

***ORIENTACIONES TECNICAS
PARA EL TRATAMIENTO Y REHABILITACION DE
LAS PERSONAS AFECTADAS DE ESQUIZOFRENIA***

**MINISTERIO DE SALUD
DIVISIÓN DE RECTORIA Y
REGULACIÓN SANITARIA**

Unidad de Salud Mental

Noviembre 2000

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO I ASPECTOS CLINICOS

DIAGNOSTICO

CURSO Y PRONOSTICO

PRIMER BROTE ESQUIZOFRENICO

CONSECUENCIAS DE LA ESQUIZOFRENIA

CAPÍTULO II. TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

PRINCIPIOS GENERALES

TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS DE LA ESQUIZOFRENIA

FARMACOS ANTIPSICOTICOS CONVENCIONALES

FARMACOS ANTIPSICOTICOS ATÍPICOS

TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES PARA PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

PSICOEDUCACION

PSICOTERAPIA

INTERVENCIONES FAMILIARES

MANEJO AMBIENTAL

REHABILITACION

ORGANIZACIÓN Y DERECHOS

CAPÍTULO III. MANEJO DE LA FASE AGUDA DE LA ESQUIZOFRENIA

EVALUACION CLINICA DE UN PACIENTE EN FASE AGUDA

MANEJO DE LA FASE AGUDA

EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PRIMER BROTE ESQUIZOFRENICO

RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS PARA LA FASE AGUDA.

MANEJO DE LOS EFECTOS COLATERALES DE LOS NEUROLEPTICOS

MANEJO FARMACOLOGICO DE COMPLICACIONES CLINICAS EN LA FASE AGUDA

INDICACIONES DE HOSPITALIZACION

CAPÍTULO IV MANEJO DE LA FASE DE ESTABILIDAD

EVALUACION CLINICA DURANTE LA FASE DE ESTABILIDAD

MANEJO DURANTE LA FASE DE ESTABILIDAD

RECOMENDACIONES PARA FARMACOTERAPIA DE MANTENIMIENTO

MANEJO FARMACOLOGICO DE COMPLICACIONES CLINICAS EN LA FASE DE ESTABILIDAD

RECOMENDACIONES SOBRE LOS ANTIPSICOTICOS ATÍPICOS

CAPÍTULO V. ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS

FUNDAMENTOS

PRINCIPIOS GUIAS PARA LA ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS

MODALIDADES COMUNITARIAS DE ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS

DISPOSITIVOS NECESARIOS

ANEXOS

BIBLIOGRAFIA

AUTORES

INTRODUCCION

La esquizofrenia es una condición crónica que frecuentemente tiene efectos devastadores en muchos aspectos de la vida del paciente y conlleva un alto riesgo de suicidio y el menoscabo de la vida de la persona. Las consecuencias de la enfermedad no son sólo individuales sino que afectan en forma dramática al entorno familiar y social inmediato y generan altos costos económicos para el país.

Los avances científicos de las últimas décadas permiten disponer de recursos terapéuticos efectivos para disminuir los síntomas de la enfermedad y evitar en mayor medida los comportamientos del paciente que interfieren en la convivencia con los demás, favoreciendo significativamente las posibilidades de reinserción social y laboral del paciente, modificando en parte el pronóstico de este trastorno. El desarrollo del concepto de discapacidad de causa psíquica, por su parte, ha permitido dejar de lado el prejuicio existente respecto de la persona con esquizofrenia como alienada y sin contacto alguno con sus afectos y la sociedad que la rodea y destacar que la esquizofrenia es una condición que incapacita de un modo variable algunos aspectos de la vida de la persona y que, por lo tanto, es posible establecer estrategias para superar esas limitaciones.

Los tratamientos que integran un adecuado uso de psicofármacos con intervenciones de tipo psicosocial han demostrado sistemáticamente el mayor nivel de efectividad. Por su parte, los programas que han demostrado mayor costo efectividad son aquellos basados en estrategias comunitarias. Existe evidencia que la estrategia basada en redes de atención que integren en forma coherente todos los dispositivos necesarios - desde el tratamiento hospitalario intensivo hasta dispositivos intracomunitarios de apoyo – optimizan la utilización de los recursos y mejoran significativamente las consecuencias del trastorno y la calidad de vida de las personas.

Utilizar los avances científicos - tecnológicos en el campo de la biología, la psiquiatría y las ciencias sociales en general, permite hoy formular orientaciones técnicas y realizar evaluaciones sistemáticas respecto de la calidad de los servicios entregados a las personas que los necesitan.

Considerando el estado actual del conocimiento, resulta imposible establecer normas para todos los aspectos de una enfermedad tan compleja. Sin embargo, el conocimiento acumulado permite orientar el quehacer general según criterios de medicina basada en la evidencia y formular normativas específicas para algunos aspectos del manejo, sobre todo en áreas como los derechos de los pacientes, la calidad de los servicios y determinadas técnicas de tratamiento.

Resulta imprescindible revisar periódicamente las directrices presentadas en el presente documento a la luz de la nueva evidencia y avanzar sostenidamente en la elaboración de consensos técnicos que perfeccionen lo sistematizado hasta este momento.

CAPITULO I ASPECTOS CLINICOS

DIAGNOSTICO

La esquizofrenia es una enfermedad o, más probablemente, un conjunto de enfermedades que generalmente se presentan en sujetos jóvenes y que tienen efectos devastadores en muchos aspectos de la existencia del paciente y conlleva el menoscabo de la vida de la persona.

En ausencia de marcadores biológicos, el diagnóstico de la esquizofrenia se basa sobre la historia del desarrollo de los síntomas y signos, la entrevista clínica y la observación de las conductas del paciente. La Tabla N° 1 muestra los criterios diagnósticos de acuerdo a los dos principales sistemas clasificatorios actuales. Ningún síntoma aislado es patognomónico de la esquizofrenia; el diagnóstico implica el reconocimiento de una constelación de signos y síntomas peculiares que han estado presentes por un lapso de tiempo determinado asociados a un deterioro del nivel de adaptación a las exigencias del medio.

Tabla N° 1: Criterios diagnósticos para Esquizofrenia.

CIE-10	DSM-4
<p>Presencia, como mínimo, de un síntoma muy evidente o dos o más si son menos evidentes, pertenecientes a cualquiera de los grupos (a) a (d), o síntomas de por lo menos dos de los grupos referidos entre el (e) y el (i). Los síntomas deben haber estado claramente presentes por un periodo de un mes o más.</p> <p>a) Eco, robo, inserción o transmisión del pensamiento.</p> <p>b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencias o de pasividad claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros, o a pensamientos o acciones o sensaciones concretas y percepciones delirantes.</p> <p>c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo y otros tipos de voces alucinatorias que proceden de alguna parte del cuerpo.</p> <p>d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son totalmente imposibles, tales como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos (por ejemplo, de ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos).</p> <p>e) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.</p> <p>f) Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente</p>	<p>A. Síntomas característicos: Dos o más de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un periodo de un mes (o menos si ha sido tratado con éxito): (1) ideas delirantes, (2) alucinaciones, (3) lenguaje desorganizado; por ejemplo, descarrilamientos frecuentes o incoherencia, (4) comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, (5) síntomas negativos; por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia.</p> <p>*Nota: sólo se requiere un síntoma del criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.</p> <p>B. Disfunción social / laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de la actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o la adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).</p> <p>C. Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este periodo de 6 meses debe incluir al menos un mes de síntomas que cumplan el criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los periodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos periodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del criterio A, presentes en forma atenuada (por ejemplo, creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).</p> <p>D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado del ánimo: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado del ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: (1) no ha habido</p>

Orientaciones Técnicas: Tratamiento y Rehabilitación de las Personas Afectadas de Esquizofrenia

<p>o lleno de neologismos.</p> <p>g) Manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características, flexibilidad cérica, negativismo, mutismo, estupor.</p> <p>h) Síntomas “negativos” tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social); debe quedar claro que estos síntomas no se deben a depresión o a medicación neuroléptica.</p> <p>i) Un cambio consistente de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal que se manifiestan como pérdida de interés, falta de objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social</p>	<p>ningún episodio depresivo mayor, maniaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o (2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los periodos activo y residual.</p> <p>E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.</p> <p>F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).</p>
--	---

Los síntomas característicos de la esquizofrenia involucran múltiples disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad de disfrutar, la voluntad y la motivación, la atención, y la capacidad de enjuiciamiento de la propia situación.

Estos síntomas se asocian con dificultades en el funcionamiento social y laboral. A pesar que existe un marcado deterioro en distintos dominios de funcionamiento (por ejemplo, aprendizaje, auto cuidado, trabajo, relaciones interpersonales, habilidades sociales, etc.), existen grandes variaciones entre los distintos individuos afectados por la enfermedad y, en el mismo individuo, a lo largo del tiempo.

Las manifestaciones propias de la esquizofrenia actualmente son conceptualizadas como pertenecientes a cuatro grandes dimensiones; síntomas positivos (alucinaciones y delirios), síntomas negativos (alogia, aplanamiento afectivo, abulia, apropositividad), síntomas cognitivos (trastornos del pensamiento, trastornos de la atención), y síntomas afectivos.

Los **subtipos** de la esquizofrenia son definidos de acuerdo a los síntomas predominantes al momento de la evaluación más reciente, y, por lo tanto pueden cambiar a lo largo del tiempo. De acuerdo con los sistemas clasificatorios más usados, se pueden identificar, a lo menos, 5 subtipos clínicos, con distintas implicancias terapéuticas y pronósticas, los que se muestran en el Cuadro N° 1.

Cuadro N° 1: Esquizofrenia, sub tipos clínicos.

- ❑ **Paranoídeo:** predominan las alucinaciones y el delirio
- ❑ **Desorganizado:** predomina la disgregación del pensamiento, desorganización de la conducta y afectos inapropiados.
- ❑ **Catatónico:** predominan síntomas motores característicos

- ❑ **Indiferenciado:** ninguno de las presentaciones anteriores es predominante
- ❑ **Residual:** ausencia de síntomas agudos, presencia de síntomas negativos y síntomas positivos leves.

No se han identificado **hallazgos de laboratorio** que sirvan para el diagnóstico de la esquizofrenia. Sin embargo existen una serie de datos de laboratorio consistentemente alterados en relación con sujetos control. Existen hallazgos de alteraciones estructurales, por ejemplo, ensanchamiento del sistema ventricular, aumento de surcos corticales, disminución del tamaño del lóbulo temporal y el hipocampo, etc. Existen también hallazgos de alteraciones funcionales, por ejemplo, una utilización anormal de la glucosa en la corteza prefrontal. Las evaluaciones neuropsicológicas muestran alteraciones en el seguimiento ocular, enlentecimiento de los tiempos de reacción y otros desempeños. A pesar de la consistencia de estos hallazgos su significado es aún incierto y el valor de estos estudios es todavía sólo para investigación.

El **diagnóstico diferencial** con otros cuadros puede ser difícil, sobre todo en las etapas tempranas de la enfermedad. Los síntomas y signos sugerentes de esquizofrenia pueden estar presentes en un número de trastornos médicos, neurológicos y psiquiátricos. Por lo tanto el diagnóstico diferencial debe considerar, a lo menos, las condiciones que se presentan en el cuadro N° 2.

Cuadro N° 2: Esquizofrenia, diagnóstico diferencial.

- ❑ Epilepsia (especialmente del lóbulo temporal)
- ❑ Tumores del SNC (particularmente frontales o límbicos)
- ❑ Traumatismos del SNC
- ❑ Infecciones del SNC (particularmente cisticercosis y otras parasitosis, neurosífilis, encefalitis herpética)
- ❑ Accidentes cerebrovasculares
- ❑ Otras enfermedades del SNC (leucodistrofia, enfermedad de Huntington, enfermedad de Wilson, LES, etc.)
- ❑ Psicosis secundaria a enfermedad médica (enfermedad de Cushing, alteraciones metabólicas, etc.)
- ❑ Psicosis inducida por drogas (especialmente por anfetaminas, cocaína y otros estimulantes)
- ❑ Psicosis aguda reactiva breve
- ❑ Trastornos afectivos
- ❑ Trastorno delirante (paranoia)
- ❑ Psicosis sobre la base de un daño orgánico cerebral (por ejemplo, alucinosis alcohólica)
- ❑ Trastornos de Personalidad (esquizoide, esquizotípico o paranoide)

La posibilidad de una enfermedad neurológica o médica debe ser cuidadosamente estudiada en el primer episodio psicótico, especialmente si ocurre en la infancia o a una edad avanzada, en la presencia de características inusuales, y en cualquier caso en el cual haya un marcado cambio en el patrón sintomático durante el curso de la enfermedad.

Existe una alta incidencia de **comorbilidad** médica y psiquiátrica que puede empeorar el curso y complicar el tratamiento.

Entre los cuadros psiquiátricos más frecuentes se encuentran el abuso y dependencia a alcohol y otras sustancias, los trastornos del ánimo y de ansiedad que, a menudo, requieren un tratamiento específico.

Desde el punto de vista médico general cobran especial importancia las patologías derivada de las condiciones y estilos de vida de los pacientes (pobreza, institucionalización, etc.), tales como desnutrición, tuberculosis, enfermedades relacionadas con el tabaco, enfermedades de transmisión sexual y otras. Por otra parte, existe un claro descuido respecto de la morbilidad en general, por lo cual patología de relativo fácil tratamiento puede ser diagnosticada en forma tardía y cuando ya presenta complicaciones.

CURSO Y PRONOSTICO

El modo de inicio puede ser definido como **agudo**, en el cual un estado psicótico florido se desarrolla en el curso de días o semanas, o **insidioso**, en el cual hay una transición gradual desde una personalidad premórbida a través de síntomas prodrómicos hacia una enfermedad psicótica manifiesta. Se puede encontrar un deterioro del funcionamiento social e interpersonal, previo al inicio de la enfermedad, hasta en un 50% de los casos.

Existe una diferencia de género en la **edad de inicio** de la enfermedad. En los hombres existe un peak de incidencia alrededor de los 20 años, mientras que en las mujeres este se produce alrededor de los 25 años. Los sujetos con un inicio más temprano de la enfermedad suelen ser varones, tener una peor adaptación premórbida, menor nivel de estudios, más evidencia de anomalías estructurales cerebrales, signos y síntomas negativos más sobresalientes, más evidencia de deterioro cognoscitivo evaluado neuropsicológicamente y peor evolución. Existe una tendencia a un curso más suave y a un mejor pronóstico en las mujeres.

Los estudios muestran una importante variabilidad en el **curso** de la esquizofrenia. A pesar de las diferencias metodológicas hay coincidencia en que en porcentajes cercanos al 45% existe una significativa recuperación tras uno o más episodios psicóticos, que aproximadamente un 35% de las personas afectadas presenta una evolución con sucesivos episodios de exacerbación aguda y remisiones parciales de duración variables, que un 20% presenta síntomas que no remiten y presentan un deterioro progresivo, y que la remisión completa (es decir, el retorno total al nivel premórbido) no es habitual.

Por otra parte, existe evidencia que muestra que distintas dimensiones de mejoría como pueden ser el funcionamiento social, los síntomas clínicos y rendimiento cognitivo, se encuentran sólo débilmente relacionados, existiendo gran heterogeneidad en el individuo y permitiendo progresos en un área a pesar de que puede haber un gran deterioro en otra.

Sin embargo, la visión más optimista que surge de los estudios más recientes no debe llevarnos a ignorar el hecho de que cerca del 60% de los pacientes esquizofrénicos siguen un curso prolongado.

PRIMER BROTE ESQUIZOFRENICO

Generalmente las primeras manifestaciones perceptibles de la esquizofrenia se presentan en la adolescencia. Los síntomas prodrómicos se desarrollan en el curso de semanas o meses y pueden prolongarse por meses o por más de un año hasta que aparece la enfermedad manifiesta.

Por lo general, los síntomas y signos prodrómicos son diagnosticados retrospectivamente. Consisten en quejas inespecíficas, como debilidad, cefaleas, dolores, molestias digestivas, dificultades de concentración, etc. Los familiares y amigos advierten un cambio en el paciente; este se vuelve aislado, con algunas anomalías de la conducta y con baja de su funcionamiento social, laboral o estudiantil. Los enfermos suelen empezar a interesarse en temas filosóficos, esotéricos o muy abstractos. A esto pueden agregarse anormalidades del afecto y del lenguaje, ideas bizarras y experiencias perceptivas anómalas.

El comienzo de los síntomas manifiestos puede verse precipitado por situaciones ambientales como cambios de ciudad de residencia, cambios de colegio, la muerte de alguien significativo, la ocurrencia de eventos traumáticos (abuso sexual, experiencias de violencia, etc.) o el consumo de drogas.

Después del primer episodio psicótico suele haber una lenta recuperación, seguida de un periodo más o menos largo de una relativa mejoría. Sin embargo, lo habitual es que haya recidivas. Cada recidiva es seguida de un deterioro acumulativo en el funcionamiento del paciente.

Las personas afectadas de esquizofrenia muestran una marcada vulnerabilidad ante el estrés y están propensos a recaer en la enfermedad en situaciones estresantes. Asimismo, es frecuente que los pacientes presenten depresión después del episodio psicótico.

El primer episodio psicótico suele ocurrir durante la juventud, es decir, en un momento de la vida de la persona en la cual se está consolidando su relación con los demás y con el mundo y se está definiendo el proyecto de vida propio. Por lo mismo, el pronóstico respecto de la calidad de vida futura del paciente se encuentra íntimamente ligado al adecuado manejo de la enfermedad. El diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno son las bases sobre las cuales es posible la recuperación.

Algunas características clínicas y psicosociales presentes en el primer brote esquizofrénico, que van a incidir posteriormente en el pronóstico de la enfermedad se muestran en el Cuadro N° 3.

Cuadro N° 3: Primer brote esquizofrénico, algunas características clínicas y psicosociales

- ❑ La persona consulta, o es traído a consultar, por presentar prominentes síntomas positivos a pesar que los síntomas negativos también pueden estar presentes
- ❑ Generalmente no han tenido tratamiento previo
- ❑ Puede haber estado enfermo por un largo periodo antes de buscar ayuda
- ❑ Probablemente no tiene una información adecuada de la enfermedad y su tratamiento
- ❑ Probablemente culpa a otros por lo que le está sucediendo
- ❑ La familia puede no entender que las conductas del paciente son resultado de una enfermedad
- ❑ El diagnóstico puede no ser seguro
- ❑ Usualmente no saben como acceder a los servicios de salud mental.

CONSECUENCIAS DE LA ESQUIZOFRENIA

MORTALIDAD

Los índices de mortalidad en la población afectada de esquizofrenia son el doble de la población general. Este fenómeno ha sido asociado al descuido en el cuidado por parte de los propios pacientes y sus familias, a las pobres condiciones de vida, a enfermedades relacionadas con estilos de vida no saludables y a limitaciones en su acceso a los sistemas de salud.

Estudios recientes de pacientes viviendo en la comunidad muestran una alta incidencia de mortalidad por suicidio y por accidentes. El suicidio, en particular, es un problema a considerar, pues se estima un riesgo de vida para el suicidio de un 10%, el cual es 12 veces mayor que en la población general.

DISCAPACIDAD SOCIAL

Se considera una discapacidad a cualquier restricción o falta de habilidad para desarrollar una actividad en la manera o dentro del rango considerado normal para un individuo en su propio medio socio cultural. En la esquizofrenia, la discapacidad puede afectar el funcionamiento social en varias áreas, por ejemplo:

- Autocuidado (higiene, vestuario y alimentación).
- Rendimiento Ocupacional (trabajo remunerado, estudios, labores domésticas)
- Funcionamiento en Roles Familiares
- Funcionamiento en Roles Sociales (participación con otros miembros de la comunidad en actividades de esparcimiento y de otro tipo).

Orientaciones Técnicas: Tratamiento y Rehabilitación de las Personas Afectadas de Esquizofrenia

La discapacidad moderada a severa persistente afecta a aproximadamente el 40% de los varones, en contraste con el 25% de las mujeres que sufren la enfermedad. Existe evidencia que el grado de discapacidad social es más relevante como indicador de pronóstico que los síntomas clínicos.

ESTIGMA SOCIAL

Existe un estigma fuertemente asociado al diagnóstico de Esquizofrenia. De este se desprenden numerosas consecuencias adversas: el uso de un lenguaje peyorativo, barreras para encontrar trabajo o vivienda, acceso restringido a servicios sociales, escasas posibilidades de conseguir pareja, aumento de posibilidades de un mal tratamiento e institucionalización.

El estigma se encuentra profundamente enraizado en la sociedad, con grados variables según la cultura en la cual se desenvuelve el individuo. El estigma opera incluso -y eso es más grave- en los servicios de salud; a menudo de una manera sutil con actitudes de rechazo hacia los usuarios y perpetuando prácticas que favorecen la segregación, la dependencia y la falta de poder.

IMPACTO EN LOS CUIDADORES

Los datos disponibles muestran que la mayoría de las personas con esquizofrenia viven con sus familiares. El sufrimiento de los familiares y de otras personas viviendo en contacto con los pacientes debe ser considerado en varios aspectos:

- El deterioro económico relacionado con la necesidad de mantener al paciente y la pérdida de productividad de la familia.
- Las reacciones emocionales a la enfermedad tales como culpa y temor al futuro.
- El estrés de enfrentarse a conductas anormales.
- La interrupción de rutinas familiares.
- Los problemas derivados de enfrentar el retraimiento social y conductas interpersonales extrañas.
- Restricción de actividades sociales.

Existen estudios que muestran que el estrés familiar está mucho más relacionado con la apatía, la inactividad o la falla en cumplir con los deberes sociales por parte del paciente que con la presencia de síntomas positivos o trastornos conductuales. Otros estudios muestran que la hostilidad, la violencia y la interrupción de las rutinas familiares normales son las principales fuentes de desgaste familiar

COSTOS SOCIALES

La esquizofrenia es una enfermedad que afecta, preferentemente, a personas en su etapa productiva. Un estudio respecto de los pacientes en tratamiento en la Región Metropolitana realizado el año 1996, reveló que el 60% de estos corresponden a las categorías de adultos jóvenes, adultos y adultos medios, es decir, personas en plena edad laboral. Por otra parte, diversos estudios señalan que sólo alrededor del 10% de las personas afectadas por la

Orientaciones Técnicas: Tratamiento y Rehabilitación de las Personas Afectadas de Esquizofrenia

esquizofrenia se mantienen trabajando con un desempeño cercano al esperable para su condición previa.

Según el mismo estudio realizado en la Región Metropolitana, un 27% de los pacientes en tratamiento son adolescentes que están en etapa formativa y de construcción de su proyecto de vida, por lo tanto, la enfermedad puede tener un efecto devastador sobre su futuro.

La esquizofrenia tiene un importante peso en la mortalidad y discapacidad de una población. Para dimensionar la magnitud de este daño se utiliza un indicador que corresponde a los Años de Vida Saludable (AVISA) perdidos en un año determinado. Del total de años perdidos por todas las enfermedades en el país, la esquizofrenia es responsable de un 1,87%, ocupando el lugar número 14 en el ranking de las 100 enfermedades más importantes de Chile.

En relación con el total de AVISA perdidos por enfermedad psiquiátrica en Chile, la esquizofrenia es la causante del 15% de la pérdida en el grupo de edad entre los 15 y 44 años, ubicándose en el tercer lugar de importancia después de la dependencia alcohólica y los trastornos depresivos.

La carga económica que esta enfermedad genera para el país por menor productividad asociada a los Años de Vida Saludables perdidos, ha sido estimada en 85 mil millones de pesos.

La esquizofrenia genera costos directos derivados del valor de su tratamiento y costos indirectos derivados de sus complicaciones, de la menor productividad de los pacientes y del impacto que la enfermedad tiene sobre la productividad de todo el grupo familiar

Estudios realizados en Estados Unidos mostraron que el impacto económico de la esquizofrenia, tomando en cuenta los costos directos e indirectos, es cercano, en términos per cápita, a los costos estimados de una enfermedad crónica como la diabetes. Sin embargo, los costos indirectos mayores en el caso de la esquizofrenia indican la posibilidad de mayores ganancias, al reducir la morbilidad y la mortalidad a través del tratamiento, para la esquizofrenia que para la diabetes.

Capítulo II.

TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

PRINCIPIOS GENERALES

La experiencia clínica basada en la evidencia de las últimas décadas permite afirmar que los ejes sobre los cuales se sustenta un tratamiento eficaz y, por lo tanto, el pronóstico de la persona son la **pesquisa activa de la enfermedad, el diagnóstico correcto y el inicio precoz de un tratamiento** que integre las dimensiones farmacológicas y psicosociales y la **continuidad** de éste a lo largo de la evolución del cuadro clínico.

El tratamiento debe privilegiar en todo momento las **intervenciones ambulatorias**, restringiendo al máximo, y sólo para fines específicos, las hospitalizaciones.

Muchos pacientes requieren tratamiento y **cuidados de por vida**, con necesidad de apoyo para la realización de una buena parte de las actividades de su vida cotidiana y de su participación social. En la actualidad no existe cura para la enfermedad, sin embargo el tratamiento integral puede disminuir la morbilidad, mortalidad y discapacidades asociadas con la esquizofrenia.

Los objetivos generales de un tratamiento integral son disminuir la frecuencia, severidad y consecuencias de los episodios agudos así como maximizar el funcionamiento psicosocial entre los episodios. Los objetivos específicos dependen de la fase de la enfermedad así como de características propias del paciente. Desde la perspectiva de la persona afectada por la esquizofrenia, el objetivo primordial es **asegurar la mejor calidad de vida posible**.

Sin embargo, el logro de estos objetivos necesita del desarrollo de **variables extra-clínicas**, en el sentido que la integración social y la desestigmatización de las personas afectadas, que modulan también el curso de la enfermedad, corresponden a políticas de la sociedad en su conjunto

El tratamiento es una **labor de un equipo clínico multidisciplinario** que planifica junto al paciente y la familia, estrategias para abordar la globalidad de las dimensiones de la vida de la persona afectada. El seguimiento longitudinal de la evolución de un paciente por el mismo equipo contribuye a desarrollar una alianza terapéutica más fuerte permitiendo una buena adherencia al tratamiento y asegurando la continuidad de los cuidados.

El tratamiento debe **incorporar a los miembros de la familia** de la persona afectada, y/o a otras personas significativas, como actores fundamentales de la recuperación del paciente.

El desarrollo de un **plan de tratamiento** para un individuo con esquizofrenia requiere la consideración tanto de características actuales de la enfermedad (por ejemplo, síntomas

principales) como del curso longitudinal de ésta (por ejemplo, número y severidad de episodios previos).

Los síntomas y signos propios de la esquizofrenia, las actividades de la vida diaria, el nivel de funcionamiento en distintos roles y los efectos colaterales del tratamiento son áreas que **deben evaluarse a lo largo de todas las fases de la enfermedad**.

Se debe proporcionar al paciente y a su familia, cada cierto tiempo, la información acerca de su estado actual y solicitar su **consentimiento informado** para las distintas etapas del tratamiento.

TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS DE LA ESQUIZOFRENIA

Los antipsicóticos constituyen el principal tratamiento de la esquizofrenia. Todos los pacientes con esquizofrenia deben ser tratados con fármacos antipsicóticos (excepto por casos muy específicos).

El tratamiento de mantención con una dosis mínima efectiva reduce los efectos colaterales, previene las recaídas y mejora la recuperación funcional.

La adherencia al tratamiento es uno de los factores pronósticos más importantes en el largo plazo, por lo tanto debe ser facilitada por medidas tales como un régimen de tratamiento simple (por ejemplo, una toma diaria).

Se debe realizar una evaluación periódica del tratamiento tanto en los pacientes que responden como en los que no responden y en los que desarrollan efectos colaterales. Son útiles para ello las escalas estandarizadas.

A lo largo del curso de la enfermedad, el paciente y su familia deben ser informados de los riesgos y beneficios del tratamiento así como de la suspensión de éste.

FÁRMACOS ANTIPSICÓTICOS CONVENCIONALES

Los fármacos antipsicóticos convencionales poseen en común la capacidad de mejorar las alucinaciones el delirio, los trastornos del pensamiento y otras manifestaciones de las psicosis.

A pesar de las variaciones en su estructura, su mecanismo de acción común es el bloqueo de receptores D2 en regiones mesolímbicas y nigroestriatales. Ningún fármaco ha demostrado ser superior a los otros en eficacia, sin embargo, por una razón desconocida un paciente en particular puede responder a un medicamento y no a otro. Resulta útil, desde el punto de vista clínico, distinguir entre los neurolépticos de alta potencia y aquellos de baja potencia por el perfil de

efectos secundarios distinto para cada grupo. Los antipsicóticos convencionales de uso más frecuente se encuentran listados en la Tabla N° 2.

Tabla N° 2: Antipsicóticos convencionales, dosificaciones usuales.

Antipsicótico	Dosificación
Formulaciones Orales	
Clorpromazina	75 – 1000 mg/día
Haloperidol	2 – 20 mg/día
Tioridazina	100 – 600 mg/día
Pimozida	2 – 10 mg/día
Flupentixol	2 – 20 mg/día
Sulpiride	600 - 1800 mg/día
Periciazina	10 - 100 mg/ día
Formulaciones de Depósito	
Decanoato de Flufenazina	20 – 80 mg c/ 2 a 4 semanas
Decanoato de Haloperidol	30 – 150 mg c/ 2 a 4 semanas
Palmitato de Pipotiazina	25 – 250 mg c/ 3 a 4 semanas
Decanoato de Flupentixol	20 – 80 mg c/ 2 a 4 semanas
Decanoato de Zuclopentixol	100 – 400 mg c/ 2 a 4 semanas
Acetato de Zuclopentixol	50 – 150 mg c/ 2 a 3 días (max. 4 dosis)

Se ha demostrado la eficacia de los neurolepticos para disminuir los síntomas positivos de la fase aguda; en cambio su impacto para disminuir los síntomas negativos es modesto. Se ha demostrado su capacidad de prevenir recaídas en el tratamiento de mantención.

El tratamiento de mantención debe considerar la posibilidad del desarrollo de complicaciones del uso de los neurolepticos. Se recomienda, en general, el uso de la dosis más baja que permita un buen control de los síntomas.

El tratamiento de mantención a largo plazo se encuentra limitado por una serie de factores a considerar. En primer lugar, la existencia de importantes **efectos colaterales**, los que se muestran en el Cuadro N° 4.

La mayoría de los efectos colaterales son leves y limitados en el tiempo; sin embargo, algunos representan problemas serios y requieren atención especial.

Cuadro N° 4: Neurolépticos, efectos colaterales.

- ❑ **Efectos Neurológicos:**
 - Distonía Aguda
 - Acatisia
 - Síndrome Parkinsoniano
 - Diskinesia Tardía
 - Síndrome Neuroléptico Maligno
 - Sedación
 - Convulsiones
- ❑ **Efectos Anticolinérgicos:** boca seca, visión borrosa, retención urinaria, constipación.
- ❑ **Efectos Antiadrenérgicos:** taquicardia, hipotensión postural.
- ❑ **Efectos Endocrinos:** amenorrea, galactorrea, ginecomastia.
- ❑ **Aumento de Peso**
- ❑ **Efectos en la Función Sexual:** disminución de la libido, disfunción eréctil, anorgasmia
- ❑ **Efectos Dermatológicos:** rash cutáneo, fotosensibilidad, cambios pigmentarios.
- ❑ **Efectos Oculares:** depósitos de cristales en la cornea y el cristalino.
- ❑ **Efectos Hematológicos:** leucopenia benigna

Los efectos colaterales de tipo neurológico son los más frecuentes y llamativos y contribuyen poderosamente a la discontinuación del tratamiento por el paciente.

La **distonía aguda** corresponde a contracciones involuntarias de los músculos del cuello, mandíbula y cara, que pueden ser dolorosas y muy molestas. Pueden producirse muecas faciales, tortícolis, crisis oculogiras y espasmos del cuello con torsión de la cabeza. Habitualmente se producen al inicio del tratamiento o con los aumentos de dosis. Son más frecuentes al emplear neurolépticos de mayor potencia.

La **acatisia** es un deseo constante de estar en movimiento, o intranquilidad motora. Los pacientes lo refieren como "nerviosismo" o "inquietud". Puede ser erróneamente interpretado como ansiedad o agitación. Es muy frecuente y puede presentarse en cualquier momento del tratamiento, sobre todo al inicio de éste.

El **síndrome parkinsoniano** es muy común y se manifiesta por acinesia, inexpresividad facial, disminución de movimientos espontáneos y temblor de reposo. El paciente arrastra los pies, se mueve en bloque, tiene hipersalivación y su conversación es monótona y lenta. Es más acentuado en pacientes geriátricos y con deterioro orgánico cerebral.

La **diskinesia tardía** es una complicación severa del uso prolongado de antipsicóticos. Consiste en movimientos involuntarios de la lengua, la boca, la cara y la mandíbula, que pueden extenderse a las extremidades o al diafragma. Puede ser gravemente incapacitante afectando incluso la marcha, la deglución y la respiración. Se estima que está presente en distintos grados

hasta en un 20% de los pacientes. El riesgo de desarrollar diskinesia tardía aumenta con los tratamientos prolongados y aparentemente también con el uso de dosis elevadas de neurolépticos.

El **síndrome neuroléptico maligno** es una complicación rara pero potencialmente fatal. Consiste en inestabilidad autonómica, confusión mental, hipertonía muscular grave e hipertermia. La hipertonía muscular produce un aumento de la creatínfosfoquinasa (CPK) plasmática, cuya medición sirve para confirmar el diagnóstico y monitorizar la evolución. Es una reacción ideosincrática que se puede producir con el uso de cualquier neuroléptico y que puede aparecer en cualquier momento del tratamiento. Progresará rápidamente en dos o tres días y tiene una mortalidad estimada de más de un 20%.

La **sedación** es un efecto producido por todos los neurolépticos en mayor o menor grado. En general, los más sedantes son los de baja potencia (como la clorpromazina). Se desarrolla tolerancia a este efecto al cabo de algunas semanas de tratamiento.

Las **convulsiones** pueden ser un riesgo, sobre todo en los pacientes epilépticos. Todos los antipsicóticos pueden reducir el umbral convulsivo pero las fenotiazinas de baja potencia parecen ser las que más producen este efecto.

La resistencia al tratamiento es otro aspecto importante. El 20 al 30% de los pacientes no responden al tratamiento agudo y un porcentaje similar recae a pesar de un tratamiento de mantención adecuado. No existe aún una explicación para este hecho.

Un problema de la mayor relevancia es la falta de adherencia al tratamiento. Un 50% de los pacientes ambulatorios y un 20% de los pacientes internados no toman los medicamentos de la forma prescrita. Ni siquiera el uso de formulaciones de depósito ha logrado resolver este problema.

Los factores involucrados podrían ser: una mala relación con el equipo de salud, efectos colaterales demasiado perturbadores, falta de conciencia de enfermedad, inadecuada información respecto de los medicamentos o, concepciones del paciente acerca de los efectos de los medicamentos. Cualquiera sea el caso, la principal limitación del tratamiento farmacológico es la negativa activa del paciente a tomar los medicamentos.

FARMACOS ANTIPSICOTICOS ATIPICOS

Los fármacos antipsicóticos atípicos representan una alternativa a los convencionales. En la actualidad se dispone de varios fármacos de este tipo y, presumiblemente, su número aumentará en el futuro.

No se ha logrado consenso aún en qué consiste precisamente la "atipicidad" de estos nuevos fármacos. Se han señalado algunas características que pueden ser indicadoras de esta condición. Una de ellas es la escasa incidencia con que se inducen efectos motores de tipo extrapiramidal.

La diskinesia tardía prácticamente no se presenta al usar estos fármacos. Otra característica importante es la baja capacidad de producir aumento de la prolactina, lo que se asocia a ausencia de disfunción sexual o irregularidades del ciclo menstrual. Una tercera característica sería su eficacia sobre un rango de síntomas mucho más amplio que el cubierto por los antipsicóticos convencionales. Los atípicos han demostrado eficacia sobre los síntomas positivos, negativos, afectivos y cognitivos de la esquizofrenia.

Estos fármacos comparten dos características principales: acción a nivel mesolímbico con escaso efecto a nivel nigroestriatal y una afinidad de receptores mayor para 5-HT₂ que para D₂. Esto se traduce en un efecto sobre los síntomas psicóticos con baja incidencia de síntomas extrapiramidales. Los antipsicóticos atípicos actualmente disponibles en el país y su perfil de afinidades por distintos receptores se muestran en la Tabla N° 3.

Tabla N° 3: Antipsicóticos atípicos, afinidad de receptores.

	D1	D2	5-HT _{1A}	5-HT _{2A}	Alfa 1	Alfa 2	H1	M1
Clozapina	++	++	+	+++	+++	+++	++++	++++
Olanzapina	+++	+++	-	++++	+++	-	++++	+++++
Risperidona	++	++++	++	+++++	++	+++	++	-
Quetiapina	+	++	-	+	++++	+	++++	-
Ziprasidona	+	++++	agonista	++++	++	-	+	-

++++ alta, + baja, - nula

La **Clozapina** ha demostrado su utilidad como antipsicótico, tanto sobre los síntomas positivos como los negativos y se distingue de otros por su ausencia de efectos colaterales extrapiramidales. Mejora, además, los síntomas afectivos y cognitivos de la esquizofrenia. Sus efectos son muy superiores a los de los neurolepticos típicos en el sub grupo de los pacientes con esquizofrenia resistente.

Sus efectos colaterales más comunes relacionados con la dosis son la sedación, el aumento de peso, la salivación excesiva, la taquicardia, la hipotensión ortostática y la fiebre. Los tres primeros se presentan en casi todos los pacientes. Existe también el riesgo de la ocurrencia de convulsiones lo cual también está relacionado con la dosis. No se ha descrito la ocurrencia de diskinesia tardía.

El efecto colateral más importante, de tipo ideosincrático, es la agranulocitosis que se produce en el 1% de los pacientes tratados con clozapina.

La **Risperidona** ha mostrado eficacia en el tratamiento de los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia y es posible que también tenga efecto sobre los síntomas cognitivos.

Orientaciones Técnicas: Tratamiento y Rehabilitación de las Personas Afectadas de Esquizofrenia

Los efectos colaterales de tipo extrapiramidal son dependientes de la dosis y son marcadamente menores que los producidos por los antipsicóticos convencionales. La risperidona provoca sedación, hipotensión ortostática, aumento de peso, aumento de la prolactina, galactorrea y trastornos menstruales. Se han descrito casos aislados de síndrome neuroléptico maligno y se desconoce su riesgo de provocar diskinesia tardía.

La **Olanzapina** tiene efectos superiores a los neurolépticos convencionales sobre los síntomas positivos y sobre los síntomas negativos. Posee también efecto sobre los síntomas afectivos.

Su perfil de acción sobre los receptores es similar al de la clozapina pero carece de hematotoxicidad. Los efectos colaterales más comunes son la sedación, la hipotensión ortostática y el aumento de peso. La olanzapina no provoca efectos extrapiramidales ni aumento de la prolactina significativos.

La **Quetiapina** posee un perfil de acción sobre diversos receptores similar a la clozapina, pero está desprovista de hematotoxicidad. Ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de síntomas positivos y negativos.

En los tratamientos a largo plazo se ha descrito un aumento de la posibilidad de desarrollar cataratas, por lo que su uso requiere un control oftalmológico cada seis meses.

La **Ziprasidona** posee un perfil atípico y ha mostrado eficacia para tratar los síntomas positivos, cognitivos y cognitivos de la esquizofrenia. Una característica interesante es que su administración se asocia menos a aumento de peso que otros atípicos. También se encuentra disponible en forma inyectable.

Dentro de sus efectos colaterales se han descrito algunas anomalías electrocardiográficas cuyo potencial riesgo se encuentra en estudio.

La Tabla N° 4 muestra un resumen comparativo del perfil de efectos colaterales más significativos de los distintos antipsicóticos.

Tabla N° 4: Fármacos antipsicóticos, efectos colaterales.

Efectos Colaterales	Antipsicóticos Convencionales	Clozapina	Olanzapina	Risperidona	Quetiapina	Ziprasidona
Agranulocitosis	+/-	++	+/-	+/-	+/-	+/-
Efectos anticolinérgicos	+/- a +++	+++	+ a ++	+/-	+/-	+/-

Orientaciones Técnicas: Tratamiento y Rehabilitación de las Personas Afectadas de Esquizofrenia

Síndrome extrapiramidal	+ a +++	0 a +-	0 a +-	+ - a +	0 a +-	0 a +-
Hipotensión ortostática	+ a +++	+++	+	++	++	+
Convulsiones	+ - a +	++ a +++	+ -	+ -	+ -	+ -
Elevación de prolactina	++ a +++	0	+ -	++ a +++	+ -	+ -
Sedación	+ a +++	+++	++	+	++	+
Diskinesia tardía	+++	0	+ -	+ -	+ -	+ -
Aumento de peso	+ a ++	+++	++ a +++	+ a ++	+ a ++	+

+ bajo, +++ alto, +- bajo a nulo, 0 nulo

TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

La **terapia electroconvulsiva** es un tratamiento seguro y efectivo que puede ser considerada como coadyudante del tratamiento farmacológico en los pacientes con mala respuesta en la fase aguda. Existe evidencia que la terapia electroconvulsiva produce un significativo alivio sintomático en pacientes de menos de un año de evolución, pero que sus resultados son modestos en la esquizofrenia de curso crónico.

El tratamiento se asocia con un estado confusional post ictal transitorio. El principal efecto secundario es la interferencia en la memoria anterógrada y retrógrada. Este efecto también es transitorio y se resuelve en las semanas siguientes al tratamiento, excepto por el olvido de eventos biográficos cercanos al uso de la terapia electroconvulsiva el cual puede persistir por lapsos más prolongados.

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES PARA PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

El manejo óptimo de la persona con esquizofrenia requiere la integración del tratamiento médico con intervenciones psicosociales.

La rehabilitación psicosocial es mucho más que un conjunto de técnicas, es una filosofía asistencial que ofrece una visión de la enfermedad mental en la cual la dimensión socio ambiental tiene tanta importancia como la visión biológica y donde la supervisión de la discapacidad y la minusvalía es tan importante como el tratamiento de los síntomas.

Las intervenciones psicosociales efectivas reducen las readmisiones hospitalarias, previenen las recaídas, disminuyen los síntomas, mejoran el funcionamiento social y ocupacional, aumentan la capacidad para funcionar independientemente y proveen de soporte a los familiares y cuidadores.

Así, mientras que la farmacoterapia apunta a la supresión de los síntomas, las intervenciones psicosociales están dirigidas a otorgar apoyo emocional y a superar los déficits específicos asociados a la esquizofrenia.

Los tratamientos psicosociales son interpersonales e implican la ejecución de variados roles por parte de los distintos miembros del equipo: como gestores, para la coordinación de servicios adaptados al tratamiento; como educadores, para otorgar educación sobre la enfermedad y cómo enfrentarla; como amigos, para proveer apoyo y motivación; como terapeutas entrenados, para promover las estrategias para el enriquecimiento interpersonal y como profesional de la salud, para otorgar el tratamiento bio-médico que corresponde.

La intensidad de cada componente de las intervenciones psicosociales debe ser ajustada a las necesidades del paciente y su familia. Las metas propuestas se deben re evaluar periódicamente. Intervenciones más intensivas son necesarias el primer año siguiente a un episodio agudo; para muchos pacientes la intensidad puede ir decreciendo paulatinamente.

PSICOEDUCACION

Se ha demostrado que la educación acerca de la enfermedad mejora la adherencia al tratamiento y el pronóstico. La educación abarca al paciente y a sus cuidadores. Se puede realizar en forma individual o en grupos. Es una necesidad continua; incluso quienes ya la han recibido se benefician de periódicas puestas al día.

La psicoeducación facilita a la familia la aceptación de la enfermedad y las limitaciones del paciente, integrándola de una manera activa al tratamiento. El contacto más estrecho con la familia asegura una colaboración más confiable y cordial y abre un espacio para intervenciones destinadas a mejorar la relación y la comunicación entre los distintos miembros de ella. La psicoeducación cumple así un rol preventivo.

Los contenidos deben incluir, a lo menos:

- Naturaleza de la enfermedad.
- Manifestaciones clínicas.
- Importancia de factores como el estrés, la vulnerabilidad, la comunicación, etc.
- Tratamiento farmacológico (importancia, beneficios, efectos colaterales, alternativas).
- Tratamiento Psicosocial (importancia, beneficios, alternativas).
- Derechos y alternativas de apoyo social.
- Reconocimiento precoz de síntomas y signos de descompensación.
- Reconocimiento de complicaciones (abuso de alcohol y drogas, conductas de riesgo).
- Reconocimiento de signos de alerta de riesgo de suicidio.

PSICOTERAPIA

La Psicoterapia dirigida a pacientes con esquizofrenia deberá considerar para su desarrollo, el momento de evolución de la enfermedad, la capacidad del paciente para establecer una alianza terapéutica y la disponibilidad y estabilidad de los terapeutas para proporcionar un encuadre estructurado y estable en el tiempo.

De acuerdo a la experiencia clínica de autores nacionales y extranjeros, la función de la psicoterapia individual o grupal para pacientes estabilizados en su sintomatología psicótica es proporcionar alivio y contención de las ansiedades paranoides, elaborar las fantasías acerca de la enfermedad, propiciar una adecuada toma de conciencia y aceptación emocional de la enfermedad y trabajar las dificultades actuales en el marco de su historia personal.

De acuerdo a la literatura clínico descriptiva, los mejores resultados se han conseguido con terapias individuales o grupales que emplean combinaciones de apoyo, educación, entrenamiento de funciones cognitivas y entrenamiento de habilidades sociales.

Estudios controlados recientes muestran que las estrategias de apoyo orientadas a la realidad aparecen tan efectivas, sino mejores, que los tratamientos orientados al “insight” en términos de recaídas y ajuste socio laboral.

Otra modalidad de trabajo que parece ser exitosa se centra, desde el modelo cognitivo, en la respuesta subjetiva a los pensamientos y percepciones disfuncionales. Intenta modificar las creencias asociadas con los delirios y las maneras de responder a las alucinaciones.

Las intervenciones terapéuticas en la fase aguda pueden estar dirigidas al núcleo familiar del paciente para el abordaje y contención de las vivencias respecto de la enfermedad de su familiar y para intervenir en la dinámica familiar en aquellos aspectos que modulan la evolución y pronóstico de la enfermedad.

Las técnicas orientadas al insight pueden prolongar la desorganización durante la fase aguda y precipitar recaídas. Estas estarían indicadas sólo en un pequeño número de pacientes, con una remisión estable, con buena adherencia al tratamiento farmacológico y con una muy buena alianza terapéutica.

INTERVENCIONES FAMILIARES

Existen numerosos estudios respecto de cómo las interacciones familiares y las creencias y expectativas de los miembros de la familia afectan el curso y el pronóstico de la enfermedad. Por esta razón, el trabajo con la familia debe ser parte de cualquier programa de manejo de pacientes con esquizofrenia.

Orientaciones Técnicas: Tratamiento y Rehabilitación de las Personas Afectadas de Esquizofrenia

Algunos miembros de la familia, especialmente aquellos que tienen poco conocimiento de las manifestaciones conductuales de la esquizofrenia pueden ser altamente críticos o sobre protectores y, con estas actitudes, aumentar significativamente el riesgo de recaídas.

La familia es, en la mayoría de los casos, la principal fuente de cuidado de los pacientes esquizofrénicos. Las intervenciones familiares están destinadas a fortalecer los recursos de esta unidad, a través de las siguientes líneas de acción:

- Comprometer en forma temprana a la familia en el tratamiento en una atmósfera sana.
- Proveer a la familia con información actualizada (modelo de la vulnerabilidad, factores de riesgo, cambios en el pronóstico, lógica de los tratamientos, etc.).
- Ayudar a los miembros de la familia a desarrollar habilidades de comunicación, mejorando la expresión de emociones tanto positivas como negativas en un ambiente constructivo.
- Entrenar en resolución de problemas para manejar las dificultades derivadas de la convivencia con el paciente, para enfrentar eventos estresantes, para anticipar posibles dificultades, etc.
- Contribuir a la resolución adecuada de las crisis.

Estas intervenciones educacionales deben ser complementadas a menudo con intervenciones específicas para cada familia. La visita domiciliaria es una actividad fundamental para conocer las dinámicas familiares.

Las intervenciones familiares no deben reservarse sólo a las familias con alta expresividad emocional (crítica, hostilidad, sobre implicación), sino debieran ser partes del plan de tratamiento de todo paciente, como un programa estructurado a desarrollar, a lo menos, durante el curso del primer año de evolución.

Estas intervenciones familiares deben ser entendidas no como una intervención de apoyo de largo plazo, sino como una serie de intervenciones breves y específicas, que pueden ser necesarias en distintos momentos del curso longitudinal de la enfermedad, destinadas al abordaje de situaciones que afectan la estabilidad del paciente. Los estudios no muestran diferencias significativas entre las distintas modalidades usadas (más intensivas o menos intensivas).

Hay que tomar la precaución de no involucrar en forma demasiado prematura, a un paciente agudo, en sesiones familiares altamente estresantes para su estado psicopatológico.

MANEJO AMBIENTAL

La gran vulnerabilidad frente al estrés que presentan las personas afectadas de esquizofrenia es una característica que favorece la aparición de síntomas psicóticos o de conductas muy perturbadoras en pacientes previamente estabilizados. El ambiente altamente desestructurado en el cual muchas veces se desenvuelven los pacientes (por ejemplo, falta de contención familiar,

vagancia, uso de drogas, etc.), el medio agresivo y violento en el cual viven, y el rechazo social que sufren por su enfermedad, son algunas de las variables que contribuyen a una mala evolución.

La intervención por parte del equipo terapéutico sobre estas y otras variables puede contribuir a la estabilidad sintomática del paciente. Una intervención destinada a estructurar las rutinas del paciente, su vinculación con algún grupo organizado de la comunidad, o la residencia transitoria en un hogar protegido, son ejemplos de intervenciones simples que mejoran significativamente el pronóstico de la persona mediante la disminución del estrés ambiental.

El manejo ambiental supone, para su éxito, un conocimiento acabado de las condiciones concretas de vida de los pacientes, por lo tanto, requiere una labor centrada principalmente en la comunidad donde éstos residen. La implementación de las intervenciones necesita de la coordinación de múltiples recursos propios de los servicios de salud (por ejemplo, del consultorio del sector) y comunitarios (por ejemplo, del grupo de iglesia a la cual pertenece el paciente). Es necesario considerar que el ambiente es esencialmente dinámico, por lo cual se debe estar evaluando permanentemente la pertinencia de las intervenciones en curso.

REHABILITACION

La esquizofrenia provoca una discapacidad de largo plazo en una gran proporción de los pacientes. Esto a llevado a desarrollar una serie de técnicas de rehabilitación con énfasis más en la función que en los síntomas. El objetivo es optimizar el desempeño en roles sociales, vocacionales, educacionales y familiares alcanzando la mejor calidad de vida y productividad posible.

Resulta imprescindible para el desarrollo de un programa de rehabilitación el que este se ajuste a las necesidades de cada individuo para lo cual se requiere un diagnóstico exhaustivo de las discapacidades en las distintas áreas y planes personalizados de tratamiento que se vayan adaptando a lo largo del tiempo.

La motivación del paciente es el principal predictor de éxito, por lo tanto se deben elaborar estrategias que partan de las áreas de interés del paciente.

Actividades de la vida diaria:

Una de las tareas de cualquier programa de rehabilitación es la recuperación de los hábitos básicos (higiene personal, vestimenta, auto cuidado) y la adaptación a las rutinas de su grupo familiar. Un paciente incapaz de desarrollar las actividades de la vida diaria está severamente discapacitado, susceptible de ser estigmatizado y discriminado y, por lo mismo, limitado en su posibilidad de adquirir habilidades más complejas.

Existe un segundo nivel de entrenamiento, denominado instrumental, que tiene que ver con actividades más complejas como comprar, planificar el día, preparar alimentos, realizar trámites en servicios públicos, utilizar la locomoción colectiva, etc.

El entrenamiento y reforzamiento en las actividades de la vida diaria debiera ser un continuo a lo largo de toda la enfermedad. Debieran participar en él todas las personas que tienen mayor contacto con el paciente, especialmente terapeutas ocupacionales, enfermeras y la familia. El terapeuta ocupacional debiera evaluar el nivel de funcionamiento del paciente y diseñar un plan que estructure la vida diaria del paciente como una guía para la familia.

Entrenamiento en Habilidades Sociales:

Se refiere a un tipo de intervención basadas en las teorías de aprendizaje social que busca estimular y reactivar las habilidades perceptuales, motoras e interpersonales consideradas relevantes para alcanzar una adaptación en la comunidad, el mayor grado de independencia posible, y relaciones sociales ricas.

Existe evidencia de la eficacia del entrenamiento en la mantención en el largo plazo de las conductas aprendidas. Estudios de seguimiento en la comunidad muestran diferencias en la mejoría en el ajuste social entre los pacientes que han completado su entrenamiento en ambientes asistenciales y los pacientes que realizan su entrenamiento en la comunidad, con muchos mejores resultados para estos últimos. En ambos casos se logran significativas disminuciones en los niveles sintomáticos y en las recaídas.

Las habilidades a entrenar van desde el mantenimiento del contacto visual hasta situaciones mucho más complejas como la comunicación y la asertividad. El formato más adecuado es el entrenamiento en grupo por un terapeuta entrenado. Se privilegian los ejercicios de diálogo abierto, de juego de roles y el entrenamiento *in vivo* en la comunidad.

Rehabilitación vocacional:

Si bien la mayoría de los pacientes pueden tener logros en esta área, los estudios muestran mucho mejores resultados en pacientes que viven en la comunidad, con una mínima historia de hospitalizaciones psiquiátricas. Los pacientes con un mejor pronóstico de rehabilitación laboral son aquellos para quienes la competencia laboral es percibida como un logro personal, que tienen una historia previa de competencia laboral o que poseen buenos hábitos pre ocupacionales.

Un factor a considerar es la expectativa, generalmente irreal, del paciente y de su familia respecto de las posibilidades de acceder a estudios superiores o a trabajos calificados con buena remuneración. Se debe trabajar con ellos para adecuar las expectativas a las posibilidades. Sin perjuicio de lo anterior, la meta para los pacientes afectados de un primer episodio de esquizofrenia debe ser el retorno a sus estudios o a su trabajo. Se deben dar los apoyos necesarios para ello.

El rango de servicios ocupacionales para personas con esquizofrenia que cumplen los criterios anteriores debiera incluir:

- Entrenamiento pre ocupacional.
- Empleos protegidos transitorios.
- Apoyo en el trabajo.
- Servicios de consejería vocacional y educacional.

Los resultados de los programas de entrenamiento en ambientes asistenciales o en empleos protegidos han sido cuestionados en su capacidad de lograr que el paciente pueda trabajar posteriormente en un empleo no protegido.

Debe hacerse un esfuerzo para conseguir que el ambiente en que se rehabilite a las personas sea, en lo posible, un ambiente de trabajo normal. Se debe evitar la segregación en condiciones demasiado especiales que desvirtúan el sentido del trabajo transformándolo sólo en un “estar ocupado”.

Utilización del tiempo libre:

Las personas necesitan tener acceso real al uso placentero de su tiempo libre, sea en actividades de tipo cultural, deportivo u otro. Por lo tanto un programa de rehabilitación debe incluir actividades destinadas a mantener y facilitar el acceso a las mencionadas oportunidades.

Cuando esto no sea suficiente, se puede promover la formación de **Clubes Sociales**. Estos espacios son ámbitos de socialización e inclusión programada en actividades culturales, deportivas y de esparcimiento en los que el tiempo se estructure de la manera más parecida a la vida social de las demás personas. Se debe impulsar y promover su inclusión en el tejido social con otras formas naturales de asociacionismo de tal forma de no contribuir aún más a la segregación.

ORGANIZACIÓN Y DERECHOS

La enfermedad mental implica, entre muchas otras cosas, la pérdida del lugar que la persona afectada ocupaba en la sociedad. Por lo tanto, la recuperación de la capacidad de ejercer los derechos de ciudadanía constituye uno de los puntos esenciales para evitar la estigmatización de estas personas y atenuar el riesgo de exclusión socio comunitaria.

En primer lugar es necesario destacar que toda persona que lo precise tiene derecho a acceder a un tratamiento psiquiátrico otorgado conforme a una buena y actualizada práctica clínica especializada y a los medios disponibles para ello.

Orientaciones Técnicas: Tratamiento y Rehabilitación de las Personas Afectadas de Esquizofrenia

El Estado debe velar, a través de sus organismos competentes, por la protección de los derechos de las personas afectadas de esquizofrenia. Estos derechos comprenden aspectos relativos a las condiciones en las cuales se debe llevar a cabo el tratamiento y otros relativos a su integración social

El goce real de estos derechos es una función dinámica más del contexto cultural y económico que de la discapacidad misma. La asociación y colaboración efectiva entre los pacientes, los familiares y otros interesados es una parte fundamental en la posibilidad de ejercer esos derechos.

La formación de **Asociaciones de Usuarios**, de familiares y de voluntarios, que hagan factible el que sus opiniones sean escuchadas y tenidas en cuenta, ha contribuido decididamente a la incorporación del concepto derechos de los pacientes en las discusiones sobre los planes y programas destinados a servirlos. Paulatinamente se han ido transformando de beneficiarios a participantes de las políticas de salud mental. Este tipo de asociaciones puede asumir directamente también la gestión de proyectos y dispositivos en beneficio de los pacientes.

www.serviciodesaludaconcagua.com

Capítulo III.

MANEJO DE LA FASE AGUDA DE LA ESQUIZOFRENIA

Durante la fase aguda de una exacerbación psicótica la meta es reducir los síntomas agudos y concomitantemente mejorar el funcionamiento social. La colaboración y compromiso con los familiares y otros cuidadores debiese comenzar en esta fase, cuando su motivación es más alta, y continuar durante todo el tratamiento.

La principal tarea del equipo clínico es calibrar la dosis justa, tanto del tratamiento farmacológico como de las intervenciones psicosociales, de acuerdo con el estado del paciente.

Se debe prestar especial atención a la presencia de ideación o intentos suicidas o de alucinaciones de comando y tomar las precauciones que el caso requiera. De igual forma, se debe valorar el riesgo de conductas violentas hacia terceros. La coexistencia de abuso de sustancias aumenta significativamente el riesgo de conductas hétero o auto agresivas.

Durante la fase aguda, el paciente debiese ser tratado de la manera menos restrictiva posible de acuerdo a su estado. El equipo clínico debe valorar los riesgos y beneficios de diferentes alternativas considerando las condiciones clínicas del paciente, la necesidad de tratamientos específicos, el funcionamiento familiar, el soporte social, las preferencias del paciente y su familia, y los recursos terapéuticos disponibles en los distintos lugares.

EVALUACION CLINICA DE UN PACIENTE EN FASE AGUDA

Todo paciente debiese ser sometido a un procedimiento de evaluación inicial que incluya una completa historia psiquiátrica y médica, examen físico y examen mental.

Resulta fundamental realizar una evaluación médica general de las personas afectadas por un episodio psicótico. Esta evaluación contribuye tanto a la clarificación del diagnóstico psiquiátrico como al diagnóstico de posibles enfermedades intercurrentes y a la evaluación de algunos órganos y sistemas susceptibles de ser afectados por el tratamiento farmacológico. En el Cuadro N° 5 se muestran los aspectos mínimos a considerar en una evaluación médica.

Cuadro N° 5: Episodio psicótico, evaluación médica.

Recomendado para todos los pacientes

- Historia médica y examen físico
- Screening para drogas
- Hemograma

- Glicemia
- Electrolitos plasmáticos
- Función hepática
- Función renal
- Función tiroidea
- Examen de orina completo

Considerar dependiendo de las circunstancias

- TAC o RNM de encéfalo
- Electroencefalograma
- Test de embarazo
- Electrocardiograma
- Pruebas psicológicas generales
- Pruebas neuropsicológicas
- Detección de VIH

Conjuntamente con la evaluación médica se debe realizar una evaluación tanto de los factores de vulnerabilidad psicosocial como de los factores que pueden contribuir a la recuperación. Es necesario evaluar los estresores ambientales, el ambiente familiar, el nivel de funcionamiento del paciente previo a su episodio psicótico, sus redes sociales, etc.

Para el diagnóstico psicosocial se debe recurrir a la información proporcionada por el paciente, a las entrevistas con los familiares y otras personas cercanas, a la información que puedan proporcionar los profesionales de la salud que han tenido contacto previamente con el paciente (médico general, personal del consultorio, etc.), a la visita domiciliaria y a toda otra fuente que permita conocer el entorno del paciente y las circunstancias en las cuales se produce la descompensación.

MANEJO DE LA FASE AGUDA

Los objetivos específicos de esta etapa son prevenir daños, controlar las conductas perturbadoras, eliminar los síntomas, conseguir un rápido retorno al mejor nivel de funcionamiento, desarrollar una alianza con la familia, formular planes de tratamiento en el corto y el largo plazo y conectar al paciente con las instancias de tratamiento ambulatorio.

Se deben realizar todos los esfuerzos posibles por mantener al paciente en un ambiente que no favorezca el deterioro de sus hábitos y conductas. De ser necesaria la hospitalización ésta debe ser lo más breve que su estado lo permita.

En esta etapa las intervenciones psicosociales están orientadas a reducir las situaciones ambientales estresantes o sobre demandantes. Se debe favorecer un ambiente tolerante, con bajas exigencias de desempeño.

Se debe dar información al paciente respecto de la naturaleza de su enfermedad y de los riesgos y beneficios del tratamiento. En determinadas situaciones es necesario iniciar el tratamiento pese a la oposición del paciente. En ese caso, se debe conseguir el consentimiento de los familiares responsables. De no ser así, esta circunstancia debe quedar establecida en los registros clínicos.

Así mismo, se debe comenzar o reforzar la psico-educación de los familiares. Cuando esto sea posible, se debe estimular el contacto de las familias con las organizaciones de autoayuda y con otros dispositivos de apoyo, de tratamiento y de rehabilitación.

EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PRIMER BROTE ESQUIZOFRENICO

El diagnóstico adecuado y, por lo tanto el tratamiento precoz de un primer brote esquizofrénico resultan definitorios en el pronóstico de la enfermedad. Se debe enfatizar el uso de todos los recursos clínicos y tecnológicos (laboratorio, imagenología, etc.) necesarios para ello. El Cuadro N° 6 muestra algunas características clínicas que contribuyen al diagnóstico diferencial

El tratamiento debe ser enfocado a evitar al máximo el deterioro del paciente utilizando para ello los mejores recursos farmacológicos de que se disponga y con intervenciones psicosociales destinadas a favorecer la rápida reinserción del paciente en su medio natural. Se deben privilegiar las intervenciones destinadas a apoyar la permanencia del sujeto en sus actividades habituales.

La hospitalización puede estar indicada para propósitos diagnósticos, establecer un tratamiento farmacológico y el control de la sintomatología más disruptiva como agitación o intento de suicidio. La hospitalización debe ser breve y se debe contar con posibilidades reinsertar al paciente en la comunidad o de integrarlo a instituciones tales como hospitales de día, centros de rehabilitación, etc. La hospitalización prolongada favorece la tendencia a la cronicidad.

Cuadro N° 6: Primer Brote Esquizofrénico, elementos para el diagnóstico diferencial	
Diagnostico diferencial	Características clínicas
Episodio psicótico secundario a una enfermedad médica, delirium o demencia	Los síntomas psicóticos son consecuencia fisiológica de una condición médica general
Episodio psicótico inducido por sustancias	Los síntomas psicóticos son iniciados y mantenidos por una sustancia psicoactiva
Trastorno esquizoafectivo	Síntomas del ánimo presentes por un tiempo significativo de la duración total de la enfermedad.
Trastorno del ánimo con síntomas psicóticos	Los síntomas psicóticos se producen sólo durante el transcurso de un trastorno del ánimo

Orientaciones Técnicas: Tratamiento y Rehabilitación de las Personas Afectadas de Esquizofrenia

Trastorno esquizofreniforme	Duración de los síntomas entre 1 y 6 meses; no hay deterioro de la actividad
Trastorno psicótico reactivo breve	Duración de los síntomas menores a 1 mes; presencia de un evento desencadenante de alto impacto emocional.
Trastorno delirante	Delirio no bizarro; ausencia de alucinaciones, de desorganización del lenguaje y la conducta, o de síntomas negativos
Trastornos del desarrollo	Inicio temprano (por ejemplo, antes de los 3 años para el autismo), ausencia de alucinaciones o delirios prominentes
Trastornos de personalidad esquizotípica, esquizoide o paranoide	Ausencia de síntomas psicóticos claros y prominentes

RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS PARA LA FASE AGUDA.

1. Para una persona que experimenta síntomas agudos de esquizofrenia debiera utilizarse como droga de primera línea un fármaco antipsicótico distinto de la clozapina. Considerando aspectos relativos a la eficacia, la seguridad y al costo de los medicamentos, una estrategia recomendable es el uso como fármacos de primera línea de los antipsicóticos típicos, y en caso de no haber una buena respuesta, el cambio a antipsicóticos atípicos. Las dosis recomendada corresponden al rango equivalente a una dosis entre 300 y 1000 mg de Clorpromazina por día, por un mínimo de 6 semanas. Las razones para dosis fuera de ese rango debieran ser justificadas. Las equivalencias de algunos antipsicóticos se muestran en la Tabla N° 5.
2. En el caso de las personas que experimenten su primer episodio psicótico, debiera intentarse con dosis cercanas al extremo inferior del rango.
3. La elección del fármaco debiera ser hecha sobre la base de la aceptabilidad para el paciente, la respuesta previa individual, el perfil de efectos colaterales y la planificación del tratamiento a largo plazo. Un factor de la mayor importancia a considerar para evaluar la factibilidad del tratamiento es el costo en el largo plazo.
4. La dosificación del fármaco es un proceso empírico. Se debe tener en cuenta las propiedades farmacocinéticas de los distintos medicamentos para evaluar la respuesta particular de cada paciente. Se debe tener paciencia y evitar la rápida escalada de las dosis.
5. No es recomendable el uso de neurolépticos de depósito para el tratamiento de una fase aguda ya que éstos toman meses en alcanzar su estado estable y son eliminados muy lentamente. Producto de lo anterior, resulta muy difícil la dosificación del fármaco. La excepción la

constituyen los pacientes que ya están en tratamiento con preparaciones de depósito y aquellos con una muy mala adhesividad al tratamiento.

6. Existe una tendencia en la actualidad a tratar los primeros episodios psicóticos con neurolépticos atípicos. Este abordaje se justifica en la menor posibilidad de efectos secundarios severos, en un efecto beneficioso importante sobre las funciones cognitivas alteradas en los esquizofrénicos, en un efecto estabilizador del ánimo, y en su acción sobre los síntomas negativos. La evidencia preliminar apunta a que se tendría una mejor respuesta desde el punto de vista de la fase aguda y un mucho mejor pronóstico a largo plazo para individuos que, de otra manera, probablemente sufrirían un deterioro progresivo.
7. El uso profiláctico de agentes antiparkinsonianos debe evaluarse caso a caso, considerando la historia previa, los efectos colaterales anticolinérgicos y el potencial de abuso. La efectividad y la necesidad de continuar con el uso de antiparkinsonianos debe evaluarse según el curso de los síntomas.
8. La terapia electroconvulsiva puede ser considerada como una alternativa para los pacientes que no han respondido a la terapia farmacológica recomendada. Se recomienda especialmente si la duración de los síntomas es menor de un año y/o si los síntomas afectivos o catatónicos son prominentes. La terapia debe ser expresamente autorizada por el paciente o, en su defecto por sus familiares, una vez que se les ha explicado el procedimiento.
9. La dosificación de la terapia electroconvulsiva debiera ser comparable a la usada en pacientes con trastornos afectivos (6 a 12 sesiones).

Tabla N° 5: Fármacos antipsicóticos convencionales, equivalencia respecto de la clorpromazina.

Farmaco	Equivalencia en mg	Múltiplo para equivalencia con CPZ
Clorpromazina	100	1
Haloperidol	2	50
Tioridazina	100	1
Pimozida	1	100
Flupentixol	2	50
Periciazida	10	10
Sulpiride	150	0,66

MANEJO DE LOS EFECTOS COLATERALES DE LOS NEUROLEPTICOS

PARKINSONISMO MEDICAMENTOSO:

Debe ser cuidadosamente diferenciado de los síntomas negativos propios de la enfermedad. Responde a la reducción de la dosis de neurolepticos cuando esto es posible. El uso de medicamentos anticolinérgicos es el tratamiento de elección. Los antiparkinsonianos dopaminérgicos pueden exacerbar los síntomas psicóticos.

DISTONIA AGUDA:

Responde muy bien al uso parenteral de fármacos anticolinérgicos o antihistamínicos. Posteriormente estos pacientes requieren tratamiento de mantenimiento con antiparkinsonianos orales para prevenir la recurrencia.

ACATISIA:

Debe ser cuidadosamente diferenciado de la inquietud psicomotora producto de la psicosis. No existe un tratamiento específico para este cuadro; se usa el propanolol, los fármacos anticolinérgicos y las benzodiazepinas. Siempre se debe intentar la disminución de la dosis del neuroleptico.

Tabla N° 6: Fármacos recomendados para tratamiento de efectos extrapiramidales agudos.

Fármaco	Dosis	Duración Efecto
Trihexifenidilo	1 – 15 mg	6 – 12 hrs
Mesilato de Benztropina	0.5 – 6 mg	24 hrs

SINDROME NEUROLEPTICO MALIGNO:

Puede ser mortal por lo cual su tratamiento es una urgencia. El primer paso es la suspensión inmediata del fármaco. Se requieren medidas de soporte para la fiebre y los síntomas cardiovasculares. Se realizan tratamientos con agonistas dopaminérgicos (bromocriptina u otros) y agentes antiespásticos como el dantroleno.

Tras unas semanas de recuperación se puede reiniciar el tratamiento, de preferencia con olanzapina o clozapina.

DISKINESIA TARDIA:

La suspensión del tratamiento sólo debe considerarse en los casos de pacientes estables por mucho tiempo, con pocos síntomas residuales o si el paciente insiste en la suspensión. El

tratamiento de elección es la reducción de la dosis o, si el cuadro es muy severo o no disminuye lo suficiente, el cambio por un antipsicótico atípico, de preferencia clozapina.

Resultan útiles para el seguimiento de la evolución de la diskinesia la utilización de las escalas de evaluación de movimientos anormales.

MANEJO FARMACOLOGICO DE COMPLICACIONES CLINICAS EN LA FASE AGUDA

Existen situaciones en las cuales, a pesar de un tratamiento con el antipsicótico más apropiado en las dosis adecuadas, el paciente continúa presentando problemas de manejo clínico. A continuación se detallan algunas de esas situaciones y el manejo farmacológico recomendado.

AGITACION Y CONDUCTAS VIOLENTAS:

Si no existe una historia de abuso de sustancias, el tratamiento de elección para la agitación es el uso de una benzodiazepina en forma oral o parenteral. Si existe historia de abuso, el tratamiento de elección es el uso de valproato, litio o carbamazepina. Otros fármacos utilizados son los beta bloqueadores, la bupropión, la trazodona y otros anticonvulsivantes.

En el caso de las conductas violentas, el tratamiento de elección es el uso de valproato. Como segunda línea son útiles el litio, la carbamazepina y las benzodiazepinas.

El uso de medidas como el aislamiento y la contención física deben ser utilizados sólo para protección y beneficio del paciente por indicación médica. Los pacientes en quienes sea necesario utilizarlas deben ser constantemente supervigilados por el tratante.

INSOMNIO:

El tratamiento de elección para el insomnio, en el caso que no exista historia de abuso de sustancias es la adición de una benzodiazepina. Otros fármacos usados son el zolpidem, la difenhidramina y la trazodona los cuales se prefieren si existe una historia de abuso.

DISFORIA:

La recomendación de primera línea es la adición al tratamiento de un fármaco inhibidor de la recaptación de la serotonina el cual es preferible por sobre los antidepresivos tricíclicos. Otros fármacos preferibles a los tricíclicos serían la venlafaxina, el bupropión y la mirtazapina. Las benzodiazepinas tendrían sólo un beneficio marginal.

INDICACIONES DE HOSPITALIZACION

Algunos pacientes con descompensaciones agudas requieren ser hospitalizados. El tratamiento en el hospital tiene las ventajas de proveer un ambiente seguro, estructurado y supervisado de manejo y de disminuir el estrés tanto del paciente como de sus familias. Le permite al psiquiatra un seguimiento más estricto del tratamiento y sus resultados.

Las hospitalizaciones deben ser breves, de dos a cuatro semanas, pero en muchos casos se requiere una hospitalización más prolongada por razones propias del cuadro. Las hospitalizaciones más breves han demostrado ser óptimas sólo en aquellos lugares donde existe una red de dispositivos ambulatorios que acogen al paciente tras el alta hospitalaria.

En el caso de un primer episodio psicótico es útil una hospitalización más prolongada para completar el estudio diagnóstico, para establecer una alianza de trabajo con la familia y para preparar las condiciones para el alta del paciente.

Las principales causas de hospitalización se muestran en el Cuadro N° 7.

Cuadro N° 7: Esquizofrenia, causas de hospitalización.

- Riesgo de suicidio.
- Riesgo de daño a terceros.
- Síntomas agudos severos, desorganización conductual severa.
- Riesgo de daño accidental.
- Refractoriedad persistente a tratamiento ambulatorio.
- Falta de apoyo y contención familiar o de los dispositivos ambulatorios.
- Abuso de sustancias concurrente.
- Enfermedad médica concurrente que amenace la vida del paciente por descuido.
- Falta de adherencia al tratamiento ambulatorio susceptible de mejorar con tratamiento adecuado.
- Necesidad de ajustar el tratamiento.

La internación de una persona en un servicio psiquiátrico constituye una situación de vulnerabilidad frente al riesgo de ser atropellado en sus derechos. Como una forma de proteger a los pacientes, existe un reglamento de internación que destaca los **derechos de los pacientes**, por ejemplo:

- Derecho a ser informado de sus deberes y derechos al momento de la hospitalización.
- A ser informado respecto del diagnóstico, tratamiento y de los profesionales a su cargo.
- Al goce de sus recursos económicos y bienes en su bienestar.
- A la privacidad, a la seguridad personal y a la confidencialidad.
- A no ser sometido a investigaciones sin su consentimiento.

Orientaciones Técnicas: Tratamiento y Rehabilitación de las Personas Afectadas de Esquizofrenia

- A obtener remuneración por trabajos que signifiquen ganancias para el establecimiento.
- A ser respetado como persona y a ser protegido de toda discriminación.
- A ejercer sus derechos ciudadanos, a tener libertad de movimiento y de comunicación.

Si bien la hospitalización es un momento del tratamiento en el cual adquiere preeminencia el tratamiento farmacológico, también es el momento de iniciar las intervenciones de rehabilitación psicosocial.

En primer lugar, el ambiente hospitalario debe promover la socialización, la mantención de hábitos de la vida cotidiana de los pacientes y el contacto con los familiares y amigos. El trato del personal debe estimular la autonomía y la independencia y mantener el respeto por la individualidad de las personas.

Durante la hospitalización también se deben iniciar los contactos con la familia, realizar las primeras actividades de psicoeducación y, si el estado del paciente lo requiere, hacer intervenciones psicoterapéuticas específicas. Resulta necesario valorar las condiciones familiares y ambientales que encontrará el paciente al volver a su hogar. Antes del alta debe realizarse la coordinación con las instancias de tratamiento ambulatorio y definir estrategias de manejo conjunto.

Cuando existen dudas de la necesidad de una hospitalización resulta adecuado el uso de tratamientos ambulatorios alternativos tales como la hospitalización parcial (hospital de día), o de intervenciones basadas en el modelo del Tratamiento Asertivo Comunitario. Los estudios demuestran que estas alternativas son, a lo menos, igual de efectivas en la reducción de los síntomas, y superiores en cuanto a la preservación del funcionamiento en roles.

Capítulo IV

MANEJO DE LA FASE DE ESTABILIDAD

Durante la primera parte de la fase de estabilización el propósito es disminuir el estrés y dar soporte de tal forma de minimizar el riesgo de una recaída, de favorecer la readaptación a la vida en comunidad y de ayudar a la consolidación de la remisión.

Las intervenciones terapéuticas deben enfatizar el apoyo y pueden ser menos directivas que en la fase aguda. Durante esta etapa se debe comenzar el programa educativo para el paciente, enfatizando aspectos prácticos sobre los fármacos (por ejemplo, cómo manejar los efectos colaterales), manejo de los síntomas de la enfermedad, reconocimiento de signos de recaída, riesgos del abuso de alcohol y sustancias, etc.

En esta etapa se deben ajustar las expectativas de los terapeutas y de los familiares a las capacidades reales de los pacientes evitando la presión y los ambientes sobre estimulantes.,

Es importante la continuidad en el control y tratamiento y se deben tomar todas las medidas para que un paciente no abandone el tratamiento por una mala coordinación de los servicios.

EVALUACION CLINICA DURANTE LA FASE DE ESTABILIDAD

Considerando la alta incidencia de complicaciones médicas que presentan las personas afectadas por esquizofrenia y los efectos secundarios de los neurolépticos sobre algunos órganos y sistemas, resulta conveniente realizar una pesquisa anual de los cuadros más frecuentes. La pesquisa anual debe considerar a lo menos los aspectos que se mencionan en el Cuadro N° 7.

Cuadro N° 7: Fase de Estabilidad, evaluación anual.

Recomendado para todos los pacientes

- Historia médica y examen físico
- Peso
- Presión arterial
- Hemograma

Considerar dependiendo de las circunstancias

- Perfil bioquímico
- Perfil lipídico
- Electrocardiograma
- Examen de salud bucal
- Examen ginecológico, PAP

- Mamografía
- Antígenos prostáticos
- Baciloscopia
- VIH
- Screening para drogas

En conjunto con la evaluación médica es necesario examinar los factores psicosociales que estén participando en el proceso.

Resulta fundamental evaluar el ambiente cotidiano en que se desenvuelve el paciente y la manera que puede estar influyendo en la evolución de su enfermedad. Se deben considerar, entre muchos otros aspectos a observar, las condiciones materiales de vida (vivienda, alimentación, etc), la dinámica familiar, los estilos de comunicación, el rol asignado y las expectativas respecto del paciente.

Es central considerar, además, los factores que contribuyen y potencian la mejoría de la persona. Por ejemplo, evaluar el grado de inserción del paciente en el tejido natural de su comunidad, la capacidad de contención que pueden ejercer la familia y otras personas significativas en momentos de crisis o la existencia o ausencia de redes sociales de apoyo.

Por otra parte, es preciso evaluar los factores de riesgo ambiental tales como: un entorno desestructurado, con escasas normas de comportamiento social y con tolerancia por conductas violentas, el consumo de alcohol y drogas o los actos delictivos.

El estudio desde una perspectiva global de las variables psicosociales permite definir estrategias de manejo mucho más adecuadas a la realidad y, por lo tanto, contribuir de manera significativa a la mejoría tanto sintomática como de la calidad de vida de las personas.

Es imprescindible considerar que se trata de un proceso esencialmente dinámico por lo que las necesidades de las personas van cambiando a lo largo del tiempo. El no tener en cuenta lo anterior significa el riesgo de institucionalizar a los usuarios en programas y dispositivos que no aporten a su desarrollo, autonomía e independencia.

MANEJO DURANTE LA FASE DE ESTABILIDAD

Durante la fase de estabilidad cobran especial relevancia las intervenciones orientadas a la rehabilitación psicosocial. Los programas de psicoeducación para el paciente y su familia permiten un mejor entendimiento y aceptación de la enfermedad y una incorporación activa de los familiares en el tratamiento. Las intervenciones familiares y el manejo ambiental pueden contribuir a potenciar los factores que contribuyen a un curso favorable de la enfermedad y proteger al paciente de los factores desestabilizadores.

Orientaciones Técnicas: Tratamiento y Rehabilitación de las Personas Afectadas de Esquizofrenia

La rehabilitación implica un diagnóstico cuidadoso de las distintas áreas de discapacidad y la definición de estrategias de largo plazo que apunten a la superación de estas. Una vez que se ha alcanzado un grado aceptable de estabilidad se pueden iniciar programas específicos. Estos incluyen la re educación en actividades de la vida diaria, el entrenamiento en habilidades sociales, técnicas de rehabilitación cognitiva y el inicio de la rehabilitación vocacional y/o laboral.

El objetivo de este proceso de rehabilitación debe ser el desarrollo de todas las potencialidades de la persona de tal forma de lograr su reinserción la comunidad en las mejores condiciones alcanzables para poder disfrutar de sus derechos y posibilidades.

Desde el punto de vista sintomático, el objetivo principal de esta fase es la consecución de la estabilidad a largo plazo. Se debe tener siempre presente que es necesario hacer todos los esfuerzos para conseguir una mejoría en todas las dimensiones de la enfermedad (síntomas positivos, síntomas negativos, síntomas cognitivos y síntomas afectivos) y no sólo la desaparición de las conductas perturbadoras.

El uso de escalas estandarizadas, tanto de síntomas de la enfermedad y efectos colaterales de los medicamentos, como de funcionamiento del paciente en distintas áreas, es de gran utilidad para el seguimiento longitudinal del paciente.

Es importante estar preparado para responder rápidamente a cualquier síntoma de alerta de recaída reportado por el paciente, su familia u otros. En esta circunstancia se deben tomar las medidas para controlar más frecuentemente al paciente, incluso a través de la visita domiciliaria. Resulta muy útil el entrenamiento de los pacientes y familiares en el reconocimiento de los síntomas prodrómicos para prever la descompensación y evitar la re hospitalización.

A menudo es difícil decidir respecto de la dosis de medicamentos necesaria durante la fase de estabilidad. Para algunos pacientes, el antipsicótico está activamente suprimiendo los síntomas y pequeñas disminuciones de las dosis producen un empeoramiento inmediato. Para otros, el fármaco provoca una verdadera remisión y el paciente puede estar lapsos variables libres de síntomas; en esta situación resulta difícil determinar si se le está administrando dosis innecesariamente altas o, por otro lado, inútiles en caso de una exacerbación de la enfermedad.

Se debe enfatizar siempre la adherencia al tratamiento como el factor pronóstico más importante a largo plazo. La eventual suspensión del tratamiento debe ser cuidadosamente evaluada.

RECOMENDACIONES PARA FARMACOTERAPIA DE MANTENIMIENTO

1. Las personas que experimentan alivio de síntomas agudos con una medicación antipsicótica debieran continuar con ese tratamiento, por lo menos por uno a dos años después de la estabilización si se trata de un primer episodio, y para toda la vida cuando ha habido múltiples

Orientaciones Técnicas: Tratamiento y Rehabilitación de las Personas Afectadas de Esquizofrenia

episodios o hay síntomas persistentes. La dosis de mantenimiento debiera estar en un rango equivalente a 300 a 600 mg de Clorpromazina.

2. Si la dosis necesaria para aliviar los síntomas agudos excede dicho rango, se debe intentar su reducción gradual, por ejemplo un 10% de la dosis cada 6 semanas, hasta un nivel del rango lo más bajo posible sin riesgo de descompensación.
3. Se debe evitar dosis mayores a la equivalente de 600 mg de Clorpromazina a no ser que los beneficios sean claramente superiores con esas dosis.
4. La estrategia de mantenimiento de elección debiera ser la de dosis continua. La estrategia de dosis intermitente debiera ser considerada sólo en el caso de pacientes que rechazan el mantenimiento o en caso de efectos colaterales inmanejables.
5. Se debiera considerar el uso de antipsicóticos de depósito en personas que tienen dificultades para cumplir con la medicación oral. Puede ser usado también como estrategia de mantenimiento de primera línea. No existe evidencia que muestre la superioridad de un fármaco de depósito sobre otro.
6. Se debe evaluar por la aparición de diskinesia cada cuatro meses en pacientes en tratamiento con neurolépticos convencionales y cada seis meses en los tratados con fármacos atípicos.

MANEJO FARMACOLOGICO DE COMPLICACIONES CLINICAS EN LA FASE DE ESTABILIDAD

En pacientes que muestran síntomas clínicos persistentes de ansiedad, depresión u hostilidad a pesar de una adecuada reducción de síntomas positivos, se deben realizar tratamientos complementarios. Las razones para no seguir esta conducta debieran ser justificadas.

Otra condición que complica el tratamiento de las personas con esquizofrenia y que requiere un tratamiento específico es el abuso de alcohol y sustancias.

ANSIEDAD PERSISTENTE:

Debiera utilizarse un tratamiento de prueba con benzodiazepinas orales o con propranolol en los casos de ansiedad persistente. Se debe considerar para la elección del fármaco el potencial de abuso.

DEPRESION POSTPSICOTICA:

En los casos de un cuadro depresivo persistente debiera asociarse con terapia antidepresiva adecuada. El tratamiento de elección es con inhibidores selectivos de la recaptación de

Orientaciones Técnicas: Tratamiento y Rehabilitación de las Personas Afectadas de Esquizofrenia

serotonina, aunque puede utilizarse cualquier antidepresivo (venlafaxina, bupropión, mirtazapina, tricíclicos) teniendo en cuenta la sumatoria de efectos adversos.

Es necesario también tener en consideración el potencial riesgo de cada uno de los antidepresivos en caso de conductas suicidas.

El plazo de tratamiento va entre 6 y 18 meses.

IRRITABILIDAD Y HOSTILIDAD

Una terapia asociada con valproato, litio, carbamazepina, o benzodiazepinas debiera considerarse para la hostilidad persistente y para conductas maniformes.

ABUSO DE ALCOHOL Y SUSTANCIAS

Se estima una incidencia de un 40% de comorbilidad por abuso de alcohol y drogas en los pacientes esquizofrénicos. Estos se asocian con hospitalizaciones más frecuentes y prolongadas y con peores pronósticos, especialmente por vagancia, por violencia, por delincuencia y por suicidio.

Generalmente la presencia del abuso de alcohol y drogas es subestimada, sobre todo durante los episodios agudos. Muchas veces es difícil la diferenciación sintomática entre uno y otro cuadro. Por lo tanto, se debe pesquisar activamente.

La clave para el tratamiento es el enfrentamiento como una patología dual lo cual requiere equipos especializados. Los antipsicóticos pueden ser usados en sus dosis habituales pero se debe advertir al paciente de los efectos que puede tener el uso concomitante de alcohol o drogas.

Existe evidencia preliminar que apunta a una mucho mejor respuesta en los pacientes con patología dual a los neurolepticos atípicos (especialmente clozapina), los cuales no sólo mejorarían los síntomas psicóticos sino que, además, disminuyen las conductas violentas y suicidas propias de estos pacientes y contribuyen a la disminución de la apetencia por drogas.

Se debe considerar en estos pacientes el potencial de abuso que representan las benzodiazepinas y los antiparkinsonianos.

El uso del disulfiram en pacientes alcohólicos debe reservarse para pacientes con un adecuado juicio de realidad y con una buena adherencia al tratamiento por los riesgos que involucra. Su uso en altas dosis puede precipitar episodios psicóticos. No existen estudios respecto del uso de la naltrexona en pacientes esquizofrénicos.

A pesar de que los grupos de rehabilitados existentes en la comunidad podrían ser de ayuda, los pacientes con esquizofrenia tienen dificultades en ser perseverantes en su asistencia producto de su falta de habilidades sociales y/o de la persistencia de síntomas positivos o defectuales.

Existen Comunidades Terapéuticas que se oponen al uso de cualquier sustancia psicotrópica, incluyendo los psicofármacos; este tipo de comunidad se encuentra contraindicada para los pacientes esquizofrénicos a menos que se establezca un protocolo específico de tratamiento para pacientes que requieren continuar con el uso de medicamentos durante su rehabilitación.

RECOMENDACIONES SOBRE LOS ANTIPSICOTICOS ATIPICOS

1. En pacientes que no logran un adecuado control de los síntomas positivos con antipsicóticos convencionales o que habiéndolo logrado presentan manifestaciones extrapiramidales severas que no responden a antiparkinsonianos debiera usarse una prueba con un neuroléptico atípico por un plazo mínimo de 6 a 12 semanas. Si fuera efectiva, debe continuarse como mantención.
2. Se debiera intentar una prueba con clozapina en los pacientes que no responden al tratamiento con antipsicóticos de dos clases diferentes y que no presenten contraindicaciones para su uso. Una prueba adecuada de clozapina debiera durar al menos tres meses con dosis de 300 a 800 mg por día. Si fuera efectiva, la clozapina debe ser continuada como fármaco de mantenimiento.
3. Adicionalmente, debiera intentarse tratamiento con clozapina en los pacientes que tengan conductas violentas o conductas suicidas severas; en los pacientes que experimentan efectos colaterales graves con otros antipsicóticos incluyendo diskinesia tardía, distonía persistente y síndrome neuroléptico maligno.
4. Considerando los altos costos económicos involucrados para el uso de estos fármacos, resulta recomendable organizar su utilización en torno a Programas de Antipsicóticos Atípicos, con protocolos de utilización y de evaluación de los resultados preestablecidos.

Capítulo V. ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS

La atención de personas afectadas por esquizofrenia requiere adecuar los recursos disponibles a la satisfacción de las necesidades de estas personas, incluso las más complejas, sabiendo que la carencia de unos recursos mínimos incidirá sin duda sobre el resultado y la evolución de los tratamientos y, por lo mismo en la calidad de vida del usuario y su familia. Considerando lo anterior, no basta con la incorporación de los pacientes a programas psicosociales aplicables en cualquier lugar, sino que se requiere determinados espacios estructurales de una cierta especificidad.

El tratamiento y la rehabilitación de personas con esquizofrenia necesitan un equipo de trabajo multidisciplinario que integre, por lo menos, a médicos psiquiatras, enfermeros, terapeutas ocupacionales, psicólogos, asistentes sociales y técnicos paramédicos trabajando coordinadamente con otras instancias ajenas al ámbito de los servicios de salud.

Resulta imposible plantear una estructura determinada que se haga cargo de proveer los cuidados necesarios dada la gran diversidad de realidades existentes en los distintos Servicios de Salud del país. Sin embargo se puede avanzar en la **definición de sus fundamentos, de los principios que deben guiar su organización, en las modalidades de atención que se requieren y en los dispositivos necesarios para realizarlas.**

FUNDAMENTOS

El concepto fundamental en torno al cual se debe organizar el sistema es el que es esencial abordar conjuntamente la supresión de los síntomas de la enfermedad y la promoción de todos los factores que contribuyan a mejores condiciones de vida de las personas, principalmente en los ámbitos de la familia, del estudio, del trabajo y de la vivienda. Para ello es necesario promover las acciones que permitan acceder oportunamente a los apoyos o tratamientos que cada persona y familia necesitan, que minimicen la discapacidad y marginación social creando espacios de integración para personas afectadas de esquizofrenia.

Las acciones para el tratamiento, promoción y prevención deben tener la capacidad de modificar condiciones y hábitos, y actuar sobre las formas de vivir de las personas y familias, por lo que son, necesariamente intersectoriales, participativas y no exclusivamente responsabilidad del sector salud.

Se trata de un cambio en el enfoque del tratamiento de la persona con esquizofrenia desde un modelo centrado en servicios de atención cerrados a la comunidad y con énfasis en la estabilización sintomática de los pacientes a un modelo que considera a la persona en su contexto

social y que destina sus esfuerzos a la rehabilitación y reinserción de las personas en su comunidad a través de un trabajo directo en el terreno.

Considerando que la identidad y el sentido de pertenencia son factores protectores de la salud mental, debe privilegiarse la atención más cercana a los espacios naturales de las personas y, en el caso de necesitar atención cerrada, ésta deberá ser en instancias lo más parecidas posible a un ambiente familiar.

Las acciones para la rehabilitación y reinserción social y laboral forman parte de la atención integral de salud y requieren en forma especial el protagonismo de las familias, los pacientes y las organizaciones sociales con el apoyo técnico y financiamiento de los programas de salud y de otros servicios sociales.

PRINCIPIOS GUIAS PARA LA ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS

1. Un primer principio que debe estar presente en la organización es el que se debe **asegurar la continuidad y coordinación de los cuidados**. Los servicios, por consiguiente, deben asegurar estrategias de integración y coordinación de los diversos cuidados que se presten, estableciendo procedimientos de seguimiento continuo de la evolución del paciente a fin de evitar la interrupción no programada del tratamiento.
2. Para asegurar la continuidad de los cuidados se debe promover la creación de una **red integrada de servicios**. Esta red debe considerar tanto dispositivos de los servicios asistenciales de salud como dispositivos comunitarios de rehabilitación y reinserción socio laboral.
3. El rol central en la continuidad y coordinación de los cuidados lo debe jugar el **Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria**. Es este equipo especializado el que debe supervisar la marcha del proceso de rehabilitación de cada paciente y que, además, debe velar por el desarrollo de la red incorporando a otros actores según las necesidades que surjan a partir del trabajo.
4. La estrategia de desarrollo de la red de servicios coloca en un lugar destacado el **rol de la atención primaria** y a la coordinación de esta con el nivel secundario. Muchas de las personas afectadas de esquizofrenia son pesquisadas por el equipo de salud general. Este equipo, además, a menudo controla al paciente por su patología somática y mantiene contacto con su familia porque son usuarios del mismo consultorio. Por esas razones, el equipo de salud del nivel primario puede ocupar un lugar de privilegio en la ejecución y/o coordinación de los procesos de tratamiento, rehabilitación y reinserción de los pacientes.
5. La capacidad de resolución del equipo de salud general depende de los recursos del establecimiento y de la **efectividad de la asesoría que presta el equipo de salud mental y**

psiquiatría ambulatoria el cual es, desde el punto de vista técnico, el responsable principal de la población beneficiaria de ese consultorio.

6. La articulación con el nivel primario permite a los equipos de atención especializada reservar sus recursos para la atención de los pacientes más graves. Para ello, el equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria debe apoyar al equipo de salud general para que adquiera y mantenga su capacidad para realizar actividades de detección, tratamiento, derivación, rehabilitación y reinserción de las personas afectadas de esquizofrenia. Esta función la cumple a través de la actividad de **consultoría de salud mental** consistente en el trabajo conjunto del especialista con los equipos del nivel primario. La consultoría permite realizar un cuidado compartido de los pacientes con esquizofrenia.
7. El énfasis de esta red debe estar en los **dispositivos comunitarios**, cercanos al lugar de residencia de los pacientes, de tal forma de asegurar que las estrategias de rehabilitación y reinserción se adecuen a la realidad concreta. De esta forma se contribuye también a disminuir el estigma social respecto de las personas afectadas de esquizofrenia.
8. Dentro de este marco, **los servicios de atención cerrada son parte de la red integrada de servicios**. La estadía de una persona en alguno de ellos es una etapa de un proceso integral cuyo énfasis continúa estando en la reinserción comunitaria. Considerando las condiciones actuales de desarrollo de infraestructura de salud mental, se debe promover el desarrollo de servicios de psiquiatría en los hospitales generales, así como la incorporación de la urgencia psiquiátrica como parte integrante de los servicios de urgencia generales. Por su parte, los hospitales psiquiátricos actualmente existentes deberán reorientar sus recursos hacia el trabajo en red y a la creación de unidades más pequeñas especializadas en patología de mayor complejidad.

MODALIDADES COMUNITARIAS DE ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS

Para prestar una atención adecuada a las personas afectadas de esquizofrenia se deben adecuar las modalidades de trabajo de tal forma de asegurar una atención oportuna, con intervenciones de complejidad progresiva acordes a las necesidades de la persona.

Una persona en crisis necesita acceso inmediato a la atención apenas comienza a desarrollar conductas problema. Un primer nivel de enfrentamiento de una crisis puede ser una línea telefónica donde la persona afectada o su familia encuentren rápida respuesta para recibir ayuda. Un segundo nivel puede ser la posibilidad de acceder a algún servicio de psiquiatría de atención abierta sin necesidad de cita previa y recibir la ayuda correspondiente. Un tercer nivel puede estar constituido por un equipo móvil de atención en crisis. Esto implica que un profesional de la salud mental puede ir donde una persona en la comunidad y ofrecerle ayuda sin llevarlo a una institución. Finalmente, el cuarto nivel pueden ser los dispositivos de atención propiamente tales.

Orientaciones Técnicas: Tratamiento y Rehabilitación de las Personas Afectadas de Esquizofrenia

Para que un sistema como el descrito funcione, resulta necesario transformar las modalidades de organización de los servicios desde un modelo centrado en los dispositivos a uno centrado en las necesidades dinámicas de las personas.

Las modalidades de organización de las intervenciones comunitarias que han demostrado un mayor impacto en la estabilidad a largo plazo de los pacientes con esquizofrenia son el Seguimiento de Casos y el Tratamiento Comunitario Asertivo.

Si bien estas estrategias aún no han sido implementadas suficientemente en Chile, la experiencia internacional ha demostrado que constituyen modalidades altamente costo efectivas. Considerando la experiencia internacional, los servicios de salud, dentro de la flexibilidad que les permite su autonomía, deberían incorporar estas modalidades en los equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria que se vayan formando, de acuerdo a su propia realidad concreta.

SEGUIMIENTO DE CASOS

Como una forma de evitar el que un paciente transite permanentemente entre diferentes instancias comunitarias de tratamiento o diferentes elementos de distintos programas de rehabilitación, se ha desarrollado una modalidad de trabajo destinada a un adecuado seguimiento de los casos.

La modalidad consiste en que uno o varios miembros del equipo, generalmente un monitor con capacitación, son asignados para manejar un número de casos, asegurando que los pacientes reciban servicios coordinados, continuos e integrales.

El propósito es apoyar activamente al paciente en la realización de todas aquellas gestiones en las que se encuentra limitado como producto de los déficits y desventajas provocados por la enfermedad.

Un encargado de casos es un individuo que trabaja con alguien discapacitado por una enfermedad mental severa para asegurarse que las necesidades de esa persona son cubiertas en la comunidad. Por ejemplo, un encargado de casos puede acompañar a un paciente a una agencia de empleos, visitar el domicilio si se ha perdido el seguimiento clínico, o concertar una reunión con asistentes sociales de distintas instituciones que sirvan al paciente para elaborar un plan de tratamiento en conjunto con el equipo.

El seguimiento de casos puede ser realizado por cualquiera de los miembros del equipo de salud mental (asistente social, técnico paramédico, etc.) o, de preferencia, por monitores capacitados pertenecientes a las agrupaciones de usuarios y de familiares.

Para lograr un resultado óptimo, el programa de manejo de casos debe estar integrado en las actividades del equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria encargado del manejo clínico del paciente.

TRATAMIENTO COMUNITARIO ASERTIVO

Orientaciones Técnicas: Tratamiento y Rehabilitación de las Personas Afectadas de Esquizofrenia

El tratamiento comunitario asertivo es un programa muy activo llevado a cabo por un equipo multiprofesional que apoya a la persona las 24 horas del día, siete días a la semana. El equipo ofrece un apoyo intensivo en la comunidad para los individuos más severamente discapacitados a medida que se necesita.

El programa de tratamiento comunitario asertivo enfatiza las fortalezas del paciente en su adaptación a la vida en la comunidad, dando consejería en sus redes naturales de apoyo y realizando un seguimiento activo del programa de tratamiento. Incluye simultáneamente intervenciones de manejo de casos y de optimización de los recursos terapéuticos.

Utiliza un programa de tratamiento basado en la evaluación de cada déficit personal en la vida en la comunidad. Requiere equipos de trabajo altamente especializados. La mayor parte del tratamiento es desarrollado a partir de los hogares de los pacientes, barrios o lugares de trabajo y contempla intervenciones que van desde actividades de la vida diaria hasta capacitación o apoyo laboral, para ayudarlos a prevenir recaídas y maximizar su funcionamiento social y ocupacional.

Está diseñado especialmente para pacientes con una muy mala adaptación, con poca adhesión al tratamiento y escasa autonomía, quienes son precisamente los mayores usuarios de servicios hospitalarios y quienes generan gran parte de los costos económicos de la enfermedad. Produce una dramática disminución en el uso de servicios hospitalarios así como altos índices de satisfacción tanto en la familia como en el paciente.

DISPOSITIVOS NECESARIOS

Para el funcionamiento de los programas enunciados se requiere un desarrollo que incluya, por una parte, la **optimización de los recursos actualmente existentes** adecuándolos a los principios y modalidades de trabajo que han mostrado mejores resultados en cuanto a la recuperación de la calidad de vida de los pacientes y, por otra parte, la **creación de nuevos dispositivos** que complementen los existentes. Muchos de estos nuevos dispositivos no dependen directamente de las decisiones del sector salud, sin embargo requieren una orientación técnica y un impulso que son responsabilidades de los servicios de salud.

Las distintas instancias que integran la red de servicios incluyen tanto dispositivos que forman parte del sistema de servicios de salud como otros de la propia comunidad. Desde el punto de vista estructural, la atención de personas con esquizofrenia puede estar organizada en torno a los siguientes servicios:

DISPOSITIVOS DEPENDIENTES DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria: Es un equipo multiprofesional, compuesto por psiquiatra, psicólogo, asistente social, enfermera, terapeuta ocupacional, técnicos paramédicos y monitores, que actúa como articulador y coordinador de la red de salud mental y

Orientaciones Técnicas: Tratamiento y Rehabilitación de las Personas Afectadas de Esquizofrenia

psiquiatría. Dependiente de estructuras pertenecientes a los servicios de salud pero con su trabajo centrado en el ámbito intracomunitario.

Es responsable de un área territorial y de una población beneficiaria determinada. Además de la labor asistencial directa sobre las personas afectadas de esquizofrenia, propias del nivel secundario, realiza labores de coordinación de los distintos dispositivos involucrados en la rehabilitación y reinserción y labores de prevención y promoción de salud en el entorno del paciente.

Para el manejo adecuado de las personas afectadas de esquizofrenia, parte importante de sus recursos deben destinarse a la capacitación y supervisión permanente del trabajo de los Equipos de Salud Mental de los consultorios de Atención Primaria a través de la consultoría en salud mental y a promover la participación de otros actores favoreciendo la intersectorialidad y el protagonismo de las organizaciones de usuarios y familiares.

Los Equipos de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria constituyen la unidad funcional protagonista clave del modelo de atención comunitario y deben constituirse en el modelo que guíe la transformación de los servicios y unidades de psiquiatría actualmente existentes.

Su ubicación y dependencia administrativa es variable pudiendo éstas ser una unidad de psiquiatría ambulatoria de un Hospital General, un Centro de Referencia de Salud (CRS), un Centro Diagnóstico Terapéutico (CDT), un Consultorio de Atención Primaria, o un COSAM

Atención Psiquiátrica de Urgencia: Ubicado, idealmente, en un Servicio de Urgencias Generales. Destinado a resolver situaciones que impliquen un riesgo vital para el paciente o para terceros.

Servicio de Hospitalización de Corta Estadía: Ubicado en un Hospital General tipo 1 o tipo 2, con hospitalizaciones no superiores a 60 días, destinadas a la estabilización de pacientes en fase aguda de la enfermedad. Una unidad eficiente requiere la interacción con otras especialidades y el acceso a exámenes de laboratorio e imagenología.

En esta unidad se efectúan actividades integrales de psiquiatría, tanto desde el punto de vista del tratamiento como de rehabilitación psicosocial. Las intervenciones tienen que ser rápidas, orientadas a una investigación detallada, con un manejo intensivo y conectadas con las acciones a realizar posteriores al alta.

Servicio de Hospitalización de Mediana Estadía: Servicio destinado a pacientes de alta complejidad, con trastornos mentales graves, recurrentes o persistentes y que interfieren de manera importante en el funcionamiento personal y social. Con hospitalizaciones mayores de 60 días y de hasta 12 meses.

Es un servicio en el cual los pacientes permanecen sólo el tiempo necesario hasta estar en condiciones de utilizar otros dispositivos de tipo comunitario. Requiere recursos humanos y

técnicos (farmacológicos y de rehabilitación psicosocial) altamente especializados y un trabajo intensivo.

Su localización puede residir en los hospitales psiquiátricos actualmente existentes, en hospitales generales o en instalaciones dependientes de un servicio de psiquiatría pero ubicadas fuera del ámbito hospitalario.

Hospital de Día: El hospital de día es un servicio adosado y con dependencia administrativa de un servicio de psiquiatría ambulatorio o de un servicio de hospitalización. Constituye una alternativa a la hospitalización o un complemento de ésta. El hospital de día evita las internaciones o reduce significativamente su duración, con un costo menor que el de los programas de hospitalización completa pues requiere trabajar en un solo turno diario.

Está destinado a pacientes agudos que no requieren ser supervisados en la tarde y en la noche. Requiere un equipo multidisciplinario. Su funcionamiento es de lunes a viernes, con una permanencia de los pacientes de entre 4 y 8 horas diarias.

Tiene fines de observación diagnóstica, contención de conductas de riesgo físico y tratamientos intensivos farmacológicos y psicosociales. Los programas de tratamiento tienen una duración de entre 2 y 4 meses.

Equipo de Salud Mental de la Atención Primaria: La capacidad del equipo de salud del nivel primario para detectar precozmente los síntomas de descompensación contribuye decisivamente a un mejor manejo de la persona afectada de esquizofrenia y a una mejor utilización de los recursos especializados de salud mental.

El equipo de salud, además, es capacitado y supervisado para controlar pacientes con esquizofrenia que se encuentran estabilizados que hayan completado su fase de rehabilitación en los servicios de psiquiatría ambulatoria. El equipo se encarga también de realizar los controles preventivos de salud general y del tratamiento de la patología pesquisada. Las prestaciones de salud mental que pueden ser desarrolladas por los equipos de atención primaria se muestran en los cuadros N° 8 y N° 9.

Para asegurar la calidad del trabajo se deben establecer fuertes relaciones entre los profesionales de salud mental y los equipos de atención primaria. La forma de trabajo es la consultoría en salud mental y el modelo es denominado como "cuidado compartido" de los pacientes. Para poder llevar a cabo esta labor, el nivel primario debe contar con recursos humanos suficientes, con un arsenal terapéutico adecuado para el tratamiento de la esquizofrenia y con una programación de sus tiempos acorde a las necesidades del manejo de las personas afectadas de la enfermedad.

DISPOSITIVOS INTRACOMUNITARIOS

Talleres Laborales de Rehabilitación: Son centros de atención para personas con discapacidad psíquica que requieren evaluación y rehabilitación específica de sus aspectos vocacionales y destrezas laborales. Los talleres laborales deben contar con planes de egreso de acuerdo a los

objetivos y metas planteados para sus usuarios, ya sea para desempeñarse en un medio protegido o competitivo en la comunidad.

Idealmente realizan programas que van desde el apresto de hábitos pre laborales, hasta la colocación laboral en empleos no protegidos. Si bien el taller de rehabilitación debe reproducir condiciones de trabajo similares a las del mundo laboral no protegido, debe tener la flexibilidad como para ir adaptando las exigencias en forma progresiva a las condiciones particulares de cada paciente. Se requiere una jornada para los usuarios de entre 4 y 6 horas diarias. Las ocupaciones deben ser variadas, interesantes y relevantes para la persona y sus necesidades. Ocupaciones que rebajan la autoimagen, repetitivas y sin un claro propósito deben evitarse.

De acuerdo a sus características específicas puede formar parte de un servicio de psiquiatría (talleres institucionales) o ser independiente de éste. Su ubicación en locales comunitarios, fuera del ambiente hospitalario, contribuye a la desestigmatización de los pacientes psiquiátricos. Debe aprovechar otros recursos comunales no exclusivos para pacientes psiquiátricos, por ejemplo en las áreas de capacitación o colocación laboral.

Puede ser administrado por distintas instancias: de salud, municipal, por una organización de usuarios, por una organización no gubernamental, por particulares, etc., pero desde el punto de vista técnico, debe ser conducido por profesionales dedicados a la rehabilitación.

Talleres Protegidos: Son centros donde se ofrece un trabajo remunerado en condiciones especiales a personas que debido a su discapacidad psíquica y/o a condiciones del mercado del empleo no pueden lograr un trabajo competitivo.

Sus objetivos son crear fuentes de trabajo con condiciones especiales para discapacitados que no pueden obtener un empleo en el mercado laboral común; entrenar y capacitar para el trabajo a desarrollar y mejorar la calidad de vida, estimulando la venta de productos y servicios del taller a fin de aumentar los ingresos económicos de los usuarios.

El ambiente de trabajo debe estar organizado para dar igual prioridad a la atención terapéutica de apoyo y mantención de habilidades sociales y laborales, como a la adaptación al contexto laboral y la productividad. Debe contar con incentivos en dinero proporcionales a los progresos de los usuarios en su productividad. Debe considerar la posibilidad de que la persona egrese a trabajos no protegidos.

Requiere supervisión de profesionales especializados en rehabilitación, pero el grueso de su equipo está formado por monitores especialistas en el oficio que desarrolla el taller. Su administración puede ser realizada por agrupaciones de usuarios y familiares, por organizaciones no gubernamentales, por particulares, etc.

Empresas Sociales: Considerando los pobres resultados en colocaciones laborales obtenidos a pesar de los programas de rehabilitación vocacional, los últimos años se ha utilizado el modelo de micro empresas auto gestionadas para personas con discapacidad. En general son mixtas, es decir, incorporan operarios discapacitados y trabajadores sin discapacidad.

Estas empresas no son autosuficientes, requieren una subvención. Pueden ser administradas por organizaciones de usuarios, por organizaciones no gubernamentales, por particulares, etc. Los resultados como fuente de trabajo permanente son promisorios.

Centros Diurnos de Rehabilitación: Son espacios comunitarios de atención ambulatoria para personas que sufren de desordenes mentales. Su propósito es proporcionar a estas personas y sus familiares apoyo para una mejor inserción comunitaria. Su objetivo principal es la evaluación de las capacidades de las personas y el desarrollo de planes personalizados de rehabilitación y reinserción, poniendo énfasis en las partes sanas. Sus actividades son múltiples e incluyen las áreas psicológica, social, corporal, artística, vocacional, etc.

Desde del punto de vista técnico, el centro diurno debe contar con equipos de profesionales y no profesionales de salud mental especializados en rehabilitación psicosocial. Debe ser acreditado y supervisado por las instancias técnicas pertinentes.

Su administración puede ser realizada por distintas organizaciones y servicios, tanto del sector de salud como comunitarios. Idealmente debieran estar ubicados en un lugar cercano a la residencia de sus usuarios.

Clubes Sociales: Sus propósitos son la socialización e inclusión de los pacientes en actividades en las que el tiempo y el quehacer se estructuran de una manera sana y protectora y, en lo posible, de la forma más parecida a la vida social de las demás personas. Están destinados al trabajo con los pacientes y sus familiares.

Los clubes sociales son instancias de rehabilitación de muy baja complejidad técnica, que en la gran mayoría de los casos son impulsados por agrupaciones de autoayuda y no requieren personal del sector salud para su funcionamiento. Se debe procurar su ubicación en espacios insertos en la comunidad y la utilización de recursos ya existentes que favorezcan su desarrollo, por ejemplo consultorios de atención primaria, centros comunitarios de salud mental familiar, sedes de juntas de vecinos, locales de iglesias y otros.

Hogares protegidos: Los hogares protegidos son alternativas de residencia para personas con discapacidad de causa psíquica y/o un soporte familiar inadecuado que les impide una reinserción comunitaria independiente y que, por ello, requieren un lugar permanente de acogida.

El objetivo de un hogar protegido es integrar las necesidades habitacionales con las necesidades de apoyo y seguridad que requieren las personas con discapacidad psíquica, contribuyendo además al proceso de entrenamiento de las habilidades que se relacionan con su desempeño en el hogar. El hogar debe favorecer la autonomía de la persona.

La procedencia de las personas que ingresan a estos hogares puede ser desde los hospitales psiquiátricos o servicios de psiquiatría de hospital general, servicios de psiquiatría ambulatorios, o bien, de otros componentes de la red asistencial.

Orientaciones Técnicas: Tratamiento y Rehabilitación de las Personas Afectadas de Esquizofrenia

Son componentes esenciales de la red. Su funcionamiento es diferenciado según las necesidades de las personas enfermas, tanto para corta estadía (crisis, transición post internación, etc.), como para una residencia prolongada. Con distintos grados de supervisión de acuerdo al grado de autonomía de los habitantes.

Su administración puede ser realizada por los propios usuarios o sus familiares, por los servicios de salud, por organizaciones no gubernamentales, por particulares y otros. Deben ser acreditados y supervisados permanentemente por las instancias técnicas del servicio de salud en cuyo territorio estén radicados.

www.serviciodesaludaconcagua.cl

Cuadro N° 8: Intervenciones de Atención Primaria para personas con esquizofrenia en fase aguda.

INTERVENCION	OBJETIVO	ACCIONES	PROVEEDOR
Pesquisa	Detectar las personas en quienes se sospeche una esquizofrenia	Sospecha clínica Derivación a médico general	Cualquier funcionario de Atención Primaria
Consulta Para evaluación diagnóstica de esquizofrenia	Confirmar sospecha diagnóstica Interconsulta a médico especialista Indicar el tratamiento inicial	Exploración clínica Información al paciente y familiares Derivación a servicio especializado Indicaciones terapéuticas iniciales	Médico general con capacitación Psiquiatra consultor
Farmacoterapia	Alivio sintomático en espera de atención especializada	Indicación de neurolépticos Indicación de antiparkinsonianos Indicación de farmacoterapia adjunta	Médico general con capacitación
Consulta de salud mental de apoyo a la familia	Proveer información a familiares Dar apoyo en la derivación a especialista Dar orientación respecto de servicios y recursos	Entrevista con uno o más familiares Visita domiciliaria	Asistente social, enfermera, terapeuta ocupacional, o técnico paramédico con capacitación

Cuadro N° 9: Intervenciones de Atención Primaria para personas con esquizofrenia en fase de estabilidad.

INTERVENCION	OBJETIVO	ACCIONES	PROVEEDOR
Consulta de Seguimiento	Seguimiento, evaluación y refuerzo de la adhesión al tratamiento	Evaluación del tratamiento y de los efectos colaterales Educación al paciente y la familia Evaluación médica general	Médico general con capacitación Psiquiatra consultor
Farmacoterapia	Mantener control sintomático Evitar recaídas	Tratamiento con neurolépticos orales Tratamiento con neurolépticos de depósito Uso de fármacos para efectos colaterales y condiciones adjuntas	Psiquiatra consultor Médico general con capacitación
Consulta de salud mental de seguimiento	Seguimiento, evaluación y refuerzo de la adhesión al tratamiento Mejorar la adaptación familiar, social y laboral	Evaluación de evolución sintomática y conductual Educación al paciente y la familia Seguimiento de Casos	Asistente social, enfermera, terapeuta ocupacional o técnico paramédico con capacitación
Intervenciones Psicosociales	Entregar apoyo e información Incentivar comportamientos de autoayuda y participación en agrupaciones Realizar intervenciones específicas de rehabilitación	Sesiones grupales con pacientes y familiares Visitas domiciliarias Creación y apoyo a Clubes Sociales y otras instancias de rehabilitación	Asistente social, enfermera, terapeuta ocupacional o técnico paramédico con capacitación
Coordinación Intersectorial	Contribuir a la reinserción	Entrevistas y reuniones de coordinación	Cualquier miembro del equipo

ANEXOS

www.serviciodesaludconcagua.cl

DESCRIPTORES CLINICOS Y PSICOSOCIALES DE LA SEVERIDAD Y EL CURSO DE LA ESQUZOFRENIA

Adaptado de "Expert Consensus Guideline Series. Treatment of Schizophrenia 1999"

Pacientes con un primer episodio

- Consultan por síntomas positivos prominentes a pesar que los síntomas negativos también están presentes
- Generalmente no han tenido tratamiento previo
- Puede haber estado enfermo por un largo periodo antes de buscar ayuda
- Probablemente no tiene una información adecuada de la enfermedad y su tratamiento
- Probablemente culpa a otros por lo que le está sucediendo
- La familia puede no entender que las conductas del paciente son resultado de una enfermedad
- El diagnóstico puede no ser seguro
- Usualmente no saben como acceder a los servicios de salud mental

Pacientes con descompensaciones de intensidad moderada a severa y con un curso inestable

- Síntomas positivos y negativos persistentes
- Exacerbaciones agudas frecuentes
- No presenta periodos de estabilización prolongados
- Probablemente ha sido sometido a tratamiento no voluntario en episodios previos
- A menudo presentan una mala adherencia al tratamiento farmacológico y psicosocial
- Presenta notables dificultades con las actividades de la vida diaria
- Presenta serios déficits en sus habilidades sociales
- Con probabilidad de tener problemas judiciales
- Alto porcentaje de comorbilidad médica y psiquiátrica

MANEJO DE UN PACIENTE CON UN PRIMER EPISODIO DE ESQUIZOFRENIA.

Adaptado de "Expert Consensus Guideline Series. Treatment of Schizophrenia 1999"

	Durante la fase aguda	Durante la fase de resolución temprana post episodio	Durante la fase de estabilidad
Tipo de servicio requerido	Controles psiquiátricos y de otros profesionales clínicos		
		Manejo de Caso	
	<i>Considerar hospitalización diurna intensiva</i>		<i>Considerar rehabilitación específica</i>
Tipo de intervención	Farmacoterapia y monitoreo de síntomas		
	Ayuda para obtener los fármacos		
	Colaboración en la toma de decisiones con el paciente y la familia		
	Educación del paciente y la familia		
		Ayuda para obtener servicios y recursos	
		Terapia de apoyo individual orientada a la realidad	
			<i>Considerar entrenamiento en actividades de la vida diaria, habilidades sociales, grupos de apoyo y rehabilitación vocacional</i>
Equipo requerido	Multiprofesional, con alta dedicación, equivalente a una jornada completa por cada 10 pacientes		Multiprofesional, con moderada dedicación, equivalente a una jornada completa cada 11-50 pacientes
Intensidad de los controles	1 a 5 controles semanales según necesidad		1 a 4 controles mensuales según necesidad
Posible lugar de residencia	Hospitalización breve, permanencia con la familia si es posible	Permanencia con la familia si es posible, hogar protegido	Permanencia con la familia, vida independiente, <i>considerar hogar protegido</i>

Recomendaciones en itálicas constituyen sugerencias de manejo de segunda línea con alto puntaje entre los expertos

MANEJO DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA CON DESCOMPENSACIONES DE INTENSIDAD MODERADA A SEVERA Y DE CURSO INESTABLE.

Adaptado de "Expert Consensus Guideline Series. Treatment of Schizophrenia 1999"

	Durante una exacerbación aguda	Durante la fase de resolución temprana post episodio	Entre los episodios agudos
Tipo de servicio requerido	Controles psiquiátricos y de otros profesionales clínicos		
	Tratamiento Aseritivo Comunitario		
	<i>Considerar manejo de casos</i>	Manejo de casos	
Tipo de intervención	Considerar hospitalización diurna intensiva		Considerar rehabilitación psicosocial
	Farmacoterapia y monitoreo de síntomas		
	Ayuda para obtener los fármacos		
	Ayuda para obtener servicios y recursos		
	Colaboración en la toma de decisiones con el paciente y la familia		
			Educación del paciente y la familia
			Entrenamiento y asistencia en actividades de la vida diaria
			<i>Considerar terapia de apoyo orientada a la realidad</i>
Equipo requerido			Entrenamiento cognitivo y de habilidades sociales
			<i>Considerar grupos de autoayuda</i>
Intensidad	Multiprofesional, con alta dedicación, equivalente a una jornada completa por cada 10 pacientes		
Intensidad	1 a 5 controles semanales según necesidad		
Posible lugar de residencia	Hospitalización breve	Considerar hogar protegido con alto grado de supervisión	Permanencia con la familia
			<i>Considerar hogar protegido con grado intermedio de supervisión</i>

Recomendaciones en itálicas constituyen sugerencias de manejo de segunda línea con alto puntaje entre los expertos

MANEJO DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA CON DESCOMPENSACIONES DE INTENSIDAD LEVE A MODERADA Y UN CURSO ESTABLE.

Adaptado de "Expert Consensus Guideline Series. Treatment of Schizophrenia 1999"

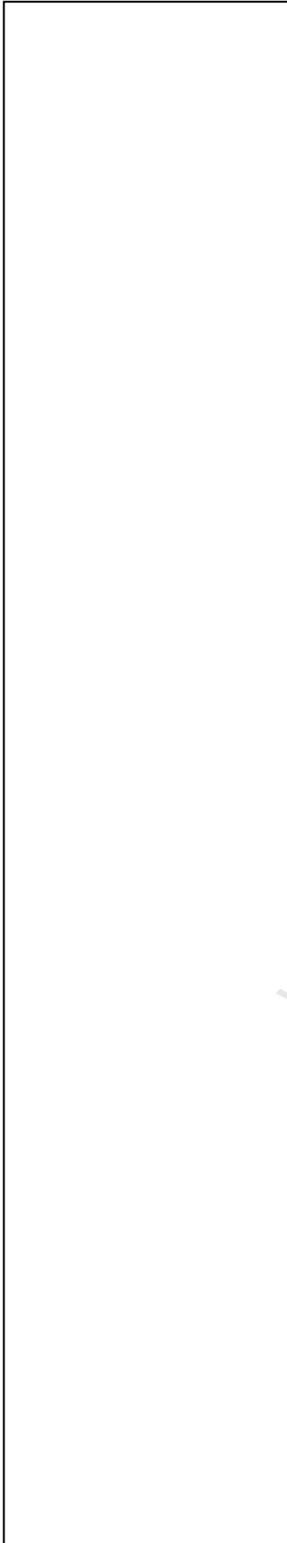
	Durante una exacerbación aguda	Durante la fase de resolución temprana post episodio	Durante la fase de estabilidad
Tipo de servicio requerido	Controles psiquiátricos y de otros profesionales		
	<i>Considerar hospitalización diurna intensiva</i>		<i>Considerar rehabilitación vocacional</i>
Tipo de intervención	Farmacoterapia y monitoreo de síntomas		
	Colaboración en la toma de decisiones con el paciente y la familia		
	Educación del paciente y la familia		
	Asistencia para obtener fármacos <i>Considerar asistencia para obtener servicios y recursos</i>	<i>Considerar terapia de apoyo individual, grupos de autoayuda</i>	Grupos de autoayuda <i>Considerar terapia de apoyo</i>
Equipo requerido	Multiprofesional, con alta dedicación, equivalente a una jornada completa por cada 10 pacientes	Multiprofesional, con moderada dedicación, equivalente a una jornada completa cada 11-50 pacientes	Multiprofesional, con baja dedicación, equivalente a una jornada completa cada 51 o más pacientes
Intensidad	1 a 5 controles semanales según necesidad	1 control mensual a 5 controles semanales según necesidad	Control cada 3 meses a 4 controles mensuales según necesidad
Posible lugar de residencia	Permanencia con su familia Hospitalización breve	<i>Considerar permanencia con la familia o vida independiente si es posible</i>	Vida independiente <i>Considerar permanencia con la familia, u hogar protegido con bajo nivel de supervisión</i>

Recomendaciones en itálicas constituyen sugerencias de manejo de segunda línea con alto puntaje entre los expertos

FASES DEL CUIDADO DE LAS PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

(Adaptado de "Redefining Schizophrenia and its Treatment: A Multidisciplinary Approach." De la Asociación Psiquiátrica Canadiense.)

TERAPEUTICO



FASE PRODROMICA
(PREMORBIDA)

FASE AGUDA
(PSICOSIS)

FASE TEMPRANA DE RECUPERACION
(SINTOMAS NEGATIVOS)

FASE DE REHABILITACION
(AUTO CUIDADO,
PRODUCTIVIDAD,
ESPARCIMIENTO)

FASE DE REINTEGRACION Y REINSESION
(AUTO ACEPTACION)

FASE DE PREVENION
(AUTO ACTUALIZACION)

NO TERAPEUTICO

Evaluación deficiente o inexistente
Diagnóstico incorrecto
Aproximación estrecha

Los anteriores, más:
Dificultades de adherencia
Intolerancia a fármacos
Ignorancia de los aportes de la familia
Mala planificación del alta hospitalaria

Lo anterior, más:
Deficiencia en la psicoeducación
Ausencia de continuidad del cuidado
Tratamiento inadecuado o discontinuación

Las anteriores, más:
Manejo institucionalizado
Expectativas impuestas al paciente por los profesionales

Los fracasos llevan a la baja autoestima
Dependencia
"Los esquizofrénicos" son manejados por equipos e instituciones

Servicios
Los servicios deben ser aumentados en ausencia de farmacoterapia profiláctica

TRABAJO CON LA FAMILIA		
Adaptado de "Expert Consensus Guideline Series. Treatment of Schizophrenia 1999"		
	PRIMERA LINEA	SEGUNDA LINEA
Paciente en Atención Cerrada		
Contacto telefónico con la familia	Dentro del primer día desde el ingreso	Dentro de 3 a 7 días hábiles del ingreso
Contacto personal con la familia	Dentro de los primeros 3 días	Dentro de la semana
Metas del contacto con la familia	<p>Obtener una historia de tratamientos previos y respuesta anterior a fármacos</p> <p>Coordinar recursos</p> <p>Iniciar psicoeducación</p>	<p>Evaluar fortalezas y necesidades de la familia</p> <p>Iniciar intervenciones familiares enfatizando habilidades de cuidado</p>
Paciente Ambulatorio		
Intervenciones	<p>Sesiones familiares enfocadas a la resolución de problemas y a las habilidades de enfrentamiento</p> <p>Referencia a grupos de autoayuda</p>	<p>Sesiones familiares educativas individuales o multifamiliares</p> <p>Proveer a la familia con material escrito y de la oportunidad de discutirlo con los profesionales</p> <p>Sesiones familiares enfocadas a la reducción de la alta expresividad emocional</p>

BIBLIOGRAFIA

1. Adams CE, Eisenbruch M; "Depot Fluphenazine for Schizophrenia", The Cochrane Library – 2000 Issue 2
2. "Canadian Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Schizophrenia"; Canadian Psychiatric Association, The Canadian Journal of Psychiatry, 1998, vol 43 (suppl 2)
3. CIE10, "Trastornos mentales y del comportamiento", organización mundial de la Salud, Ginebra, técnicas gráficas FORMA, S.A.1992.
4. "Consensus Statement on Usefulness and Use of Second Generation Antipsychotic Medications", The World Psychiatric Association, Task Force, Second Draft, March 2000
5. Cordero, Martín; "Salud Mental y Psiquiatría: El modelo gravitacional", Editorial Universidad de Santiago, Colección Salud, Santiago, Chile, 1977
6. "Cuidados y necesidades de las personas afectadas por trastornos esquizofrénicos que viven en la comunidad". Documento para el consenso internacional propuesto por la Red Maristán. Red Maristán, Julio de 1999
7. DSM – IV "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales"; Asociación Americana de Psiquiatría, Washington DC, USA
8. Duggan L, Fenton M, Dardennes RM, El-Dosoky A, Indran S; "Olanzapine for Schizophrenia", The Cochrane Library – 2000 Issue 2
9. Espino J (editor); "Atención Primaria de Salud y Psiquiatría en la comunidad", Documento de trabajo, Madrid, España, 1998.
10. "Esquizofrenia en Chile: Magnitud y Consecuencias", Ministerio de Salud, Unidad de Salud Mental, Documento de Trabajo, Santiago, Chile 2000
11. "Expert Consensus Guidelines Series: Treatment of Schizophrenia 1999"; The Journal of Clinical Psychiatry, 1999, vol 60 (suppl 11)
12. "Expert Consensus Treatment Guidelines for Schizophrenia: A Guide for Patients and Families"; The Journal of Clinical Psychiatry, 1999, vol 60 (suppl 11)
13. Ian R, Falloon H; "Optimal Treatment for Psychosis in an International Multisite Demonstration Project", Psychiatric Services, vol 50, N° 5, 1999
14. Goering, P and cols; (1997) "Review of Best Practices in Mental Health Reform"; Publications Health Canada, Ottawa, Canadá.

15. Goldberg D, Gournay K; "The General Practitioner, The psychiatrist and the Burden of Mental Health Care", Maudsley Discussion Paper N° 1, Londres, Inglaterra, 1997
16. Gomberoff L, Olivos P; "Esquizofrenia", en Manual de Psiquiatría, Editorial Mediterraneo, Santiago, Chile 1986
17. Jobet J, Zúniga S; "Evaluación del Programa de Psicoeducación para Familiares de Pacientes Esquizofrénicos: Una Intervención Complementaria al Tratamiento Psicofarmacológico y Psicoterapéutico", en Revista de Psiquiatría, año 10, vol 1, Santiago, Chile, 1993
18. Johnstone P, Zolese G; "Lenght of Hospitalization for People whit Severe Mental Illness", The Cochrane Library – 2000 Issue 2
19. Jones C, Cormac I, Mota J, Campbell C; "Cognitive Behaviour Therapy for Schizophrenia", The Cochrane Library – 2000 Issue 2
20. Kennedy E, Song F, Hunter R, Clarke A, Gilbody S; "Risperidone versus Typical Antipsychotic Medication for Schizophrenia", The Cochrane Library – 2000 Issue 2
21. "La Unidad de Rehabilitación de Area", Documento de Trabajo para el Programa de Salud Mental Andaluz, Sevilla, España, 1999
22. Larach V, Zamboni R y otros; "New Strategies For Old Problems: Tardive Diskinesia Review And Report On Severe Diskinesia Cases Treted Whit Clozapine Whit 12, 8 And 5 Years Of Video Follow-Up", Schizophrenia Research, 28, 1997
23. "Las Enfermedades Mentales en Chile"; Ministerio de Salud, Santiago, Chile, 1999
24. Lehman, A & Steinwachs, D (1998), "Patterns of Usual Care for Schizophrenia: Initials Results From the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team Client Survey"; Schizophrenia Bulletin, 1998, vol 24 (1)
25. Lehman, A & Steinwachs, D (1998), "At Issue: Translating Research into practice"; Schizophrenia Bulletin, 1998, vol 24 (1): 1-10.
26. Marshall M, Lockwood A; "Assertive Community Treatment for people whit Severe Mental Disorders", The Cochrane Library – 2000 Issue 2
27. "Norma Técnica para el Uso de Clozapina", Ministerio de Salud, Santiago, Chile, 2000
28. "Norma Técnica sobre Hogares Protegidos", Ministerio de Salud, Santiago, Chile, 2000
29. Pharoah FM, Mari JJ, Steiner D; "Family Intervention for Schizophrenia", The Cochrane Library – 2000 Issue 2

30. "Plan de Salud Mental y Psiquiatría 2000 - 2005", Servicio de Salud Metropolitano Sur, Programa de Salud Mental, Santiago, Chile, 2000
31. "Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría", Ministerio de Salud, Santiago, Chile, 2000
32. "Planes para el desarrollo de cuidados a personas que sufren de trastornos esquizofrénicos y afines en América Latina y el Caribe"; Organización Panamericana de la Salud; Documento de Trabajo, Marzo de 2000
33. "Practice Guideline for the Treatment of Patients Whit Schizophrenia"; American Psychiatric Association, The American Journal of Psychiatry, 1997, vol 154, (suppl 4)
34. Quraishi S, David A; "Depot Haloperidol Decanoate for Schizophrenia", The Cochrane Library – 2000 Issue 2
35. "Reglamento para la Internación de Las Personas con Enfermedades Mentales y sobre Los Establecimientos que la Proporcionan", Ministerio de Salud, Santiago, Chile, 2000
36. Sailas E, Fenton M; "Seclusion and Restraint for People Whit Serious Mental Illnesses", The Cochrane Library – 2000 Issue 2
37. "Schizophrenia and Public Health"; World Health Organization, Geneva, Suiza, 1997
38. Silva, Hernán; "Esquizofrenia" en Psiquiatría Clínica, Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, Santiago, Chile 2000
39. Silva, Hernán; "Antipsicóticos" en Psiquiatría Clínica, Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, Santiago, Chile 2000
40. Tharyan P; "Electoconvulsive Therapy for Schizophrenia", The Cochrane Library – 2000 Issue 2
41. Tyrer P, Coid J, Simmonds S, Joseph P, Marriott S; "Community Mental Health Teams for People whit Severe Mental Illnesses and Disordered Personality" , The Cochrane Library – 2000 Issue 2
42. Wahlbeck K, Cheine M, Essali MA; "Clozapine versus Typical Neuroleptic Medication for Schizophrenia", The Cochrane Library – 2000 Issue 2

AUTORES

Revisión Bibliográfica y Redacción:

Ibacache, Luis Dr. ; Servicio de Psiquiatría – Hospital Barros Luco Trudeau

Coordinador Grupo de Trabajo:

Minoletti, Alberto Dr. ; Jefe Unidad Salud Mental - MINSAL

Secretario Ejecutivo Grupo de Trabajo:

Flores, Luis A.S. ; Unidad Salud Mental – MINSAL

Grupo de Trabajo:

- Acuña, Elsa Sra. ; ANAFADIS
- Amirá, Alejandra T. O. ; Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak
- Arancibia, Cristina Psic. ; Hospital Félix Bulnes
- Arenas, Nathan Dr. ; Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel
- Cáceres, Andrea Sra. ; ANAFADIS
- Carniglia, Claudia T.O. ; Hospital Barros Luco Trudeau
- Gómez, Mauricio Dr. ; Director Hospital Psiquiátrico El Peral
- Graf, Carlos Dr. ; Encargado Salud Mental – S. S. Valparaíso – San Antonio (Sra. Cecilia Vera)
- Herrera, Eduardo T.O. ; Arcoiris Rehabilitación y Reinserción Socio-laboral
- Hormazabal, Luis Dr. ; Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak
- Jobet, Jacqueline Dra. ; Universidad Austral de Valdivia
- Madariaga, Carlos Dr. ; Sub Director S.S. Iquique
- Monardes, Jorge Dr. ; Hospital Barros Luco Trudeau
- Pantescu, Danilo Sr. ; Presidente Agrupación de Usuarios Somos Capaces del S.S.M. Norte
- Rojas, Mónica Enf. ; Hospital Diurno S.S.M. Central
- Vargas, María Isabel T.O. ; COSAM Estación Central
- Voigt, Fernando Dr. ; Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota
- Vukusic, Juan Dr. ; Servicio de Salud Magallanes