GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL

Tratamiento de la ESQUIZOFRENIA

EN CENTROS DE SALUD MENTAL



Región de Murcia

salud mental

Servicio Murciano de Salud

GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL

Tratamiento de la ESQUIZOFRENIA

EN CENTROS DE SALUD MENTAL

Subdirección de Salud Mental

Servicio Murciano de Salud

Coordinación:

Julio C. Martín García-Sancho, Subdirección de Salud Mental

Comisión de elaboración del documento (por orden alfabético):

- **Aznar Moya, Juan Antonio.** Psiquiatra. C.S.M. Infante de Murcia
- **Balanza Martínez, Pilar.** Psicólogo Clínico. C.S.M. Infante de Murcia
- **Castillo Bueno, M.ª Dolores.** Enfermera. Técnico de gestión de información sanitaria, Centro Tecnológico de Información y Documentación Sanitaria. Murcia
- **Martín García Sancho, Julio C.** Psicólogo Clínico.
- **Martínez Tudela, Inmaculada.** Trabajadora Social. C.S.M. de Lorca
- **Martínez-Artero, Mª Carmen.** Psicólogo Clínico. C.S.M. de Cartagena
- **Moreno Ramos, Julio.** Trabajador Social. C.S.M. San Andrés
- **Pujalte Martínez, Mª Luisa.** Enfermera. C.S.M. San Andrés
- **Salmerón Arias-Camisón, José Mª.** Psiquiatra. C.S.M. de Yecla-Jumilla
- **San Llorente Portero, Carmina.** Enfermera. C.S.M. Infante de Murcia
- **Sánchez Alonso, Rosa.** Psiquiatra. Dr. en Medicina, C.S.M. San Andrés de Murcia
- **Serrano Bueno, Francisco.** Psiquiatra. C.S.M. de Cartagena
- **Del Toro Mellado, Martín.** Psicólogo Clínico. C.S.M. de Caravaca
- **Viñas Pifarre, Rosa.** Psiquiatra. C.S.M. de Molina de Segura

Sugerencias **por e-mail:** julioc.martin@carm.es

Fecha publicación: junio 2009

ÍNDICE

GUÍA CLÍNICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA.

Presentación de la guía 7

Utilización de la guía 8

1**.- DEFINICIÓN DE ESQUIZOFRENIA** 11

2.- HISTORIA NATURAL Y CURSO 11

3.- EPIDEMIOLOGÍA 12

4.- LINEAS GENERALES DEL MANEJO DE LA ESQUIZOFRENIA 13

4.1.- Diagnóstico 13

4.2.- Diagnóstico diferencial 14

4.3.- Comorbilidad 14

5.- INTERVENCION PSIQUIATRICA 14

5.1.- Objetivos generales del tratamiento: 14

5.2.- Tratamiento psicofarmacológico 15

5.3 Otros tratamientos biológicos 21

6.- INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA 25

6. 1. Entrevista de acogida 26

6.2 Proceso de Cuidados de Enfermería Individualizado (PCEI) 27

7. INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS 35

7.1. Intervenciones familiares 35

7.2. Terapia cognitivo-conductual de síntomas positivos 36

7.3. Entrenamiento en habilidades sociales (EHS) 37

7.4. Terapia psicodinámica 37

7.5. Psicoterapia de apoyo y consejo 38

7.6. Intervención motivacional 38

7.7. Psico-educación 38

7.8. Rehabilitación cognitiva 39

7.9. Intervenciones psicológicas recomendadas en función de la fase de la enfermedad 39

7.10. Criterios de derivación a psicología 40

7. 11. Evaluación 40

8. INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL 42
8.1 Introducción 42
8.2. Áreas objeto de estudio en el proceso de valoración social 42
8.3 Criterios de urgencia para valoración social 43
9. INTERVENCIONES PSICOSOCIALES RECOMENDADAS 44
9.1. Rehabilitación vocacional 44
9.2. Tratamiento Comunitario Asertivo 45
10. BIBLIOGRAFÍA 46
10.1 Otras revisiones consultadas: 47
10.2 Bibliografía práctica en castellano 47
11. DIRECCIONES /DOCUMENTOS DE INTERÉS 48
ANEXO 1. Metodología 51
ANEXO 2. 52
Documento operativo 55
Introducción 57
Plan de Actuación Coordinada (PAC) 57
Seguimiento de los pacientes 57
Diagrama 1: Intervenciones en la esquizofrenia 59
Diagrama 2: Entrevista de acogida 60
Diagrama 3: Intervención de enfermería 61
Diagrama 4: Intervención de psiquiatría 62
Diagrama 5: Intervención psicológica 63
Diagrama 6: Intervención social 64
Diagrama 7: Intervención social en función de la fase de la enfermedad 65
Diagrama 8: Intervención psiquiátrica 66

INTRODUCCIÓN

El Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, elaborado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, expone que para mejorar la atención de los pacientes con enfermedades prevalentes de gran carga social y económica (objetivos 9.1 y 10.2) se elaborarán Guías de Practica Clínica relacionadas con las diferentes Estrategias Nacionales del Sistema Nacional de Salud.

Así mismo la Estrategia en Salud Mental del S.N.S., plantea en el desarrollo de la línea estratégica relativa a la "Atención a los Trastornos Mentales" entre diferentes objetivos y recomendaciones, el que:"cada Comunidad Autónoma implantará guías de practica clínica de los trastornos más graves y prevalentes".

Siguiendo las recomendaciones expuestas, así como la línea de trabajo iniciada hace años en nuestra Subdirección General de Salud Mental, se ha elaborado por un grupo de trabajo multiprofesional de los equipos de salud mental de nuestra Región, la presente "Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Esquizofrenia en Centros de Salud Mental".

En su elaboración se ha intentado hacer una adaptación de guías de alta calidad a los recursos existentes en los centros de salud mental y drogodependencias, contando con la participación de psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeros/as y trabajadores sociales, promoviendo el trabajo en equipo.

Esta Guía supone un paso más para afianzar el tratamiento de los trastornos mentales graves y para disminuir la variabilidad clínica entre Centros y Áreas de Salud, haciendo una propuesta de intervenciones básicas, siempre que existe evidencia suficiente para recomendarlas, tanto desde el punto de vista biológico como desde el punto de vista psicológico y social. Servirá así mismo para orientar el proceso de trastorno mental grave que se pretende implantar en todos los centros de salud mental y drogodependencias de la Región, contando con las unidades de hospitalización, rehabilitación, programa asertivo comunitario y recursos de reinserción social.

Dando continuidad a lo propuesto en el documento de consenso "Líneas maestras para el desarrollo de la cartera de servicios", promovido por la Subd. Gnral. de Salud Mental, en estos últimos años se ha hecho un notable esfuerzo a través de nuestro Plan de Formación de Salud Mental para formar a un alto número de profesionales en intervenciones claramente recomendadas en esta guía, como la intervención familiar en la esquizofrenia y la terapia cognitiva de síntomas positivos.

Por último, deseo manifestar mi mas sincero agradecimiento a todos los que han participado en la elaboración de esta guía, ya que su trabajo contribuirá, sin duda, a mejorar la calidad de la atención al enfermo mental.

Carlos Giribet Muñoz

Subdirector General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica

PRESENTACIÓN DE LA GUÍA

El **tratamiento integral** de la esquizofrenia precisa la colaboración de diferentes profesiones y disciplinas, así como la utilización de múltiples recursos sanitarios y sociales. El objetivo de esta guía es ayudar a los profesionales a decidir sobre la mejor atención posible para estos pacientes en los centros de salud mental. Para dar respuesta a las necesidades del paciente y su familia se elaborará el **Plan de Actuación Coordinada (PAC)**. El PAC pretende integrar desde el principio todas las intervenciones que se precisen en función de la evaluación de las necesidades médicas, psicológicas y sociales llevadas a cabo por los diferentes profesionales del equipo de salud mental.

En consecuencia, la guía ha sido elaborada por un grupo multiprofesional de los centros de Salud Mental de Adultos de la Región de Murcia. El grupo se formó procurando la participación de distintos profesionales (psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeras/os y trabajadores sociales) y de diferentes equipos de Salud Mental de la región: Murcia, Cartagena, Lorca, Caravaca, Yecla/Jumilla, Molina de Segura. También se contó con la colaboración de un técnico del Centro Tecnológico de Información y Documentación Sanitaria.

Ninguno de los integrantes del grupo manifiesta tener conflicto de interés para el desarrollo de la guía.

La guía se concibe como una adaptación local de guías de práctica clínica bien elaboradas. Por tanto, la primera tarea del grupo fue localizar guías de práctica clínica en las bases de datos PUBMED, Cochrane, TRIPDATABASE y Guiasalud..

Entre las guías localizadas se excluyeron las que no estaban en inglés o castellano y las que no estaban basadas en la evidencia. Las que superaron estos filtros, fueron revisadas por el grupo de desarrollo utilizando el instrumento AGREE. En el anexo 1 se incluye una tabla con los resultados de la evaluación. Las que metodológicamente pasaron el filtro del AGREE se han utilizado para extraer las recomendaciones con mayor apoyo empírico.

Cuando había evidencia de grado A ó B en las guías, se utilizan sus recomendaciones. Cuando no existe evidencia para alguna de las preguntas planteadas, se ha utilizado el consenso dentro del grupo de elaboración de la guía [C].

Nos ha parecido conveniente utilizar recomendaciones de tipo A de guías diferentes y no ceñirnos a una sola, porque, aunque están de acuerdo en lo fundamental, introducen a veces matices con suficiente apoyo empírico (A ó B) que es interesante recoger.

Para facilitar el seguimiento de la guía hemos clasificado las **recomendaciones,** según el grado de evidencia en:

A - Al menos un ensayo clínico aleatorizado (ECA) de buena calidad

B - Basado en estudios clínicos correctos metodológicamente pero no ECAs

C - Opinión de expertos o autoridades clínicas reconocidas

Algunas de las preguntas planteadas para el desarrollo de la guía fueron: ¿Cuáles son los mejores tratamientos disponibles para la esquizofrenia, tanto farmacológicos como psicológicos? ¿Cómo se pueden llevar a cabo con los recursos de que disponemos? ¿Cómo puede organizarse el Centro de Salud Mental para ofrecer estos tratamientos? ¿Qué papel tendría cada profesional del centro en un plan de actuación coordinada? ¿Cómo mejorar

la coordinación con otros recursos (Hospitalización, Rehabilitación, Reinserción, Centro de Atención a Drogodependientes...)?

Las guías que se han utilizado como base para las recomendaciones han sido:

1: National Collaborating Centre for Mental Health. Schizophrenia**.** *Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care.* National Institute for Health and Clinical Excellence - Clinical Guidelines (UK). 2002. (NICE).

2: Lehman AF, Lieberman JA, Dixon LB, McGlashan TH, Miller AL, Perkins DO, Kreyenbuhl J; American Psychiatric Association; Steering Committee on Practice Guidelines. *Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition.* Am J Psychiatry. 2004 Feb;161(2 Suppl):1-56. (APA).

3: Canadian Psychiatric Association. *Clinical practice guidelines. Treatment of schizophrenia.* (CPA).
Can J Psychiatry. 2005 Nov;50(13 Suppl 1):7S-57S.

4: Psychosocial *Interventions in the Management of Schizophrenia.* SIGN Publication No. 30. October 1998. (SIGN)

5: Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for the Treatment of Schizophrenia and Related Disorders *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders.* Aust N Z J Psychiatry. 2005 Jan-Feb;39(1-2):1-30. (RANZCP).

6: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. *Guía de práctica clínica para la atención al paciente con esquizofrenia.* Versión extensa. Barcelona, noviembre de 2003. (AETRM).

Antes de su implementación se pasó el borrador por los centros de salud mental para su estudio y valoración recogiendo los comentarios y sugerencias de los profesionales de los centros de Salud Mental, Unidades de hospitalización de agudos, Unidades de rehabilitación y Centros de día. Sus sugerencias fueron discutidas por la comisión de elaboración del documento. También se envió una copia a diversos expertos, a la Federación de Asociaciones de Familiares y Personas con enfermedad mental, Asociaciones Profesionales y colegios profesionales, siguiendo el mismo proceso.

UTILIZACIÓN DE LA GUÍA

La guía se divide en un **documento teórico** y otro **operativo**.

En el **documento teórico** se puede encontrar una descripción amplia de las recomendaciones que, de forma resumida, se dan en el documento operativo. Así mismo aparece la bibliografía de apoyo y otros recursos de interés.

En el **documento operativo** se puede acceder de forma rápida a las **recomendaciones** más importantes y a los **diagramas de flujo** o **tablas** cuya finalidad es ayudar a tomar una decisión en función de la situación y las características de los pacientes.

Estimamos que la guía tiene una **vigencia** de tres años.

DOCUMENTO TEÓRICO

1.- DEFINICIÓN DE ESQUIZOFRENIA

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

Los síntomas característicos de la esquizofrenia se han clasificado a menudo en dos grandes categorías: síntomas positivos y negativos (o déficit), a los que se ha añadido una tercera, la de desorganización.

2.- HISTORIA NATURAL Y CURSO

El inicio de la esquizofrenia se produce de manera característica durante la adolescencia –e incluso en la infancia- o al inicio de la edad adulta. Afecta de forma similar a ambos sexos. Sin embargo, en los varones, la edad de inicio más frecuente es a comienzos de la tercera década de la vida, mientras que en las mujeres lo es a finales de la tercera década y comienzos de la cuarta. La mayor parte de los pacientes alternan los episodios psicóticos agudos con fases estables de remisión total o parcial. Son frecuentes los síntomas residuales entre los episodios. Esta enfermedad que habitualmente es de tipo crónico, puede caracterizarse por tres fases (fase aguda, fase de estabilización y fase estable) que se fusionan unas con otras sin que existan unos límites claros y absolutos entre ellas.

Primer episodio. La aparición del primer episodio puede ser brusca o insidiosa, pero la mayor parte de sujetos presentan algún tipo de fase prodrómica que se manifiesta por el desarrollo lento y gradual de diversos signos y síntomas (retraimiento social, pérdida de intereses en la escuela o el trabajo, deterioro de la higiene y cuidado personal, enfado e irritabilidad) tras los cuales puede aparecer un síntoma característico de la fase activa que define el trastorno como esquizofrenia. También puede darse un periodo prodrómico antes de presentar una recidiva. Este periodo puede durar entre varios días y unas semanas y en ocasiones puede persistir durante varios meses.

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

- **Fase de estabilización**. Durante esta fase se reduce la intensidad de los síntomas psicóticos agudos. La duración de la fase puede ser de 6 meses o más después del inicio de un episodio agudo.

• **Fase estable**. Los síntomas son relativamente estables y, en el caso de que los haya, casi siempre son menos graves que en la fase aguda. Los pacientes pueden estar asintomáticos; otros pueden presentar síntomas no psicóticos, como tensión, ansiedad, depresión o insomnio.

Antes de que un paciente que se encuentra en la fase estable presente una recidiva, habitualmente se produce un periodo prodrómico en el que puede haber síntomas disfóricos no psicóticos, formas atenuadas de síntomas positivos o conductas idiosincrásicas. Este periodo prodrómico dura generalmente entre varios días y unas semanas, pero en ocasiones puede persistir durante varios meses.

La mayor parte de los estudios longitudinales de la esquizofrenia sugieren que su curso es variable: en algunos pacientes no se presentan nuevos episodios, en la mayoría se producen exacerbaciones y remisiones , y en una pequeña parte persiste un estado psicótico grave de forma crónica. La remisión completa (es decir, el restablecimiento de la función previa a la aparición del trastorno) no es frecuente en esta enfermedad.

3.- EPIDEMIOLOGÍA

Se estima que la prevalencia de la esquizofrenia a lo largo de la vida está entre el 0,7 y el 1,5%.

En los estudios realizados en España, se estima una **incidencia** de 0,8 casos por diez mil habitantes por año, dato consistente con los estudios internacionales (OMS) para los países de Europa (Ayuso-Mateos, et al., 2006). La **prevalencia** estimada es de 3 por 1000 habitantes por año para los hombres y 2,86 por mil para las mujeres. La edad media de comienzo de la enfermedad es de 24 años para los hombres y de 27 para las mujeres. Y la incidencia por sexos, 0,84 por 10.000 para los hombres y 0,79 por 10.000 para las mujeres.

La prevalencia administrativa obtenida de registros de casos psiquiátricos en España (1998) variaba del 1,98 por mil de Alava al 4,51 por mil de Vizcaya.

A continuación facilitamos los datos de nuestro Registro (F.20: Esquizofrenia) y su evolución a lo largo de los últimos años:

Tabla 1. F.20: Prevalencia e incidencia atendida en la Región de Murcia. Programa Adultos (>16 años).

	Primeras	Prevalencia Atendida	Revisiones	Población (>16 a.)
2001	137	1275	5545	838.854 (683.666)
2002	125	1340	5420	
2003	124	1352	5829	900.000 (738.000)
2004	96*	1455	6108	
2005	117*	2117	9265	

*Faltan los pacientes de un centro de salud mental de Murcia que atiende una población de aprox. 110.000 habitantes.

Están excluidas las áreas provenientes del antiguo INSALUD (Alcantarilla, Cieza, Molina, Morales Meseguer y Arrixaca) por falta de datos.

4.- LÍNEAS GENERALES DEL MANEJO DE LA ESQUIZOFRENIA

4.1.- Diagnóstico

- En todo paciente ha de realizarse un estudio diagnóstico completo que incluya:

- Historia clínica psiquiátrica y médica general

- Historia psicosocial e historia psiquiátrica familiar

- Examen del estado mental

- Evaluación física que incluya exploración neurológica cuando esté indicada.

- Exploraciones complementarias necesarias: En un paciente que presente una primera crisis: análisis de laboratorio básicos, análisis para descartar presencia de sustancias tóxicas, bioquímica general, hemograma completo y análisis de orina.

- En función de las circunstancias de cada paciente: test de embarazo, electrocardiograma, TAC o resonancia magnética, EEG.

- Estudios neuropsicológicos y psicometría general.

- Tratamiento específico por uso de alcohol u otras drogas.

- Valoración del riesgo de auto o hetero-agresión (acceso a medios con finalidad suicida u homicida).

- Evaluación de la presencia de alucinaciones de contenido imperativo.

Para el diagnóstico se emplean tanto los criterios del DSM-IV-TR como los del CIE-10 (Anexo I). Además los síntomas de la esquizofrenia se agrupan en tres tipos de categorías:

- Síntomas positivos: delirios y alucinaciones.

- Síntomas negativos: Afecto aplanado, alogia, abulia/apatía y dificultades de atención.

- Desorganización: habla desorganizada (trastornos del pensamiento), conducta desorganizada y falta de atención.

Los síntomas negativos y los déficits cognitivos son extremadamente importantes tanto clínicamente como en términos de rehabilitación, pues afectan a la capacidad de trabajo, las relaciones con los otros y los lazos emocionales, es decir, a la capacidad del paciente para llevar una vida normal.

4.2.- Diagnóstico diferencial

- Con otros cuadros psíquicos: trastorno esquizoafectivo; trastorno afectivo con rasgos psicóticos; trastorno esquizofreniforme; trastorno psicótico breve; trastorno delirante; trastorno generalizado del desarrollo, trastorno de la personalidad esquizotípico, esquizoide o paranoide; trastorno límite de la personalidad; psicosis histérica disociativa; y psicosis puerperales.

- Con cuadros orgánicos: tumores cerebrales (frontales, temporales); enfermedad del lóbulo temporal; epilepsia; encefalopatía vírica-encefalitis; abscesos cerebrales; postencefalitis; tirotoxicosis; porfiria aguda intermitente; y trastorno psicótico debido a delirium, demencia.

- Con cuadros tóxicos: consumo crónico de cannabis, anfetaminas, LSD, digital, esteroides, alucinosis alcohólica, u otros.

4.3.- Comorbilidad

- Con otros trastornos mentales: depresión, síntomas obsesivos y compulsivos, preocupaciones somáticas, síntomas disociativos y otros síntomas de ansiedad o del estado de ánimo

- Comorbilidad con trastornos por uso de sustancias y de alcohol: evaluación de abuso y dependencia del alcohol y otras sustancias

- Comorbilidad con otras enfermedades y antecedentes médicos: debe valorarse el estado general, función cardiaca, las medicaciones y otros tratamientos que el paciente reciba. También deben valorarse y tratar, si fuera necesario, los cuadros médicos concomitantes más frecuentes: obesidad, conductas de riesgo para VIH, hábito tabáquico e hipertensión.

5.- INTERVENCIÓN PSIQUIATRICA

5.1.- Objetivos generales del tratamiento:

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

- Es necesario un conocimiento global del paciente, de sus necesidades y objetivos, conflictos intrapsíquicos y defensas, estilos de afrontamiento, capacidades personales,

factores biológicos, interpersonales, sociales y culturales que afecten a la adaptación del paciente.

- Plan de coordinación entre los profesionales que participan en la atención del paciente.

- Los elementos concretos del tratamiento son los siguientes:

  • Establecimiento y mantenimiento de una alianza terapéutica.

  • Vigilancia del estado psiquiátrico del paciente

  • Provisión al paciente y a la familia de educación en relación con la enfermedad y su tratamiento.

  • Facilitación del cumplimiento del plan del tratamiento.

  • Incremento de la comprensión y la adaptación a los efectos psicosociales de la enfermedad.

  • Identificación de los factores que precipitan o exacerban crisis y promoción de intervenciones precoces para prevenir recaídas.

  • Provisión a la familia de psicoeducación y apoyo para aliviar dificultades y mejorar la función familiar.

  • Ayuda para acceder a los servicios necesarios y coordinación de los recursos en los diversos sistemas de salud mental, salud general y otros servicios.

5.2.- Tratamiento psicofarmacológico

Para mayor claridad del abordaje, se describe la intervención farmacológica en los siguientes estadios o fases de la esquizofrenia:

- Primer episodio

- Fase aguda

- Fase de estabilización

- Fase de estabilidad

5.2.1. Primer episodio

a) Objetivos:

Actualmente se están llevando a cabo dos grandes líneas de investigación en relación con la intervención precoz:

- Fase de pródromos: implica una intervención a nivel de prevención primaria y va dirigida a disminuir la incidencia del trastorno.

- Fase inicial: pretende acortar el periodo sin tratamiento una vez se ha iniciado la clínica psicótica y cuyo objetivo es la disminución de la prevalencia, que sería una actuación de prevención secundaria.

Generalmente los primeros síntomas preceden al primer diagnóstico en algunos años, siendo los síntomas iniciales poco específicos, a menudo de tipo depresivo o negativo.

b) Recomendaciones:

- Es fundamental tratar el primer episodio esquizofrénico con la mayor precocidad posible **[B]** (APA).

- Hay que observar y documentar detalladamente los signos, síntomas y la evolución para tratar de diferenciarlos de otros trastornos (esquizoafectivo, esquizofreniforme, bipolar...) **[A]** (APA).

- Se recomiendan de primera elección los fármacos antipsicóticos atípicos como amisulpride, quetiapina, risperidona y olanzapina, aripiprazol y ziprasidona para los primeros episodios de esquizofrenia. (NICE).

- Los antipsicóticos deben pautarse a la mínima dosis eficaz para el primer episodio de la esquizofrenia **[C]** (NICE).

- Se aconseja un mínimo de un año continuado de tratamiento con medicación antipsicótica para los pacientes en remisión completa de un primer episodio **[C]** (AETRM).

5.2.2. Fase aguda

Objetivos:

- Controlar síntomas agudos.

- Prevenir posibles daños.

- Intervenir en los trastornos de conducta.

- Recuperar el mayor grado de funcionalidad posible.

- Establecer una buena alianza terapéutica con el paciente y su familia.

- Desarrollar un programa terapéutico individualizado a corto y largo plazo.

Recomendaciones:

- En la medida de lo posible elegir el antipsicótico conjuntamente entre el paciente y el médico, teniendo en cuenta la información disponible respecto a los beneficios y posibles efectos secundarios de cada fármaco. (NICE).

- La terapia farmacológica debe formar parte de un programa integral de cuidados dirigido a las necesidades clínicas, emocionales y sociales del paciente (NICE).

- A la hora de elegir un fármaco antipsicótico hay que tener en cuenta: respuestas anteriores, efectos secundarios, preferencias del paciente por un medicamento, la vía de administración, enfermedades concomitantes, interacciones... **[A]** (APA).

- Se debe realizar un seguimiento para valorar la respuesta clínica y también la tolerancia al psicofármaco, sobre todo cuando se está realizando un cambio de fármaco. (NICE).

- La dosis recomendada es la que resulta eficaz y no provoca efectos secundarios difíciles de tolerar por el paciente, ya que la experiencia con efectos secundarios condiciona el cumplimiento futuro **[A]** (APA).

- En función de la tolerancia hay que ir ajustando la dosis terapéutica final y seguir de 2 a 4 semanas el estado clínico del paciente para valorar la respuesta al tratamiento **[B]** (APA).

- Durante estas semanas es necesario que el médico tenga paciencia y no se precipite y aumente de forma prematura la dosis en pacientes que responden lentamente **[A]** (APA).

- No están recomendadas en el tratamiento de la fase aguda de la esquizofrenia dosis masivas de antipsicótico, la denominada "neuroleptización rápida" **[C]** (NICE).

5.2.3. Fase de estabilización (postcrisis)

Objetivos:

- Reducir al mínimo el estrés sufrido por el paciente.

- Disminuir la probabilidad de recidivas.

- Minimizar los síntomas para alcanzar lo antes posible la fase de estabilidad.

Recomendaciones:

- Si el paciente mejora en la fase aguda con una pauta de medicación, se recomienda continuar con la misma pauta y hacer un seguimiento durante 6 meses.

- La reducción de la dosis o la suspensión de forma prematura pueden provocar la reaparición de los síntomas y una posible recaída **[A]** (APA).

- Es imprescindible evaluar los efectos secundarios desde la fase aguda y ajustar las dosis para minimizar los efectos adversos y evitar una posible causa de incumplimiento y por tanto de recaída **[A]** (APA).

5.2.4. Fase estable

Objetivos:

- Comprobar que se mantiene la remisión o el control de los síntomas.

- Mantener o mejorar su nivel de funcionalidad y calidad de vida.

- Continuar la vigilancia de efectos adversos.

Recomendaciones:

- Los medicamentos antipsicóticos reducen de forma considerable el riesgo de recaída en la fase de estabilidad, por lo que se recomienda enérgicamente su utilización **[A]** (APA).

- En esta fase las intervenciones psicosociales están indicadas como complemento terapéutico eficaz al tratamiento farmacológico **[A]** (APA).

- En esta fase lo fundamental es prevenir las recaídas y mantener la estabilidad del paciente **[C]** (APA). Por ello se recomienda un seguimiento de los signos y síntomas de recaída inminente a los pacientes con antipsicóticos **[A]** (APA).

- Se recomienda llevar a cabo un seguimiento regular de los efectos secundarios **[A]** (APA).

- En esta fase las dosis altas no son efectivas. Hay que buscar la mínima dosis eficaz. No hay reglas para establecerla, excepto el umbral de efectos secundarios **[B]** (APA).

- Mantener contacto con los familiares, contando con el paciente, si es posible, para facilitar la detección de síntomas indicadores de recaída **[B]** (APA).

- Es recomendable enseñar al paciente y a los miembros de la familia a reconocer los primeros signos de una recaída, y elaborar un plan de actuación para estar preparados si aparecen estos signos **[A]** (APA).

- En caso de recaída por falta de adherencia al tratamiento, hay que investigar los motivos de la misma y reiniciar la medicación oral **[A]** (RANZCP).

- Hay que alentar al paciente para que asista a las visitas ambulatorias de forma regular y controlar de forma periódica el peso y el índice de masa corporal (IMC) **[A]** (APA). Hay que controlar la glucemia en ayunas de forma regular para detectar diabetes emergente, en especial en pacientes obesos **[A]** (APA).

- En esta fase puede ser necesario el uso de medicamentos complementarios para enfermedades comórbidas, sobre todo antidepresivos **[B]** (APA). Las benzodiacepinas son útiles para tratar la ansiedad y el insomnio durante esta fase **[B]** (APA).

- En pacientes que no presentan síntomas negativos puede estar indicada una reducción de la dosis, que deberá efectuarse de forma gradual, hasta llegar como mínimo a una quinta parte de la dosis de mantenimiento habitual **[C]** (AETRM).

- Los pacientes que están en tratamiento con antipsicóticos convencionales, que presenten síntomas positivos o negativos persistentes, o que padezcan efectos secundarios, se les debe sustituir el tratamiento por antipsicóticos atípicos, bajo una estrecha supervisión del psiquiatra **[A]** (RANZCP).

- A los pacientes que recaen, a pesar de una buena adherencia al tratamiento con antipsicóticos convencionales, se les debe sustituir el tratamiento por antipsicóticos atípicos **[A]** (RANZCP).

- Si se producen problemas de efectos secundarios con antipsicóticos atípicos, especialmente ganancia de peso, síndrome metabólico, se debe sustituir por otro atípico o convencional **[B]** (RANZCP).

- La clozapina debe introducirse a la primera oportunidad, si hay evidencia de resistencia al tratamiento. Esquizofrenia refractaria al tratamiento se define como la falta de remisión completa de síntomas positivos o la falta de mejoría satisfactoria, a pesar del uso secuencial a dosis terapéuticas, de dos o mas antipsicóticos durante 6 a 8 semanas **[A]** (RANZCP y AETRM).

- Debe considerarse el tratamiento con clozapina y terapia cognitivo conductual intensiva, cuando la recuperación es lenta y no hay remisión a pesar de la adherencia a dos antipsicóticos (al menos uno de ellos debe ser atípico), durante 6 semanas cada uno de ellos **[A]** (RANZCP).

- Debe considerarse el empleo de clozapina si hay riesgo de suicidio importante o persistente, a pesar del tratamiento antidepresivo, cuando este no es efectivo o la depresión es intensa **[B]** (RANZCP).

- Si se requiere medicación inyectable de acción retardada, se debe considerar la menor dosis posible y al mayor intervalo posible **[A]**. Los antipsicóticos de acción retardada deben emplearse siempre junto con intervenciones psicosociales **[A]** (RANZCP).

- El tratamiento de mantenimiento con antipsicóticos por un tiempo indefinido está recomendado para pacientes que hayan sufrido diversos episodios previos o dos episodios en los últimos 5 años **[A]** (APA).

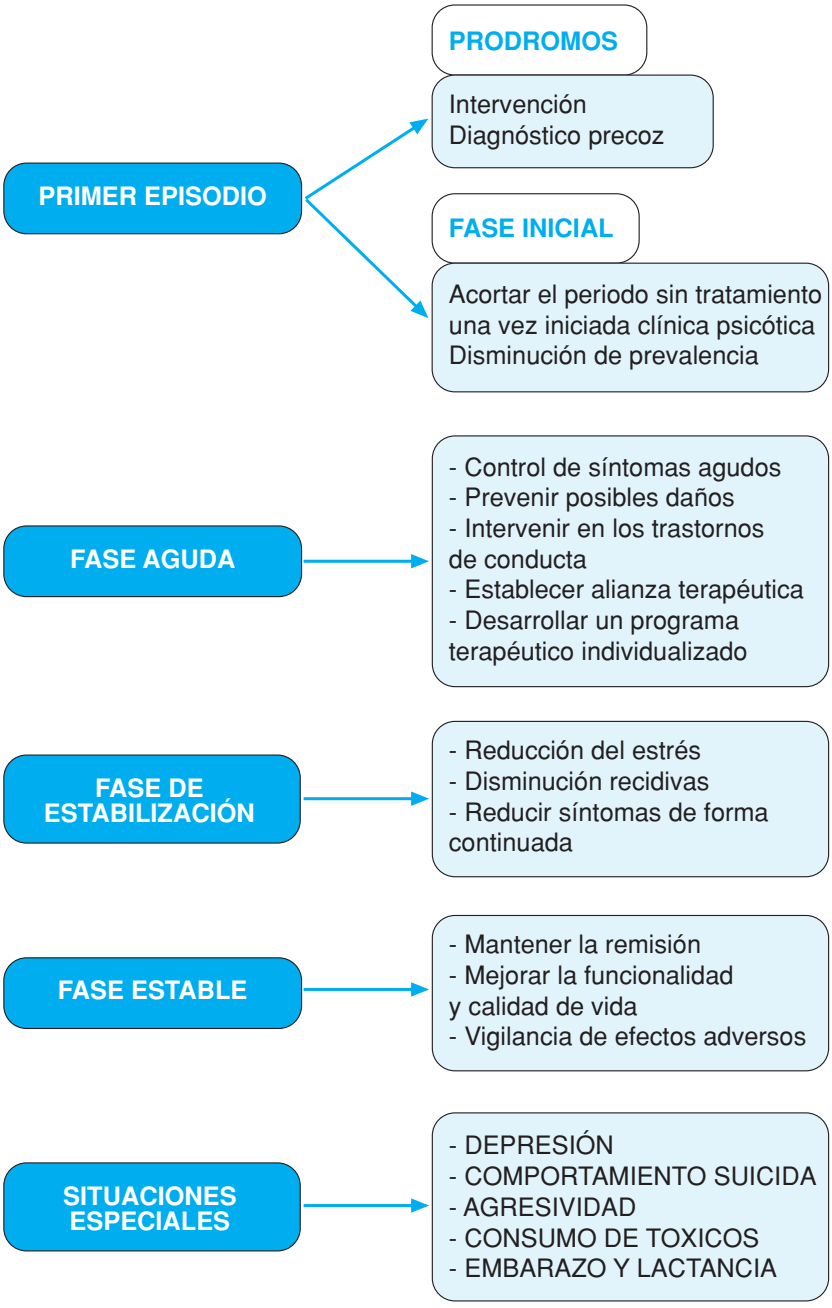
- Cuando se toma la decisión de interrumpir la administración de antipsicóticos es imprescindible tomar precauciones suplementarias para minimizar el riesgo de recaídas psicóticas **[A]** (I APA), como reducción gradual de la dosis durante varios meses, visitas más frecuentes, y empleo de estrategias de intervención precoz **[C]** (AETRM).

- En un paciente que haya presentado un solo episodio de sintomatología positiva y no haya sufrido ningún síntoma durante el año siguiente de tratamiento de mantenimiento puede plantearse un periodo de prueba sin medicación **[C]** (AETRM).

- También se puede plantear una supresión de la medicación en pacientes con múltiples episodios previos que se hayan mantenido estables durante 5 años sin síntomas positivos y que cumplan bien el tratamiento **[C]** (AETRM).

- Se recomienda tratamiento indefinido en pacientes con antecedentes de intentos de suicidio graves o de conductas violentas y agresivas **[C]** (AETRM).

RESUMEN: DEFINICIÓN DE FASE O ESTADO



5.3 Otros tratamientos biológicos

a) Tratamiento farmacológico con antipsicóticos

Los fármacos utilizados fundamentalmente en el tratamiento de la esquizofrenia son los llamados antipsicóticos (ATP) cuyo inicio se remonta a la segunda mitad del siglo XX, con el descubrimiento de la Clorpromacina (Largactil). Son fármacos que actúan generalmente bloqueando los receptores dopaminérgicos postsinápticos.

El descubrimiento de la Clozapina (Leponex) supuso un cambio en el perfil de acción de los antipsicóticos, ya que actúa sobre otros sistemas de neurotransmisión. Debido a esto se le considera el primero de los llamados antipsicóticos atípicos.

En la actualidad disponemos de dos grandes grupos de antipsicóticos (tabla 5):

- Atípicos

- Clásicos

Los antipsicóticos atípicos tienen un mecanismo de acción mas complejo y selectivo que los clásicos y como consecuencia tienen un perfil de efectos secundarios mas tolerable. Este es uno de los motivos por los que estos psicofármacos se consideran, hoy día, de primera elección en todos los aspectos del tratamiento farmacológico de la esquizofrenia.

En la tabla 5 se enumeran los distintos antipsicóticos, el grupo al que pertenecen, rango de dosis recomendadas y algunas observaciones a tener en cuenta en su utilización.

b) Fármacos complementarios

• **Anticonvulsivantes**: Las pruebas son bastantes concluyentes en cuanto a que ningún fármaco, por sí solo, tiene efecto terapéutico significativo en el tratamiento a largo plazo de la esquizofrenia.

• **Antidepresivos**: Los estudios se han basado en comprobar la eficacia en el tratamiento de la depresión y los que han demostrado su eficacia en otros síntomas como por ejemplo los negativos. Una cuestión no tratada en la literatura médica es si la ineficacia de un antidepresivo para reducir la depresión en un paciente con esquizofrenia constituye una indicación para cambiar de antidepresivo o de antipsicótico.

• **Benzodiacepinas**: Algunos estudios indican que su eficacia como complementarias de los antipsicóticos se limita a la fase aguda y tal vez no se mantenga. Sí son eficaces para el tratamiento de las reacciones catatónicas agudas.

• **Beta bloqueantes**: Se administran a menudo en el tratamiento de la acatisia inducida por fármacos. También existen estudios controlados sobre la combinación de beta bloqueantes y antipsicóticos para tratar la agresividad.

• **Litio**: Como tratamiento único tiene una eficacia limitada en la esquizofrenia y es inferior al tratamiento con medicamentos antipsicóticos. Los informes anteriores indicaban que, cuando se añadía a la medicación antipsicótica, potenciaba la respuesta antipsicótica en general, y mejoraba específicamente los síntomas negativos. No obstante en la literatura médica más reciente no se informa de efectos consistentes.

c) Terapia electroconvulsiva

La TEC combinada con antipsicóticos puede administrarse a los pacientes con esquizofrenia que presentan síntomas psicóticos graves y que no responden al tratamiento con fármacos antipsicóticos. Los pacientes con rasgos catatónicos son un grupo que en principio podría obtener ventajas específicas con el tratamiento con la TEC.

d) Estrategias farmacológicas ante problemas de cumplimiento

La estrategia farmacológica de primera línea, frente a los problemas de cumplimiento, consiste en cambiar el tratamiento del paciente a un antipsicótico atípico de larga duración. Aunque las ventajas de la medicación inyectable de larga duración (garantizar el cumplimiento y conocimiento inmediato de la falta de cumplimiento) son evidentes, son difíciles de demostrar en los estudios aleatorizados doble ciego. Otra ventaja sería el menor riesgo de recaída que se asocia con la medicación continuada y la capacidad de saber que si se produce una recaída no es consecuencia de problemas de cumplimiento farmacológico.

5.4.- Situaciones especiales

a) Depresión

Se recomienda realizar un diagnóstico diferencial que tenga en cuenta la influencia de los efectos secundarios de los medicamentos antipsicóticos, la desmoralización, los síntomas negativos de la esquizofrenia y la intoxicación o síndrome de abstinencia provocados por sustancias **[A]** (APA).

Los antipsicóticos atípicos tienen una eficacia mayor para tratar la depresión que los antipsicóticos convencionales **[B]** (APA).

Se puede añadir antidepresivos como complemento de los antipsicóticos cuando los síntomas depresivos cumplan los criterios sindrómicos del trastorno depresivo mayor o sean graves y provoquen un malestar significativo o interfieran con la funcionalidad del paciente **[B]** (APA).

b) Comportamientos suicidas

- Es importante tener en cuenta el riesgo de suicidio en todas las fases de la enfermedad y realizar una evaluación inicial de este riesgo en el momento de la evaluación psiquiátrica de cada paciente **[A]** (AETRM).

- La clozapina ha demostrado reducir los porcentajes de suicidio y el comportamiento suicida persistente **[A]** (APA).

- Los pacientes en los que se considere que existe un riesgo elevado de suicidio deben ser hospitalizados y deben aplicarse todas las precauciones necesarias para evitarlo **[A]** (APA).

- Es importante optimizar el tratamiento farmacológico de la psicosis y la depresión y abordar la tendencia suicida del paciente de manera directa, con un enfoque de empatía y apoyo **[C]** (AETRM).

- Debe realizarse una vigilancia estrecha de los pacientes vulnerables durante los periodos de crisis personal, modificaciones del entorno o periodos de dificultad o depresión durante el curso de la enfermedad **[C]** (AETRM).

- El tratamiento en equipos de salud mental comunitaria reduce las muertes por suicidio **[A]** (AETRM). Se recomienda aumentar la frecuencia de las visitas ambulatorias en pacientes con alta reciente del hospital, ya que constituye un periodo de vulnerabilidad del paciente **[C]** (AETRM).

c) Comportamiento agresivo

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

- La identificación de los factores de riesgo para la violencia y las ideas violentas forma parte de la evaluación psiquiátrica estándar.

- En los pacientes en los que existe un riesgo inminente de conducta violenta debe realizarse una evaluación para una posible hospitalización y, si está indicado, tomar precauciones al ingreso.

- Para el tratamiento de la agresión se ha empleado la terapia conductual en el ámbito hospitalario. El eje del tratamiento es la medicación antipsicótica, pero también se ha descrito la utilidad de la medicación anticonvulsivante, litio y propanolol a dosis altas, así como un posible efecto favorable de la clozapina.

d) Consumo de sustancias

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

- Estos trastornos se asocian con más frecuencia a: periodos de hospitalización más frecuentes y prolongados, ausencia de hogar, violencia, problemas legales, suicidio y aumento de riesgo de infección por VIH.

- Se recomienda que los objetivos del tratamiento en pacientes con esta patología asociada sean los mismos que para el tratamiento de la esquizofrenia sin patología asociada, pero añadiendo a éstos los objetivos relativos al problema del uso de sustancias, como por ejemplo, reducción del daño, abstinencia, prevención de recaídas y rehabilitación **[C]** (AETRM).

- La presencia de un trastorno por uso de sustancias pasa desapercibida con frecuencia o es infravalorada en los individuos con esquizofrenia, en especial si el paciente es examinado durante un episodio psicótico agudo. La información espontánea es con frecuencia poco fiable, por lo que debe buscarse una confirmación a partir de otras fuentes, como familiares, otros terapeutas que hayan intervenido previamente y/o análisis de laboratorio y estudios de detección de sustancias.

- Muchos pacientes con esquizofrenia no presentan un síndrome de dependencia fisiológica asociado a la dependencia del alcohol u otra sustancia. En consecuencia, se recomienda a los psiquiatras que tengan presentes otros indicios de un posible abuso de sustancias en esta población, como pueden ser la marginalidad, la violencia, la falta del

cumplimiento del tratamiento, las exacerbaciones sintomáticas frecuentes y los conflictos familiares y económicos.

- Los efectos del uso de sustancias en los síntomas esquizofrénicos son diversos y ello dificulta distinguir los síntomas relacionados con el consumo de tóxicos de los debidos a la psicosis o a ambas cosas.

- La cuestión clave para la aplicación del tratamiento en esta población es desarrollar un enfoque que integre el tratamiento del trastorno por uso de sustancias y el de la esquizofrenia.

- El disulfrán puede plantear un cierto riesgo para los pacientes con esquizofrenia que abusan del alcohol, puesto que puede desencadenar un episodio psicótico. Sólo debe utilizarse en pacientes con un juicio razonablemente bueno, que cumplan el tratamiento y que tengan un buen contacto con la realidad.

- La naltrexona es un fármaco que puede reducir el deseo de alcohol y se utiliza para tratar la dependencia de opiáceos, pero no se ha estudiado a fondo en pacientes con esquizofrenia.

- El planteamiento terapéutico debe ser integrado y ha de tener en cuenta los déficit cognitivos del paciente y la tolerancia limitada al estrés.

- Los pacientes deben comprender que tienen dos trastornos crónicos complejos que, conjuntamente, dan lugar a un pronóstico peor que el que tendría cada uno por separado.

- Algunos estudios indican que los programas de apoyo y aceptación para estos pacientes proporcionan resultados mejores que los programas de confrontación dirigidos a los pacientes sólo con patología adictiva **[B]** (AETRM).

- El hecho de no haber alcanzado la abstinencia completa no debe ser un motivo de exclusión de las intervenciones recomendadas para los pacientes con esquizofrenia ni tampoco de las recomendadas para pacientes con trastorno por uso de sustancias.

e) Embarazo y lactancia

- Si es posible, deben evitarse los antipsicóticos durante el embarazo, en especial durante el primer trimestre. No obstante, en muchas ocasiones el beneficio del tratamiento antipsicótico es mayor que los riesgos. Los fármacos más seguros, debido a su mayor utilización, son los antipsicóticos clásicos del grupo de las fenotiazinas. Estudios recientes con estos fármacos demuestran que son bastante seguros, a excepción de la clorpromacina. Deben usarse preferentemente las fenotiazinas de elevada potencia (haloperidol, trifluoroperazina y perfenazina) por tener menos riesgo de producir hipotensión que los antipsicóticos de baja potencia.

- Hay poca experiencia del uso de antipsicóticos atípicos durante el embarazo. La risperidona y la olanzapina son los más estudiados y no parece que se asocien a mayor riesgo de malformaciones.

- En cuanto a la lactancia materna, los datos indican que debe desaconsejarse en las mujeres tratadas con antipsicóticos.

6.- INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Independientemente de modelos y teorías, son funciones enfermeras y base de sus intervenciones prestar cuidados en materia de salud al individuo, la familia y a la comunidad.

Las funciones pueden clasificarse en:

- *Funciones independientes o propias.* Aquellas que la enfermera ejecuta en el cumplimiento de las responsabilidades de una profesión para la cual está facultada y autorizada.

- *Funciones derivadas o dependientes.* Son aquellas acciones que realiza el personal de enfermería por delegación de otros profesionales, principalmente el personal médico.

- *Funciones interdependientes.* Son aquellas acciones que realiza el personal de enfermería en colaboración con el resto del equipo de salud.

Los objetivos de enfermería dentro de la Guía de Práctica Clinica pueden clasificarse en:

Objetivo general:

Unificar cuidados de enfermería en la red asistencial, dentro de un trabajo interprofesional, dada la variabilidad de prácticas existentes entre los diferentes profesionales de enfermería (según formación, experiencia, recursos, etc.).

Objetivos específicos:

- Seguir el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) según el Modelo desarrollado por Roy desde el 1975, estableciendo sus cinco etapas:

  • Valoración según los Patrones funcionales de M. Gordon.

  • Diagnósticos enfermeros según taxonomía North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

  • Planificación de los Resultados Nursing Outcomre Classification (NOC).

  • Planificación de las Intervenciones Nursing Interventions Classifications (NIC).

  • Ejecución.

  • Evaluación de los resultados.

- Proporcionar un lenguaje estandarizado que pueda utilizarse en sistemas informatizados, que en un futuro inmediato está previsto implantarse en la red de salud mental.

La atención se establecerá de forma individualizada, es decir se hará el Proceso de Cuidados de Enfermería Individualizado (PCEI).

Para trabajar en Salud Mental sus profesionales deben tener una formación especializada, para poder ofrecer unos cuidados de calidad; y basar estos en las mejores evidencias disponibles. Aunque durante la elaboración de esta guía encontramos dificultad para localizar investigación específica de calidad publicada sobre cuidados de enfermería en pacientes con esquizofrenia. Por lo que animamos a reflexionar y analizar la realidad en la que actuamos en nuestro que hacer cotidiano, es decir a investigar.

A continuación describimos las intervenciones de enfermería dentro del equipo interdisciplinario:

6. 1. Entrevista de acogida

Entendemos por **acogida** la intervención que realiza enfermería tras la entrada del paciente al CSM, derivado desde Atención Primaria por primera vez. Tiene como objetivo recabar la información necesaria para facilitar una posterior toma de decisiones por parte del equipo de salud mental respecto a las intervenciones sobre el paciente.

De la misma forma, interpretamos como **reacogida** la intervención con un paciente que, teniendo abierta historia en el CSM, no ha tenido contacto con el centro durante un año o más y acude otra vez para tratamiento.

Para que el paciente llegue al CSM tendrá que ser derivado previamente según criterios de derivación.

En el caso concreto de pacientes con diagnostico de esquizofrenia o sospecha de ello, además de seguir el proceso habitual de esta intervención (documento operativo: diagrama 1) se hará hincapié en:

- Adjuntar a la historia los informes que aporte: de alta o derivación médica, de alta de enfermería, de valoración psicológica, grado de minusvalía, etc. En caso de que no los haya traído, emplazarle a que los traiga en la siguiente cita en el CSM.

- Proporcionar al paciente y al acompañante información sobre el funcionamiento del CSM y del equipo (abordaje multiprofesional), así como de la accesibilidad a estos.

- Proporcionarles al paciente y al acompañante el folleto informativo. (ANEXO 2).

- Valoración de la situación familiar. (nº de personas que forman la unidad familiar, recursos económicos, relaciones interfamiliares, etc.). Esto determinará si reúne criterios de urgencia de valoración social para derivar directamente desde la Acogida al trabajador/a social.

- Valoración de la actitud del familiar o cuidador que le acompaña durante la entrevista. Lo que nos aportará información sobre la relación e implicación de este con el paciente y sobre los conocimientos que tiene de la enfermedad (síntomas, tratamientos, efectos secundarios, etc.).

- Valoración de la situación social y laboral. De la misma forma tendremos que determinar si en este ámbito hay criterios de urgencia de valoración social para derivar directamente desde la Acogida al trabajador/a social.

- Valoración del grado de autonomía del paciente. Lo que nos aportará información de hasta que nivel puede cubrir sus necesidades básicas; así como del seguimiento y cumplimiento del tratamiento y futuras revisiones en el CSM.

- Detectar posibles abusos de sustancias, indicando en la Acogida tipo de sustancia y frecuencia e inicio del consumo, etc.

- Desde esta primera intervención se trabajará la adherencia al tratamiento y al CSM para comenzar a generar conciencia de enfermedad (en el paciente y en el familiar) y responsabilizar al paciente de su propio cuidado e implicación en el tratamiento.

Una vez realizada la intervención de la Acogida (diagrama2) se asignará al paciente un psiquiatra de referencia para la Valoración Inicial y para futuras intervenciones en el CSM. También se facilitará una cita con el trabajador/a social del centro, de no ser precisa la valoración urgente. De la misma forma en este momento se asignará también un enfermera/o de referencia que iniciará el Proceso de Cuidados de Enfermería Individualizado (PCEI) y el posterior seguimiento, simultáneamente con el resto del equipo, tal como se describe en el Plan de Actuación Coordinada (PAC), (documento operativo de la GPC).

6.2 Proceso de Cuidados de Enfermería Individualizado (PCEI)

Tras la valoración de acogida, enfermería comenzará el PCEI, utilizando la metodología enfermera mediante la valoración por patrones funcionales de M. Gordon (*), los diagnósticos enfermeros según la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) la planificación de resultados NOC (objetivos) (Nursing Outcomes Classification), y las intervenciones NIC (Nursing Interventions Classification), siguiendo con su posterior ejecución y evaluación de los resultados.

Por lo que recomendamos que, dentro del Plan de Formación Continuada de la Subdirección General de Salud Mental, enfermería cuente con formación para la actualización del manejo de esta metodología enfermera y la consiguiente puesta en marcha de esta Guía de Práctica Clínica.

Al igual que el resto del equipo, los profesionales de enfermería harán el seguimiento del paciente adaptándose a los episodios o fases descritos en la GPC. Por lo tanto se hará el PCEI en función de estos episodios o fases:

IMPORTANTE: Teniendo en cuenta las respuestas del paciente a la situación psicopatológica en la que se encuentre en cada uno de los episodios o fases y basándonos en el Proceso de Cuidados Estándar, señalamos a continuación algunas de las recomendaciones (sombreando las prioritarias) en cuanto a los Resultados (objetivos) a tener e Intervenciones a realizar en cada uno de ellos, aunque esto no excluye que, al ser un ***proceso individualizado****, tendremos que tener en cuenta el valorar todas las posibles alteraciones en cualquiera de los once patrones:*

Las intervenciones recomendadas se llevarán a cabo de forma individual, grupal o domiciliaria. Esta última solo en aquellos casos en que se requiera y en momentos puntuales, según valoración del Plan de Actuación Coordinada.

Del mismo modo habrá actuaciones de enfermería que serán llevadas a cabo junto con otros miembros del equipo (funciones Interdependientes) (ej.: Intervenciones Familiares, Entrenamiento en Habilidades Sociales, Psicoeducación, etc.).

6.2.1. Primer episodio

PATRONES	DIAGNOSTICOS ENFERMEROS NANDA	RESULTADOS RECOMENDADOS (OBJETIVOS) NOC	INTERVENCIONES RECOMENDADAS NIC
1- Percepción/ control de la salud	- Manejo inefectivo del régimen terapéutico. - Incumplimiento del tratamiento - Mantenimiento inefectivo de la salud (consumo de tóxicos)	- Conducta de cumplimiento - Conducta de obediencia (adherencia al tratamiento) - Control de riesgos por consumo de sustancias	**- Educación sanitaria (información sobre efectos secundarios)** **- Acuerdos y administración de la medicación.**
2- Nutricional-Metabólico	Desequilibrio nutricional: defecto (como consecuencia de sus alucinaciones o delirios)	Alimentación	**Se informa a la familia sobre la alimentación y modo de hacerlo**
3- Eliminación	Estreñimiento	Asesoramiento	**Control de la ingesta**
4- Actividad/ Ejercicio	Déficit de autocuidados	Autogestión de los autocuidados	**Acuerdo con el paciente**
5- Sueño/Descanso	- Deterioro o privación del patrón del sueño.	- Descanso y bienestar	**- Fomentar el sueño** **- Educación para el manejo de la medicación**
6- Cognitivo-Conductual	- Trastorno proceso del pensamiento	- Control del pensamiento distorsionado	**- Orientación en la realidad** **- Vigilancia**
7-Autopercepción-Autoconcepto	- Baja autoestima - Desesperanza	- Elevar la autoestima y equilibrio emocional - Control de la depresión	**- Escucha activa y aumento de la autoestima.** **- Apoyo emocional**
8- Rol-Relaciones	- Aislamiento social y Riesgo de soledad. - Interrupción de los procesos familiares - Deterioro de la comunicación verbal	- Adaptación psicosocial de la familia: cambio de vida. - Capacidad de comunicación.	**- Apoyo a la familia** **- Fomento de la comunicación y-Escucha activa.** **- Contacto y Presencia.**
9- Sexualidad-Reproducción	- Disfunción sexual	- Funcionamiento sexual.	**Manejo de la conducta**
10- Adaptación-tolerancia al estrés	- Riesgo de violencia hacia si o hacia otros. - Afrontamiento familiar incapacitante	- Autocontención - Recuperación del abandono.	**- Ambiente de seguridad** **- Apoyo a la familia.** **- Fomento de la implicación familiar (dar información)**
11- valores y creencias	- Sufrimiento espiritual	- Bienestar espiritual	**- Apoyo emocional** **- Escucha activa**

6.2.2. Fase aguda

PATRONES	DIAGNOSTICOS ENFERMEROS NANDA	RESULTADOS RECOMENDADOS (OBJETIVOS) NOC	INTERVENCIONES RECOMENDADAS NIC
1- Percepción/ control de la salud	- Manejo inefectivo del régimen terapéutico. - Incumplimiento del tratamiento -Mantenimiento inefectivo de la salud (consumo de tóxicos) - Protección ineficaz	- Conducta de cumplimiento - Conducta de obediencia (adherencia al tratamiento) - Control de riesgos por consumo de sustancias - Orientación cognitiva	**- Educación sanitaria (información sobre efectos secundarios)** **- Acuerdos y administración de la medicación.** **- Orientación en la realidad**
2- Nutricional-Metabólico	Desequilibrio nutricional: defecto (como consecuencia de sus alucinaciones o delirios)	Alimentación	**Se informa a la familia sobre la alimentación y modo de hacerlo**
3- Eliminación	Estreñimiento	Asesoramiento	**Control de la eliminación**
4- Actividad/ Ejercicio	- Déficit de autocuidados	- Autogestión de los cuidados (aseo)	**- Ayuda a los autocuidados y enseñanza individual.** **- Manejo ambiental** **- Acuerdos con el paciente**
5- Sueño/ Descanso	- Deterioro o privación del patrón del sueño.	- Descanso y bienestar	**- Fomentar el sueño** **- Educación para el manejo de la medicación**
6- Cognitivo-Conductual	- Trastorno proceso del pensamiento - Déficit de conocimiento - Deterioro en la interpretación del entorno	- Control del pensamiento distorsionado - Orientación cognitiva - Elaboración de la información	**- Manejo ambiental: seguridad** **- Manejo de las alucinaciones, delirios.** **- Orientación en la realidad** **- Vigilancia**
7-Autopercepción -Autoconcepto	- Ansiedad - Temor - Trastorno de la identidad y de la imagen - Riesgo de violencia	- Control de la ansiedad - Control de los impulsos	**-Administración de medicación.** **- Manejo ambiental**
8- Rol-Relaciones	- Interrupción de los procesos familiares - Cansancio del rol del cuidador	- Adaptación psicosocial de la familia: cambio de vida. - Bienestar del cuidador	**- Apoyo a la familia y al cuidador principal** **- Fomento de la comunicación y Escucha activa.** **- Contacto y Presencia.** **- Mantenimiento familiar**
9- Sexualidad-Reproducción	- Disfunción sexual	- Funcionamiento sexual.	**Manejo de la conducta**

PATRONES	DIAGNOSTICOS ENFERMEROS NANDA	RESULTADOS RECOMENDADOS (OBJETIVOS) NOC	INTERVENCIONES RECOMENDADAS NIC
10- Adaptación-tolerancia al estrés	- Afrontamiento familiar incapacitante - Deterioro en la adaptación - Riesgo de suicidio	- Recuperación del abandono. - Adaptación al cambio de vida - Autocontención	**- Apoyo a la familia.** **- Fomento de la implicación familiar (dar información)** **- Enseñanza del proceso de enfermedad** **- Vigilancia y seguridad**
11- valores y creencias	- Sufrimiento espiritual	- Bienestar espiritual	**- Apoyo emocional** **- Escucha activa**

6.2.3. Fase de estabilización:

PATRONES	DIAGNOSTICOS ENFERMEROS NANDA	RESULTADOS RECOMENDADOS (OBJETIVOS) NOC	INTERVENCIONES RECOMENDADAS NIC
1- Percepción/ control de la salud	- Incumplimiento del tratamiento -Mantenimiento inefectivo de la salud (consumo de tóxicos) - Protección ineficaz	- Conducta de obediencia (adherencia al tratamiento) - Control de riesgos por consumo de sustancias - Orientación cognitiva	**- Acuerdos y administración de la medicación.** **- Apoyo emocional**
2- Nutricional-Metabólico	- Desequilibrio nutricional: exceso.	- Control del peso	**- Educación alimentaria y manejo de la nutrición**
3- Eliminación	- Estreñimiento	- Control de la eliminación intestinal	**- Manejo de la nutrición y ejercicio**
4- Actividad/ Ejercicio	- Déficit de autocuidados	- Autogestión de los cuidados (aseo)	**- Ayuda a los autocuidados y enseñanza individual.** **- Manejo ambiental** **- Acuerdos con el paciente**
5- Sueño/ Descanso	- Deterioro o privación del patrón del sueño.	- Descanso y bienestar	**- Fomentar el sueño** **- Facilitar la relajación** **- Educación para el manejo de la medicación**

PATRONES	DIAGNOSTICOS ENFERMEROS NANDA	RESULTADOS RECOMENDADOS (OBJETIVOS) NOC	INTERVENCIONES RECOMENDADAS NIC
6- Cognitivo-Conductual	- Conflicto de decisiones - Trastorno proceso del pensamiento - Déficit de conocimiento	- Elaboración de la información - Control del pensamiento distorsionado - Orientación cognitiva	**- Asesoramiento y Aumentar sistemas de apoyo** **- Manejo ambiental: seguridad** **- Manejo de las alucinaciones, delirios.**
7- Autopercepción-Autoconcepto	- Baja autoestima - Ansiedad	- Elevar la autoestima y equilibrio emocional - Control de ansiedad, impulsos e inquietud	**- Escucha activa y aumento de la autoestima.** **- Establecer límites** **- Técnicas de relajación.**
8- Rol-Relaciones	- Aislamiento social y Riesgo de soledad. - Cansancio del rol del cuidador - Deterioro de la comunicación verbal	- Proporcionar habilidades de interacción social - Bienestar del cuidador - Capacidad de comunicación.	- **Potenciación de la socialización** **- Apoyo a la familia y al cuidador principal** **- Fomento de la comunicación y Escucha activa.** **- Entrenamiento de asertividad**
9- Sexualidad-Reproducción	- Disfunción sexual	- Funcionamiento sexual.	**- Asesoramiento**
10- Adaptación-tolerancia al estrés	- Afrontamiento familiar incapacitante - Deterioro en la adaptación	- Recuperación del abandono. - Adaptación al cambio de vida	**- Apoyo a la familia.** **- Fomento de la implicación familiar (dar información)** **- Enseñanza del proceso de enfermedad**
11- valores y creencias	- Sufrimiento espiritual	- Bienestar espiritual	**- Apoyo emocional** **- Escucha activa**

6.2.4. Fase estable:

PATRONES	DIAGNOSTICOS ENFERMEROS NANDA	RESULTADOS RECOMENDADOS (OBJETIVOS) NOC	INTERVENCIONES RECOMENDADAS NIC
1- Percepción/ control de la salud	- Manejo inefectivo del régimen terapéutico. - Mantenimiento inefectivo de la salud (consumo de tóxicos)	- Conducta de cumplimiento (adherencia al tratamiento) - Control de riesgos por consumo de sustancias	**- Educación sanitaria (información sobre efectos secundarios)** **- Acuerdos y administración de la medicación.**
2- Nutricional-Metabólico	- Alteración del patrón alimenticio	- Estado nutricional adecuado	**- Ayuda en los autocuidados de la alimentación, motorización nutricional y dieta**
3- Eliminación	- Estreñimiento	- Control de la eliminación intestinal	**- Manejo de la nutrición y ejercicio**
4- Actividad/ Ejercicio	- Déficit de autocuidados - Deterioro en el manejo del hogar - Trastorno o riesgo de la movilidad	- Autogestión de los cuidados (aseo) - Actividad instrumental de la vida diaria - Nivel de movilidad	**- Ayuda a los autocuidados y enseñanza individual.** **- Manejo ambiental** **- Asistencia en el mantenimiento del hogar. - Sistemas de apoyo** **- Acuerdos con el paciente** **- Enseñanza de actividad y ejercicios**
5- Sueño/ Descanso	- Deterioro o privación del patrón del sueño.	- Descanso y bienestar	**- Fomentar el sueño** **- Facilitar la relajación**
6- Cognitivo-Conductual	- Conflicto de decisiones - Deterioro de la memoria	- Elaboración de la información - Mantener la memoria	**- Asesoramiento y Aumentar sistemas de apoyo** **- Entrenamiento de la memoria**
7- Autopercepción-Autoconcepto	- Baja autoestima - Desesperanza	- Elevar la autoestima y equilibrio emocional - Control de la depresión	**- Escucha activa y aumento de la autoestima.** **- Apoyo emocional**
8- Rol-Relaciones	- Deterioro de la interacción social - Cansancio del rol del cuidador - Deterioro de la comunicación verbal	- Proporcionar habilidades de interacción social - Bienestar del cuidador - Capacidad de comunicación.	- **Potenciación de la socialización** **- Apoyo al cuidador** **- Fomento de la comunicación y Escucha activa.** **- Aumentar sistemas de apoyo** **- Entrenamiento de asertividad**

PATRONES	DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS NANDA	RESULTADOS RECOMENDADOS (OBJETIVOS) NOC	INTERVENCIONES RECOMENDADAS NIC
9- Sexualidad-Reproducción	- Disfunción sexual	- Funcionamiento sexual.	**- Asesoramiento**
10- Adaptación-tolerancia al estrés	- Afrontamiento inefectivo - Deterioro en la adaptación	- Manejo del estrés - Adaptación al cambio de vida	**- Resolución de problemas y consecución de objetivos** **- Manejo de síntomas negativos.**
11- valores y creencias	- Sufrimiento espiritual	- Bienestar espiritual	**- Apoyo emocional** **- Escucha activa**

(*) **PATRONES FUNCIONALES DE SALUD (M. GORDON)** **Adaptación de Fornés, J. y Carballal, M.C. a Salud Mental**
1- Percepción/control de la salud: Recoge dos dimensiones: la percepción que tiene la persona de su estado general de salud y las influencias que pueden tener sobre su estado los conocimientos y las prácticas realizadas al respecto para el mantenimiento del patrón saludable o de la alteración del mismo. También define aspectos de tipo familiar y comunitario, en tanto que valora la interrelación entre el individuo y los recursos existentes en la comunidad.
2- Nutricional-Metabólico: Viene descrito por la ingesta habitual de alimentos, líquidos y por el aporte calórico. Incluye los hábitos (cantidad y tipos). Valora los desequilibrios alimentarios y el nivel de sedentarismo. Desde el punto de vista de la psicopatología se incluirán los trastornos de alimentación.
3- Eliminación: Describe la función secretora (intestinal, vesical y cutánea) del individuo (cantidad, consistencia, nº de veces/día, dolor, molestias, etc.), así como la percepción que tiene el individuo sobre la misma respecto a la regularidad de la eliminación.
4- Actividad/Ejercicio: Incluye respuestas y capacidades del individuo para llevar a cabo actividades necesarias o deseadas, también las habilidades y deseos para entretenerse en actividades de consumo de energía, juego, trabajo, ejercicio físico, autocuidado y ocio; desde el punto de vista de la psicopatología incluiría los trastornos psicomotores.
5- Sueño/Descanso: Describe los hábitos de sueño, descanso y relajación, así como la percepción de la calidad y cantidad de sueño y del nivel de energía. Desde el punto de vista de la psicopatología incluiría los trastornos del sueño.
6- Cognitivo-Conductual: Recoge el funcionamiento de las capacidades sensoriales y cognitivas. Desde el punto de vista de la psicopatología incluye los trastornos de la percepción, conciencia, atención-concentración-orientación, memoria-inteligencia y pensamiento-lenguaje.
7- Autopercepción-Autoconcepto: Define la percepción que el individuo tiene sobre si mismo, sobre el estado de ánimo y sobre sus capacidades (cognitivas, afectivas o físicas). Desde el punto de vista de la psicopatología incluiría los trastornos afectivos.
8- Rol-Relaciones: Describe los principales roles, relaciones de la persona y su grado de satisfacción, habitat, competencias familiares, etc.
9- Sexualidad-Reproducción: Refleja la identidad sexual de la persona y su capacidad para expresar su sexualidad y lograr relaciones interpersonales e individuales satisfactorias. Desde el punto de vista de la psicopatología incluiría los trastornos sexuales.
10- Adaptación-tolerancia al estrés: Se refiere a la capacidad de la persona para enfrentarse con los distintos factores y niveles de estrés asociados a la vida diaria. Desde el punto de vista de la psicopatología incluiría los trastornos de ansiedad.
11- Valores y creencias: Describe los valores, creencias (incluida la espiritual), metas y compromisos que una persona elige en su vida y que pueden explicar su postura frente a los acontecimientos.

7. INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS

La intervención psicológica, como parte de los tratamientos en la esquizofrenia, pretende los siguientes **objetivos:**

- Reducir la vulnerabilidad del paciente.

- Disminuir el impacto de las situaciones y eventos estresantes.

- Aumentar la adherencia al tratamiento.

- Disminuir el estrés y la discapacidad para minimizar los síntomas.

- Reducir el riesgo de recaídas.

- Mejorar la comunicación y las habilidades de afrontamiento.

- Acoger a la familia y atender las situaciones emocionales que se producen en el desarrollo de la enfermedad.

Estas intervenciones presuponen que el paciente está tomando la medicación adecuada. Hay intervenciones psicológicas contrastadas que deberían formar parte del tratamiento integral de la esquizofrenia y otras que son de eficacia dudosa o incluso perjudicial en una primera fase de la enfermedad, por lo que vamos a revisar el estado actual de los conocimientos en este campo.

7.1. Intervenciones familiares

7.1.1. Definición

Se entiende por intervención familiar las sesiones realizadas con el paciente y su familia, bien individualmente (formato uni-familiar) bien en grupo (formato multi-familiar) con un terapeuta entrenado en intervención familiar. La intervención incluye psico-educación para el paciente y la familia, detección de síntomas de alerta e intervención en crisis, comunicación y resolución de problemas.

7.1.2. Objetivos

- Aumentar la adherencia al tratamiento.

- Disminuir el impacto de las situaciones y eventos estresantes.

- Mejorar la información y la comunicación dentro de la familia del paciente.

- Potenciar los recursos personales y familiares.

- Reducir el riesgo de recaídas y las hospitalizaciones.

- Mejorar las habilidades de afrontamiento y resolución de problemas.

- Disminuir el estrés del cuidador.

7.1.3. Recomendaciones:

Las intervenciones familiares deben formar parte del tratamiento básico del paciente, ya que evitan recaídas, hospitalizaciones, mejoran el pronóstico y la calidad de vida de sus miembros. Van dirigidas a las familias que viven o están en estrecho contacto con el paciente y se deben ofrecer siempre en primeros episodios; también a pacientes que han recaído recientemente o que están en riesgo de recaída **[A]** (NICE) y a las familias de los que tienen síntomas persistentes **[A]** (NICE).

La duración debería ser de más de seis meses e incluir al menos diez sesiones planificadas **[B]** (NICE).

El paciente debe ser incluido normalmente en las sesiones ya que ello mejora los resultados. Algunas veces, no es practicable **[B]** (NICE).

7.2. Terapia cognitivo-conductual de síntomas positivos

7.2.1. Definición

Es una intervención psicológica en la que el paciente establece relaciones entre sus pensamientos, sentimientos y acciones con respecto a los síntomas actuales o pasados. La re-evaluación de sus percepciones, creencias o razonamientos se relaciona con los síntomas-diana. La intervención debe implicar registro de pensamientos, sentimientos y conductas respecto de sus síntomas; promoción de formas alternativas de enfrentarlos y/o reducción del estrés.

7.2.2. Objetivos

- Reducir la vulnerabilidad del paciente.

- Disminuir el impacto de las situaciones y eventos estresantes.

- Aumentar la conciencia de enfermedad y la adherencia al tratamiento.

- Disminuir el estrés y el deterioro en las habilidades personales para minimizar los síntomas.

- Reducir el riesgo de recaídas.

7.2.3. Recomendaciones

La terapia cognitivo conductual (**TCC**) estará disponible como opción terapéutica para las personas con esquizofrenia ofreciéndosela especialmente a personas con síntomas positivos persistentes, es decir, cuando los síntomas positivos responden de forma lenta al tratamiento **[A]** (NICE).

Se considerará como opción de tratamiento para ayudar a desarrollar conciencia de enfermedad **[B]** (NICE).

Los tratamientos deben tener una duración de al menos seis meses e incluir más de diez sesiones planificadas **[B]** (NICE) ya que los tratamientos más largos son significativamente más efectivos que los cortos. Los tratamientos cortos pueden mejorar los síntomas depresivos, pero es poco probable que mejoren los síntomas psicóticos.

7.3. Entrenamiento en habilidades sociales (EHS)

7.3.1. Definición

Es una intervención estructurada, individual o preferentemente grupal, cuyo fin es mejorar la competencia social y reducir el estrés y la ansiedad que puedan provocar las situaciones sociales. Sus componentes principales son: 1) evaluación conductual de habilidades sociales; 2) Importancia de la comunicación verbal y no verbal; 3) Entrenamiento centrado en la percepción y el procesamiento de señales sociales por un lado y por otro, habilidad para proporcionar reforzamiento social, 4) Énfasis en las tareas fuera de la consulta.

7.3.2. Objetivos:

- Mejorar la competencia social.
- Reducir el estrés y la ansiedad que puedan provocar las situaciones sociales.
- Mejorar la comunicación y las relaciones.
- Fomentar la autonomía personal.

7.3.3. Recomendaciones

El EHS no debe utilizarse para reducir recaídas. Sin embargo hay una serie de beneficios probados que permiten recomendarlo para los pacientes que presentan dificultades en tareas vitales y de ocupación, ya que se pueden generalizar situaciones vitales fuera del ámbito de entrenamiento **[A]** (NICE).

El EHS en asociación con grupos de psicoterapia mejora los síntomas a largo plazo **[A]** (NICE). Las actividades en grupo mejora la interacción social **[B]** (NICE).

El EHS mejora las habilidades de manejo de la medicación y de los síntomas **[A]** y las habilidades de independencia de vida **[B]** (NICE).

7.4. Terapia psicodinámica

7.4.1. Definición

Se define como sesiones regulares de terapia individual con un terapeuta entrenado o bajo supervisión. Las sesiones deben basarse en el modelo psicodinámico y utilizan diversas estrategias, incluyendo actividades exploratorias orientadas al insight, sean de apoyo o directivas, aplicadas flexiblemente, trabajando con la transferencia, pero usando técnicas menos estrictas que las utilizadas en el psicoanálisis (NICE).

7.4.2. Recomendaciones

- No se recomienda en las primeras fases del tratamiento ya que se ha demostrado que puede empeorar el cuadro clínico (revisión cochrane: Malmberg et.al. 2006).
- Los resultados de la terapia orientada al insight no son superiores a los de la terapia de apoyo **[B]** (NICE) ni añade nada respecto a la terapia farmacológica sola **[B]** (NICE).

7.5. Psicoterapia de apoyo y consejo

7.5.1. Definición

Se define como una intervención psicológica facilitadora, no directiva y/o centrada en la relación, en la que el contenido de las sesiones está determinado principalmente por el usuario. Además no reúne criterios para incluirse en ninguna de las psicoterapias comentadas.

No hay evidencia que la psicoterapia de apoyo y consejo produzca resultados superiores al del "tratamiento estándar". Aunque se considera fundamental mantener una relación empática con el paciente y que una buena escucha juega un papel central en la alianza terapéutica, estos elementos son parte esencial de la buena práctica.

7.5.2. Recomendaciones

La terapia orientada al insight y la terapia de apoyo pueden mejorar el manejo y comprensión y recuperación de las personas con esquizofrenia, Sin embargo, no hay evidencia para apoyar la recomendación como terapia independiente para las personas con esquizofrenia **[A]** (NICE).

7.6. Intervención motivacional

7.6.1. Definición

Es una forma de ayudar a las personas para que reconozcan y se ocupen de sus problemas potenciales y presentes. Está indicado para pacientes reticentes o ambivalentes con el cambio (Miller y Rollnick, 1999).

Su objetivo es aumentar la motivación intrínseca del paciente de forma que el cambio surja de dentro, más que se imponga desde el exterior.

7.6.2. Recomendaciones

Puede ser provechosa en 1ª fase y posteriores. Sin embargo, se necesita investigación adicional para confirmar su valor **[B]** (NICE).

7.7. Psico-educación

7.7.1. Definición

Es un programa individual o grupal en el que se da información sobre la enfermedad desde una perspectiva multidimensional (biológica, farmacológica, psicológica , familiar y social). La finalidad es educar al paciente sobre su trastorno, aunque muchos programas psicoeducativos incluyen diferentes estrategias de afrontamiento.

7.7.2. Objetivos

- Educar al paciente sobre su trastorno.

- Mejorar el afrontamiento de la enfermedad por parte del paciente y de su familia.

- Hacer frente a conductas problemáticas como hétero o auto-agresión.

7.7.3. Recomendaciones

La psico-educación reduce las recaídas, mejora la adherencia, aumenta la satisfacción del paciente y aumentan sus conocimientos **[B]** (NICE). Como ya se ha visto es eficaz para las familias **[B]** (NICE).

Es preferible incluirla dentro de la intervención familiar, pero en algunos casos puede ser la única alternativa disponible, por lo que debe ofrecerse como intervención básica **[B]** (NICE).

7.8. Rehabilitación cognitiva

7.8.1. Definición

Sería cualquier programa centrado en la mejora de una o más funciones cognitivas específicas (atención, percepción, memoria...) puesta en práctica con la intención de mejorar el nivel de esa/s función/es especifica/s.

7.8.2. Recomendaciones

No hay suficiente evidencia como para recomendar su uso en pacientes con esquizofrenia, **[B]** (NICE) por lo que se recomienda no incluirla como tratamiento estándar en los centros de salud mental, siendo preferible valorar su utilización en las unidades de rehabilitación en función de estudios más detallados sobre déficit cognitivos específicos.

7.9. Intervenciones psicológicas recomendadas en función de la fase de la enfermedad

7.9.1. Durante la fase aguda

- Información y asesoramiento para familiares y cuidadores sobre la enfermedad, etiología, curso, tratamiento y servicios, incluyendo los grupos de apoyo **[B]**.

- La información debe proporcionarla un **profesional de la salud con experiencia [A]**.

7.9.2. Durante la fase de estabilización

- Programa psicoeducativo para pacientes, proporcionado información sobre la enfermedad y sobre los beneficios y efectos secundarios de la medicación **[A]**.

- Intervención familiar: se implementará valorando cada caso de forma individual e integrándose con las demás opciones de tratamiento **[A]**. Este programa debe aplicarlo un profesional entrenado **[A]**.

7.9.3. Fase estable

- Intervención familiar: evaluar si es preferible una intervención uni o multifamiliar, y si incluir entrenamiento en habilidades sociales en la propia intervención familiar.

- Terapia cognitivo-conductual de síntomas positivos.

7.10. Criterios de derivación a psicología

A todos los pacientes con diagnóstico de primer episodio psicótico se les realizará una evaluación psicológica.

Los pacientes diagnosticados de esquizofrenia que no hayan recibido intervención psicosocial con problemas de adherencia al tratamiento, familia en fase de negación de la enfermedad, etc. serán valorados para posible intervención psicológica.

Se establece un criterio de preferencia en estos pacientes, procurando que no se demore más de un mes desde que es derivado por el psiquiatra.

7. 11. Evaluación

- Debe incluir, como mínimo:
- Entrevista al paciente y la familia.
- Relaciones familiares.
- Capacidades cognitivas.
- Habilidades sociales.
- Calidad de vida.

7.11.1 Primer episodio

- Objetivos

• Alianza terapéutica con el fin de lograr una adherencia al tratamiento tanto con el paciente como con la familia.

• Valorar las necesidades del paciente y la familia.

• Intervenir precozmente con el paciente y la familia.

- Recomendaciones

• Entrevista con el paciente y la familia evaluando al menos:

• Grado de información sobre la enfermedad.

• Alteración del estado mental debido a la sintomatología psicótica.

• Limitaciones interpersonales y sociales del paciente.

• Estrés subjetivo de los cuidadores.

• Inicio del programa de Intervención Familiar en la Esquizofrenia (I.F.E.).

7.11.2. Fase aguda

- Objetivos

• Apoyar al paciente y la familia con el fin de abordar la crisis e intervenir sobre el impacto de esta situación sobre la familia.

• Reducir la sobre-estimulación (si fuera el caso).

• Reforzar el contacto con la realidad del paciente.

- **Recomendaciones**

• Terapia de apoyo centrada en la realidad

• Dentro del programa Intervención Familiar en la Esquizofrenia, en esta fase por las dudas del paciente y la familia respecto a la enfermedad es útil la parte psico-educativa.

• El enfoque debe ser regular y no demorarse excesivamente a modo orientativo, se recomienda una frecuencia quincenal dependiendo del estado del paciente. El encuadre debe ser flexible, contemplando la posibilidad de intervenciones no programadas en función de las necesidades del paciente y la familia.

7.11.3. Fase de estabilización

- Objetivos

• Prevenir recaídas.

• Promover la conciencia de enfermedad.

• Fomentar la adherencia al tratamiento farmacológic.o

• Reducir síntomas.

- Recomendaciones

• Reducción y manejo del estrés.

• Intervención Familiar en la Esquizofrenia (en esta fase se desarrollará generalmente la fase central del programa (comunicación, resolución de problemas, intervención en crisis). Considerar la posibilidad de establecer intervenciones familiares grupales.

• Si el paciente presenta síntomas psicóticos persistentes, se recomienda realizar una terapia cognitivo conductual de síntomas positivos (terapia individual con el paciente).

7.11.4. Fase estable

- Objetivos

• Prevenir recaídas.

• Promover la recuperación de actividades normalizadas (que el paciente haya abandonado o nuevas).

• Elaborar el plan de actuación si supera al propio del centro: Rehabilitación,

Reinserción, etc.

- Recomendaciones

• I.F.E.: evaluar si es preferible una intervención uni o multifamiliar.

• Decidir si se incluye entrenamiento en habilidades sociales en la propia intervención familiar.

• Terapia cognitivo conductual de síntomas positivos.

8. INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

8.1 Introducción

El conocimiento de cualquier trastorno psíquico debe enmarcarse siempre en el estudio del entorno que rodea a la persona. Consideramos por ello fundamental tener una adecuada valoración sobre las características sociales y familiares que afectan al individuo.

Es el trabajador social en salud mental el profesional cualificado para valorar, interpretar y actuar sobre estos ámbitos de influencia para la persona. Procurando mejorar o reestablecer el funcionamiento social, promoviendo todos aquellos cambios y recursos necesarios para el desarrollo personal.

Amaya Ituarte define el trabajo social clínico en salud mental como" un proceso de ayuda a personas, familiar, grupos y comunidades; con el objeto de desarrollar capacidades psico-sociales, de tal manera que puedan hacer frente a sus problemas actuales y a potenciales situaciones conflictivas en un futuro, tratando de ayudarles a desarrollar su capacidad de comprensión (sobre si mismos y su entorno) su tolerancia ante el sufrimiento y la frustración, así como su capacidad para utilizar adecuadamente sus propios recursos personales y los que ofrece el medio social" (Ituarte, 1992).

Por todo lo expuesto consideramos necesario continuar con la implantación en la red de Salud Mental de profesionales del Trabajo Social en cada uno de los programas asistenciales ofreciendo de este modo una atención Global e integradora a los usuarios.

Señalar por ultimo la necesidad de contemplar en los planes de formación continuada, cursos específicos para Trabajadores Sociales en el área Asistencial que nos ayuden a mejorar la calidad de atención.

8.2. Áreas objeto de estudio en el proceso de valoración social

En el supuesto de no haber tenido contacto previo con el paciente por motivos de urgencia en el proceso de acogida, se mantendrá una primera cita acordada y coincidente o no con la de otro profesional del centro en el plazo no superior a un mes desde su incorporación al Centro, para iniciar el proceso de **valoración social** de donde se derivaran las intervenciones sociales posteriores.

Al objeto de poder tener una evaluación-diagnostica de la situación y de las personas con quienes se va a actuar, consideramos conveniente abordar el estudio de las siguientes áreas, empleando para ello las diferentes técnicas de relación, investigación y documentales

de Trabajo Social.

- Datos personales y estructura familiar.

- Historia personal y familiar.

- Dinámica familiar.

- Situación económico-laboral.

- Situación socioeducativa y formativa.

- Situación sanitaria.

- Situación de la vivienda y del entorno social.

- Situación jurídico-legal.

- Sociabilidad, motivación e intereses.

Como consecuencia de los déficit y capacidades detectados en el proceso de estudio convendría diseñar el Proyecto de Intervención Social para la consecución de los objetivos de trabajo, mediante la realización de determinadas tareas, actividades y la utilización de recursos pertinentes. Así mismo, se planteará su temporalización y criterios de evaluación.

La orientación a los recursos comunitarios, sociolaborales o sanitarios dependerá de la situación clínica, personal y familiar de cada paciente, estimándose conveniente establecer una coordinación previa con otros miembros del equipo de Salud mental. Esta es imprescindible en los supuestos de derivación a: Centros de día o unidades de rehabilitación psiquiátricas, unidades hospitalarias de media estancia, pisos terapéuticos y programas de rehabilitación sociolaboral.

8.3 Criterios de urgencia para valoración social

Consideramos necesaria la intervención del Trabajador Social, en la toma de contacto con el Centro del paciente con diagnostico de Esquizofrenia o sospecha de este trastorno, bien sea nuevo paciente o reacogida, en los siguientes supuestos:

- Prescrito en informe de alta hospitalaria o de derivación de Atención primaria.

- El paciente vive solo y se producen algunas de las siguientes circunstancias concurrentes: No dispone de apoyo familiar, edad avanzada, importante descuido personal, mala adherencia al centro y al tratamiento farmacológico, graves conflictos socio familiares.

- Existe una coordinación previa con otros recursos socio-sanitarios que han valorado la urgencia o necesidad.

- Progenitor sin apoyo familiar con menores a su cargo.

- Se evidencia una situación de clara emergencia social: Carece de domicilio, no dispone de ingresos económicos o precisa una incorporación lo más pronta posible a otros recursos Socio sanitarios o Residenciales.

Se realizara una aproximación a la valoración social y, en caso de considerarse necesario,

actuaciones concretas encaminadas a mejorar la calidad de vida del paciente.

Se facilitara nueva cita de revisión en un plazo de tiempo no superior a un mes, o inferior, en función de las circunstancias personales y familiares, para continuar con el proceso de valoración e intervención social.

9. INTERVENCIONES PSICOSOCIALES RECOMENDADAS

En función del estado del paciente, se debe considerar la reinserción laboral como uno de los objetivos prioritarios. Aunque estas intervenciones se realizan normalmente en recursos específicos de rehabilitación y reinserción, las mencionamos aquí dada la importancia de tenerlas en cuenta desde el principio.

9.1. Rehabilitación socio-laboral.

9.1.1. Definición

Algunas guías distinguen el apoyo al empleo de la rehabilitación laboral.

En el **apoyo al empleo**, se intenta conseguir que el paciente se incorpore a un puesto de trabajo normalizado. Podría incluir un breve periodo de preparación, pero de menos de un mes de duración. Presupone normalmente un nivel de funcionamiento previo alto y un deterioro mínimo.

La **rehabilitación laboral** es el proceso que pretende disminuir y compensar las dificultades que los pacientes tienen para su integración laboral, permitiéndoles adquirir hábitos, habilidades y conocimientos.

Los ámbitos de actuación donde se pretende incidir, en la medida de lo posible, desde los centros de salud mental serían: Orientación vocacional, adquisición de hábitos básicos para el trabajo, apoyo a la formación profesional, mejora de las habilidades sociales y de búsqueda de empleo y la derivación a recursos específicos socio-terapéuticos de inserción socio-laboral. Desde aquí se desarrollarán los itinerarios individualizados de integración laboral.

Se recomienda ofertar terapia de apoyo laboral a los pacientes moderada o ligeramente discapacitados y que estén en fase estable o de mantenimiento **[A]** (NICE).

Este programa será normalmente aplicado en las unidades de rehabilitación pero, en función de los recursos existentes en el área y de las necesidades de cada paciente, podrá contar con la colaboración de los centros de salud mental.

9.1.2. Objetivos

- Mantener al paciente en un entorno normalizado.
- Propiciar la reinserción socio-laboral.
- Disminuir el estigma.

9.1.3. Recomendaciones

El apoyo laboral ha demostrado ser eficaz para la obtención de un puesto de trabajo normalizado en pacientes con trastorno mental severo **[A]** (NICE).

Se recomienda ofrecer terapia de apoyo laboral a los pacientes moderada o ligeramente discapacitados y que estén en fase estable o de mantenimiento **[A]** (NICE).

9.2. Tratamiento Comunitario Asertivo

9.2.1. Definición

Es un modelo bien definido de provisión de servicios con objetivos claramente establecidos, como son: mantener a los pacientes con trastorno mental severo en contacto con los servicios; reducir las hospitalizaciones; mejorar los resultados (especialmente la calidad de vida y el funcionamiento social). Incluye un equipo multidisciplinar (con un psiquiatra dedicado de lleno); los miembros del equipo comparten responsabilidad hacia los pacientes (a diferencia del manejo de casos); los miembros del equipo proporcionan los cuidados psiquiátricos y sociales necesarios siempre que sea posible en la casa o lugar de trabajo del paciente; el tratamiento se ofrece "asertivamente" a usuarios no cooperadores y se enfatiza la concordancia de la medicación.

9.2.2. Objetivos

- Mantener a los pacientes con trastorno mental severo en contacto con los servicios.
- Reducir las hospitalizaciones.
- Mejorar los resultados (especialmente la calidad de vida y el funcionamiento social).

9.2.3. Recomendaciones

El tratamiento asertivo comunitario para pacientes con una reducción moderada o severa de su funcionamiento social durante la fase estable del trastorno, muestra una reducción de los tiempos de hospitalización y una mejora de las condiciones de vida. **[A]** (NICE). Se recomienda para pacientes de alto riesgo, con hospitalizaciones repetidas y dificultades de vinculación al tratamiento ambulatorio **[A]** (NICE) o grandes frecuentadores de servicios **[B]** (NICE) pues hay pruebas de que reduce los costes hospitalarios, mejora el resultado y la satisfacción del paciente e incrementa la vinculación y cumplimiento terapéutico **[A]** (NICE).

Se valorará la experiencia de la puesta en marcha en un área como experiencia piloto con un equipo específico, distinto del equipo habitual del centro de salud mental, para considerar su extensión al resto de áreas sanitarias.

10. BIBLIOGRAFÍA

Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. *Guía de práctica clínica para la atención al paciente con esquizofrenia*. Versión extensa. Barcelona, noviembre de 2003.

Asociación Americana de Psiquiatría. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (**DSM-IV-TR**).* Masson. Barcelona: 2005.

Ayuso-Mateos, J.L. Gutierrez-RecachaP., Haro J.M. and Chisholm D. (2006) Estimating the prevalence of schizophrenia in Spain using a disease model. Schizophrenia Research. 86, 194–201

Canadian Psychiatric Association. *Clinical practice guidelines. Treatment of schizophrenia*. Can J Psychiatry. 2005 Nov;50(13 Suppl 1):7S-57S.

Falloon IR Early intervention for fist episodes of schizofrenia: a preliminary exploration. Psichiatr Serv 1999.

Hales, R.E. Yudofsky, S.C.: Fundamentos de psiquiatría clínica. Ed. Masson, 2ª ed. 2005.

Ituarte, A. Procedimiento y proceso en trabajo social clínico. Siglo XXI de España. Madrid: 1992.

Lehman AF, Lieberman JA, Dixon LB, McGlashan TH, Miller AL, Perkins DO,

Kreyenbuhl J; American Psychiatric Association; Steering Committee on Practice

Guidelines. *Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition.* Am J Psychiatry. 2004 Feb;161(2 Suppl):1-56..

Lieberman, J.A. y cols. Efectividad de los antipsicóticos en los pacientes con esquizofrenia crónica. The New England Journal of Medicine. Vol. 353 NO.12, 1209-1224. sep 2005

López-Ibor, J.J. (Coord.): CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor, 1992

Malmberg L, Fenton M. Psicoterapia psicodinámica individual y psicoanálisis para la esquizofrenia y enfermedades mentales graves (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2006 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Miller, W.R. y Rollnick, S. La entrevista motivacional. Paidós Ibérica. Barcelona: 1999. National Collaborating Centre for Mental Health. Schizophrenia**.** *Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care*. National Institute for Health and Clinical Excellence - Clinical Guidelines (UK). 2002

Psychosocial *Interventions in the Management of Schizophrenia*. SIGN Publication No. 30. October 1998.

Roca, M. Cañas, F. Olivares, J.M. Rodríguez, A. y Giner, J. Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consenso clínico español. Actas Españolas de Psiquiatría. Vol. 35, supl 1. Enero 2007.

Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for the Treatment of Schizophrenia and Related Disorders *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders*.. Aust N Z J Psychiatry. 2005 Jan-Feb;39(1-2):1-30.

Viñas, R., Moreno, I. Martín, N. y Jiménez, J.M. (2009). Trastornos psicóticos. En Rodríguez, J.L. Diagnóstico y tratamiento médico. Marbán. Madrid

10.1 Otras revisiones consultadas:

Lehman AF, Kreyenbuhl J, Buchanan RW, Dickerson FB, Dixon LB, Goldberg R,

Green-Paden LD, Tenhula WN, Boerescu D, Tek C, Sandson N, Steinwachs DM. *The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): updated treatment*

recommendations 2003. Schizophr Bull. 2004;30(2):193-217

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. *Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia.* American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2001 Jul;40 (7 Suppl):4S-23S.

10.2 Bibliografía práctica en castellano

http://wwwguiasalud..es/newCatalogo.asp?¡dEnfermedad=6

Guía de practica clínica sobre la esquizofrenia elaborada por la Agència d Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques.

http://www.fisterra.com/guias2/esquizofrenia.asp

Guía de practica clínica en castellano elaborada para médicos de Atención Primaria

Anderson C, Reiss D, Hogarty G. *Esquizofrenia y familia.* Amorrotu. Buenos Aires.1986.

Hernández Monsalve M. *Dimensión Clínica y humana de la atención psiquiatrita. Esquizofrenia*. Grupo Ars XXI de comunicación (Ars Medica) Barcelona 2008.

Radio Nicosia. *El libro de radio Nicosia.* Gedisa. Barcelona 2005.

Textos de los programas de radio nicosia. Se puede sintonizar.

Rebolledo S, Lobato MJ. *Como afrontar la esquizofrenia. Una guía para familiares, cuidadores y personas afectadas*. Aula Medica. Madrid 2005

Vallina O, Lemos S, Fernandez P.*Estado actual de la detección e intervención temprana en la psicosis.bn* Apuntes de Psicología 2006.

11. DIRECCIONES /DOCUMENTOS DE INTERÉS

http://www.tripdatabase.com/SearchResults.html?s=1&criteria=schizophrenia: desde esta página se puede acceder a decenas de guías sobre esquizofrenia (en inglés la mayoría) de Europa, Norteamérica y otros países, así como a revisiones, resúmenes de evidencia, etc.

http://www.nice.org.uk/pdf/CG1NICEguideline.pdf Guía de practica clínica sobre la esquizofrenia elaborada por el Instituto Nacional de Excelencia Clínica británico.

http://www.medscape.com/resource/schizophrenia?src=rcupdate#1

Centro de recursos sobre esquizofrenia (en inglés).

http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/archive/

Archivo de la revista Schizophrenia bulletin (en inglés). Se puede acceder a texto completo a los artículos desde 1989 (conectado a consejería de Sanidad de Murcia).

http://www.isolmurcia.org

Inserción sociolaboral: página de la asociación murciana de rehabilitación psicosocial.

http://www.feafes.com

Confederación Española de agrupaciones de familiares y personas con enfermedad mental.

http://www.feafesmurcia.com

Federación murciana de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental.

http://www.p3-info.es

Programa de prevención de psicosis (P3) con guías, bibliografía, etc.

http://www.almatranquila.com

Información sobre la esquizofrenia (preguntas y respuestas sobre la enfermedad, tratamientos, efectos secundarios...).

http://espanol.world-schizophrenia.org

Asociación Mundial Para la esquizofrenia y trastornos asociados: WFSAD. Página en castellano con información y publicaciones para el paciente y la familia.

ANEXOS

ANEXO 1. Metodología

Se hizo una búsqueda el 20 de diciembre de 2005 en las siguientes bases de datos: PUBMED, Cochrane, TRIPDATABASE y Guiasalud. Los criterios de búsqueda para pubmed fueron: "Schizophrenia" [Mesh] con los límites "practice guidelines" e idiomas (inglés, francés y castellano).

En las bases de guías TRIP se utilizó el término: "schizophrenia" y Guíasalud: "esquizofrenia" y búsqueda manual en el catálogo: http://www.guiasalud.es/newCatalogo.asp.

En TRIP se revisaron todas las guías (10) sobre el tema que aparecen clsificadas por regiones (Nort America; Europe, Others)en la página:

http://www.tripdatabase.com/SearchResults.html?ssid=&s=1&categoryid=&criteria=schizophrenia&sort=t

Las guías fueron examinadas por subgrupos de la comisión y valoradas en una primera fase en cuanto a idioma y si habían sido realizadas mediante algún procedimiento estandarizado de revisión bibliográfica. Se expusieron las conclusiones en una reunión general y el grupo al completo decidió valorar las guías pre-seleccionadas. Estas se valoraron mediante el instrumento AGREE con el fin de escoger la guía o guías a utilizar. Los resultados de valoración del grupo se exponen en la siguiente tabla:

Valoración de las guías seleccionadas mediante el instrumento AGREE.

GUÍAS > AGREE	Australia	APA	Cataluña	Escocia	NIMH
Alcance	66,7%	22%	88%	55%	94%
Participación	28,%	8%	45%	12%	94%
Rigor en la elaboración	83%	36%	83%	60%	90%
Claridad presentación	69%	28%	79%	61%	94%
Aplicabilidad	41%	4%	16%	28%	82%
Independencia editorial	61%	16%	75%	50%	95%

A pesar de la baja puntuación obtenida por la guía de la APA se decidió utilizar partes concretas, sobre todo en la intervención psiquiátrica, ya que es una guía realizada para psiquiatras y para el ámbito de la formación y eso penalizaba la puntuación en el ámbito aplicado y multiprofesional.

La que obtuvo una más alta valoración fue la del NIMH y fue la que se utilizó como patrón. También se decidió comparar las recomendaciones de tipo Ay B de las guías para comprobar si introducían matices contradictorios o complementarios. Por ejemplo, hubiese sido contradictorio que una guía recomendara la intervención familiar y otra no. Era complementaria una recomendación que añadía con nivel de evidencia A que el tratamiento debía hacerse por personal entrenado o que debía mantenerse al menos durante seis meses

RECOMENDACIONES PARA UNA BUENA CALIDAD DE VIDA

• Mantener un horario del sueño adecuado.

• Evitar consumo de:
-excitantes (café, colas, redbull, etc),
-alcohol y
-tóxicos
Ya que estas sustancias son incompatibles con los tratamientos farmacológicos que se prescriben en el CSM.

• Mantener una alimentación equilibrada manteniendo un ritmo ordenado en horarios y cantidades.

• Realizar un mínimo diario de actividad física. Por ejemplo, pasear durante una hora al día.

• Mantener los contactos sociales y familiares habituales.

• Tener una ocupación diaria te ayudará en la recuperación.

CENTROS DE SALUD MENTAL Y SUS HOSPITALES DE REFERENCIA

Hospital Reina Sofía
• CSM San Andrés
• CSM Infante

Hospital Morales Meseguer
• CSM Morales Meseguer
• CSM Molina del Segura
• CSM Cieza

Hospital Psiquiátrico Román Alberca
• CSM Caravaca
• CSM Mula
• CSM Yecla
• CSM Jumilla

Ciudad Sanitaria Virgen de la Arrixaca
• CSM Virgen de la Arrixaca
• CSM Alcantarilla

Hospital del Rosell H. Naval Cartagena
• CSM Cartagena

Hospital Rafael Méndez
• CSM Lorca
• CSM Águilas

INFORMACIÓN SOBRE EL CENTRO DE SALUD MENTAL

o un mínimo de diez sesiones.

Cuando no había evidencia sobre un tema se recurría al consenso dentro del grupo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como el "Estado de completo bienestar mental, físico y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia".

LA ENFERMEDAD MENTAL ES UNA MAS Y TIENE TRATAMIENTO COMO CUALQUIER OTRA.

En este Centro de Salud Mental (CSM) queremos ayudarte.

• **QUE ES EL CSM**: es el eje de la asistencia a los enfermos mentales, priorizando la atención a los pacientes con trastorno mental grave.

• **EQUIPO QUE LO FORMA**: es multiprofesional, es decir, formado por psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeros, trabajadores sociales y auxiliares.

• **USUARIOS**: pacientes que precisen valoración, tratamiento y posterior seguimiento por un trastorno mental.

COMO UTILIZAR LOS SERVICIOS DEL CSM:

-CARNET DE CONSULTA: En el primer contacto con el centro se le entregará un carné de consulta donde le anotaremos las sucesivas citas. Por lo que recuerde: antes de abandonar el CSM pida en recepción fecha y hora para la siguiente cita con su/s profesional/es.

-HORARIO DE ATENCION: de 09:00 a 14:00 horas.

- **En caso de AGRAVAMIENTO DE LOS SINTOMAS**: contacte por teléfono con el profesional de referencia.

Fuera de este horario, se le podrá atender en el Servicio de Urgencia de su centro hospitalario de referencia.

SOBRE LA MEDICACION

-Es muy importante que siga las indicaciones de su psiquiatra con respecto a la medicación.

La primera prescripción de medicación la realizara su psiquiatra y las siguientes recetas, su medico de atención primaria

-Ante cualquier efecto desagradable de esta no dude en contactar con su profesional de referencia que le dará las pautas a seguir de ajuste, siguiendo los criterios anteriormente expuesto para las URGENCIAS.

-El tratamiento inyectable será administrado por la enfermera/o de referencia en el propio CSM, por lo que el día previsto para dicha administración debes aportarlo.

TODOS SOMOS PARTE DEL TRATAMIENTO

• **EL PACIENTE:** Tiene que ser el protagonista de su propio tratamiento, por lo que es imprescindible su colaboración.

• **LA FAMILIA:** Tiene un papel fundamental de apoyo en el proceso de mejoría y mantenimiento del enfermo: como observadora de señales de alerta, empeoramiento, recaída y efectos secundarios; como ayuda en el cumplimiento del tratamiento y citas, etc.

• **EL EQUIPO DEL CSM:** Para conseguir este propósito la familia cuenta con el equipo de salud mental, que le asesorará e informará sobre lo que precise.

• **OTROS SERVICIOS:** de Rehabilitación, al que se derivará tras valoración por el equipo, para realizar actividades complementarias al tratamiento.

- FEAFES MURCIA Federación Murciana De Asociaciones De Familiares Y Personas Con Enfermedad Mental C/Cigarral, 6 - Bajo, - 30003 Murcia **Tel:**(968)232919 (968)907585
e-mail: feafesmurcia@ono.com

- ISOL Asociación Murciana De Rehabilitación Psicosocial
C/ Comuneros, 2 bajo Derecha30003 Murcia
Tel: 868 95 17 75 Fax: +34 868 95 17 76
E-Mail:contactar@isolmurcia.org
www.isolmurcia.org/ - 6k

DOCUMENTO OPERATIVO

INTRODUCCIÓN

En este documento se intenta plasmar de forma resumida, mediante diagramas y tablas, las intervenciones de los diferentes profesionales.

El primer diagrama esquematiza las intervenciones en la esquizofrenia empezando por la entrevista de acogida y terminando con la elaboración del Plan de Actuación Coordinada (PAC). Los restantes diagramas resumen la entrevista de acogida (diagrama 2) y las intervenciones de los distintos profesionales en función de las fases de la enfermedad (diagramas 3, 4, 5 6 y 7).

Finalmente se resume lo fundamental de la intervención psiquiátrica, primero de forma global (diagrama 8) y luego a través de tablas resumen que contemplan la exploraciones necesarias para la evaluación física (tabla 1) efectos secundarios de la medicación (tabla 2) tratamiento y fármacos (tabla 3, 4 y 5)

PLAN DE ACTUACIÓN COORDINADA (PAC)

Una vez realizada la acogida del paciente y la evaluación de los diferentes profesionales (diagnóstico psiquiátrico, evaluación de necesidades de enfermería, valoración social, evaluación psicológica) el Plan de Actuación Coordinada (PAC) hace referencia al conjunto de actuaciones coordinadas e integradas de los distintos profesionales que intervienen en cada caso.

Se recomienda la realización de una reunión de equipo específica para valorar los nuevos casos o problemas que surjan en el seguimiento de los mismos, siendo preferible que la reunión sea periódica y programada en función del número de casos del centro (mensual, bimensual...). Esto no excluye la celebración de reuniones ágiles y parciales para resolver problemas puntuales que surjan en el seguimiento de los pacientes.

Se pondrá en común la valoración de los diversos profesionales en cuanto a las necesidades del paciente y de su familia (biomédicas: medicación, cuidados de enfermería y de salud general; psicológicas y sociales) proponiendo un Plan de Actuación Coordinado (PAC) que se materializará en una serie de objetivos por profesional. Como resultado de esta reunión, se dejará constancia en la historia clínica del paciente de los objetivos marcados por profesional (PAC).

Consideramos fundamental que desde el primer momento se inicie la coordinación con la unidad de rehabilitación para la derivación del paciente en caso necesario.

SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES

En el caso de que el paciente no acuda a una cita programada, se realizará una llamada telefónica para aclarar el motivo de la ausencia, programando una nueva cita (salvo circunstancias que lo desaconsejen como hospitalización...). Si se detectara alguna de las condiciones siguientes:

- Inasistencia reiterada a revisiones programadas.

- No acudir habitualmente acompañado del familiar de apoyo, considerando necesario implicarle en el tratamiento.

Se valorará la conveniencia de una intervención domiciliaria dentro del seguimiento del paciente (PAC).

DIAGRAMA 1: INTERVENCIONES EN LA ESQUIZOFRENIA

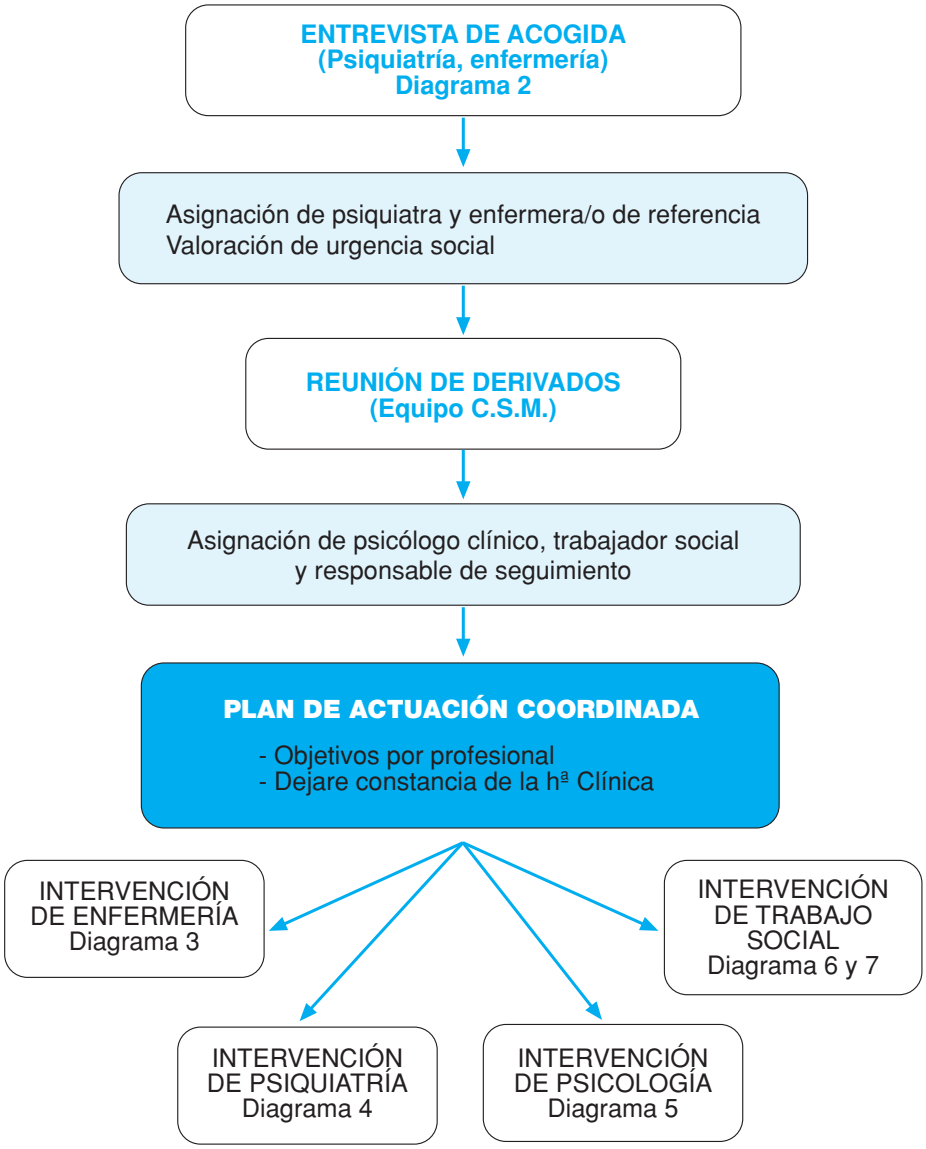


DIAGRAMA 2: ENTREVISTA DE ACOGIDA

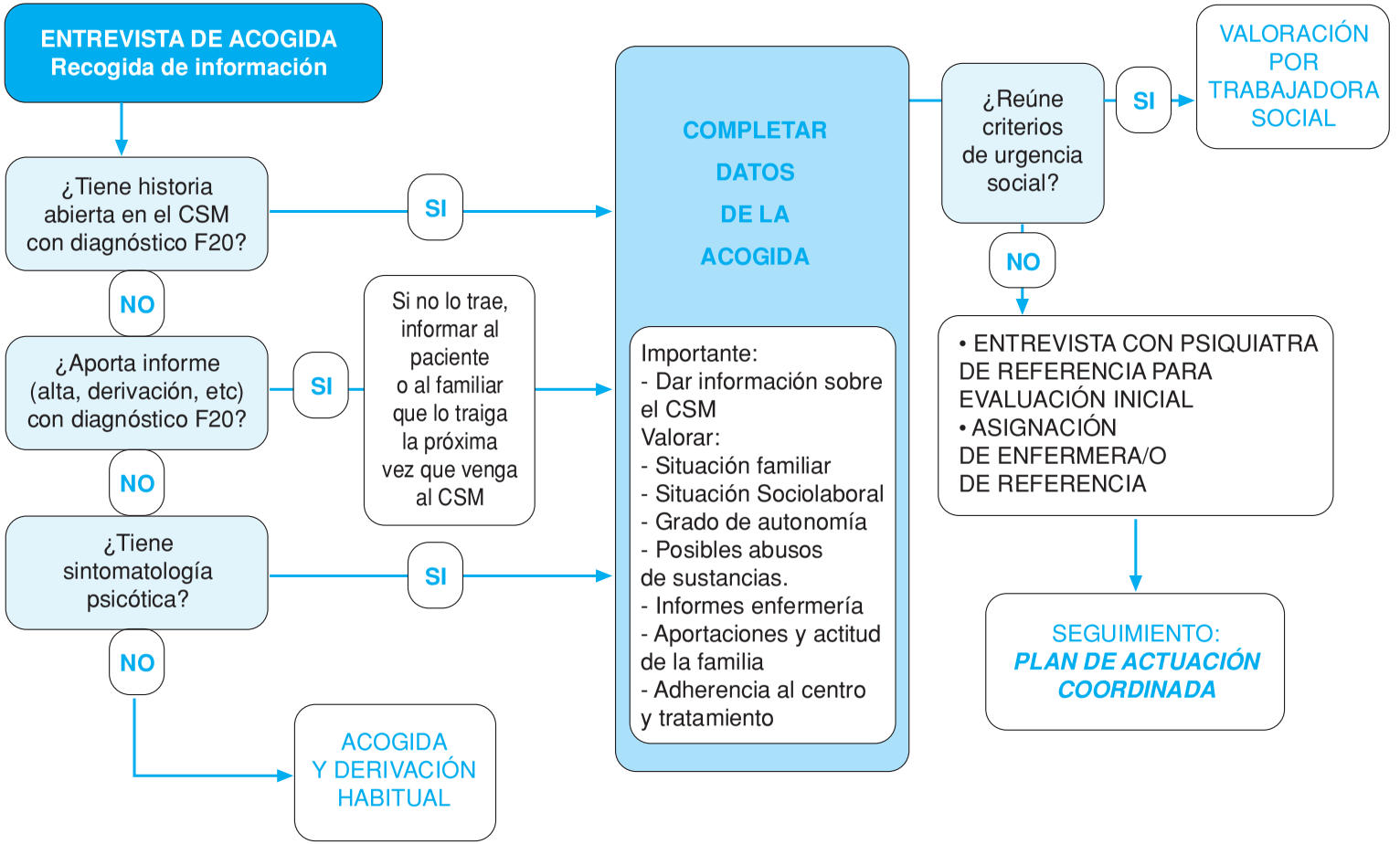


DIAGRAMA 3: INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

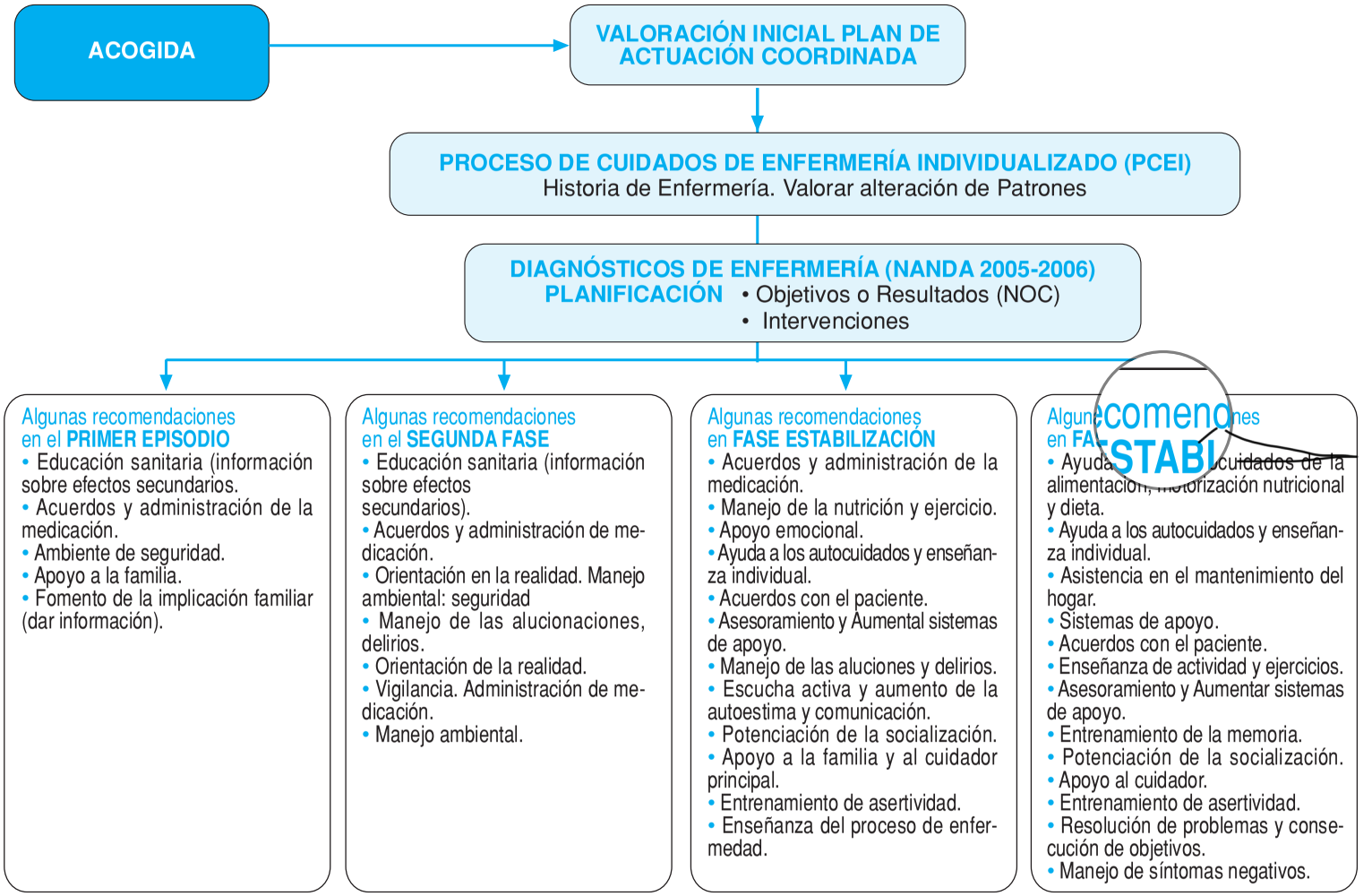


DIAGRAMA 4: INTERVENCIÓN DE PSIQUIATRÍA

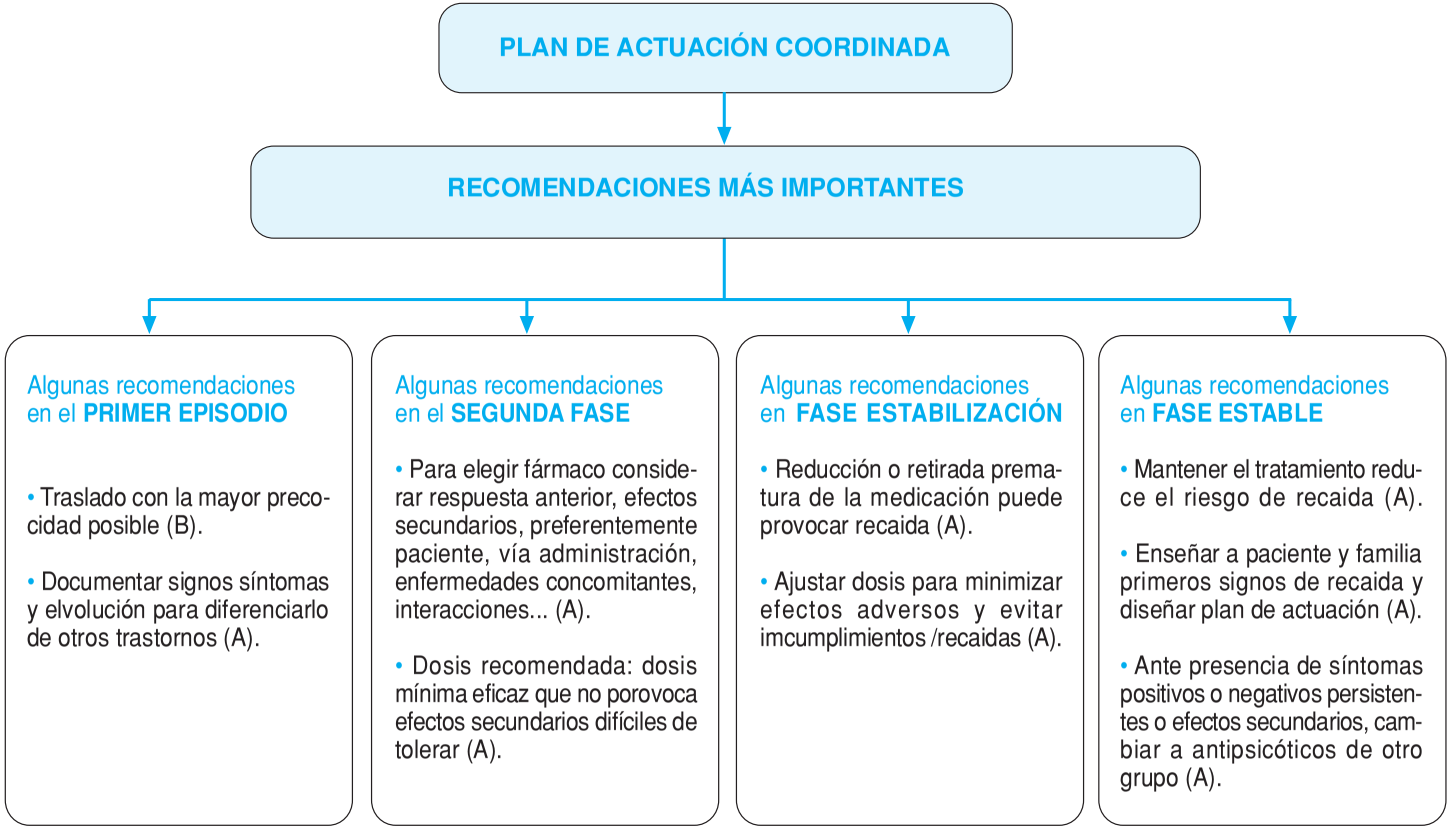


DIAGRAMA 5: INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA



DIAGRAMA 6: INTERVENCIÓN SOCIAL

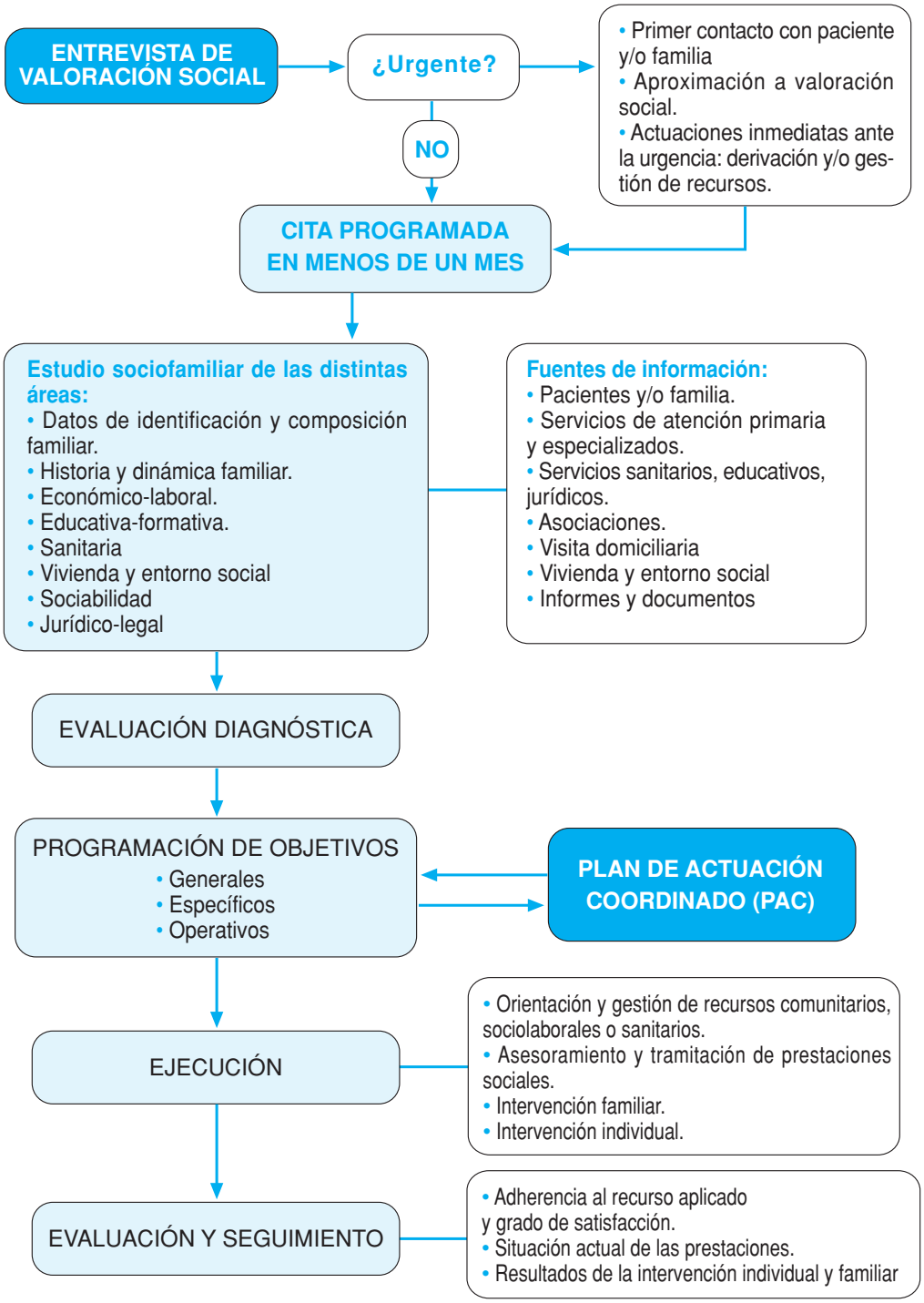


DIAGRAMA 7: INTERVENCIÓN SOCIAL EN FUNCIÓN DE LA FASE DE LA ENFERMEDAD

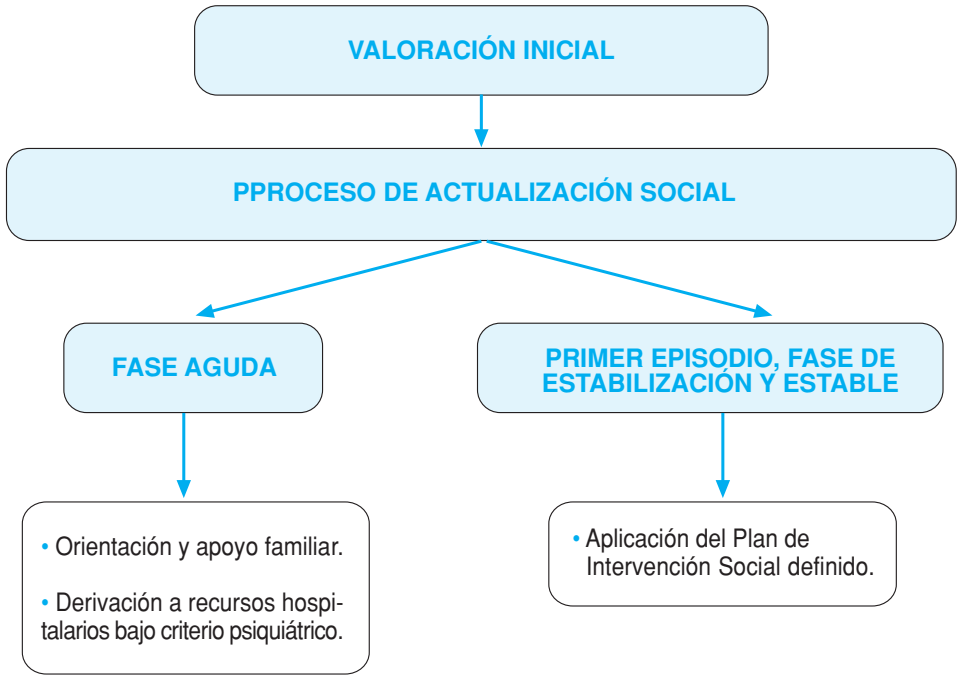


DIAGRAMA 8: INTERVENCIÓN PSIQUIÁTRICA

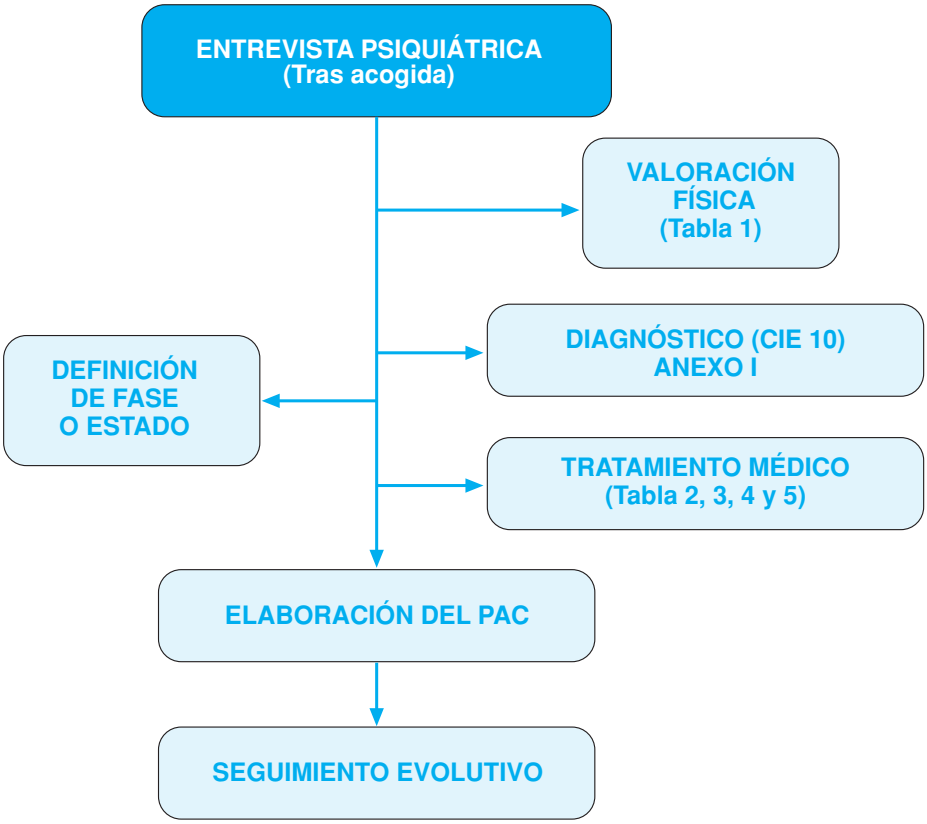


Tabla 1. Evaluaciones para controlar el estado físico y detectar enfermedades físicas concomitantes

EVALUACIÓN	ESTADO INICIAL	SEGUIMIENTO
Signos vitales	Pulso, presión arterial, temperatura	Pulso, presión arterial, temperatura, según indicios clínicos, sobre todo mientras se ajusta la dosis del fármaco
Peso corporal y altura	Peso corporal, altura e IMC[a]	IMC en cada visita durante seis meses y al menos de forma trimestral a partir de los seis meses[b]
Hematología	Hemograma completo	Hemograma completo, según indicios clínicos, incluyendo valoración de los pacientes tratados con clozapina
Análisis bioquímicos sanguíneos	Electrólitos Pruebas de función renal (relación BUN/creatinina) Pruebas de función hepática Pruebas de función tiroidea	Anualmente y según indicios clínicos
Enfermedades infecciosas	Prueba de la sífilis Pruebas de hepatitis C y el VIH, si existen indicios clínicos	
Embarazo	Considerar la prueba de embarazo en mujeres en edad fértil	
Toxicología	Pruebas de detección toxicológica, de metales pesados, si existen indicios clínicos	Pruebas de detección toxicológica, según indicios clínicos
Técnicas de imagen/EEG	EEG, pruebas de imagen cerebral (TC o RM, con preferencia la RM), si existen indicios clínicos	

*Adaptado de la Guía clínica para el tratamiento de la esquizofrenia (APA, 2005)

Tabla 2. Evaluaciones en relación con efectos secundarios del tratamiento

EVALUACIÓN	ESTADO INICIAL	SEGUIMIENTO
Diabetes	Detención sistemática para factores de riesgo de diabetes; glucemia en ayunas	Glucemia en ayunas o hemoglobia A1c cuatro meses después de iniciar un nuevo tratamiento y anualmente después
Hiperlipemia	Lipidograma	Al menos cada cinco años
Prolongación del QTc	ECG y potasio sérico antes del tratamiento con tioridazina, mesoridazina o pimozida; ECG antes del tratamiento con ziprasidona en presencia de factores de riesgo cardíaco	ECG cuando haya cambios significativos en la dosis de tioridazina, mesoridazina, pimozida y, en presencia de factores de riesgo cardíaco, zipradidona o incorporación de otros fármacos que pueden influir en el intervalo QTc
Hiperprolactinemia	Detección sistemática de síntomas de hiperprolactinemia	Detección sistemática de síntomas de hiperprolactinemia en cada visita hasta la estabilización, y después anualmente si el tratamiento incluye un antipsicótico que incremente los niveles de prolactina
	Nivel de prolactina, si está indicado a partir de la historia clínica	Niveles de prolactina, según indicios de la historia
Efectos secundarios extrapiramidales, incluida la acatisia	Evolución clínica de los efectos secundarios extrapiramidales	Evaluación clínica de los efectos secundarios extrapiramidales semanalmente durante la fase de tratamiento intensivo hasta que la dosis de antipsicótico esté estabilizada durante al menos dos semanas; después, valorar en cada visita durante la fase estable
Discinesia tardía	Evaluación clínica de movimientos involuntarios anómalos	Evaluación clínica de movimientos involuntarios anómalos cada seis meses en paciente que toman antipsicóticos de primera generación y cada 12 meses en los que toman antipsicóticos de segunda generación, respectivamente
Cataratas	Historia clínica para valorar los cambios en la visión a distancia o borrosa; examen con lámpara de hendidura para pacientes tratados con antipsicóticos y con un aumento del riesgo de cataratas	Historia clínica anual para evaluar los cambios visuales; examen ocular cada dos años para pacientes de menos de 40 años y cada año para pacientes de más de 40 años.

**Adaptado de la Guía clínica para el tratamiento de la esquizofrenia (APA, 2005)*

Tabla 3. Arbol de decisión del tratamiento médico

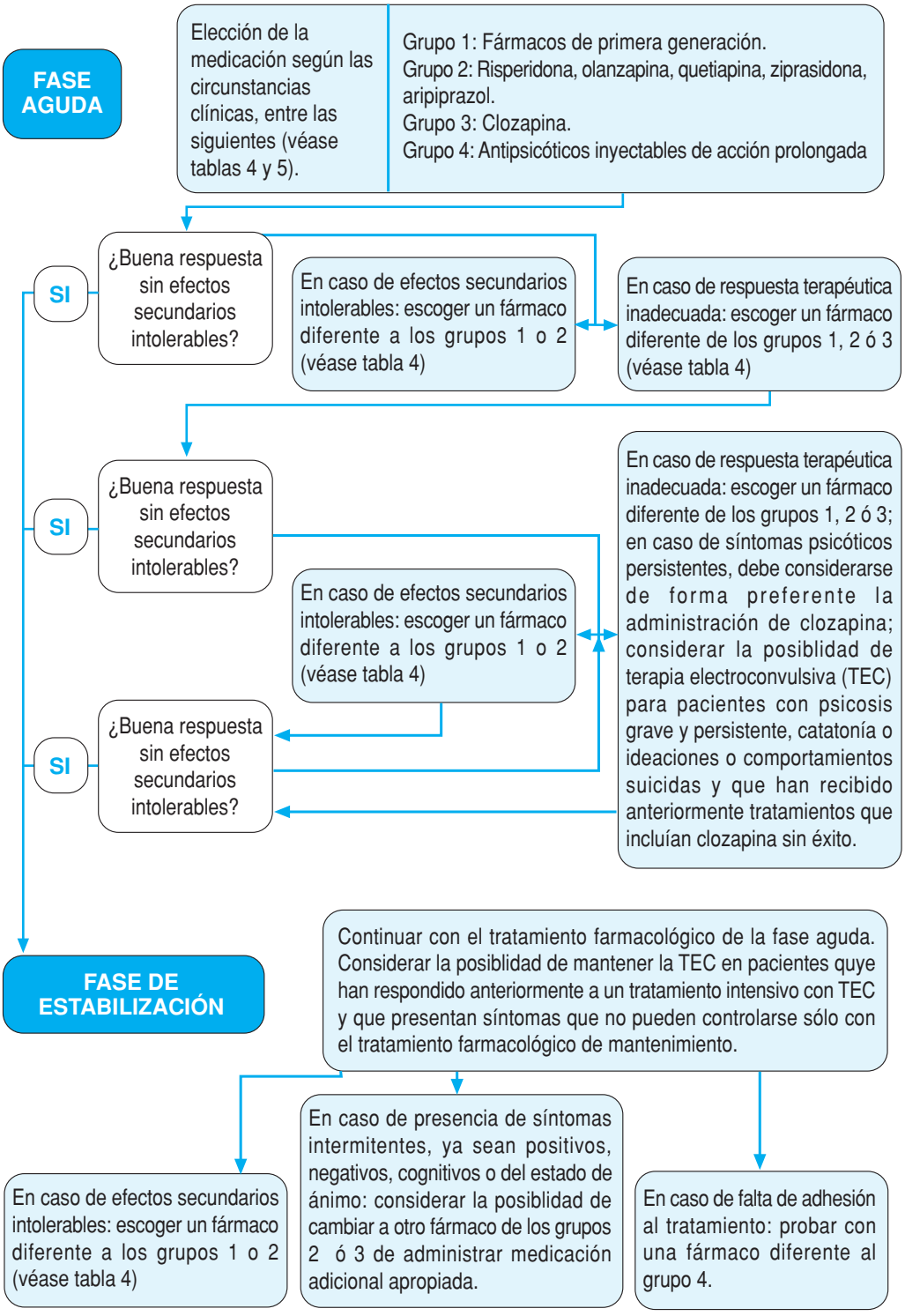


Tabla 4: Elección de la medicación en la fase aguda de la esquizofrenia

ESCOGER LA MEDICACIÓN ENTRE LOS GRUPOS 1-4				
	Grupo 1	**Grupo 2**	**Grupo 3**	**Grupo 4**
Perfil del paciente	Fármacos de primera generación	Risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona o aripiprazol	clozapina	Antipsicótico inyectable de acción prolongada
Primer episodio		SI		
Ideación o comportamiento suicida persisente			SI	
Hostilidad persistente Y conducta agresiva		**SI**; puede haber diferencias entre los fármacos del grupo 2 en el riesgo de discinesia menor o no tardía	SI	
Discinesia tardía		**SI**; puede haber diferencias entre los fármacos del grupo 2 en el riesgo de discinesia menor o no tardía	SI	
Historia de sensibilidad a efectos secundarios extrapiramidales		**SI**, excepto risperidona (dosis altas)		
Historia de sensibilidad al aumento de la Prolactina		**SI**, excepto risperidona		
Historia de sensibilidad al aumento de peso, la hiperglucemia o la hiperlipemia		Ziprasidona o aripiprazol		
Falta de adhesión al tratamiento de forma reiterada				SI

Tabla 5. Fármacos antipsicóticos de uso frecuente

Antipsicóticos	Principio activo	Dosis	Efectos secundarios Precauciones
Atípicos	Amisulpride	Dosis inicial: 400 mg/12-24 h. Máxima: 1200 mg/día.	Extrapiramidismo. Aumento de peso. Hiperprolactinemia
	Clozapina	300-600 mg/día.	Agranulocitosis. Requiere control hemograma
	Olanzapina	5-30 mg/día.	Riesgo síndrome metabólico Requiere control peso y analíticas.
	Aripiprazol	Comenzar con 5 mg/ día y subir hasta 15-30 mg /día.	Sedación y/o activación
	Ziprasidona	Comenzar con 40 mg/ día y subir hasta 160 mg/día.	Ansiedad. Sedación a dosis altas. Menor probabilidad de aumento de peso y de prolactina
	Quetiapina	150-900 mg día en 2-3 tomas.	Sedación. Aumento de peso. Controles hemáticos. Vigilar cataratas
	Risperidona	3-12 mg al día.	Hiperprolactinemia. Parkinsonismo.
	Risperidona de accion prolongada	25-75 mg cada 2 semanas	Menores efectos secundarios que vía oral.
	Sertindol	12-20 mg/día.	Prolongación del QT. Requiere controles EKG
Clásicos	Clorpromazina	25-100 mg/8 h.	Hiperpigmentacioón
	Haloperidol	2-10 mg/8 h.	Extrapiramidales
	Levomepromazina	15-100 mg/8 h.	Hipotensión y sedación
	Perfenacina	20-60 mg al día en dos tomas.	
	Pipotiazina	1 ampolla i.m. profunda cada 4 semanas.	Escasamente utilizada en la actualidad
	Flufenazina	25 mg i.m. cada 2-3 semanas.	Reducción de su uso por discinesias tardías
	Trifluoperazina	2-5 mg/12 h.	
	Pimocida	1 mg/12 h.	
	Zuclopentixol	25-50 mg/día 1 amp Depot cada 2-3 semanas. 1 Acufase cada 2-3 días	Acufase en crisis de urgencia psiquiátrica