clinical trial of hospital-based rehabilitation versus specialized assertive intervention (OPUS) versus standard treatment for patients with first-episode schizophrenia spectrum disorders. Psychological Medicine. 2010;40(10):1619-26.

Norman R, Malla A, Verdi M, Hassall L, Fazekas C. Understanding delay in treatment for first episode psychosis. Psychological Medicine. 2006;34:255-66.

Norman RM, Manchanda R, Malla AK, Windell D, Harricharan R, Northcott S. Symptom and functional outcomes for a 5 year early intervention program for psychoses. Schizophrenia Research. 2011;129(2-3):111-5. doi: 10.1016 / j.schres.2011.04.006.

Okpaku SO, Anderson KH, Sibulkin AE, Butler JS, Bickman L. The effectiveness of a multidisciplinary case management intervention on the employment of SSDI applicants and beneficiaries. Psychiatric Rehabilitation Journal. 1997;20:34–41.

Perkins DO, Gu H, Boteva K, Lieberman JA. Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. American Journal of Psychiatry. 2005;162:1785-804.

Perez J, Jin H, Russo DA, Stochl J, Painter M, Shelley G et al. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of tailored intensive liaison between primary and secondary care to identify individuals at risk of a first psychotic illness (the LEGs study): a cluster-randomised controlled trial. The Lancet Psychiatry. 2015; 2(11):984-93.

Pierides M. Mental health services in Cyprus. Psychiatric Bulletin. 1994;18:425-27.

Pique T. Cost–Effectiveness of an African–American Focus Assertive Community Treatment Programme. Alameda: California School of Professional Psychology, 1999.

Priebe S, Katsakou C, Amos T, Leese M, Morriss R, Rose D, et al. Patients' views and readmissions 1 year after involuntary hospitalisation. The British Journal of Psychiatry. 2009;194:49-54.

Quinlivan R, Hough R, Crowell A, Beach C, Hofstetter R, Kenworthy K. Service utilization and costs of care for severely mentally ill clients in an Intensive Case Management programme. Psychiatric Services. 1995;46:365–71.

Randall JR, Vokey S, Loewen H, Martens PJ, Brownell M, Katz A, et al. A systematic Review of the Effect of Early Interventions fos Psychosis on the Usage of Inpatient Services. Schizophrenia Bulletin. 2015;41(6):1379-86.

Reichert A, Jacobs R. Socioeconomic inequalities in duration of untreated psychosis: evidence from administrative data in England. Psychological Medicine. 2018;48(5):822-33. doi: 10.1017/S0033291717002197.

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(3):241-7.

Rosenheck R, Neale M, Gallup P. Community−oriented mental health care: assessing diversity in clinical practice. Psychosocial Rehabilitation Journal. 1993;16:39−50.

Salkever D, Domino ME, Burns BJ, Santos AB, Deci PA, Dias J, et al. Assertive community treatment for people with severe mental illness: the effect on hospital use and costs. Health Services Research. 1999;34(2):577−601.

Shern DL, Tsemberis S, Anthony W, Lovell AM, Richmond L, Felton CJ, et al. Serving street−dwelling individuals with psychiatric disabilities: Outcomes of a psychiatric rehabilitation clinical trial. American Journal of Public Health. 2000;90(12):1873−8.

Slade M, Rosen A, Shankar R. Multidisciplinary mental health teams. The International Journal of Social Psychiatry. 1995;41:180-9.

Solomon P, Draine J, Meyerson A. Jail recidivism and receipt of community mental health services. Hospital and Community Psychiatry. 1994;45(8):793−7.

Stein LI, Test MA. Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. Archives of General Psychiatry. 1980;37:392-7.

Sytema S, Wunderink L, Bloemers W, Roorda L, Wiersma D. Assertive community treatment in the Netherlands: a randomized controlled trial. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2007;116(2):105−12.

Test MA, Knoedler WH, Allness DJ, Burke SS, Brown RL, Wallisch LS. Long−term community care through an assertive continuous treatment team. Advances in Neuropsychiatry and Psychopharmacology. 1991;1:239−46.

Thorup A, Petersen L, Jeppesen P, Nordentoft M. The quality of life among first-episode psychotic patients in the OPUS trial. Schizophrenia Research. 2010;116(1):27-34.

Tyrer P, Evans K, Gandhi N, Lamont A, Harrison-Read P, Johnson T. Randomised controlled trial of two models of care for discharged psychiatric patients. BMJ. 1998;316(7125):106-9.

Verbeek H, Worden A, Wilberforce M, Brand C, Tucker S, Abendstern M, et al. Community mental health teams for older people in England: Variations in ways of working. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2018;33(3):475-481. doi: 10.1002/gps.4775.

Witheridge TF. The "active ingredients" of assertive outreach. New Directions for Mental Health Services. 1991;52:47-64.

Witheridge TF, Dincin J, Appleby L. Working with the most frequent recidivists: a total team approach to assertive resource management. Psychosocial Rehabilitation Journal. 1982;5:9–11.

Yoshii H, Watanabe Y, Kitamura H, Nan Z, Akazawa K. Effect of an education program on improving help-seeking among parents of junior and senior high school students in Japan. Global Journal of Health Science. 2011;4:33.

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

## 13.1.- Introducción

### *Alternativas basadas en el hogar*

Durante muchas décadas uno de los objetivos centrales y más innovadores en los servicios de salud mental ha sido ofrecer alternativas al ingreso en la unidad de agudos. Más recientemente, la prevención de la hospitalización se ha convertido en un foco de interés en el resto de la atención sanitaria. Los principales factores que influyeron en que los servicios de salud mental fueran pioneros en este sentido fueron:

- la impopularidad del hacinamiento de las salas psiquiátricas
- las características de la asistencia sanitaria involuntaria de los trastornos mentales en los hospitales y
- sus altos costes.

Otros argumentos a favor del tratamiento en la comunidad han sido:

- que la autonomía de los pacientes y el funcionamiento social pueden ser mejor preservados cuando no son hospitalizados
- que la resolución de la crisis en el domicilio puede permitir la mejora de las habilidades para hacer frente a futuras crisis en la comunidad y

- lograr más fácilmente intervenir en los desencadenantes sociales de las crisis e involucrar a las redes sociales (Johnson & Neddle, 2008).

Los servicios innovadores que evalúan y tratan a los usuarios en crisis en el domicilio han sido establecidos y evaluados en varios países desde que Arie Querido estableció por primera vez un programa de atención comunitaria para evitar los ingresos psiquiátricos en Amsterdam en la década de 1930 (Hoult, 1991;Johnson, 2013; Polak et al., 1979; Querido, 1935). Algunos de estos servicios eran los equipos permanentes de gestión de crisis, donde los pacientes eran admitidos cuando se valoraba que había riesgo de ingreso hospitalario y dados de alta una vez que la crisis se había resuelto. Varios de estos equipos innovadores que realizaban el tratamiento agudo en el domicilio, eran híbridos de los modelos del equipo de resolución crisis y la gestión intensiva de casos. Estos últimos reclutaban a los pacientes para el tratamiento en el domicilio en el momento de una crisis para luego hacer un seguimiento a largo plazo de estos casos (Marks et al., 1994; Stein & Test, 1980).

### *Alternativas residenciales comunitarias*

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 permanezcan sin supervisión durante largos períodos de tiempo. 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.

*Los hogares de crisis ofrecen alojamiento seguro y apoyo a corto plazo, para las personas que sufren una crisis de salud mental. Se utilizan cuando el tratamiento en casa no es adecuado, o como una alternativa a corto plazo para el ingreso en el hospital.
Los hogares de crisis por lo general tienen un pequeño número de camas y ofrecen apoyo a un determinado grupo de personas, como las personas en peligro de cometer suicidio o las personas vulnerables como minorías étnicas de raza negra.
Algunos aceptan auto-derivaciones, pero a menudo las derivaciones proceden de los servicios de salud mental.
(Definición Glossary NHS)

Los servicios residenciales de crisis en la comunidad llevan funcionando varias décadas en algunas regiones, pero hasta el momento no se han puesto en práctica a nivel nacional en ningún país, a pesar de la firme defensa por parte de los grupos de usuarios. Los Hogares de crisis son más prevalentes en el modelo comunitario: son pequeñas unidades comunitarias independientes no cerradas y por lo general situadas en locales residenciales adaptados. Un modelo innovador temprano fue la Casa Soteria en California en la década de 1970, posteriormente imitada por los servicios de salud mental en varios países europeos (Bola & Mosher, 2002; Ciompi et al., 1995).

Un estudio exhaustivo en el Reino Unido de las alternativas al ingreso identificó una variedad de modelos, desde servicios que seguían un modelo clínico principalmente, con un equipo de profesionales de salud mental y tipos de atención similares a los de las unidades de agudos, a alternativas más radicales que tenían el objetivo de proporcionar enfoques de tratamiento significativamente diferentes de los hospitales y que con frecuencia gestionados por las organizaciones del tercer sector** (Johnson et al., 2009). La mayoría de las alternativas encontradas trabajaban estrechamente con los equipos de resolución de crisis y tratamiento domiciliario (CRHTTs)*** y estaban bien integradas en los sistemas de salud mental de la zona de captación. 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 del CRHTT***. Esta modalidad de manejo se ha mostrado especialmente útil en los casos de mayor gravedad (Aagaard et al., 2008). Sólo algunos de esos dispositivos están actualmente disponibles en Reino Unido y prácticamente ninguna en España.

**Las organizaciones del tercer sector pueden definirse como organizaciones privadas y autónomas que, entre otras cosas, persiguen objetivos sociales y económicos de interés colectivo, imponen límites a las adquisiciones de beneficios privados individuales y trabajan para comunidades locales o para grupos de personas de la sociedad civil que comparten intereses comunes. Para su gestión, suelen contar con la participación de todas las partes interesadas, incluidos los trabajadores, los voluntarios y los usuarios.

***Los equipos de resolución de crisis y tratamiento en el hogar (CRHTs) tratan a las personas con afecciones mentales graves que actualmente están experimentando una crisis psiquiátrica aguda y grave que, sin la participación del CRHT, requerirían hospitalización. Episodios psicóticos, autolesiones graves e intentos de suicidio son ejemplos de las crisis agudas de salud mental.
Debido a la naturaleza de su trabajo, los CRHTs ofrecen un servicio de 24 horas, y los casos les vienen derivados con frecuencia a través de los servicios de urgencia o la policía.
Los CRHTs suelen evaluar a la persona en su propia casa, pero también pueden verlo en otros ámbitos comunitarios, tales como hogares de crisis o en un centro de día. También pueden ver a las personas que están en los hospitales psiquiátricos y si se les va a dar un permiso o el alta. Los CRHTs ayudarán a gestionar el volver a integrarse en la comunidad, ya que estas personas pueden ser particularmente vulnerables tras su salida del hospital.

Los CRHTs también están involucrados en la planificación de la atención de alguien que ha tenido una crisis para evitar la recaída en el futuro. Esto por lo general implica trabajar con el equipo de salud mental comunitario del usuario (Glossary of mental health services, teams and care pathways. NHS.)

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. Sin embargo, un pequeño número de ensayos, generalmente con poblaciones con excesiva mezcla de diagnósticos para estar dentro del alcance de esta guía, tienen tendencia a comunicar mayor satisfacción del paciente y por lo demás resultados similares para los hogares de crisis en comparación con las unidades de hospitalización (Lloyd-Evans et al., 2009).

Algunos estudios de aplicación del modelo han sugerido que las poblaciones de usuarios de estos dispositivos son similares a las de las unidades de hospitalización, pero con la mayoría de los pacientes ingresados de manera voluntaria, ya conocidos por el dispositivo y con un riesgo significativamente menor de violencia que los pacientes hospitalizados (Johnson et al., 2009)

La investigación naturalista, utilizando métodos cuantitativos y cualitativos, también ha indicado una clara preferencia del usuario por los hogares de crisis en lugar de las unidades de hospitalización, con un fuerte respaldo a la promoción del voluntariado en estos servicios (Gilburt et al., 2010; Mind, 2011; Osborn et al., 2010b). Una investigación de las opiniones de las partes interesadas locales, incluidos los referentes y altos directivos, sugirió que los dispositivos residenciales en la comunidad para pacientes agudos fueron valorados como una forma de ampliar la elección del usuario y las estrategias disponibles para la gestión de crisis. También fueron vistos como una forma de disminuir la fuerte presión que tienen las unidades de agudos hospitalarias mediante la posibilidad de ofrecer alternativas a los pacientes que de otro modo habrían sido ingresados y para proporcionar apoyo a las personas en riesgo potencialmente alto de un ingreso y que carecen de apoyo adicional (Morant et al., 2012).

Una tendencia reciente en el desarrollo de las alternativas residenciales para las crisis ha sido la evolución hacia la estrecha integración entre los equipos de crisis y los hogares de

crisis. La capacidad de cada uno para tratar a los pacientes difíciles en la comunidad podría ser potencialmente mejorada a través de la sinergia con el otro.

## 13.2.- Equipos de resolución de crisis y tratamiento en el hogar

### *Introducción*

Inglaterra es uno de los pocos países en los que la prestación de servicios de tratamiento agudo en el hogar ha sido una política nacional, con todas las áreas sanitarias obligadas a introducir los CRHTTs (también conocido en algunas áreas como los equipos de evaluación y tratamiento de crisis o equipos de tratamiento intensivo en casa) en el marco del Plan del NHS (Departamento de Salud, 2000). Si bien la prestación de tales servicios ya no es obligatoria, sigue estando muy extendida en Reino Unido.

Los objetivos principales de los CRHTTs son:

- evaluar todos los pacientes que están en riesgo de ingresar en las unidades de agudos psiquiátricas
- iniciar un programa de tratamiento en el hogar con visitas frecuentes (por lo general, al menos una al día) para todos los pacientes en los que parece que esta es una alternativa viable al tratamiento hospitalario
- continuar el tratamiento en casa hasta que la crisis se haya resuelto y luego derivar a las personas a otros servicios para cualquier cuidado adicional que puedan necesitar
- facilitar el alta temprana de las unidades de agudos mediante la derivación de los pacientes hospitalizados a tratamiento intensivo en el hogar.

Los equipos son multidisciplinares, por lo general constan de enfermeras, psiquiatras y otros profesionales en menor número como trabajadores de apoyo, terapeutas ocupacionales, psicólogos, trabajadores sociales y psicólogos clínicos. La recomendación para la puesta en práctica del modelo sugiere que deberían funcionar 24 horas al día, los 7

días de la semana, y la mayoría de los profesionales debería tener un horario de trabajo ampliado. Estos equipos realizan una evaluación inmediata, identificando así los problemas, y aplicando un tratamiento inicial. El tratamiento implica generalmente una combinación de medicación, asesoramiento o terapia, y ayuda práctica para mantener las habilidades para la vida, así como el apoyo de familiares cercanos.También, se recomienda limitar el número de profesionales diferentes por los que un usuario puede ser atendido en un momento de crisis, por ejemplo designando un terapeuta referente de cada caso (Paton et al., 2016)

Una vez estabilizado el usuario, el CRHTT facilitaría el acceso a otros dispositivos, y en caso de no ser posible la estabilización en el contexto comunitario, el ingreso en la unidad de agudos. Ningún ingreso hospitalario tiene lugar a menos que el CRHTT confirme que el tratamiento en casa no parece factible (Murphy et al., 2015). Esta actuación se considera pues como una actividad clave asociada con el éxito en la reducción de los ingresos en las unidades de hospitalización (Middleton et al., 2008). En la descripción del modelo se sugiere que las intervenciones del equipo central deben incluir:

- visitas domiciliarias (por lo menos dos veces al día si es necesario) para proporcionar apoyo y seguimiento de la recuperación de la crisis y del riesgo
- la prescripción, dispensación y seguimiento de la adherencia a la medicación
- ayudar a resolver problemas prácticos que pueden perpetuar la crisis
- intervenciones psicológicas breves e intervenciones sociales para aliviar los síntomas y la angustia
- reforzar las habilidades de afrontamiento y de resolución de problemas
- apoyo a los cuidadores y a los otros miembros claves de la red social (Johnson, 2013).

El trabajo del equipo es a corto plazo, realizando por lo general en unas semanas, y siendo necesaria una derivación a otro dispositivo para el apoyo a largo plazo.

Recientemente Wheeler y cols. (2016) realizaron una revisión sistemática de 69 estudios sobre los equipos de resolución de crisis (CRT) en Inglaterra. El objetivo de la misma era

establecer, en caso de haber evidencia, las características que hacen que estos equipos sean eficaces y aceptables.
Encontraron una importante diversidad en la calidad de las investigaciones y en la composición y actividades de los dispositivos clínicos estudiados. Los estudios cuantitativos sugirieron que horarios más amplios de atención y la presencia de un psiquiatra en el equipo pueden aumentar la capacidad de los CRT para prevenir los ingresos hospitalarios. Las partes interesadas enfatizaron la comunicación y la integración con otros servicios locales de salud mental, la prestación de tratamiento domiciliario y limitar el número de los diferentes miembros del personal que atienden a un usuario.
No obstante, los autores informan de que no pueden obtener, a partir de la evidencia cuantitativa disponible, conclusiones seguras sobre los componentes esenciales de los CRTs.

### *Definición y objetivo de la intervención/de la organización del servicio*

El GDGNICE identificó y seleccionó una revisión Cochrane de las intervenciones en crisis para las personas afectadas de problemas graves de salud mental (Murphy et al., 2012) para su revisión y posterior análisis. El GDG de la presente guía también seleccionó y analizó la revisión Cochrane posterior (Murphy et al., 2015).

El GDG adoptó los criterios de inclusión y definición de resolución de crisis desarrollados por la revisión Cochrane de los estudios de los CRHTTs en la gestión de las personas con enfermedades mentales graves. La intervención en crisis y el tratamiento de comparación fueron definidos como sigue:

- resolución de crisis es cualquier tipo de tratamiento orientado a la resolución de una crisis o un episodio psiquiátrico agudo, por un equipo con competencias específicas para hacer frente a este tipo de situaciones, dentro y fuera del horario habitual de trabajo.
- "atención estándar" es la atención habitual dada a aquellas personas que experimentan episodios psiquiátricos agudos en la zona en cuestión; incluyendo los tratamientos basados en el hospital de todos los estudios revisados.

El objetivo de la revisión fue examinar los efectos de la atención de los CRHTT para las personas con enfermedad mental grave que experimentan un episodio agudo, en comparación con el tratamiento estándar que habitualmente reciben.

### *Resumen de la evidencia clínica*

Para las personas con esquizofrenia y otros problemas graves de salud mental que presenten una crisis aguda, la atención de un CRHTT 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. Los CRHTTs también parecen aumentar la adherencia a los servicios, mejorar la calidad de vida y tener un efecto ligeramente mejor sobre algunos resultados clínicos.

Una reciente revisión sistemática realizada por Paton y cols. (2016), confirma todos los resultados anteriores, aunque encontraron que el nivel de implementación de este modelo de atención en Reino Unido es muy variable, con pocos equipos que cumplan todos los criterios basados en la evidencia para una buena práctica.

## 13.3.- Hogares de crisis

### *Introducción*

Los Hogares de crisis son una alternativa residencial para la atención aguda en una crisis, que pueden proporcionar apoyo a la atención recibida por el CRHTT local. Están diseñados para ser un "hogar lejos del hogar" para las personas que están experimentando una crisis y están ubicados en la comunidad local. Los Hogares de crisis cuentan con personal las 24 horas del día, ya sea a través de un equipo de salud mental entrenado perteneciente a los servicios de salud mental, o por trabajadores de apoyo entrenados en la atención de crisis y pertenecientes a las organizaciones del sector voluntario. En este último caso, los trabajadores del hogar de crisis suelen estar apoyados por el CRHTT local.

El tratamiento del usuario y la gestión de la medicación es a veces responsabilidad del equipo de salud mental responsable del hogar de crisis; a veces de su psiquiatra y a veces del CRHTT basado en la comunidad. Por lo general, sin embargo, los trabajadores del

hogar de crisis participan en la planificación del tratamiento y ofrecen apoyo diario al tratamiento, al trabajo o la formación, o a otro tipo de actividades sociales que pueden ayudar al funcionamiento y a las actividades de la vida cotidiana del usuario. A veces también ofrecen transporte desde y hacia los dispositivos de tratamiento comunitarios o a las citas ambulatorias. El usuario duerme en el hogar de crisis con los trabajadores de apoyo capacitados o del equipo de salud mental disponibles, las 24 horas del día.

### *Definición y objetivo de la intervención/de la organización del servicio*

Un hogar de crisis se define como una alternativa residencial al ingreso en una unidad de agudos durante una crisis. Una casa de crisis tiene como objetivo ayudar al usuario en el mantenimiento de la autonomía y la normalidad durante una crisis dentro de su propia comunidad, pero también apoyarlo con su plan de tratamiento y en la vida diaria, lo que permite una transición más fácil para volver a la vida normal después de la crisis. Las casas de crisis también tienen como objetivo reducir el estigma de sufrir una crisis, lo que a veces puede estar exacerbado por el ingreso hospitalario, permitiendo al usuario y a las familias alejarse de la idea de que el usuario está “mal” y proporcionar el apoyo necesario para la recuperación rápida.

### *Resumen de la evidencia clínica*

Los datos disponibles de un único estudio no son concluyentes.

El GDG de esta guía analizó la revisión sistemática de Paton y cols. (2016), citada anteriormente, en la que se informa que los hogares de crisis son igual de eficaces que la hospitalización, pero están asociados con una mayor satisfacción del usuario, teniendo esta conclusión un nivel bajo de evidencia.

### *Evidencia de la economía de la salud*

El GDGNICE no identificó ningún estudio que evalúe la eficiencia de los hogares de crisis para los adultos con psicosis o esquizofrenia en la búsqueda sistemática de la literatura económica realizada para la Guía.

## 13.4.- Hospital de día para pacientes agudos

### *Introducción*

Dados los importantes costes y alto nivel de utilización de la atención hospitalaria, se consideró la posibilidad de introducir programas de tratamiento de hospital de día que actúan como una alternativa al ingreso en la unidad de agudos a principios de 1960, inicialmente en los EE.UU. (Kris, 1965; Herz et al., 1971), y más tarde en Europa (Wiersma et al., 1989) y en el Reino Unido (Creed et al., 1990; Dick et al.,1985). Esta atención puede ser proporcionada para apoyar la atención recibida por el CRHTT local.

### *Definición y objetivo de la intervención/de la organización del servicio*

El GDGNICE identificó y seleccionó una revisión Cochrane de hospitales de día para personas con problemas de salud mental graves (Marshall et al., 2011) para su revisión y posterior análisis.

El GDG adoptó los criterios de inclusión, definición de los hospitales de día para agudos y el tratamiento de comparación desarrollado por la revisión Cochrane. Son los siguientes:

- los hospitales de día para agudos son definidos como unidades que proporcionan diagnóstico y tratamiento para las personas con un episodio agudo que de otra forma serían tratadas en las unidades de hospitalización psiquiátrica tradicionales (Rosie, 1987).
- atención estándar se define como el ingreso en una unidad de hospitalización.

Por lo tanto, los ensayos sólo eran elegidos para su inclusión si comparaban la admisión en un hospital de día agudo con la admisión en una unidad de hospitalización. Los participantes eran personas con trastornos psiquiátricos agudos (todos los diagnósticos) que podrían haber sido ingresados para atención hospitalaria por no tener disponible un hospital de día de agudos.

### *Resumen de la evidencia clínica*

No hay evidencia de una diferencia entre la atención por el hospital de día y la atención estándar hospitalaria en la adherencia de los participantes. No se observaron diferencias entre los grupos en el total de días en el hospital (de día o unidad de agudos). No obstante, las personas que recibieron atención en el hospital de día se mostraban significativamente más satisfechas con el servicio frente a aquellas que no utilizaban este recurso. Esta diferencia no fue observada en el ensayo Kallert-UE-2007.

En la reciente revisión sistemática realizada por Paton y cols. (2016), encontraron que los hospitales de día para pacientes agudos son igual de eficaces que la hospitalización unidad de agudos, pero están asociados con una mayor satisfacción del usuario. Sin embargo, la calidad de la evidencia fue clasificada como baja debido al escaso número de estudios, al alto riesgo de sesgo en los estudios incluidos y a la alta heterogeneidad.

## 13.5.- Vinculación de la evidencia a las recomendaciones

El GDG de la Guía NICE (2014) encontró seis ECA (N=851) que cumplían los criterios que ellos habían establecido para la revisión de los *equipos de resolución de crisis y tratamiento en el hogar*: (Fenton et al., 1979; Hoult et al., 1983; Johnson et al., 2005; Muijen et al., 1992; Pasamanick et al., 1964 y Stein et al., 1975).
Los seis han sido publicados en revistas revisadas por pares entre 1964 y 2005 y en todos se comparaba los CRHTTs con la atención estándar definida por el estudio.
También utilizaron una revisión Cochrane de las intervenciones en crisis (Murphy et al., 2012) como fuente para verificar que se habían incluido todos los estudios pertinentes.
Para los *hogares de crisis* solo un ECA (N = 185) que proporciona evidencia clínica relevante cumplía con los criterios de elegibilidad para la revisión. El estudio fue publicado en una revista revisada por pares en 1998.

En lo que se refiere al *hospital de día para pacientes agudos,* el GDGNICE seleccionó una revisión Cochrane existente (Marshall et al., 2011) como base para esta sección de la guía. Esta revisión Cochrane es una actualización de la anterior Evaluación de Tecnología de la Salud (Marshall et al., 2001), de nueve ensayos con la adición de un gran ensayo multicéntrico de la UE (Kallert-UE-2007). Una búsqueda de ECA recientes no reveló

nuevos estudios adecuados. La revisión Cochrane incluye diez ECA (N = 2.685) que proporcionan evidencia clínica relevante que satisfacen los criterios de elegibilidad para la revisión. Los estudios fueron publicados en revistas revisadas por pares entre 1965 y 2007.

### *Valor relativo de los resultados considerados*

El GDGNICE considera que el principal objetivo de la revisión de las alternativas al ingreso en una unidad de agudos hospitalaria es evaluar la viabilidad y la seguridad del manejo de una crisis fuera de la atención hospitalaria, teniendo en cuenta las preferencias y la elección del usuario. También considera que el compromiso y la satisfacción con los servicios son esenciales cuando se evalúa la evidencia. Por lo tanto, los resultados que consideran fundamentales son:

- utilización de los servicios (por ejemplo, ingresos, reingresos)
- utilización de la Ley de Enjuiciamiento Civil (art. 763.1) y la Ley de Autonomía del Paciente (ingreso involuntario)
- la satisfacción con los servicios (usuarios y cuidadores).

El GDGNICE reconoce que no hay estudios que aborden de una manera adecuada la preferencia y la elección.

Sin embargo, consideran que los usuarios deberían tener una gama de alternativas a la atención hospitalaria, ya que esta está fuertemente asociada con el estigma y con una considerable ansiedad para ellos y sus cuidadores.

### *Balance entre los beneficios clínicos y los riesgos*

#### Equipos de resolución de crisis y tratamiento en el hogar

Los CRHTTs son un enfoque basado en un equipo que proporciona el tratamiento y el cuidado a las personas en una crisis como una alternativa al tratamiento que requiere el ingreso hospitalario. La evidencia sugiere que los CRHTTs reducen los ingresos en

comparación con la atención hospitalaria estándar durante 1 año de seguimiento y posiblemente hasta los 2 años. Sin embargo, no hay evidencia de un beneficio adicional de las tasas de reingreso. Los usuarios probablemente prefieran ser tratados por los CRHTTs frente a la hospitalización. También la adhesión a aquellos puede ser superior que al tratamiento hospitalario, así como mejorar su calidad de vida y los resultados clínicos. En cuanto a la elección de los usuarios, el GDGNICE considera que los CRHTTs poseen evidencia suficiente para recomendarlos como alternativa a la hospitalización y que deberían estar disponibles y seguir actuando como el único punto de referencia para toda la atención aguda, controlando el ingreso en las unidades de hospitalización.

### Hospitales de día para agudos y hogares de crisis

Los **hospitales de día** para agudos son una alternativa al tratamiento en el hogar para un grupo de usuarios específico que tiene apoyo en el domicilio por la tarde y por la noche pero no durante el día; o como una forma de respiro para los cuidadores. La evidencia revisada aquí sugiere que los hospitales de día para agudos son una alternativa viable y clínicamente eficaz a la atención hospitalaria; y no hay ninguna razón para pensar que los hospitales de día para agudos no puedan proporcionar las intervenciones terapéuticas basadas en la evidencia recomendadas en esta guía. El GDGNICE considera que el hospital de día para agudos es una importante alternativa a la atención hospitalaria en general, y preferida por los usuarios.

Los **hogares de crisis** son una alternativa a la hospitalización para los usuarios que no tienen ningún apoyo en casa durante el día o por la tarde y por la noche, o cuando los cuidadores son incapaces de hacer frente a la crisis y/o necesitan un respiro. La evidencia sugiere actualmente que pueden ser equivalentes a la atención hospitalaria, pero la evidencia revisada aquí no es concluyente. Hay un número creciente de hogares de crisis en todo el Reino Unido.

El GDGNICE los considera como una posible alternativa a la atención hospitalaria, si es preferida por los usuarios y como una opción importante para poder evitar el ingreso.

*Balance entre los beneficios netos de salud y el uso de recursos*

### Equipos de resolución de crisis y tratamiento en el hogar

La evidencia económica sobre los CRHTTs en el Reino Unido se basa en dos estudios. Ambos concluyeron que los CRHTTs tienen muchas probabilidades de que sean eficientes en comparación con la atención estándar para las personas con esquizofrenia y otros problemas graves de salud mental en una crisis aguda. El ahorro de costes se genera principalmente por la reducción de los costes asociados con los ingresos hospitalarios. La evidencia económica existente apoya la opinión del GDGNICE sobre que los CRHTTs deberían ofrecerse a todos los usuarios como alternativa al ingreso hospitalario. Aunque la evidencia de la eficiencia de otras alternativas es deficiente, los gastos considerables del tratamiento hospitalario hace que sea muy probable que alternativas que lleven consigo gastos similares o inferiores, sean eficientes.

### Hospitales de día para agudos

El GDGNICE no identificó estudios económicos que evaluaran la eficiencia de los hospitales de día para agudos. Sin embargo sí encontraron que es una alternativa viable, y eficaz clínicamente, a la atención hospitalaria y generalmente preferida por los usuarios.

Por otra parte, los gastos considerables del tratamiento hospitalario y el hecho de que la atención en el hospital de día para agudos se asocia probablemente con costes similares o inferiores, indica que esta debería ser una opción de tratamiento eficiente para las personas con psicosis y esquizofrenia.

## *Calidad de la evidencia*

### Equipos de resolución de crisis y tratamiento en el hogar

La calidad de la evidencia osciló desde muy baja a baja a través de los resultados. Las razones para degradarla fueron el riesgo de sesgo en los estudios incluidos, la alta heterogeneidad y los intervalos de confianza imprecisos. La evidencia incluida en la revisión de los CRHTTs planteaba un problema debido a la antigüedad de los ensayos

incluidos. Esto dio lugar a una posible información deficiente y por lo tanto a un alto riesgo de sesgo en los ensayos incluidos.

La heterogeneidad importante entre los estudios incluidos, podría explicarse por las diferencias en los resultados entre los ensayos de diferentes países ya que un subanálisis de sólo el Reino Unido dio resultados más consistentes.

### Hospitales de día para agudos y hogares de crisis

La calidad de evidencia para estas revisiones varió de baja a alta. Las razones para la degradación incluían el riesgo de sesgo, la alta heterogeneidad o la falta de precisión en los intervalos de confianza. La heterogeneidad fue una preocupación importante en la evaluación de la evidencia. Sin embargo, aunque se observó una variación en el tamaño del efecto entre los estudios, la dirección del efecto fue consistente en la mayoría de los estudios. La evidencia para los hogares de crisis fue de baja calidad, lo que es probable que sea consecuencia de la falta de evidencia disponible. La revisión de los hospitales de día para agudos fue más sólida debido a la inclusión del amplio y bien diseñado estudio multicéntrico de la UE. En general, el GDGNICE reconoció que a pesar de que los ECA son un paso importante en la evaluación del impacto de las intervenciones complejas tanto en los equipos como en otros dispositivos del servicio, hay importantes problemas asociados con la utilización de este tipo de diseño de estudio en este contexto.

### *Otras consideraciones*

El GDGNICE debatió el término "hospital de día para agudos", un término que ha quedado desfasado, y pensó que debería cambiarse por el de "atención de día para agudos" para aumentar la aceptación del usuario.

El GDG consideró que la evidencia apoya la recomendación de que los CRHTTs son una alternativa viable al ingreso hospitalario y debería ofrecerse como primera opción para los usuarios en una crisis. Por otra parte, el GDGNICE debatió y acordó que los CRHTTs deberían ser el único punto de referencia y de cribado para personas en crisis y también para el ingreso hospitalario, o cualquier otro tipo de atención aguda, que debería ser

evaluada por los CRHTTs. El GDGNICE cree que la atención de día para agudos y probablemente los hogares de crisis, puede ser considerados como alternativas a la atención hospitalaria, justificado al menos en parte por la preferencia de los usuarios y el aumento de las opciones. El GDG acordó que los CRHTTs deberían ser la piedra angular de la atención aguda en la comunidad, con otras alternativas al ingreso hospitalario que estarán determinadas en función de las circunstancias personales, las necesidades individuales y las preferencias. Tras una amplia discusión sobre la ruta de la atención aguda en salud mental, el GDGNICE concluyó que se debería considerar la gestión de la atención aguda como un sistema completo o ruta, que incluya a los CRHTTs, a la atención aguda de día, a las unidades de agudos hospitalarias y probablemente a los hogares de crisis para los que no tienen apoyo en el hogar o en la comunidad. Por otra parte, otras alternativas locales, como respiro para los usuarios y para los cuidadores, deberían ser gestionadas dentro de esta ruta local de la atención aguda.

Los gestores de los servicios de salud también deben prestar atención a la gestión de la interrelación entre la atención aguda y la atención no aguda en la comunidad.

El GDGNICE también consideró el impacto sobre los usuarios del servicio de un episodio agudo de psicosis o esquizofrenia. Los usuarios a menudo entienden la experiencia de forma muy diferente que el personal sanitario y de atención social que participa en su cuidado.

Actualmente, los comentarios de los usuarios se utilizan predominantemente como un registro de la atención y tratamiento desde la perspectiva de los profesionales. El GDGNICE para la guía 2014 acordó con los GDG de las Guías 2002 y 2009 que omitir los relatos de los usuarios de servicios sobre su experiencia introduce un sesgo sistemático en la historia clínica del caso y recomienda que los usuarios, especialmente los que son ingresados en el hospital, deberían agregar sus relatos a sus propias historia clínicas.

## 13.6.- 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.

**Referencias**

Aagaard J, Freiesleben M, Foldager L. Crisis homes for adult psychiatric patients. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2008;43:403-9.

Bola JR, Mosher LR. At issue: predicting drug-free treatment response in acute psychosis from the Soteria project. Schizophrenia Bulletin. 2002;28:559-75.

Ciompi L, Dauwalder H-P, Maier C, Aebi E, Trütsch K, Kupper Z, et al. The pilot project 'Soteria Berne': clinical experiences and results. Alternatives to the Hospital for Acute Psychiatric Treatment. 1995;32:133.

Creed F, Black D, Anthony P, Osborn M, Thomas P, Tomenson B. Randomised controlled trial of day patient versus inpatient psychiatric treatment. BMJ. 1990;300:1033-7.

Department of Health. The NHS Plan: a Plan for Investment, a Plan for Reform. London: Department of Health; 2000.

Dick P, Cameron L, Cohen D, Barlow M, Ince A. Day and full time psychiatric treatment: a controlled comparison. The British Journal of Psychiatry. 1985;147:246-9.

Fenton FR, Tessier L, Struening EL. A comparative trial of home and hospital psychiatric care. One-year follow-up. Archives of General Psychiatry. 1979;36:1073-79.

Gilburt H, Slade M, Rose D, Lloyd-Evans B, Johnson S, Osborn DP. Service users' experiences of residential alternatives to standard acute wards: qualitative study of similarities and differences. The British Journal of Psychiatry. 2010;197:s26-s31.

Herz MI, Endicott J, Spitzer RL, Mesnikoff A. Day versus inpatient hospitalization: a controlled study. American Journal of Psychiatry. 1971;127(10):1371–1382

Hoult J. Home treatment in New South Wales. In: Hall P, Brockington I, eds. The Closure of Mental Hospitals. London: Gaskell/Royal College of Psychiatrists; 1991.

Hoult J, Reynolds I, Charbonneau-Powis M, Weekes P, Briggs J. Psychiatric hospital versus community treatment: the results of a randomised trial. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 1983;17:160-7.

Johnson S, Nolan F, Pilling S, Sandor A, Hoult J, McKenzie N, et al. Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the north Islington crisis study. BMJ. 2005;331:599.

Johnson S, Needle J. Crisis resolution teams: rationale and core model. Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health. 1st edn. Cambridge: Cambridge University Press; 2008.

Johnson S, Gilburt H, Lloyd-Evans B, Osborn DP, Boardman J, Leese M, et al. Inpatient and residential alternatives to standard acute psychiatric wards in England. The British Journal of Psychiatry. 2009;194:456-63.

Johnson S. Crisis resolution and home treatment teams: an evolving model. Advances in Psychiatric Treatment. 2013;19:115-23.

Kris EB. Day hospitals. Current Therapeutic Research. 1965; 7:320–3

Lloyd-Evans B, Slade M, Jagielska D, Johnson S. Residential alternatives to acute psychiatric hospital admission: systematic review. The British Journal of Psychiatry. 2009;195:109-17.

Marks IM, Connolly J, Muijen M, Audini B, McNamee G, Lawrence RE. Home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. The British Journal of Psychiatry. 1994;165:179-94.

Marshall M, Crowther R, Sledge WH, Rathbone J, Soares-Weiser K. Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011;12: Art. No.CD004026. doi: 1002/14651858.CD004026.pub2.

Middleton H, Glover G, Onyett S, Linde K. Crisis resolution/home treatment teams, gate-keeping and the role of the consultant psychiatrist. Psychiatric Bulletin. 2008;32:378-79.

Mind. Listening to experience: an independent report into acute and crisis mental healthcare. London: Mind; 2011; Available from: http://www.mind.org.uk/assets/0001/5921/Listening_to_experience_web.pdf.

Morant N, Lloyd-Evans B, Gilburt H, Slade M, Osborn D, Johnson S. Implementing successful residential alternatives to acute in-patient psychiatric services: lessons from a multi-centre study of alternatives in England. Epidemiologia e Psichiatria Sociale. 2012;21:175-85.

Muijen M, Marks I, Connolly J, Audini B. Home based care and standard hospital care for patients with severe mental illness: a randomised controlled trial. BMJ. 1992;304:749-54.

Murphy S, Irving CB, Adams CE, Driver R. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012;5: Art. No.CD001087. doi: 10.1002/14651858.CD00087.

Murphy SM, Irving CB, Adams CE, Waqar M. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. Cochrane Database Systematic Reviews. 2015;12: Art. No.: CD001087. doi: 10.1002/14651858.CD001087.pub5.

Osborn DPJ, Lloyd-Evans B, Johnson S, Gilburt H, Byford S, Leese M, et al. Residential alternatives to acute in-patient care in England: satisfaction, ward atmosphere and service user experiences. The British Journal of Psychiatry. 2010b;197:S41-S45.

Pasamanick B, Scarpitti F, Lefton M, Dinitz S, Wernert JJ, McPheerers H. Home vs hospital care for schizophrenics. JAMA. 1964;1:177-87.

Paton F, Wright K, Ayre N, Dare C, Johnson S, Lloyd-Evans B, et al. Improving outcomes for people in mental health crisis: a rapid synthesis of the evidence for available models of care. Health Technology Assessment. 2016;20(3):1-162. http://dx.doi.org/10.3310/hta20030

Polak PR, Kirby MW, Deitchman WS. Treating acutely psychotic patients in private homes. New Directions for Mental Health Services. 1979;1:49-64.

Querido A. Community mental hygiene in the city of Amsterdam. Mental Hygiene. 1935;19:177-95.

Rosie JS. Partial hospitalization: a review of recent literature. Hospital and Community Psychiatry. 1987;38:1291-9.

Stein LI, Test MA, Marx AJ. Alternative to the hospital: a controlled study. American Journal of Psychiatry. 1975;132:517-22.

Stein LI, Test MA. Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. Archives of General Psychiatry. 1980;37:392-7.

Wheler C, Lloyd-Evans B, Churchard A, Fitzgerald C, Fullarton K, Mosse L, et al. Implementation of the Crisis Resolution Team model in adult mental health settings: a systematic review. BMC Psychiatry, 2015;15:74. doi: 10.1186/s12888-015-0441-x.

Wiersma D, Kluiter H, Nienhuis F, Ruphan M, Giel R. Day-treatment with community care as an alternative to standard hospitalisation: an experiment in the Netherlands. A preliminary communication. Groningen: Department of Social Psychiatry, University of Groningen. 1989.

# 14 ¿Cómo es la experiencia de las personas cuidadoras?

## 14.1.- Introducción

Esta área tiene dos objetivos, el primero de ellos es evaluar y discutir la experiencia de los cuidadores de personas con trastornos mentales graves y de los propios usuarios con respecto a la atención que se les presta en los servicios de atención sanitaria y social. El segundo objetivo tiene que ver con la evaluación de la efectividad de las intervenciones dirigidas a mejorar su experiencia de cuidado. El GDG de NICE ha tratado de identificar y evaluar qué características de los servicios de asistencia sanitaria y social pueden afectar positiva o negativamente en las experiencias de los cuidadores, y lo que se puede hacer desde estos servicios sanitarios para mejorar el bienestar de éstos. En esta guía se entiende por «cuidadores» la familia y amigos que, pudiendo convivir o no con el usuario del servicio, proporcionan cuidado informal y regular, y apoyo a una persona con una enfermedad mental grave, como psicosis y esquizofrenia. Concretamente, la familia es un pilar clave. Muchos autores recomiendan su participación en el proceso de evaluación y tratamiento lo antes posible. Recibir apoyo familiar ha sido identificado por los usuarios como importante en la recuperación. Los cuidadores también pueden ser cruciales para que se mantenga el compromiso del usuario con los servicios de salud mental (Lavis et al., 2015).

La población de interés en el caso de esta área son los cuidadores de personas con trastornos mentales graves, incluyendo la psicosis y la esquizofrenia, así como los propios usuarios. La experiencia de los usuarios de los servicios de tratamiento y manejo

de estos trastornos en adultos ha sido revisada exhaustivamente en el Servicio de Experiencia del Usuario en Salud Mental del Adulto de Reino Unido (NICE, 2011). Los datos recogidos en Reino Unido ponen de manifiesto que un poco más de la mitad de las personas con esquizofrenia están en contacto con un familiar cercano, de los cuales el 65% son mujeres y el 36% el padre o madre (Roick et al., 2007). Es importante reconocer que aunque el cuidado puede ser una experiencia muy positiva, la mayoría de las personas describe el impacto en términos de una "carga" que es a la vez subjetiva (percepción) y objetiva (por ejemplo, contribuyendo directamente a la mala la salud y a los problemas económicos, o la necesidad de dejar en segundo plano otras rutinas diarias) (Awad & Voruganti, 2008) y varía entre las diferentes culturas (Rosenfarb et al., 2006). Respecto a la carga subjetiva, era relativamente menor cuando los pacientes tenían niveles más altos de funcionamiento y cuando el estado de salud de los cuidadores era bueno. En cuanto a la carga objetiva, se encontró una asociación entre un nivel socioeconómico más alto de los cuidadores y la cantidad de dinero proporcionada al paciente (Flyckt et al., 2015). Con respecto al sexo, varios estudios han revelado que los familiares de usuarios varones con esquizofrenia sufren una disfunción social más grave que los familiares de mujeres con el mismo trastorno (Awad & Voruganti, 2008). También se han descrito algunas diferencias culturales, por ejemplo, es menos probable que los cuidadores afroamericanos refieran sentirse desbordados o que manifiesten actitudes de rechazo hacia su familiar enfermo en comparación con la población blanca (Rosenfarb et al., 2006). Un estudio europeo (con sede en Italia, Inglaterra, Alemania, Grecia y Portugal) informó que los cuidadores de adultos con esquizofrenia empleaban un promedio de 6 a 9 horas diarias en tareas de cuidado (Magliano et al., 1998). Muchas personas no pueden trabajar o tienen que ausentarse del trabajo para atender a su familiar, y cuando estos costes se combinan con los derivados de reemplazar los cuidadores informales por trabajadores remunerados, la estimación anual del coste potencial del Sistema Sanitario Británico es de 34.000 £ por persona con esquizofrenia (Andrew et al., 2012).

El apoyo a los cuidadores puede ser muy complicado y a veces es difícil para el personal sanitario y de los servicios sociales saber qué resulta más útil en cada momento para los cuidadores. La información y el apoyo que se ofrecen en las etapas tempranas de la atención pueden ser los más eficaces, sobre todo si permiten proporcionar una base sólida de conocimientos y habilidades que los cuidadores puedan aprovechar en diferentes

momentos. Es bien conocido que la familia y los amigos pueden ayudar u obstaculizar en la recuperación del usuario y la intervención familiar, concretamente, tienen un importante impacto en la tasa de recaída (ver área 9, que muestra los efectos beneficiosos de la intervención familiar para las familias de las personas con psicosis y esquizofrenia). Sin embargo, sigue siendo difícil acceder a este tipo de intervenciones (Fadden & Heelis, 2011). En tiempos de crisis, las necesidades de los cuidadores son mucho más urgentes, por lo que facilitar el acceso en estos momentos puede ser muy útil. No solo son importantes las intervenciones encaminadas a la psicoeducación y adquisición de habilidades de cuidado sino también dirigidas al apoyo emocional y escucha activa de los cuidadores como personas. De hecho, algunos cuidadores relatan que el personal médico nunca les había preguntado cómo se sentían y que no tenían oportunidad de hablar sobre sus emociones. Sería muy positivo habilitar espacios alternativos sin prisas en los que se les tuviera en cuenta como individuos con valiosas experiencias (Lavis Anna et al., 2015).

Estudios europeos realizados con familiares de personas con esquizofrenia mostraron que la carga de la atención fue menor cuando el apoyo de la red profesional y social estaba disponible y se proporcionaron las intervenciones psicosociales pertinentes por parte de los servicios sanitarios y sociales (Jeppesen et al., 2005; Magliano et al., 2006).
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, debido a la naturaleza sensible de los problemas de salud mental, y esta preocupación puede verse agravada por las diferencias de opinión de los profesionales acerca de qué información puede ser compartida. Esto contrasta con la práctica clínica en otras áreas sanitarias, donde cada vez se hace más énfasis en la colaboración entre los profesionales, los usuarios del servicio y sus familias y cuidadores. En su guía Cuidadores y Confidencialidad, el Real Colegio de Psiquiatras de Gran Bretaña ha reconocido la importancia de la formación médica en el intercambio de información y confidencialidad para empoderar a los usuarios del servicio y sus cuidadores (Royal College of Psychiatrists, 2010).

### *Práctica actual*

Hay grandes variaciones en relación a la oferta de la intervención familiar o de otro tipo de apoyo para cuidadores, así como en la medida en que los profesionales valoran la

importancia del papel de los cuidadores en la vida y la recuperación de los usuarios. Por otra parte, los profesionales se sienten confundidos a menudo al tratar temas como la confidencialidad y la información a compartir, propiciando con su comportamiento que los cuidadores se sientan aislados y solos algunas veces. Por ello, muchos cuidadores en Reino Unido recurren a organizaciones del sector del voluntariado como 'Rethink'. Como resultado, podría decirse que no hay un enfoque consistente de apoyo a la salud y a la asistencia social dirigida a los cuidadores a lo largo del país. En algunas áreas, los cuidadores están bien apoyados a través de los servicios de salud mental, aunque esto es probablemente la excepción. Los cuidadores suelen sentirse inseguros con respecto a sus funciones o incluso a sus derechos, como el derecho a la evaluación a los cuidadores vigente en el Reino Unido. Las directrices de la guía NICE 2002 y 2009 no abordaron plenamente estas necesidades ni evaluaron con mayor precisión las necesidades de los cuidadores. La guía NICE 2014 sí incluye más extensamente ya estas cuestiones.
Así, en el área homóloga a ésta de la guía NICE (NICE, 2014) se intenta corregir este desequilibrio de dos maneras. En primer lugar, el GDG de NICE ha llevado a cabo una revisión de los estudios cualitativos de las experiencias de los cuidadores cuando son atendidos en los servicios sanitarios y sociales. En segundo lugar, el GDG de NICE decidió buscar y evaluar ensayos cuantitativos de las intervenciones dirigidas específicamente a mejorar la experiencia de los cuidadores. En esta versión adaptada, además, se ha incluido un estudio cualitativo original realizado con una muestra de cuidadores de usuarios atendidos por el sistema sanitario español. Asimismo, se ha incluido una revisión de los trabajos cualitativos que exploran la experiencia de los propios usuarios diagnosticados de psicosis o esquizofrenia, ya que la GDG consideró importante incluir el punto de vista de los afectados en la guía, al igual que se hace en las guías dirigidas a otros trastornos psicopatológicos (por ejemplo, García-Herrera et al., 2015). El GDG de la presente guía consideró importante hacer esta revisión, debido a que la Guía de la Experiencia de los Usuarios incluye a usuarios con todo tipo de diagnósticos, y se consideró que la experiencia de personas diagnosticadas de trastornos mentales graves puede ser cualitativamente distinta de la experiencia de las personas diagnosticadas de trastornos mentales comunes.

## 14.2.- Experiencia de los cuidadores y los usuarios (revisión cualitativa)

### 14.2.1.- Definición y objetivo de la revisión

El objetivo de esta revisión cualitativa es evaluar la experiencia de la atención recibida desde la perspectiva de los cuidadores informales de personas con enfermedades mentales graves, y desde la propia visión de los usuarios. Específicamente, por un lado, se revisaron 69 estudios que se centran en los factores relacionados con los servicios sociales y sanitarios que tienen un efecto beneficioso o perjudicial en la experiencia general de los cuidadores de usuarios con psicosis o esquizofrenia y, por otro lado, también se revisaron 17 estudios en los que los informantes eran los propios usuarios. Esta revisión cualitativa precede a una revisión de las intervenciones que examina las intervenciones que los servicios sanitarios y sociales pueden llevar a cabo para mejorar la experiencia de los cuidadores de adultos con trastorno mental grave (sección 4.4).

### 14.2.2.- Calidad de los trabajos de investigación revisados

La Tabla 8 del área 4 de la guía NICE presenta preguntas específicas de control de calidad que son relevantes en relación a la metodología de los estudios considerados. La lista de control de calidad completa se puede encontrar en el Apéndice 15b de dicha guía (NICE, 2014).

La calidad metodológica y el riesgo potencial de sesgo fue incierto en todos los estudios. Concretamente, 12 de los 26 estudios proporcionan información suficiente acerca de los métodos empleados. Dos de ellos no describen claramente el objetivo del estudio (Knudson & Coyle, 2002; Small et al., 2010). Siete (Goodwin & Happell, 2006; Knudson & Coyle, 2002, Laird et al., 2010; Lumsden & Rajan, 2011; Saunders & Byrne, 2002; Small et al., 2010 y Weimand et al., 2011) proporcionan información insuficiente en cuanto a la justificación de la metodología, así como de la justificación del muestreo y los métodos seleccionados para el análisis de los datos. Los detalles relativos a la recogida de datos, incluyendo una descripción clara del procedimiento, se describen de manera insuficiente en siete estudios (Hughes et al., 2011; Knudson & Coyle, 2002; Laird et al., 2010; Lumsden & Rajan, 2011; Saunders & Byrne, 2002; Small et al., 2010 y Weimand et al., 2011). Además, 10 estudios (Askey et al., 2009; Goodwin & Happell, 2006; Knudson & Coyle, 2002, Laird et al., 2010; Lumsden & Rajan, 2011; Saunders & Byrne, 2002; Small et al., 2010; Tranvag & Kristoffersen, 2008 y Weimand et al., 2011) no describen adecuadamente la fiabilidad de la metodología y/o análisis, como por ejemplo si hubo varios investigadores

implicados en el análisis de datos o si se abordan los resultados discrepantes. Dos estudios no proporcionaron una conclusión adecuada (Laird et al., 2010 y Levine & Ligenza, 2002) y dos (Lumsden & Rajan, 2011 y Small et al., 2010) incluyeron una descripción limitada de las implicaciones del estudio, pero no un examen adecuado de las limitaciones.

### 14.2.3.- Resultados de los estudios cualitativos sobre la experiencia de los cuidadores con los servicios sanitarios y sociales

Los resultados de esta revisión 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 se identificaron cinco temáticas:

(1) las relaciones con el personal sanitario;

(2) la valoración de la propia identidad y la experiencia del cuidador;

(3) la implicación y la toma de decisiones compartida;

(4) proporcionar información clara y comprensible y

(5) el acceso a servicios de salud.

A continuación se presenta un resumen de estos resultados.

#### *Las relaciones con el personal sanitario*

Los cuidadores refirieron que los profesionales sanitarios que eran acogedores, empáticos y se interesaban por las necesidades personales de los cuidadores generaban un ambiente de confianza, tranquilidad y respeto mutuo. Esto, a su vez, hacía que los cuidadores se sintieran más en contacto con los servicios de salud mental y pudieran desarrollar relaciones fluidas con los profesionales sanitarios, lo que consideraban muy importante para su experiencia de cuidado. El poder mantener un diálogo continuo y de confianza con los profesionales sanitarios era importante tanto para garantizar y facilitar la atención de los usuarios de los servicios, como para asegurarse de que sus propias necesidades como cuidadores eran reconocidas y tratadas. Por ejemplo, un contacto sostenido con los profesionales sanitarios permitió que los cuidadores sintieran que alguien entendía sus dificultades, lo que ayudó a reducir la sensación de aislamiento. Lo que permitió aún más este proceso fue que los profesionales sanitarios ofrecieran apoyo a los cuidadores incluso de forma proactiva:

*Sí, porque si el profesional se pone en contacto contigo, piensas que ellos están ahí, mientras que si eres tú quien tiene que contactar con ellos, uno podría pensar "oh, estoy siendo una molestia" o lo que sea, así que realmente tiene que salir de ellos.... (Wainwright et al., 2015)*

Los cuidadores a menudo refieren que las mejores relaciones con los profesionales de la salud se desarrollaron gracias a la facilidad de acceso al personal y a que los profesionales se mostraron flexibles a las necesidades individuales de los cuidadores y las familias:

*Simplemente están ahí y se ofrecen para ayudar. Estoy 100 % seguro de que yo puedo coger el teléfono y llamar al equipo de tratamiento de... [nombre de la hija] y listo. Tengo toda la confianza del mundo en que ellos están ahí para mí. (McCann et al., 2011)*

Por el contrario, algunos cuidadores experimentaron dificultades para acceder a los profesionales sanitarios y se sintieron frustrados cuando en los servicios sanitarios no se les proporcionó alguna información requerida o no se les devolvieron las llamadas telefónicas:

*Me llevó un buen rato porque nadie respondía. No había nadie, y tuve que dejar un mensaje... me dijeron que me iban a llamar, pero nadie volvió a llamar. Ése fue el problema principal. Si llamas, deberían simplemente devolverte la llamada. Ya sabes, si estoy llamando, ya sabes que es para decirle que algo está pasando con mi hermano. Simplemente devuelva la llamada. (Bergner et al., 2008)*

El hecho de que el personal escuche las necesidades y peticiones de los cuidadores y responda adecuadamente también facilita la cooperación entre los profesionales y los cuidadores:

*Yo no creo que haya habido ni una sola vez que yo haya expresado mi opinión sobre algo y que el personal no haya hecho algo al respecto. Siempre hacen algo al respecto. (Hughes et al., 2011)*

*Me sorprendió gratamente la conversación positiva, así como la forma en la que fuimos recibidos y escuchados aquí. (Nordby et al., 2010)*

Por el contrario, los cuidadores se sentían enfadados y frustrados cuando los profesionales sanitarios parecían no escuchar sus puntos de vista y opiniones:

*A veces, los profesionales no escuchan y no entienden lo realmente que está sucediendo con (nombre del hijo). Deberían escuchar más lo que los cuidadores dicen. Resulta frustrante. (Askey et al., 2009)*

Los cuidadores también describen cómo la falta de empatía de los profesionales de la salud empeoró su experiencia en los servicios sanitarios. En particular, una actitud de desprecio por parte del personal hace que los cuidadores se sientan infravalorados y problemáticos. Estas frustraciones dieron lugar a sentimientos de desconfianza y minaron las relaciones de colaboración:

*Sentí que yo, como madre, fui totalmente ignorada desde el principio. Tuve que luchar y enfadarme para que me escucharan. Sentí, simplemente, que estaba molestando. (Nordby et al., 2010)*

Por último, los cuidadores refieren dificultad para desarrollar relaciones fluidas en los servicios cuando son atendidos por diferentes miembros del equipo con frecuencia. Tener una sola persona de contacto y la continuidad de los profesionales sanitarios, por lo tanto, fue un aspecto muy valorado por algunos cuidadores.

### *La valoración de la identidad y la experiencia del cuidador*

Antes de ponerse en contacto con los servicios, los cuidadores describen la forma en que asumieron la responsabilidad de atender a su familiar enfermo, a menudo en solitario y sin ayuda externa. A través de los estudios que tratan sobre este tema, los cuidadores refirieron que fue muy importante que el personal sanitario reconociera el papel que había jugado el cuidador en la gestión de los síntomas del usuario y que utilizaran los conocimientos que éste había adquirido con su experiencia para elaborar el plan de tratamiento, por ejemplo:

*Ellos [los cuidadores] sugieren en este estudio que, como ellos conocían bien a su familiar y demostraban habilidades para atenderlo, deberían ser considerados como parte del equipo multidisciplinar y respetados por los profesionales. (Askey et al., 2009)*

Sin embargo, los cuidadores describen sentirse impotentes y alienados cuando no se cumplieron sus expectativas de ser valorados por los profesionales sanitarios. En este caso, los profesionales fueron percibidos como que ignoraban el punto de vista de los cuidadores, llegando a percibirlos incluso como arrogantes:

*Él [el psiquiatra] no estaba ni remotamente interesado en nada de lo que yo tenía que decir acerca de mi hija- actuaba como si él la conociera mejor que yo. (Nicholls & Pernice, 2009)*

*El impacto de ingresarlo en el hospital fue más intenso cuando descubrimos cómo funcionaba el sistema. Llegamos con confianza en los profesionales; de que se encargarían de nuestro hijo... y de que nuestra experiencia y conocimientos acerca de él podrían ser de utilidad en el tratamiento. En su lugar, sentimos que nos rechazaron con dureza, de una de manera casi arrogante. (Weimand et al., 2011)*

Las personas cuidadoras también se sentían infravaloradas y enfadadas cuando los profesionales sanitarios no reconocieron sus habilidades y no las aplicaron en la atención proporcionada al usuario por parte del servicio:

*¿Sabes lo que es normal para esta persona? ¿Sabes lo que es anormal? Tú eres la persona que sabe de eso y ellos deben tomarse en serio lo que les dices. Averiguar todo esto debería ser parte de la evaluación inicial. (McAuliffe et al., 2009)*

En contraste, los cuidadores también identificaron ejemplos positivos en los servicios en los que se les consideraba un recurso útil y se les invitó a participar en las discusiones sobre el plan de tratamiento del usuario. En este caso, los cuidadores dicen tener fe en el sistema y en los profesionales y también se asocia con una menor sensación de estrés y carga:

*En el primer momento de la hospitalización, nos sentimos que estábamos excluidos y ellos (es decir, el personal) utilizaron su propia experiencia y no escucharon la nuestra. Pero ahora nos han pedido que les hablemos de nuestra experiencia con respecto a su funcionamiento en la vida cotidiana en casa. (Nordby et al., 2010)*

Para los cuidadores, el sentimiento de ser valorado no se consigue únicamente a través de tener un papel en el plan de atención al usuario. Los profesionales sanitarios que reconocen la importancia del papel del cuidador y los mantienen informados también hacen que se sientan valorados.

*... Lo mejor creo que fue que estaba siendo informada ... incluso si ellos dicen "no podemos divulgar nada", ya están contactando, ya están diciendo "bien, usted es la madre".*
*(Reid et al., 2005)*

*La implicación y la toma de decisiones compartida*

La capacidad y el deseo de los cuidadores de participar activamente en el cuidado de los usuarios han variado según los estudios. Sin embargo, es evidente que cuando los cuidadores se sienten informados y entienden el plan de tratamiento, se reducen los sentimientos de ansiedad y estrés.

La relación entre sentirse excluido y el aumento del estrés fue particularmente evidente cuando los cuidadores eran conscientes de cambios en el plan de tratamiento que implicaban un incremento en la responsabilidad por su parte. La falta de información y de oportunidades para implicarse estuvo influenciada en gran medida por la necesidad de equilibrar la confidencialidad del usuario con la necesidad del cuidador de ser informado. A menudo los cuidadores observaron que los miembros del personal expresaban preocupaciones sobre la confidencialidad como una explicación para excluirlos de los debates relacionados con la atención del usuario:

*Nosotros mismos, en realidad, también nos hemos quedado al margen. Uh, dijeron "Bueno, éstos son ahora temas confidenciales" y, todavía lo encuentro muy difícil porque ¿cómo puedo no ser informado acerca de alguien a quien tengo que cuidar?, um, uno necesita*

*saber ciertas cosas- de lo contrario no se puede atender adecuadamente a esa persona. (Knudson & Coyle, 2002)*

La falta de comunicación y no darles la oportunidad de participar en la toma de decisiones, produjeron en los cuidadores la sensación de que se daba por sentado que se asumirían cambios que implicaban mayor responsabilidad por su parte sin previo aviso. Los cuidadores expresan cómo los profesionales sanitarios a veces asumen que ellos asumirán automáticamente cualquier responsabilidad, sin consultarles, lo que suele generar sentimientos de ira y frustración:

*Una cuidadora relató una historia sobre cómo se le excluyó de las conversaciones dedicadas a planificar el alta y luego descubrió que su hijo iba a ser dado de alta en un momento en que ella estaría fuera de la ciudad visitando a un amigo. Esta situación provocó un gran desasosiego en todos los implicados, y se podría haber evitado con una comunicación más fluida. (McAuliffe et al., 2009)*

Estos sentimientos se intensificaron cuando hubo desacuerdo entre el cuidador y los profesionales sanitarios en cuanto al tratamiento o al alta del usuario del servicio:

*... Nos destrozaron ... Yo realmente no quería que volviera a casa ya a pasar la noche, y un día que fui me pilló completamente desprevenida que el Dr. X quisiera que él se fuera de alta ese mismo día, y creo que [nombre de usuario] acababa de tener su primer fin de semana en casa... él estaba siendo realmente terco y daba muchos argumentos, y le dije que tal vez podríamos sentarnos tranquilamente y con tiempo, y que estaba siendo realmente horrible... realmente yo sabía que no estaba preparada para tenerlo en casa, pero era muy obvio que el doctor quería que volviera a casa y pensaba que estaba bien, y volvió a casa. (Jankovic et al., 2011)*

Los cuidadores también dieron ejemplos de experiencias que fomentan la comunicación efectiva con profesionales de la salud y que les permitieron sentirse involucrados y estar informados. Estas experiencias incluían situaciones en las que se les enviaron cartas y otra documentación de manera rutinaria, así como cuando el personal se había puesto en

contacto de forma proactiva con ellos para que colaboraran en la planificación de la atención y el tratamiento.

Los ofrecimientos de permanecer en contacto con profesionales sanitarios y que se les proporcionara apoyo durante el seguimiento fueron aspectos altamente valorados por los cuidadores y facilitaron que estuvieran involucrados en el proceso de recuperación del usuario. Los cuidadores expresaron la importancia de la responsabilidad compartida con los servicios de salud para disminuir los sentimientos de aislamiento y la carga. Sentir el apoyo de los servicios se asocia con una reducción percibida de la ansiedad y la carga de los cuidadores:

*... Ahora no me siento tan estresado, porque sé que hay una estrecha vigilancia de su progreso... Es un gran alivio. (Hughes et al., 2011)*

Asimismo, la ausencia de este apoyo se asoció a que los cuidadores se sintieran sobrecargados por sus responsabilidades familiares y juzgados altivamente por los servicios:

*Casi no tengo comunicación con la gente que la trata. Me siento como si ellos me estuvieran diciendo: "Tú eres extraña, nosotros somos los profesionales. Simplemente debes permanecer fuera de todo esto". Nadie me dice cómo se supone que debemos manejar esto después del alta. Es difícil no saber lo que debo hacer si ella recae de nuevo. Tengo una bolsa llena de medicamentos que yo supongo que tengo que darle. Ese es el apoyo que tenemos. (Tranvag & Kristoffersen, 2008)*

### *Proporcionar información clara y comprensible*

Una cuestión central en la experiencia de los cuidadores con el servicio se relacionaba con que se les proporcionara información individualizada. Los resultados pusieron de relieve la necesidad de que los profesionales sanitarios lograran un equilibrio entre proporcionar demasiada información y una información demasiado escasa. A través de los estudios también era evidente que había una clara necesidad de información adaptada a las necesidades y circunstancias específicas de los cuidadores. Por ejemplo, algunos expresan cómo la temporalización de la información que se les iba proporcionando tenía cierto impacto en su comprensión y retención.  A menudo esto se debió a factores

emocionales que interfieren con el procesamiento de la información. Este fenómeno fue particularmente frecuente en las etapas críticas de la atención sanitaria, así como durante la admisión del usuario en la unidad de hospitalización o durante el primer brote psicótico:

*Estábamos casi en estado de shock cuando llegamos aquí por primera vez, nos sentíamos como si estuviéramos "caminando al otro lado" y no podíamos asimilarlo todo. (Nordby et al., 2010)*

Con respecto a proporcionar información escrita a los cuidadores, hubo opiniones encontradas. Para algunos, este formato permitió que la información fuera revisada posteriormente y ayudó a mantener cierto distanciamiento emocional con respecto a la información sobre el trastorno:

*En cierto modo, es más fácil leer sobre estas enfermedades a un nivel más general. No lo hace parecer tan personal. Así, soy capaz de mantener cierta distancia y verlo como algo que sufren muchas personas. (Nordby et al., 2010)*

Sin embargo, algunos cuidadores también expresaron que la información que recibieron fue demasiado complicada y abrumadora para leerla estando solos. Dificultades tales como dislexia y las barreras lingüísticas también se destacaron como inconvenientes del formato escrito. Los cuidadores sugirieron que la información debe ofrecerse de manera proactiva, en particular antes de que se desarrolle un brote, de manera que pueda entenderse y retenerse fácilmente.

Los cuidadores a menudo no eran conscientes ni estaban preparados para los retos que les esperaban a lo largo del desarrollo del trastorno. Por eso, piensan que la información debe presentarse al principio del proceso de atención, para así evitar la angustia asociada con una falta de información en momentos posteriores, particularmente en los momentos de crisis y al recibir el alta hospitalaria:

*Descubres las cosas poco a poco después del alta. No piensas en preguntar esas cosas antes. (Nordby et al., 2010)*

### *El acceso a los servicios sanitarios*

El tema final estuvo relacionado con el acceso a los servicios. Los cuidadores sugirieron que una barrera para acceder al apoyo y los servicios era la falta de conocimiento sobre la estructura y funcionamiento de los servicios de salud mental. Esto incrementaba los niveles de estrés y los sentimientos de impotencia en algunos cuidadores, ya que refieren que a menudo no sabían con quién contactar en momentos de crisis. Esto fue particularmente evidente durante el primer ingreso hospitalario. Los cuidadores referían que necesitan acceso inmediato, pero que en su lugar fueron enviados de un servicio a otro sin una dirección clara:

*Me refiero a un día que (nombre del usuario) me hizo llorar. Tenía que salir de mi casa y simplemente entré en la comisaría de policía y hablé con alguien que estaba allí, y poco a poco me dieron consejo y me dijeron con quién contactar y esas cosas, y al día siguiente llamé, y de hecho hablé con alguien, pero incluso eso me llevó un buen rato. Yo los llamé un día y ellos dijeron que me devolverían la llamada y les dije que necesitaba ayuda en ese momento, no al día siguiente ni la semana siguiente. Creo que me devolvieron la llamada tres meses más tarde. Es realmente difícil conseguir empezar con cualquier tipo de ayuda. (Jankovic et al., 2011)*

Los grupos de apoyo para cuidadores fueron considerados por algunos como un valioso recurso para abordar algunas de estas dificultades, ya que permiten acceder al personal que facilitará la comprensión de los servicios psiquiátricos, cómo funcionan y las fuentes de ayuda disponibles:

*Creo que lo que yo necesitaba era sólo tener un punto de contacto, que nunca antes había tenido. No tenía ni idea de nadie con quien pudiera ponerme en contacto… para cualquier consejo o cualquier cosa, hasta que vine aquí. (Riley et al., 2011)*

Los cuidadores también referían haber tenido dificultades para ponerse en contacto con los servicios cuando lo habían necesitado. La frustración surgió de la falta de flexibilidad a la hora de acceder a las consultas, la programación insuficiente de citas y la falta de disponibilidad fuera del horario habitual:

*Supongo que la mayor dificultad surge cuando tenemos una crisis... Mi frustración con ellos (Equipo de evaluación y tratamiento de crisis) fue su incapacidad para venir una noche durante un episodio y luego otra vez en un fin de semana. (McCann et al., 2011)*

Con el fin de mejorar el acceso a estos servicios, los cuidadores también destacaron la necesidad de contar con unos horarios más flexibles. La ubicación de los servicios e intervenciones también era importante, por ejemplo, un elemento facilitador de la asistencia fue tener grupos de apoyo cerca de casa:

*A veces, sus familiares se ingresaron en lugares lejanos al domicilio familiar, lo que provocó un inmenso estrés tanto para el cuidador como para el propio usuario. (Askey et al., 2009)*

### 14.2.4.- Estudio cualitativo con una muestra española

Se realizó un estudio con un diseño cualitativo descriptivo, con un enfoque fenomenológico eidético, sobre la experiencia de los cuidadores en nuestro contexto sociocultural.

El reclutamiento se llevó a cabo mediante un muestreo intencional a partir de familiares de usuarios incluidos en la cartera de usuarios de la Unidad de Salud Mental Comunitaria Málaga-Centro. Para ello, se obtuvo un listado completo de todos los usuarios con diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno de ideas delirantes persistentes, y se procedió a contactar con los familiares de los que se tenían datos de contacto. Los criterios de inclusión fueron ser familiar de una persona diagnosticada de algunos de los trastornos incluidos y haber asistido, al menos, a una consulta en la unidad de salud mental comunitaria y/o disponer de sus datos de contacto. Los criterios de exclusión fueron la minoría de edad, el diagnóstico de un trastorno mental grave o una adicción y bajo coeficiente intelectual. El tamaño muestral fue sometido al principio de saturación de la información durante el proceso de recogida de datos y análisis. Una vez elegidos los familiares participantes, se les contactó por teléfono para explicar los objetivos de la investigación y solicitar su participación, con la posterior firma de un consentimiento informado.

Para valorar la vivencia personal y asistencial de los cuidadores se llevaron a cabo entrevistas grupales mediante grupos focales. Éstas fueron conducidas por un moderador neutro con experiencia en entrevistas cualitativas, junto a la figura de un observador

externo para analizar y registrar la información no verbal de la sesión. Se utilizó un guion de preguntas abierto y flexible, permitiendo y fomentando la emergencia de temas no previstos en el mismo. Para su elaboración se tuvieron en cuenta aspectos identificados en la literatura, así como en entrevistas con expertos.

Todas las entrevistas fueron grabadas en audio, transcritas literalmente e incorporadas a un software de análisis cualitativo (ATLAS Ti 7.0) de cara a llevar a cabo el análisis cualitativo de contenido (codificación de transcripciones mediante un proceso inductivo, evaluación independiente por 3 investigadores y acuerdo de las discrepancias mediante consenso).

*Resultados*

La muestra final estuvo constituida por 18 familiares, cuyas características se resumen en la siguiente tabla 20 (pagina 536).

Del análisis de los discursos del grupo se han identificado tres grandes temáticas: 1) Afrontamiento familiar de la enfermedad, 2) Cuidadores en todo momento y para siempre y 3) La relación de la familia con el sistema sanitario. A su vez, cada tema principal ha sido subdividido en diferentes subtemas tratados por los participantes.

### *1. Afrontamiento familiar de la enfermedad*

*Algo raro está pasando: los primeros cambios de comportamiento*

En la mayoría de los relatos familiares, la primera impresión sobre el problema suelen referirlo como una sensación de sorpresa, con la aparición de cambios en el comportamiento habitual de su familiar (suelen predominar inicialmente la ideación delirante de perjuicio y de autorreferencia), pero que en principio no relacionan directamente con la aparición de una enfermedad. Las familias suelen tardar un tiempo, más meses que días, en darse cuenta de que se trata de una patología psiquiátrica y, cuando se dan cuenta, se encuentran desconcertados, con el consiguiente incremento del tiempo de psicosis no tratada, habitualmente varios meses y, en algunos casos, años.

*Mi hijo también empezó… cuando ya se puso malo aquel día, llorándome, que se quería morir, que venían a por él, y que vienen, y que vienen…*

En otras palabras, en un primer momento, la familia no suele entender qué está ocurriendo y le cuesta un tiempo asumir la nueva situación. Incluso durante un tiempo les cuesta aceptar lo que está ocurriendo. Además, al principio no es fácil llegar a un acuerdo sobre qué hacer.

*Cuando te viene todo esto así, no entiendes nada. Además … es muy difícil de llevar… Al principio es tremendo, tremendo… unos quieren hacer una cosa, y otros quieren actuar de otra manera…*
*…entonces te encuentras que no sabes lo que vas a hacer…*

*El proceso de aceptación de la enfermedad por parte de la familia*

Son varios los familiares que comentan haber necesitado un tiempo largo para aceptar la enfermedad, para darse cuenta de que lo que tenían "entre manos" era un trastorno y no una persona con una "forma de ser difícil" y que se trata de un proceso que a veces resulta duro.

*Llegó un momento en que comprendí la realidad de lo que estaba pasando, entendí que era una enfermedad y que, bueno, él no era así porque era así, sino por su enfermedad.*

*El afrontar que es una enfermedad ha costado.*

*Yo tengo muchísima familia, sobre todo mi marido, una familia grandísima. Y nos visitamos. Nos relacionamos mucho. Claro, pues lo sabe mucha gente. Lo sabe todo el mundo. Nosotros no lo hemos…(ocultado) Lo que es, es. Ya está.*

Una vez aceptado el trastorno, la familia empieza a acomodarse a la sintomatología que no remite y así se puede restaurar la convivencia.

*Ella tiene sus rarezas, pero es buena chica.*

*Él está como en guardia. Todo el día está así … a ver si uno se ha reído… eso es lo que a él más le afecta… Yo le digo "hijo, por favor, si están de broma…". Claro que afecta. Lo ven*

*como una cosa que no… y eso que la familia no tiene ningún reproche hacia él ni nada. Todo lo contrario. Pero, claro, estamos siempre en guardia.*
*Entonces son cosas como que… muy cuadriculados. Este día es para esta cosa y esta cosa es lo que hay que hacer… No se puede cambiar de día.*

*El impacto emocional y en el funcionamiento familiar*

A lo largo de la entrevista, los familiares van relatando situaciones y expresando las emociones que sintieron durante las distintas etapas de la enfermedad de su familiar. Son frecuentes los trastornos emocionales en los familiares (problemas de sueño, los sentimientos de intranquilidad, de inseguridad…) y, en general, expresan muchas dificultades hasta aprender a manejar el tipo de situaciones que puede propiciar la sintomatología psicótica.

*Mi hija no se comunicaba con nosotros para nada… como si nos rechazara… a los hermanos… era una cosa muy difícil para nosotros como familia.*

*Mi mujer eso lo lleva regular…cuantito que la ve un poquito subidilla se pone también nerviosa, no duerme.*

*Mi otro hijo, cuando vivía en la casa, también lo pasó fatal. Yo lo escuchaba en la cama llorar por las noches, al hermano, hasta que se fue.*

*Es muy difícil, cuando empiezas a vivir estos problemas y lo vives de niño. No es lo mismo que vivirlo de adulto… mi infancia, la infancia de mi hermana pequeña, que es 6 años más pequeña que yo… y recuerdo que a mi hermana hubo que sacarla de casa, porque la situación era insostenible…, yo me quedé, y entonces, yo, la sensación era decir: "cuando pueda, salgo huyendo de aquí"*

En la mayoría de los casos, los jóvenes, en la crisis grave, recurren a sus padres, siendo éstos los que suelen buscar ayuda médica.

En casi todos los casos, se relata cómo la aparición de la enfermedad pone en marcha una intensa dependencia, implicando generalmente a algún familiar cercano (madre, padre,

marido, hijo-a) del cual suele hacerse dependiente la persona en los momentos de crisis para las actividades de la vida diaria.

*A mi hijo, cualquier cosa un poco más fuerte le altera… se chinga. De comida, no sabe hacer nada. Por la mañana sí, el desayuno. Se hace su leche y ya está. Pero que no, no quiere aprender nada.*

Encontramos relatos en los que la situación de descompensación de la persona afectada recae sobre los hijos y/o hermanos pequeños.

*Nos relataba una madre: "Mi hija, cuando se ponía peor, hasta denunciaba a su hijo porque se creía que le pegaba, aunque no era verdad".*

**2. Cuidadores "en todo momento" y "para siempre"**

*Abriendo paréntesis: Coste personal del cuidador*

La familia relata el importante coste emocional y personal que acontece con la irrupción del trastorno en la casa, principalmente en los inicios. Reconocen la necesidad de ayuda y apoyo en esos momentos para "no dejarse arrastrar" por el negativismo.

*Notas que te arrastra, que te aísla, que te encuentras peor de ánimo, y eso no puede ser… cuando tienes que estar tirando de otra persona, ¡no te puedes hundir! ahí sí que un poquito de ayuda se necesita...*

Algunos familiares hablan del periodo vivido a partir de esa experiencia como de un paréntesis en sus vidas, en el que tienen que dejar atrás muchos proyectos personales y asuntos que antes les resultaban importantes.

*Yo creo que todos hemos dejado un poco de nosotros mismos en esto… hemos aparcado todos nuestros… lo que en ese momento eran nuestros proyectos.*

*"En todo momento" y "para siempre"*

Incluso cuando la persona mantiene una autonomía importante en las actividades de la vida diaria, la familia siente que tiene que estar pendiente y apoyando a su familiar

afectado, ya que aparecen momentos en los que “se vienen abajo” y necesitan de alguien que “tire de ellos”.

*Ella es autónoma: ella se levanta, va a sus clases, va a tal, se hace de comer… o sea, que no necesita a nadie para eso… pero que tengo yo que estar muchas veces detrás de ella: ¡venga, vamos, levántate!… ¡venga, da un paseo!... Tengo que estar detrás.*

Entre los participantes, se observa un predominio importante del cuidado por parte de los padres, mayor aún en las madres, incluso cuando su edad es bastante avanzada. Generalmente, se establece una relación de mucha dependencia en el usuario con su madre.

*Y yo soy mayor, tengo 84 años ya, y estoy sola, que su padre murió hace ya 16 años, y son tres hermanos. Uno está en Córdoba de profesor, y el otro casado, que se ha ido ahora, y estoy sola con él. Sola, sola, sola.*

*Está pegada a mí de tal manera que ella tiene un miedo horroroso a que yo le falte.*

*Él hace una vida más o menos… Ayuda en casa. Le gusta mucho la cocina y se mete con eso. Si los sobrinos están, él va y los recoge. Vamos al cine los dos. Hacemos una vida normalizada, dentro de sus límites.*

A veces, cuando el matrimonio tiene una buena relación, esta relación de dependencia se comparte, llegando a utilizarse la expresión “un matrimonio de tres” para reflejar que incluyen al hijo como parte de la pareja, yendo juntos a muchas actividades. La dificultad para relacionarse socialmente (retraimiento social) hace que los chicos y chicas recurran a su familia de origen como principal y a veces único grupo social con el que llevar a cabo actividades fuera de la casa. La pareja también se vuelve una fuente de apoyo mutuo en estos casos.

*Un matrimonio de tres. Yo, con mi hijo, a todas partes. Los tres.*
*Mi hija también se viene con nosotros. Vamos de viaje y viene con nosotros.*

*Desde que mi marido se jubiló y yo también, nos hemos jubilado los dos. Claro, él quiere que yo vaya con él a dar las clases de informática, total, a todos lados los tres. Yo hablo con mi marido mucho. Yo tengo muchas conversaciones sobre el tema.*

Finalmente, otro tema que sale con frecuencia en el relato es la ausencia de la curación, con el desgaste que esto puede suponer para toda la familia.

*Pero el problema es gordo, porque yo no le veo el fin.*

*Yo entiendo que eso va manteniéndose, pero que eso no se cura. Por lo que se ve. Eso creo yo.*

*Miedo al estigma y ocultamiento*

Una vez conscientes del diagnóstico, enseguida aparecen los temores sobre el estigma social en los familiares, viniendo a complicar aún más la ya dolorosa situación.

*¡Y el estigma social!, que es enorme, enorme.... Todo el mundo…, bueno, ¡lo ven como un loco!, no como un enfermo… Por eso después tienen tanta inseguridad y tantos miedos.*

*Es duro para todo el mundo. Todas las enfermedades son malas, pero luego hay otras que están mal vistas, como ésta. Es una de ellas. ¿Yo para qué le voy a decir a una "mira, fulanita, que mi hijo tiene esta enfermedad"? Pues no. Porque como fulanita no me va a poder ayudar en este aspecto, pues ¿para qué?*

La familia suele intentar ocultar el diagnóstico a su alrededor, aunque a veces es evidente que existe algún problema de salud mental.

*Mi familia no sabe nada de esto. De la enfermedad, no. No se lo he contado a nadie. Ni se lo voy a contar. ¿Para qué? Nadie va a hacer nada. Nadie puede hacer nada.*

*La familia de mi marido sí sabe algo, "que tiene depresión". Ahora, no le he llegado a decir lo que tiene en realidad. Ni a los vecinos les digo lo que tiene mi hija, ¿no? No tengo por qué decírselo. ¿Ustedes qué piensan? Digo "Que tiene depresiones".*

*En mi casa sabe todo el mundo que está mi hijo malo, aunque yo no he dicho nada.*

*Los hermanos y otros familiares allegados. Relevo de la cuidadora principal*

Existen algunos "hermanos cuidadores" que, aunque reconocen el papel principal de la madre, están bastante implicados en la situación familiar y dispuestos a hacer el relevo si se diera el caso.

*Ella tiene mucho calor de la familia, porque enfrente de casa viven dos hijas mías. Entonces, al vivir dos hijas mías, pues ella está mucho con sus hermanas.*

*En todos los sentidos. Yo creo que uno vive exclusivamente para ella, estando pendiente a la situación, a sus problemas…*- relata una hermana.

*Yo tengo la ayuda de mis hijos. Yo tengo un hijo médico, una hija enfermera… vamos, que son mayores, cincuenta y tantos… y también están pendientes.*

*También nos apoyan sus hermanos.*

*Yo tengo a mis hijas, sí. Una es enfermera y si tenemos que consultar algo de esto o de lo otro… Sí, sí, y yo también. Estamos pendientes de ella.*

A los padres que viven esta situación y que no ven claro el relevo en el cuidado, les preocupa mucho el mañana, el día que ellos mismos falten y qué va a ocurrir con sus hijos. Por este motivo, varias madres insisten en que aprendan las habilidades básicas de cuidado personal y del hogar, por si se quedan solos, que estén lo más preparados posible.

*Yo pienso que cuando falte y lo metan en un sitio, eso va a ser su muerte.*

*No le faltará de comer ni de nada, porque tiene una casa grande que a los hermanos no les hace falta. El piso es muy grande y los hermanos no se lo quitan. Eso no. Pero está solo. Está solo.*

*A lo que tengo miedo es a cuando faltemos su padre y yo. Claro, porque no es una persona cómoda para convivir. Y además un chico. Y eso a mí también me tiene descompuesta.*

*Ha aprendido a hacer muchísimas cosas. Yo le he enseñado. Porque yo quiero enseñarlo, para que el día de mañana que esté solo… porque todavía tengo esperanzas de que se eche una novia y me traiga nietos y todo… total, yo lo estoy enseñando a guisar. Hace su puchero, su potaje, su "estofao"…*

*Mi hijo va empezando a hacer algo. Para el día de mañana tiene que saber un poquito… que ellos se sepan defender.*

### *Cuidar al cuidador*

En cuanto al cuidado de las cuidadoras, algunas refieren haber necesitado ayuda psicológica para afrontar ellas mismas la situación y poder hacer frente a los trastornos emocionales derivados de este rol.

*Pues yo he tenido que empezar otra vez a ir al psicólogo.*

*Yo he ido al grupo de padres del Centro, antes cuando se hacía. He ido allí. Ahora ya no, pero antes sí he acudido a las reuniones. ¿Cómo lo vamos a llevar pensando en el día de mañana?*

*Yo ahora estoy depre, ¿comprendes?*

En su medio social, las cuidadoras a veces no tienen a quién recurrir, o simplemente no recurren por no molestar a los demás.

*Yo no tengo a quien recurrir. Qué va.*

*Yo me callo porque estoy siempre sola. Si acaso a mi hermana. A mis hijos no los llamo. Me quedo yo sola y aguanto, aguanto… y después lo digo cuando ya no puedo más… hasta se ha puesto agresivillo y yo me he salido del piso con la llave y me he quedado*

*sentada en la escalera. Y él "mamá, mamá, mamá…" y he entrado después, cuando se le ha pasado. Yo he pasado mucho también con él.*

### 3. La relación de la familia con el sistema sanitario

*Entrada en el sistema sanitario*

En todos los casos relatados, son los familiares los que llevan a la persona afectada al psiquiatra, o al psicólogo, a veces sin pasar previamente por el médico de familia. Y lo hacen obligando al afectado, que no lo ve necesario o se niega activamente a esta consulta.

*A ella hubo que arrastrarla a las consultas, lo que pasa es que es verdad que la familia hemos estado muy encima de ella…*

*La llevamos nosotros, que no fue ella… no era consciente… pero ahora sí es consciente ella de la enfermedad…*

Para muchos, al aparecer la psicosis, la alternativa más inmediata de tratamiento es la medicina privada, incluso aunque a veces hayan comenzado a consultar con el médico de familia. Con el tiempo todos los informantes acabaron en el sistema sanitario público . Algunos de los factores que parecen influir en esta decisión es el poder adquisitivo de la familia y si se dispone o no de información sobre dónde acudir.

*Nadie me informó de que lo podía llevar a la seguridad social.*

*Eran de pago los que íbamos al principio.*

*Nosotros, por el dinero, lo estuvo viendo un doctor. En lo privado. Ahora lo ven en la pública desde hace muchos años.*

*Vas a un psicólogo, un particular. Pasas por la calle y ves "psicólogo" y piensas "pues aquí meto a mi hijo".*

En algunos casos se describe cierta dificultad, a veces, para reconocer la enfermedad por parte de los primeros profesionales a los que se les consulta, que interpretan los pródromos y primeros síntomas como alteraciones conductuales propias de la edad. Algunos profesionales incluso culpabilizan de este tipo de comportamientos a los padres, lo que provoca un gran desasosiego a la familia que ha tenido que obligar a su hijo o hija a ir a consulta.

*Salimos de allí enfadados porque nos dijo que nosotros éramos los que estábamos mal, que la niña estaba muy bien.*

En cuanto al tipo de sanidad, pública o privada, este grupo se decanta por la sanidad pública, valorando muy positivamente el trato humano recibido y el tratamiento multidisciplinar: además de la consulta médica, la atención por enfermería, intervenciones psicoeducativas grupales, etc.

*El trato es muy humano… en la sanidad pública, aparte de la atención a los enfermos, tiene otras muchas cosas… estas reuniones… yo qué sé…no tiene nada que ver con la sanidad privada.*

*Son personas más implicadas… Se implican mucho más en los casos.*

También encontramos varias familias que son derivadas desde las consultas privadas al sistema sanitario público, en vista del diagnóstico de gravedad.

*Llevé a mi hijo a casa de este doctor y me dice "le voy a dar un teléfono, que yo paso consulta en este centro, por la seguridad social, llame usted a este teléfono y pida cita, porque esto va para largo".*

La mayoría de las familias también coinciden en describir el peregrinaje por distintos médicos y tratamientos hasta encontrar algo que estabilizara a sus familiares.

*Mucho de llevarla a Madrid… muchísimos médicos…*

*Lo han visto muchos doctores.*

*Muchos médicos lo han visto. Y se ha tomado las medicaciones.*

### *Impacto del diagnóstico*

La manera en que se le comunica al familiar el diagnóstico es diferente para unos y otros. En general es una experiencia que se relata como algo impactante de forma negativa, y aún peor es vivida cuando se dice sin preámbulos y bruscamente. La utilización de la palabra loco parece muy dolorosa para algunos familiares.

*Lo primero que me dice es que mi hijo está loco, que padece esquizofrenia… así, ¡de sopetón… bum! Digo "¿qué dice?". Dice: "Señora, y cuanto antes usted lo acepte, mejor, porque su hijo es loco, lo que se suele decir loco". Total, que yo salí de allí fatal.*

En cualquier caso, sea como sea comunicada, la noticia de que un familiar es diagnosticado de esquizofrenia u otra psicosis siempre supone un fuerte impacto.

*Muy duro. La verdad es que fue un golpe muy duro. Un golpe que yo creo que es una enfermedad muy difícil, para ella y para todos los familiares que están a su alrededor.*

*El médico, cuando vio todo lo que la niña contaba, nos dijo que era "esquizofrénica paranoica" de ésas…, un golpe muy duro, porque esto es difícil.*

### *Participación de la familia en el proceso terapéutico*

Todos los participantes opinan que la familia es un elemento clave en la toma de decisiones y el cumplimiento del tratamiento, no solo del farmacológico, sino también del seguimiento terapéutico. Y piensan que ellos, como familiares convivientes, son clave porque se pasan todo el día con la persona afectada, observándola, y valorando cómo le sienta cada cosa, si está mejor, si está peor... llegando a veces a la observación-control permanente del paciente.

*El que pasa las 24 horas con el paciente, y sabe realmente cómo está y cuáles son los momentos de crisis y cómo se desencadenan, es el familiar.*
*Claro, yo soy como la observadora, ¿comprendes? Porque lo estoy observando las putas 24 horas del día. ¿Tú sabes lo que eso es? Come, no come. Lo que tarda en el baño, lo que no tarda. Si se lava la boca. Si duerme bien, si no duerme. Si está viendo la tele, si se ha quedado dormido, si no se ha quedado dormido…*

No obstante, en algunos casos, el familiar acepta que debe ser el propio usuario quién dé paso a la familia para que participe en su proceso de tratamiento.

*Yo entendía que como ella era mayor de edad, y si no hablabas con su consentimiento, no se podía…no podías tú. Que no te dan la información a ti directamente, si ella no quería...*

*En mi caso, ella va sola. No le gusta que la acompañemos. Quizá la acompaño. Pero entrar a la consulta, no. Ella toma eso como control, como sobreprotección.*

Sobre la medicación, la familia reconoce y parece comprender el rechazo que producen a veces los tratamientos farmacológicos para la psicosis y la esquizofrenia. Sin embargo, consideran imprescindible en la mayoría de los casos una buena adherencia a ellos y suelen ser los “guardianes” de este cumplimiento. Muchas veces, se sienten más seguros si son ellos quienes supervisan e incluso administran la medicación al familiar.

*Notamos nosotros la diferencia de la medicación que tomaba allí (Argentina, años 80) y ésta. Ni punto de comparación. Ahora con la medicación que toma no tiene los trastornos que le ocasionaba la medicación de allí…*

*Claro, porque, por ejemplo, cuando tuvo el brote este último, cuando ya se fue recuperando… no nos podía ver a ninguno de la casa… cogió una manía horrorosa… que no quería… “a ver mi medicación, que esto me lo llevo yo a mi cuarto. Esto me lo tomo yo”. Y no le podías decir nada “¿te has tomado la medicación?”, “Pero no te he dicho que yo me la voy a tomar”. No se le podía hablar. Total, menos mal que ya está de otra forma y ahora yo se la doy, pero la tiene en su cuarto en un cajón. Ya se le ha pasado eso y ya se la doy yo.*

En gran parte de los casos, la familia refiere participar de una manera u otra en la toma del tratamiento farmacológico, bien monitorizando la correcta dosis y recordando el momento de tomarla, e incluso "ajustando" las dosis en función de la situación clínica para prevenir la crisis.

*Vemos que está empezando a estar raro… estamos llamando al psiquiatra, ta,ta,tá … empezamos a ajustar dosis,…mi madre es capaz de subir dosis, bajamos dosis, según lo veamos.*

En algún testimonio la familia refiere camuflar la medicación a su familiar en situaciones de crisis en las que éste se niega a ser tratado, aunque es una práctica que la mayoría de las familias rechazan.

*Hemos pasado de tomarse la medicación, a negarse a tomársela pero tomársela a la fuerza… a, en situación de crisis, machacarla y echarla con la comida, sin que se dé cuenta, y tomársela sin darse ni cuenta… de todo…*

Todas las familias participantes han vivido también el abandono de la medicación por parte de su familiar y las recaídas, siendo su principal miedo que este ciclo se repita.

*Él, cuando entra en brote, entra en una euforia… que se siente mejor. No me tomo la medicación porque estoy mejor… y entonces, claro, llega un momento en que ya es totalmente una locura, una locura total...y entonces, claro, hay que dejar que caiga hasta abajo del todo, y luego otra vez a remontarlo.*

*Íbamos a un vecino psiquiatra y se las mandaba las pastillas, hacía como que se las tomaba, pero las echaba en las macetas, no se las tomaba…*

Así, cuando sobreviene de nuevo la crisis, a veces es muy importante la actuación de la familia para retomar el tratamiento, siendo necesaria la imposición de algún familiar, quien "obliga" al usuario a acudir para ser atendido de nuevo, ya que si la crisis es importante el paciente llega a no reconocer en ningún momento la situación de enfermedad. A veces una crisis puede tardar bastante tiempo en remitir debido a todas estas características, llegando a ser una situación vivida por parte de los que rodean al enfermo con gran intensidad emocional.

*Lo ves venir, pero, en ese momento, ¿cómo actuamos?... pues, el que tiene la autoridad en casa es mi hermano mayor, el que es médico. Y entonces, "de un puñado", porque no hay otra forma humana de hacerlo, lo coge "en un puñado" y lo mete en la consulta del psiquiatra. "De un puñao". Vamos, obligarlo. Si no es así, nada… y yo, hasta a veces… la última vez, digo: ¿y si le grabamos un vídeo para que él después se vea cómo realmente estuvo? ... porque no es consciente después… pierde la conciencia de lo que pasó y digo: la próxima vez le tenemos que grabar un vídeo, que él vea realmente a dónde tiene que llegar para después remontar, y los meses que estamos…¡porque a lo mejor tarda 8 meses el brote perfectamente!... desde que empieza hasta que ya se pone otra vez bien…y ¡la verdad que esto es horroroso!...*

*Información recibida*

En algún caso, la familia echa en falta tener mayor información, más concreta, sobre pautas de cómo tratar a la persona afectada, sobre todo al inicio del trastorno.

*¿Qué hago?... Por las mañanas, ¿tengo que levantarla? ¿La despierto para levantarla?... ¿la dejo que duerma?... todo eso para mí era una incógnita…*

*De información, nada. Solo te dicen el diagnóstico.*

Aunque no es un sentimiento compartido por todos.

*Por lo menos a mí me dieron mucha información, y los escritos dicen lo que tiene.*

*A mí sí me dieron bastante información. Es un médico bastante famoso allí en Madrid… no me sale ahora el nombre. Y no le dio tanta importancia al diagnóstico.*

*Yo con la enfermera he ido mucho. Desde que llegamos aquí, he ido mucho.*

*Yo también he hablado con nuestra enfermera. Luego, dijo que ya no era necesario seguir viéndonos individualmente. Y yo le transmitía lo que iba viendo y "pues yo lo he visto de esta manera, … esto va así mejor…".*

En general la valoración de la mayoría de los familiares hacia los profesionales es muy buena, incluso calificándola de excelente o fenomenal.

*Yo en mi caso, bien… Yo en mi caso, fenomenal… Yo les pondría un 10….*
*Pero, vamos de atención, estupenda, sinceramente. De sanitario, todo. No tengo queja de nada.*
*Yo estoy muy contenta con el asunto de los médicos de mi hijo, de todos, muy contenta.*

Algunos participantes refieren haber observado que la atención ha sufrido un cambio positivo en los últimos tiempos, mostrando satisfacción por la accesibilidad a los profesionales y por la mejor comunicación entre Atención Primaria y Salud Mental.

*La verdad es que yo he visto en los últimos años una evolución muy grande en la salud mental. Para mí no es la salud mental de antes.*

*También desde el Centro de Salud hay mucha más comunicación con los equipos de Salud Mental … más comunicación unos con los otros y favorece que la atención sea como más continuada.*

*Y yo me he extrañado mucho, porque cuando he traído a mi niña, he dicho: ¡qué bien la tratan! Qué trato más bueno… "llamadme, por favor, si tiene cualquier cosa. Si tenéis alguna duda, me llamáis a este teléfono, que tal día yo os puedo atender…". Y digo yo "¡esto está muy bien!".*

### *Personalización y continuidad de la atención*

La continuidad en el seguimiento por parte de los profesionales es un tema que preocupa a los familiares, cómo pueden afectar a los usuarios los cambios en los profesionales que los atienden, ante situaciones de baja, jubilación, traslados y rotación de personal en general. Aunque en algún caso puntual aparece la queja de cómo afectan estos cambios a la frecuencia con que se ve a su familiar, la mayoría no parece haber vivido estos contratiempos e incluso señalan en algún momento cómo el hecho de mantener una atención multidisciplinar atenúa este impacto.

Por ejemplo, refieren que cuando hay seguimiento conjunto de psiquiatra y enfermera, disminuye la sensación de inseguridad creada por la marcha de alguno de éstos.

*Se necesitaría un poquito más de inversión en estos temas, por la Sanidad… porque hay muchos recortes, sobre todo cuando llega el verano, la verdad es que se nota que falta personal.*

*El profesional, cuando te lo han cambiado, pues ha venido otro, y ha seguido, pues más o menos igual el trato y…en la misma línea.*

*Al psiquiatra de mi hermana le jubilan o le han jubilado ya…y eso, por ejemplo, mi hermana, lo ha llevado fatal… después de tantos años… "¿Y ahora qué?" Pero como luego estaba la enfermera…. ella con la enfermera, que sí va a continuar con ella…Entonces, es un proceso que al mismo tiempo le da mucha inseguridad… dice ¡uy!… pero, sin embargo, está muy contenta, porque ha conocido a las personas que van ahora a tratarla… pero bueno, que en general estupendamente.*

## Tabla 17. Características de los familiares que participaron en el estudio cualitativo.

| Parentesco con el usuario | Edad | Estado civil | Sexo del usuario | Edad del usuario | Estado civil del usuario | Diagnóstico del usuario | Edad de inicio del trastorno |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Marido | 59 | Casado | M | 57 | Casada | F22 (T.I.D.P.) | 37 |
| Madre | 68 | Viuda | M | 42 | Soltera | F20 (ESQ. PAR) | 21 |
| Padre | 78 | Casado | M | 44 | Soltera | F20 (ESQ. PAR) | 18 |
| Hermana | 54 | Soltera | M | 61 | Soltera | F20 (ESQ. PAR) | 34 |
| Hermana | 46 | Casada | M | 47 | Soltera | F20 (ESQ. PAR) | 37 |
| Madre | 60 | Viuda | M | 47 | Soltera | F20 (ESQ. PAR) | 37 |
| Padre | 54 | Casado | M | 26 | Soltera | F25 (T. ESQUIZOAF) | 22 |
| Hermana | 36 | Casada | M | 50 | Divorciada | F25 (T. ESQUIZOAF) | 35 |
| Madre | 73 | Divorciada | M | 50 | Divorciada | F25 (T. ESQUIZOAF) | 35 |
| Madre | 57 | Divorciada | M | 29 | Soltera | F25 (T. ESQUIZOAF) | 25 |
| Madre | 73 | Casada | M | 50 | Divorciada | F25 (T. ESQUIZOAF) | 35 |
| Hermana | 49 | Casada | H | 54 | Soltero | F20 (ESQ. PAR) | 18 |
| Madre | 79 | Casada | H | 41 | Soltero | F22 (T.I.D.P.) | 20 |
| Madre | 68 | Casada | H | 39 | Soltero | F20 (ESQ. PAR) | 23 |
| Hermana | 41 | Soltera | M | 38 | Soltera | F20 (ESQ. PAR) | 17 |
| Madre | 86 | Viuda | H | 46 | Soltero | F21 (ESQ. SIMPLE) | 29 |
| Madre | 74 | Casada | M | 47 | Soltera | F20 (ESQ. PAR) | 34 |
| Madre | 86 | Viuda | H | 54 | Soltero | F20 (ESQ. PAR) | 18 |

### 14.2.5.- La evidencia sobre la experiencia de los cuidadores con respecto a las intervenciones dirigidas específicamente a ellos

Cinco estudios (Lobban et al., 2011; McCann et al., 2011; Reid et al., 2005; Riley et al., 2011 y Wainwright et al., 2015) describieron la experiencia de los cuidadores y sus puntos de vista sobre los componentes deseables de una intervención centrada en el cuidador y que pudiera mejorar la experiencia de la atención y/o reducir su carga.

*Manual para el automanejo del cuidador*

Un estudio proporcionó las opiniones de los cuidadores de jóvenes con un primer episodio psicótico con respecto a la viabilidad de un conjunto de herramientas para la autorregulación del cuidador (Lobban et al., 2011).

Los cuidadores, en general, valoraron positivamente poder disponer de un manual para el automanejo dirigido a aliviar los niveles de angustia en cuidadores de personas con psicosis. Los cuidadores perciben una serie de beneficios, como que mejora el conocimiento y la comprensión, así como la reducción de la angustia y un incremento de las habilidades de afrontamiento. Asimismo, refirieron que el conjunto de herramientas debe incluir información sobre la psicosis, las opciones de tratamiento, así como información sobre la estructura y el funcionamiento de los servicios de salud mental. Los temas que destacaron como más importantes fueron el acceso a la ayuda durante una crisis y los derechos legales de los familiares en relación a las normas de confidencialidad. Además, les resultó más manejable el programa cuando se le proporcionó en un formato por módulos. Los cuidadores también sugieren la necesidad de dar un enfoque personalizado a este conjunto de herramientas, que podría variar en función de la capacidad de lectura del individuo. Se solicitó apoyo práctico para navegar por el contenido. Los cuidadores defendieron enfáticamente que proporcionar este conjunto de herramientas debe complementar y no sustituir a otras formas de apoyo cara a cara con los coordinadores de los cuidados y el ofrecimiento de asistir a las citas de revisión. El momento más adecuado para recibirlo sería después del inicio de los síntomas del usuario, pero antes de recibir un diagnóstico, con el fin de evitar retrasos en el tratamiento.

### *Grupo de psicoeducación*

Tres estudios examinaron las opiniones y experiencias de los cuidadores con la psicoeducación grupal para cuidadores(Riley et al., 2011; Lobban et al., 2011 y Reid et al., 2005). Los participantes expresaron sentimientos positivos acerca de compartir sus experiencias con otros cuidadores. Consideraron que los grupos de psicoeducación se establecen como un ambiente seguro en el que los cuidadores sentían que podían hablar libremente y decir la verdad sobre la salud mental de sus familiares. Los cuidadores se sentían apoyados por los demás y por los profesionales que lideran los grupos. Asimismo, describieron cómo los objetivos de la psicoeducación grupal tenían que ser expuestos de manera más clara al principio para permitir a los cuidadores decidir si era una opción apropiada a sus necesidades.

Resaltaron que la psicoeducación tienen algunas ventajas prácticas, como proporcionar una mayor comprensión de los problemas de salud mental, facilitar el reconocimiento precoz de señales de advertencia de una recaída, o cómo funcionan los servicios psiquiátricos. Los beneficios emocionales percibidos incluyen la capacidad de apoyar a otros cuidadores en circunstancias similares, la reducción de la culpa, y la mejora de la confianza para hacer frente a los problemas, todo lo cual suele dar como resultado una mejor relación con su familiar enfermo. Los cuidadores consideran la necesidad de información y asesoramiento y la necesidad de escuchar las historias de otros familiares como particularmente importantes. Los cuidadores informaron de que hablar con otras personas que habían pasado por experiencias similares les dio nuevas ideas acerca de cómo afrontar su propia situación, y les hizo sentirse menos aislados al poder compartir y hablar de sus experiencias abiertamente.

Los cuidadores de uno de los estudios analizaron la ubicación y otros aspectos prácticos de un programa de psicoeducación. Varios pensaban que la implementación del programa se debe llevar a cabo en un lugar céntrico y en diferentes momentos del día para que cada persona pueda elegir cuándo ir.

### *Grupos de apoyo a los cuidadores*

Cuatro estudios describieron la experiencia de los cuidadores en los grupos de apoyo del cuidador (McCann et al., 2011; Reid et al., 2005; Riley et al., 2011 y Wainwright et al.,

2015). Los cuidadores informaron que estos grupos mejoraron su conocimiento de la enfermedad mental y también les ayudaron a desarrollar mejores habilidades de afrontamiento. Estas habilidades permiten que los cuidadores sientan que tienen más control sobre la situación y mejoran la relación con su familiar afectado. Además, los cuidadores consiguieron gracias a estos grupos acceder de forma proactiva a los servicios.

Los grupos de apoyo también sirvieron para combatir la sensación de aislamiento que muchos cuidadores sentían. El compartir experiencias con otros cuidadores que estaban en situaciones parecidas también se destacó como más importante que discutir estas cuestiones con los profesionales. La fecha y frecuencia de las sesiones de grupo también era una cuestión importante. Debido al impacto positivo en la mejora de los sentimientos de aislamiento y soledad, los cuidadores deseaban poder acceder a grupos de apoyo con facilidad. Otros prefirieron asistir una vez que habían superado el primer impacto de la enfermedad de su pariente. Los cuidadores también valoraron la posibilidad de convertirse en cuidadores expertos y ayudar a otros que pasan por experiencias similares.

Se pusieron de relieve una serie de barreras a la participación en grupos de apoyo, como el horario y el lugar de realización de las sesiones.

### 14.2.6.- Resumen de la evidencia

La síntesis temática identificó cinco temas que los cuidadores de adultos con trastorno mental grave creen que mejoraría su experiencia con los servicios sanitarios y sociales, y reduciría su sobrecarga. Estos temas fueron: (1) el desarrollo de relaciones de confianza con los profesionales sanitarios; (2) la valoración de la propia identidad y de 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 (5) el acceso a los servicios de salud. Los cinco temas principales que surgieron de los estudios incluidos eran relevantes para todos los dispositivos y momentos de la atención sanitaria. Sin embargo, algunos de los temas, por ejemplo, el acceso a servicios de salud o el recibir información clara y comprensible, resultaron ser de especial importancia durante el primer episodio de psicosis y durante las crisis en general.

Los cuidadores que participaron en los estudios incluidos en esta revisión también valoraron intervenciones centradas en el cuidador, como grupos basados en un conjunto de herramientas de autorregulación, grupos de psicoeducación y de apoyo al cuidador, como recursos donde se puede obtener información valiosa. El caso de los grupos de psicoeducación y de apoyo a los cuidadores también fueron valorados como útiles para el intercambio de experiencias con otros.

### 14.2.7.- La evidencia de estudios cualitativos sobre la experiencia de los usuarios con los servicios sanitarios y sociales

Uno de los temas explorados en la literatura científica ha sido la vivencia personal de los usuarios a lo largo de distintos momentos del proceso terapéutico, como por ejemplo la comunicación del diagnóstico de esquizofrenia. La mayoría de los usuarios refirió haber sentido cierto distrés emocional al recibir el diagnóstico, si bien la mayoría consideran positivo que se le haya comunicado, porque también sintieron alivio al encontrar una explicación a sus experiencias, les ayudó a confiar más en el sistema sanitario y a mejorar la adherencia al tratamiento (Loughland et al., 2015). También se ha explorado la utilidad de diferentes intervenciones psicoterapéuticas, como la TCC, la psicoeducación o la intervención del personal de enfermería en el domicilio, siendo en general valorados positivamente por los usuarios (Nilsen et al., 2014; Sariah et al., 2014; Messari & Hallam, 2003), e incluso considerándolos factores protectores frente a una eventual recaída (Sariah et al., 2014). Lo más valorado de las intervenciones en formato grupal es desarrollar una relación de respeto y confianza con el terapeuta y también escuchar historias reales de personas que se encuentran en una situación parecida, tanto por su impacto educativo como por su efecto beneficioso en el estado emocional de los participantes (Nilsen et al., 2014; Messari & Hallam, 2003).

Otras investigaciones indagaron sobre la aceptación o rechazo del tratamiento farmacológico antipsicótico por parte de los usuarios. A este respecto, llama la atención que la mayoría de los pacientes presentan al inicio de la enfermedad un periodo de rechazo de la medicación antipsicótica (Teferra et al., 2013; Tranulis et al., 2011), siendo los motivos más frecuentes de su abandono la falta de insight, que el tratamiento no produzca la mejoría esperada, los efectos secundarios de la medicación, el consumo de

tóxicos, el estigma y la falta de satisfacción con la actitud del personal sanitario (Teferra et al., 2013). En estas circunstancias, los factores que influyeron en que aceptaran el tratamiento fueron, de hecho, factores externos como la presión de la familia o de los clínicos, los beneficios secundarios de hacerlo y algunas medidas coercitivas, y algunos factores internos como sus propias reacciones emocionales, y las experiencias personales con la medicación y el estigma (Tranulis et al., 2011). Además, tanto usuarios como familiares consideran que el principal factor de riesgo para sufrir una recaída es la falta de adherencia al tratamiento (Sariah et al., 2014), por encima de otros factores también identificados como la falta de apoyo familiar, los eventos vitales estresantes y el abuso de tóxicos (Sariah et al., 2014). Otro estudio explora los motivos del consumo de tóxicos en esta población, destacando que los pacientes con esquizofrenia consumen por varias razones: por motivos de identidad; porque creen que las drogas de abuso actúan como los psicofármacos; y para calmar la ansiedad producida por los fármacos, aunque algunos de ellos reconocen que los tóxicos no tienen estos efectos (Asher & Gask, 2010). Por otra parte, varios estudios examinaron la opinión de los usuarios sobre los tratamientos antipsicóticos de liberación prolongada. Muchos usuarios a los que no se les había prescrito este tipo de tratamiento, no conocían su existencia ni su naturaleza. Los que sí los habían tenido prescritos los valoraban positivamente, en general, destacando que así no había riesgo de olvidos y que era más fácil la adherencia, si bien también se destacaron algunos inconvenientes, como el tener que acudir a la cita para su administración, el dolor de la inyección o el miedo a las agujas (Das et al., 2014; Iyer et al., 2013). Algunos usuarios eran contrarios a este tipo de medicación por considerarlo coercitivo (Das et al., 2014; Iyer et al., 2013). Al parecer, uno de los factores que tiene mucha influencia en el hecho de que una persona acepte o no el tratamiento inyectable es que desarrolle con la enfermera que se lo administra una relación de confianza y apoyo (Phillips et al., 2007). Por otra parte, la opinión de usuarios y población general con respecto a las medidas coercitivas, como la restricción física o los ingresos involuntarios en los cuidados de salud mental, es negativa (Mielau et al., 2015), prefiriendo los usuarios en general que la toma de decisiones acerca del plan de tratamiento se haga de manera consensuada (Stewart et al., 2010).

Un estudio reciente ha explorado retrospectivamente el estado psicopatológico de pacientes con psicosis que habían cometido graves intentos de autolisis, confirmando un

agravamiento de la sintomatología psicótica en casi todos los casos y en algunos la aparición de sintomatología depresiva (Yamaguchi et al., 2015).

También existe un estudio que compara la visión de usuarios y familias de la atención sanitaria recibida en diferentes países, incluido el nuestro. Uno de los temas emergentes entre los usuarios de nuestro sistema sanitario con respecto a Atención Primaria y Urgencias es que perciben como mecanismos de estigma el hecho de que no atiendan a los usuarios con trastornos psicóticos de la misma forma que a otras personas, considerándolos pacientes específicos para los psiquiatras independientemente del motivo de consulta en cada momento. Esta postura hace que a veces se infravaloren los problemas orgánicos de estos pacientes. Los cuidadores también reconocen como mecanismos de estigma el hecho de priorizar la atención de las patologías menos graves, que son muchas, y disminuir el número de citas disponibles para las personas con trastornos mentales graves (Wagner et al., 2011). Curiosamente, los usuarios fueron mucho menos críticos que sus familiares en esta investigación.

#### 14.2.8.- Resumen de la evidencia

La mayoría de los estudios cualitativos con personas con trastorno mental grave citados anteriormente han contado con la colaboración de usuarios estabilizados. Cuando se han hecho con usuarios en brote psicótico, han tenido serias dificultades de introspección y comunicativas en comparación con los usuarios estabilizados (p.e. Kinderman et al., 2006). Los temas identificados en la literatura procedente de este tipo de estudios son 1) Vivencias de los usuarios del diagnóstico; 2) Utilidad percibida de distintas intervenciones psicoterapéuticas; 3) Factores influyentes en el rechazo y/o aceptación del tratamiento farmacológico, ya sea administrado por vía oral o inyectable; 4) Causas del consumo de tóxicos.

## 14.3.- Intervenciones para mejorar la experiencia de los cuidadores

### 14.3.1.- Introducción

El objetivo de esta revisión es la evaluación de las intervenciones ofrecidas por los servicios sanitarios y sociales a los cuidadores de pacientes que sufren una enfermedad metal grave, incluyendo psicosis y esquizofrenia, con el fin de mejorar su experiencia con

estos servicios. Las intervenciones incluidas en esta revisión fueron diseñadas para facilitar la mejora de la experiencia de los cuidadores además de reducir su carga. La revisión evalúa los beneficios de las intervenciones en relación a la satisfacción de los cuidadores, y no a nivel terapéutico.

Varias intervenciones no han sido incluidas en esta revisión. La provisión de apoyo práctico y financiero (por ejemplo, asistencia personal o pagos directos) queda fuera del ámbito de esta revisión y no está incluida. Además, los resultados de la intervención familiar, que puede o no incluir a los cuidadores, quedan recogidos en el área 9. Las intervenciones específicamente destinadas a los usuarios están incluidas también en el área 9. Igualmente, esta revisión no tiene el objetico de evaluar la efectividad de intervenciones psicológicas y farmacológicas para los problemas de salud mental de los cuidadores, ya que éstas quedan cubiertas por la guía NICE existente.

Las intervenciones revisadas en este área incluyen, entre otras:

**Psicoeducación**

Las intervenciones de psicoeducación y apoyo se definieron como:

- Cualquier programa estructurado ofrecido individualmente o en grupo que implica a un profesional facilitador de información, teniendo el objetivo primario de ofrecer información sobre la condición de salud, y
- la prestación de apoyo y estrategias de manejo a los cuidadores, y
- realizado con los cuidadores y sin la presencia del usuario.

En el caso de la psicoeducación podría ser:

- “estándar”, incluyendo exclusivamente la información básica sobre naturaleza, el pronóstico, los síntomas, la evolución de la enfermedad y el tratamiento de la misma (incluyendo la gestión de medicamentos) y ofrecido mediante videos y/o folletos informativos, o
- “mejorada”; como el anterior, pero realizado de forma práctica e incluyendo información y apoyo en otras cuestiones adicionales, tales como cómo identificar y manejar una crisis, servicios de apoyo y recursos disponibles, estrategias para salir adelante, resolución de problemas, metas de auto-cuidado y técnicas de la comunicación.

**Grupos de Apoyo**

Los grupos de apoyo han sido definidos como una intervención grupal (aunque puede incluir encuentros de uno a uno) que ofrece ayuda y apoyo mutuo a los participantes. Los grupos de apoyo pueden ser supervisados por un profesional social o un profesional de salud mental, o por un cuidador empleado por los servicios de salud para realizar esta tarea.

El apoyo ofrecido es:

- recíproco y mutuamente beneficioso para los participantes cuyas experiencias son similares y necesitan niveles parecidos de apoyo, o
- dirigidos a una persona que se define claramente como la que va a recibir la ayuda y el apoyo.

**Intervenciones de auto-ayuda**

Las intervenciones de auto-ayuda fueron definidas como:

- intervenciones que incluyen tecnologías de la salud (por ejemplo, material escrito, de audio, de video o por internet) diseñadas para mejorar la experiencia de los cuidadores,
- información sobre la condición y los servicios de salud mental, y el apoyo disponible para el cuidador,
- que puede ser guiado con apoyo (inicial o continuo) de un profesional sanitario, o puede ser auto-dirigido, y
- se realiza vis-a-vis, a través del teléfono o de internet.

### 14.3.2.- Datos clínicos para cualquier intervención versus control

En las pruebas aquí incluidas, las intervenciones fueron comparadas con una variedad de grupos de control que a su vez fueron catalogados como cualquier control (tratamiento habitual, control de atención, control de lista de espera y sin tratamiento). Información adicional sobre el grupo de control utilizado en cada prueba está en Tablas 10, 11 y 12 de la guía NICE para la psicosis y la esquizofrenia (2014).

### *La psicoeducación versus control*

Los resultados significativos y de la calidad en general de los datos están recogidos en la tabla 13 del área 4, y los perfiles con los datos completos y los diagramas de bosque asociados están en los apéndices 17 y 18 de la guía NICE para la psicosis y la esquizofrenia (2014).

Los datos de calidad baja y muy baja derivados de hasta siete estudios (N=399) mostraron que la psicoeducación fue mucho más efectiva que el control para mejorar la experiencia de los cuidadores y estos efectos se mantuvieron durante un seguimiento a largo plazo. Aunque no se observaron diferencias en un grupo de efecto psicológico al final de la intervención y durante un corto seguimiento, un estudio (N=18) mostró datos de alta calidad probando que la psicoeducación es más efectiva que el control durante un seguimiento a largo plazo.

### *Grupo de apoyo versus control*

Los resultados significativos y la calidad general de los datos están presentados en Tabla 14 del área 4, y los perfiles con los datos completos y los diagramas de bosque asociados están en los Apéndices 17 y 16, respectivamente, de la guía NICE para la psicosis y la esquizofrenia (2014).

Datos de calidad baja a muy baja de hasta tres estudios (N=194) mostraron que los grupos de apoyo mejoraron la experiencia de ser cuidador al final de la intervención y durante el seguimiento a corto plazo, pero no se observó beneficio alguno durante el seguimiento a largo plazo. Un estudio con 70 participantes presentó datos de baja calidad mostrando que los grupos de apoyo fueron más efectivos que el control para reducir el estrés psicológico al final de la intervención, y durante el seguimiento a corto plazo.

### *Psicoeducación mas grupo de apoyo versus control*

Los resultados significativos y la calidad en general de los datos están presentados en la Tabla 15 del área 4, y los perfiles completos de los datos y diagramas de bosque asociados están en los Apéndices 17 y 16, respectivamente, de la guía NICE para la psicosis y la esquizofrenia (2014).

Un estudio con 49 participantes mostró que no hubo diferencia alguna entre la psicoeducación mas grupo de apoyo y control en cuanto a la experiencia de los cuidadores y el estrés psicológico. No se encontraron otros datos o resultados significativos.

*La autogestión versus control*

Los resultados significativos y la calidad general de los datos están presentados en la Tabla 16 del área 4, y los perfiles de los datos completos y los diagramas de bosque asociados están en Apéndices 17 y 16, respectivamente, de guía NICE para la psicosis y la esquizofrenia (2014).

Un estudio con 86 participantes mostró que no existió diferencia alguna entre los grupos en cuanto a la experiencia de cuidar y el estrés psicológico al final de la intervención.

*Resolución de problemas mediante biblioterapia versus control*

Los resultados significativos y la calidad general de los datos están expuestos en la tabla 17 del área 4, y los perfiles completos de datos y los diagramas de bosque asociados están expuestos en los apéndices 17 y 16, respectivamente, de la guía NICE para la psicosis y la esquizofrenia (2014).

Un estudio con 114 participantes mostró que no hubo diferencia alguna entre los grupos en cuanto a la experiencia de cuidar. El mismo estudio facilitó datos de calidad baja sobre que la resolución de problemas mediante biblioterapia fue efectiva en el caso de mejorar la calidad de la vida durante un seguimiento a corto plazo (aunque no se observó diferencia alguna al final de la intervención).

*Psicoeducación mejorada versus psicoeducación estándar*

Los resultados significativos y la calidad general de los datos están expuestos en la Tabla 18 del área 4, y los perfiles completos de datos y los diagramas de bosque asociados están expuestos en los Apéndices 17 y 16, respectivamente, de la guía NICE para la psicosis y la esquizofrenia (2014).

Una prueba con 43 participantes mostró datos de calidad moderada, probando al final de la intervención que la psicoeducación mejorada fue más efectiva que la psicoeducación estándar en cuanto a la mejoría de la experiencia de cuidado y los comportamientos de autocuidado. No se observó diferencia alguna entre los grupos de cuidadores de salud mental. No hay datos adicionales disponibles.

*Psicoeducación estándar llevada a cabo por un profesional versus psicoeducación estándar enviada por correo*

Los resultados significativos y la calidad general de datos están expuestos en la Tabla 19 del área 4, y los perfiles completos de datos y diagramas de bosque asociados están expuestos en los Apéndices 17 y 16, respectivamente, de la guía NICE para la psicosis y la esquizofrenia (2014).

Un estudio con 40 participantes generó datos referentes a esta comparación. No hubo evidencia de una diferencia entre grupos en las variables "carga familiar" y "estrés psicológico" al final de la intervención ni después de hasta 6 meses de seguimiento. No hay disponible ningún otro dato de seguimiento o resultado relevante.

*Psicoeducación mejorada individual versus en grupo versus tratamiento habitual*

El ensayo susceptible de ser elegido para esta revisión (Solomon,1996) no pudo ser incluido en el “metaanálisis”.

El estudio mostró que no hubo diferencias significativas entre los grupos en cuanto a la carga de los cuidadores o la satisfacción con los servicios.

### 14.3.3.- Resumen de Datos Clínicos

La evidencia disponible es limitada y sugiere que la psicoeducación es efectiva cuando se trata de reducir la carga de los cuidadores, manteniéndose estos efectos durante el seguimiento a largo plazo. Además, los datos sugieren que, aunque al final de la intervención no se evidencia beneficio alguno, la psicoeducación puede reducir el estrés psicológico a largo plazo. También se evidenció la efectividad de los grupos de apoyo a la hora de mejorar la experiencia de las personas cuidadoras con respecto a su manera de cuidar. Sin embargo, los resultados de esta revisión deben ser tratados con cautela, ya que los estudios se realizaron en Asia Oeste y los servicios facilitados allí no se pueden comparar directamente con el Reino Unido ni otros países occidentales. Además, había pocos datos para evidenciar que la psicoeducación mejorada (facilitando información centrada en las habilidades de auto-cuidado, superación y resolución de problemas) fue más efectiva que la psicoeducación estándar (exclusivamente información) en la mejora de la experiencia de cuidar y el auto-cuidado al final de la intervención. Sin embargo, se desconocen los efectos a largo plazo. La autogestión no resultó ser beneficiosa sobre el control en los resultados críticos. Sin embargo, esto se basó en un solo estudio de alta

calidad y se observó una tendencia positiva de la autogestión. Se evidenció que la resolución de problemas mediante biblioterapia no era efectiva para mejorar los resultados críticos al final de la intervención, sin embargo, mejoró la calidad de vida con un seguimiento a corto plazo. Por último, no se detectó una diferencia en la efectividad entre la psicoeducación enviada por correo y la facilitada directamente por un profesional sanitario, ni entre la psicoeducación individual y la grupal.

## 14.4.- Datos sobre la economia de la salud

No se identificaron estudios que valoren el coste-efectividad de las intervenciones dirigidas a mejorar la experiencia de cuidar de las personas cuidadoras y de los servicios sociales ni sanitarios, mediante una búsqueda sistemática de la literatura económica realizada para la elaboración de la guía NICE para la psicosis y la esquizofrenia (2014). Detalles de los métodos usados para la búsqueda sistemática de dicha literatura están expuestos en el área 3 de dicha Guía.

Los estudios clínicos sobre las intervenciones, principalmente la psicoeducación, dirigidas a mejorar la experiencia de cuidar de las personas cuidadoras y de los servicios sociales y de salud incluidos en el resumen sistemático de la literatura (Gutierrez-Maldonado & Caqueo-Urizar, 2007; Sharif et al., 2012; Cheng & Chan, 2005 y Szmukler et al., 1996) describieron unas intervenciones que consistían en una media de 13 sesiones (con un rango de 6 a 26). Normalmente, un psicólogo, enfermero de salud mental o psiquiatra, se encarga de impartir estos programas a un grupo medio de siete personas (en un rango de 1 a 9), y tienen una duración media de 1.5 horas (en un rango de 1 a 2). El coste de un psicólogo clínico es de 136 libras esterlinas por hora de contacto con un paciente en 2011/2012 (Curtis, 2012). Esta estimación se basa en la media del salario básico de jornada completa para la Agenda de Cambio de Salarios banda 8ª de los Estimados de Ganancias de Empleados de del Sistema Sanitario Público del Reino Unido (equivalente de la Seguridad Social en España) de abril de 2012 (Health and Social Care Information Centre, 2012). Incluye el salario básico, costes adicionales, desplazamientos y gastos estructurales, aunque no tiene en cuenta los costes de cualificación ya que éstos no están disponibles para los psicólogos clínicos. El coste de una enfermera de salud mental es de 76 libras esterlinas por hora de contacto con el paciente en 2011/2012 (Curtis, 2012). Esta estimación se basa en el salario básico de jornada completa para el Sistema Sanitario

Público de Reino Unido (equivalente de la Seguridad Social en España) de abril a junio de 2012 (Health and Social Care Information Centre, 2012). Incluye salario básico, costes adicionales, cualificaciones, gastos estructurales y desplazamientos. El coste de una consulta psiquiátrica es de 289 libras esterlinas por hora de contacto con un paciente en 2011/12 (Curtis, 2012). Esta estimación se basa en el Sistema Electrónica de Datos de Empleados, lo cual muestra el equivalente de la media de los ingresos totales del empleo a jornada completa de un psiquiatra en abril a junio 2012 (Health and Social Care Information Centre, 2012). Incluye salario básico, costes adicionales, cualificaciones, continuidad de formación profesional, gastos estructurales y desplazamientos. Basado en la estimación de utilización de recursos asociada con las intervenciones dirigidas a mejorar la experiencia de cuidar de los cuidadores y de los servicios (como las descritas arriba) y el coste de un psicólogo clínico, un enfermero de salud mental y un consultor psiquiátrico, el coste medio por participante en tal programa variaría entre 190 libras esterlinas y 1,095 libras esterlinas (una media de 582 libras esterlinas) en 2011/12.

## 14.5.- Vinculación de la evidencia a las recomendaciones

*Estudios considerados*

Veintiséis estudios originales (N = 695) que proporcionaban información relevante cumplieron los criterios de elegibilidad para la revisión de estudios cualitativos referentes a familiares y cuidadores de usuarios con psicosis: (Askey et al., 2009; Barnable et al., 2006; Bergner et al., 2008; Chiu et al., 2006; Goodwin & Happell, 2006; Hughes et al., 2011; Jankovic et al., 2011; Knudson & Coyle, 2002; Laird et al., 2010; Levine & Ligenza, 2002; Lobban et al., 2011; Lumsden & Rajan, 2011; McAuliffe et al., 2009; McCann et al., 2011; McCann et al., 2012a; Nicholls & Pernice, 2009; Nordby et al., 2010; Reid et al., 2005; Riley et al., 2011; Rooney et al., 2006; Saunders & Byrne, 2002; Small et al., 2010 y Weimand et al., 2011). De los estudios incluidos, todos menos uno fueron publicados en revistas revisadas por pares entre el 2002 y el 2011.

Además, cinco de estos estudios incluían información sobre la experiencia de las personas cuidadoras y sus puntos de vista sobre los componentes deseables de una intervención centrada en el cuidador y que pudiera mejorar la experiencia de la atención y/o reducir su carga (Lobban et al., 2011; McCann et al., 2011; Reid et al., 2005; Riley et al., 2011 y Wainwright et al. 2015).

*Valor relativo según los resultados considerados*

El objetivo principal de la revisión cualitativa fue evaluar la experiencia de los cuidadores con respecto a los servicios sociales y de salud. Las áreas de interés cubrieron muchos asuntos y temas específicos que los cuidadores identificaron como una mejora o un impedimento para su experiencia. Además, el GDG de NICE tuvo el objetivo de evaluar la efectividad de las intervenciones diseñadas para mejorar la experiencia de cuidar de los cuidadores. El GDG de NICE consideró que los resultados críticos para los cuidadores fueron:

- Calidad de vida
- Salud mental (ansiedad o depresión)
- Carga de cuidados (incluyendo agotamiento, estrés y cómo sobrellevar)
- Satisfacción con los servicios

*Balance entre beneficios clínicos y daños*

Los factores identificados por la revisión cualitativa mostraron una amplia gama de temas que influían en la experiencia de los cuidadores de los usuarios, de los servicios y de los propios profesionales sanitarios.

El análisis cualitativo mostró que los cuidadores destacaron como un factor clave determinante de su experiencia con los servicios y su experiencia de cuidar el construir una relación de confianza con los profesionales sanitarios. Un profesional sanitario, cuando es empático y comprensivo, permite que el cuidador pueda tener más confianza en sus labores como cuidador y reduce los sentimientos de carga y de estrés.

Dos temas vinculados fueron identificados dentro de la literatura cualitativa. Por una parte, los cuidadores creían que los servicios deberían identificar y evaluar su experiencia e involucrarlos en la toma de decisiones. Este tema también incluyó asuntos relativos a la confidencialidad – los cuidadores sintieron que la confidencialidad fue usada frecuentemente como la razón de excluirles de la recepción de información importante acerca del tratamiento y cuidado del usuario, resultando en una experiencia llena de carga, estrés y aislamiento. Estas dificultades fueron especialmente frecuentes durante el primer episodio psicótico, y en los momentos de crisis y exacerbación posteriores, además de durante la planificación del alta hospitalaria. La GDG de la guía NICE utilizó estos

resultados para hacer recomendaciones sobre la implicación de los cuidadores y la negociación a la hora de compartir información entre el usuario del servicio, el cuidador y los profesionales de la salud. Es más, al tener en cuenta y tomar nota de todos los resultados en general sobre los temas identificados, junto con la experiencia colectiva de la GDG de la guía NICE para la psicosis y la esquizofrenia (2014) en su totalidad, la GDG opinó que la guía debería apoyar explícitamente la colaboración entre el cuidador, el usuario del servicio y el profesional sanitario a lo largo de todas las fases de cuidado, siempre que sea posible y se respete la independencia del usuario del servicio.

Una cuestión esencial tanto para las personas cuidadoras como para los usuarios es el acceso a los servicios. Los cuidadores expresaron la necesidad de tener un acceso fácil a los servicios, intervenciones y apoyo ofrecidos a los usuarios del servicio, lo cual reduciría la carga y el estrés del propio cuidador. Los cuidadores hablaron de la importancia de un acceso rápido a los servicios fiables en cada momento del proceso de cuidados, pero en especial durante el primer episodio psicótico y las crisis posteriores. Los cuidadores destacaron que otras cuestiones prácticas, como la flexibilización de los horarios y fechas y la localización apropiada de servicios, también pueden ayudar. Además, los cuidadores insistieron en la necesidad de poder recibir apoyo ellos mismos. Los grupos de apoyo para los cuidadores fueron muy valorados como una manera informal de recibir apoyo constante de otras personas que hayan experimentado situaciones parecidas.

Los cuidadores agradecieron que se les facilitara información clara y coherente. Sin embargo, lo que también fue evidente en la literatura fue que los cuidadores apreciaron la información más durante algunos momentos del proceso de cuidado. Por ejemplo, los cuidadores declararon que necesitaban más información durante las etapas tempranas y el primer episodio de psicosis, si bien en estos primeros momentos la información no debería ser abundante (y por lo tanto, abrumadora) o demasiado breve (y, por lo tanto, sin utilidad). Es más, las personas cuidadoras referían que se debería utilizar un acercamiento individualizado y que la información proporcionada debería ir acompañada de una versión escrita para ser entregada, y así apoyar las necesidades específicas del cuidador y del usuario.

Un punto clave presente en varios temas vinculados fue que las personas cuidadoras, como los usuarios del servicio, apreciarían un ambiente de optimismo y esperanza en el

contexto de los servicios y profesionales de la salud. La GDG consideró que este tema tenía importancia, y decidió incluirlo en sus recomendaciones.
Las personas cuidadoras en general eran positivas y sugirieron la utilidad de recibir un manual para el automanejo del cuidador. Les preocupó, sin embargo, que el personal sanitario pudiera ver este manual como una razón para no proporcionar otro tipo de apoyo. La experiencia de los cuidadores en un grupo de psicoeducación fue positiva en general, pero los cuidadores puntualizaron que el objetivo del grupo debería ser muy claro para así evitar decepciones en el caso de que el grupo no lograra cubrir las necesidades de cada persona. Los grupos de apoyo para los cuidadores fueron muy útiles y apreciados por los cuidadores.

La literatura que evalúa la efectividad de las intervenciones dirigidas hacia las personas cuidadoras fue limitada pero prometedora. Tanto la psicoeducación como los grupos de apoyo facilitaron a los cuidadores sus experiencias del cuidado y produjeron beneficios también sobre la calidad de vida y la satisfacción. La intervención de autogestión mediante un manual de automanejo y biblioterapia no mostró ningún beneficio sobre el grupo control, aunque se observó una tendencia en las preferencias hacia la intervención. La revisión de intervenciones dirigidas a los cuidadores incluyó estudios de cuidadores de personas con psicosis, esquizofrenia o trastorno bipolar, además de poblaciones con diagnóstico mixto.

Aunque la mayoría de los resultados disponibles fueron fruto de una población de psicosis y esquizofrenia, el GDG de NICE creyó que los problemas que los cuidadores tuvieron que afrontar en cuanto a adultos con psicosis y esquizofrenia, podrían ser aplicados a los cuidadores de adultos con trastorno bipolar u otras enfermedades mentales graves. Los análisis fueron de baja calidad y el GDG de NICE consideró que, si se continúa realizando estudios en este sentido, se puede incrementar el poder del análisis, y así podría mostrar un efecto beneficioso.

El GDG de NICE decidió, basándose en una revisión cuantitativa de intervenciones para los cuidadores, que había que ofrecer las intervenciones específicamente dirigidas a ellos. La evidencia no permitió recomendar una intervención en particular. Sin embargo, la literatura cualitativa y cuantitativa evidenció que las personas cuidadoras necesitan apoyo, educación e información y, por lo tanto, la GDG optó por hacer una recomendación

detallando los componentes que debería tener una intervención dirigida a las personas cuidadoras.

*Balance entre los beneficios netos de la salud y el uso de recursos*

No se identificó ningún estudio económico que evaluara el coste-efectividad de las intervenciones dirigidas a mejorar la experiencia de los cuidadores. El coste de implementar tales intervenciones fue estimado de entre 190 libras esterlinas y 1.095 libras esterlinas, aproximadamente (una media de 582 libras esterlinas), basado en precios de 2011/12. La GDG de NICE consideró que dicho coste era bajo teniendo en cuenta los efectos de la intervención, resultando en una reducción de la carga del cuidador, de su depresión potencial y de otras vulnerabilidades relacionadas con su salud, los cuales podrían llegar a ser más costosos a otros departamentos del Sistema Sanitario Público del Reino Unido, en especial al tomar en consideración que la carga de cuidar puede durar muchos años, incrementando así la morbilidad y estrés del cuidador. Es más, el incremento de conocimientos y confianza ayuda a los cuidadores a ser más efectivos en sus cuidados. A pesar de la pequeña base de resultados emergente, la GDG de NICE consideró que las intervenciones dirigidas a mejorar la experiencia de cuidar de los cuidadores y con los servicios tienen una buena relación calidad/precio y merecería la pena hacer mayores inversiones.

*Calidad de la evidencia*

La calidad de los resultados críticos osciló entre de muy baja a moderada. Las razones para la degradación incluyeron: el riesgo de preferencia dentro de los estudios incluidos y una heterogeneidad o falta de precisión en los intervalos de confianza. Sin embargo, aunque se observó un cambio en el tamaño del efecto a través de las pruebas, la dirección del efecto fue consistente en la mayoría, y el pequeño número de participantes en las pruebas aquí expuestas podrían haber contribuido a la falta de precisión. Además, algunos de los estudios para grupos de apoyo aquí expuestos fueron llevados a cabo en lugares (por ejemplo, en el este de Asia) que quizás no sean apropiados para comparar con el cuidado de la salud en los países occidentales. Por estos motivos, los resultados fueron degradados indirectamente. Los resultados mostraron un beneficio de los grupos de apoyo para el cuidador, pero el GDG de NICE fue cauteloso a la hora de hacer una recomendación dirigida específicamente a los grupos de apoyo por esa misma razón. Sin

embargo, el GDG de NICE creyó que también existe evidencia cualitativa de gran beneficio de los grupos de apoyo.

*Otras consideraciones*

En el momento de elaborar la guía NICE para la psicosis y la esquizofrenia (2014), la guía denominada La guía de Experiencia del Usuario del Servicio en la Salud Mental del Adulto ya estaba publicada. El GDG de la guía NICE juzgó que era de una importancia primordial hacer una referencia cruzada a este guía ya que la guía de 2014 no ha vuelto a revisar resultado cualitativo alguno de la experiencia del usuario del servicio. Sin embargo, el GDG de esta adaptación española sí ha realizado una nueva revisión de estudios cualitativos realizados con usuarios, al considerar que la experiencia de usuarios con trastornos mentales graves podría ser cualitativamente distinta a la de los usuarios con trastornos mentales comunes y dado que la mencionada Guía de la Experiencia del Usuario incluye a usuarios con todo tipo de diagnósticos.

El GDG tomó en cuenta todos los temas que fueron identificados como importantes y como una base para realizar las recomendaciones. Sin embargo, también se llegó al consenso de que las recomendaciones no deberían mostrar preferencia hacia el cuidador por encima de las necesidades del usuario del servicio, sino que deberían de ser complementarias. Esto puede beneficiar tanto al cuidador como al usuario, ya que un cuidador provisto de mucha información y apoyo tiene más posibilidades de dar un mejor apoyo y cuidado al usuario. Esto también es importante porque los cuidadores son una parte integrante de la intervención familiar.

El GDG consideró que, aunque este área no revisa explícitamente la intervención familiar (los resultados fueron revisados para la guía de 2009 – véase el área 9), sigue siendo imprescindible que la oferta de cualquier intervención dirigida hacia el cuidador forme parte de la intervención familiar. También hay que tener en cuenta cuándo es el momento más apropiado para la psicoeducación ofrecida de forma individualizada.

El GDG utilizó del término “psicoeducación” para describir algunas de las intervenciones revisadas. El GDG creyó que el término era antiguo y no refleja la naturaleza de las intervenciones actuales, las cuales no tienen el objetivo de “enseñar”. Aquellas

## 14.5.- 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.

## 14.6.- Recomendación para la investigación

14.7.a ¿Cuáles son los beneficios para los usuarios y para los cuidadores de una intervención familiar combinada con una intervención centrada en el cuidador en comparación con la intervención familiar sola ?

**Referencias**

Andrew A, Knapp M, McCrone PR, Parsonage M, Trachtenberg M. Effective Interventions in Schizophrenia: The Economic Case. London: Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science; 2012.

Asher CJ, Gask L. Reasons for illicit drug use in people with schizophrenia: Qualitative study. BMC Psychiatry. 2010;10:94. doi: 10.1186/1471-244X-10-94.

Askey R, Holmshaw J, Gamble C, Gray R. What do carers of people with psychosis need from mental health services? Exploring the views of carers, service users and professionals. Journal of Family Therapy. 2009;31:310-31.

Awad AG, Voruganti LN. The burden of schizophrenia on caregivers: a review. Pharmacoeconomics. 2008;26:149-62.

Barnable A, Gaudine A, Bennett L, Meadus R. Having a sibling with schizophrenia: a phenomenological study. Research and Theory for Nursing Practice. 2006;20:247-64.

Bergner E, Leiner AS, Carter T, Franz L, Thompson NJ, Compton MT. The period of untreated psychosis before treatment initiation: a qualitative study of family members' perspectives. Comprehensive Psychiatry. 2008;49:530-6.

Cheng LY, Chan S. Psychoeducation program for Chinese family carers of members with schizophrenia. Western Journal of Nursing Research. 2005;27:583-99.

Chiu MYL, Wei GFW, Lee S. Personal tragedy or system failure: a qualitative analysis of narratives of caregivers of people with severe mental illness in Hong Kong and Taiwan. The International Journal of Social Psychiatry. 2006;52:413-23.

Curtis JL, Millman EJ, Struening E, D'Ercole A. Effect of case management on rehospitalization and utilization of ambulatory care services. Hospital and Community Psychiatry. 1992;43:895-9.

Das AK, Malik A, Haddad PM. A qualitative study of the attitudes of patients in an early intervention service towards antipsychotic long-acting injections. Therapeutic Advances in Psychopharmacology. 2014;4(5):179-85. doi: 10.1177/2045125314542098.

Fadden G, Heelis R. The Meriden Family Programme: lessons learned over 10 years. Journal of Mental Health. 2011;20:79-88.

Flyckt L, Fatouros-Bergman H, Koernig T. Determinants of subjective and objective burden of informal caregiving of patients with psychotic disorders. The International Journal of Social Psychiatry. 2015;61(7):684-92. doi: 10.1177/0020764015573088.

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

Goodwin V, Happell B. Conflicting agendas between consumers and carers: The perspectives of carers and nurses. International Journal of Mental Health Nursing. 2006;15:135-43.

Gutierrez-Maldonado J, Caqueo-Urizar A. Effectiveness of a psycho-educational intervention for reducing burden in Latin American families of patients with schizophrenia. Quality of Life Research. 2007:739-47.

Health and Social Care Information Centre. NHS Staff Earnings Estimates June 2012 - Based on Payments to Staff in the NHS in England from January to March 2012. Leeds: Health and Social Care Information Centre; 2012.

Hughes H, Meddings S, Vandrevala T, Holmes S, Hayward M. Carers' experiences of assertive outreach services: an exploratory study. Journal of Mental Health. 2011;20:70-78.

Iyer S, Banks N, Roy MA, Tibbo P, Williams R, Manchanda R, Chue P, Malla A. A qualitative study of experiences with and perceptions regarding long-acting injectable antipsychotics: Part I-patient perspectives. Canadian Journal of Psychiatry. 2013;58(5 Suppl 1):14S-22S.

Jankovic J, Yeeles K, Katsakou C, Amos T, Morriss R, Rose D, et al. Family caregivers' experiences of involuntary psychiatric hospital admissions of their relatives-a qualitative study. PLoS One. 2011;6:e25425.

Jeppesen P, Petersen L, Thorup A, Abel MB, Oehlenschlaeger J, Christensen T, et al. Integrated treatment of first-episode psychosis: effect of treatment on family burden: OPUS trial. The British Journal of Psychiatry. 2005;48:s85-s90.

Kinderman P, Setzu E, Lobban F, Salmon P. Illness beliefs in schizophrenia. Social Science & Medicine. 2006;63(7):1900-11.

Knudson B, Coyle A. Parents' experiences of caring for sons and daughters with schizophrenia: a qualitative analysis of coping. European Journal of Psychotherapy, Counselling and Health. 2002;5:169-83.

Laird B, Smith B, Dutu G, Mellsop G. Views and experiences of family/whanau carers of psychiatric service users on diagnosis and classification. The International Journal of Social Psychiatry. 2010;56:270-79.

Lavis A, Lester H, Everard L, Freemantle N, Amos T, Fowler D, et al. Layers of listening: qualitative analysis of the impact of early intervention services for first-episode psychosis on carers' experiences. The British Journal of Psychiatry. 2015;207(2):135-42. doi: 10.1192/bjp.bp.114.146415.

Lawlor C, Sharma B, Khondoker M, Peters E, Kuipers E, Johns L. Service user satisfaction with cognitive behavioural therapy for psychosis: Associations with therapy outcomes and perceptions of the therapist. The British Journal of Clinical Psychology. 2017;56(1):84-102. doi: 10.1111/bjc.12122.

Levine IS, Ligenza LR. In their own voices: families in crisis. A focus group study families of persons with serious mental illness. Journal of Psychiatric Practice. 2002;8:344-53.

Lobban F, Glentworth D, Haddock G, Wainwright L, Clancy A, Bentley R. The views of relatives of young people with psychosis on how to design a Relatives Education And Coping Toolkit (REACT). Journal of Mental Health. 2011;20:567-79.

Loughland C, Cheng K, Harris G, Kelly B, Cohen M, Sandhu H, Varmos M, Levin TT, Bylund C, Landa Y, Outram S. Communication of a schizophrenia diagnosis: A qualitative study of patients' perspectives. The International Journal of Social Psychiatry. 2015;61(8):729-34.

Lumsden V, Rajan L. Carer satisfaction with an assertive outreach service. Clinical Psychology Forum. 2011:11-15.

Magliano L, Fadden G, Madianos M, de Almeida JM, Held T, Guarneri M, et al. Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 1998;33:405-12.

Magliano L, Fiorillo A, Malangone C, De Rosa C, Maj M. Patient functioning and family burden in a controlled, real-world trial of family psychoeducation for schizophrenia. Psychiatric Services. 2006;57:1784-91.

McAuliffe D, Andriske L, Moller E, O'Brien M, Breslin P, Hickey P. 'Who cares?' An exploratory study of carer needs in adult mental health. Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health. 2009;8:1-12.

McCann TV, Lubman DI, Clark E. First-time primary caregivers' experience accessing first-episode psychosis services. Early Intervention in Psychiatry. 2011;5:156-62.

McCann TV, Lubman DI, Clark E. Primary caregivers' satisfaction with clinicians' response to them as informal carers of young people with first-episode psychosis: a qualitative study. Journal of Clinical Nursing. 2012a;21:224-31.

Messari S1, Hallam R. CBT for psychosis: a qualitative analysis of clients' experiences. The British Journal of Clinical Psychology. 2003;42(Pt 2):171-88.

Mielau J, Altunbay J, Gallinat J, Heinz A, Bermpohl F, Lehmann A, Montag C. Subjective experience of coercion in psychiatric care: a study comparing the attitudes of patients and healthy volunteers towards coercive methods and their justification. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 2016;266(4):337-47.

NICE. Psychosis and Schizophrenia in Adults. NICE clinical guideline no. 178. London: NICE; 2014.

NICE. Service user experience in adult mental health: improving the experience of care for people using adult mental health service. Clinical guideline CG136 2011. Available from: http://guidance.nice.org.uk/CG136.

Nicholls E, Pernice R. Perceptions of the relationship between mental health professionals and family caregivers: has there been any change? Issues in Mental Health Nursing. 2009;30:474-81.

Nilsen L, Frich JC, Friis S, Røssberg JI. Patients' and family members' experiences of a psychoeducational family intervention after a first episode psychosis: a qualitative study. Issues in Mental Health Nursing. 2014;35(1):58-68. doi: 10.3109/01612840.2013.837992.

Nordby K, Kjonsberg K, Hummelvoll JK. Relatives of persons with recently discovered serious mental illness: In need of support to become resource persons in treatment and recovery. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2010;17:304-11.

Nyttingnes O, Ruud T, Rugkåsa J. 'It's unbelievably humiliating'-Patients' expressions of negative effects of coercion in mental health care. International Journal of Law and Psychiatry. 2016;49(Pt A):147-153. doi: 10.1016/j.ijlp.2016.08.009.

Outram S, Harris G, Kelly B, Bylund CL, Cohen M, Landa Y, Levin T, Sandhu H, Vamos M, Loughland C. 'We didn't have a clue': Family caregivers' experiences of the communication of a diagnosis of schizophrenia. The International Journal of Social Psychiatry. 2015;61(1):10-6. doi: 10.1177/0020764014535751.

Phillips L, McCann E. The subjective experiences of people who regularly receive depot neuroleptic medication in the community. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2007;14(6):578-86.

Reid J, Lloyd C, de Groot L. The psychoeducation needs of parents who have an adult son or daughter with a mental illness. Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health. 2005;4:65-67.

Riley G, Gregory N, Bellinger J, Davies N, Mabbott G, Sabourin R. Carer's education groups for relatives with a first episode of psychosis: An evaluation of an eight-week education group. Early Intervention in Psychiatry. 2011;5:57-63.

Roick C, Heider D, Bebbington PE, Angermeyer MC, Azorin J-M, Brugha TS, et al. Burden on caregivers of people with schizophrenia: comparison between Germany and Britain. The British Journal of Psychiatry. 2007;190:333-38.

Rooney R, Wright B, O'Neil K. Issues faced by carers of people with a mental illness from culturally and linguistically diverse backgrounds: carers' and practitioners' perceptions. Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health. 2006;5:1-13.

Rosenfarb IS, Bellack AS, Aziz N. A sociocultural stress, appraisal, and coping model of subjective burden and family attitudes toward patients with schizophrenia. Journal of Abnormal Psychology. 2006;115:157-65.

Royal College of Psychiatrists. Carers and Confidentiality. 2010; Available from: http://www.rcpsych.ac.uk/about/campaigns/partnersincarecampaign/carersandconfidentiality.aspx.

Sariah AE, Outwater AH, Malima KI. Risk and protective factors for relapse among individuals with schizophrenia: a qualitative study in Dar es Salaam, Tanzania. BMC Psychiatry. 2014;14:240. doi: 10.1186/s12888-014-0240-9.

Saunders JC, Byrne MM. A thematic analysis of families living with schizophrenia. Archives of Psychiatric Nursing. 2002;16:217-23.

Sharif F, Shaygan M, Mani A. Effect of a psycho-educational intervention for family members on caregiver burdens and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia in Shiraz, Iran. BMC Psychiatry. 2012;12.

Small N, Harrison J, Newell R. Carer burden in schizophrenia: considerations for nursing practice. Mental Health Practice. 2010;14:22-25.

Solomon P, Draine J, Mannion E, Meisel M. Impact of brief family psychoeducation on self-efficacy. Schizophrenia Bulletin. 1996;22:41-50.

Stewart DC, Anthony GB, Chesson R. 'It's not my job. I'm the patient not the doctor': patient perspectives on medicines management in the treatment of schizophrenia. Patient Education and Counseling. 2010;78(2):212-7. doi: 10.1016/j.pec.2009.06.016.

Szmukler GI, Herrman H, Colusa S, Benson A, Bloch S. A controlled trial of a counselling intervention for caregivers of relatives with schizophrenia. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 1996;31:149-55.

Tanskanen S, Morant N, Hinton M, Lloyd-Evans B, Crosby M, Killaspy H, et al. Service user and carer experiences of seeking help for a first episode of psychosis: a UK qualitative study. BMC Psychiatry. 2011;11:157.

Teferra S, Hanlon C, Beyero T, Jacobsson L, Shibre T. Perspectives on reasons for non-adherence to medication in persons with schizophrenia in Ethiopia: a qualitative study of patients, caregivers and health workers. BMC Psychiatry. 2013;13:168. doi: 10.1186/1471-244X-13-168.

Tranulis C, Goff D, Henderson DC, Freudenreich O. Becoming adherent to antipsychotics: a qualitative study of treatment-experienced schizophrenia patients. Psychiatric Services. 2011;62(8):888-92. doi: 10.1176/appi.ps.62.8.888.

Tranvag O, Kristoffersen K. Experience of being the spouse/cohabitant of a person with bipolar affective disorder: a cumulative process over time. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2008;22:5-18.

Wagner LC, Geidel AR, Torres-González F, King MB. Cuidado en salud mental: percepción de personas con esquizofrenia y sus cuidadores. Ciência & Saúde Coletiva. 2011;16(4):2077-87.

Wainwright L, Glentworth D, Haddock G, Bentley R, Lobban F. What do relatives experience when supporting someone in early psychosis. Psychology and Psychotherapy. 2015;88(1):105-19.

Weimand BM, Hedelin B, Hall-Lord M-L, Sallstrom C. "Left alone with straining but inescapable responsibilities": Relatives' experiences with mental health services. Issues in Mental Health Nursing. 2011;32:703-10.

Yamaguchi T, Fujii C, Nemoto T, Tsujino N, Takeshi K, Mizuno M. Differences between subjective experiences and observed behaviors in near-fatal suicide attempters with untreated schizophrenia: a qualitative pilot study. Annals of General Psychiatry. 2015;15:14-17. doi: 10.1186/s12991-015-0055-1. eCollection 2015.

# 15 ¿Qué es la rehabilitación profesional?

## 15.1.- Introducción

En esta área se revisa, por un lado, la bibliografía disponible sobre rehabilitación profesional y las intervenciones en este campo, y por otro la eficacia de la rehabilitación cognitiva en combinación con la rehabilitación profesional.

### 15.1.1.- El empleo en las personas con psicosis y esquizofrenia

Existe una amplia variedad de tipos de empleo y, del mismo modo, diferentes concepciones del empleo dentro de la población potencialmente activa. Para algunas personas tener un empleo será poder desarrollar un trabajo por cuenta propia mientras que para otras lo será cualquier tipo de trabajo remunerado o incluso no remunerado (como el voluntariado). El tipo de dedicación (a tiempo parcial o total) y el valor añadido de un empleo protegido o con apoyo también son factores a valorar dentro de todos los elementos y condicionantes posibles.

En países de nuestro entorno como Reino Unido, la tasa de ocupación de la población general ronda el 71%. Frente a este hecho, si nos referimos a la población con psicosis, sólo está empleada un 5-15% según estimaciones recientes (Shizophrenia Commission, 2012). Según la literatura, aunque la práctica totalidad (el 97'5%) de los usuarios querrían realizar algún tipo de trabajo (incluyendo tanto voluntariado como trabajo remunerado), más de la mitad (el 53%) reconoce no haber recibido ningún tipo de apoyo para conseguirlo. Es decir, a pesar de todos los beneficios documentados del hecho de tener

un empleo para las personas con psicosis y esquizofrenia, la posibilidad de trabajar sigue siendo extremadamente baja (Seebohm & Secker, 2005).

Tener un trabajo proporciona a las personas una función, una estructura y un papel determinado en la sociedad, lo cual tiene un impacto positivo en su autoestima, facilita la inclusión en la comunidad y mejora sus oportunidades (Ross, 2008; Luciano et al., 2014), además de proporcionar una remuneración económica.

Desde el modelo de vulnerabilidad-estrés podría pensarse que el trabajo puede ser estresante, y por tanto perjudicial para las personas con psicosis y esquizofrenia (Zubin & Spring, 1977). Sin embargo, otros autores afirman que los efectos del desempleo son más perjudiciales para la salud mental que el propio estrés laboral (Marrone & Golowka, 1999) y que el empleo no es en ningún caso perjudicial (Luciano et al., 2014).

Está ampliamente documentado  que el desempleo en la población general produce un aumento de la angustia mental, disminución de la autoestima, empeoramiento de los síntomas psicosomáticos (Paul & Moser, 2009). El aumento de las tasas de suicidio asociado al desempleo (Stuckler et al., 2011; Stevovic & Vodopic, 2017; Helbich et al., 2017) también refuerza la opinión de que el trabajo puede ser beneficioso para la salud mental. Además, participar en la construcción social mediante la realización de un trabajo puede facilitar la recuperación (Repper & Perkins, 2003; Pańczak & Pietkiewicz, 2016).

Estudios recientes sugieren que el tener un empleo conlleva otros beneficios en términos de gastos sanitarios tales como un menor uso de los servicios sanitarios de tipo ambulatorio, disminución de los costes de los servicios psiquiátricos y disminución del uso de medicación psicoactiva (Luciano et al., 2014; 2016), así como una reducción de los síntomas positivos y generales de la psicosis (Falkum et al., 2017).

El hecho de tener pocas oportunidades y elementos de inserción social puede conducir al aislamiento social y a la pobreza. Las personas con enfermedad mental son muy sensibles a los efectos negativos del desempleo y a la pérdida de un rol en la sociedad, con la pérdida de metas personales e identidad social que esto acarrea. Éstos, a su vez, son

ampliamente reconocidos como factores que contribuyen a una mala salud física y mental (Boardman et al., 2009; Advisory Conciliation and Arbitration Service, 2009).

Por lo tanto, el derecho al trabajo o a la práctica profesional con apoyo puede ser de gran beneficio para las personas con psicosis y esquizofrenia para la salud, el funcionamiento social y la retribución económica (The Work Foundation, 2013; Luciano et al., 2016).

Sin embargo, aunque numerosas publicaciones recientes reafirman los beneficios del empleo para las personas con psicosis y esquizofrenia (Schizophrenia Commission, 2012; The Work Foundation, 2013; Falkum et al., 2017), en la práctica esto no se ha traducido en una mayor contratación de personas con enfermedad mental.

Varios factores contribuirían a esta situación:

a) Por parte de los profesionales. Dentro de los servicios de salud mental, se han documentado actitudes negativas y escasas expectativas por parte de los profesionales de salud mental hacia las personas con trastornos mentales. Esto puede generar también en los pacientes pesimismo sobre su recuperación, reduciendo así sus aspiraciones y finalmente la prestación de servicios. Cuando tanto el paciente como el personal sanitario comparten estas creencias, es esencial desarrollar intervenciones sobre ambos que faciliten una relación terapeuta-paciente orientada a la recuperación y rehabilitación profesional (Office of the Deputy Prime Minister, 2004; Hansson et al., 2013). Los usuarios señalan, como importantes vías de mejora de cara a involucrarse en alguna actividad ocupacional, el acceso a recomendaciones fiables e imparciales y que se les proporcione más información por parte de los profesionales. La falta de coordinación entre los Servicios Sociales y los Servicios de Salud ha sido también señalada por los propios usuarios como un obstáculo importante a la hora de acceder a un empleo (Seebohm & Secker, 2005).

b) Por parte de la sociedad. Las personas con psicosis y esquizofrenia pueden sufrir estigmatización y discriminación por parte de los empresarios o empleadores; de hecho, el 75% de éstos afirma que sería difícil contratar a una persona con un trastorno psicótico (Office of the Deputy Prime Minister, 2004). Algunos

empresarios mantienen ciertas creencias que afectan negativamente a la contratación de estas personas, tales como que no se puede confiar en los trabajadores con problemas de salud mental, que necesitan ser supervisados, que poseen poca iniciativa, que no pueden trabajar de cara al público o que el trabajo sería negativo para su salud mental. Los grandes empresarios son más propensos a emplear a personas con psicosis y esquizofrenia, tal vez porque tienen estructuras de apoyo más amplias (Biggs et al., 2010). Los usuarios consideran que la actitud de los empresarios es la mayor barrera para acceder al empleo (Seebohm & Secker, 2005). Sin embargo, la actitud de las agencias de empleo ha mejorado y están identificando las ventajas del empleo para los usuarios (Biggs et al., 2010).

c) Por parte de los usuarios y las personas cuidadoras se han detectado algunas barreras como miedo a la reducción o pérdida de prestaciones, falta de ayuda adecuada en la orientación al empleo y falta de habilidades en la búsqueda y desarrollo de empleos con apoyo dentro de los servicios tradicionales (Marwaha & Johnson, 2004; The Work Foundation, 2013).

d) El nivel educativo es otro factor determinante que puede afectar a la búsqueda y al acceso al trabajo. La interrupción de la educación como una consecuencia directa de los problemas de salud mental puede tener un impacto negativo en el acceso al mercado de trabajo y puede hacer que sea difícil alcanzar y mantener un empleo (Schneider et al., 2009; Organisation for Economic Co-operation and Development, 2011). Se sabe que incluso para las personas jóvenes y sanas hay efectos negativos a largo plazo sobre sus perspectivas de trabajo cuando, después de haber completado su formación, no son capaces de acceder al mercado de trabajo. Esto puede conducir a la consiguiente ansiedad por la inseguridad laboral, habiéndose descrito en ellos mayor riesgo de padecer depresión y aumento del riesgo suicida (Bell & Blanchflower, 2011; Wege et al., 2017). Por lo tanto, cuando las perspectivas de futuro de una persona joven se ven afectadas por problemas de salud mental, se requerirá de un apoyo y orientación extras para que pueda lograr sus aspiraciones laborales. Los profesionales de salud mental han de tratar activamente de superar los obstáculos (algunos de ellos, inherentes al sistema) de cara a que los usuarios logren su mayor potencial.

Dentro de las posibles actuaciones de cara al apoyo laboral, NICE ha publicado guías de salud pública con recomendaciones para el apoyo a personas con enfermedad mental en el trabajo y para la gestión de bajas por enfermedades de larga duración (NICE, 2009b; 2009c).

Es razonable suponer que volver al trabajo y el apoyo laboral deberían ser considerados elementos esenciales de las intervenciones para la recuperación de las personas con psicosis y esquizofrenia (The Work Foundation, 2013), entre otras cosas porque cuanto más prolongando sea el periodo de la no-participación con un rol, mayores serán las dificultades para volver a desempeñarlo y las limitaciones futuras al respecto (Bell & Blanchflower, 2011).

La evaluación y las intervenciones relativas a la readaptación profesional pueden ser realizadas por terapeutas ocupacionales y orientadores laborales. Para ayudar a una rápida accesibilidad y coordinarla con otras intervenciones clínicas, la persona que proporciona las intervenciones laborales debería formar parte del equipo clínico multidisciplinar.

Revisiones recientes han determinado que las variables más relacionadas con el empleo son los síntomas negativos y cognitivos, la edad de inicio y la duración y el curso de la enfermedad, mientras que las más asociadas al desempleo fueron la edad (mayor desempleo a mayor edad), el sexo femenino y un nivel bajo de educación (Bouwmans et al., 2015).
Para las personas con una enfermedad mental grave, el mejor predictor de éxito en la búsqueda de empleo es el propio deseo de tener un trabajo (Ross, 2008) y que los haya tenido anteriormente, más que los síntomas o el diagnóstico. Por otra parte, está documentado que la presencia de síntomas positivos tiene una influencia menos desfavorable en el desarrollo laboral que los síntomas negativos (los cuales pueden afectar al modo de presentarse en la entrevista de trabajo, al deterioro en las habilidades sociales y en la motivación para trabajar) (Marwaha &J ohnson, 2004; Tsang et al., 2010). Otro factor influyente puede ser la presencia de historia familiar de psicosis, la cual ha demostrado poca pero significativa relación con los resultados globales (clínicos y sociales) y ocupacionales a largo plazo en personas con esquizofrenia (Käkelä et al., 2014).

En cuanto a la preferencia por un empleo a tiempo completo o parcial, la autoestima, la calidad de vida, la gravedad de los síntomas o el nivel de funcionamiento no estarían relacionados con aquélla, mientras que tener necesidades no satisfechas y no recibir prestaciones por incapacidad o ayudas económicas favorecerían la preferencia por trabajar más horas. En cualquier caso, en contra de la opinión mayoritariamente extendida, un amplio número de personas con trastornos mentales graves desearía trabajar a tiempo completo (Rice et al., 2009).
Igualmente importante es, una vez obtenido el empleo, proporcionar el apoyo apropiado al empleador y al empleado.

## 15.2.- Revisión de la evidencia clínica – intervenciones de rehabilitación profesional

### 15.2.1.- Introducción

Las intervenciones de rehabilitación profesional revisadas en este capítulo son el empleo con apoyo estándar y modificado y la formación pre-profesional. Se revisa además la rehabilitación cognitiva como un posible complemento a estas intervenciones.

El deterioro cognitivo está presente en parte de las personas con esquizofrenia, sobre todo en los ámbitos de la memoria (Brenner, 1986), la atención (Oltmanns & Neale, 1975) y las funciones ejecutivas, como la organización y planificación (Weinberger et al., 1988; Hurtado et al., 2016), lo cual se asocia con una menor capacidad de trabajo (Wexler & Bell, 2005). Por lo tanto, es plausible que una intervención diseñada para mejorar el funcionamiento cognitivo, tal como la rehabilitación cognitiva (Wykes & Reeder, 2005), también pueda mejorar el rendimiento en el trabajo en las personas con psicosis y esquizofrenia. También es posible que los programas de rehabilitación profesional puedan ayudar a las personas a integrar y generalizar los logros alcanzados por medio de la rehabilitación cognitiva previa (Wexler & Bell, 2005). La eficacia general de la rehabilitación cognitiva se revisa en el área 9. En esta área se revisa la eficacia de la rehabilitación cognitiva como tratamiento complementario para mejorar la efectividad de la rehabilitación de formación profesional.

*La formación pre-profesional* se define como cualquier enfoque de rehabilitación profesional en el que se espera que los participantes realicen un período de preparación antes de ser animados a buscar un empleo competitivo. Esta fase de preparación podría implicar o bien trabajar en un entorno protegido o algún tipo de formación previa al empleo o un trabajo de transición. Esto incluye tanto a los enfoques tradicionales (talleres protegidos) como a los enfoques "clubhouse".

*El trabajo con apoyo* se refiere a los programas de *Individual Placement and Support* *que es un enfoque de la rehabilitación profesional que intenta ubicar inmediatamente a los usuarios en un empleo competitivo. Se acepta, para comenzar, el trabajo con apoyo durante un período corto de preparación, (menos de 1 mes de duración) sin que implique situar el trabajo en un entorno protegido, en la formación o en el empleo de transición. En países cercanos como el Reino Unido estos programas están integrados con frecuencia en los Equipos de Salud Mental Comunitaria (The Work Foundation, 2013).

*Individual Placement and Support (IPS) es un enfoque sistemático para ayudar a las personas con enfermedades mentales graves a lograr un empleo competitivo. Se basa en ocho principios:

- la elección del usuario
- se centra en un empleo competitivo
- la integración de los servicios de empleo y de salud mental
- atención a las preferencias del usuario
- planificación de incentivos laborales
- la búsqueda rápida de empleo
- el desarrollo sistemático del trabajo y
- el apoyo individualizado al trabajo

World Psychiatry. 2012;11(1): 32–39. Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. Gary R. Bond, Robert E. Drake, and Deborah R. Becker

Se estima que el 61% de los sujetos que participan en el programa IPS encuentran un empleo competitivo, frente al 23% del grupo control. Los participantes de este tipo de intervención, además, encuentran trabajo más rápidamente, lo mantienen durante más

tiempo y trabajan más horas a la semana (The Work Foundation, 2013). Este tipo de programa mejora las tasas de empleo en los diferentes ámbitos y países en los que se ha implementado y supera a la rehabilitación profesional tradicional en términos de resultados (Modini et al., 2014).

*Los programas de rehabilitación profesional modificados* se definen como la formación pre-profesional o empleo con apoyo reforzada con alguna técnica para aumentar la motivación de los participantes. Las técnicas típicas consisten en el pago por la participación en el programa o alguna forma de intervención psicológica.

La *rehabilitación cognitiva* se define como:

- un procedimiento de entrenamiento que se centra específicamente en procesos cognitivos básicos tales como la atención, la memoria de trabajo o la función ejecutiva, y
- tiene la intención específica de lograr una mejora en el nivel de desempeño en esa función cognitiva especificada u otras funciones, incluyendo las actividades de la vida diaria, las habilidades sociales o profesionales.

Como control se entiende la atención psiquiátrica habitual de los participantes en los estudios o ensayos sin ningún componente específico de rehabilitación profesional. En todos los ensayos revisados en los que se comparó una intervención con la atención estándar, a menos que se indique lo contrario, los participantes recibieron la intervención además de la atención estándar. Así, por ejemplo, en un ensayo que compara la formación pre-profesional y la atención estándar en la comunidad, los participantes del primer grupo también recibieron la atención estándar de los servicios comunitarios, como consultas externas.

## 15.3.- Vinculación de la evidencia a las recomendaciones

El GDG de la Guía NICE (2014) encontró treinta y ocho ECA (N=8832) que cumplían los criterios que ellos habían establecido para la revisión de las intervenciones de *rehabilitación profesional sola*: (Beard et al., 1963; Becker, 1967; Bell et al., 1993; Bell et

al., 2003; Bio & Gattaz, 2011; Blankertz & Robinson, 1996; Bond & Dincin, 1986; Bond et al., 1995; Bond et al., 2007; Burns et al., 2007; Chandler et al., 1996; Cook et al., 2005; Dincin & Witheridge, 1982; Drake et al., 1994; 1999; Frey et al., 2011; Gervey & Bedell, 1994; Gold et al., 2006; Griffiths, 1974; Hoffmann et al., 2012; Howard et al., 2010; Killackey et al., 2008; Kline & Hoisington, 1981; Kopelowicz et al., 2006; Kuldau & Dirks, 1977; Latimer et al., 2006; Lehman et al., 2002; Lysaker et al., 2005; 2009; McFarlane et al., 2000; Mueser et al., 2002; 2005; Okpaku & Anderson, 1997; Tsang et al., 2009; Twamley et al., 2012; Walker et al., 1969; Wolkon et al., 1971 y Wong et al., 2008). Los 38 estudios habían sido publicados en revistas revisadas por pares entre 1963 y 2012.

Para la *rehabilitación cognitiva junto a la rehabilitación profesional*, seis ECA (N = 533) cumplieron con los criterios de elegibilidad para la revisión: (Bell et al., 2005; 2008; Lindenmayer et al., 2008; McGurk et al., 2005; 2009) y Vauth et al., 2005). Los seis estudios fueron publicados en revistas revisadas por pares entre 2005 y 2009.

*Valor relativo de los resultados considerados:*

El GDGNICE considera que el principal objetivo de una intervención de rehabilitación profesional es proporcionar un empleo a la persona para mejorar su funcionamiento y su calidad de vida. El objetivo de la revisión fue evaluar si la adición de una intervención de rehabilitación cognitiva a la rehabilitación profesional mejoraba los resultados de ésta y si mejoraron o no los resultados cognitivos (la eficacia de la rehabilitación cognitiva sola se evalúa en el área 9).

Por lo tanto, el GDGNICE considera resultados cruciales el trabajo y la capacitación, la calidad de vida y la discapacidad funcional. También considera importantes, pero no críticos, los resultados sobre los efectos adversos, efectos sobre los síntomas y la utilización de los servicios, así como la satisfacción con los servicios y la aceptabilidad. Aunque estos resultados no se consideran críticos para las recomendaciones acerca de los beneficios de la rehabilitación profesional en los resultados pertinentes a la intervención (profesional y funcionamiento), sí informaron al GDG acerca de la viabilidad de la intervención.

### *Balance entre los beneficios clínicos y los daños*

Para los adultos con psicosis y esquizofrenia, el GDGNICE estima que hay una evidencia razonable de que los beneficios de una intervención de empleo con apoyo supera el posible riesgo de que se produzca un efecto negativo (por ejemplo, la recaída debido a los efectos negativos de tener un trabajo). La evidencia sugiere que la rehabilitación profesional (en todo sus formatos) es más eficaz que una intervención no profesional o el control para obtener un empleo (competitivo o no). Según el GDGNICE, aunque no están definidos los beneficios adicionales sobre el funcionamiento o en la calidad de vida y éstos varían en función de las intervenciones, tampoco afecta negativamente a la salud psicológica ni exacerba los síntomas psicóticos. No obstante, una revisión sistemática llevada a cabo por Bouwmans et al. (2015) sí encuentra una asociación entre la calidad de vida y el empleo, aunque advierte que no se llega a determinar con certeza la direccionalidad de la asociación. Por otra parte, el empleo con apoyo fue 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 y no tienen un efecto perjudicial en la salud psicológica (por ejemplo, sobre los ingresos hospitalarios y la angustia psicológica).

El GDG cree que hay una escasez de datos de seguimiento de la evaluación de la eficacia a largo plazo de las intervenciones de rehabilitación vocacional. Sin embargo, el grupo cree que las posibles consecuencias negativas de no ofertar ningún apoyo profesional compensa la falta de confianza en los beneficios a largo plazo.

### *Balance entre los beneficios de la salud y el uso de recursos*

Para los adultos diagnosticados de psicosis y esquizofrenia, la evidencia económica de salud para el empleo con apoyo versus formación pre-profesional se limita a un estudio realizado en Reino Unido, en el cual se concluye que el hecho de que los usuarios encuentren un trabajo remunerado puede suponer un ahorro para los servicios de salud mental, lo que plantea preguntas sobre cómo organizar el apoyo al empleo en este grupo de pacientes de la mejor manera (Schneider & Boyce, 2009).

El GDGNICE piensa que la formación pre-profesional es probable que sea un recurso más intensivo y se espera que sea más caro que la intervención del empleo con apoyo. La bibliografía internacional es diversa. Un estudio llevado a cabo en seis centros europeos, encontró que el empleo con apoyo tipo IPS era superior en comparación con la atención estándar en todos menos en un sitio. Sin embargo, el estudio realizado en los EE.UU. no pudo llegar a conclusiones firmes relativas a la eficiencia del IPS. De acuerdo con el análisis económico de la Guía para los adultos con psicosis y esquizofrenia una intervención de empleo con apoyo parece ser eficiente si se compara con una intervención sin formación profesional o control.

A pesar de las limitaciones del análisis económico (por ejemplo, evidencia débil y sobre todo la basada en el estudio de EE.UU. para la efectividad clínica, la falta de datos de seguimiento a largo plazo, la falta de datos relativos al tratamiento habitual, la no disponibilidad de valores específicos útiles para esta población), los resultados fueron consistentes con la hipótesis subyacente. En general, la evidencia económica de la salud apoya la opinión del GDG de que se debería proporcionar una intervención de rehabilitación de formación profesional.

### *Calidad de la evidencia*

Para el empleo con apoyo versus entrenamiento pre-profesional, la calidad y fortaleza de la evidencia oscila de muy baja a alta. Las razones para degradarla están relacionadas con el riesgo de sesgo, la alta heterogeneidad o la falta de precisión en los intervalos de confianza. De hecho, la heterogeneidad fue una de las principales preocupaciones en la evaluación de la evidencia, ya que las intervenciones y los controles variaban entre los estudios. Sin embargo, aunque se observó varianza en el tamaño del efecto a través de los estudios, la dirección del efecto fue consistente en la mayoría de los estudios.

Otras revisiones (Bouwmans et al., 2015) también insisten en la variabilidad acerca de las medidas empleadas para evaluar resultados, acerca de las características de los pacientes y de las medidas de reclutamiento.

*Otras consideraciones*

La evidencia sugiere que cualquier intervención de rehabilitación profesional es beneficiosa sobre la calidad de vida y los resultados de funcionamiento en comparación con un grupo control sin rehabilitación profesional. El GDGNICE estima que este hallazgo apoya su recomendación de que se debería proporcionar una intervención de rehabilitación profesional.

La evidencia también sugiere que el empleo con apoyo es más eficaz que la formación pre-profesional para obtener un empleo competitivo (The Work Foundation, 2013). El GDGNICE considera que esto sólo sería apropiado para los que desean un empleo competitivo. Para aquellos que necesitan una introducción más gradual en el trabajo y a los que les gustaría tener un apoyo antes de entrar en un empleo competitivo, hay alguna evidencia de la eficacia para la formación pre-profesional.

El GDGNICE cree que debería existir la posibilidad de elección para el usuario, de forma que aquellos que buscan un empleo competitivo inmediato tengan la opción de un empleo con apoyo y los que no pueden regresar a su trabajo inmediatamente puedan recibir apoyo y capacitación antes de intentar obtener un empleo competitivo. El GDGNICE debatió la colaboración entre diversos agentes locales para garantizar al usuario el apoyo en la formación y en la obtención y mantenimiento del empleo. Decidieron también que se debería incluir a agentes locales de las minorías étnicas. El GDGNICE también debatió que la formación profesional, la capacitación, o cualquier actividad durante el día debería tener un seguimiento y formar parte del plan de atención.

La mayor parte de la base de la evidencia es de los EE.UU. y los sub-análisis revelan que el beneficio de las intervenciones de rehabilitación profesional no fueron tan convincentes en los estudios basados sólo en Reino Unido o en Europa, aunque se observaron las mismas tendencias. Aunque el GDGNICE piensa que esto es motivo de cierta preocupación, destacan la necesidad de más ensayos de evaluación de los servicios prestados en Reino Unido.

La base de la evidencia para la intervención combinada de rehabilitación cognitiva y profesional encuentran que está demasiado limitada para hacer una recomendación y el

GDGNICE lo identifica como un tema potencial para una recomendación de investigación para obtener más estudios basados en Reino Unido.

La GPC del Real Colegio de Psiquiatras de Australia y Nueva Zelanda (Galletly et al., 2016) y las revisiones sistemáticas y meta-análisis publicados con posterioridad a la Guía NICE coinciden en esta dirección con lo ya expuesto.

## 15.4.- 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.

## 15.5.- Relación entre el testimonio de los usuarios y las 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.

### Testimonio de los usuarios

Varios usuarios refieren en el grupo la importancia de las actividades diarias para mantenerse estables.

*"Tú tienes que ocupar tu tiempo, lo que no puedes es estar malo y sin ninguna ocupación… un taller…. Algo tienes que hacer… Tienes que tener una obligación, unas pautas de conducta diarias, ¿no? Como las personas… las personas trabajan ocho horas al día, comen, duermen y el fin de semana libre, pues nosotros, aunque estemos enfermos, para estar más estabilizados, tienes que tener unas pautas de conducta, este día hago esto, otro día lo otro, tenga más o menos ganas, y tienes que luchar y tener fuerza de voluntad porque no siempre se tienen ganas, ¿no?; encontrar el equilibrio, como todo el mundo, pero que quizás nosotros un poquito más, para tener una actividad pero no pasarme de rosca, para llevar una vida normal". (Mujer, 54 años)*

**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.

### Testimonio de los usuarios

Los usuarios de los grupos focales reclaman programas de empleo protegido, ante su situación desfavorable a nivel laboral causada por la psicosis o esquizofrenia, que les permita encontrar o volver al trabajo.

*"¿Por qué no hay un procedimiento para la persona discapacitada en ese trabajo, por qué no hay una adaptación en su trabajo?, en el sentido "bueno si esta persona no admite el estrés..., ¿por qué no se pone una pauta…? Esta persona está discapacitada por este motivo, por crisis psicóticas, el trabajo que le van a asignar puede ir aumentado en función de lo que esa persona pueda hacerse cargo". (Mujer, 29 años)*

*"Bueno, existe FAISEM, que ayuda a la integración social del enfermo mental, y está aquí al lado, vamos…". (Mujer, 55 años)*

**Referencias**

Advisory Conciliation and Arbitration Service. ACAS- Promoting employment relations and HR excellence. 2009.[cited 29 May 12]:Available from: http://www.acas.org.uk/index.aspx?articleid=1361.

Beard JH, Pitt RB, Fisher SH, Goertzel V. Evaluating the effectiveness of a psychiatric rehabilitation program. American Journal of Orthopsychiatry. 1963;33:701-12.

Becker RE. An evaluation of a rehabilitation program for chronically hospitalized psychiatric patients. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 1967;2:32-38.

Bell MD, Milstein RM, Lysaker PH. Pay as an incentive in work participation by patients with severe mental-illness. Hospital and Community Psychiatry. 1993;44:684-86.

Bell M, Lysaker P, Bryson G. A behavioral intervention to improve work performance in schizophrenia: work behavior inventory feedback. Journal of Vocational Rehabilitation. 2003;18:43-50.

Bell MD, Bryson GJ, Greig TC, Fiszdon JM, Wexler BE. Neurocognitive enhancement therapy with work therapy: productivity outcomes at 6- and 12-month follow-ups. Journal of Rehabilitation Research and Development. 2005;42:829-38.

Bell M, Zito W, Greig T. Neurocognitive enhancement therapy and competitive employment in schizophrenia: Effects on clients with poor community functioning. American Journal of Psychiatric Rehabilitation. 2008;11:109-22.

Bell DNF, Blanchflower DG. Young people and the Great Recession. Oxford Review of Economic Policy. 2011;27:241-67.

Biggs D, Hovey N, Tyson PJ, MacDonald S. Employer and employment agency attitudes towards employing individuals with mental health needs. Journal of Mental Health. 2010;19:505-16.

Bio DS, Gattaz WF. Vocational rehabilitation improves cognition and negative symptoms in schizophrenia. Schizophrenia Research. 2011;126:265-69.

Blankertz L, Robinson S. Adding a vocational focus to mental health rehabilitation. Psychiatric Services. 1996;47:1216-22.

Boardman J, Grove B, Perkins R, Shepherd G. Work and employment for people with psychiatric disabilities. The British Journal of Psychiatry. 2003;182:467-8.

Bond GR, Dincin J. Accelerating entry into transitional employment in a psychosocial rehabilitation agency. Rehabilitation Psychology. 1986;31:143-55.

Bond GR, Dietzen LL, Mcgrew JH, Miller LD. Accelerating entry into supported employment for persons with severe psychiatric disabilities. Rehabilitation Psychology. 1995;40:75-94.

Bond GR, Salyers MP, Dincin J, Drake R, Becker DR, Fraser VV, et al. A randomized controlled trial comparing two vocational models for persons with severe mental illness. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2007;75:968-82.

Brenner HD, Dencker SJ, Goldstein MJ, Hubbard JW, Keegan DL, Kruger G, et al. Defining treatment refractoriness in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 1990;16:551-61.

Burns T, Catty J, Becker T, Drake RE, Fioritti A, Knapp M, et al. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. The Lancet. 2007;370:1146-52.

Chan JYC, Hirai HW, Tsoi KKF. Can computer-assisted cognitive remediation improve employment and productivity outcomes of patients with severe mental illness? A meta-analysis of prospective controlled trials. Journal of Psychiatric Research. 2015; 68:293-300.

Chandler D, Meisel J, Hu TW, McGowen M, Madison K. Client outcomes in a threeyear controlled study of an integrated service agency model. Psychiatric Services. 1996;47:1337-43.

Cook JA, Leff HS, Blyler CR, Gold PB, Goldberg RW, Mueser KT, et al. Results of a multisite randomized trial of supported employment interventions for individuals with severe mental illness. Archives of General Psychiatry. 2005;62:505-12.

Dincin J, Witheridge TF. Psychiatric rehabilitation as a deterrent to recidivism. Hospital and Community Psychiatry. 1982;33:645-50.

Drake RE, Becker DR, Anthony WA. A research induction group for clients entering a mental health research project. Hospital and Community Psychiatry. 1994;45:487-9.

Drake RE, McHugo GJ, Bebout RR, Becker DR, Harris M, Bond GR, et al. A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders. Archives of General Psychiatry. 1999;56:627-33.

Falkum E, Klungsøyr O, Lystad JU, Bull HC, Evensen S, Martinsen EW, et al. Vocational rehabilitation for adults with psychotic disorders in a Scandinavian welfare society. BMC Psychiatry. 2017;17(1):24. doi: 10.1186/s12888-016-1183-0.

Frey W, Drake RE, Goldman HH, Salkever D, Miller A, Bond GR. The mental health treatment study: final report to social security administration. Rockville, MD: Westat; 2011.

Gervey R, Bedell JR. Psychological Assessment And Treatment Of Persons With Severe Mental Disorders. In: Bendall JR, ed. Supported employment in vocational rehabilitation. Washington DC: Taylor and Francis; 1994. p. 170-5.

Gold PB, Meisler N, Santos AB, Carnemolla MA, Williams OH, Keleher J. Randomized trial of supported employment integrated with assertive community treatment for rural adults with severe mental illness. Schizophrenia Bulletin. 2006;32:378-95.

Griffiths RD. Rehabilitation of chronic psychotic patients. An assessment of their psychological handicap, an evaluation of the effectiveness of rehabilitation, and observations of the factors which predict outcome. Psychological Medicine. 1974;4:316-25.

Hansson L, Jormfeldt H, Svedberg P, Svensson B. Mental health professionals' attitudes towards people with mental illness: do they differ from attitudes held by people with mental illness? The International Journal of Social Psychiatry. 2013;59:48-54.

Helbich M, Plener PL, Hartung S, Blüml V. Spatiotemporal Suicide Risk in Germany: A Longitudinal Study 2007-11. Scientific Reports. 2017;7(1):7673.
doi: 10.1038/s41598-017-08117-4.

Hoffmann H, Jäckel D, Glauser S, Kupper Z. A randomised controlled trial of the efficacy of supported employment. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2012;125:157-67.

Howard LM, Heslin M, Leese M, McCrone P, Rice C, Jarrett M, et al. Supported employment: randomised controlled trial. The British Journal of Psychiatry. 2010;196:404-11.

Hurtado MM, Triviño M, Arnedo M, Roldán G, Tudela P. Are executive functions related to emotional intelligence? A correlational study in schizophrenia and borderline personality disorder. Psychiatry Research. 2016;246:84-8.

Killackey E, Jackson HJ, McGorry PD. Vocational intervention in first-episode psychosis: individual placement and support v. treatment as usual. The British Journal of Psychiatry. 2008;193:114-20.

Kline MN, Hoisington V. Placing the psychiatrically disabled - a look at work values. Rehabilitation Counseling Bulletin. 1981;24:366-69.

Kopelowicz A, Liberman RP, Wallace CJ, Aguirre F, Mintz J. Differential performance of job skills in schizophrenia: an experimental analysis. Journal of Rehabilitation. 2006;72:31-39.

Kuldau JM, Dirks SJ. Controlled evaluation of a hospital-originated community transitional system. Archives of General Psychiatry. 1977;34:1331-40.

Latimer EA, Lecomte T, Becker DR, Drake RE, Duclos I, Piat M, et al. Generalisability of the individual placement and support model of supported employment: results of a Canadian randomised controlled trial. The British Journal of Psychiatry. 2006;189:65-73.

Lehman AF, Goldberg R, Dixon LB, McNary S, Postrado L, Hackman A, et al. Improving employment outcomes for persons with severe mental illnesses. Archives of General Psychiatry. 2002;59:165-72.

Lindenmayer JP, McGurk SR, Mueser KT, Khan A, Wance D, Hoffman L, et al. A randomized controlled trial of cognitive remediation among inpatients with persistent mental illness. Psychiatric Services. 2008;59:241-47.

Luciano A, Bond GR, Drake RE. Does employment alter the course and outcome of schizophrenia and other severe mental illnesses? A systematic review of longitudinal research. Schizophrenia Research. 2014;159:312-21.

Luciano A, Metcalfe JD, Bond GR, Xie H, Miller AL, Riley J, et al. Hospitalization Risk Before and After Employment Among Adults With Schizophrenia, Bipolar Disorder, or Major Depression. Psychiatric Services. 2016;67(10):1131-8.

Lysaker PH, Bond G, Davis LW, Bryson GJ, Bell MD. Enhanced cognitive-behavioral therapy for vocational rehabilitation in schizophrenia: effects on hope and work. Journal of Rehabilitation Research and Development. 2005;42:673-82.

Lysaker PH, Davis LW, Bryson GJ, Bell MD. Effects of cognitive behavioral therapy on work outcomes in vocational rehabilitation for participants with schizophrenia spectrum disorders. Schizophrenia Research. 2009;107:186-91.

Marrone J, Golowka E. If work makes people with mental illness sick, what do unemployment, poverty and social isolation cause? Psychiatric Rehabilitation Journal. 1999;23:187-93.

Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment - a review. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2004;39:337-49.

McFarlane WR, Dushay RA, Deakins SM, Stastny P, Lukens EP, Toran J, et al. Employment outcomes in family-aided assertive community treatment. American Journal of Orthopsychiatry. 2000;70:203-14.

McGurk SR, Mueser KT, DeRosa TJ, Wolfe R. Work, recovery, and comorbidity in schizophrenia: a randomized controlled trial of cognitive remediation. Schizophrenia Bulletin. 2009;35:319-35.

McGurk SR, Mueser KT, Pascaris A. Cognitive training and supported employment for persons with severe mental illness: one-year results from a randomized controlled trial. Schizophrenia Bulletin. 2005;31:898-909.

Mueser KT, Clark RE, Haines M, Drake RE, Bond GR, Becker DR, et al. The Hartford study of supported employment for severe mental illness: employment and nonvocational outcomes. 155th Annual Meeting of the American Psychiatric Association:2002; Philadelphia, PA.

Mueser KT, Aalto S, Becker DR, Ogden JS, Wolfe RS, Schiavo D, et al. The effectiveness of skills training for improving outcomes in supported employment. Psychiatric Services. 2005;56:1254-60.

NICE. Management of Long-term Sickness and Incapacity for Work. Public health guidance 19. London: NICE; 2009b.

NICE. Promoting Mental Wellbeing Through Productive and Healthy Working Conditions: Guidance for Employers. Public health guidance 22. London: NICE; 2009c.

Office of the Deputy Prime Minister. Mental Health and Social Exclusion. Report. London: Office of the Deputy Prime Minister Publications; 2004.

Okpaku SO, Anderson KH. The effectiveness of a multidisciplinary case management. Psychiatric Rehabilitation Journal. 1997;20:34.

Oltmanns TF, Neale JM. Schizophrenic performance when distractors are present: attentional deficit or differential task difficulty? Journal of Abnormal Psychology. 1975;84:205-9.

Organisation for Economic Co-operation and Development. Mental Health and Work Project: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2011. Available from: http://www.oecd.org/document 20/0,3746,en_2649_33933_38887124_1_1_1_1,00.html.

Pańczak A, Pietkiewicz I. Work activity in the process of recovery - an interpretive phenomenological analysis of the experiences of people with a schizophrenia spectrum diagnosis. Psychiatria Polska. 2016;50(4):805-826. doi: 10.12740/PP/44238.

Paul KI, Moser K. Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. Journal of Vocational Behavior. 2009;74:264-82.

Repper J, Perkins R. Social Inclusion and Recovery: A Model for Mental Health Practice. Edinburgh: Balliere Tindall; 2003.

Rice CD, Howard L, Leese M, Jarrett M, Thornicroft G. Determinants of wanting to seek full versus part-time paid employment among people with severe mental illness. Journal of Mental Health 2009;18:424-32.

Ross J. Occupational Therapy and Vocational Rehabilitation. Chichester: John Wiley & Sons Ltd; 2008.

Schizophrenia Commission. The abandoned illness: a report from the Schizophrenia Commission. London: Rethink Mental Illness; 2012.

Schneider J, Boyce M, Johnson R, Secker J, Slade J, Grove B, et al. Impact of supported employment on service costs and income of people with mental health needs Journal of Mental Health. 2009;18:533-42.

Seebohm P, Secker J. What do service users want? In: Grove B, Secker J, Seebohm P, eds. New Thinking about Mental Health and Employment. Oxford: Radcliffe Publishing; 2005.

Stevovic LI, Vodopic S. Attempted suicide in Podgorica, Montenegro: higher rates in females and unemployed males. Annals of General Psychiatry. 2017;16:27. doi: 10.1186/s12991-017-0151-5.

Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. The Lancet. 2011;378:124-5.

The Work Foundation. Working with Schizophrenia: Pathways to Employment, Recovery and Inclusion. London: The Work Foundation; 2013.

Tsang HW, Chan A, Wong A, Liberman RP. Vocational outcomes of an integrated supported employment program for individuals with persistent and severe mental illness. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 2009;40:292-305.

Tsang HW, Leung AY, Chung RC, Bell M, Cheung WM. Review on vocational predictors: a systematic review of predictors of vocational outcomes among individuals with schizophrenia: an update since 1998.The Austian and New Zeland Journal of Psychiatry. 2010;44(6):495-504. doi: 10.3109/00048671003785716.

Twamley EW, Vella L, Burton CZ, Becker DR, Bell MD, Jeste DV. The efficacy of supported employment for middle-aged and older people with schizophrenia. Schizophrenia Research. 2012;135:100-4.

Vauth R, Corrigan PW, Clauss M, Dietl M, Dreher RM, Stieglitz RD, et al. Cognitive strategies versus self-management skills as adjunct to vocational rehabilitation. Schizophrenia Bulletin. 2005;31:55-66.

Walker R, Winick W, Frost ES, Lieberman JM. Social restoration of hospitalized psychiatric patients through a program of special employment in industry. Rehabilitation Literature. 1969;30:297-303.

Wege N, Angerer P, Li J. Effects of Lifetime Unemployment Experience and Job Insecurity on Two-Year Risk of Physician-Diagnosed Incident Depression in the German Working Population. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2017;14(8). pii: E904. doi: 10.3390/ijerph14080904.

Weinberger DR, Berman KF, Illowsky BP. Physiological dysfunction of dorsolateral prefrontal cortex in schizophrenia: III. A new cohort and evidence for a monoaminergic mechanism. Archives of General Psychiatry. 1988;45:609.

Wexler BE, Bell MD. Cognitive remediation and vocational rehabilitation for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 2005;31:931-41.

Wolkon GH, Karmen M, Tanaka HT. Evaluation of a social rehabilitation program for recently released psychiatric patients. Community Mental Health Journal. 1971;7:312-22.

Wong K, Chiu R, Tang B, Mak D, Liu J, Chiu SN. A randomized controlled trial of a supported employment program for persons with long-term mental illness in Hong Kong. Psychiatric Services. 2008;59:84-90.

Wykes T, Reeder C. Cognitive Remediation Therapy for Schizophrenia: Theory and Practice. London: Routledge; 2005.

Zubin J, Spring B. Vulnerability--a new view of schizophrenia. Journal of Abnormal Psychology. 1977;86:103-26.

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

## 16.1.- Introducción

El GDG de la guía NICE para la psicosis y la esquizofrenia (2014) tomó la presente área de su versión anterior, publicada en 2009, ya que consideró que no había estudios que aportaran nuevos resultados. A su vez, los criterios para considerar los distintos equipos de tratamiento revisados en 2009 fueron tomados de la guía NICE del trastorno bipolar (2006), por lo que dichos criterios se mantienen en la actual versión.

Aunque se le otorga mucha importancia a la práctica clínica y a la organización de los servicios para ofrecer intervenciones clínicas eficaces, es bien sabido que existen significativas desigualdades sociales y étnicas respecto al acceso a las mismas, así como en relación al grado en que estas poblaciones se benefician de este tipo de intervenciones clínicas eficaces. La esquizofrenia suele producir un impacto negativo en la economía, en el empleo y en las relaciones, sobre todo si la enfermedad comienza cuando la persona es muy joven, que es un momento de especial vulnerabilidad, en el que la aparición de una enfermedad puede tener un impacto social devastador. En la actualidad la atención está más centrada en garantizar el acceso temprano a intervenciones eficaces para la psicosis, en reducir los períodos de la psicosis no tratada y también en asegurar un diagnóstico precoz y preciso, así como una recuperación más rápida que minimice los déficits sociales relacionados con la aparición de la enfermedad.

Existe una evidencia importante de que algunos grupos étnicos están en situación de desventaja y de desigualdad en cuanto al acceso y que podrían beneficiarse de un

diagnóstico y una intervención rápida y precisa. Por otra parte, algunas personas pertenecientes a grupos étnicos específicos pueden presentar ciertos temores hacia los servicios, la estigmatización, o encontrar que no se comprende su identidad cultural o/y sus necesidades personales, religiosas, espirituales y/o sociales. Estas necesidades son importantes, para mantener una identidad saludable.

## 16.2.- Acceso y compromiso a las intervenciones de los dispositivos del servicio

### 16.2.1.- Introducción

Se sabe que la esquizofrenia es una enfermedad devastadora que suele producir déficits sociales y psicológicos significativos, siendo crucial que los usuarios reciban tratamientos y servicios validados con enfoques apropiados y actualizados a nivel clínico, ético y jurídico en el marco de la práctica y la organización de los servicios.

Estos marcos y estándares de la atención están apoyados en la evidencia científica de la que se va disponiendo y en la opinión de expertos. Se ha informado que las personas afro-caribeñas residentes en Reino Unido tienen una mayor incidencia de esquizofrenia y, sin embargo, la organización de los dispositivos de tratamiento y los servicios para la recuperación no han sido especialmente diseñados para satisfacer sus necesidades (Kirkbride et al., 2006). Las personas del sur de Asia podrían también tener una mayor incidencia de esquizofrenia, pero la evidencia es menos convincente (Kirkbride et al., 2006).

También están en riesgo los inmigrantes, las personas que viven en las ciudades, los que están en situación de pobreza extrema y los menos favorecidos de la sociedad (Cantor-Graae & Selten, 2005).

Una revisión sistemática reciente, llevada a cabo en Reino Unido por Rees y cols. (2016) con el objetivo de estimar la prevalencia de trastornos de salud mental en adultos de grupos étnicos minoritarios, halló con respecto a los trastornos psicóticos que no había diferencias significativas entre los grupos, pero la mayor prevalencia de psicosis o posible psicosis se encontró entre los grupos de adultos de raza negra en los tres análisis disponibles.

Los solicitantes de asilo y los refugiados podrían enfrentarse a riesgos adicionales de una mala salud mental, pero estas experiencias, hasta la fecha, no han sido directamente

relacionadas con una mayor incidencia de esquizofrenia, a pesar de que están relacionadas con las complejas necesidades sociales y de salud de los que desarrollan esquizofrenia (Royal College of Psychiatrists, 2007). 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. Las prácticas culturales y las costumbres también pueden dar lugar a situaciones ansiógenas; por ejemplo, cuando se cuestionan los roles según el género, la edad y la cultura.

### *Modelos para la mejora de la calidad*

Los paradigmas dominantes para la mejora de los estándares de la atención son la psiquiatría cultural y los modelos de igualdad, lo que implica decisiones a varios niveles, como la organización del servicio, las intervenciones eficaces, las rutas de atención integral y los modelos de tratamiento para la atención de los diferentes grupos étnicos e inmigrantes.

El paradigma de la psiquiatría cultural trata de entender los orígenes culturales de los síntomas, así como:

(a) cómo se colorean estos síntomas cuando se expresan a través de barreras culturales;

(b) qué tratamientos están aprobados; **y**

(c) si los propios tratamientos, aparentemente basados en la evidencia, son soluciones construida culturalmente por las personas que comparten las mismas normas culturales y expectativas sobre la enfermedad y el tratamiento.

Este esfuerzo está en gran parte motivado clínicamente y supone una reacción a la evidencia al uso, porque con las guías clínicas existentes y los enfoques de tratamiento validados, no se dispone de conocimientos y habilidades adecuados para beneficiar a todas las personas por igual. También utiliza contenidos de la sociología y de la antropología como disciplinas clave.

El paradigma de la igualdad está fuertemente respaldado por dos políticas nacionales: *Inside Outside* (National Institute for Mental Health in England, 2003) y *Delivering Race Equality* (Bhui et al., 2004; Department of Health, 2003; 2005).

Estas políticas promueven 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 como interlocutores sociales. Estas acciones no son específicas para la esquizofrenia, pero sin duda han sido motivadas por la crisis percibida en el cuidado y en el tratamiento de las personas afro-caribeñas con esquizofrenia, usuarios a los que los servicios sanitarios no habían respondido previamente de una manera consistente y visiblemente efectiva. Hasta la fecha, los resultados del censo de pacientes de la Comisión de Calidad de Atención ("Count Me In") indican que las políticas y los programas en esta área aún no han tenido los efectos deseados (Healthcare Commission, 2008). 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 (McKenzie & Bhui, 2007).

### *Competencia cultural*

La noción de competencia cultural está englobada en los dos paradigmas anteriores. Una revisión sistemática reciente (Bhui et al., 2007) sugiere que la capacitación del personal en competencia cultural puede mejorar su sensibilidad cultural, su conocimiento y su nivel de satisfacción. Sin embargo, a pesar de estos resultados prometedores, los clínicos deben ser conscientes de los problemas y las controversias en torno a la definición o a las interpretaciones actuales de la competencia cultural. Por ejemplo, puede interpretarse simplemente como tener más conocimientos sobre las creencias y prácticas culturales de un grupo cultural específico, pero no prestar atención al modo en que la cultura modifica la visión sobre la enfermedad, el comportamiento del enfermo y la aceptación de intervenciones específicas.

La competencia cultural forma parte de una buena práctica clínica. Es relevante tanto para los psiquiatras que atienden a pacientes de minorías étnicas como para los psiquiatras pertenecientes a minorías que atienden a pacientes de mayoría étnica. La competencia cultural abarca valores profesionales, los cuales deben incluir sensibilidad, no-discriminación y capacidad de respuesta a las necesidades psiquiátricas de cualquier paciente. Existen diferentes modelos para la formación en competencia cultural y éstos deberían usarse regularmente; también deben de ser evaluados y adaptados si es necesario (Schouler-Ocak et al., 2015).

Kleinman y Benson (2006) proponen que, para cada usuario, debe escribirse una formulación cultural basada en un estudio etnográfico a pequeña escala del individuo o en la formulación cultural del DSM-IV. Esta formulación cultural, a continuación, se puede utilizar para ayudar a determinar e informar de las intervenciones clínicas apropiadas para ese usuario en particular. Para estos autores, el principal objetivo es centrarse en el paciente como un individuo, no como meramente un estereotipo o un caso. Por otro lado, otros, como Papadopoulous y cols. (2004), proponen un marco para el desarrollo de la competencia cultural, que constaría de cuatro etapas sucesivas: Conciencia cultural, Conocimiento cultural, Sensibilidad cultural y, finalmente, Competencia cultural, que requeriría de la síntesis y de la aplicación de las tres anteriores y que se define como la capacidad para proveer una atención sanitaria efectiva que tenga en cuenta las creencias, los comportamientos y las necesidades culturales de las personas.

Cualquiera que sea el enfoque que se adopte, se desprende de la literatura que la competencia cultural es ahora reconocida como un requisito básico para los profesionales de salud mental. Pero a pesar de esta mayor conciencia de su importancia, se ha realizado poco trabajo para evaluar los efectos de la competencia cultural (a nivel individual y organizacional) en los usuarios, las personas cuidadoras o en los resultados de los profesionales sanitarios.

### *Raza, etnia y cultura en la guía 2009*

Para la guía de 2009, el GDG no examinó toda la evidencia relacionada con la raza, cultura y etnia, sino que se centró en tres enfoques principales. Primero, dos grupos revisaron la evidencia de los beneficios de las intervenciones psicológicas y psicosociales y de las intervenciones farmacológicas para los grupos étnicos.
En segundo lugar, donde había poca evidencia de efectos específicos para los grupos étnicos, los estudios incluidos (para las intervenciones recomendadas) fueron revisados para evaluar la diversidad étnica de las muestras. Esto se hizo para determinar si los hallazgos podían ser de interés para los grupos étnicos, así como para la mayoría de la población. En tercer lugar, un grupo examinó cuestiones clínicas relacionadas con el acceso y la participación, contando con el apoyo de asesores específicos. En particular, el grupo pidió que la búsqueda bibliográfica debía abarcar los servicios de salud mental especializados a nivel étnico, que los estudios de las intervenciones de los diferentes

dispositivos debían ser examinados para evaluar la diversidad étnica de las muestras y que debería realizarse un análisis preliminar del conjunto de datos existentes de ese subgrupo, para fundamentar las recomendaciones de investigación.

### *Limitaciones*

La atención a la raza, la cultura y la etnicidad en esta guía 2009 es bienvenida e innovadora, pero hay una limitación en el sentido de que toda la atención a la salud mental debe ser revisada de manera similar, con un enfoque más amplio. Con respecto a esta guía 2009, las metodologías desarrolladas han sido dirigidas a algunas cuestiones clave y no son exhaustivas en sus acciones. La guía 2009 tampoco ha sido capaz de observar más ampliamente, las rutas para la atención y la eficacia de las intervenciones psicológicas y farmacológicas sobre la base de nuevos y diferentes niveles de la evidencia.
En parte, esto se debe a que existe evidencia limitada. Además, la guía 2009 no ha examinado cuestiones que no fueron analizadas en la guía 2002. Por tanto, lo siguiente podría ser incluido en nuevas revisiones: asociar la identidad racial del profesional con el usuario, coincidencia étnica (que es un concepto más amplio ya que abarca también similitudes culturales), el impacto de la exclusión social y el racismo a través de generaciones, el impacto en los jóvenes hijos de padres que tienen una enfermedad mental, que han sido víctimas de prejuicios y socialmente excluidos. Todo esto puede parecer imprescindible para los usuarios de los grupos étnicos de raza negra y de las minorías, pero no estaba dentro del ámbito de la guía 2009. Es de vital importancia que las futuras actualizaciones presten atención a estas cuestiones más ampliamente, y quizás se pueda considerar la elaboración de una guía para estos temas.

### *Evidencia y etnicidad*

Hay una amplia preocupación porque la evidencia actual en relación con el origen étnico no proviene de muestras representativas de los grupos étnicos (o cualquier grupo de exclusión social). Hay también preocupación en lo que se refiere a la jerarquía de la evidencia. En primer lugar, en ausencia de evidencia de alta calidad, se le da preferencia a la opinión de expertos y a los paradigmas dominantes de tratamiento sobre otras formas de evidencia (por ejemplo, la evidencia cualitativa); segundo, se les da preferencia a los ensayos clínicos sobre otros diseños de estudios. Por lo tanto, se mantienen las prácticas institucionalizadas existentes. Los estudios de investigación proponen que existen

diferencias farmacocinéticas y farmacodinámicas en la administración de los fármacos entre los inmigrantes y los grupos nacionales y étnicos, pero nuestra comprensión científica de estos grupos étnicos no permite que las afirmaciones generalizadas que se han hecho sobre un grupo determinado se puedan aplicar a una persona de ese grupo. Las psicoterapias pueden privilegiar las formas psicológicas de sufrimiento mental, pero tal vez se pueden estar excluyendo las experiencias sociales de angustia en las que no es tan fácilmente reconocible su componente mental. Sin embargo, la guía 2009 no pudo abordar plenamente estas cuestiones.

Suponiendo que los usuarios de los grupos de población negra y de minorías étnicas puedan beneficiarse de las mismas intervenciones, la siguiente pregunta es si ambos grupos tienen igual acceso a estas intervenciones eficaces y si permanecen en contacto con los servicios. El grupo de estudio encargado de este tema (acceso y adherencia) se centró en la amplia cuestión de la adherencia y mantuvieron contacto con servicios innovadores existentes que tienen como objetivo la flexibilidad y la adaptación cultural, como son los equipos de tratamiento asertivo comunitario (equipos asertivos móviles), de resolución de crisis y los equipos de tratamiento en el hogar y la gestión de casos. Para este trabajo, el GDGNICE volvió a analizar los datos de los grupos étnicos en las revisiones existentes en estos dispositivos, considerando el resultado principal las pérdidas durante el seguimiento y contacto con los servicios. En el siguiente apartado se revisa la literatura sobre los servicios-étnicos específicos o adaptados culturalmente, revelando si fueron eficaces o más eficaces en la prevención de las pérdidas durante el seguimiento, el abandono y el contacto sostenido en el tiempo. Las intervenciones revisadas se definen a continuación.

Recientemente se ha publicado un informe técnico realizado por la Agency for Healthcare Research and Quality de EEUU que buscaba identificar intervenciones que pudieran mejorar el acceso, la calidad y los resultados terapéuticos de sujetos con trastorno mental grave (TMG) que, por sus características socio-demográficas, están en mayor riesgo de peores resultados que otras personas con TMG. Encontraron varias intervenciones prometedoras principalmente focalizadas en las desventajas económicas individuales, incluyendo personas sin hogar y grupos de minorías étnicas o raciales. Se halló que los trastornos depresivos y psicóticos son los diagnósticos más tenidos en cuenta en las intervenciones a la hora de tratar de abordar las disparidades. Las mejoras más

destacadas en la intervención incluyen el uso de la atención colaborativa, acercamientos al manejo intensivo de casos, como la intervención en crisis y el tratamiento asertivo comunitario, y terapias específicas culturalmente adaptadas, incluyendo aquellas que implican a las familias de las personas con TMG (Swinson Evans et al., 2016).

## *Definiciones*

### *Tratamiento asertivo comunitario (equipos asertivos móviles)*

La guía del trastorno bipolar (NCCMH, 2006 [guía completa]) revisó el tratamiento asertivo comunitario (TAC) actualizando la revisión efectuada por la guía 2002 de la esquizofrenia, que estaba basada en la revisión de Marshall y Lockwood (2002). Esta última revisión identificó los siguientes elementos clave del TAC:

- Un enfoque basado en un equipo multidisciplinar (por lo general implica sesiones con un psiquiatra)
- La atención se proporciona exclusivamente a un grupo determinado de personas (los que tienen una enfermedad mental grave)
- Los miembros del equipo comparten la responsabilidad de los usuarios de forma que varios miembros podrán trabajar con el mismo usuario y no tienen casos individuales (a diferencia de la gestión de casos)
- Los equipos de TAC tratan de proporcionar toda la atención psiquiátrica y social para cada usuario en lugar de derivar a otros dispositivos
- La atención, en la medida de lo posible, se proporciona en casa o en el lugar de trabajo
- El tratamiento y la atención se ofrecen asertivamente a los usuarios que no cooperan o son reacios
- Los equipos TAC hacen hincapié en la aceptación del tratamiento farmacológico.

La guía del trastorno bipolar (NCCMH, 2006 [guía completa]) adoptó la definición del TAC utilizada por Marshall y Lockwood (2002), que perseguía un enfoque pragmático basado en la descripción dada en el informe del estudio. Para que un estudio fuera aceptado como TAC, Marshall y Lockwood (2002) exigían que el artículo tenía que describir la intervención experimental como “Tratamiento Asertivo Comunitario, Gestión Asertiva de Casos o Programa de Tratamiento Asertivo Comunitario (PTAC); o por basarse en el Tratamiento de la Vida Comunitaria en Madison o en el modelo de Tratamiento Asertivo Comunitario

desarrollado por Stein y Test". El TAC y modelos similares de tratamiento son formas de intervenciones a largo plazo para las personas con enfermedades mentales graves y duraderas. Por lo tanto, la revisión no consideró el uso del TAC como una alternativa a la hospitalización aguda. La revisión también excluyó los estudios de "atención domiciliaria", ya que estos fueron considerados como formas de intervención en crisis, y los revisaron con los equipos de resolución de crisis y tratamiento en el hogar.

### *Equipos de resolución de crisis y tratamiento en el hogar*

El GDG para la guía del trastorno bipolar (NCCMH, 2006 [guía completa]) adoptó los criterios de inclusión desarrollados por la revisión Cochrane (Joy et al., 2002) para los estudios de los equipos de resolución de crisis y de tratamiento en el hogar (Crisis Resolution Home Treatment Team –CRHTTs-) en el manejo de las personas con esquizofrenia. El GDG del trastorno bipolar seleccionó para su revisión y posterior análisis, la intervención en crisis para las personas con problemas de salud mental grave.
La intervención en crisis y el tratamiento de comparación lo definieron de la siguiente manera:

- Resolución de Crisis: cualquier tipo de intervención dirigida a la resolución de una crisis o episodio psiquiátrico agudo realizado por personal con una dedicación específica para hacer frente a este tipo de situaciones, dentro o fuera de la jornada de trabajo habitual.
- Atención estándar: la atención habitual dada a aquellos que experimentan episodios psiquiátricos agudos en su servicio sanitario de referencia. Esto implicó tratamiento hospitalario en todos los estudios incluidos.

El objetivo de la revisión fue examinar los efectos de los modelos CRHTT para cualquier persona con enfermedad mental grave que experimenta un episodio agudo en comparación con la "Atención estándar" que normalmente recibirían.

### *Gestión de casos*

Teniendo en cuenta la variación en los modelos de gestión de casos evaluados en la literatura, el GDG del trastorno bipolar adoptó la definición utilizada en una revisión Cochrane (Marshall et al., 2000), donde se consideraba que una intervención era "gestión de casos" si estaba descrita como tal en el informe del ensayo. En la revisión original no realizaron ninguna distinción, con fines de elegibilidad, entre los modelos de "mediación o

asesor" "intensivo", "clínico" o "de fortalezas". A efectos de la revisión de la guía del trastorno bipolar (NCCMH, 2006 [guía completa]), la gestión intensiva de casos (GIC) se definió como un número de casos inferior o igual a 15. Los términos del Reino Unido "care management" y "care programme approach" también fueron considerados como sinónimos de gestión de casos.
Sin embargo, la revisión excluyó estudios de dos tipos de intervención a menudo vagamente clasificados como "gestión de casos", incluyendo TAC y "atención domiciliaria".

*Servicios de salud mental étnico-especializados (especificidad cultural o culturalmente cualificados)*

Los servicios de salud mental étnico-especializados procuran, por definición, ofrecer un servicio adecuado culturalmente así como intervenciones eficaces, ya sea a una determinada raza, etnia, grupo cultural o religioso, o proporcionar un servicio eficaz a los diversos grupos étnicos (Bhui et al., 2000; Bhui & Sashidharan, 2003).

### 16.2.2.- Estudios considerados para la revisión

*Tratamiento asertivo comunitario (equipos asertivo móviles)*

La guía del trastorno bipolar (NCCMH, 2006 [guía completa]) incluyó 23 ECA del TAC: 13 versus atención estándar (N=2244), cuatro frente a rehabilitación en el hospital (N=286) y seis en comparación con la gestión de casos (N=890). Los estudios incluidos tenían que ajustarse a la definición del TAC anteriormente citada y los criterios de inclusión utilizados por Marshall y Lockwood (2002) se ampliaron para incluir poblaciones con enfermedad mental grave.
De los 23 ensayos incluidos en la guía del trastorno bipolar (NCCMH, 2006 [guía completa]), nueve incluyeron información adecuada sobre el origen étnico de la muestra, aunque ninguno informó sobre los datos de resultados por grupo étnico. Por lo tanto, el GDG llevó a cabo un análisis de sensibilidad de los siete estudios que tenían una muestra con diversidad étnica: (Audini et al., 1994; Bond et al., 1998; 1990; Lehman et al., 1997; Morse et al., 1992; Chandlder et al., 1997 y Bush et al., 1990).

*Equipos de resolución de crisis y tratamiento en el hogar*

La guía del trastorno bipolar (NCCMH, 2006 [guía completa]) incluyó siete ECA de un CRHTT versus la atención hospitalaria (N=1.207). De éstos, tres incluían una muestra

diversa étnicamente (Fenton et al., 1998; Muijen et al., 1992 y Pasamanick et al., 1984)- y uno (Muijen et al., 1992) informaba del número de personas que abandonaron el estudio de forma temprana por cualquier motivo por grupo étnico.

*Gestión de casos*

La guía del trastorno bipolar (NCCMH, 2006 [guía completa]) actualizó la revisión realizada para la guía de la esquizofrenia 2002 e incluyó 17 ECA de gestión de casos: 13 versus la atención estándar (gestión de casos intensivo y estándar), dos de gestión de casos intensivo versus estándar, uno de gestión de casos intensificado versus gestión de casos estándar y uno de gestión de casos frente a la gestión de casos de mediación. Un ensayo (Bruce et al., 2004) fue excluido de la revisión ya que el 100% de los participantes tenían un diagnóstico de depresión. De los 16 ECA restantes, seis incluían una muestra de diversidad étnica (Franklin et al., 1987; Ford et al., 1995; Holloway & Carson, 1998; Muijen et al., 1994; Solomon & Draine, 1994 y Burns et al., 2000) y tres de estos estudios (Franklin et al., 1987; Muijen et al., 1994; Burns et al., 1999) informaban del número de personas por grupo étnico que abandonaron el estudio temprano por cualquier motivo.

Recientemente Stergiopoulos y cols. (2015) realizaron un estudio para evaluar la efectividad de una intervención de Gestión Intensiva de Casos dentro de un programa de Vivienda Independiente a personas sin hogar con trastornos mentales (26.2% de la muestra total con un trastorno psicótico) y con una muestra con diversidad étnica.
El grupo de intervención que pertenece a una minoría étnica tuvieron un incremento de la del gasto en alcohol y una reducción en la integración en la comunidad. En un análisis secundario se encontró una reducción significativa en los días en los que se experimentaron problemas derivados del consumo de alcohol en la muestra racializada, a los 24 meses de seguimiento en comparación con el inicio. Comparado con el tratamiento habitual, la gestión de casos intensiva dentro del programa puede mejorar la estabilidad en la vivienda, el funcionamiento en la comunidad y reducir los días que se consumen alcohol en una muestra con diversidad étnica en personas sin hogar con trastorno mental a los 2 años de seguimiento.
También Brewer y cols. (2015) en un diseño cuasi experimental naturalístico en un escenario real informan que la introducción de un servicio de Gestión Intensiva de Casos dentro de un programa de Primeros Episodios Psicóticos dio lugar a ventajas significativas

en la promoción de la adherencia y la reducción del uso de recursos. El estudio tiene una muestra étnica pequeña y no se realizó un análisis secundario del subgrupo étnico.

*Servicios de salud mental especializados en grupos étnicos*

Para la guía de 2009, se incluyeron en la revisión los estudios que informaban sobre la comparación de intervenciones en servicios de salud mental especializados del Reino Unido y/o iniciativas. Se utilizó una definición global de "servicio étnico especializado" para incluir aquellos servicios que fueran o culturalmente adaptados o incluso individualizados, es decir, teniendo en cuenta las posibles necesidades religiosas o étnicas. El resultado principal para medir la mejora al acceso y la adherencia fue el número de personas de los diferentes grupos de población negra y minorías étnicas que permanecían en contacto con los servicios (medido por la pérdida durante el seguimiento y la pérdida de participación). Incluyeron todos los estudios incluso aquellos en los que no se había previsto una evaluación formal del servicio.

Se excluyeron de la revisión los trabajos si:

(a) sólo describían la utilización de los servicios por los diferentes grupos de población negra y de minorías étnicas

(b) no informaban de cualquier comparación entre los servicios y

(c) no estaban basados en el Reino Unido o no informaban de pérdidas en el seguimiento/pérdida de participación dentro de los diferentes grupos de población negra y de minorías étnicas.

La revisión se restringió a trabajos escritos en inglés.

La búsqueda identificó 2.284 títulos y resúmenes, de los cuales seleccionaron 19 para su posterior consideración. Excluyeron los 19 trabajos debido a la falta de comparador o la falta de información sobre la pérdida en el seguimiento y/o pérdida de participación, por origen étnico, o porque eran intervenciones no realizadas en el Reino Unido.

### 16.2.3.- Los análisis de subgrupos secundarios

Dada la escasez de datos disponibles para responder preguntas sobre la utilización y la adherencia a los servicios de las personas de población negra y pertenecientes a minorías étnicas, el GDGNICE examinó los datos de dos estudios de intervención en dispositivos del servicio, realizados en el Reino Unido (Johnson et al., 2005; Killaspy et al., 2006). Los

datos referentes a los usuarios se pusieron a disposición del GDGNICE durante el desarrollo de la guía, con el objetivo de llevar a cabo un análisis secundario post hoc para examinar la pérdida de contacto y la adherencia con el servicio atendiendo al origen étnico de los participantes. Estos análisis fueron exploratorios y pretendían generar hipótesis en lugar de generar pruebas que apoyen las recomendaciones. Ambos estudios eran ECA no ciegos.

*REACT (Killaspy et al., 2006)*

El objetivo de este estudio era comparar los resultados de la atención ofrecida a personas con trastorno mental grave por parte de los equipos de tratamiento asertivo comunitario y de los equipos de salud mental comunitaria. Los participantes fueron 251 hombres y mujeres que estaban siendo atendidos por los servicios de salud mental con ingresos hospitalarios recientes y dificultad para mantener el contacto con los servicios comunitarios.Los hallazgos se pueden resumir como sigue:

- En la muestra total, no hubo diferencias en el consentimiento del tratamiento entre los grupos de participantes asignados al TAC y los asignados a la atención estándar. Este hallazgo fue replicado en el subgrupo de participantes de población negra y de minorías étnicas.
- En toda la muestra, el TAC se asoció con una menor pérdida de seguimiento a los 9 y 18 meses. Estos hallazgos no se demostraron en el subgrupo de participantes de población negra y de minorías étnicas.
- En toda la muestra, el TAC mejoró la participación de los usuarios, pero este hallazgo no se mantuvo para el subgrupo de población negra y de minorías étnicas.
- En toda la muestra y en el subgrupo de población negra y de minorías étnicas, el TAC aumentó el número de contactos con los profesionales de salud mental, a los 9 y a los 18 meses.
- El TAC no tuvo efecto sobre cualquier indicador de hospitalización (incluyendo los ingresos involuntarios), en toda la muestra ni en el subgrupo de población negra y de minorías étnicas.

*North Islington Crisis team RCT (Johnson et al., 2005)*

Estos autores llevaron a cabo un estudio controlado aleatorizado para evaluar la efectividad de un equipo de resolución de crisis. La muestra incluyó a 260 residentes del distrito londinense de Islington que estaban experimentando crisis lo suficientemente severas como para considerar el ingreso hospitalario. El grupo experimental incluía un equipo de resolución de crisis las 24 horas, mientras que al grupo control se le ofrecían los cuidados estándar.

Los hallazgos se pueden resumir de la siguiente forma:

- La intervención del equipo de crisis redujo significativamente las tasas y el número de días de hospitalización, para toda la muestra y para el subgrupo de población negra y de minorías étnicas.
- La intervención del equipo de crisis no tuvo impacto en el cumplimiento del tratamiento, o en el número de pérdidas durante el seguimiento, tanto para el total de la muestra como para el subgrupo de población negra y de minorías étnicas.
- El número de contactos profesionales, incluyendo los contactos con los médicos generales aumentó a las 8 semanas y a los 6 meses y aunque el efecto no fue significativo en el subgrupo de raza negra y de la minoría étnica, la estimación puntual sugiere que esto se debe al pequeño tamaño de la muestra, que pudo producir una falta de potencia estadística, y no tanto a la ausencia de efecto.
- Tanto para el total de la muestra como en el subgrupo de población negra y de minorías étnicas, la intervención del equipo de crisis no tuvo consecuencias sobre ningún indicador de ingreso involuntario o en actuaciones basadas en la Ley de Enjuiciamiento Civil (art. 763.1) y la Ley de Autonomía del Paciente.

### 16.2.4.- Otras fuentes de la evidencia

La revisión de los servicios étnico-específicos o adaptados no obtuvo ningún estudio que investigara en el Reino Unido la pérdida durante el seguimiento. Sin embargo, algunos de los estudios, pese a no cumplir los criterios de inclusión de la Guía, ofrecían lecciones importantes para la práctica clínica y la investigación. Bhugra y cols. (2004) demostraron que las personas de población negra tenían menos probabilidades de ser derivados por parte de atención primaria y, los que sí eran derivados, tenían más probabilidades de estar insatisfechos con el médico de atención primaria y encontraban que la accesibilidad a éste

era más difícil, en comparación con pacientes de población blanca. El grupo que se mostró más satisfecho fue el de las personas de raza blanca que habían accedido a los servicios de salud mental derivados por atención primaria. Mohan y cols. (2006) demostraron en un estudio no aleatorizado, que con posterioridad a la introducción de la gestión intensiva de casos, los usuarios de población negra tenían más probabilidades de tener un mayor contacto con los psiquiatras y las enfermeras, mientras que los pacientes de población blanca tenían mayor frecuencia de contactos con la atención social. Los usuarios de población negra eran menos propensos a necesitar ingreso hospitalario y, cuando lo necesitaban, estaban menos días hospitalizados. Khan y cols. (2003) demostraron en un pequeño estudio cualitativo que las personas del sur de Asia que fueron atendidas por un equipo de tratamiento en el domicilio valoraron positivamente esta intervención debido a la adecuación cultural en términos del idioma, necesidades religiosas, necesidades dietéticas y el estigma, mientras que los hospitales lo preferían para la investigación y pruebas complementarias.

Se ha realizado una revisión sistemática de las intervenciones que mejoran las rutas de la atención a las personas de los grupos de población negra y de minorías étnicas (Moffat et al., 2009; Sass et al., 2009). Fue encargado por el Departamento de Salud a través del programa *Delivering Race Equality* (establecido en 2005). La búsqueda bibliográfica sistemática de literatura gris*, produjo 1.309 documentos, de los cuales ocho cumplían los criterios de inclusión.

Las principales conclusiones de la revisión indicaron que:

> “Los componentes clave de las intervenciones eficaces de las rutas de atención son los servicios especializados para los grupos de minorías étnicas; la colaboración entre los sectores, la facilitación de las derivaciones y del acceso a la atención; y el acceso a la rehabilitación y al alta.
>
> Parecen eficaces los servicios que apoyan la colaboración, la derivación entre los servicios, y la mejora del acceso, pero garantizando una evaluación posterior. Los servicios innovadores deberían asegurar que el entorno de la evaluación cumple con

* Literatura gris: La literatura gris (también denominada como "literatura no convencional", "literatura semipublicada" o "literatura invisible") es cualquier tipo de documento que no se difunde por los canales ordinarios de publicación comercial, y que por tanto plantea problemas de acceso.

los estándares mínimos de calidad, que el conocimiento adquirido en el servicio se va a generalizar y va a favorecer la elaboración de normas" (Moffat et al., 2009).

La revisión de la literatura publicada, identificó 2.216 títulos y resúmenes con seis estudios que cumplían los criterios de inclusión de la revisión. Un sólo estudio se había realizado en Reino Unido, e incluía pacientes con depresión en comparación con pacientes con psicosis.

Las principales conclusiones de la revisión indicaron que:

> “Había evidencia de que la intervenciones dan lugar a cambios en 3 tipos de rutas: un tránsito más rápido a través de la ruta de atención, eliminación de rutas desfavorables y la adición de una ruta beneficiosa. La adaptación étnica promovió rutas deseadas en muchos grupos, pero no en la población afroamericana. La atención proporcionada mejoró la igualdad, un servicio de pre-tratamiento mejoró el acceso a la desintoxicación y un folleto educativo mejoró la recuperación” (Sass et al., 2009).

Además de estos hallazgos, el estudio concluyó que se necesita más investigación para proporcionar recomendaciones basadas en la evidencia dirigidas al desarrollo de los servicios.

Bhui y cols. (2015) han llevado a cabo una revisión sistemática con el objetivo de identificar intervenciones efectivas diseñadas para mejorar las “comunicaciones terapéuticas” (CT) con pacientes de raza negra o de otras minorías étnicas que usan los servicios de Salud Mental de Reino Unido.

Los autores definen las “comunicaciones terapéuticas” como cualquier conversación que se emprende utilizando un modelo predefinido que busca mejorar la comprensión, la adherencia y los resultados terapéuticos.

Las intervenciones que promueven la comunicación terapéutica serían aquellas que:

- emplean la mediación para mejorar la comprensión mutua y aumentar el compromiso con los cuidados.
- intentan manejar los diferentes puntos de vista, diferentes modelos explicativos y percepciones de la enfermedad a través de la negociación y la mediación.
- incluyen intervenciones basadas en la narrativa.
- emplean la consulta cultural como un proceso de recoger narrativas.
- aplican intervenciones de competencia cultural focalizadas en la comunicación.

En esta línea, se encontraron 3 tipos de intervenciones que parecen ser prometedoras y justifican mayor investigación y evaluación: la terapia cognitivo-conductual adaptada, intervenciones comunitarias complejas (terapia cognitivo- conductual sumada a la terapia interpersonal aplicada en el contexto comunitario del paciente) e intervenciones etnográficas.

Concluyen que las intervenciones que incluyen divulgación y participación con el mundo social del paciente, que tienen en cuenta sus creencias culturales sobre la salud y la enfermedad, que superan las dificultades de acceso a los servicios y el estigma, así como entrevista motivacional y etnográfica y procedimientos de consulta cultural, son importantes bases que potencian y ofrecen una experiencia más flexible que se adapta a los pacientes individuales.

Recientemente Degnan y cols. (2017) han realizado una revisión sistemática para analizar la naturaleza y los resultados de las intervenciones psicosociales culturalmente adaptadas en la esquizofrenia, examinando cómo se han adaptado las intervenciones, su eficacia y qué características conducen a la heterogeneidad en el resultado.

En su conclusión los autores informan que las intervenciones culturalmente adaptadas fueron más eficaces que el tratamiento habitual en proporción al grado de adaptación. Asimismo, que no hay pruebas suficientes para demostrar que las intervenciones adaptadas son mejores que las intervenciones no adaptadas y que las características del contexto, la intervención y el diseño influyen en la eficacia. También consideran que investigar si la adaptación mejora la eficacia, sobre todo entre las minorías étnicas, requiere ensayos mejor diseñados con comparaciones frente a las intervenciones no adaptadas.

### 16.2.5.- Resumen de la evidencia clínica

Aunque no encontraron ECA que evaluaran la eficacia del TAC para grupos étnicos específicos, sí encontraron cinco ECA que incluían una muestra de diversidad étnica, que comparaban el TAC con la atención estándar, mostrando la superioridad de la primera en la reducción del abandono del seguimiento por el usuario. En comparación con la atención estándar sola, los Equipos de Resolución de Crisis y Tratamiento a domicilio (CRHTTs) fueron también más eficaces en la reducción del abandono durante el seguimiento. Sólo un ECA (Muijen et al., 1992) incluido en la revisión permitía la estratificación de estos efectos por grupo étnico. Los resultados positivos de este ECA respecto a la reducción del

abandono durante el seguimiento fueron más importantes para los irlandeses, pero no fueron concluyentes para los subgrupos afro-caribeños. Sin embargo, se debe señalar que debido al tamaño limitado de la muestra no se pueden extraer conclusiones definitivas a partir de un solo ECA. La revisión de la gestión de casos incluyó más ECA que permitieron la estratificación de los resultados por grupo étnico. A pesar de esto, no había evidencia consistente para la efectividad de cualquier tipo de gestión de casos, intensivo o estándar, cuando se comparó con la atención estándar y otras configuraciones de servicio.

Aunque la búsqueda bibliográfica de los servicios de salud mental étnicos especializados llevada a cabo para la guía 2009 no dio como resultado ningún estudio apropiado, las recientes revisiones (Moffat et al., 2009; Sass et al., 2009) de la literatura gris y de la convencional proporcionan algunos ejemplos interesantes de cómo las adaptaciones culturales pueden conducir a mejores resultados. Sin embargo, hay que señalar que, incluso dentro de estas revisiones, había escasez de información, con la mayoría de los estudios incluidos no realizados en el Reino Unido, lo que limita la posibilidad de generalizarla a las poblaciones de raza negra y a las minorías étnicas específicas dentro del Reino Unido.

## 16.3.- Vinculación de la evidencia a las recomendaciones

La revisión sistemática de la guía 2009 no proporcionó ninguna evidencia sólida para justificar el cambio de las recomendaciones de la guía 2002 para las personas con esquizofrenia de los grupos de población negra y de minorías étnicas. Sin embargo, el GDG de la guía 2009 y los asesores especiales reconocieron que había una serie de problemas específicos a los que tienen que hacer frente las personas de raza negra y las minorías étnicas, que se describen a continuación:

- Las personas con esquizofrenia pertenecientes a grupos de población negra y de minorías étnicas tienen más probabilidades que otros grupos de estar en desventaja o tener impedimentos de acceso a, y/o la adherencia con los servicios de salud mental.
- Las personas de los grupos de población negra y de minorías étnicas pueden no beneficiarse tanto como podrían de los servicios e intervenciones existentes, por los ya mencionados problemas en el acceso y en el compromiso que socavan aún más las posibilidades de beneficiarse.

- Para todas las personas con un primer episodio de psicosis o angustia mental grave (incluidos los de los grupos de población negra y de minorías étnicas), los temores sobre la seguridad de la intervención pueden no ser abordados adecuadamente por el clínico.
- El conflicto puede surgir cuando los modelos explicativos de la enfermedad y las expectativas de tratamiento son obviamente divergentes.
- Los clínicos que proporcionan las intervenciones psicológicas y farmacológicas pueden carecer de una comprensión del contexto cultural del paciente.
- La falta de relaciones positivas de apoyo puede repercutir en la futura adherencia con los servicios.
- La información escrita puede no estar disponible en el idioma adecuado.
- Los participantes de los grupos de población negra y de minorías étnicas pueden enfrentarse a las barreras adicionales del idioma, con una falta de disponibilidad de servicios de interpretación adecuados. Cuando estos servicios están disponibles, los clínicos pueden carecer de formación y habilidades para trabajar con dichos servicios.
- La falta de conocimiento sobre la calidad del acceso para los grupos de población negra y de minorías étnicas, así como los planteamientos inflexibles para la prestación del servicio, pueden dificultar el compromiso continuado con el tratamiento.
- Hay a menudo una falta de colaboración de los proveedores de los servicios de salud mental con los sectores voluntarios y las instituciones benéficas locales, que pueden tener experiencia en la prestación de buenos servicios culturales o étnico-específicos.
- La raza, la cultura, la etnia o las creencias religiosas pueden cuestionar la claridad con la que son emprendidas las evaluaciones y las decisiones relativas a la Ley de Enjuiciamiento Civil (art. 763.1) y la Ley de Autonomía del Paciente, especialmente cuando los clínicos no buscan asesoramiento adecuado.

Por lo tanto, basado en un consenso informal, el GDG para la guía 2009 formuló una serie de recomendaciones que abordan, al menos de una forma inicial, los problemas planteados anteriormente.

Además, siempre que ha sido posible, los problemas específicos a los que se enfrentan los grupos de población negra y de minorías étnicas, se han abordado en otras partes de la guía.

Se mantienen las recomendaciones de la guía 2009, pero debido al cambio en la población abordada por la guía 2014, modificaron las recomendaciones para reflejar esto, refiriéndose ahora a “las personas con psicosis o esquizofrenia”.

El GDG para la guía 2009 reconoció, además, que todas las recomendaciones de esta área deben ser vistas como un paso básico de un proceso más largo aún en desarrollo, que incluya aportaciones de investigación de buena calidad. En particular, el GDG destacó que los siguientes puntos específicos necesitan abordarse a través de este proceso de investigación:

- No han sido potenciados adecuadamente ECA de intervenciones psicológicas y farmacológicos así como de organización de servicios para investigar los efectos en grupos étnicos específicos, incluidas las personas afro-caribeñas con esquizofrenia.
- No hay estudios bien diseñados de los servicios especializados de salud mental que brinden atención a diversas comunidades o comunidades específicas.
- No se ha investigado adecuadamente en el ámbito de la salud mental en el Reino Unido el efecto de la competencia cultural de los profesionales de salud mental en la experiencia del usuario y en su recuperación.
- La enseñanza del inglés como idioma puede ser una alternativa a proporcionar intérpretes, reduciendo los costes y favoreciendo la integración. No ha sido probada su viabilidad o resultados.
- El diagnóstico precoz y la valoración de los trastornos psicóticos y comórbidos en todos los grupos étnicos, raciales y culturales necesita ser evaluada de forma sistemática, con proyectos de investigación que incluyan muestras adecuadas de diferentes culturas y orígenes étnicos.

Tras la publicación de la guía *La Experiencia del Usuario del Servicio en Salud Mental del Adulto* (NICE, 2011), una de las recomendaciones acerca de la comunicación y el suministro de información, que está cubierta por esa guía, fue eliminada.

## 16.4.- 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.

## 16.5.- Recomendaciones para la investigación

16.5.a Deberían realizarse ECA de potencia estadística adecuada, sobre las intervenciones psicológicas y psicosociales en las personas con esquizofrenia, para evaluar su eficacia clínica y el coste en grupos étnicos específicos (o alternativamente en muestras con diversidad étnica).

16.5.b Debería llevarse a cabo un ECA con potencia estadística adecuada, para investigar la eficacia clínica y la eficiencia de la TCC adaptada culturalmente para las personas afro-caribeñas con esquizofrenia que rechazan o son intolerantes a la medicación.

16.5.c Deberían realizarse estudios de servicios especializados y étnicos específicos y de nuevos diseños de servicio, de potencia estadística adecuada, para evaluar su eficacia. Los estudios deberían incluir un número suficiente de grupos étnicos específicos y evaluarlos utilizando medidas de alta calidad (Moffat et al., 2009).

16.5.d La capacitación del personal en competencia cultural a nivel individual y a nivel organizativo (proporcionada como un proceso de aprendizaje y de formación integrada en la atención clínica rutinaria y en la prestación del servicio), para las personas con esquizofrenia de los grupos de población negra y de minorías étnicas que viven en Reino Unido, ¿mejoraría la experiencia del usuario sobre la atención y la posibilidad de recuperación y reduciría el desgaste del personal?

16.5.e Debería llevarse a cabo un estudio de principio de prueba, de potencia estadística adecuada, para investigar la viabilidad de comparar el desarrollo de competencias lingüísticas para los que tienen el inglés como segunda lengua frente al uso de intérpretes.

16.5.f Debería realizarse un estudio para investigar la participación y la pérdida en el seguimiento, los resultados posibles y las rutas de atención, y los factores que dificultan la implicación. Por ejemplo los factores étnicos, religiosos o de idioma. Puede ser importante la coincidencia de identidad racial que, aunque no es lo mismo que la étnica, puede ser compatible con la competencia para trabajar con diversas identidades.

16.5.g Debería llevarse a cabo un estudio en todos los grupos raciales y étnicos, para investigar la utilización del reconocimiento previo por los servicios, que incluya la evaluación, el diagnóstico y la implicación temprana.

**Referencias**

Audini B, Marks IM, Lawrence RE, Connolly J, Watts V. Home-based versus outpatient/inpatient care for people with serious mental illness. Phase II of a controlled study. The British Journal of Psychiatry. 1994;165:204-10.

Bhugra D, Harding C, Lippett R. Pathways into care and satisfaction with primary care for black patients in South London. Journal of Mental Health. 2004;13:171–83.

Bhui K, Aslam RW, Palinski A, McCabe R, Johnson MRD, Weich S, et al. Interventions designed to improve therapeutic communications between black and minority ethnic people and professionals working in psychiatric services: a systematic review of the evidence for their effectiveness. Health Technology Assessment. 2015;19(31).

Bhui K, Bhugra D, McKenzie K. Specialist Services for Minority Ethnic Groups? Maudsley Discussion Paper no 8. 2000.

Bhui K, McKenzie K, Gill P. Delivering mental health services for a diverse society. BMJ. 2004;329:363-4.

Bhui K, Sashidharan SP. Should there be separate psychiatric services for ethnic minority groups? The British Journal of Psychiatry. 2003;182:10-12.

Bhui K, Warfa N, Edonya P, McKenzie K, Bhugra D. Cultural competence in mental health care: a review of model evaluations. BMC health services research. 2007;7:15.

Bond GR, Witheridge TF, Dincin J, Wasmer D, Webb J, De Graaf-Kaser R. Assertive community treatment for frequent users of psychiatric hospitals in a large city: a controlled study. American Journal of Community Psychology. 1990;18:865-91.

Bond GR, Witheridge TF, Dincin J, Wasmer D, Webb JDGKR. Assertive community treatment for frequent users of psychiatric hospitals in a large city: a controlled study. American Journal of Community Psychology. 1990;18:865-91.

Brewer WJ, Lambert TJ, Witt K, Dileo J, Duff C, Crlenjak C, et al. Intensive case management for high-risk patients with first-episode psychosis: service model and outcomes. The Lancet Psychiatry. 2015,2(1):29-37.
doi: 10.1016/S2215-0366(14)00127-8.

Bruce ML, Ten Have TR, Reynolds CF 3rd, Katz II, Schulberg HC, Mulsant BH, Brown GK, McAvay GJ, Pearson JL, Alexopoulos GS. Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. JAMA. 2004;291(9):1081-91.

Burns T, Creed F, Fahy T, Thompson S, Tyrer P, White I. Intensive versus standard case management for severe psychotic illness: a randomised trial. UK 700 Group. The Lancet. 1999;353:2185-9.

Burns T, Fiander M, Kent A, Ukoumunne OC, Byford S, Fahy T, et al. Effects of case load size on the process of care of patients with severe psychotic illness: Report from the UK700 trial. British Journal of Psychiatry. 2000;177:427-33.

Bush CT, Langford MW, Rosen P, Gott W. Operation outreach: intensive case management for severely psychiatrically disabled adults. Hospital and Community Psychiatry. 1990;41:647-9.

Cantor-Graae E, Selten JP. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. American Journal of Psychiatry. 2005;162:12-24.

Chandler D, Spicer G, Wagner M, Hargreaves W. Cost-effectiveness of a capitated Assertive Community Treatment program. Psychiatric Rehabilitation Journal. 1997;22(4):327-36.

Degnan A, Baker S, Edge D, Nottidge W, Noke M, Press CJ, et al. The nature and efficacy of culturally-adapted psychosocial interventions for schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. Psychological Medicine. 2017; 23:1-14. doi: 10.1017/S0033291717002264.

Department of Health. Delivering Race Equality in Mental Health Care: an Action Plan for Reform Inside and Outside Services and the Government's Response to the Independent Inquiry Into the Death Of David Bennett. London: Department of Health; 2005; Available from: http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/10/07/75/04100775.pdf.

Department of Health. Delivering Race Equality: a Framework for Action. London:Department of Health; 2003; Available from: www.doh.gov.uk/deliveringraceequality/77951- del_race_equality.pdf.

Fenton WS, Mosher LR, Herrell JM, Blyer CR. Randomized trial of general hospital and residential alternative care for patients with severe and persistent mental illness. American Journal of Psychiatry. 1998;155(4):516-22.

Ford R, Beadsmoore A, Ryan P, Repper J, Craig T, Muijen M. Providing the safety net: case management for people with a serious mental illness. Journal of Mental Health. 1995;4:91-7.

Franklin JL, Solovitz B, Mason M, Clemons JR, Miller GE. An evaluation of case management. American Journal of Public Health. 1987;77(6):674-8.

Healthcare Commission. Count Me In 2008: Results of the 2008 National Census of Inpatients in Mental Health and Learning Disability Services in England and Wales. London: Commission for Healthcare Audit and Inspection; 2008.

Holloway F, Carson J. Intensive case management for the severely mentally ill. Controlled trial. British Journal of Psychiatry. 1998;172:19-22.

Johnson S, Nolan F, Pilling S, Sandor A, Hoult J, McKenzie N, et al. Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the north Islington crisis study. BMJ. 2005;331:599.

Joy CB, Adams CE, Rice K. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2002;2: Art. No.:CD001087. doi: 10.1002/14651858.CD001087.

Khan I, Pillay K. Users' attitudes towards home and hospital treatment: a comparative study between South Asian and white residents of the British Isles. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2003;10:137-46.

Killaspy H, Bebbington P, Blizard R, Johnson S, Nolan F, Pilling S, et al. The REACT study: Randomised evaluation of assertive community treatment in north London. BMJ. 2006;332:815-8.

Kirkbride JB, Fearon P, Morgan C, Dazzan P, Morgan K, Tarrant J, et al. Heterogeneity in incidence rates of schizophrenia and other psychotic syndromes: findings from the 3-center AeSOP study. Archive of General Psychiatry. 2006;63:250-8.

Kleinman A, Benson P. Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. PLoS Medicine. 2006;3:e294.

Knapp M, Beecham J, Koutsgeorgiopoulu V, Hallam A, Fenyo A, Marks IM. Service use and costs of home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. British Journal of Psychiatry. 1994;165:195-203.

Lehman AF, Dixon LB, Kernan E, DeForge BR, Postrado LT. A randomized trial of assertive community treatment for homeless personswith severe mental illness. Archives of General Psychiatry. 1997;54:1038-43.

Marshall M, Gray A, Lockwood A, Green R. Case management for people with severe mental disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2000;12: Art. No.CD000050. doi: 1002/14651858.CD000050.pub2.

Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2002;2: Art. No.CD001089. doi: 1002/14651858.CD001089.pub2.

Moffat J, Sass B, Mckenzie K, Bhui K. Improving pathways into mental health care for black and ethnic minority groups: a systematic review of the grey literature. International Review of Psychiatry. 2009;21:439-49.

Mohan R, McCrone P, Szmukler G, Micali N, Afuwape S, Thornicroft G. Ethnic differences in mental health service use among patients with psychotic disorders. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2006;41:771-76.

Morse GA, Calsyn RJ, Allen G, Templehoff B, Smith R. Experimental comparison of the effects of three treatment programs for homelessmentally ill people. Hospital and Community Psychiatry. 1992;3:1005-10.

Muijen M, Cooney M, Strathdee G, Bell R, Hudson A. Community psychiatric nurse teams: intensive support versus generic care. The British Journal of Psychiatry. 1994;165(2):211-7.

Muijen M, Marks I, Connolly J, Audini B. Home based care and standard hospital care for patients with severe mental illness: a randomised controlled trial. BMJ. 1992;304:749-54.

National Institute for Mental Health in England. NIMHE Inside Outside. Improving Mental Health Services for Black and Minority Ethnic Communities. London: Department of Health; 2003; Available from: www.nimhe.org.uk/ downloads/inside_outside.pdf.

NCCMH. Bipolar Disorder: the Management of Bipolar Disorder in Adults, Children and Adolescents, in Primary and Secondary Care. Clinical guideline No. 38. Leicester & London: The British Psychological Society and Gaskell; 2006 [full guideline].

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

NICE. Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Adults in Primary and Secondary Care (Update). NICE clinical guideline 82. London: NICE; 2009.

NICE. Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Primary and Secondary Care. NICE clinical guideline 1. London: NICE; 2002.

NICE. Service user experience in adult mental health: improving the experience of care for people using adult mental health service. Clinical guideline CG136 2011.Available from: http://guidance.nice.org.uk/CG136.

Papadopoulos I, Tilki M, Lees S. Promoting cultural competence in healthcare through a research-based intervention in the UK. Diversity in Health and Social Care. 2004;1:107-16.

Pasamanick B, Scarpitti FR, Lefton M, Dinitz S, Wernert JJ, McPheeters H. Home versus hospital care for schizophrenics. Journal of the American Medical Association. 1984;187:177-81.

Rees R, Stokes G, Stansfield C, Oliver E, Kneale D, Thomas J (2016) Prevalence of mental health disorders in adult minority ethnic populations in England: A systematic review. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, UCL Institute of Education, University College London.

Royal College of Psychiatrists. Improving services for refugees and asylum seekers: position statement. London: Royal College of Psychiatrists; 2007.

Sass B, Moffat J, Bhui K, Mckenzie K. Enhancing pathways to care for black and minority ethnic populations: a systematic review. International Review of Psychiatry. 2009;21:430-38.

Schouler-Ocak M, Graef–Calliess IT, Tarricone I, Quereshi A, Kastrup M C, Bhugra D. EPA guidance on cultural competence training. European Psychiatry. 2015;30:431-40. doi: 10.1016/j.europsy.2015.01.012

Solomon P, Draine J. Family perceptions of consumers as case managers. Community Mental Health Journal. 1994;30:165-76.

Stergiopoulos V, Gozdzik A, Misir V, Skosireva A, Connelly J, Sarang A, et al. Effectiveness of Housing First with Intensive Case Management in an Ethnically Diverse Sample of Homeless Adults with Mental Illness: A Randomized Controlled Trial. Aleksic B, ed. PLoS One. 2015;10(7):e0130281. doi:10.1371/journal.pone.0130281.

Swinson Evans T, Berkman N, Brown C, Gaynes B, Palmieri Weber R. Disparities Within Serious Mental Illness. Technical Brief No. 25. (Prepared by the RTI International–University of North Carolina Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2015-00011-I). AHRQ Publication No.16-EHC027-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; May 2016. www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm.

# Anexo 1
# 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 tiene 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 derechos 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 sobre 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 sobre 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 pueda 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 involuntariol, 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.

## 9. Relación entre el testimonio de los usuarios y las recomendaciones.

*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**

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

- asegúrese de que lo que se habla con ellos, se realiza 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 los profesionales sanitarios 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).

**Testimonio de los usuarios**

Los participantes de los grupos focales para la psicosis, en general, demandaron más tiempo de atención por parte de los profesionales, como una parte esencial de la atención, y lo vieron especialmente reducido en el caso de los facultativos.

*"Necesitas tiempo para que te escuchen y no siempre estás dispuesto a abrirte en esa cita y a lo mejor cuando sí lo estás pues tampoco tiene tiempo... Es que, claro, al llegar… supongo que ellos también necesitan mucho tiempo". (Varón, 33 años)*

*"Claro, siempre va con retraso y tienes cinco minutos y ahora tú con cinco minutos qué vas a decirle tú a ese hombre, que lo ves tres veces al año o tres veces cada seis meses, en pocas palabras…". (Mujer, 49 años)*

*"Conmigo la enfermera ha estado durante años…, cuando he ido a ponerme la inyección, media hora escuchando todos mis problemas y orientándome y ayudándome a aclarar". (Mujer, 49 años)*

### 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.

Los profesionales sanitarios y de atención social que trabajan con las personas que utilizan los servicios de salud mental deberían tener competencias en:

- habilidades de evaluación y uso de modelos explicativos de la enfermedad para las personas de diferentes orígenes culturales, étnicos, religiosos o de otro tipo
- explicar las posibles causas de los diferentes problemas de salud mental y las opciones de cuidado, tratamiento y apoyo
- abordar las diferencias culturales, étnicas, religiosas o de otro tipo en las expectativas de tratamiento y en la adherencia
- abordar las creencias culturales, étnicas, religiosas o de otro tipo sobre las posibles influencias familiares, biológicas y sociales en la aparición de los problemas de salud mental
- gestión y resolución de conflictos.

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, tercer sector, 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, en la comunidad y en el Sistema Nacional de Salud.

### Testimonio de los usuarios

La mayoría de los usuarios refieren que perciben el estigma en primera persona por ser usuarios de los servicios de salud mental.
También hay testimonios acerca de que no se les informa habitualmente sobre las opciones de tratamiento.

*"La salud mental está mal vista por la sociedad también... yo estoy en la Comunidad Terapéutica, y voy a los bares de alrededor del Civil, y saben lo que tengo, porque me ven salir de la Comunidad Terapéutica. "Me pone usted un café" … "Uy, éste no va a pagar, se va a poner violento…" ¿entiendes?... Existen situaciones…El estigma ese".*
*(Varón, 50 años)*

*"Eso sí es verdad. Hay muchos prejuicios de la gente… que te miran así, o se cruzan la acera, o… muchas cosas así de este tipo… o no te hablan o te ignoran, o "mira éste" … eso es así". (Varón,51 años)*

"Yo creo que ellos te evalúan, y no te dan a elegir, tú le dices los síntomas que tienes, ellos ven los síntomas que tienes, y en función de eso te dan un medicamento".
(Varón, 48 años)

*"Les dije "menos mal que me disteis la medicación, porque yo… no sabía ni donde tenía la cabeza, ¡vaya!". (Mujer, 29 años)*

### 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 (organizaciones y direcciones web) y/o apoyo a las personas que utilizan los servicios de salud mental
- es capaz de comentar y aconsejar sobre cómo acceder a estos recursos
- es capaz de comentar y apoyar activamente al usuario a comprometerse con estos recursos.

### Testimonio de los usuarios

Algunos usuarios expresan la escasa información que reciben acerca de la naturaleza de su trastorno y cómo recurren a otras fuentes para obtenerla.

*"Yo creo que tendrían que explicar un poco más… "que tienes una enfermedad, que tiene estos síntomas… que esto se da muy frecuentemente" … incluso yo leí en el prospecto de un medicamento para la esquizofrenia, y decía exactamente lo que me pasaba a mí, y entonces, eso me hizo a mí comprender lo que me pasaba. Me lo tenían que haber explicado como una cosa que es normal… porque la esquizofrenia te mete en unas historias…que parece que todo es falso…". (Varón, 51 años)*

### 6.1. Control, contención y tratamiento forzoso

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

#### Testimonio de los usuarios

Hay usuarios que se quejan de la utilización de la contención mecánica (CM) antes de haber probado otros medios de negociación y persuasión.

*"Si alguien entra agresivo, es normal que se le tenga que dar un tratamiento o a lo mejor amarrarlo, porque está demasiado agresivo y agrede a otras personas o lo que sea, vale. Ahí estoy de acuerdo. Pero lo que no estoy de acuerdo es que si alguien no está agresivo y no supone una amenaza, no hay por qué cogerlo, amarrarlo y ya está". (Varón, 41 años)*

# Anexo 2
# Referencias adicionales incluidas

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

Castillejos, M., Martín-Pérez, C., & Moreno-Küstner, B. A systematic review and meta-analysis of the incidence of psychotic disorders: The distribution of rates and the influence of gender, urbanicity, immigration and socio-economic level. Psychological Medicine. 2018; 1-15. doi:10.1017/S0033291718000235

Hogerzeil SJ, van Hemert AM, Veling W, Hoek HW. Incidence of schizophrenia among migrants in the Netherlands:a direct comparison of first contact longitudinal register approaches. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2017;52:147-54.

Lasalvia A, Bonetto C, Tosato S, Zanatta G, Cristofalo D, Salazzari D et al. First-contact incidence of psychosis in north-eastern Italy: Influence of age, gender, immigration and socioeconomic deprivation. British Journal of Psychiatry. 2014;205:127-34.

Moreno-Küstner B, Martín C, Pastor L. Prevalence of psychotic disorders and its association with methodological issues. A systematic review and meta-analyses. PLoS One. 2018;13(4):e0195687.

Moreno-Küstner B, Mayoral F, Navas-Campaña D, García-Herrera JM, Angona P, Martín C, Rivas F. Prevalence of schizophrenia and related disorders in Malaga (Spain): Results using multiple clinical databases. Epidemiology Psychiatric Science. 2016;25:38-58.

Mulè A, Sideli L, Capuccio V, Fearon P, Ferraro L, Kirkbride JB, et al. Low incidence of psychosis in Italy: confirmation from the first epidemiological study in Sicily. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2017;52:155-62.

O'Donoghue B, Lyne JP, Renwick L, Lane A, Madigan K, Staines A, et al. Neighbourhood characteristics and the incidence of first-episode psychosis and duration of untreated psychosis. Psychological Medicine. 2016;46:1367-78.

Simeone J, Ward A, Rotella P, Collins J, Windisch R. An evaluation of variation in published estimates of schizophrenia prevalence from 1990-2013: a systematic literature review. BMC Psychiatry. 2015;15:1-14.

Vassos E, Agerbo E, Mors O, Pedersen CB. Urban–rural differences in incidence rates of psychiatric disorders in Denmark. British Journal of Psychiatry. 2016;208:435-40.

Vos T, Barber RM, Bell B, Bertozzi-Villa A, Biryukov S, Booliger I, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the global burden of disease study 2013. The Lancet. 2015;386:743-800.

Wardle, M. The Stigma of Psychosis: Lived Experience, Psychological Consequences and Strategies to Overcome Stigma. Manchester: University of Manchester. 2014.

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

Agcaoglu O, Miller R, Damaraju E, Rashid B, Bustillo J, Cetin MS, et al. Decreased hemispheric connectivity and decreased intra- and inter- hemisphere asymmetry of resting state functional network connectivity in schizophrenia. Brain Imaging and Behavior. 2018;12(3):615-30. doi: 10.1007/s11682-017-9718-7.

Blomström Å, Gardner RM, Dalman C, Yolken RH, Karlsson H. Influence of maternal infections on neonatal acute phase proteins and their interaction in the development of non-affective psychosis. Translational Psychiatry. 2015;5:e502. doi: 10.1038/tp.2014.142

Hardy A, Emsley R, Freeman D, Bebbington P, Garety PA, Kuipers EE et al. Psychological Mechanisms Mediating Effects Between Trauma and Psychotic Symptoms: The Role of Affect Regulation, Intrusive Trauma Memory, Beliefs, and Depression. Schizophrenia Bulletin. 2016;42(Suppl 1):S34-43. doi: 10.1093/schbul/sbv175.

Jablensky A, McNeil TF, Morgan VA. Barbara Fish and a Short History of the Neurodevelopmental Hypothesis of Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 2017;43(6): 1158-63. doi: 10.1093/schbul/sbx094.

Kelley ME, Wan CR, Broussard B, Crisafio A, Cristofaro S, Johnson S et al. Marijuana use in the immediate 5-year premorbid period is associated with increased risk of onset of schizophrenia and related psychotic disorders. Schizophrenia Research. 2016;171(1-3)62-7. doi: 10.1016/j.schres.2016.01.015.

Kirkbride JB, Hameed Y, Ankireddypalli G, Ioannidis K, Crane CM, Nasir M et al. The Epidemiology of First-Episode Psychosis in Early Intervention in Psychosis Services: Findings From the Social Epidemiology of Psychoses in East Anglia [SEPEA] Study. The American Journal of Psychiatry. 2017;174(2):143-153. doi: 10.1176/appi.ajp.2016.16010103.

MacDonald ML, Alhassan J, Newman JT, Richard M, Gu H, Kelly RM, et al. Selective Loss of Smaller Spines in Schizophrenia. The American Journal of Psychiatry. 2017;174(6)586-594. doi: 10.1176/appi.ajp.2017.16070814.

Mayo D, Corey S, Kelly LH, Yohannes S, Youngquist AL, Stuart BK, Niendam TA, Loewy RL.The Role of Trauma and Stressful Life Events among Individuals at Clinical High Risk for Psychosis: A Review. Frontiers in Psychiatry. 2017;8:55.

Newbury J, Arseneault L, Caspi A, Moffitt TE, Odgers CL, Fisher HL. Why Are Children in Urban Neighborhoods at Increased Risk for Psychotic Symptoms? Findings From a UK Longitudinal Cohort Study. Schizophrenia Bulletin. 2016;42(6):1372-83.

Skåtun KC, Kaufmann T, Doan NT, Alnæs D, Córdova-Palomera A, Jönsson EG, et al. Consistent Functional Connectivity Alterations in Schizophrenia Spectrum Disorder: A Multisite Study. Schizophrenia Bulletin. 2017;43(4):14-924. doi: 10.1093/schbul/sbw145.

Tamminga CA, Zukin RS. Schizophrenia: Evidence implicating hippocampal GluN2B protein and REST epigenetics in psychosis pathophysiology. Neuroscience. 2015;309:233-42. doi: 10.1016/j.neuroscience.2015.07.038.

Van Rheenen TE, Cropley V, Zalesky A, Bousman C, Wells R, Bruggemann J, et al. Widespread Volumetric Reductions in Schizophrenia and Schizoaffective Patients Displaying Compromised Cognitive Abilities. Schizophrenia Bulletin. 2018;44(3):560-74. doi: 10.1093/schbul/sbx109.

Xavier RM, Vorderstrasse A2.Genetic Basis of Positive and Negative Symptom Domains in Schizophrenia. Biological Research for Nursing. 2017:19(5):559-575. doi: 10.1177/1099800417715907

Weinstein JJ, Chohan MO, Slifstein M, Kegeles LS, Moore H, Abi-Dargham A. Pathway-Specific Dopamine Abnormalities in Schizophrenia. Biological Psychiatry. 2017;81(1):31-42. doi: 10.1016/j.biopsych.2016.03.2104.

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

Chen LY, Hung YN, Chen YY, Yang SY, Pan CH, Chen CC et al. Cancer incidence in young and middle-aged people with schizophrenia: nationwide cohort study in Taiwan, 2000-2010. Epidemiology and Psychiatric Sciences. 2018;27(2):146-56.

Curto M, Girardi N, Lionetto L, Ciavarella GM, Ferracuti S, Baldessarini RJ. Systematic Review of Clozapine Cardiotoxicity. Current Psychiatry Reports. 2016;18(7):68. doi: 10.1007/s11920-016-0704-3.

Kao YC, Lien YJ, Chang HA, Wang SC, Tzeng NS, Loh CH. Evidence for the indirect effects of perceived public stigma on psychosocial outcomes: The mediating role of self-stigma. Psychiatry Research. 2016;240:187-95. doi: 10.1016/j.psychres.2016.04.030.

Iglay K, Santorelli ML, Hirshfield KM, Williams JM, Rhoads GG, Lin Y et al. Diagnosis and treatment delays among elderly breast cancer patients with pre-existing mental illness. Breast Cancer Research and Treatment. 2017;166(1):267-75. doi: 10.1007/s10549-017-4399-x.

Larsen JR, Vedtofte L, Jakobsen MSL, Jespersen HR, Jakobsen MI, Svensson CK et al. Effect of Liraglutide Treatment on Prediabetes and Overweight or Obesity in Clozapine- or Olanzapine-Treated Patients With Schizophrenia Spectrum Disorder: A Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry. 2017;74(7):719-28. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.1220.

Morgan VA, Waterreus A, Carr V, Castle D, Cohen M, Harvey C, et al. Responding to challenges for people with psychotic illness: Updated evidence from the Survey of High Impact Psychosis. The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2017;51(2): 124-40. doi: 10.1177/0004867416679738.

Piotrowski P, Gondek TM, Królicka-Deręgowska A, Misiak B, Adamowski T, Kiejna A. Causes of mortality in schizophrenia: An updated review of European studies. Psychiatria Danubina. 2017;29(2):108-20.

Stubbs B, Koyanagi A, Schuch F, Firth J, Rosenbaum S, Gaughran F et al. Physical Activity Levels and Psychosis: A Mediation Analysis of Factors Influencing Physical Activity Target Achievement Among 204 186 People Across 46 Low- and Middle-Income Countries. Schizophrenia Bulletin. 2017;43(3):536-45. doi: 10.1093/schbul/sbw111.

Stubbs B, Koyanagi A, Veronese N, Vancampfort D, Solmi M, Gaughran F et al. Physical multimorbidity and psychosis: comprehensive cross sectional analysis including 242,952 people across 48 low- and middle-income countries. BMC Medicine. 2016;14(1):189.

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

Bergé D, Mané A, Salgado P, Cortizo R, Garnier C, Gomez L, et al. Predictors of Relapse and Functioning in First-Episode Psychosis: A Two-Year Follow-Up Study. Psychiatric Services. 2016;67(2):227-33. doi: 10.1176/appi.ps.201400316.

Fikreyesus M, Soboka M, Feyissa GT. Psychotic relapse and associated factors among patients attending health services in Southwest Ethiopia: a cross-sectional study. BMC Psychiatry. 2016;16(1):354.

Fond G, Boyer L, Andrianarisoa M, Godin O, Brunel L, Bulzacka E et al. Risk factors for increased duration of untreated psychosis. Results from the FACE-SZ dataset. Schizophrenia Research. 2018;195:529-33. doi: 10.1016/j.schres.2017.08.058.

Fusar-Poli P, Cappucciati M, Bonoldi I, Hui LM, Rutigliano G, Stahl DR et al. Prognosis of Brief Psychotic Episodes: a Meta-analysis. JAMA Psychiatry. 2016;73(3):211-220. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.2313.

Galletly C, Castle D, Dark F, Humberstone V, Jablensky A, Killackey E, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2016;50(5):410-72. doi: 10.1177/0004867416641195.

Law H, Shryane N, Bentall RP, Morrison AP. Longitudinal predictors of subjective recovery in psychosis. The British Journal of Psychiatry. 2016;209(1):48-53. doi: 10.1192/bjp.bp.114.158428.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Psychosis and Schizophrenia. Clinical Knowledge Summaries. Last revised in February 2015

Penttilä M, Jääskeläinen E, Hirvonen N, Isohanni M, Miettunen J. Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. British Journal of Psychiatry. 2014;205(2):88-94. doi: 10.1192/bjp.bp.113.127753.

Poon JY, Leung CM. Outcome of first-episode acute and transient psychotic disorder in Hong Kong Chinese: a 20-year retrospective follow-up study. Nordic Journal of Psychiatry. 2017;71(2):139-144. doi: 10.1080/08039488.2016.1252426.

Soundy A, Stubbs B, Roskell C, Williams SE, Fox A y Vancampfort D. Identifying the facilitators and processes which influence recovery in individuals with schizophrenia: a systematic review and thematic synthesis. Journal of Mental Health. 2015;24(2):103-110. doi: 10.3109/09638237.2014.998811.

Tohen M, Khalsa HM, Salvatore P, Zarate CA Jr, Strakowski SM, Sanchez-Toledo JP, et al. The McLean-Harvard First-Episode Project: Early Course in 114 Cases of First-Episode Nonaffective Psychoses. The Journal of Clinical Psychiatry. 2016;77(6):781-8. doi: 10.4088/JCP.14m09414.

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

Bošnjak D, Kekin I, Hew J, Kuzman MR. Early interventions for prodromal stage of psychosis. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016;6: Art. No.: CD012236. doi: 10.1002/14651858.CD012236.

Cannon TD, Yu C, Addington J, Bearden CE, Cadenhead KS, Cornblatt BA, et al. An Individualized Risk Calculator for Research in Prodromal Psychosis. American Journal of Psychiatry. 2016;173(10):980-8.

Fonseca-Pedrero E, Gooding DC, Ortuño-Sierra J, Paino M. Assessing self-reported clinical high risk symptoms in community-derived adolescents: A psychometric evaluation of the Prodromal Questionnaire-Brief. Comprehensive Psychiatry. 2016;66:201-8. doi: 10.1016/j.comppsych.2016.01.013.

Fusar-Poli P, Cappucciati M, De Micheli A, Rutigliano G, Bonoldi I, Tognin S et al. Diagnostic and Prognostic Significance of Brief Limited Intermittent Psychotic Symptoms (BLIPS) in Individuals at Ultra High Risk. Schizophrenia Bulletin. 2017;43(1):48-56. doi: 10.1093/schbul/sbw151.

Fusar-Poli P, Schultze-Lutter F, Cappucciati M, Rutigliano G, Bonoldi I, Stahl D, et al. The Dark Side of the Moon: Meta-analytical Impact of Recruitment Strategies on Risk Enrichment in the Clinical High Risk State for Psychosis. Schizophrenia Bulletin. 2016;42(3):732–43.

Ising HK, Kraan TC, Rietdijk J, Dragt S, Klaassen RM, Boonstra N et al. Four-Year Follow-up of Cognitive Behavioral Therapy in Persons at Ultra-High Risk for Developing Psychosis: The Dutch Early Detection Intervention Evaluation (EDIE-NL) Trial. Schizophrenia Bulletin. 2016;42(5):1243-52. doi: 10.1093/schbul/sbw018.

Lin A, Di Prinzio P, Young D, Jacoby P, Whitehouse A, Waters F et al. Academic Performance in Children of Mothers With Schizophrenia and Other Severe Mental Illness, and Risk for Subsequent Development of Psychosis: A Population-Based Study. Schizophrenia Bulletin. 2017;43(1):205-13. doi: 10.1093/schbul/sbw042.

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

Firth J, Carney R, Jerome L, Elliott R,, French P, Yung AR. The effects and determinants of exercise participation in first-episode psychosis: a qualitative study. BMC Psychiatry. 2016;16:36.

Gavin B, Cullen W, O'Donoghue B, Ascencio-Lane JC, Bury G, O'Callaghan E. First episode schizophrenia in general practice: a national survey. Irish Journal of Psychological Medicine. 2006;23(1):6-9.

Le Galudec M, Cornily G, Garlantézec R, Stéphan F, Alavi Z, Walter M. Evaluation of GPs diagnostic knowledge and treatment practice in detection and treatment of early schizophrenia: a French postal survey in Brittany. Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology. 2014;49:69–77. doi: 10.1007/s00127-013-0686-y.

Pearsall R, Thyarappa Praveen K, Pelosi A, Geddes J. Dietary advice for people with schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016;3: Art. No.: CD009547. doi: 10.1002/14651858.CD009547.pub2.

Platz C, Umbricht DS., Cattapan-Ludewig K, Dvorsky D, Arbach D ,Brenner HD, Simon AE. Help-seeking pathways in early psychosis. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2006;41:967-74.

Simon AE, Jegerlehner S, Müller T, Cattapan-Ludewig K, Frey P, Grossenbacher M, et al. Prodromal schizophrenia in primary care: a randomised sensitisation study. British Journal of General Practice. 2010; 60(578):e353-9. doi: 10.3399/bjgp10X515377

Simon AE, Lester H, Tait L, Stip E, Roy P, Conrad G, et al. The International Study on General Practitioners and Early Psychosis (IGPS). Schizophrenia Research. 2009; 108 (1–3):182–190.

Rajkumar AP, Horsdal HT, Wimberley T, et al. Endogenous and Antipsychotic-Related Risks for Diabetes Mellitus in Young People With Schizophrenia: A Danish Population-Based Cohort Study. American Journal of Psychiatry. 2017;174(7):686-94.

Skeate A, Jackson C, Birchwood M, Jones C. Duration of untreated psychosis and pathways to care in first-episode psychosis. Investigation of help-seeking behaviour in primary care. British Journal of Psychiatry. 2002;43:s73-7.

Stip E, Boyer R, Sepehry AA, Rodriguez JP, Umbricht D, Tempier A et al. "Sur la première ligne : sondage pour un partage. Les omnipraticiens et la schizophrénie". Santé mentale au Québec. 2007;321:281-97.

Verdoux H, Cougnard A, Grolleau S, Besson R, Descroix F. A survey of general practitioners' knowledge of symptoms and epidemiology of schizophrenia. European Psychiatry. 2006;21:238-44.

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

Berry K , Gregg L, Hartwell R,  Haddock G, Fitzsimmons M,  Barrowclough C. Therapist–client relationships in a psychological therapy trial for psychosis and substance misuse. Drug and Alcohol Dependence. 2015;152:170-6. doi:10.1016/j.drugalcdep.2015.04.006.

Berry K, Gregg L, Lobban F, Barrowclough C. Therapeutic alliance in psychological therapy for people with recent onset psychosis who use cannabis. Comprehensive Psychiatry. 2016;67:73-80. doi:10.1016/j.comppsych.2016.02.014.

Cavelti M, Homan P, Vauth R. The impact of thought disorder on therapeutic alliance and personal recovery in schizophrenia and schizoaffective disorder: An exploratory study. Psychiatry Research. 2016;239:92-8. doi:10.1016/j.psychres.2016.02.070.

Goldsmith LP, Lewis SW, Dunn G, Bentall RP. Psychological treatments for early psychosis can be beneficial or harmful, depending on the therapeutic alliance: an instrumental variable analysis. Psychological Medicine. 2015;45(11):2365-73. doi: 10.1017/S003329171500032X.

Jansen JE, Pedersen MB, Hastrup LH, Haahr UH, Simonsen E. Important first encounter: Service user experience of pathways to care and early detection in first-episode psychosis. Early Intervention in Psychiatry. 2018;12(2):169-76. doi: 10.1111/eip.12294.

Jung E1, Wiesjahn M, Rief W, Lincoln TM. Perceived therapist genuineness predicts therapeutic alliance in cognitive behavioural therapy for psychosis. British Journal of Clinical Psychology. 2015;54(1):34-48. doi: 10.1111/bjc.12059.

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

Barber S, Olotu U, Corsi M, Cipriani A. Clozapine combined with different antipsychotic drugs for treatment-resistant schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017;3: Art. No.: CD006324. doi:10.1002/14651858.CD006324.pub3.

Barnes TRE, Leeson VC, Paton C, Marston L, Davies L, Whittaker W et al. Amisulpride augmentation in clozapine-unresponsive schizophrenia (AMICUS): a double-blind, placebo-controlled, randomised trial of clinical effectiveness and cost-effectiveness. Health Technology Assessment. 2017;21(49):1-56. doi: 10.3310/hta21490.

De Hert M, Sermon J, Geerts P, Vansteelandt K, Peuskens J, Detraux J. The Use of Continuous Treatment Versus Placebo or Intermittent Treatment Strategies in Stabilized Patients with Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials with First- and Second-Generation Antipsychotics. CNS drugs. 2015;29(8): 637-58.

Dold M, Samara M, Li C, Tardy M, Leucht S. Haloperidol versus antipsicóticos de primera generación para el tratamiento de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015;1: Art. No.: CD009831. doi: 10.1002/14651858.CD009831.

Furukawa TA, Levine SZ, Tanaka S, Golberg Y, Samara M, Davis JM, et al. Initial severity of schizophrenia and efficacy of antipsychotics: participant-level meta-analysis of 6 placebo-controlled studies. JAMA Psychiatry. 2015;72(1):14-21. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.2127

Lally J, Tully J, Robertson D, Stubbs B, Gaughran F, MacCabe JH. Augmentation of clozapine with electroconvulsive therapy in treatment resistant schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. Schizophrenia research. 2016;171(1-3):215-24.

Leucht S, Helfer B, Dold M, Kissling W, McGrath JJ. Lithium for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015;10: Art. No.: CD003834. doi: 10.1002/14651858.CD003834.pub3.

Ortiz-Orendain J, Castiello-de Obeso S, Colunga-Lozano LE, Hu Y, Maayan N, Adams CE. Antipsychotic combinations for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017;6: Art. No.: CD009005. doi:10.1002/14651858.CD009005.pub2.

Rattehalli RD, Zhao S, Li BG, Jayaram MB, Xia J, Sampson S. Risperidone versus placebo for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016;12: Art. No.: CD006918. doi: 10.1002/14651858.CD006918.pub3.

Samara MT, Dold M, Gianatsi M, Nikolakopoulou A, Helfer B, Salanti G, et al. Efficacy, Acceptability, and Tolerability of Antipsychotics in Treatment-Resistant Schizophrenia: A Network Meta-analysis. JAMA Psychiatry. 2016;73(3):199-210. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.2955.

Sampson S, Hosalli P, Furtado VA, Davis JM. Risperidone (depot) for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016;4: Art. No.: CD004161. doi: 10.1002/14651858.CD004161.pub2.

Siskind D, McCartney L, Goldschlager R, Kisely S. Clozapine v. first- and second-generation antipsychotics in treatment-refractory schizophrenia: systematic review and meta-analysis. British Journal of Psychiatry. 2016;209(5):385-92. doi: 10.1192/bjp.bp.115.177261.

Subramanian S, Völlm BA, Huband N. Clozapine dose for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017;6: Art. No.: CD009555. doi: 10.1002/14651858.CD009555.pub2.

Wang Y, Xia J, Helfer B, Li C, Leucht S. Valproate for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016;11: Art. No.: CD004028.
doi: 10.1002/14651858.CD004028.pub4.

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

Almerie MQ, Okba Al, Marhi M, Jawoosh M, Alsabbagh M, Matar HE, et al. Social skills programmes for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015;6: Art. No.: CD009006. doi: 10.1002/14651858.CD009006.pub2.

Baandrup L, Østrup Rasmussen J, Klokker L, Austin S, Bjørnshave T, Fuglsang Bliksted V, et al. Treatment of adult patients with schizophrenia and complex mental health needs - A national clinical guideline. Nordic Journal of Psychiatry. 2016;70(3):231-40.

Bechi M, Bosia M, Spangaro M, Buonocore M, Cocchi F, Pigoni A, et al.
Combined social cognitive and neurocognitive rehabilitation strategies in schizophrenia: neuropsychological and psychopathological influences on Theory of Mind improvement. Psychological Medicine. 2015;45(15):3147-57.

Bell V, Freeman D. A pilot trial of cognitive behavioural therapy for interpersonal sensitivity in individuals with persecutory delusions. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 2014;45(4):441-6. doi: 10.1016/j.jbtep.2014.06.001.

Buckley LA, Maayan N, Soares-Weiser, Adams CE. Supportive therapy for schizophrenia. The Cochrane Library. 2015.

Buonocore M, Bosia M, Riccaboni R, Bechi M, Spangaro M, Piantanida M, et al. Combined neurocognitive and metacognitive rehabilitation in schizophrenia: Effects on bias against disconfirmatory evidence. European Psychiatry. 2015;30(5):615-21.
doi: 10.1016/j.eurpsy.2015.02.006.

Cai J, Zhu Y, Zhang W, Wang Y, Zhang C. Comprehensive family therapy: an effective approach for cognitive rehabilitation in schizophrenia. Neuropsychiatric Disease and Treatment. 2015;11:1247-53.

Cella M, Reeder C, Wykes T. Group cognitive remediation for schizophrenia: Exploring the role of therapist support and metacognition. Psychological Psychotheraphy. 2016;89(1): 1-14. doi: 10.1111/papt.12062.

Chadwick P, Strauss C, Jones AM, Kingdon D, Ellett L, Dannahy L, et al. Group mindfulness-based intervention for distressing voices: A pragmatic randomised controlled trial. Schizophrenia Research. 2016;175(1-3):168-73.

Chang YT, Lee LL. The effectiveness of compliance therapy on drug attitude among schizophrenic patients: a systematic review. JBI Database Systematic Reviews Implementation Republic. 2014;13:213-40. doi: 10.11124/jbisrir-2015-978.

Chien WT, Mui J, Gray R, Cheung E. Adherence therapy versus routine psychiatric care for people with schizophrenia spectrum disorders: a randomised controlled trial. BMC Psychiatry. 2016;25:42. doi: 10.1186/s12888-016-0744-6.

Chien WT, Mui JH, Cheung EF, Gray R. Effects of motivational interviewing-based adherence therapy for schizophrenia spectrum disorders: a randomized controlled trial. Trials. 2015;16:270. doi: 10.1186/s13063-015-0785-z.

Dang J, Zhang J, Guo Z, Lu W, Cai J, Shi Z, Zhang C. A pilot study of iPad-assisted cognitive training for schizophrenia. Archives of Psychiatric Nursing. 2014; 28:197-9. doi: 10.1016/j.apnu.2014.01.003.

Eack SM, Hogarty SS, Greenwald DP, Litschge MY, McKnight SA, Bangalore SS, et al. Cognitive Enhancement Therapy in substance misusing schizophrenia: results of an 18-month feasibility trial. Schizophrenia Research. 2015;161(2-3):478-83.

Freeman D, Dunn G, Startup H, Pugh K, Cordwell J, Mander H, et al. Effects of cognitive behaviour therapy for worry on persecutory delusions in patients with psychosis (WIT): a parallel, single-blind, randomised controlled trial with a mediation analysis. The Lancet Psychiatry. 2015;2(4):305-13.

Freeman D, Pugh K, Dunn G, Evans N, Sheaves B, Waite F, et al. An early Phase II randomised controlled trial testing the effect on persecutory delusions of using CBT to reduce negative cognitions about the self: the potential benefits of enhancing self confidence. Schizophrenic Research. 2014;160(1-3):186-92.

Gawęda Ł, Krężołek M, Olbryś J, Turska A, Kokoszka A. Decreasing self-reported cognitive biases and increasing clinical insight through meta-cognitive training in patients with chronic schizophrenia. Journal Behavior Therapy Experimental Psychiatry. 2015;48:98-104.

Golas AC, Kalache SM, Tsoutsoulas C, Mulsant BH, Bowie CR, Rajji TK. Cognitive remediation for older community-dwelling individuals with schizophrenia: a pilot and feasibility study. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2015;30(11):1129-34. doi: 10.1002/gps.4329.

Goldsmith LP, Lewis SW, Dunn G, Bentall RP. Psychological treatments for early psychosis can be beneficial or harmful, depending on the therapeutic alliance: An instrumental variable analysis. Psychological Medicine. 2015;45:2365-2373.

Granholm E, Holden J, Link PC, McQuaid JR. Randomized clinical trial of cognitive behavioral social skills training for schizophrenia: improvement in functioning and experiential negative symptoms. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2014;82(6): 1173-85. doi: 10.1037/a0037098.

Granholm E, Holden JL, Sommerfeld D, Rufener C, Perivoliotis D, Mueser K,et al. Enhancing assertive community treatment with cognitive behavioral social skills training for schizophrenia: study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2015;16:438. doi: 10.1186/s13063-015-0967-8.

Gray R, Bressington D, Ivanecka A, Hardy S, Jones M, Schulz M, et al. Is adherence therapy an effective adjunct treatment for patients with schizophrenia spectrum disorders? A systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry. 2016;6:90. doi: 10.1186/s12888-016-0801-1.

Guo ZH, Li ZJ, Ma Y, Sun J, Guo JH, Li WX, et al. Brief cognitive-behavioural therapy for patients in the community with schizophrenia: randomised controlled trial in Beijing, China. British Journal of Psychiatry. 2017;210:223-9. doi: 10.1192/bjp.bp.116.183285.

Hegedüs A, Kozel B. Does adherence therapy improve medication adherence among patients with schizophrenia? A systematic review. International Journal of Mental Health Nursing. 2014;23:490-7. doi: 10.1111/inm.12089.

Hurtado MM, Triviño M, Arnedo M, Roldán G, Tudela P. Are executive functions related to emotional intelligence? A correlational study in schizophrenia and borderline personality disorder. Psychiatry Research. 2016;246:84-8.

Hutton P, Morrison AP, Wardle M, Wells A. Metacognitive therapy in treatment-resistant psychosis: a multiple-baseline study. Behavioural-Cognitive Psychotherapy. 2014;42(2): 166-85. doi: 10.1017/S1352465812001026.

Jauhar S, McKenna PJ, Radua J, Fung E, Salvador R, Laws KR. Cognitive-behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. British Journal of Psychiatry. 2014;204:20-9. doi: 10.1192/bjp.bp.112.116285.

Kukla M, Davis LW, Lysaker PH. Cognitive behavioral therapy and work outcomes: correlates of treatment engagement and full and partial success in schizophrenia. Behavioural Cognitive Psychotherapy. 2014;42(5):577-92. doi: 10.1017/S1352465813000428.

Lam KC, Ho CP, Wa JC, Chan SM, Yam KK, Yeung OS,et al. Metacognitive training (MCT) for schizophrenia improves cognitive insight: a randomized controlled trial in a Chinese sample with schizophrenia spectrum disorders. Behavioural Research and Therapy. 2015;64:38-42. doi: 10.1016/j.brat.2014.11.008.

Leurent B, Killaspy H, Osborn DP, Crawford MJ, Hoadley A, Waller D, King M. Moderating factors for the effectiveness of group art therapy for schizophrenia: secondary analysis of data from the MATISSE randomised controlled trial. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2014;49:1703-10. doi: 10.1007/s00127-014-0876-2.

Li ZJ, Guo ZH, Wang N, Xu ZY, Qu Y, Wang XQ, et al. Cognitive-behavioural therapy for patients with schizophrenia: a multicentre randomized controlled trial in Beijing, China. Psychological Medicine. 2015;45(9):1893-905.

Lysaker PH, Kukla M, Belanger E, White DA, Buck KD, Luther L, et al. Individual psychotherapy and changes in self-experience in schizophrenia: A qualitative comparison of patients in metacognitively focused and supportive psychotherapy. Psychiatry. 2015;78:305-16.

Martin LA, Koch SC, Hirjak D, Fuchs T. Overcoming Disembodiment: The Effect of Movement Therapy on Negative Symptoms in Schizophrenia-A Multicenter Randomized Controlled Trial. Frontiers in Psychology. 2016;7:483. doi: 10.3389/fpsyg.2016.00483.

McCreath J, Larson E, Bharatiya P, Labanieh HA, Weiss Z, Lozovatsky M. Long-Acting Injectable Antipsychotics for Schizophrenia: Sociodemographic Characteristics and Treatment Adherence. The Primary Care Companion for CNS Disorders. 2017;19(1). doi: 10.4088/PCC.16m02005.

Michalopoulou PG, Lewis SW, Drake RJ, Reichenberg A, Emsley R, Kalpakidou AK, Lees J, Bobin T, Gilleen JK, Pandina G, Applegate E, Wykes T, Kapur S. Modafinil combined with cognitive training: pharmacological augmentation of cognitive training in schizophrenia. European Neuropsychopharmacology, 2015;25(8):1178-89. doi: 10.1016/j.euroneuro.2015.03.009.

Montag C, Haase L, Seidel D, Bayerl M, Gallinat J, Herrmann U, et al. A pilot RCT of psychodynamic group art therapy for patients in acute psychotic episodes: feasibility, impact on symptoms and mentalising capacity. PLoS One. 2014; 9:e112348. doi: 10.1371/journal.pone.0112348.

Moritz S, Veckenstedt R, Andreou C, Bohn F, Hottenrott B, Leighton L, et al. Sustained and "sleeper" effects of group metacognitive training for schizophrenia: a randomized clinical trial. JAMA Psychiatry. 2014;71(10):1103-11. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.1038.

Morrison AP, Burke E, Murphy E, Pyle M, Bowe S, Varese F, et al. Cognitive therapy for internalised stigma in people experiencing psychosis: A pilot randomised controlled trial. Psychiatry Research. 2016;240:96-102. doi: 10.1016/j.psychres.2016.04.024.

Morrison AP, Turkington D, Pyle M, Spencer H, Brabban A, Dunn G, et al. Cognitive therapy for people with schizophrenia spectrum disorders not taking antipsychotic drugs: a single-blind randomised controlled trial. The Lancet. 2014;383:1395-03. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62246-1.

Mueller DR, Schmidt SJ, Roder V. One-year randomized controlled trial and follow-up of integrated neurocognitive therapy for schizophrenia outpatients. Schizophrenia Bulletin. 2015;41(3):604-16. doi: 10.1093/schbul/sbu223.

Naeem F, Farooq S, Kingdon D. Cognitive behavioural therapy (brief versus standard duration) for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015;10: Art. No.: CD010646. doi: 10.1002/14651858.CD010646.pub3.

Okpokoro U, Adams CE, Sampson S. Family intervention (brief) for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014;3: Art. No.: CD009802. doi: 10.1002/14651858.CD009802.pub2.

O'Reilly K, Donohoe G, O'Sullivan D, Coyle C, Mullaney R, O'Connell P, et al. Study protocol: a randomised controlled trial of cognitive remediation for a national cohort of forensic mental health patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. BMC Psychiatry. 2016;16:5. doi: 10.1186/s12888-016-0707-y.

Priebe S, Savill M, Wykes T, Bentall R, Lauber C, Reininghaus U, et al, NESS team. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of body psychotherapy in the treatment of negative symptoms of schizophrenia: a multicentre randomised controlled trial. Health Technology Assessment. 2016;20:vii-xxiii,1-100. doi: 10.3310/hta20110.

Puig O, Penadés R, Baeza I, De la Serna E, Sánchez-Gistau V, Bernardo M, et al. Cognitive remediation therapy in adolescents with early-onset schizophrenia: a randomized controlled trial. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2014;53(8):859-68. doi: 10.1016/j.jaac.2014.05.012.

Radhakrishnan R, Kiluk BD, Tsai J. A Meta-analytic Review of Non-specific Effects in Randomized Controlled Trials of Cognitive Remediation for Schizophrenia. Psychiatric Quarterly. 2016;87(1):57-62. doi: 10.1007/s11126-015-9362-6.

Rakitzi S, Georgila P, Efthimiou K, Mueller DR. Efficacy and feasibility of the Integrated Psychological Therapy for outpatients with schizophrenia in Greece: Final results of a RCT. Psychiatry Research. 2016;242:137-43. doi: 10.1016/j.psychres.2016.05.039.

Reeder C, Pile V, Crawford P, Cella M, Rose D, Wykes T, et al. The Feasibility and Acceptability to Service Users of CIRCuiTS, a Computerized Cognitive Remediation Therapy Programme for Schizophrenia. Behavioural and Cognitive Psychotherapy. 2016;44(3):288-305. doi: 10.1017/S1352465815000168.

Roberts DL1, Combs DR, Willoughby M, Mintz J, Gibson C, Rupp B, et al. A randomized, controlled trial of Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for outpatients with schizophrenia spectrum disorders. British Journal of Clinical Psychology. 2014;53(3):281-98. doi: 10.1111/bjc.12044.

Sánchez P, Peña J, Bengoetxea E, Ojeda N, Elizagárate E, Ezcurra J,et al. Improvements in negative symptoms and functional outcome after a new generation cognitive remediation program: a randomized controlled trial. Schizophrenia Bulletin. 2014;40(3):707-15. doi: 10.1093/schbul/sbt057.

Scanlan JN, Still M. Cognitive adaptation training demonstrated benefits for individuals living with schizophrenia in terms of community functioning and impact of auditory hallucinations. Australian Occupational Therapy Journal. 2015;62(5):367-8. doi: 10.1111/1440-1630.12231

Schaub A, Mueser KT, von Werder T, Engel R, Möller HJ, Falkai P. A Randomized Controlled Trial of Group Coping-Oriented Therapy vs Supportive Therapy in Schizophrenia: Results of a 2-Year Follow-up. Schizophrenic Bulletin. 2016;42(Suppl 1):S71-80. doi: 10.1093/schbul/sbw032.

Schneider BC, Brüne M, Bohn F, Veckenstedt R, Kolbeck K, Krieger E, et al. Investigating the efficacy of an individualized metacognitive therapy program (MCT+) for psychosis: study protocol of a multi-center randomized controlled trial. BMC Psychiatry. 2016;16:51.

Sin J, Spain D, Furuta M, Murrells T, Norman I. Psychological interventions for post-traumatic stress disorder (PTSD) in people with severe mental illness. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017;1: Art. No.: CD011464. doi: 10.1002/14651858.CD011464.pub2.

Stain HJ, Bucci S, Baker AL, Carr V, Emsley R, Halpin S, et al. A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy versus non-directive reflective listening for young people at ultra high risk of developing psychosis: The detection and evaluation of psychological therapy (DEPTh) trial. Schizophrenia Research. 2016;176(2-3):212-9. doi: 10.1016/j.schres.2016.08.008.

Subramaniam K, Luks TL, Garrett C, Chung C, Fisher M, Nagarajan S, et al. Intensive cognitive training in schizophrenia enhances working memory and associated prefrontal cortical efficiency in a manner that drives long-term functional gains. Neuroimage. 2014;99:281-92.

Tabak NT, Granholm E. Mindful cognitive enhancement training for psychosis: A pilot study. Schizophrenia Research. 2014;157:312-3.

Taksal A, Sudhir PM, Janakiprasad KK, Viswanath D, Thirthalli J. Feasibility and effectiveness of the Integrated Psychological Therapy (IPT) in patients with schizophrenia: a preliminary investigation from India. Asian Journal of Psychiatr. 2015;17:78-84. doi: 10.1016/j.ajp.2015.06.013.

Tan S, Zou Y, Wykes T, Reeder C, Zhu X, Yang F, et al. Group cognitive remediation therapy for chronic schizophrenia: A randomized controlled trial. Neuroscience Letters. 2016;626:106-11. doi: 10.1016/j.neulet.2015.08.036.

Thomas N, Hayward M, Peters E, van der Gaag M, Bentall RP, Jenner J, et al. Psychological therapies for auditory hallucinations (voices): current status and key directions for future research. Schizophrenic Bulletin. 2014;40(Suppl 4):S202-12. doi: 10.1093/schbul/sbu037.

Välimäki M, Hätönen HM, Lahti ME, Kurki M, Hottinen A, Metsäranta K, et al. Virtual reality for treatment compliance for people with serious mental illness. Cochrane Database Systematic Reviews. 2014;8:CD009928. doi: 10.1002/14651858.CD009928.pub2.

van der Waal FM. Impact of Motivational Interviewing on Medication Adherence in Schizophrenia. Issues Mental Health Nursing. 2015;36:900-4. doi: 10.3109/01612840.2015.1058445.

Van Donkersgoed RJ1, De Jong S, Van der Gaag M, Aleman A, Lysaker PH, Wunderink L, et al. A manual-based individual therapy to improve metacognition in schizophrenia: protocol of a multi-center RCT. BMC Psychiatry. 2014;14:27. doi: 10.1186/1471-244X-14-27.

van Oosterhout B, Krabbendam L, de Boer K, Ferwerda J, van der Helm M, Stant AD, et al. Metacognitive group training for schizophrenia spectrum patients with delusions: a randomized controlled trial. Psychological Medicine. 2014;44(14):3025-35. doi: 10.1017/S0033291714000555.

Velligan DI, Tai S, Roberts DL, Maples-Aguilar N, Brown M, Mintz J, et al. A randomized controlled trial comparing cognitive behavior therapy, cognitive adaptation training, their combination and treatment as usual in chronic schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 2015;41(3):597-603. doi: 10.1093/schbul/sbu127.

Velthorst E, Koeter M, van der Gaag M, Nieman DH, Fett AK, Smit F, et al. Adapted cognitive-behavioural therapy required for targeting negative symptoms in schizophrenia: meta-analysis and meta-regression. Psychological Medicine. 2015;45(3):453-65. doi: 10.1017/S0033291714001147.

Von Bormann S, Robson D, Gray R. Adherence therapy following acute exacerbation of schizophrenia: A randomised controlled trial in Thailand. International Journal of Social Psychiatry. 2015;61(1):3-9. doi: 10.1177/0020764014529099.

Wykes T. Cognitive-behaviour therapy and schizophrenia. Evidence-Based Mental Health. 2014;17(3):67-8. doi: 10.1136/eb-2014-101887.

Zanello A, Mohr S, Merlo MC, Huguelet P, Rey-Bellet P. Effectiveness of a brief group cognitive behavioral therapy for auditory verbal hallucinations: a 6-month follow-up study. Journal of Nervous and Mental Disorders. 2014;202(2):144-53. doi: 10.1097/NMD.0000000000000084.

Zhao S, Sampson S, Xia J, Jayaram MB. Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015;4: Art. No.: CD010823. doi: 10.1002/14651858.CD010823.pub2.

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

Burns AMN, Erickson DH, Brenner CA. Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant psychosis: a meta-analytic review. Psychiatric Services. 2014;65(7):874–80.

Cabassa LJ, Camacho D, Vélez-Grau CM, Stefancic A. Peer-based health interventions for people with serious mental illness: A systematic literature review. Journal of Psychiatric Research. 2017;84:80-9.

Campos F, Sousa A, Rodrigues V, Marques A, Queirós C, Dores A. [Practical guidelines for peer support programmes for mental health problems]. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. 2016;9(2):97-110.

Chan SW , Li Z , Klainin-Yobas P , Ting S , Chan MF, Eu PW. Effectiveness of a peer-led self-management programme for people with schizophrenia: protocol for a randomized controlled trial. Journal of Advanced Nursing. 2014;70(6):1425-35.

Chinman M, George P, Dougherty RH, Daniels AS, Ghose SS, Swift A et al. Peer support services for individuals with serious mentalillnesses: assessing the evidence. Psychiatric Services. 2014;65(4):429-41.

Gidugu V, Rogers ES, Harrington S, Maru M, Johnson G, Cohee J et al. Individual peer support: a qualitative study of mechanisms of its effectiveness. Community Mental Health Journal. 2015;51(4):445-52.

Hutton P, Taylor PJ. Cognitive behavioural therapy for psychosis prevention: a systematic review and meta-analysis. Psychological Medicine. 2014;44(3):449–68.

Jørgensen R, Licht RW, Lysaker PH, Munk-Jørgensen P, Buck KD, Jensen SO et al. Effects on cognitive and clinical insight with the use of Guided Self-Determination in outpatients with schizophrenia: A randomized open trial. European Psychiatry. 2015;30(5):655-63.

Lloyd-Evans B, Mayo-Wilson E, Harrison B, Istead H, Brown E, Pilling S, et al. A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. BMC Psychiatry. 2014;14:39-50.

National Guideline Clearinghouse (NGC). Guideline summary: Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. In: National Guideline Clearinghouse (NGC) [Web site]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2014.

Naeem F, Johal R, McKenna C, Rathod S, Ayub M, Lecomte T et al. Cognitive Behavior Therapy for psychosis based Guided Self-help (CBTp-GSH) delivered by frontline mental health professionals: Results of a feasibility study. Schizophrenia Research. 2016;173(1-2): 69-74.

Naeem F, Xiang S, Munshi TA, Kingdon D, Farooq S. Self-help and guided self-help interventions for schizophrenia and related disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015;5: Art. No.: CD011698.

Scott AJ, Webb TL, Rowse G. Self-help interventions for psychosis: a meta-analysis. Clinical Psychology Review. 2015;39:96–112.

van der Gaag M, Valmaggia LR, Smit F. The effects of individually tailored formulation-based cognitive behavioural therapy in auditory hallucinations and delusions: a meta-analysis. Schizophrenia Research. 2014;156(1):30–7.

Vayshenker B, Mulay AL, Gonzales L, West ML, Brown I, Yanos PT. Participation in peer support services and outcomes related to recovery. Psychiatric Rehabilitation Journal. 2016;39(3):274-81.

White DA, McGuire AB, Luther L, Anderson AI, Phalen P, McGrew JH. Consumer Factors Predicting Level of Treatment Response to Illness Management and Recovery. Psychiatric Rehabilitation Journal. 2017;40(4):344-353. doi: 10.1037/prj0000284.

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

Jorgensen M, Mainz J, Egstrup K, Johnsen SP. Quality of Care and Outcomes of Heart Failure Among Patients With Schizophrenia in Denmark. American Journal of Cardiology. 2017;15:120(6):980-985. doi: 10.1016/j.amjcard.2017.06.027.

Mucheru D, Hanlon MC, Campbell LE, McEvoy M, MacDonald-Wicks L. Social Dysfunction and Diet Outcomes in People with Psychosis. Nutrients. 2017;19;9(1). pii: E80. doi: 10.3390/nu9010080.

Pearsall R, Thyarappa Praveen K, Pelosi A, Geddes J. Dietary advice for people with schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016;3: Art. No.: CD009547. doi: 10.1002/14651858.CD009547.pub2.

Raich A, Ballbè M, Nieva G, Cano M, Fernández T, Bruguera E, Fernández E. Safety of Varenicline for Smoking Cessation in Psychiatric and Addicts Patients. Substance Use & Misuse. 2016;51(5):649-57.

Rajkumar AP, Horsdal HT, Wimberley T, Cohen D, Mors O, Børglum AD et al. Endogenous and Antipsychotic-Related Risks for Diabetes Mellitus in Young People With Schizophrenia: A Danish Population-Based Cohort Study. American Journal of Psychiatry. 2017;174(7): 686-694.

Tosh G, Clifton AV, Xia J, White MM. General physical health advice for people with serious mental illness. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014;3: Art. No.: CD008567. doi: 10.1002/14651858.CD008567.pub3.

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

Carrà G, Battaglia C, Hinton M, Sheridan Rains L, Crocamo C, Johnson S. Social network confidants, duration of untreated psychosis and cannabis use in people with first episode psychosis: An exploratory study. Early Intervention in Psychiatry. 2018;12(5):942-6. doi: 10.1111/eip.12476.

Chung YC, Cui Y, Kim MG, Kim YJ, Lee KH, Chae SW. Early predictors of a clinical response at 8 weeks in patients with first-episode psychosis treated with paliperidone ER. The Journal of Psychopharmacology. 2016;30(8):810-8. doi: 10.1177/0269881116654698.

Díaz-Caneja CM, Pina-Camacho L, Rodríguez-Quiroga A, Fraguas D, Parellada M, Arango C. Predictors of outcome in early-onset psychosis: a systematic review. NPJ Schizophrenia. 2015;1:14005-14. doi:10.1038/npjschz.2014.5.

Dieterich M, Irving CB, Bergman H, Khokhar MA, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017;1: Art. No.: CD007906.

Fond G, Boyer L, Andrianarisoa M, Godin O, Brunel L, Bulzacka E, et al. Risk factors for increased duration of untreated psychosis. Results from the FACE-SZ dataset. Schizophrenia Research. 2018;195:529-33. doi:10.1016/j.schres.2017.08.058.

Gutiérrez-Colosía MR, Salvador-Carulla L, Salinas-Pérez JA, García-Alonso CR, Cid J, Salazzari D, et al. Standard comparison of local mental health care systems in eight European countries. Epidemiology and Psychiatric Sciences. 2017;18:1-14. doi: 10.1017/S2045796017000415.

Hastrup LH, Haahr UH, Jansen JE, Simonsen E. Determinants of duration of untreated psychosis among first-episode psychosis patients in Denmark: A nationwide register-based study. Schizophenia Research. 2018;192:154-8. doi: 10.1016/j.schres.2017.05.026.

Kvig EI, Brinchmann B, Moe C, Nilssen S, Larsen TK, Sørgaard K. Geographical accessibility and duration of untreated psychosis: distance as a determinant of treatment delay. BMC Psychiatry. 2017;17(1):176-85. doi: 10.1186/s12888-017-1345-8.

Perez J, Jin H, Russo DA, Stochl J, Painter M, Shelley G et al. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of tailored intensive liaison between primary and secondary care to identify individuals at risk of a first psychotic illness (the LEGs study): a cluster-randomised controlled trial. The Lancet Psychiatry. 2015; 2(11):984-93.

Reichert A, Jacobs R. Socioeconomic inequalities in duration of untreated psychosis: evidence from administrative data in England. Psychological Medicine. 2018;48(5):822-33. doi: 10.1017/S0033291717002197.

Randall JR, Vokey S, Loewen H, Martens PJ, Brownell M, Katz A, et al. A systematic Review of the Effect of Early Interventions fos Psychosis on the Usage of Inpatient Services. Schizophrenia Bulletin. 2015;41(6):1379-86.

Verbeek H, Worden A, Wilberforce M, Brand C, Tucker S, Abendstern M, et al. Community mental health teams for older people in England: Variations in ways of working. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2018;33(3):475-481. doi: 10.1002/gps.4775.

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

Murphy SM, Irving CB, Adams CE, Waqar M. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. Cochrane Database Systematic Reviews. 2015;12: Art. No.: CD001087. doi: 10.1002/14651858.CD001087.pub5.

Paton F, Wright K, Ayre N, Dare C, Johnson S, Lloyd-Evans B, et al. Improving outcomes for people in mental health crisis: a rapid synthesis of the evidence for available models of care. Health Technology Assessment. 2016;20(3):1-162.

Wheeler, C., Lloyd-Evans, B., Churchard, A., Fitzgerald, C., Fullarton, K., & Mosse, L. et al. Implementation of the Crisis Resolution Team model in adult mental health settings: a systematic review. BMC Psychiatry. 2015;15:74. doi: 10.1186/s12888-015-0441-x.

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

Das AK, Malik A, Haddad PM. A qualitative study of the attitudes of patients in an early intervention service towards antipsychotic long-acting injections. Therapeutic Advances in Psychopharmacology. 2014;4(5):179-85. doi: 10.1177/2045125314542098.

Flyckt L, Fatouros-Bergman H, Koernig T. Determinants of subjective and objective burden of informal caregiving of patients with psychotic disorders. The International Journal of Social Psychiatry. 2015;61(7):684-92. doi: 10.1177/0020764015573088.

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

Lavis A, Lester H, Everard L, Freemantle N, Amos T, Fowler D, et al. Layers of listening: qualitative analysis of the impact of early intervention services for first-episode psychosis on carers' experiences. The British Journal of Psychiatry. 2015;207(2):135-42. doi: 10.1192/bjp.bp.114.146415.

Lawlor C, Sharma B, Khondoker M, Peters E, Kuipers E, Johns L. Service user satisfaction with cognitive behavioural therapy for psychosis: Associations with therapy outcomes and perceptions of the therapist. The British Journal of Clinical Psychology. 2017;56(1):84-102. doi: 10.1111/bjc.12122.

Loughland C, Cheng K, Harris G, Kelly B, Cohen M, Sandhu H, Varmos M, Levin TT, Bylund C, Landa Y, Outram S. Communication of a schizophrenia diagnosis: A qualitative study of patients' perspectives. The International Journal of Social Psychiatry. 2015;61(8): 729-34. doi: 10.1177/0020764015576814.

Mielau J, Altunbay J, Gallinat J, Heinz A, Bermpohl F, Lehmann A, Montag C. Subjective experience of coercion in psychiatric care: a study comparing the attitudes of patients and healthy volunteers towards coercive methods and their justification. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 2016;266(4):337-47.

Nyttingnes O, Ruud T, Rugkåsa J. 'It's unbelievably humiliating'-Patients' expressions of negative effects of coercion in mental health care. International Journal of Law and Psychiatry. 2016;49(Pt A):147-53. doi: 10.1016/j.ijlp.2016.08.009.

Nilsen L, Frich JC, Friis S, Røssberg JI. Patients' and family members' experiences of a psychoeducational family intervention after a first episode psychosis: a qualitative study. Issues in Mental Health Nursing. 2014;35(1):58-68. doi: 10.3109/01612840.2013.837992.

Sariah AE, Outwater AH, Malima KI. Risk and protective factors for relapse among individuals with schizophrenia: a qualitative study in Dar es Salaam, Tanzania. BMC Psychiatry. 2014;14:240. doi: 10.1186/s12888-014-0240-9.

Outram S, Harris G, Kelly B, Bylund CL, Cohen M, Landa Y, Levin T, Sandhu H, Vamos M, Loughland C. 'We didn't have a clue': Family caregivers' experiences of the communication of a diagnosis of schizophrenia. The International Journal of Social Psychiatry. 2015;61(1): 10-6. doi: 10.1177/0020764014535751.

Wainwright L, Glentworth D, Haddock G, Bentley R, Lobban F. What do relatives experience when supporting someone in early psychosis. Psychology and Psychotherapy. 2015;88(1):105-19.

Yamaguchi T, Fujii C, Nemoto T, Tsujino N, Takeshi K, Mizuno M. Differences between subjective experiences and observed behaviors in near-fatal suicide attempters with untreated schizophrenia: a qualitative pilot study. Annals of General Psychiatry. 2015;15:14:7. doi: 10.1186/s12991-015-0055-1. eCollection 2015.

## Área 15.- ¿Que es la rehabilitación profesional?

Chan JYC, Hirai HW, Tsoi KKF. Can computer-assisted cognitive remediation improve employment and productivity outcomes of patients with severe mental illness? A meta-analysis of prospective controlled trials. Journal of Psychiatric Research. 2015; 68:293-300. http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.05.010.

Falkum E, Klungsøyr O, Lystad JU, Bull HC, Evensen S, Martinsen EW, et al. Vocational rehabilitation for adults with psychotic disorders in a Scandinavian welfare society. BMC Psychiatry. 2017;17(1):24. doi: 10.1186/s12888-016-1183-0.

Helbich M, Plener PL, Hartung S, Blüml V. Spatiotemporal Suicide Risk in Germany: A Longitudinal Study 2007-11. Scientific Reports. 2017;7(1):7673. doi: 10.1038/s41598-017-08117-4.

Hurtado MM, Triviño M, Arnedo M, Roldán G, Tudela P. Are executive functions related to emotional intelligence? A correlational study in schizophrenia and borderline personality disorder. Psychiatry Research. 2016;246:84-8.

Luciano A, Bond GR, Drake RE. Does employment alter the course and outcome of schizophrenia and other severe mental illnesses? A systematic review of longitudinal research. Schizophrenia Research. 2014;159:312-21.

Luciano A, Metcalfe JD, Bond GR, Xie H, Miller AL, Riley J, et al. Hospitalization Risk Before and After Employment Among Adults With Schizophrenia, Bipolar Disorder, or Major Depression. Psychiatric Services. 2016;67(10):1131-8.

Pańczak A, Pietkiewicz I. Work activity in the process of recovery - an interpretive phenomenological analysis of the experiences of people with a schizophrenia spectrum diagnosis. Psychiatria Polska. 2016;50(4):805-26. doi: 10.12740/PP/44238.

Stevovic LI, Vodopic S. Attempted suicide in Podgorica, Montenegro: higher rates in females and unemployed males. Annals of General Psychiatry. 2017;16:27. doi: 10.1186/s12991-017-0151-5.

Wege N, Angerer P, Li J. Effects of Lifetime Unemployment Experience and Job Insecurity on Two-Year Risk of Physician-Diagnosed Incident Depression in the German Working Population. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2017;14(8). pii: E904. doi:10.3390/ijerph14080904.

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

Bhui K, Aslam RW, Palinski A, McCabe R, Johnson MRD, Weich S, et al. Interventions designed to improve therapeutic communications between black and minority ethnic people and professionals working in psychiatric services: a systematic review of the evidence for their effectiveness. Health Technology Assessment 2015;19(31).

Brewer WJ, Lambert TJ, Witt K, Dileo J, Duff C, Crlenjak C, et al. Intensive case management for high-risk patients with first-episode psychosis: service model and outcomes. The Lancet Psychiatry. 2015;2(1):29-37. doi: 10.1016/S2215-0366(14)00127-8.

Degnan A, Baker S, Edge D, Nottidge W, Noke M, Press CJ, et al. The nature and efficacy of culturally-adapted psychosocial interventions for schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. Psychological Medicine. 2017;23:1-14. doi: 10.1017/S0033291717002264.

Rees R, Stokes G, Stansfield C, Oliver E, Kneale D, Thomas J. Prevalence of mental health disorders in adult minority ethnic populations in England: A systematic review. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, UCL Institute of Education, University College London. 2016.

Schouler-Ocak M, Graef–Calliess IT, Tarricone I, Quereshi A, Kastrup M C, Bhugra D. EPA guidance on cultural competence training. European Psychiatry. 2015;30:431-40. doi: 10.1016/j.europsy.2015.01.012

Stergiopoulos V, Gozdzik A, Misir V, Skosireva A, Connelly J, Sarang A, et al. Effectiveness of Housing First with Intensive Case Management in an Ethnically Diverse Sample of Homeless Adults with Mental Illness: A Randomized Controlled Trial. Aleksic B, ed. PLoS One. 2015;10(7):e0130281. doi:10.1371/journal.pone.0130281.

Swinson Evans T, Berkman N, Brown C, Gaynes B, Palmieri Weber R. Disparities Within Serious Mental Illness. Technical Brief No. 25. (Prepared by the RTI International–University of North Carolina Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2015-00011-I). AHRQ Publication No.16-EHC027-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2016. www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm

# Anexo 3
# Estudio cualitativo con usuarios

## Resumen descriptivo de la muestra del estudio cualitativo con usuarios. N= 30

| I.D. | Sexo | Edad | Diagnóstico | Edad inicio | Convive | Breve nota biográfica |
|---|---|---|---|---|---|---|
| G1P1 | V | 40 | Esquizofrenia paranoide y trastorno depresivo recurrente | 22 | Madre | Precipitación de la enfermedad asociada al consumo de cannabis. Artista, se dedica al dibujo y la pintura. Suele ofrecerse para ayudar a compañeros a salir de su aislamiento. |
| G1P2 | M | 42 | Esquizofrenia paranoide | 18 | Padres | Precipitación de la enfermedad asociada al consumo de tóxicos, consumo que se mantuvo durante los primeros años, y que ha mejorado con tratamiento específico (salvo recaídas puntuales, que suelen precipitar recaídas en su sintomatología). Ha tenido varios trabajos no protegidos y a veces los ha abandonado prematuramente por la sintomatología. Otras veces los sobrelleva. |
| G1P3 | M | 49 | Trastorno esquizoafectivo tipo mixto | 20 | Sola. Muchas veces acompañada por la pareja | Terminó la carrera de derecho, pero no ha llegado a ejercer. Consumo de cannabis y alcohol en algunas épocas. Vive de una pensión. Problemas familiares graves y problemas económicos. |
| G1P4 | M | 37 | Esquizofrenia paranoide | Niñez | Madre y hermano | No ha desarrollado actividad laboral, pero sí acude habitualmente a talleres y otras actividades ocupacionales. Mantiene amistades con compañeros. |
| G1P5 | V | 38 | Trastorno esquizotípico y esquizofrenia paranoide | 17 | Padres | Tras un primer periodo de sintomatología positiva florida, incluyendo alteraciones comportamentales, actualmente está estudiando en la Universidad. Persiste cierta tendencia al aislamiento. |
| G1P6 | V | 37 | Esquizofrenia paranoide | 20 | Solo, aunque acude a comer a casa de sus padres | Precipitación de la enfermedad asociada a consumo de tóxicos. A pesar de que la sintomatología no termina de remitir, mantiene buen funcionamiento. Tiene trabajo estable desde hace años. |
| G1P7 | V | 33 | Esquizofrenia paranoide | 18 | Madre | Precipitación de la enfermedad asociada a consumo de tóxicos. Abstinente desde hace años. Trabaja en la construcción. Tiene dos hijos y pasa con ellos todo el tiempo que puede. |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| G1P8 | M | 43 | Esquizofrenia paranoide con remisión completa | 20 | Pareja | Asintomática desde hace años con una dosis de tratamiento mínima. Vida totalmente normalizada social y laboralmente. Trabaja de contable. |
| G1P9 | V | 31 | Trastorno psicótico | 24 | Piso compartido | Vive de una pequeña pensión y la realización de trabajos esporádicos. Sale y tiene amistades. |
| G1P10 | M | 50 | Esquizofrenia paranoide | 29 | Marido | Estabilizada durante años, el trastorno ha tenido poca repercusión en su funcionamiento. Sólo se ha descompensado cuando ha presentado problemas de salud graves. Ha trabajado en temas de turismo, aunque actualmente está jubilada por enfermedad. Actualmente estudia música en el conservatorio. Casada. |
| G1P11 | V | 43 | Trastorno esquizotípico y esquizofrenia paranoide | 22 | Padres | Ha tenido múltiples ingresos y ha tenido dos actividades laborales de unos meses. Tendencia a la inactividad, aunque le gustaría volver trabajar. |
| G2P1 | M | 63 | Trastorno de ideas delirantes persistentes y trastorno depresivo recurrente | 39 | Cuidadora | Persiste la sintomatología, pero sin compromiso afectivo y consigue que no le afecte a su funcionamiento cotidiano. Fue cuidadora de la madre. Vive sola, ahora con una cuidadora, pero está muy unida a sus hermanas y las ve todos los días. |
| G2P2 | M | 54 | Esquizofrenia paranoide continua | 28 | Marido | Ha trabajado en la hostelería, aunque actualmente recibe una pensión. Casada. |
| G2P3 | M | 29 | Trastorno esquizoafectivo, tipo depresivo | 24 | Madre | Tras el primer episodio psicótico, consiguió terminar su carrera universitaria, y actualmente está preparando el curso de aptitud pedagógica. |
| G2P4 | V | 48 | Esquizofrenia paranoide | 31 | Padre | Desarrolló actividad laboral hasta la aparición del trastorno. Ahora no trabaja, pero viene promoviendo desde hace años salidas periódicas de ocio saludable con compañeros, ayudando a los demás a salir del aislamiento. |
| G2P5 | M | 45 | Esquizofrenia paranoide refractaria al tratamiento | 33 | Padres | Tras terminar sus estudios universitarios y trabajar durante años, comienza la enfermedad y, como no responde a tratamiento, no puede continuar. Acude a talleres ocupaciones y sale con amigas siempre que puede. Está muy unida a su madre y a sus hermanas. |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| G2P6 | M | 55 | Esquizofrenia paranoide y trastorno depresivo recurrente | 33 | Marido e hijo | Trabaja de administrativa. Casada y con un hijo ya adulto. Ha conseguido normalizar su vida e incluso ha mostrado buena adaptación a estresores graves. |
| G2P7 | M | 59 | Esquizofrenia paranoide continua y trastorno depresivo recurrente | 34 | Hermana | Antes de la enfermedad se dedicaba a la docencia, pero luego no ha podido seguir. Ha requerido 15 ingresos hospitalarios. Necesita supervisión continua para mantener cierto grado de funcionamiento. Acude a talleres ocupacionales. |
| G2P8 | V | 68 | Esquizofrenia paranoide | 30 | Solo | Terminó sus estudios universitarios y trabajo hasta los 30 años, cuando tiene lugar el primer episodio psicótico, asociado a consumo de cannabis. Actualmente jubilado por enfermedad. |
| G3P1 | V | 50 | Esquizofrenia paranoide | 24 | Solo | Precipitación de la enfermedad asociado a consumo de heroína. Se crió en un barrio marginal y ha desarrollado algunos trabajos esporádicos. Actualmente, acude a diario al hospital de día de salud mental. |
| G3P2 | V | 41 | Esquizofrenia paranoide | 14 | Padres | Llega a nuestro país huyendo de un conflicto bélico con 20 años, ya con tratamiento. En su familia de origen hay muchos conflictos y esto ha repercutido negativamente en su evolución. |
| G3P3 | M | 50 | Esquizofrenia paranoide continua | 32 | Padres | Terminó su carrera universitaria y ha desarrollado distintos trabajos, habitualmente en activo. Ayuda a sus padres en casa, ya mayores. |
| G3P4 | V | 51 | Esquizofrenia paranoide | 41 | Esposa e hija | Tiene una hija ya adulta, y se casó con la madre de ésta después de la aparición de la enfermedad. Ahora conviven los tres juntos. |
| G3P5 | V | 42 | Esquizofrenia paranoide | No se sabe | Piso protegido | Creció en una familia muy desestructurada y comenzó en su juventud con el consumo de tóxicos. Ha estado en prisión y durante un tiempo también sin hogar. Actualmente, está desintoxicado y se encuentra estable. |
| G3P6 | V | 24 | Trastorno esquizoafectivo | 22 | Padres | El trastorno fue precitado por el consumo de tóxicos y otros estresores (se trunca su carrera deportiva). Actualmente empieza a plantearse de nuevo su proyecto vital. |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| G3P7 | M | 59 | Trastorno equizoafectivo | 30 | Comunidad terapéutica | Trabajó de auxiliar administrativa, es viuda y tiene una hija ya adulta. Ha requerido 11 ingresos hospitalarios, algunos de meses de duración. Actualmente vive en la comunidad terapéutica. |
| G3P8 | M | 49 | Esquizofrenia paranoide y trastorno afectivo severo | 27 | Sola | Trabajaba de profesora hasta que le dieron un destino muy estresante donde no pudo mantenerse estable. Actualmente, acude a talleres de la unidad de rehabilitación de área y estudia idiomas. |
| G3P9 | V | 41 | Esquizofrenia paranoide | 27 | Madre | Lleva años estabilizado. No ha desarrollado actividad laboral. Pasa mucho tiempo solo, paseando a su perro. |
| G3P10 | M | 51 | Esquizofrenia paranoide | 30 | Comunidad terapéutica | Tras requerir varios ingresos hospitalarios por abandono del tratamiento, actualmente reside en la comunidad terapéutica. |
| EP1 | V | 33 | Esquizofrenia paranoide continua | 17 | Pareja | El cuadro fue precipitado por consumo de tóxicos. A pesar de que la sintomatología no ha remitido del todo, ha conseguido terminar sus estudios universitarios y mantener un empleo competitivo y actualmente convive con su pareja, con quien está planeando su boda. |

# Anexo 4
# Revisión de las guías mediante la herramienta AGREE II

*Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders (Galletly et al., 2016).*

| ÁREA 1: ALCANCE Y OBJETIVOS | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Total |
| Evaluador 1 | 3 | 4 | 4 | 11 |
| Evaluador 2 | 4 | 3 | 4 | 11 |
| Evaluador 3 | 3 | 4 | 3 | 10 |
| Evaluador 4 | 4 | 4 | 4 | 12 |
| Total | 14 | 15 | 15 | 44 |

Puntuación máxima posible: 48
Puntuación mínima posible: 12
(44-12)/(48-12)= 32/36= 0,88 X 100= 88%

| ÁREA 2: PARTICIPACIÓN DE LOS IMPLICADOS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item4 | Total |
| Evaluador 1 | 2 | 2 | 4 | 1 | 9 |
| Evaluador 2 | 1 | 2 | 4 | 1 | 8 |
| Evaluador 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 10 |
| Evaluador 4 | 2 | 1 | 3 | 1 | 7 |
| Total | 8 | 7 | 14 | 5 | 34 |

Puntuación máxima posible: 64
Puntuación mínima posible: 16
(34-16)/(64-16)= 18/48= 0,357 X 100= 37,5%

| ÁREA 3: RIGOR EN LA ELABORACIÓN | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Total |
| Evaluador 1 | 4 | 3 | 2 | 3 | 2 | 4 | 1 | 19 |
| Evaluador 2 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 4 | 1 | 21 |
| Evaluador 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 3 | 26 |
| Evaluador 4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 | 1 | 15 |
| Total | 13 | 12 | 12 | 12 | 10 | 16 | 6 | 81 |

Puntuación máxima posible: 112
Puntuación mínima posible: 28
(81-28)/(112-28)= 53/84= 0,63 X 100= 63%

| ÁREA 4: CLARIDAD Y PRESENTACIÓN | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Total |
| Evaluador 1 | 4 | 4 | 4 | 1 | 13 |
| Evaluador 2 | 3 | 3 | 4 | 1 | 11 |
| Evaluador 3 | 3 | 4 | 4 | 2 | 13 |
| Evaluador 4 | 2 | 2 | 2 | 1 | 7 |
| Total | 12 | 13 | 14 | 5 | 44 |

Puntuación máxima posible: 64
Puntuación mínima posible: 16
(44-1°6)/(64-16)= 28/48= 0,583 X 100= 58,3%

| ÁREA 5: APLICABILIDAD | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Total |
| Evaluador 1 | 3 | 2 | 1 | 6 |
| Evaluador 2 | 2 | 1 | 1 | 4 |
| Evaluador 3 | 2 | 2 | 2 | 6 |
| Evaluador 4 | 1 | 1 | 1 | 3 |
| Total | 8 | 6 | 5 | 19 |

Puntuación máxima posible: 32
Puntuación mínima posible: 8
(24-8)/(32-8)= 16/24= 0,667 X 100= 66,7%

| ÁREA 6: INDEPENDENCIA EDITORIAL | | | |
|---|---|---|---|
| | Item 1 | Item 2 | Total |
| Evaluador 1 | 2 | 4 | 6 |
| Evaluador 2 | 2 | 4 | 6 |
| Evaluador 3 | 2 | 4 | 6 |
| Evaluador 4 | 2 | 4 | 6 |
| Total | 8 | 16 | 24 |

Puntuación máxima posible: 32
Puntuación mínima posible: 8
(24-8)/(32-8)= 16/24= 0,667 X 100= 66,7%

## *Management of schizophrenia (SIGN, 2013)*

| ÁREA 1: ALCANCE Y OBJETIVOS | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Total |
| Evaluador 1 | 4 | 4 | 4 | 12 |
| Evaluador 2 | 4 | 4 | 4 | 12 |
| Evaluador 3 | 4 | 4 | 4 | 12 |
| Evaluador 4 | 3 | 4 | 4 | 11 |
| Total | 15 | 16 | 16 | 47 |

Puntuación máxima posible: 48
Puntuación mínima posible: 12
(47-12)/(48-12)= 35/36= 0,972 X 100= 97,2%

| ÁREA 2: PARTICIPACIÓN DE LOS IMPLICADOS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item4 | Total |
| Evaluador 1 | 3 | 2 | 4 | 2 | 11 |
| Evaluador 2 | 4 | 2 | 4 | 3 | 13 |
| Evaluador 3 | 3 | 1 | 4 | 2 | 10 |
| Evaluador 4 | 3 | 1 | 3 | 1 | 8 |
| Total | 13 | 6 | 15 | 8 | 42 |

Puntuación máxima posible: 64
Puntuación mínima posible: 16
(42-16)/(64-16)= 26/48= 0,541 X 100= 54,1%

| ÁREA 3: RIGOR EN LA ELABORACIÓN | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Total |
| Evaluador 1 | 4 | 2 | 4 | 2 | 3 | 4 | 1 | 20 |
| Evaluador 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 26 |
| Evaluador 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 26 |
| Evaluador 4 | 4 | 2 | 4 | 3 | 2 | 4 | 4 | 23 |
| Total | 16 | 12 | 16 | 13 | 13 | 16 | 9 | 95 |

Puntuación máxima posible: 112
Puntuación mínima posible: 28
(95-28)/(112-28)= 67/84= 0,797 X 100= 79,7%

| ÁREA 4: CLARIDAD Y PRESENTACIÓN | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Total |
| Evaluador 1 | 3 | 4 | 4 | 3 | 14 |
| Evaluador 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 |
| Evaluador 3 | 4 | 4 | 4 | 2 | 14 |
| Evaluador 4 | 4 | 4 | 4 | 1 | 13 |
| Total | 15 | 16 | 16 | 10 | 57 |

Puntuación máxima posible: 64
Puntuación mínima posible: 16
(57-16)/(64-16)= 41/48= 0,854 X 100= 85,4%

| ÁREA 5: APLICABILIDAD | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Total |
| Evaluador 1 | 2 | 2 | 3 | 7 |
| Evaluador 2 | 4 | 4 | 4 | 12 |
| Evaluador 3 | 2 | 4 | 3 | 9 |
| Evaluador 4 | 1 | 3 | 2 | 6 |
| Total | 9 | 13 | 12 | 34 |

Puntuación máxima posible: 48
Puntuación mínima posible: 12
(34-12)/(48-12)= 22/36= 0,661 X 100= 66,1%

| ÁREA 6: INDEPENDENCIA EDITORIAL | | | |
|---|---|---|---|
| | Item 1 | Item 2 | Total |
| Evaluador 1 | 2 | 4 | 6 |
| Evaluador 2 | 2 | 4 | 6 |
| Evaluador 3 | 4 | 1 | 5 |
| Evaluador 4 | 2 | 2 | 4 |
| Total | 10 | 11 | 21 |

Puntuación máxima posible: 32
Puntuación mínima posible: 8
(21-8)/(32-8)= 13/24= 0,541 X 100= 54,1%

*Psychosis and Schizophrenia in adults. The NICE Guideline on Treatment and Management (NICE, 2014).*

| ÁREA 1: ALCANCE Y OBJETIVOS | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Total |
| Evaluador 1 | 4 | 4 | 4 | 12 |
| Evaluador 2 | 4 | 4 | 4 | 12 |
| Evaluador 3 | 4 | 4 | 4 | 12 |
| Evaluador 4 | 4 | 4 | 3 | 11 |
| Total | 16 | 16 | 15 | 47 |

Puntuación máxima posible: 48
Puntuación mínima posible: 12
(47-12)/(48-12)= 35/36= 0,972 X 100= 97,2%

| ÁREA 2: PARTICIPACIÓN DE LOS IMPLICADOS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Total |
| Evaluador 1 | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 |
| Evaluador 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 |
| Evaluador 3 | 4 | 3 | 3 | 2 | 12 |
| Evaluador 4 | 4 | 4 | 3 | 2 | 13 |
| Total | 16 | 15 | 14 | 12 | 57 |

Puntuación máxima posible: 64
Puntuación mínima posible: 16
(57-16)/(64-16)= 41/48= 0,854 X 100= 85,4%

| ÁREA 3: RIGOR EN LA ELABORACIÓN | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Total |
| Evaluador 1 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 27 |
| Evaluador 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 28 |
| Evaluador 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 2 | 25 |
| Evaluador 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 28 |
| Total | 16 | 16 | 16 | 16 | 16 | 15 | 13 | 108 |

Puntuación máxima posible: 112
Puntuación mínima posible: 28
(108-28)/(112-28)= 80/84= 0,954 X 100= 95,4%

| ÁREA 4: CLARIDAD Y PRESENTACIÓN | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Total |
| Evaluador 1 | 2 | 3 | 3 | 3 | 11 |
| Evaluador 2 | 3 | 4 | 4 | 3 | 14 |
| Evaluador 3 | 4 | 4 | 3 | 2 | 13 |
| Evaluador 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 14 |
| Total | 13 | 15 | 13 | 11 | 52 |

Puntuación máxima posible: 64
Puntuación mínima posible: 16
(52-16)/(64-16)= 36/48= 0,75 X 100= 75%

| ÁREA 5: APLICABILIDAD | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Total |
| Evaluador 1 | 3 | 3 | 2 | 8 |
| Evaluador 2 | 3 | 3 | 3 | 9 |
| Evaluador 3 | 4 | 4 | 4 | 12 |
| Evaluador 4 | 4 | 4 | 3 | 11 |
| Total | 14 | 14 | 12 | 40 |

Puntuación máxima posible: 48
Puntuación mínima posible: 12
(40-12)/(48-12)= 28/36= 0,777 X 100= 77,7%

| ÁREA 6: INDEPENDENCIA EDITORIAL | | | |
|---|---|---|---|
| | Item 1 | Item 2 | Total |
| Evaluador 1 | 2 | 4 | 6 |
| Evaluador 2 | 3 | 4 | 7 |
| Evaluador 3 | 1 | 4 | 5 |
| Evaluador 4 | 3 | 4 | 7 |
| Total | 9 | 16 | 25 |

Puntuación máxima posible: 32
Puntuación mínima posible: 8
(25-8)/(32-8)= 17/24= 0,708 X 100= 70,8%

*Ministry of Health Clinical Practice Guidelines: Schizophrenia (Verma et al., 2011).*

| ÁREA 1: ALCANCE Y OBJETIVOS | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Total |
| Evaluador 1 | 4 | 4 | 4 | 12 |
| Evaluador 2 | 4 | 4 | 4 | 12 |
| Evaluador 3 | 3 | 3 | 3 | 9 |
| Evaluador 4 | 3 | 3 | 4 | 10 |
| Total | 14 | 24 | 15 | 43 |

Puntuación máxima posible: 48
Puntuación mínima posible: 12
(43-12)/(48-12)= 31/36= 0,861 X 100= 86,1%

| ÁREA 2: PARTICIPACIÓN DE LOS IMPLICADOS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item4 | Total |
| Evaluador 1 | 4 | 1 | 4 | 1 | 10 |
| Evaluador 2 | 3 | 2 | 4 | 2 | 11 |
| Evaluador 3 | 2 | 1 | 3 | 1 | 7 |
| Evaluador 4 | 4 | 1 | 4 | 1 | 10 |
| Total | 13 | 5 | 15 | 5 | 38 |

Puntuación máxima posible: 64
Puntuación mínima posible: 16
(38-16)/(64-16)= 22/48= 0,458 X 100= 45,8%

| ÁREA 3: RIGOR EN LA ELABORACIÓN | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Total |
| Evaluador 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 12 |
| Evaluador 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 17 |
| Evaluador 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 10 |
| Evaluador 4 | 1 | 1 | 3 | 2 | 1 | 4 | 3 | 15 |
| Total | 7 | 6 | 7 | 9 | 7 | 9 | 9 | 54 |

Puntuación máxima posible: 112
Puntuación mínima posible: 28
(54-28)/(112-28)= 26/84= 0,309 X 100= 30,9%

| ÁREA 4: CLARIDAD Y PRESENTACIÓN | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Total |
| Evaluador 1 | 3 | 3 | 3 | 1 | 10 |
| Evaluador 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 9 |
| Evaluador 3 | 3 | 4 | 2 | 2 | 11 |
| Evaluador 4 | 4 | 3 | 3 | 1 | 11 |
| Total | 13 | 12 | 10 | 6 | 41 |

Puntuación máxima posible: 64
Puntuación mínima posible: 16
(41-16)/(64-16)= 25/48= 0,52 X 100= 52%

| ÁREA 5: APLICABILIDAD | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Total |
| Evaluador 1 | 1 | 3 | 2 | 6 |
| Evaluador 2 | 2 | 3 | 2 | 7 |
| Evaluador 3 | 1 | 2 | 1 | 4 |
| Evaluador 4 | 1 | 1 | 1 | 3 |
| Total | 5 | 9 | 6 | 20 |

Puntuación máxima posible: 48
Puntuación mínima posible: 12
(20-12)/(48-12)= 8/36= 0,222 X 100= 22,2%

| ÁREA 6: INDEPENDENCIA EDITORIAL | | | |
|---|---|---|---|
| | Item 1 | Item 2 | Total |
| Evaluador 1 | 2 | 2 | 4 |
| Evaluador 2 | 2 | 2 | 4 |
| Evaluador 3 | 2 | 2 | 4 |
| Evaluador 4 | 2 | 1 | 3 |
| Total | 8 | 7 | 15 |

Puntuación máxima posible: 32
Puntuación mínima posible: 8
(15-8)/(32-8)= 7/24= 0,291 X 100= 29,1%

*Optimal Use Recommendations for Atypical Antipsychotics: Combination and High-Dose Treatment Strategies in Adolescents and Adults with Schizophrenia (Canadian Agency for Drugs and Tecnologies in Health, 2011).*

| ÁREA 1: ALCANCE Y OBJETIVOS | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Total |
| Evaluador 1 | 4 | 2 | 4 | 10 |
| Evaluador 2 | 4 | 4 | 4 | 12 |
| Evaluador 3 | 4 | 3 | 4 | 11 |
| Evaluador 4 | 3 | 4 | 3 | 10 |
| Total | 15 | 13 | 15 | 43 |

Puntuación máxima posible: 48
Puntuación mínima posible: 12
(43-12)/(48-12)= 31/36= 0,861 X 100= 86,1%

| ÁREA 2: PARTICIPACIÓN DE LOS IMPLICADOS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item4 | Total |
| Evaluador 1 | 3 | 2 | 3 | 2 | 10 |
| Evaluador 2 | 3 | 2 | 4 | 3 | 12 |
| Evaluador 3 | 4 | 1 | 4 | 2 | 11 |
| Evaluador 4 | 4 | 1 | 3 | 1 | 9 |
| Total | 14 | 6 | 14 | 8 | 42 |

Puntuación máxima posible: 64
Puntuación mínima posible: 16
(42-16)/(64-16)= 26/48= 0,541 X 100= 54,1%

| ÁREA 3: RIGOR EN LA ELABORACIÓN | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Total |
| Evaluador 1 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 15 |
| Evaluador 2 | 3 | 4 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 20 |
| Evaluador 3 | 4 | 1 | 1 | 3 | 4 | 4 | 1 | 18 |
| Evaluador 4 | 3 | 2 | 1 | 3 | 4 | 1 | 1 | 15 |
| Total | 13 | 9 | 8 | 11 | 13 | 9 | 5 | 68 |

Puntuación máxima posible: 112
Puntuación mínima posible: 28
(68-28)/(112-28)= 40/84= 0,476 X 100= 47,6%

| ÁREA 4: CLARIDAD Y PRESENTACIÓN | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Total |
| Evaluador 1 | 3 | 2 | 3 | 2 | 10 |
| Evaluador 2 | 4 | 3 | 3 | 3 | 13 |
| Evaluador 3 | 3 | 2 | 4 | 2 | 11 |
| Evaluador 4 | 4 | 1 | 3 | 1 | 9 |
| Total | 14 | 8 | 13 | 8 | 43 |

Puntuación máxima posible: 64
Puntuación mínima posible: 16
(43-16)/(64-16)= 29/48= 0,604 X 100= 60,4%

| ÁREA 5: APLICABILIDAD | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Total |
| Evaluador 1 | 2 | 3 | 2 | 7 |
| Evaluador 2 | 2 | 3 | 2 | 7 |
| Evaluador 3 | 1 | 2 | 2 | 5 |
| Evaluador 4 | 1 | 2 | 1 | 4 |
| Total | 6 | 10 | 7 | 23 |

Puntuación máxima posible: 48
Puntuación mínima posible: 12
(23-12)/(48-12)= 11/36= 0,305 X 100= 30,5%

| ÁREA 6: INDEPENDENCIA EDITORIAL | | | |
|---|---|---|---|
| | Item 1 | Item 2 | Total |
| Evaluador 1 | 1 | 3 | 4 |
| Evaluador 2 | 2 | 4 | 6 |
| Evaluador 3 | 2 | 4 | 6 |
| Evaluador 4 | 3 | 4 | 7 |
| Total | 8 | 15 | 23 |

Puntuación máxima posible: 32
Puntuación mínima posible: 8
(23-8)/(32-8)= 15/24= 0,625 X 100= 62,5%

# EVALUACIÓN GLOBAL

*Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders (Galletly et al., 2016).*

| | |
|---|---|
| Evaluador 1 | Recomendada (con condiciones o modificaciones) |
| Evaluador 2 | Recomendada (con condiciones o modificaciones) |
| Evaluador 3 | Recomendada (con condiciones o modificaciones) |
| Evaluador 4 | No recomendada |

*Management of schizophrenia (SIGN, 2013)*

| | |
|---|---|
| Evaluador 1 | Recomendada (con condiciones o modificaciones) |
| Evaluador 2 | Muy recomendada |
| Evaluador 3 | Recomendada (con condiciones o modificaciones) |
| Evaluador 4 | Recomendada (con condiciones o modificaciones) |

*Psychosis and Schizophrenia in adults. The NICE Guideline on Treatment and Management (NICE, 2014).*

| | |
|---|---|
| Evaluador 1 | Recomendada |
| Evaluador 2 | Recomendada (con condiciones o modificaciones) |
| Evaluador 3 | Recomendada (con condiciones o modificaciones) |
| Evaluador 4 | Recomendada |

*Ministry of Health Clinical Practice Guidelines: Schizophrenia (Verma et al., 2011).*

| | |
|---|---|
| Evaluador 1 | No recomendada |
| Evaluador 2 | No recomendada |
| Evaluador 3 | Recomendada (con condiciones o modificaciones) |
| Evaluador 4 | No recomendada |

*Optimal Use Recommendations for Atypical Antipsychotics: Combination and High-Dose Treatment Strategies in Adolescents and Adults with Schizophrenia (Canadian Agency for Drugs and Tecnologies in Health, 2011).*

| | |
|---|---|
| Evaluador 1 | No recomendada |
| Evaluador 2 | Recomendada (con condiciones o modificaciones) |
| Evaluador 3 | No recomendada |
| Evaluador 4 | No recomendada |

# Abreviaturas

| | |
|---|---|
| **AVAC** | Años de vida ajustados por calidad |
| **AMHS** | Adult Mental Health Service |
| **AP1G** | Antipsicóticos de primera generación |
| **AP2G** | Antipsicóticos de segunda generación |
| **BPRS** | Brief Psychiatric Rating Scale |
| **CADIME** | Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos |
| **CAMHS** | Child and Adolescent Mental Health Services. |
| **CATIE** | Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness |
| **CIE** | Clasificación Internacional de Enfermedades |
| **CGI-I** | Clinical Global Impression – Global Improvement Scale |
| **CGI-S** | The Clinical Global Impression – Severity scale |
| **CRHTT** | Crisis Resolution Home Treatment Team |
| **CUtLASS** | Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study |
| **CVRS** | Calidad de vida en relación a la salud |
| **DME** | Diferencia media estandarizada |
| **DPNT** | Duración de la psicosis no tratada |
| **DSM-5** | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition |
| **ECA** | Ensayo controlado aleatorizado |
| **ECG** | Electrocardiograma |
| **ECV** | Enfermedades cardiovasculares |
| **EITP** | Equipo de intervención temprana de la psicosis |
| **EMA** | European Medicines Agency |
| **EPPIC** | Early Psychosis Prevention & Intervention Centre |
| **ESMC** | Equipo de Salud Mental Comunitario |

| | |
|---|---|
| **EUFEST** | European First Episode Schizophrenia Trial |
| **GDG** | Grupo de desarrollo de la guía |
| **GDGNICE** | Grupo de desarrollo de la guía NICE |
| **GIC** | Gestión intensiva de casos |
| **GP** | General practitioner |
| **GPC** | Guía de práctica clínica |
| **IMC** | Índice de masa corporal |
| **IPS** | Individual Placement and Support |
| **ITP** | Intervención temprana de la psicosis |
| **IAPT** | Improving Access to Psychological Therapies |
| **IC** | Intervalo de confianza |
| **NCCMH** | National Collaborating Centre for Mental Health |
| **NHS** | National Health Service |
| **NICE** | National Institute for Health and Care Excellence |
| **PANSS** | Positive and Negative Syndrome Scale |
| **PSYRATS** | Psychotic Symptom Rating Scales |
| **SEP** | Síntomas extrapiramidales |
| **TAC** | Tratamiento asertivo comunitario |
| **TCC** | Terapia cognitivo conductual |
| **TCCp** | Terapia cognitivo conductual para la psicosis |
| **TEPT** | Trastorno de estrés postraumático |
| **TRN** | Terapia de reemplazo de nicotina |
| **QTc** | Intervalo QT corregido para la frecuencia cardíaca |

JUNTA DE ANDALUCIA

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS