



# Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia

Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia

Guía para profesionales de la salud 2014 - Guía No. 29

Centro Nacional de Investigación en Evidencia  
y Tecnologías en Salud CINETS



Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud



© Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias

Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia - 2014 - Guía No. 29

ISBN: 978-958-8361-XXXXX

Bogotá, Colombia

Junio de 2014

## Nota legal

Con relación a la propiedad intelectual debe hacerse uso de lo dispuesto en el numeral 13 de la convocatoria 500 del 2009 y la cláusula DÉCIMO TERCERA-PROPIEDAD INTELECTUAL "En el evento en que se llegaren a generar derechos de propiedad intelectual sobre los resultados que se obtengan o se pudieran obtener en el desarrollo de la presente convocatoria y del contrato de financiamiento resultante de ella, estos serán de COLCIENCIAS y del Ministerio de Salud y Protección Social" y de conformidad con el clausulado de los contratos suscritos para este efecto.



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

**Ministerio de Salud y Protección Social**

*Alejandro Gaviria Uribe*

*Ministro de Salud y Protección Social*

*Fernando Ruiz Gómez*

*Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios*

*Norman Julio Muñoz Muñoz*

*Viceministro de Protección Social*

*Gerardo Burgos Bernal*

*Secretario General*

*José Luis Ortiz Hoyos*

*Jefe de la Oficina de Calidad*

**Equipo técnico de apoyo**

*Leonardo Arregocés*

*Abel Ernesto González*

*Indira Tatiana Caicedo Revelo*

*Óscar Ariel Barragán Ríos*



**Departamento Administrativo de Ciencia,  
Tecnología e Innovación - Colciencias**

*Paula Marcela Arias Pulgarín*

*Directora General*

*Héctor Jaime Rendón Osorio*

*Subdirector General*

*Liliana María Zapata Bustamante*

*Secretaria General*

*Alicia Ríos Hurtado*

*Directora de Redes de Conocimiento*

*Lucy Gabriela Delgado Murcia*

*Directora de Fomento a la Investigación*

*Jaime Eduardo Castellanos Parra*

*Gestor del Programa de Salud en Ciencia,  
Tecnología e Innovación*

*Hilda Graciela Pacheco Gaitán*

*Seguimiento técnico e interventoría*

*David Arturo Ribón Orozco*

*Seguimiento técnico e interventoría*



Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud

## **Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud**

*Héctor Eduardo Castro Jaramillo*

*Director Ejecutivo*

*Aurelio Mejía Mejía*

*Subdirector de Evaluación  
de Tecnologías en Salud*

*Iván Darío Flórez Gómez*

*Subdirector de Producción de Guías de Práctica Clínica*

*Javier Humberto Guzmán*

*Subdirección de Implantación y Diseminación*

*Diana Esperanza Rivera Rodríguez*

*Subdirectora de Participación y Deliberación*

*Sandra Lucía Bernal*

*Subdirección de Difusión y Comunicación*

### **Equipo técnico de apoyo**

*Laura Catalina Prieto*

*Ángela Viviana Pérez*

*Lorena Andrea Cañón*

*Diana Isabel Osorio*



Pontificia Universidad  
**JAVERIANA**  
Bogotá



UNIVERSIDAD  
**NACIONAL**  
DE COLOMBIA



UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA  
1823  
FACULTAD DE MEDICINA

## **EQUIPO DESARROLLADOR**

### *DIRECCIÓN Y COORDINACIÓN*

#### *Carlos Gómez Restrepo*

*Médico psiquiatra, psicoanalista,  
psiquiatra de enlace, magíster en  
Epidemiología Clínica. Profesor  
titular y Director del Departamento  
de Epidemiología Clínica y  
Bioestadística  
Pontificia Universidad Javeriana  
Líder de la guía*

#### *Adriana Patricia Bohórquez Peñaranda*

*Médica psiquiatra, magístra en  
Epidemiología Clínica. Profesora  
asistente del departamento de  
Psiquiatría y Salud Mental  
Pontificia Universidad Javeriana  
Coordinadora*

## **EQUIPO METODOLÓGICO**

#### *Jenny García Valencia*

*Médica psiquiatra, Doctora en  
Epidemiología Clínica. Profesora  
asociada del Departamento de  
Psiquiatría, Facultad de Medicina  
Universidad de Antioquia  
Experto temático y metodológico*

#### *Ana María De la Hoz Bradford*

*Médica cirujana,  
Magístra en Epidemiología Clínica  
Pontificia Universidad Javeriana  
Experto metodológico*

#### *Álvaro Enrique Arenas Borrero*

*Médico psiquiatra,  
Magíster en Epidemiología Clínica.  
Pontificia Universidad Javeriana  
Experto temático y metodológico*

## **ASISTENTES DE INVESTIGACIÓN**

#### *Mauricio José Ávila Guerra*

*Médico Servicio Social Obligatorio  
Pontificia Universidad Javeriana  
Asistente de Investigación*

#### *Nathalie Tamayo Martínez*

*Médica psiquiatra, candidata  
a magístra Epidemiología Clínica.  
Pontificia Universidad Javeriana  
Asistente de investigación*

#### *María Luisa Arenas González*

*Médica cirujana,  
Residente de Psiquiatría  
Pontificia Universidad Javeriana  
Asistente de investigación*

#### *Carolina Vélez Fernández*

*Médica cirujana,  
Residente de Psiquiatría  
Pontificia Universidad Javeriana  
Asistente de investigación*

#### *Sergio Mario Castro Díaz*

*Médico cirujano,  
Residente de Psiquiatría  
Pontificia Universidad Javeriana  
Asistente de investigación*

## **EQUIPO TEMÁTICO**

#### *Luis Eduardo Jaramillo*

*Médico psiquiatra,  
Máster en Farmacología.  
Profesor Universidad  
Nacional de Colombia  
Experto temático*

*Gabriel Fernando Oviedo Lugo*  
Médico psiquiatra  
Profesor departamento  
de Psiquiatría y Salud Mental  
Pontificia Universidad Javeriana  
Delegado Asociación Colombiana  
de Psiquiatría  
Experto temático

*Ángela Vélez Traslaviña*  
Médica psiquiatra. Bogotá, D. C.  
Delegada Asociación Colombiana  
de Psiquiatría  
Experta temática

*Luisa Fernanda Ahunca*  
Médica neuropsiquiatra.  
Universidad de Antioquia  
Delegada Asociación Colombiana  
de Psiquiatría  
Experta temática

## **EQUIPO DE EVALUACIÓN ECONÓMICA**

*Hoover Quitián*  
Economista. Magíster en Economía  
Pontificia Universidad Javeriana  
Coordinador

*Jair Arciniegas*  
Economista  
Pontificia Universidad Javeriana  
Apoyo económico

*Natalia Castaño*  
Economista  
Pontificia Universidad Javeriana  
Apoyo económico

## **EQUIPO DE IMPLEMENTACIÓN**

*Natalia Sánchez Díaz*  
Médica y cirujana, especialista  
en Psiquiatría, Magíster en Salud  
Pública Internacional  
Pontificia Universidad Javeriana  
Desarrollador

*Andrés Duarte Osorio*  
Médico y cirujano, especialista  
en Medicina Familiar. Profesor  
de Medicina Familiar y del  
Departamento de Medicina  
Preventiva y Social. Magíster en  
Epidemiología Clínica.  
Pontificia Universidad Javeriana  
Desarrollador

## **EXPERTOS DE LA FUERZA DE TAREA AMPLIADA**

*Ana Lindy Moreno López*  
Docente Escuela Colombiana  
de Rehabilitación.  
Colegio Colombiano de Terapia  
Ocupacional  
Terapeuta ocupacional

*Edwin Yair Oliveros Ariza*  
Psicólogo  
Sociedad Colombiana de Psicología  
Experto temático

*Maribel Pinilla Alarcón*  
Enfermera profesional  
Asociación Colombiana de Facultades  
de Enfermería

## **USUARIOS**

*Gloria Nieto de Cano*  
Abogada.  
Presidenta  
Asociación Colombiana de Personas  
con Esquizofrenia y sus Familias  
(ACPEF)  
Representante Población Blanco

*Marisol Gómez*  
Bacterióloga  
Asociación Colombiana de Personas  
con Esquizofrenia y sus Familias  
(ACPEF)  
Representante Población Blanco

*Gloria Pinto Moreno*  
Asociación Colombiana de Personas  
con Esquizofrenia y sus Familias  
(ACPEF)  
Representante Población Blanco

#### **EQUIPO DE SOPORTE ADMINISTRATIVO**

*Carlos Gómez Restrepo*  
Pontificia Universidad Javeriana  
Gerencia General

*Jenny Severiche Báez*  
Pontificia Universidad Javeriana  
Asistente de Gerencia

*Marisol Machetá Rico*  
Pontificia Universidad Javeriana  
Asistente de Gerencia

#### **EQUIPO DE COORDINACIÓN METODOLÓGICA Y EDITORIAL**

*Ana María De la Hoz Bradford*  
Pontificia Universidad Javeriana  
*Carlos Gómez Restrepo*  
Pontificia Universidad Javeriana

#### **EQUIPO DE COMUNICACIONES**

*Mauricio Ocampo Flórez*  
Pontificia Universidad Javeriana

*Pedro Mejía Salazar*  
Pontificia Universidad Javeriana

*Carlos Prieto Acevedo*  
Pontificia Universidad Javeriana

*Marisol Machetá Rico*  
Pontificia Universidad Javeriana

*Jenny Severiche Báez*  
Pontificia Universidad Javeriana

*Paola Andrea Velasco Escobar*  
Pontificia Universidad Javeriana

#### **EQUIPO DE COORDINACIÓN GENERAL ALIANZA CINETS**

*Carlos Gómez Restrepo*  
Pontificia Universidad Javeriana  
*Rodrigo Pardo Turriago*  
Universidad Nacional de Colombia  
*Luz Helena Lugo Agudelo*  
Universidad de Antioquia

#### **REVISORES EXTERNOS**

*Pendiente*  
Universidad Pendiente

#### **OTROS COLABORADORES**

*Agradecemos la contribución de las siguientes personas que, en carácter de representantes de expertos temáticos, usuarios, población blanco o grupos de interés, participaron o asistieron a las diferentes reuniones de socialización realizadas durante el proceso de desarrollo de la presente guía.*

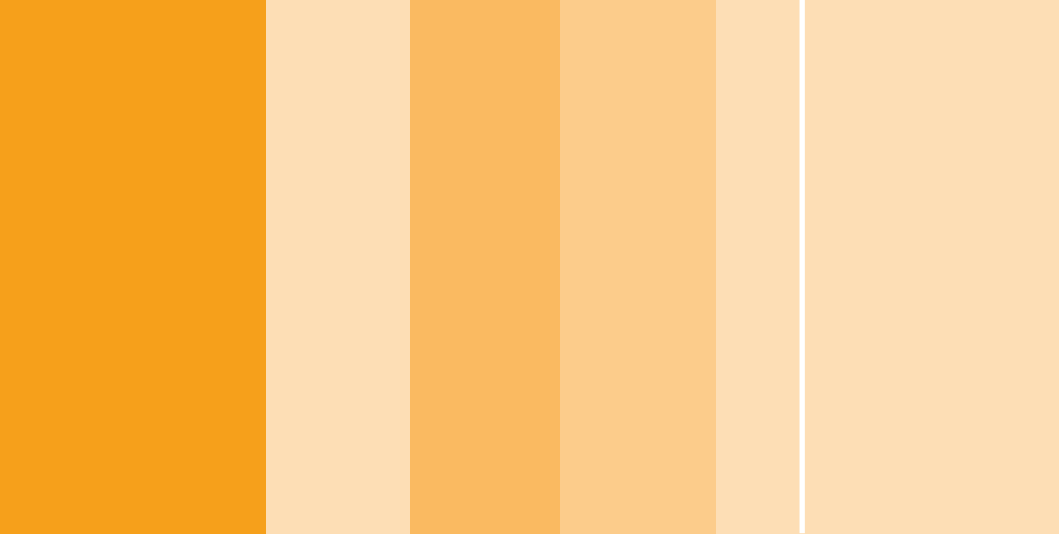
*Agradecemos la colaboración o apoyo en diferentes procesos del desarrollo de la guía a:*

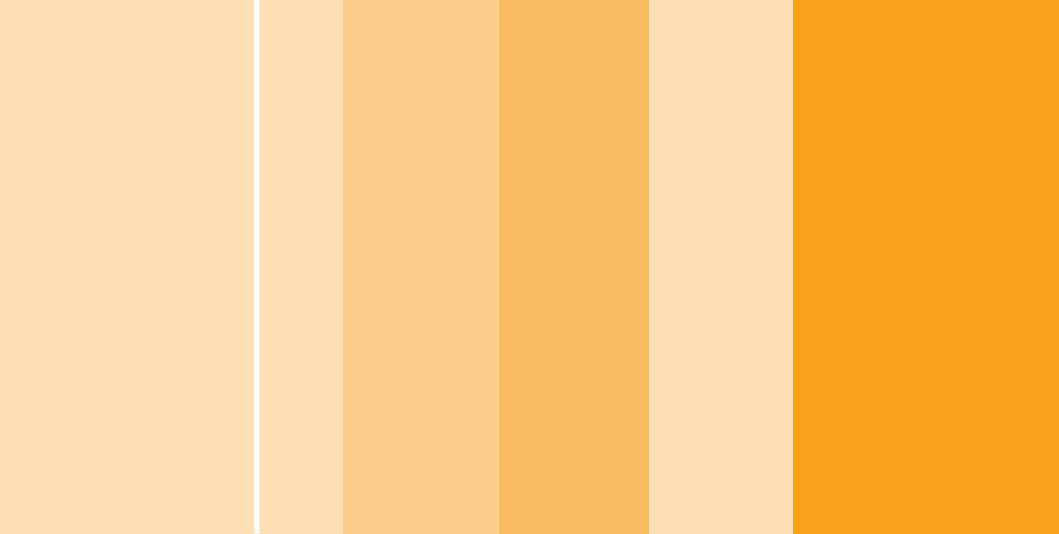
*Carlos Alberto Palacio Acosta*  
Médico psiquiatra,  
Magíster en Epidemiología Clínica,  
Profesor Universidad de Antioquia,  
Director Editor de la Revista  
Colombiana de Psiquiatría.  
Universidad de Antioquia  
*Alexander Pinzón*  
Médico psiquiatra.  
Magíster Epidemiología.  
Asociación Colombiana de Psiquiatría  
*Omar Felipe Umaña*  
Residente de Psiquiatría  
Pontificia Universidad Javeriana



## Contenido

- 13** Fuente de financiación
- 13** Independencia editorial
- 14** Revisión externa
- 14** Definición de la guía y público al que se le dirige
- 14** Metodología
- 16** Información de referencia al reporte completo de la GPC y documento de información para pacientes, familiares o cuidadores
- 16** Alcances y objetivos
- 19** Introducción
- 19** Definición, epidemiología, diagnóstico, curso y pronóstico de la esquizofrenia
- 20** Justificación

- 
- 21** Recomendaciones
  - 21** 1. Evaluación diagnóstica complementaria del paciente adulto con esquizofrenia en tratamiento con antipsicóticos
  - 24** 2. Tratamiento con antipsicóticos en la fase aguda del adulto con esquizofrenia
  - 29** 3. Tratamiento farmacológico del paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia que presenta conducta violenta o agitación
  - 31** 4. Estrategias para la prevención y tratamiento de los efectos adversos agudos más frecuentes por el uso de antipsicóticos
  - 34** 5. Tratamiento psicofarmacológico de mantenimiento para el paciente adulto con esquizofrenia
  - 37** 6. Manejo de pacientes adultos con esquizofrenia en fase de mantenimiento con antipsicóticos de depósito
  - 39** 7. Tratamientos psicoterapéuticos y psicosociales en fase aguda y de mantenimiento para los adultos con diagnóstico de esquizofrenia
  - 42** 8. Modalidades de atención para el adulto con esquizofrenia

- 
- 45** 9. Seguimiento clínico del paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia
- 48** Referencias
- 58** Anexos
- 58** Anexo 1. Criterios generales para el diagnóstico de esquizofrenia y descripción clínica de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)
- 62** Anexo 2. Algoritmos
- 66** Anexo 3. Dosis de antipsicóticos orales
- 68** Anexo 4.1. Cuadro de dosificación de los medicamentos para el manejo del paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia que presenta conducta violenta o agitación
- 69** Anexo 4.2. Contención mecánica en el paciente agitado
- 72** Anexo 5. Descripción de las intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales evaluadas
- 78** Anexo 6. Descripción de las modalidades de atención



## Fuente de financiación

El desarrollo de la presente guía de práctica clínica fue financiado por el Ministerio de Salud y Protección social, y el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación (Colciencias) mediante Contrato 467 de 2012 suscrito con la Pontificia Universidad Javeriana.

## Independencia editorial

El trabajo científico de investigación y la elaboración de las recomendaciones incluidas en el presente documento fueron realizados de manera independiente por el Grupo Desarrollador de la Guía (GDG) de la Pontificia Universidad Javeriana. Las entidades financiadoras hicieron un seguimiento a la elaboración del presente documento, para garantizar la libertad no condicionada de los contenidos de la guía.

Todos los miembros del GDG, los participantes directos de los procesos de desarrollo y las personas que participaron en la revisión externa llevaron a cabo la declaración de conflictos de interés.

## Revisión externa

El contenido de la presente guía de práctica clínica fue sometido a un proceso de revisión por pares externos e independientes en sus componentes metodológico, clínico y económico. Dicho proceso de revisión fue coordinado de manera conjunta por el Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias y el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

## Definición de la guía y público al que se le dirige

Esta guía de práctica clínica es un compendio de las recomendaciones desarrolladas sistemáticamente y basadas en la mejor evidencia disponible para asistir a los profesionales de la salud y a los pacientes en la toma de decisiones respecto al diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial que sean más apropiados para la atención de los adultos con diagnóstico de esquizofrenia tanto en el ámbito ambulatorio como en el hospitalario.

Las recomendaciones están organizadas en tres aspectos clínicos. El primero corresponde a las prácticas de evaluación clínica y estudios paraclínicos para los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que van a recibir o reciben manejo farmacológico con antipsicóticos (AP); el segundo abarca las intervenciones farmacológicas para todas las fases de la enfermedad; el tercero cubre las recomendaciones de las intervenciones psicoterapéuticas, psicosociales y modalidades de atención.

Este documento está dirigido específicamente a equipos y servicios de salud mental (que incluyen, entre otros, médicos psiquiatras, médicos generales o familiares, psicólogos, terapeutas ocupacionales, enfermeras y trabajadores sociales). Puede ser un documento de consulta para profesionales de la salud ante la sospecha diagnóstica de esquizofrenia.

## Metodología

Esta guía de práctica clínica fue desarrollada por un grupo multidisciplinario de profesionales de la salud con experiencia y conocimiento en diferentes áreas

(psiquiatras con diferentes subespecialidades, metodólogos, médicos generales, médicos familiares, enfermeras, terapeutas ocupacionales y psicólogos) y por familiares y representantes de los pacientes. La *Guía metodológica para la elaboración de guías de práctica clínica con evaluación económica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano* sirvió de marco de referencia metodológico para su elaboración.

La fuerza asignada a cada recomendación, de acuerdo con el sistema GRADE (véase tabla 1), se basa no solo en el nivel de evidencia subyacente, sino también en información y juicio de los expertos acerca del balance entre riesgos y beneficios de las intervenciones, la coherencia de las recomendaciones con los valores y preferencias de los pacientes, la disponibilidad local y la utilización de recursos y costos asociados.

**Tabla 1. Implicaciones de los dos grados de la fuerza de recomendación para el sistema GRADE**

Grupo de usuarios	Recomendación fuerte	Recomendación débil
Pacientes	La gran mayoría de las personas en su situación querrán el curso de acción recomendado y solo una pequeña proporción no querrá utilizarlo.	Una parte importante de las personas en su situación querrán utilizar el curso de acción recomendado, pero muchas no querrán utilizarlo.
Profesionales de la salud	La mayoría de los pacientes deberían recibir el curso de acción recomendado.	Reconozca que diferentes opciones pueden ser apropiadas para diferentes pacientes y haga un esfuerzo adicional para ayudar al paciente a tomar decisiones de manejo consistentes con sus propios valores y preferencias; las ayudas para la toma de decisiones y la toma de decisiones compartidas pueden ser particularmente útiles.
Trazadores de políticas	La recomendación puede ser adoptada como política en la mayoría de las situaciones.	La formulación de políticas requiere debate y participación de varios grupos de interés.

## Información de referencia al reporte completo de la GPC y documento de información para pacientes, familiares o cuidadores

Este documento incluye las recomendaciones que el grupo desarrollador formuló para el manejo, seguimiento y rehabilitación psicosocial de los pacientes y un resumen de la evidencia que las soporta. El documento completo de la guía contiene la totalidad de las recomendaciones formuladas, la información completa respecto a la metodología utilizada para su desarrollo, el análisis de datos, los procesos de formulación, detalles sobre la evidencia que respalda cada una de las recomendaciones formuladas y su calidad y las referencias bibliográficas completa; este documento cuenta con anexos digitales de soporte del proceso de desarrollo de la guía. Existe también un documento de información para los pacientes y familiares. Toda la documentación estará disponible en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social: <http://gpc.minslaud.gov.co>

## Alcances y objetivos

### Objetivo general

- Brindar estrategias basadas en la evidencia que le permitan al personal en salud evaluar, tratar y realizar la rehabilitación psicosocial inicial a pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia.

### Objetivos específicos

- Ayudar en la toma de decisiones al clínico sobre:
  - ✓ El uso de estrategias de evaluación diagnóstica complementaria de un adulto con diagnóstico de esquizofrenia.
  - ✓ Las estrategias del manejo farmacológico más adecuadas en Colombia para el tratamiento del adulto con diagnóstico de esquizofrenia en las fases aguda y de mantenimiento (poscrisis y estable).



- ✓ Las estrategias de manejo psicoterapéutico más adecuadas en Colombia para el tratamiento del adulto con diagnóstico de esquizofrenia en la fase aguda y de mantenimiento (poscrisis y estable).
  - ✓ Las estrategias de inicio para la rehabilitación psicosocial más adecuadas en Colombia para el tratamiento del adulto con diagnóstico de esquizofrenia en la fase de estabilización (poscrisis).
- Disminuir la variabilidad no justificada en el manejo de los adultos con esquizofrenia.
  - Ayudar al paciente con diagnóstico de esquizofrenia y a sus familiares a tomar decisiones informadas.

## Alcances

### Población

Personas de 18 años de edad o más que tengan diagnóstico de esquizofrenia por el sistema de diagnóstico de la CIE-10 (CATEGORÍA F20) con inicio antes de los 60 años de edad.

Grupos que NO se toman en consideración:

- Personas con otros trastornos psicóticos (trastorno esquizotípico, trastorno delirante crónico [o persistente], trastornos psicóticos agudos y transitorios —incluyen primer episodio psicótico agudo—, trastornos delirantes inducidos y trastorno esquizoafectivo).
- Mujeres en embarazo con diagnóstico de esquizofrenia.
- Personas menores de 18 años de edad con diagnóstico de esquizofrenia.
- Personas con esquizofrenia de inicio muy tardío (inicio después de los 60 años de edad).

### Ámbito asistencial

La presente guía da recomendaciones para la evaluación diagnóstica, el tratamiento y el inicio de la rehabilitación de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia por parte de equipos y servicios de salud mental (médicos psiquiatras, médicos gene-

rales o familiares, psicólogos, terapeutas ocupacionales, enfermeras y trabajadores sociales), usuarios finales de la *Guía*, en el tratamiento ambulatorio y hospitalario. Podrá ser un documento de consulta para profesionales de la salud ante la sospecha diagnóstica de esquizofrenia.

La *Guía* se refiere a métodos de evaluación diagnóstica complementaria, intervenciones y estrategias usados para el manejo, el seguimiento de la esquizofrenia y el inicio de la rehabilitación psicosocial.

## Aspectos clínicos

- **Aspecto 1.** Evaluación diagnóstica complementaria del paciente con diagnóstico de esquizofrenia.
- **Aspecto 2.** Tratamiento farmacológico de la esquizofrenia: incluye el manejo farmacológico para el control de los síntomas en fase aguda y de mantenimiento (poscrisis y estable).
- **Aspecto 3.** Rehabilitación psicosocial inicial del paciente con diagnóstico de esquizofrenia: incluye las intervenciones psicoterapéuticas, psicosociales y modalidades de atención para la recuperación funcional.

Aspectos clínicos NO cubiertos por la guía:

- Tratamiento de comorbilidades de trastornos por uso de sustancias psicoactivas.
- Tratamiento de esquizofrenia a menores de 18 años de edad.
- Tratamiento de la esquizofrenia a mujeres embarazadas.
- Tratamiento de las comorbilidades médicas de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.
- Intervenciones en los pródromos de la esquizofrenia.
- Estrategias terapéuticas para el manejo de la esquizofrenia resistente al tratamiento.
- Consideraciones especiales para el tratamiento de la persona con diagnóstico de esquizofrenia con comorbilidad con trastorno por uso de sustancias.
- Procesos de rehabilitación tardíos.

## Introducción

### Definición, epidemiología, diagnóstico, curso y pronóstico de la esquizofrenia

La esquizofrenia es un trastorno mental grave e incapacitante del neurodesarrollo (1) cuyas manifestaciones clínicas inician en la adolescencia o adultez temprana, con anomalías en muchas funciones cerebrales, cuyos síntomas principales son: la alteración en el juicio de realidad, alucinaciones, ideas delirantes, trastornos cognitivos (memoria ejecutiva, atención). Puede ser altamente discapacitante (2).

Esta enfermedad es la decimoséptima causa de años de vida perdidos por discapacidad en todo el mundo y la decimonovena causa en la región (Latinoamérica) estimada para el año 2011 según el último reporte de la carga global de la enfermedad (3). Tiene una prevalencia a lo largo de la vida del 1% y anual del 1,4 al 4,6 por 1.000 habitantes y una incidencia entre 0,16 a 0,42 casos por 1.000 habitantes (4).

Una proporción grande de los pacientes que la padecen no logra desarrollarse personal o profesionalmente, son muchas veces incapaces de vivir independientes y tener una vida productiva. Aunque en el siglo xx existía la idea de que los pacientes con esquizofrenia tenían un curso crónico, con un inevitable deterioro o con poca opción de mejorar, desde comienzos de este siglo el reto fue cambiar esta concepción a una que se fundamenta en que esta enfermedad, a pesar de ser grave, si se diagnostica tempranamente, se trata de forma adecuada con un abordaje integral y multidisciplinario, podría tener mejores tasas de recuperación (5).

Para diagnosticar la esquizofrenia hay que tener en cuenta las características del cuadro clínico, la historia del paciente, evaluar antecedentes y factores de riesgo, así como descartar otras causas de los síntomas. En el anexo 1 de la guía para profesionales se presentan los criterios diagnósticos de la esquizofrenia de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

Para efectos de la orientación de las distintas intervenciones y siguiendo las nuevas conceptualizaciones que van en consenso con la observación de la práctica clínica actual, el curso de la esquizofrenia se puede dividir en tres fases: la fase aguda —que hace referencia al episodio psicótico agudo—, una fase de estabilización o poscrisis y una fase estable o de mantenimiento (6-8) cuyas características se presentan en la tabla 2.

Tabla 2. Curso de la esquizofrenia

Fase	Características clínicas
Fase aguda	Síntomas psicóticos graves, como delirios o alucinaciones, y pensamiento gravemente desorganizado. No se es capaz de cuidar de sí mismo de forma apropiada. Los síntomas negativos pasan a ser más intensos.
Fase de estabilización o poscrisis	Se reduce la intensidad de los síntomas psicóticos agudos. La duración de la fase puede ser de seis meses o más tras el inicio de un episodio agudo (o crisis).
Fase estable o de mantenimiento	La sintomatología puede haber desaparecido o es relativamente estable; en el caso de que persista, casi siempre es menos grave que en la fase aguda. Síntomas como tensión, ansiedad, depresión o insomnio. Cuando persisten los síntomas negativos (déficits) o los positivos como delirios, alucinaciones o trastornos del pensamiento, a menudo están presentes en formas atenuadas no psicóticas (por ejemplo, ilusiones en vez de alucinaciones o ideas sobrevaloradas en vez de delirios). Las características de esta fase recuerdan los pródromos, predominan síntomas afectivos.

Fuente: adaptado de NICE 82 (7).

## Justificación

En Colombia no existían guías de práctica clínica para la evaluación, tratamiento y rehabilitación psicosocial de los pacientes adultos que sufren de esquizofrenia. Se conoce que existen múltiples medicamentos y estrategias de intervención psicoterapéutica y psicosocial para el manejo de esta entidad patológica y en consecuencia una alta variabilidad en la práctica clínica tanto para la evaluación como para el tratamiento, por lo que se elaboró la presente guía de práctica clínica basada en la mejor evidencia disponible.

## Recomendaciones

### 1. Evaluación diagnóstica complementaria del paciente adulto con esquizofrenia en tratamiento con antipsicóticos

#### 1.1. Preguntas clínicas

**Pregunta 1.1** ¿Cuáles son los exámenes paraclínicos que se les deben practicar a los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia al inicio del tratamiento farmacológico y durante el seguimiento del tratamiento?

#### 1.2. Resumen de la evidencia

Para la formulación de estas recomendaciones se incluyeron 30 referencias de estudios que incluían: metaanálisis de ECAS (9-11), revisiones sistemáticas (12), estudios de pruebas diagnósticas (13), cohortes o ensayos clínicos (14-38) y análisis de farmacovigilancia (39), las cuales aportaron información acerca de la incidencia o prevalencia de los diferentes desenlaces, el riesgo estimado o la asociación con la esquizofrenia o con el uso de AP por parte de los pacientes. Adicionalmente, se tuvo en cuenta la evidencia incluida para el protocolo de recomendaciones del tratamiento con AP en fase aguda (protocolo 2).

Se evidenció que los adultos con diagnóstico de esquizofrenia tienen una mayor mortalidad que la población general, lo que puede estar relacionado con las características tanto de la enfermedad como del tratamiento farmacológico (9,12,16-21,23,28,29,34-36,38). Para algunos de los desenlaces, los resultados de los estudios fueron contradictorios, por ejemplo para infarto de miocardio o enfermedad isquémica cardíaca (15-18,22,26) y arritmias (11,17,18,21,39). En otros desenlaces la evidencia de los estudios fue en el mismo sentido. Los desenlaces metabólicos mostraron una mayor incidencia y asociación con la esquizofrenia y el tratamiento con AP, y es especialmente relevante que existe un mayor riesgo de desarrollar diabetes *mellitus* en las personas adultas con esquizofrenia asociado con el uso de AP (15,16,18,20,24,25,27,30,33,40,41).

Otro evento conocido es la disminución en el conteo de leucocitos y el riesgo de agranulocitosis asociado al uso de clozapina; este efecto se presenta con mayor

frecuencia en las primeras doce semanas de tratamiento y se mantiene el riesgo hasta un año aproximadamente (14), por lo cual se requiere un estricto seguimiento hematológico.

Respecto a los cambios en la función hepática, se ha reportado como un evento asociado al inicio del uso de los medicamentos en un estudio con solo ocho semanas de seguimiento (31). No se encontraron artículos relacionados con cambios en la función renal en pacientes con esquizofrenia.

La calidad general de la evidencia es baja considerando que la mayoría de los reportes provienen de estudios observacionales que tienen riesgo de sesgo y algunos diseños tienen limitaciones metodológicas.

Con la evidencia encontrada sobre: mortalidad, alteraciones hematológicas —agranulocitosis—, desenlaces metabólicos y los riesgos establecidos en estudios observacionales del potencial arritmogénico de los AP, se justificó la formulación de un plan de evaluación de variables fisiológicas tanto antes como durante el manejo con AP del adulto con diagnóstico de esquizofrenia.

### 1.3. Recomendaciones

**Recomendación 1.1.** Todo paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia requiere una evaluación clínica antes de iniciar el tratamiento farmacológico que incluya como mínimo las pruebas enumeradas en el cuadro 1.

Recomendación fuerte

**Recomendación 1.2.** Los pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia que reciben tratamiento con antipsicóticos deben ser evaluados con los estudios enumerados en el cuadro 1 y en la periodicidad establecida.

Recomendación fuerte

**Cuadro 1. Variables fisiológicas o estudios paraclínicos que deben realizarse al adulto con diagnóstico de esquizofrenia**

Estudio	Periodicidad
Perímetro abdominal	Al inicio del tratamiento Primer año cada tres meses Del segundo en adelante, dos veces al año
Glucemia en ayunas	Al inicio del tratamiento A los tres meses si hay cambio en el tratamiento Cada seis meses para pacientes menores de 45 años de edad Anual para mayores de 45 años de edad
Perfil lípido (colesterol total, LDL, HDL y triglicéridos)	Al inicio del tratamiento Cada seis meses para AP atípicos Control anual para otros AP
EKG	Al inicio del tratamiento Y una vez al año
Hemograma	Al inicio del tratamiento * Recomendación específica para clozapina
Transaminasas	Según instrucciones de uso de los diferentes fármacos

**Punto de buena práctica clínica 1.1.** De acuerdo con la clínica del paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia, el médico puede solicitar otros estudios paraclínicos.

**Punto de buena práctica clínica**

**Recomendación 1.3.** Los pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia que reciben manejo farmacológico con clozapina deben tener un seguimiento con hemograma así:

- Antes de iniciar el tratamiento (como a todos).
- Semanal durante los tres primeros meses.
- Mensual hasta el año.
- Cada seis meses a partir de un año.

**Recomendación fuerte**

**Recomendación 1.3.1.** A los adultos con diagnóstico de esquizofrenia en tratamiento con clozapina si se evidencia en tres cuadros hemáticos sucesivos una disminución progresiva de los leucocitos, el médico debe realizarle un hemograma cada 72 horas hasta que aumente el recuento.

**Recomendación fuerte**

**Recomendación 1.3.2.** A los adultos con diagnóstico de esquizofrenia en tratamiento con clozapina si se evidencia leucopenia menor de 3.500 células/mm<sup>3</sup>, el médico debe suspender la clozapina.

Recomendación fuerte

**Recomendación 1.3.3.** A los adultos con diagnóstico de esquizofrenia a los que se les suspendió la clozapina por leucopenia, el médico debe continuarle el seguimiento hematológico cada 72 horas hasta que aumente el recuento.

Recomendación fuerte

**Recomendación 1.3.4.** A los adultos con diagnóstico de esquizofrenia en tratamiento con clozapina, el médico debe remitirlos a un hospital que cuente con especialista en medicina interna si en cualquier hemograma el recuento de leucocitos es menor de 2.000 células/mm<sup>3</sup>.

Recomendación fuerte

## 2. Tratamiento con antipsicóticos en la fase aguda del adulto con esquizofrenia

### 2.1. Preguntas clínicas

**Pregunta 2.1.** ¿Cuál es el antipsicótico más efectivo para obtener mejoría y remisión de los síntomas para el tratamiento de pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia en la fase aguda de la enfermedad?

**Pregunta 2.2.** ¿Cuál es el antipsicótico más seguro para el tratamiento de pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia en la fase aguda de la enfermedad?

### 2.2. Resumen de la evidencia

Para la formulación de recomendaciones para tratamiento farmacológico de los adultos con diagnóstico de esquizofrenia que se encuentran en fase aguda se encontró un gran volumen de estudios sobre los AP considerados por el GDG como alternativas de tratamiento y que fueron sintetizados en los metaanálisis incluidos (7,10,42-58); estos reportes fueron elaborados por diferentes grupos (Cochrane, NICE y AHRQ). Una limitación de los resultados de los ECA es la ausencia de resulta-



dos o resultados no conclusivos para algunos desenlaces críticos que se presentan a largo plazo e inciden en la toma de la decisión del tratamiento en la fase aguda, razón por la cual el GDG optó por emplear resultados de estudios de seguimiento de ECA o de cohortes de buena calidad como la mejor evidencia disponible para estos desenlaces (30,42,44,59-61).

En general, los resultados fueron evaluados con precaución por los siguientes motivos: un número considerable de resultados concluyentes provenían de comparaciones indirectas que implican una baja calidad de la evidencia; la mayoría de la evidencia proviene de estudios que tienen riesgo de sesgo, alta sospecha de sesgo de publicación y los tamaños de los efectos en las comparaciones entre los medicamentos son pequeños. Sin embargo, para establecer la fuerza de las recomendaciones se tuvo en cuenta no solo la evidencia, que en su gran mayoría era de baja calidad, sino también la valoración de elementos adicionales (balance entre beneficios y riesgos, preferencias de los pacientes, consideraciones sobre la utilización de recursos) de acuerdo con las especificaciones del sistema GRADE.

Los siguientes AP, en su orden, clozapina, olanzapina, risperidona, ziprasidona, amisulprida, paliperidona, haloperidol, quetiapina y aripiprazol fueron más eficaces que el placebo para la mejoría de síntomas psicóticos y el abandono del tratamiento, pero no lo fue la asenapina (50,54,58). La paliperidona, risperidona, quetiapina, clozapina y olanzapina presentaron incrementos significativos de peso al compararlos con placebo (51). El haloperidol (51), risperidona (10,51), ziprasidona (48,51) y paliperidona (51) tuvieron mayor riesgo de síntomas extrapiramidales que el placebo. En orden ascendente, los siguientes medicamentos tuvieron un riesgo significativo de sedación o somnolencia: risperidona, haloperidol, ziprasidona, quetiapina, olanzapina y clozapina (51).

Al revisar los resultados de las comparaciones entre AP, la clozapina y la paliperidona mostraron una mayor efectividad clínicamente significativa frente al haloperidol y la quetiapina, respectivamente (51,54). La olanzapina y la risperidona tuvieron menor riesgo de abandono del tratamiento en general y por efectos adversos en dos comparaciones cada uno (42,44,51), pero el haloperidol fue el medicamento con más riesgo de abandono por efectos adversos, seguido por la clozapina (10,42,44). El amisulprida (51,57), el haloperidol (51) y la ziprasidona (48,51) tuvieron resultados favorables en varias comparaciones respecto al aumento de peso. El aripiprazol (45,51) y la paliperidona (51,54) obtuvieron un mayor número de resultados favorables en cuanto a sedación, y todos los atípicos (salvo la paliperidona) tuvieron menos riesgo de uso de antiparkinsonianos (51).

De la evidencia de los estudios observacionales, adicionalmente se consideró particularmente que en sujetos con factores de riesgo para diabetes, como son la edad,

la hipertensión y la dislipidemia, el tratamiento inicial y actual con olanzapina, así como el tratamiento actual con clozapina, pueden promover el desarrollo de esta enfermedad (30).

Por evidencia insuficiente no se formulan recomendaciones específicas para el uso de asenapina, clorpromazina, levomepromazina, sulpiride, trifluoperazina y zotepina en el tratamiento de la fase aguda de la esquizofrenia en adultos. Por estar fuera del alcance de la guía, no se presentan recomendaciones de estrategias psicofarmacológicas para el manejo de esquizofrenia resistente ni para el manejo del insomnio del paciente con diagnóstico de esquizofrenia.

### 2.3. Recomendaciones

**Recomendación 2.1.** Se recomienda prescribir un antipsicótico a todo paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia para el tratamiento de la fase aguda de la enfermedad, bajo la supervisión de un médico psiquiatra.

**Recomendación fuerte**

**Nota a la recomendación 2.1.** La supervisión idealmente debe ser presencial; si no es posible, se puede realizar de forma virtual o telefónica (telemedicina).

**Punto de buena práctica clínica 2.1.** Al prescribir un antipsicótico para el tratamiento de la fase aguda de la esquizofrenia en adultos, el médico debe escoger el tipo de fármaco según el perfil de efectos adversos, la condición clínica del paciente, el antecedente de respuesta previa a antipsicóticos y las preferencias del paciente.

**Punto de buena práctica clínica**

**Recomendación 2.2.** En el momento de prescribir el antipsicótico para el tratamiento de la fase aguda de la esquizofrenia en adultos, el médico debe considerar los siguientes efectos adversos potenciales (en orden alfabético):

- Agranulocitosis (clozapina)
- Aumento de peso (olanzapina, clozapina, quetiapina, risperidona)
- Convulsiones (clozapina)
- Disquinesia tardía (haloperidol, risperidona)
- Hiperprolactinemia (haloperidol, risperidona, paliperidona, amisulprida\*)

**Recomendación fuerte**

- Prolongación del QTc (ziprasidona, amisulprida)
- Riesgo de desarrollar diabetes (olanzapina y clozapina)
- Síndrome metabólico (clozapina y olanzapina\*)
- Síndrome neuroléptico maligno (principalmente haloperidol\*; las manifestaciones para los AP de segunda generación pueden ser diferentes)
- Síndromes extrapiramidales agudos: distonía aguda, acatisia y parkinsonismo (haloperidol principalmente, risperidona, paliperidona, ziprasidona)
- Somnolencia o sedación (clozapina, olanzapina, quetiapina, ziprasidona, haloperidol, risperidona)

**Nota a la recomendación 2.2.** A pesar de que existen otros efectos adversos potenciales de los antipsicóticos que fueron tenidos en cuenta durante diferentes etapas del desarrollo de la guía, el GDG consideró que los anteriores son críticos para la toma de decisiones frente al manejo farmacológico de los pacientes con esquizofrenia (ver cuadro de seguimiento paraclínico).

\* Para estos medicamentos no se encontró evidencia sobre el efecto señalado, pero fueron indicados por expertos clínicos.

**Recomendación 2.3.** Se sugiere que el médico escoja para la primera línea de tratamiento farmacológico de los adultos con diagnóstico de esquizofrenia en la fase aguda de la enfermedad entre los siguientes antipsicóticos orales (en orden alfabético): amisulprida, olanzapina, paliperidona o risperidona.

Recomendación débil

**Recomendación 2.3.1.** Solamente el médico psiquiatra puede considerar el uso de la clozapina entre las opciones de primera línea de tratamiento para la fase aguda de la esquizofrenia en adultos.

Recomendación fuerte

**Recomendación 2.3.2.** La prescripción de la clozapina debe estar condicionada a la posibilidad de realizar el seguimiento hematológico recomendado que incluye la toma y la lectura del estudio.

Recomendación fuerte

**Recomendación 2.4.** Después de las opciones de primera línea para el adulto con diagnóstico de esquizofrenia se sugieren como otras opciones farmacológicas los antipsicóticos orales de la siguiente lista (en orden alfabético): aripiprazol, haloperidol, quetiapina o ziprasidona.

Recomendación débil

**Recomendación 2.5.** No se recomienda el uso de olanzapina y clozapina como tratamiento inicial en pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia y que tengan factores de riesgo como dislipidemia, hipertensión, sobrepeso o diabetes.

Recomendación fuerte

**Recomendación 2.6.** Aunque todos los antipsicóticos tienen una influencia sobre el intervalo QT del electrocardiograma, específicamente no se recomienda el uso de amisulprida o ziprasidona en pacientes con antecedentes conocidos de arritmia cardíaca o prolongación del QTc.

Recomendación fuerte

**Recomendación 2.7.** No se recomienda el uso de clozapina en pacientes con antecedentes conocidos de discrasias sanguíneas o convulsiones.

Recomendación fuerte

### Puntos de buena práctica clínica adicionales

- Sobre la prescripción
  - ✓ Inicie con la dosis más baja del rango autorizado y titule lentamente aumentando la dosis dentro del rango terapéutico de acuerdo con las especificaciones para cada medicamento.
  - ✓ Es deseable la prescripción de la dosis terapéutica efectiva mínima para todos los antipsicóticos.
  - ✓ Antes de cambiar un antipsicótico considere que el tiempo de respuesta es de cuatro a seis semanas en las dosis máximas toleradas.
- Sobre la información al paciente
  - ✓ Provea información al paciente y a su cuidador sobre los beneficios y el perfil de riesgos de cada medicamento.

- ✓ Discuta con el paciente y su cuidador el uso de terapias no prescritas (incluyendo las alternativas) que él o ellos deseen: beneficios, riesgos y posibles interferencias con el efecto terapéutico de la medicación.
- ✓ Discuta sobre la posible interferencia del consumo de: alcohol, tabaco, drogas ilícitas y otras medicaciones prescritas y no prescritas con el efecto terapéutico del antipsicótico.
- Sobre el registro en la historia clínica
  - ✓ El tratamiento con antipsicóticos debe ser registrado en la historia clínica del paciente incluyendo la siguiente información:
    - Indicación del tratamiento.
    - Justificación del uso de dosis fuera del rango terapéutico establecido.
    - Cambios en los síntomas y el comportamiento, los efectos colaterales, la adherencia y la condición física del paciente.
    - Justificación para continuar, cambiar o suspender la medicación.

### 3. Tratamiento farmacológico del paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia que presenta conducta violenta o agitación

---

#### 3.1. Pregunta clínica

---

**Pregunta 3.1.** ¿Cuál es la intervención farmacológica más efectiva para el manejo de conducta violenta o agitación de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia?

#### 3.2. Resumen de la evidencia

---

Se evaluaron cinco artículos que aportaban evidencia para la elaboración de las recomendaciones (62-66). Se consideraron adicionalmente las experiencias profesionales y académicas de los miembros del grupo desarrollador en el tratamiento de estos pacientes y en conjunto con el cuerpo de la evidencia encontrada se decidió plantear las recomendaciones específicas.

Se encontró evidencia de calidad moderada para el desenlace “control de la conducta violenta” en las siguientes comparaciones: haloperidol y placebo (62), olanzapina y placebo (64), haloperidol y olanzapina (62), haloperidol y risperidona (62), haloperidol y haloperidol más lorazepam (62), midazolam más haloperidol y olanzapina (63), lorazepam y olanzapina (63), en cuyos resultados solo fueron favorables para los AP y las benzodiazepinas frente al placebo. De estas comparaciones, aquellas que combinaron haloperidol y benzodiazepinas tuvieron mejores resultados en el control frente a otras comparaciones; adicionalmente, la olanzapina también mostró buenos resultados frente a diversas comparaciones de AP.

A pesar de que se encontró evidencia para los desenlaces hipotensión y sedación prolongada con AP de primera generación y benzodiazepinas, la evidencia para estos es de baja calidad.

No se encontró evidencia para los desenlaces heteroagresión, autoagresión, síndrome neuroléptico maligno y depresión respiratoria. A pesar de que el síndrome neuroléptico maligno es una de las complicaciones más severas por el uso de AP, por su baja incidencia se dificulta la realización de estudios clínicos aleatorizados u observacionales que lo evalúen, lo que puede explicar que no se hayan encontrado resultados.

### 3.3. Recomendaciones

**Recomendación 3.1.** A los pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia que presentan agitación psicomotora o agresividad y que no respondan a las medidas de persuasión se les debe dar manejo farmacológico parenteral.

Recomendación fuerte

**Recomendación 3.2.** Para el manejo farmacológico del adulto con diagnóstico de esquizofrenia que presenta conducta violenta o agitación, se recomienda cualquiera de las siguientes alternativas de primera línea: haloperidol más benzodiazepina parenteral, benzodiazepina parenteral sola o haloperidol solo.

Recomendación fuerte

**Recomendación 3.3.** En instituciones que cuenten con psiquiatra las 24 horas se puede considerar el uso de olanzapina IM como medicamento de primera línea para el manejo farmacológico del adulto con diagnóstico de esquizofrenia que presenta conducta violenta o agitación.

Recomendación débil

**Recomendación 3.3.1** No se recomienda el uso combinado de olanzapina IM con benzodiazepinas para el manejo farmacológico del adulto con diagnóstico de esquizofrenia que presenta conducta violenta o agitación.

Recomendación fuerte

**Recomendación 3.4.** En instituciones que cuenten con psiquiatra las 24 horas se puede considerar el uso de ziprasidona IM como medicamento de segunda línea para el manejo farmacológico del adulto con diagnóstico de esquizofrenia que presenta conducta violenta o agitación.

Recomendación débil

## 4. Estrategias para la prevención y tratamiento de los efectos adversos agudos más frecuentes por el uso de antipsicóticos

### 4.1. Preguntas clínicas

**Pregunta 4.1.** ¿Cuáles son las estrategias más adecuadas para prevenir los efectos adversos agudos más frecuentes (acatisia, distonía, parkinsonismo, somnolencia y aumento de peso) por el uso de los antipsicóticos?

**Pregunta 4.2.** ¿Cuáles son las estrategias más adecuadas para tratar los efectos adversos agudos (acatisia, distonía, parkinsonismo y aumento de peso) más frecuentes de los antipsicóticos?

## 4.2. Resumen de la evidencia

Para la elaboración de las recomendaciones con respecto a la prevención y manejo de los efectos secundarios de los AP se encontró evidencia únicamente para el manejo del aumento de peso y para el manejo de acatisia (67-72), lo que permitió al GDG la generación de recomendaciones específicas para estos temas. Las alternativas que presentaron resultados favorables para el control de peso fueron: acompañamiento psicoterapéutico, nutrición clínica, el uso de metformina y el cambio de medicamento. Para acatisia se encontró que el uso de betabloqueadores mejora estos síntomas. La calidad de la evidencia se calificó en general entre baja y moderada, lo que fue tenido en cuenta para la generación de las recomendaciones.

Las recomendaciones sobre distonía y parkinsonismo fueron elaboradas por consenso de expertos por ausencia de evidencia. Para estos desenlaces las estrategias tradicionalmente usadas han sido efectivas y no se han desarrollado investigaciones específicas.

## 4.3. Recomendaciones

- **Recomendaciones para la prevención y el tratamiento del aumento de peso**

**Recomendación 4.1.** Cuando el adulto con diagnóstico de esquizofrenia presenta un incremento de peso por encima del límite de IMC de 25 kg/m<sup>2</sup> secundario al uso de antipsicóticos, se recomienda acompañamiento psicoterapéutico y por nutricionista para el manejo del sobrepeso.

**Recomendación fuerte**

**Recomendación 4.2.** Para pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia con sobrepeso a quienes se les haya realizado una intervención para manejo de peso y no hayan respondido a esta terapia se sugiere considerar el inicio de metformina.

**Recomendación débil**



**Recomendación 4.3.** Para pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia con sobrepeso a quienes las estrategias 4.1 y 4.2 no hayan dado resultado se sugiere el cambio en el manejo antipsicótico a uno de menor riesgo de presentar incremento de peso.

Recomendación débil

- Recomendaciones para el tratamiento de la acatisia

**Recomendación 4.4.** No se recomienda prescribir betabloqueadores para el manejo de la acatisia inducida por antipsicóticos en pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia.

Recomendación fuerte

**Recomendación 4.5.** Para el tratamiento de la acatisia inducida por antipsicóticos en pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia, considere la disminución de la dosis del antipsicótico e iniciar manejo con benzodiazepinas tipo lorazepam.

Recomendación débil

- Recomendaciones para el tratamiento de la distonía aguda

**Recomendación 4.6.** Para el tratamiento de la distonía inducida por antipsicóticos en pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia, considere la utilización de biperideno 5 mg IM o trihexifenidilo 5 mg por vía oral en caso de presentar distonía aguda secundaria a antipsicóticos.

Recomendación débil

- Recomendaciones para el tratamiento del parkinsonismo

**Recomendación 4.7.** Para el tratamiento del parkinsonismo inducido por antipsicóticos en pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia, se recomienda disminuir la dosis del antipsicótico.

Recomendación fuerte

**Recomendación 4.8.** Para el tratamiento del parkinsonismo inducido por antipsicóticos en pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia considere el uso de 2 a 4 mg día de biperideno o el uso de difenhidramina 50 mg una vez al día.

Recomendación débil

- Recomendaciones generales para el tratamiento de efectos adversos extrapiramidales

**Recomendación 4.9.** Si el paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia presenta efectos extrapiramidales que no mejoran a pesar las intervenciones recomendadas (4.5 a 4.8), se recomienda el cambio de antipsicótico.

Recomendación fuerte

## 5. Tratamiento psicofarmacológico de mantenimiento para el paciente adulto con esquizofrenia

### 5.1. Preguntas clínicas

**Pregunta 5.1** ¿Para los pacientes con esquizofrenia en la fase de mantenimiento (poscrisis o estabilización y estable) cuál es el antipsicótico que previene mejor la exacerbación de los síntomas psicóticos o recurrencia?

### 5.2. Resumen de la evidencia

Para la formulación de estas recomendaciones se consideraron los resultados de efectividad para la fase de mantenimiento de adultos con diagnóstico de esquizofrenia de los AP comparados con placebo y entre ellos provenientes de las síntesis de los metaanálisis y ECA incluidos (42,44-48,57,73-78). Adicionalmente, se consideró la evidencia previamente evaluada por el GDG en el momento de la formulación de

las recomendaciones para el tratamiento con AP para la fase aguda, relacionada con la seguridad de los AP<sup>1</sup> (véase protocolo de recomendación 2).

Los AP agrupados mostraron ser más efectivos que el placebo en la prevención de las recaídas y hospitalizaciones; sin embargo, también produjeron más efectos adversos, como ganancia de peso y síntomas extrapiramidales (73). En las comparaciones entre AP de primera generación y segunda generación, los resultados no fueron concluyentes en su mayoría (42,44,74), solamente se detectó que la ziprasidona previno las recaídas mejor que el haloperidol y que hubo menos fallas del tratamiento con olanzapina que con haloperidol (74).

Cuando se compararon los AP de segunda generación entre ellos, no se encontraron diferencias en la tasa de recaída (45,46,57), pero la ziprasidona tuvo una mayor probabilidad de mantener la respuesta frente a la risperidona en un año de seguimiento (76). Respecto a las hospitalizaciones, los pacientes que recibieron olanzapina comparado con quetiapina en año y medio tuvieron un menor riesgo (48), pero en la comparación con clozapina el riesgo fue mayor (46). Los resultados de calidad de vida no mostraron diferencias entre las comparaciones que reportaron este desenlace (46,57).

Se encontró que es preferible el tratamiento continuo con antipsicóticos sobre la dosificación intermitente, así como el uso de dosis estándar sobre dosis muy bajas (que equivalen a menos de la mitad de la dosis estándar) (75,77).

No se encontró evidencia para los desenlaces de funcionamiento social y recuperación.

### 5.3. Recomendaciones

**Recomendación 5.1.** Todo paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia que se encuentre en un estado posterior a la crisis aguda o con enfermedad estable debe recibir tratamiento de mantenimiento con antipsicóticos.

**Recomendación fuerte**

<sup>1</sup> La evidencia de seguridad abarcó efectos a corto, mediano y largo plazo de los AP e incluyó estudios observacionales que proporcionaran evidencia sobre desenlaces críticos para la toma de decisiones en el manejo de fase aguda pero que su presentación es poco frecuente o muy tardía para alcanzar a ser detectado en un ECA.

**Recomendación 5.2.** Para el tratamiento en la fase de mantenimiento de los adultos con diagnóstico de esquizofrenia se recomienda al médico continuar con el antipsicótico seleccionado en la fase aguda, siempre y cuando el paciente lo tolere y los efectos adversos que hayan surgido en el curso del tratamiento no sobrepasen los beneficios de este.

**Recomendación fuerte**

**Recomendación 5.2.1.** Para los adultos con diagnóstico de esquizofrenia que vienen recibiendo tratamiento farmacológico con alguno de los antipsicóticos a los cuales no se les hizo recomendación para fase aguda (asenapina, levomepromazina, sulpiride o trifluoperazina) se sugiere continuar con el tratamiento establecido, siempre y cuando se encuentren estables clínicamente y los efectos adversos que hayan surgido en el curso del tratamiento no sobrepasen los beneficios de este.

**Recomendación débil**

**Recomendación 5.3.** Se recomienda al médico considerar los siguientes riesgos, en particular en el momento de definir la continuidad o el cambio de antipsicótico:

- Desarrollo de diabetes
- Desarrollo de disquinesia tardía
- Presencia de enfermedad cardiovascular o cerebrovascular
- Desarrollo de síndrome metabólico
- Incremento de peso

**Recomendación fuerte**

**Recomendación 5.4.** No se recomienda el uso de estrategias de dosificación intermitente de forma rutinaria para el tratamiento de mantenimiento del paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia.

**Recomendación fuerte**

**Recomendación 5.5.** El médico psiquiatra puede considerar bajar la dosis del antipsicótico teniendo en cuenta consideraciones especiales derivadas del contexto clínico y sociofamiliar del paciente, siempre y cuando los riesgos no sobrepasen los beneficios.

**Recomendación débil**

## 6. Manejo de pacientes adultos con esquizofrenia en fase de mantenimiento con antipsicóticos de depósito

### 6.1. Preguntas clínicas

**Pregunta 6.1.** ¿Para los pacientes con esquizofrenia en la fase de mantenimiento (poscrisis o estabilización y estable) cuándo está indicado emplear un antipsicótico de depósito?

**Pregunta 6.2.** ¿Para los pacientes con esquizofrenia en la fase de mantenimiento (poscrisis o estabilización y estable) cuál es el antipsicótico de depósito más efectivo y seguro?

### 6.2. Resumen de la evidencia

Se utilizaron ocho artículos de los resultados de las búsquedas para la elaboración de las recomendaciones de esta pregunta (74,79-85). Adicional a la evidencia encontrada se tomaron en consideración las experiencias profesionales del grupo de expertos.

El riesgo de recaídas fue menor con risperidona de depósito y palmitato de paliperidona al compararlas frente a placebo. La evidencia de la comparación de AP de depósito en general frente a AP orales en general fue de calidad moderada y sus resultados concluyentes: demostraron un menor riesgo de recaídas con los AP de depósito frente a los AP orales (83), pero en los resultados de las comparaciones cabeza a cabeza, o cabeza a grupo de AP orales no siempre mostraron diferencias (79,80,84-86). No se encontraron resultados concluyentes sobre diferencias en recaídas entre AP de depósito (79,80,84-86).

En cuanto a las rehospitalizaciones se encontró que los sujetos que usaron AP de depósito tuvieron menor riesgo al compararlos con sujetos que usaron AP orales (83), con una calidad de evidencia moderada.

Los AP de primera y segunda generación de depósito tuvieron un menor riesgo de discontinuación del tratamiento por cualquier causa, con mejor calidad de evidencia para los de segunda generación (81,82,84,85,87). En las comparaciones entre

AP, el palmitato de paliperidona obtuvo un mejor resultado que la risperidona (84) en cuanto al riesgo de abandono del tratamiento.

Con la utilización de risperidona se observó una disminución en el riesgo de presentar eventos adversos significativos frente al placebo (82). Los efectos extrapiramidales fueron reportados frente a placebo solo para AP de segunda generación, para los cuales se evidenció un mayor riesgo de presentar estos efectos (81). El riesgo también fue mayor al compararlos con AP orales (81). La comparación de flufenazina frente a neurolépticos orales presentó resultados significativos, con menor riesgo de presentar disquinesia tardía para el grupo tratado con flufenazina (79).

Los expertos, los pacientes y sus representantes enfatizaron la necesidad del uso de AP de depósito como una medida a la que se llegue mediante común acuerdo de todas las partes involucradas en el tratamiento.

### 6.3. Recomendaciones

**Recomendación 6.1.** Se recomienda el uso de antipsicóticos de depósito en la fase de mantenimiento del paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia si no hay adherencia al tratamiento con antipsicóticos orales.

Recomendación fuerte

**Recomendación 6.2.** Se sugiere el uso de antipsicóticos para el manejo de mantenimiento del adulto con diagnóstico de esquizofrenia cuando el paciente los prefiera.

Recomendación débil

**Recomendación 6.3.** No se recomienda usar antipsicóticos de depósito en la fase aguda de la esquizofrenia en adultos.

Recomendación fuerte

**Recomendación 6.4.** Si el médico y el paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia han optado por el uso de antipsicóticos de depósito para la fase de mantenimiento, se sugiere escoger entre los siguientes:

- Paliperidona
- Risperidona

Recomendación débil

- Flufenazina
- Haloperidol
- Pipotiazina

**Punto de buena práctica 6.1** Las primeras prescripciones de un antipsicótico de depósito deben ser realizadas por un médico psiquiatra.

**Punto de buena práctica clínica**

## 7. Tratamientos psicoterapéuticos y psicosociales en fase aguda y de mantenimiento para los adultos con diagnóstico de esquizofrenia

### 7.1. Pregunta clínica

**Pregunta 7.1.** ¿Para las personas mayores de 18 años de edad con diagnóstico de esquizofrenia cuáles son las estrategias psicoterapéuticas o psicosociales iniciales efectivas para mejorar los desenlaces tanto en la fase aguda como en la de mantenimiento de la enfermedad?

### 7.2. Resumen de la evidencia

#### 7.2.1. Terapia cognitivo-conductual

La mayoría de resultados para esta intervención están a su favor; sin embargo, muy pocos tienen significación estadística (88-96). La evidencia es de baja calidad y los sesgos existentes pueden sobreestimar el efecto de la intervención. Los hallazgos están a favor de esta terapia como coadyuvante para disminuir las recaídas y hospitalizaciones hasta los 12-24 meses después del tratamiento. En cuanto a la dimensión sintomatológica, se encuentra que esta intervención es eficaz para disminuir los síntomas positivos a corto plazo y los síntomas negativos a largo plazo. En la dimensión laboral se encuentra aumento en las horas de trabajo y mejoría de la actitud en los pacientes sometidos a la intervención. Finalmente, no hay suficiente evidencia de la eficacia de esta intervención para disminuir las tasas de suicidio a corto ni a mediano plazo.

### 7.2.2. Terapia de adherencia

Esta terapia mostró ser eficaz para mejorar las actitudes hacia la medicación después de la intervención, pero no a mediano plazo (97,98). La calidad de la evidencia es muy baja para todos los desenlaces, excepto adherencia. No se observó utilidad de esta terapia al compararla con el tratamiento usual para disminuir síntomas, recaídas y hospitalizaciones, y mejorar la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. No hay suficiente evidencia para recomendar su utilización en la práctica clínica habitual.

### 7.2.3. Consejería y terapia de apoyo

No hay suficiente evidencia de la eficacia de la consejería y terapia de apoyo en comparación con el tratamiento usual para disminución de síntomas y recaídas. Por tanto, no se puede hacer una recomendación en contra o a favor de esta intervención.

### 7.2.4. Terapia de familia

La terapia de familia mostró ser superior al tratamiento usual para prevención de recaídas a mediano y largo plazo, disminuir la carga familiar y mejorar la adherencia al tratamiento cuando se hace un seguimiento de menos de un año después de la intervención (99-102). No obstante, la calidad de la evidencia es baja para recaídas y adherencia, y muy baja para carga familiar. No se encontraron diferencias entre la terapia de familia y el tratamiento usual para disminuir las hospitalizaciones, el riesgo de suicidio, ni los síntomas positivos y negativos; tampoco para aumentar el funcionamiento social y laboral, ni la calidad de vida. Sin embargo, la calidad de la evidencia es muy baja a baja, por lo que todavía no se puede concluir acerca de la eficacia de la intervención para estos desenlaces. Teniendo en cuenta su posible eficacia en la prevención de recaídas, disminución de la carga familiar e incremento de la adherencia, podría recomendarse su empleo con pacientes con esquizofrenia y sus familiares.

### 7.2.5. Psicoeducación

Los resultados mostraron estar a favor de la psicoeducación en comparación con el tratamiento usual para los siguientes desenlaces: síntomas globales de esquizofrenia, prevención de recaídas y hospitalizaciones, funcionamiento social, calidad de vida, carga familiar y adherencia al tratamiento farmacológico (103-109). Sin embargo, la calidad de la evidencia está entre muy baja y baja por el alto riesgo de



sesgos de los estudios, la falta de consistencia y la pobre precisión. No obstante, ante la posible eficacia mostrada en los estudios en estos desenlaces críticos, se podría recomendar su utilización en la práctica clínica de pacientes con esquizofrenia.

### **7.2.6. Entrenamiento en habilidades sociales**

Los resultados en síntomas globales y negativos de esquizofrenia al final del tratamiento, el funcionamiento social y la calidad de vida en salud mental están a favor del entrenamiento en habilidades sociales en comparación con el tratamiento usual (110), pero la calidad de la evidencia es muy baja. Los efectos de la intervención para prevención de recaídas y hospitalizaciones y la calidad de vida general y en salud física no son lo suficientemente precisos para tener una conclusión sobre su eficacia; igualmente, la calidad de la evidencia es muy baja. Por su posible eficacia, dados los resultados de los estudios, en los desenlaces mencionados, se podría recomendar su empleo en la práctica clínica habitual con pacientes con esquizofrenia.

### **7.2.7. Terapia ocupacional**

La calidad de la evidencia es muy baja y se emplean desenlaces diferentes, lo que impide la combinación de resultados de los estudios revisados. Ambos estudios fueron en pacientes crónicos con largas estancias hospitalarias, y los resultados fueron inconsistentes (111,112). Es importante aclarar que uno de los estudios tenía alto riesgo de sesgos y el otro muy alto. No evaluaron otros desenlaces críticos. De acuerdo con esta evidencia, no se puede recomendar ni contraindicar el uso de esta intervención; sin embargo, podrían tenerse en cuenta otras consideraciones, como las preferencias de los pacientes y la experiencia en medio, dado que es una intervención ampliamente utilizada pero que no ha sido suficientemente evaluada.

### **7.2.8. Terapia de orientación psicodinámica**

Esta terapia no mostró diferencias con el tratamiento usual para prevención de hospitalizaciones y suicidio (113). Sin embargo, hay muy baja precisión en los resultados y alto riesgo de sesgos en los estudios incluidos, por lo que la evidencia es de muy baja calidad. No hay suficiente evidencia acerca de su eficacia que permita recomendar su empleo en la práctica clínica con pacientes con esquizofrenia.

## 7.3. Recomendaciones

**Recomendación 7.1.** A los pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia se les debe ofrecer manejo psicoterapéutico según sus características clínicas y necesidades, las cuales se determinan mediante la evaluación clínica.

Recomendación fuerte

**Recomendación 7.2.** Entre las modalidades psicoterapéuticas para el manejo de los adultos con diagnóstico de esquizofrenia se recomienda ofrecer psicoeducación, terapia cognitivo-conductual, entrenamiento en habilidades sociales e intervenciones familiares.

Recomendación fuerte

**Recomendación 7.3.** Se sugiere el uso de terapia ocupacional para el manejo del adulto con diagnóstico de esquizofrenia en el contexto hospitalario o en el ambulatorio en el marco de las modalidades de atención recomendadas en esta guía (ver pregunta 8.1).

Recomendación débil

## 8. Modalidades de atención para el adulto con esquizofrenia

### 8.1. Pregunta clínica

**Pregunta 8.1.** ¿Cuáles son las modalidades de atención efectivas para mejorar los desenlaces en adultos con diagnóstico de esquizofrenia tanto en la fase aguda como en la de mantenimiento de la enfermedad?

### 8.2. Resumen de la evidencia

Se revisaron siete metaanálisis (114-120), uno de ellos fue usado en la guía NICE (6) para la formulación de las recomendaciones de esta pregunta; la calidad de la

evidencia para la mayoría de las intervenciones era baja. En particular, una de las principales limitaciones fue que los estudios involucraban sujetos con enfermedades diferentes a esquizofrenia, cuyos pronósticos y cursos naturales son diferentes, así como la respuesta a las intervenciones. La otra gran limitación fue la calidad metodológica de los estudios primarios, los cuales en su gran mayoría no estaban libres de sesgo. No se encontró evidencia para recaídas, desenlace crítico para esta enfermedad. Las modalidades que no fueron favorecidas por la evidencia fueron la de hospital día de agudos y la de hospital día de crónicos y transicional. El GDG discutió la evidencia y llegó a las siguientes conclusiones:

- Aunque la evidencia presenta algunas limitaciones, se consideró que es la mejor evidencia disponible para formular las recomendaciones.
- En la comparación del “tratamiento asertivo comunitario” los resultados fueron concluyentes para el número de rehospitalizaciones, presentando un menor riesgo de nuevas hospitalizaciones para este grupo de pacientes, así como para satisfacción con el servicio y mejoría en la calidad de vida (7,116).
- Para la modalidad de atención de “manejo intensivo de caso” se encontraron resultados concluyentes que favorecen la intervención frente al cuidado estándar para rehospitalizaciones a mediano plazo, funcionamiento social y satisfacción con los servicios (114).
- Adicionalmente, los resultados para la modalidad de atención de equipos de resolución de crisis favorecen a esta frente al cuidado estándar en los desenlaces de rehospitalizaciones, funcionamiento social, satisfacción con el servicio y carga para la familia (118).
- Durante la discusión se decidió retirar la modalidad de atención “hospital día agudos” por la falta de información científica relevante y de buena calidad.

Se presentaron argumentos de los profesionales para la conformación del grupo básico de la modalidad de atención y, con el apoyo de la evidencia científica encontrada, se logró acuerdo para conformar el grupo de profesionales de la salud, que se presenta en las recomendaciones. Adicionalmente, se hizo énfasis importante por parte de varios de los expertos y de los pacientes en la necesidad de que este equipo sea integrado, que trabaje en conjunto para evitar el desplazamiento a otros centros y el cambio en los profesionales encargados de los pacientes adultos con esquizofrenia.

### 8.3. Recomendaciones

**Recomendación 8.1.** Se recomienda que el manejo de los pacientes con esquizofrenia se haga primordialmente mediante modalidades de prestación de servicios de salud que tengan una base comunitaria y que cuenten con un grupo multidisciplinario liderado por el médico psiquiatra, el cual trabaja de manera coordinada e integrada. El grupo debe estar constituido al menos por:

- Médico psiquiatra
- Enfermero profesional
- Psicólogo
- Trabajador social
- Terapeuta ocupacional
- Agente comunitario

Recomendación fuerte

y debe establecer objetivos de tratamiento específicos basados en las características de cada paciente.

**Recomendación 8.2.** Las modalidades de atención que se pueden ofrecer para la atención del adulto con diagnóstico de esquizofrenia son:

**8.2.1.** “Atención asertiva comunitaria” (*Assertive community treatment*)

Recomendación fuerte

**8.2.2.** “Equipos de resolución en crisis y tratamiento en casa” si se tiene red de apoyo familiar adecuada.

Recomendación fuerte

**8.2.3.** “Manejo intensivo de caso” para pacientes que presentan múltiples recaídas.

Recomendación fuerte

**8.2.4.** “Equipos de salud mental comunitaria”.

Recomendación débil

**8.2.5.** “Hospital día transicional y para crónicos”.

Recomendación débil

**Recomendación 8.3.** No se recomienda usar la modalidad hospital día en la fase aguda de la esquizofrenia en adultos.

Recomendación fuerte

## 9. Seguimiento clínico del paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia

### 9.1. Preguntas clínicas

**Pregunta 9.1.** ¿Cuáles son las recomendaciones de seguimiento clínico del paciente con diagnóstico de esquizofrenia en tratamiento?

**Pregunta 9.1.1.** ¿Cada cuánto se debe hacer control clínico del paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia que se encuentra en tratamiento?

**Pregunta 9.1.2.** ¿Cuándo se debe remitir al paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia en tratamiento a un nivel superior de complejidad o nivel de atención a un especialista?

**Pregunta 9.1.3.** ¿Cuándo se debe hospitalizar a un paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia?

### 9.2. Resumen de la evidencia

Para la formulación de recomendaciones con respecto a esta pregunta, se tomó como base el esquema de seguimiento planteado por la *Guía de práctica clínica para la detección temprana y diagnóstico del episodio y trastorno depresivo recurrente en adultos* (121,122). A partir de este modelo, el grupo de expertos realizó los ajustes necesarios para el paciente adulto con esquizofrenia teniendo en consideración la práctica profesional de cada uno de ellos y adicionalmente se analizó la secuencia de exámenes paraclínicos propuestos en las recomendaciones de la pregunta 1 de esta guía, para así lograr un seguimiento acorde con los tiempos propuestos. Posteriormente se presenta esta propuesta en la reunión de discusión de recomendaciones al grupo desarrollador ampliado.

Se discutieron los puntos críticos de las recomendaciones con énfasis en el control por el médico psiquiatra, los tiempos de los paraclínicos y la necesidad de diversos controles dependiendo del tipo de tratamiento psicoterapéutico que se encuentre recibiendo el paciente. En esta etapa se hizo énfasis en las posibilidades que tiene el profesional de la salud de disponer de un número mayor o menor de controles con el paciente según el tipo de psicoterapia que esté recibiendo, su adherencia

y la adecuada respuesta, ya que no todos los tratamientos pueden tener controles programados con mucho tiempo de antelación.

Para los controles con el médico psiquiatra se enfatizó que debe haber una periodicidad de los controles, que no deben ser muy seguidos, ya que algunos de los pacientes viven fuera de las ciudades en donde se encuentran los médicos psiquiatras, lo cual representa gastos adicionales para aquellos.

Durante la reunión de formulación de recomendaciones se escucharon diferentes propuestas sobre los criterios de hospitalización que utiliza cada uno de los especialistas presentes; de esta discusión se consolidaron los lineamientos para conocer cuándo se debe hospitalizar al paciente adulto con esquizofrenia. Adicional al protocolo inicial de la *Guía de práctica clínica para la detección temprana y diagnóstico del episodio y trastorno depresivo recurrente en adultos* (121,122), se presentan en las recomendaciones.

### 9.3. Recomendaciones

**Punto de buena práctica 9.1.** Tanto en la evaluación inicial como en las de seguimiento clínico del adulto con esquizofrenia, el médico debe evaluar los siguientes aspectos clínicos adicionales:

- Hábitos tóxicos
- Factores y comportamientos sexuales de riesgo
- Índice de masa corporal (peso y talla)
- Presión arterial y frecuencia cardíaca
- Revisión del tratamiento (efectos adversos, problemas adicionales)

**Punto de buena práctica clínica**

**Punto de buena práctica 9.2.** Si el paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia se encuentra hospitalizado, se debe realizar un control diario por psiquiatría.

**Punto de buena práctica clínica**

**Recomendación 9.1.** Para el control por psiquiatría del adulto con diagnóstico de esquizofrenia: si se encuentra en fase aguda y es atendido de forma ambulatoria, se recomienda hacer un control semanal por seis semanas y luego cada quince días hasta completar

**Recomendación fuerte**

dos meses. Posterior a esto el seguimiento puede ser cada mes hasta completar seis meses (24 semanas).

**Recomendación 9.2.** Se recomienda que luego de seis meses de la fase aguda los pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia que están estables sean vistos por un psiquiatra por lo menos cada tres meses.

Recomendación fuerte

**Recomendación 9.3.** Para las diversas intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales se determinará la frecuencia de seguimiento del adulto con diagnóstico de esquizofrenia de acuerdo con el criterio clínico.

Punto de buena práctica clínica

**Recomendación 9.4.** Las indicaciones de remisión a especialista en psiquiatría cuando el adulto con diagnóstico de esquizofrenia está en fase mantenimiento y es manejado por un médico general son las siguientes: identificación de riesgo suicida, un intento de suicidio reciente, consumo activo de sustancias o reactivación de los síntomas psicóticos.

Punto de buena práctica clínica

**Recomendación 9.5.** Las indicaciones de hospitalización del adulto con diagnóstico de esquizofrenia son:

- Intento de suicidio de cualquier tipo
- Ideación suicida estructurada que constituya un plan
- Conductas que generen riesgo para otros
- Compromiso del estado general (inanición, deshidratación, desnutrición)
- Conductas de riesgo o de daño autoinfligido en presencia de ideación suicida
- Consumo concomitante de sustancias que estén poniendo en riesgo la vida del paciente
- Reactivación de síntomas psicóticos si además cumple con alguno de los anteriores
- Presencia de condiciones (estresores psicosociales) que a juicio del médico psiquiatra dificulten el manejo ambulatorio (por ejemplo: paciente sin red de apoyo, o víctima de violencia intrafamiliar; abuso, negligencia u otros)

Punto de buena práctica clínica

## Referencias

1. Kirkpatrick B. El concepto de esquizofrenia. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2009 Jul;2(3):105–7.
2. Sadock BJ, Virginia A. Sadock. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Wolter Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2007. xv, 1470 p p.
3. WHO | Regional estimates for 2000-2011 [Internet]. WHO. [cited 2014 Mar 18]. Available from: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates\\_regional/en/index1.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_regional/en/index1.html)
4. Jablensky A. Epidemiology of schizophrenia: the global burden of disease and disability. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2000;250(6):274–85.
5. Liberman R.P., Kopelowicz A., Ventura J., Gutkind D. Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *Int Rev Psychiatry.* 2002;14(4):256–72.
6. Tandon R, Nasrallah HA, Keshavan MS. Schizophrenia, “just the facts” 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophr Res.* 2009 May;110(1-3):1–23.
7. National Collaborating Centre for Mental Health, commissioned by the National Institute for Health & Clinical Excellence. Schizophrenia. Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Adults in Primary and Secondary Care (updated edition). National Clinical Guideline Number 82 [Internet]. Printed in Great Britain. Stanley Hunt.; 2010. Available from: <http://www.nice.org.uk/>
8. Tandon R. The Nosology of Schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am.* 2012 Sep;35(3):557–69.
9. Essali A, Al-Haj Haasan N, Li C, Rathbone J. Clozapine versus typical neuroleptic medication for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev Online.* 2009;(1):CD000059.
10. Asenjo Lobos C, Komossa K, Rummel-Kluge C, Hunger H, Schmid F, Schwarz S, et al. Clozapine versus other atypical antipsychotics for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(11):CD006633.
11. Chung AKK, Chua S. Effects on prolongation of Bazett's corrected QT interval of seven second-generation antipsychotics in the treatment of schizophrenia: a meta-analysis. *J Psychopharmacol Oxf Engl.* 2011 May;25(5):646–66.
12. Weinmann S, Read J, Aderhold V. Influence of antipsychotics on mortality in schizophrenia: systematic review. *Schizophr Res.* 2009 Aug;113(1):1–11.
13. Koponen HJ, Hakko HH, Saari KM, Lindeman SM, Karvonen KM, Isohanni MK, et al. The prevalence and predictive value of individual criteria for metabolic syndrome in schizophrenia: a Northern Finland 1966 Birth Cohort Study. *World J Biol Psychiatry Off J World Fed Soc Biol Psychiatry.* 2010 Mar;11(2 Pt 2):262–7.



14. Alvir JM, Lieberman JA, Safferman AZ, Schwimmer JL, Schaaf JA. Clozapine-induced agranulocytosis. Incidence and risk factors in the United States. *N Engl J Med*. 1993 Jul 15;329(3):162-7.
15. Bresee LC, Majumdar SR, Patten SB, Johnson JA. Prevalence of cardiovascular risk factors and disease in people with schizophrenia: a population-based study. *Schizophr Res*. 2010 Mar;117(1):75-82.
16. Crump C, Winkleby MA, Sundquist K, Sundquist J. Comorbidities and mortality in persons with schizophrenia: a Swedish national cohort study. *Am J Psychiatry*. 2013 Mar 1;170(3):324-33.
17. Curkendall SM, Mo J, Glasser DB, Rose Stang M, Jones JK. Cardiovascular disease in patients with schizophrenia in Saskatchewan, Canada. *J Clin Psychiatry*. 2004 May;65(5):715-20.
18. Enger C, Weatherby L, Reynolds RF, Glasser DB, Walker AM. Serious cardiovascular events and mortality among patients with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*. 2004 Jan;192(1):19-27.
19. Haukka J, Tiihonen J, Härkänen T, Lönnqvist J. Association between medication and risk of suicide, attempted suicide and death in nationwide cohort of suicidal patients with schizophrenia. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2008 Jul;17(7):686-96.
20. Henderson DC, Nguyen DD, Copeland PM, Hayden DL, Borba CP, Louie PM, et al. Clozapine, diabetes mellitus, hyperlipidemia, and cardiovascular risks and mortality: results of a 10-year naturalistic study. *J Clin Psychiatry*. 2005 Sep;66(9):1116-21.
21. Hennessy S, Bilker WB, Knauss JS, Margolis DJ, Kimmel SE, Reynolds RF, et al. Cardiac arrest and ventricular arrhythmia in patients taking antipsychotic drugs: cohort study using administrative data. *BMJ*. 2002 Nov 9;325(7372):1070.
22. Jakobsen AH, Foldager L, Parker G, Munk-Jørgensen P. Quantifying links between acute myocardial infarction and depression, anxiety and schizophrenia using case register databases. *J Affect Disord*. 2008 Jul;109(1-2):177-81.
23. Joukamaa M, Heliövaara M, Knekt P, Aromaa A, Raitasalo R, Lehtinen V. Schizophrenia, neuroleptic medication and mortality. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 2006 Feb;188:122-7.
24. Kusumi I, Ito K, Uemura K, Honda M, Hayashishita T, Miyamoto K, et al. Screening for diabetes using monitoring guidance in schizophrenia patients treated with second-generation antipsychotics: a 1-year follow-up study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2011 Dec 1;35(8):1922-6.
25. Lambert BL, Cunningham FE, Miller DR, Dalack GW, Hur K. Diabetes risk associated with use of olanzapine, quetiapine, and risperidone in veterans health administration patients with schizophrenia. *Am J Epidemiol*. 2006 Oct 1;164(7):672-81.

26. Lin H-C, Chen Y-H, Lee H-C, Lin H-C. Increased risk of acute myocardial infarction after acute episode of schizophrenia: 6 year follow-up study. *Aust N Z J Psychiatry*. 2010 Mar;44(3):273–9.
27. Mitchell AJ, Vancampfort D, De Herdt A, Yu W, De Hert M. Is the prevalence of metabolic syndrome and metabolic abnormalities increased in early schizophrenia? A comparative meta-analysis of first episode, untreated and treated patients. *Schizophr Bull*. 2013 Mar;39(2):295–305.
28. Montout C, Casadebaig F, Lagnaoui R, Verdoux H, Philippe A, Begaud B, et al. Neuroleptics and mortality in schizophrenia: prospective analysis of deaths in a French cohort of schizophrenic patients. *Schizophr Res*. 2002 Oct 1;57(2-3):147–56.
29. Morgan MG, Scully PJ, Youssef HA, Kinsella A, Owens JM, Waddington JL. Prospective analysis of premature mortality in schizophrenia in relation to health service engagement: a 7.5-year study within an epidemiologically complete, homogeneous population in rural Ireland. *Psychiatry Res*. 2003 Feb 15;117(2):127–35.
30. Nielsen J, Skadhede S, Correll CU. Antipsychotics associated with the development of type 2 diabetes in antipsychotic-naïve schizophrenia patients. *Neuropsychopharmacol Off Publ Am Coll Neuropsychopharmacol*. 2010 Aug;35(9):1997–2004.
31. Petit M, Raniwalla J, Tweed J, Leutenegger E, Dollfus S, Kelly F. A comparison of an atypical and typical antipsychotic, zotepine versus haloperidol in patients with acute exacerbation of schizophrenia: a parallel-group double-blind trial. *Psychopharmacol Bull*. 1996;32(1):81–7.
32. Pons A, Undurraga J, Batalla A, Bernardo M. [Clozapine and agranulocytosis in Spain: do we have a safer population? A 5-year hematologic follow-up]. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2012 Mar;5(1):37–42.
33. Sacchetti E, Turrina C, Parrinello G, Brignoli O, Stefanini G, Mazzaglia G. Incidence of diabetes in a general practice population: a database cohort study on the relationship with haloperidol, olanzapine, risperidone or quetiapine exposure. *Int Clin Psychopharmacol*. 2005 Jan;20(1):33–7.
34. Tiihonen J, Lönnqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Niskanen L, Tanskanen A, et al. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet*. 2009 Aug 22;374(9690):620–7.
35. Waddington JL, Youssef HA, Kinsella A. Mortality in schizophrenia. Antipsychotic polypharmacy and absence of adjunctive anticholinergics over the course of a 10-year prospective study. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 1998 Oct;173:325–9.
36. Walker AM, Lanza LL, Arellano F, Rothman KJ. Mortality in current and former users of clozapine. *Epidemiol Camb Mass*. 1997 Nov;8(6):671–7.
37. Wirshing DA, Wirshing WC, Kysar L, Berisford MA, Goldstein D, Pashdag J, et al. Novel antipsychotics: comparison of weight gain liabilities. *J Clin Psychiatry*. 1999 Jun;60(6):358–63.

38. Tiihonen J, Wahlbeck K, Lönnqvist J, Klaukka T, Ioannidis JPA, Volavka J, et al. Effectiveness of antipsychotic treatments in a nationwide cohort of patients in community care after first hospitalisation due to schizophrenia and schizoaffective disorder: observational follow-up study. *BMJ*. 2006 Jul 29;333(7561):224.
39. Poluzzi E, Raschi E, Koci A, Moretti U, Spina E, Behr ER, et al. Antipsychotics and Torsadogenic Risk: Signals Emerging from the US FDA Adverse Event Reporting System Database. *Drug Saf*. 2013 Apr 4;36(6):467–79.
40. Carlson C, Hornbuckle K, DeLisle F, Kryzhanovskaya L, Breier A, Cavazzoni P. Diabetes mellitus and antipsychotic treatment in the United Kingdom. *Eur Neuropsychopharmacol J Eur Coll Neuropsychopharmacol*. 2006 Jul;16(5):366–75.
41. Saddichha S, Manjunatha N, Ameen S, Akhtar S. Diabetes and schizophrenia - effect of disease or drug? Results from a randomized, double-blind, controlled prospective study in first-episode schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 2008 May;117(5):342–7.
42. Abou-Setta AM, Mousavi SS, Spooner C, Schouten JR, Pasichnyk D, Armijo-Olivo S, et al. First-Generation Versus Second-Generation Antipsychotics in Adults: Comparative Effectiveness [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2012 [cited 2013 Jul 4]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK107254/>
43. Bhattacharjee J, El-Sayeh HGG. Aripiprazole versus typical antipsychotic drugs for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev Online*. 2008;(3):CD006617.
44. Hartling L, Abou-Setta AM, Dursun S, Mousavi SS, Pasichnyk D, Newton AS. Antipsychotics in adults with schizophrenia: Comparative effectiveness of first-generation versus second-generation medications: A systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2012;157(7):498–511.
45. Khanna P, Komossa K, Rummel-Kluge C, Hunger H, Schwarz S, El-Sayeh HG, et al. Aripiprazole versus other atypical antipsychotics for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev Online*. 2013;2:CD006569.
46. Komossa K, Rummel-Kluge C, Hunger H, Schmid F, Schwarz S, Duggan L, et al. Olanzapine versus other atypical antipsychotics for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev Online*. 2010;(3):CD006654.
47. Komossa K, Rummel-Kluge C, Hunger H, Schwarz S, Bhoopathi PSS, Kissling W, et al. Ziprasidone versus other atypical antipsychotics for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev Online*. 2009;(4):CD006627.
48. Komossa K, Rummel-Kluge C, Schmid F, Hunger H, Schwarz S, Srisurapanont M, et al. Quetiapine versus other atypical antipsychotics for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev Online*. 2010;(1):CD006625.
49. Leucht C, Kitzmantel M, Chua L, Kane J, Leucht S. Haloperidol versus chlorpromazine for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev Online*. 2008;(1):CD004278.
50. Leucht S, Arbter D, Engel RR, Kissling W, Davis JM. How effective are second-generation antipsychotic drugs? A meta-analysis of placebo-controlled trials. *Mol Psychiatry*. 2009 Apr;14(4):429–47.

51. Leucht S, Cipriani A, Spineli L, Mavridis D, Orey D, Richter F, et al. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet*. 2013 Sep 14;382(9896):951–62.
52. Marques LO, Lima MS, Soares BGO. Trifluoperazine for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(1):CD003545.
53. Mota NE, Lima MS, Soares BG. Amisulpride for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev Online*. 2002;(2):CD001357.
54. Nussbaum A, Stroup TS. Paliperidone for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev Online*. 2008;(2):CD006369.
55. Sivaraman P, Rattehalli R, Jayaram M. Levomepromazine for schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2010;38(2):219–20.
56. Soares BG, Fenton M, Chue P. Sulpiride for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev Online*. 2000;(2):CD001162.
57. Komossa K, Rummel-Kluge C, Hunger H, Schmid F, Schwarz S, Silveira da Mota Neto JI, et al. Amisulpride versus other atypical antipsychotics for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev Online*. 2010;(1):CD006624.
58. Rattehalli RD, Jayaram MB, Smith M. Risperidone versus placebo for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev Online*. 2010;(1):CD006918.
59. Strom BL, Eng SM, Faich G, Reynolds RF, D'Agostino RB, Ruskin J, et al. Comparative mortality associated with ziprasidone and olanzapine in real-world use among 18,154 patients with schizophrenia: The Ziprasidone Observational Study of Cardiac Outcomes (ZODIAC). *Am J Psychiatry*. 2011 Feb;168(2):193–201.
60. Novick D, Haro JM, Perrin E, Suarez D, Texeira JM. Tolerability of outpatient antipsychotic treatment: 36-month results from the European Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (SOHO) study. *Eur Neuropsychopharmacol J Eur Coll Neuropsychopharmacol*. 2009 Aug;19(8):542–50.
61. Ozeki Y, Fujii K, Kurimoto N, Yamada N, Okawa M, Aoki T, et al. QTc prolongation and antipsychotic medications in a sample of 1017 patients with schizophrenia. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2010 Mar 17;34(2):401–5.
62. Powney MJ, Adams CE, Jones H. Haloperidol for psychosis-induced aggression or agitation (rapid tranquillisation). *Cochrane Database Syst Rev Online*. 2012;11:CD009377.
63. Gillies D, Sampson S, Beck A, Rathbone J. Benzodiazepines for psychosis-induced aggression or agitation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;4:CD003079.
64. Belgamwar RB, Fenton M. Olanzapine IM or velotab for acutely disturbed/agitated people with suspected serious mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(2):CD003729.
65. Satterthwaite TD, Wolf DH, Rosenheck RA, Gur RE, Caroff SN. A meta-analysis of the risk of acute extrapyramidal symptoms with intramuscular antipsychotics for the treatment of agitation. *J Clin Psychiatry*. 2008 Dec;69(12):1869–79.
66. Ahmed U, Jones H, Adams CE. Chlorpromazine for psychosis induced aggression or agitation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(4):CD007445.

67. Alvarez-Jiménez M, Hetrick SE, González-Blanch C, Gleeson JF, McGorry PD. Non-pharmacological management of antipsychotic-induced weight gain: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 2008 Aug;193(2):101-7.
68. Mukundan A, Faulkner G, Cohn T, Remington G. Antipsychotic switching for people with schizophrenia who have neuroleptic-induced weight or metabolic problems. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(12):CD006629.
69. Caemmerer J, Correll CU, Maayan L. Acute and maintenance effects of non-pharmacologic interventions for antipsychotic associated weight gain and metabolic abnormalities: a meta-analytic comparison of randomized controlled trials. *Schizophr Res.* 2012 Sep;140(1-3):159-68.
70. Björkhem-Bergman L, Asplund AB, Lindh JD. Metformin for weight reduction in non-diabetic patients on antipsychotic drugs: a systematic review and meta-analysis. *J Psychopharmacol Oxf Engl.* 2011 Mar;25(3):299-305.
71. Prahara SK, Jana AK, Goyal N, Sinha VK. Metformin for olanzapine-induced weight gain: a systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol.* 2011 Mar;71(3):377-82.
72. Lima AR, Bacalchuk J, Barnes TRE, Soares-Weiser K. Central action beta-blockers versus placebo for neuroleptic-induced acute akathisia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;(4):CD001946.
73. Leucht S, Tardy M, Komossa K, Heres S, Kissling W, Davis JM. Maintenance treatment with antipsychotic drugs for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev Online.* 2012;5:CD008016.
74. Kishimoto T, Agarwal V, Kishi T, Leucht S, Kane JM, Correll CU. Relapse prevention in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis of second-generation antipsychotics versus first-generation antipsychotics. *Mol Psychiatry.* 2013;18(1):53-66.
75. Uchida H, Suzuki T, Takeuchi H, Arenovich T, Mamo DC. Low dose vs standard dose of antipsychotics for relapse prevention in schizophrenia: Meta-analysis. *Schizophr Bull.* 2011;37(4):788-99.
76. Addington DE, Labelle A, Kulkarni J, Johnson G, Loebel A, Mandel FS. A comparison of ziprasidone and risperidone in the long-term treatment of schizophrenia: a 44-week, double-blind, continuation study. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* 2009 Jan;54(1):46-54.
77. Gaebel W, Riesbeck M, Wölwer W, Klimke A, Eickhoff M, von Wilmsdorff M, et al. Relapse prevention in first-episode schizophrenia--maintenance vs intermittent drug treatment with prodrome-based early intervention: results of a randomized controlled trial within the German Research Network on Schizophrenia. *J Clin Psychiatry.* 2011 Feb;72(2):205-18.
78. Kane JM, Mackle M, Snow-Adami L, Zhao J, Szegedi A, Panagides J. A randomized placebo-controlled trial of asenapine for the prevention of relapse of schizophrenia after long-term treatment. *J Clin Psychiatry.* 2011 Mar;72(3):349-55.

79. David A, Adams CE, Eisenbruch M, Quraishi S, Rathbone J. Depot fluphenazine decanoate and enanthate for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;(1):CD000307.
80. Dinesh M, David A, Quraishi SN. Depot pipotiazine palmitate and undecylenate for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;(4):CD001720.
81. Fusar-Poli P, Kempton MJ, Rosenheck RA. Efficacy and safety of second-generation long-acting injections in schizophrenia: a meta-analysis of randomized-controlled trials. *Int Clin Psychopharmacol.* 2013 Mar;28(2):57–66.
82. Hosalli P, Davis JM. Depot risperidone for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(4):CD004161.
83. Leucht C, Heres S, Kane JM, Kissling W, Davis JM, Leucht S. Oral versus depot antipsychotic drugs for schizophrenia-A critical systematic review and meta-analysis of randomised long-term trials. *Schizophr Res.* 2011;127(1-3):83–92.
84. Nussbaum AM, Stroup TS. Paliperidone palmitate for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;6:CD008296.
85. Quraishi S, David A. Depot haloperidol decanoate for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;(2):CD001361.
86. Kishimoto T, Robenzadeh A, Leucht C, Leucht S, Watanabe K, Mimura M, et al. Long-Acting Injectable vs Oral Antipsychotics for Relapse Prevention in Schizophrenia: A Meta-Analysis of Randomized Trials. *Schizophr Bull.* 2013 Jan 2;
87. David AS, Adams C. Depot antipsychotic medication in the treatment of patients with schizophrenia: (1) meta-review; (2) patient and nurse attitudes. *Health Technol Assess Winch Engl.* 2001;5(34):1–61.
88. Bird V, Premkumar P, Kendall T, Whittington C, Mitchell J, Kuipers E. Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 2010 Nov;197(5):350–6.
89. Grant PM, Huh GA, Perivoliotis D, Stolar NM, Beck AT. Randomized trial to evaluate the efficacy of cognitive therapy for low-functioning patients with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry.* 2012 Feb;69(2):121–7.
90. Klingberg S, Wittorf A, Fischer A, Jakob-Deters K, Buchkremer G, Wiedemann G. Evaluation of a cognitive behaviourally oriented service for relapse prevention in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand.* 2010 May;121(5):340–50.
91. Lincoln TM, Ziegler M, Mehl S, Kesting M-L, Lüllmann E, Westermann S, et al. Moving from efficacy to effectiveness in cognitive behavioral therapy for psychosis: a randomized clinical practice trial. *J Consult Clin Psychol.* 2012 Aug;80(4):674–86.
92. Lysaker PH, Davis LW, Bryson GJ, Bell MD. Effects of cognitive behavioral therapy on work outcomes in vocational rehabilitation for participants with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Res.* 2009 Feb;107(2-3):186–91.
93. Malik N, Kingdon D, Pelton J, Mehta R, Turkington D. Effectiveness of brief cognitive-behavioral therapy for schizophrenia delivered by mental health nurses: relapse and recovery at 24 months. *J Clin Psychiatry.* 2009 Feb;70(2):201–7.

94. Rathod S, Phiri P, Harris S, Underwood C, Thagadur M, Padmanabi U, et al. Cognitive behaviour therapy for psychosis can be adapted for minority ethnic groups: a randomised controlled trial. *Schizophr Res.* 2013 Feb;143(2-3):319–26.
95. Sarin F, Wallin L, Widerlov B. Cognitive behavior therapy for schizophrenia: A meta-analytical review of randomized controlled trials. *Nord J Psychiatry.* 2011;65(3):162–74.
96. Wykes T, Steel C, Everitt B, Tarrrier N. Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophr Bull.* 2008;34(3):523–37.
97. Schulz M, Gray R, Spiekermann A, Abderhalden C, Behrens J, Driessen M. Adherence therapy following an acute episode of schizophrenia: a multi-centre randomised controlled trial. *Schizophr Res.* 2013 May;146(1-3):59–63.
98. Staring ABP, Van der Gaag M, Koopmans GT, Selten JP, Van Beveren JM, Hengeveld MW, et al. Treatment adherence therapy in people with psychotic disorders: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 2010 Dec;197(6):448–55.
99. Andrade-Rodrigues M, Krauss-Silva L, Martins A. [Meta-analysis of clinical trials on family intervention in schizophrenia]. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(10):2203–18.
100. Bressi C, Manenti S, Frongia P, Porcellana M, Invernizzi G. Systemic family therapy in schizophrenia: a randomized clinical trial of effectiveness. *Psychother Psychosom.* 2008;77(1):43–9.
101. Koolae AK, Etemadi A. The outcome of family interventions for the mothers of schizophrenia patients in Iran. *Int J Soc Psychiatry.* 2010 Nov;56(6):634–46.
102. Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(12):CD000088.
103. Chabannes J, Bazin N, Leguay D, Nuss P, Peretti C, Tatu P, et al. Two-year study of relapse prevention by a new education program in schizophrenic patients treated with the same antipsychotic drug. *Eur Psychiatry.* 2008;23:8–13.
104. Chan SW-C, Yip B, Tso S, Cheng B-S, Tam W. Evaluation of a psychoeducation program for Chinese clients with schizophrenia and their family caregivers. *Patient Educ Couns.* 2009 Apr;75(1):67–76.
105. Kulhara P, Chakrabarti S, Avasthi A, Sharma A, Sharma S. Psychoeducational intervention for caregivers of Indian patients with schizophrenia: A randomised-controlled trial. *Acta Psychiatr Scand.* 2009;119:472–83.
106. Lincoln TM, Wilhelm K, Nestoriuc Y. Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis. *Schizophr Res.* 2007 Nov;96(1-3):232–45.
107. Sharif F, Shaygan M, Mani A. Effect of a psycho-educational intervention for family members on caregiver burdens and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia in Shiraz, Iran. *BMC Psychiatry.* 2012;25(12):48.

108. Vickar GM, North CS, Downs D, Marshall DL. A randomized controlled trial of a private-sector inpatient-initiated psychoeducation program for schizophrenia. *Psychiatr Serv Wash DC*. 2009 Jan;60(1):117–20.
109. Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(6):CD002831.
110. Rus-Calafell M, Gutiérrez-Maldonado J, Ortega-Bravo M, Ribas-Sabaté J, Caqueo-Urizar A. A brief cognitive-behavioural social skills training for stabilised outpatients with schizophrenia: a preliminary study. *Schizophr Res*. 2013 Feb;143(2-3):327–36.
111. Foruzandeh N, Parvin N. Occupational therapy for inpatients with chronic schizophrenia: a pilot randomized controlled trial. *Jpn J Nurs Sci JJNS*. 2013 Jun;10(1):136–41.
112. Tatsumi E, Yotsumoto K, Nakamae T, Hashimoto T. Effects of occupational therapy on hospitalized chronic schizophrenia patients with severe negative symptoms. *Kobe J Med Sci*. 2011;57(4):E145–154.
113. Malmberg L, Fenton M, Rathbone J. Individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia and severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 1996 [cited 2013 Nov 22]; Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001360/abstract>
114. Dieterich M, Irving CB, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(10):CD007906.
115. Malone D, Newron-Howes G, Simmonds S, Marriot S, Tyrer P. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(3):CD000270.
116. Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(2):CD001089.
117. Marshall M, Crowther R, Sledge WH, Rathbone J, Soares-Weiser K. Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(12):CD004026.
118. Murphy S, Irving CB, Adams CE, Driver R. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;5:CD001087.
119. Reilly S, Planner C, Gask L, Hann M, Knowles S, Druss B, et al. Collaborative care approaches for people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;11:CD009531.
120. Shek E, Stein AT, Shansis FM, Marshall M, Crowther R, Tyrer P. Day hospital versus outpatient care for people with schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(4):CD003240.
121. Ministerio de la Salud y Protección Social de la República de Colombia, COL-CIENCIAS, Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud CINETS. Detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente- 2013. Guía N° 22



- [Internet]. Bogotá. Colombia; 2013. 630 p. Available from: <http://gpc.minsalud.gov.co/guias/Pages/guia-de-trastorno-depresivo-en-adultos.aspx>
122. Bohórquez Peñaranda AP, García Valencia J, Rodríguez Guarín M, Arenas Borrero ÁE, Castro Díaz SM, de la Hoz Bradford AM, et al. Guía de atención integral para la detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente Parte II: Aspectos generales del tratamiento, manejo de la fase aguda, continuación y mantenimiento del paciente con diagnóstico de depresión. Rev Colomb Psiquiatr. 2012 Oct;41(4):740–73.

## Anexos

### Anexo 1. Criterios generales para el diagnóstico de esquizofrenia y descripción clínica de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)

Referencia: modificado de Organización Panamericana de la Salud (PAHO) Clasificación Internacional Enfermedades versión 10 Capítulo V Trastornos mentales y del comportamiento (F00–F99) [Citado 05/03/2014] Disponible en: <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/>

G1. Al menos uno de los signos o síntomas listados en el apartado (I) o bien al menos dos de los síntomas y signos listados en (II).

Estos deben haber estado presentes, la mayor parte del tiempo por lo menos 1 mes de duración:

(I) Al menos **uno** de los siguientes:

- a. Eco, inserción, robo o difusión del pensamiento.
- b. Ideas delirantes de ser controlado, de influencia, o pasividad, referidas claramente al cuerpo, movimientos, pensamientos, acciones, o sensaciones o percepciones delirantes.
- c. Voces alucinatorias que comentan, discuten, u otras voces que provienen de otras partes del cuerpo.
- d. Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son propios de su cultura y que son inverosímiles.

(II) Al menos **dos** de los siguientes:

- a. Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad con ideas delirantes no muy estructuradas y fugaces, sin contenido afectivo claro o ideas sobrevaloradas, o de presentación diaria por un mes.
- b. Neologismos, interceptación o bloqueo del pensamiento que dan lugar a incoherencia o lenguaje circunstancial.
- c. Conducta catatónica.
- d. Síntomas negativos: Apatía, embotamiento o incongruencia ideoa-afectiva.

## G2. Criterios de exclusión:

1. Si hay criterios que dan manía o depresión, los síntomas esquizofrénicos deben haberse presentado antes que los síntomas del humor.
2. El cuadro psicótico no es atribuible a causa orgánica cerebral o a intoxicación, dependencia o abstinencia relacionadas a alcohol u otras drogas.

## Descripción clínica CIE 10

### F20 Esquizofrenia

Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan, en general, por distorsiones fundamentales y típicas del pensamiento y de la percepción, junto con una afectividad inadecuada o embotada. Habitualmente se mantienen tanto la lucidez de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el transcurso del tiempo pueden desarrollarse ciertas deficiencias intelectuales. Entre sus fenómenos psicopatológicos más importantes se cuentan el pensamiento con eco, la inserción o el robo del pensamiento, la difusión del pensamiento, la percepción delirante y los delirios de control, de influencia o de pasividad, voces alucinatorias que comentan o discuten al paciente en tercera persona, trastornos del pensamiento y síntomas de negativismo.

La evolución de los trastornos esquizofrénicos puede ser continua o episódica, con déficit progresivo o estable, o bien puede haber uno o más episodios, con remisión completa o incompleta. No debe hacerse diagnóstico de esquizofrenia cuando hay síntomas depresivos o maníacos extensos, a menos que haya quedado en claro que los síntomas esquizofrénicos antecedieron a la perturbación afectiva. Tampoco debe diagnosticarse esquizofrenia cuando existe una enfermedad cerebral manifiesta, ni durante los estados de intoxicación o de abstinencia de drogas. Los trastornos similares que se desarrollan cuando hay epilepsia u otra enfermedad cerebral deben ser clasificados en F06.2, y aquéllos inducidos por sustancias psicoactivas, en F10–F19 con cuarto carácter común.

**Excluye:** Esquizofrenia:

- Aguda (indiferenciada) (F23.2)
- Cíclica (F25.2)
- Reacción esquizofrénica (F23.2)
- Trastorno esquizotípico (F21)

## F20.0 Esquizofrenia paranoide

En la esquizofrenia paranoide predominan los delirios relativamente estables, a menudo de tipo paranoide, los cuales se acompañan habitualmente de alucinaciones, especialmente del tipo auditivo, y de perturbaciones de la percepción. No hay perturbaciones del afecto, ni de la volición, ni del lenguaje, como tampoco síntomas catatónicos, o bien esta sintomatología es relativamente poco notoria.

Otros nombres: Esquizofrenia parafrénica

**Excluye:** Estado involutivo paranoide (F22.8)  
Paranoia (F22.0)

## F20.1 Esquizofrenia hebefrénica

Forma de esquizofrenia en la cual hay importantes cambios afectivos, delirios y alucinaciones fugaces y fragmentarias, comportamiento irresponsable e impredecible, en tanto que son frecuentes los manierismos. El humor es superficial e inadecuado. El pensamiento se halla desorganizado y el lenguaje es incoherente. Hay tendencia al aislamiento social. Por lo común el pronóstico es sombrío, debido al rápido desarrollo de síntomas “negativos”, especialmente de un aplanamiento del afecto y de una pérdida de la volición. Normalmente debe diagnosticarse hebefrenia sólo en adolescentes o en adultos jóvenes.

Otros nombres: Esquizofrenia desorganizada

## F20.2 Esquizofrenia catatónica

En la esquizofrenia catatónica predominan importantes perturbaciones psicomotoras, las cuales pueden alternar entre extremos tales como la hipercinesia y el estupor o entre la obediencia automática y el negativismo. El paciente puede mantener posiciones y actitudes forzadas durante largos períodos. Una característica llamativa de esta afección son los posibles episodios de excitación violenta. Los fenómenos catatónicos pueden combinarse con un estado onírico, con alucinaciones escénicas vívidas.

Otros nombres:

- Catalepsia esquizofrénica
- Catatonia esquizofrénica

- Estupor catatónico
- Flexibilidad cérea esquizofrénica

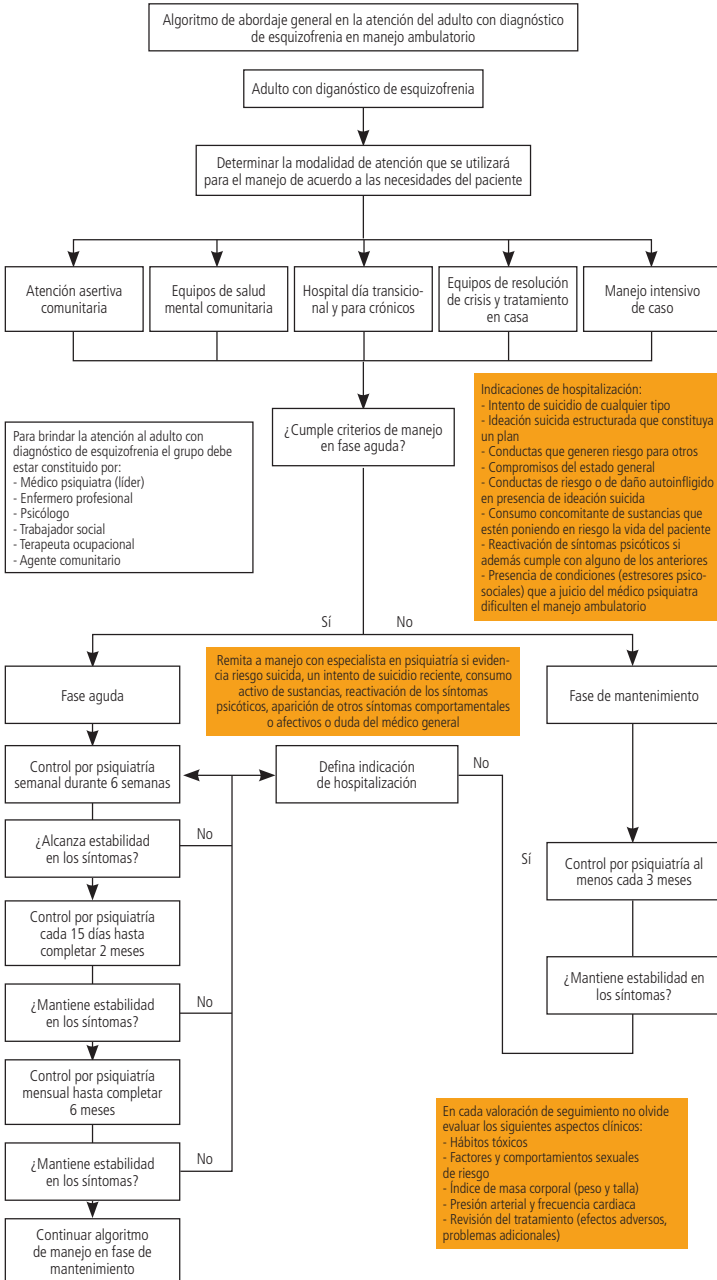
### **F20.3 Esquizofrenia indiferenciada**

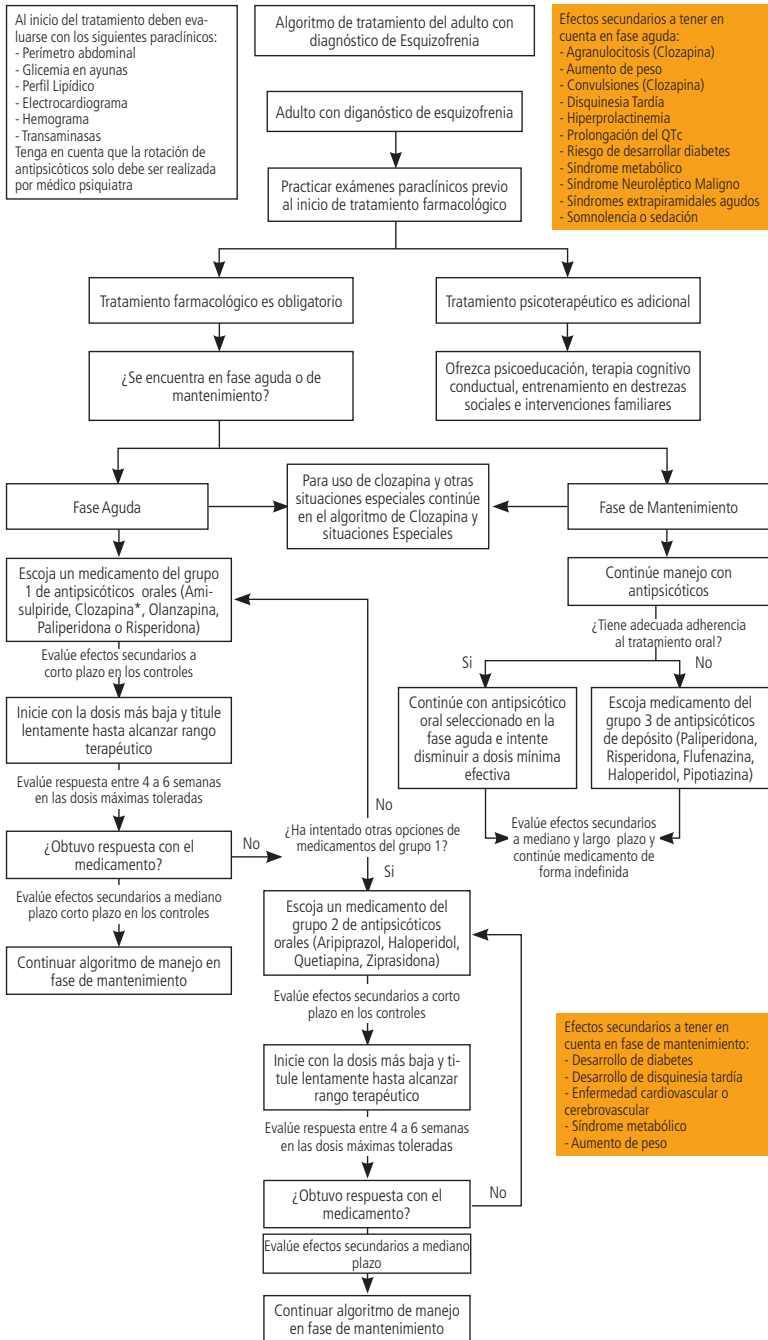
Afecciones psicóticas que cumplen con los criterios diagnósticos generales señalados para la esquizofrenia pero que no se ajustan a ninguno de los subtipos descritos en F20.0–F20.2, o bien exhiben las características de más de uno de ellos sin claro predominio de ningún conjunto de rasgos diagnósticos en particular.

Otros nombres: Esquizofrenia atípica

**Excluye:** Depresión postesquizofrénica (F20.4)  
Esquizofrenia crónica indiferenciada (F20.5)  
Trastorno psicótico agudo esquizofreniforme (F23.2)

## Anexo 2. Algoritmos

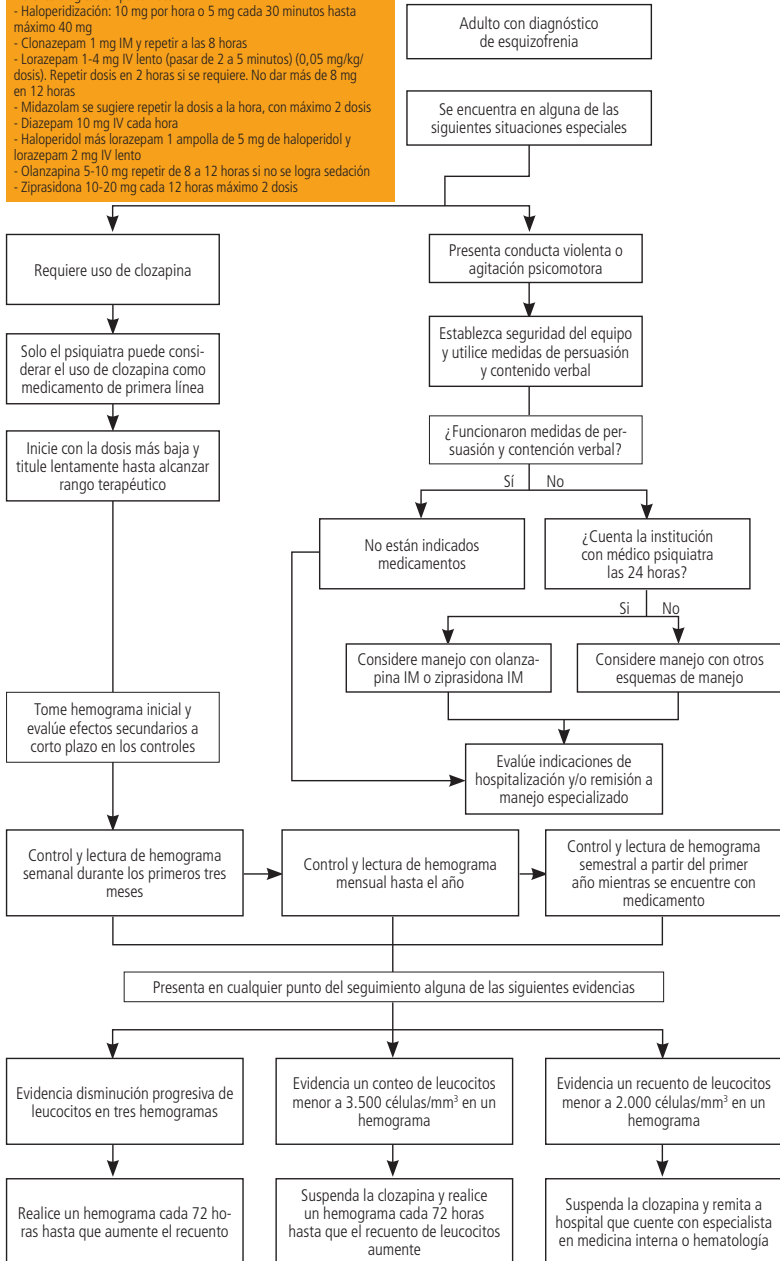




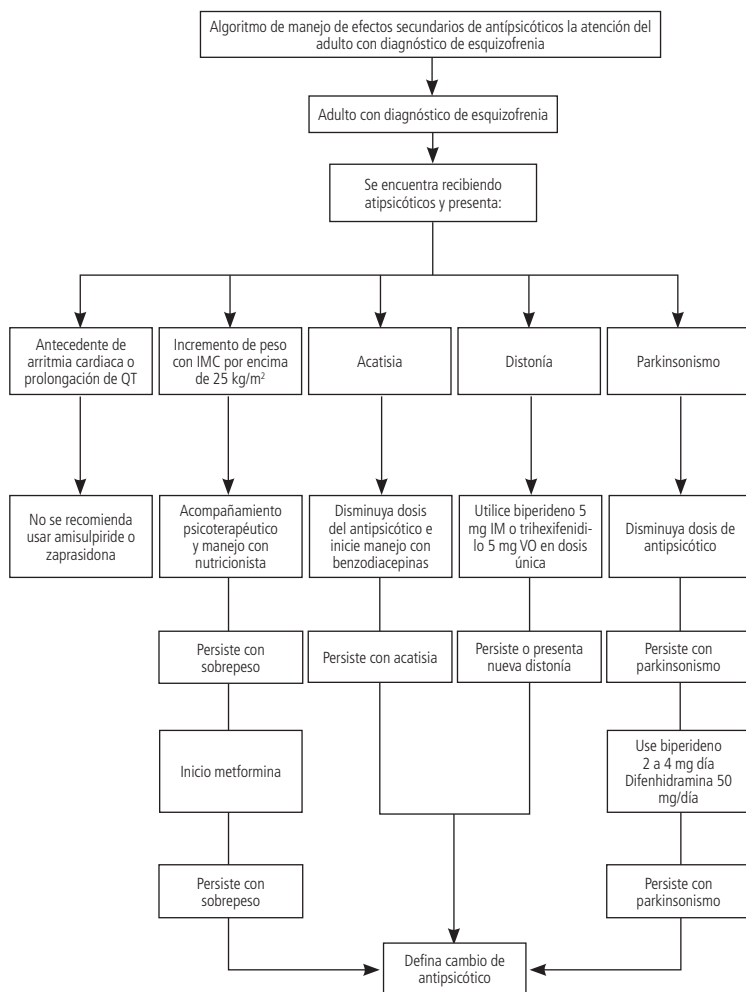
Algoritmo de manejo de situaciones especiales del adulto con diagnóstico de esquizofrenia

Cuadro de dosificación de antipsicóticos para manejo de conducta violenta o agitación psicomotora

- Haloperidolización: 10 mg por hora o 5 mg cada 30 minutos hasta máximo 40 mg
- Clonazepam 1 mg IM y repetir a las 8 horas
- Lorazepam 1-4 mg IV lento (pasar de 2 a 5 minutos) (0,05 mg/kg/ dosis). Repetir dosis en 2 horas si se requiere. No dar más de 8 mg en 12 horas
- Midazolam se sugiere repetir la dosis a la hora, con máximo 2 dosis
- Diazepam 10 mg IV cada hora
- Haloperidol más lorazepam 1 ampolla de 5 mg de haloperidol y lorazepam 2 mg IV lento
- Olanzapina 5-10 mg repetir de 8 a 12 horas si no se logra sedación
- Ziprasidona 10-20 mg cada 12 horas máximo 2 dosis







## Anexo 3. Dosis de antipsicóticos orales

Listado de antipsicóticos considerados por clasificación y dosis de la presentación oral

Medicamento	Clasificación	Presentación	Dosis promedio de mantenimiento (mg/día)	Rango (mg/día)	Dosis máxima (mg/día)
Amisulprida	Atípico	Comp. x 200 mg. Tab. x 50 mg	200	50 - 300	1200
Aripiprazol	Atípico	Tab. x 10, 15 y 30 mg	15	10 - 30	30
Asenapina	Atípico	Tab. x 5 y 10 mg	20	10 - 20	20
Clozapina	Atípico	Tab. x 25 y 100 mg	200	100 - 400	900
Olanzapina	Atípico	Tab. x 5 y 10 mg	10	5 - 20	30
Paliperidona	Atípico	Comp. x 3 y 6 mg	6	6 - 12	12
Quetiapina	Atípico	Tab. x 25, 100, 200 y 300 mg XR 50, 150, 200, 300 y 400 mg	200	100 - 400	800
Risperidona	Atípico	Tab. x 1, 2 y 3 mg. Quicklet 0,5; 1, 2 y 3 mg	4	1 - 6	9
Ziprasidona	Atípico	Tab. x 40 y 80 mg	80	80 - 160	200
Haloperidol	Típico	Tab. x 5 mg y 10 mg. Gotas x 2 mg/ml y 10 mg/ml	5	5 - 20	30
Levomepromazina	Típico	Gotas 1 mg/ml Tab. x 25 y 100 mg	-	-	-
Trifluoperazina	Típico	Tab. x 1 mg y 5 mg	-	-	-
Sulpiride	Atípico	Tab. o cap. x 50 y 200 mg	-	-	-
Zotepina	Atípico	<b>No disponible en Colombia.</b> Comp. de 25, 50 y 100 mg	-	-	-

Medicamento	Clasificación	Presentación	Dosis promedio de mantenimiento (mg/día)	Rango (mg/día)	Dosis máxima (mg/día)
Clorpromazina	Típico	No disponible en Colombia Tab. x 100 mg	-	-	-

Fuente de las presentaciones: Sistema de información de precios de medicamentos y Sistema Vademécum Med informática disponible en <http://www.med-informatica.com/>

Abreviaturas: mg: miligramos, tab: tableta, cap: cápsula, ml: mililitro, comp: comprimido, XR: liberación prolongada

Presentaciones de las dosis: consenso del grupo desarrollador (no se presentan las dosis de los medicamentos que no tuvieron recomendación).

## Anexo 4.1. Cuadro de dosificación de los medicamentos para el manejo del paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia que presenta conducta violenta o agitación

- Haloperidolización: 10 mg IM por hora o 5 mg cada 30 minutos hasta máximo 40 mg.
- Clonazepam: 1 mg IV. Repetir dosis en 2 horas si se requiere (aplicar lento IV o en infusión IV máximo 0,25-0,5 mg por minuto).
- Lorazepam: 1-4 mg IV lento (pasar de 2 a 5 minutos) (0,05 mg/kg/dosis). Repetir dosis en 2 horas si se requiere. No dar más de 8 mg en 12 horas.
- Midazolam: 5-15 mg IV lento. Se sugiere repetir la dosis de ser necesario a la hora, con máximo 2 dosis (0,07-0,1 mg/kg, aplicar lento alrededor de 1 mg cada 10 a 15 segundos). En caso de no ser factible IV, se recomienda 10 a 15 mg IM.
- Diazepam: 5-10 mg IV lento cada hora. En general, no se recomienda IM para paciente agitado.
- Haloperidol más lorazepam: 5 mg de haloperidol IM y lorazepam 2 mg IV lento.
- Olanzapina: 10 mg IM; repetir a las 2 horas si no se logra sedación. Se puede utilizar una tercera dosis de 10 mg 4 horas después de la segunda dosis (máximo 30 mg/ día).
- Ziprasidona: 10 mg cada 2 horas o 20 mg cada 4 horas (máximo de 40 mg / día).

Abreviaturas: mg: miligramos, ml: mililitros, IV: intravenoso, IM: intramuscular, kg: kilogramo

## Anexo 4.2 Contención mecánica en el paciente agitado

La agitación psicomotriz se define como un estado de marcada excitación mental, acompañado de un aumento inadecuado de la actividad motriz (1); esta es de grado variable: desde la simple inquietud hasta los estados de agitación severos, en los que se pone en riesgo la seguridad del paciente y la de su entorno.

Una de las intervenciones empleadas en el abordaje del paciente agitado es la contención física o mecánica; se usa en el manejo a corto plazo de los pacientes cuando se encuentran en agitación motriz.

La contención física hace referencia a un método en el que prima la seguridad del paciente, por lo que se hace necesaria la presencia de personal entrenado. Esta contención se hace para prevenir que el paciente se haga daño a sí mismo o a otros, o que ponga en riesgo el ambiente terapéutico (2).

Según consta en el actual Código de Prácticas para la Ley de Salud Mental (Acta 1983), la intervención que involucre la contención física debe ser un último recurso; solo debe ser utilizada en casos de emergencia, en los que se identifique una posibilidad real de daño (2), y una vez se hayan intentado otras estrategias para contener al paciente. La primera pauta de intervención es intentar la contención verbal, donde es importante generar una empatía con el paciente; además, debe darse al paciente una información clara acerca de las posibilidades terapéuticas, y deben evitarse las amenazas o las falsas promesas, ya que esto perjudica la relación terapéutica. La actitud debe ser tranquilizadora, pero con firmeza y seguridad; usar un tono de voz neutro favorece la comunicación. Debe considerarse la posibilidad de ofrecer medicación sedante por vía oral o parenteral, durante la contención verbal (1).

Aunque en la literatura se encuentra poca evidencia referente a la seguridad y la eficacia de tal tipo de medidas de contención (3), estas constituyen una estrategia para el manejo de la agitación psicomotriz; predominantemente, en el área de urgencias. Debido a que se usan específicamente para el control del episodio agudo, deben ser llevadas a cabo solo según las indicaciones señaladas y por un periodo corto. Además, debe ajustarse el esquema terapéutico farmacológico en pro de impedir que aparezca una nueva agitación psicomotriz en el paciente, quien, a su vez, debe permanecer en tratamiento en la sección de urgencias, para evitar inmovilizaciones prolongadas: estas conllevan para el paciente riesgos, tanto físicos como para el restablecimiento de su condición mental.

No se debe perder de vista que las causas de la agitación psicomotriz son diversas; y aunque el enfoque inicial sea la contención mecánica, el abordaje terapéutico debe ir dirigido a tratar la causa (1).

Para el abordaje del paciente agitado se consideran los siguientes aspectos fundamentales: seguridad, intervención verbal, contención física y contención farmacológica (1).

Es imprescindible garantizar la seguridad del personal, del paciente, de los familiares de este y del entorno; debe disponerse, además, del personal suficiente para el abordaje (la literatura habla de un equipo mínimo de cinco personas) (1). La presencia del personal de seguridad de la institución es importante para proteger el entorno, pues el actuar del paciente agitado es impredecible; deben identificarse las posibles desventajas que se hallen en el ambiente (objetos con los que se puede lesionar la persona o lesionar a otros, o barreras propias de la infraestructura del sitio). Es útil identificar una vía de evacuación, así como las entradas y las salidas, con el fin de preservar la seguridad del personal; es aconsejable mantener una distancia de seguridad, no permitir que el paciente se ubique entre el personal y la ruta de evacuación, y no darle la espalda al paciente (1).

La contención física, como se ha mencionado, debe considerarse como último recurso; sin embargo, puede constituir la primera intervención en casos de agitación grave o con riesgo inminente tanto de heteroagresividad como de autoagresividad (1).

En todos los casos debe informarse al paciente que se le va a practicar la contención física explicando el motivo y dejando claro que es una intervención terapéutica, y no un castigo. Siempre debe explicarse al paciente el procedimiento que se le va a realizar y cuáles son las opciones terapéuticas disponibles, según sea el caso. En condiciones ideales, el paciente debe conocer con anterioridad los motivos de su estancia hospitalaria, así como el protocolo por seguir si se presenta un episodio de agitación o una conducta violenta (4). Aunque en muchos casos la contención física se dará como primera intervención al ingreso en el servicio de urgencias, siempre debe explicarse al paciente qué procedimiento se le va a realizar, así su condición mental esté muy alterada.

El médico dirige la intervención. Debe existir un plan específico, el cual tenga previsto que haya una persona asignada para tomar cada una de las extremidades, y otra para la cabeza. Se sujeta al paciente por las axilas, con una mano empujando hacia arriba, y por la muñeca con la otra mano empujando hacia abajo; se asegura la inmovilidad de las grandes articulaciones (hombros, codos, rodillas) y se protege todo el tiempo la cabeza. Para trasladarlo a la cama (o la camilla, si el procedimiento se realizó en el piso), se le sujetan las piernas a la altura de las rodillas y los bra-

zos alrededor del codo, con apoyo bajo los hombros; en la cama o la camilla se le ponen en las muñecas y los tobillos los elementos para la sujeción. Si el paciente se encuentra muy agitado, puede colocarse una quinta sujeción a la altura del pecho. En la mayoría de los protocolos se sugiere la posición decúbito supino, ya que permite un mejor control y una mejor vigilancia del paciente. Si la inmovilización es prolongada, deben revisarse periódicamente las ataduras, en procura de que el paciente no se lastime (1).

Muchos protocolos consideran que la contención física debe ser un paso previo y necesario a la contención farmacológica (1); sin embargo, se considera que la contención mecánica es una intervención estresante y generadora de ansiedad para el paciente, por lo cual rara vez se usa una contención física sin llevarse a cabo simultáneamente la farmacológica, con un esquema de sedación, ya que protege al paciente del estrés generado por la contención mecánica y hace parte del abordaje de la agitación psicomotriz. En términos generales, si la contención física está indicada, se acompaña de contención farmacológica.

## Referencias

1. Gallego VF, Pérez EM, Aquilino JS, Angulo CC, Estarlich MCG. Manejo inicial del paciente agitado. *Emergencias*. 2009;21:121-32
2. National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care (UK). Violence: The Short-Term Management of Disturbed/Violent Behaviour in In-Patient Psychiatric Settings and Emergency Departments [Internet]. London: Royal College of Nursing (UK); 2005 [cited 2014 Feb 25]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK55521/>
3. Nelstrop L, Chandler-Oatts J, Bingley W, Bleetman T, Corr F, Cronin-Davis J, et al. A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion as interventions for the short-term management of violence in adult psychiatric inpatient settings and emergency departments. *Worldviews Evid-Based Nurs Sigma Theta Tau Int Honor Soc Nurs*. 2006;3(1):8-18.
4. Nelstrop L, Chandler-Oatts J, Cowl J, Field-Thorn J, Abbott-Butler P. The Experiences of Black Service Users in UK In-Patient Settings in Relation to the Short-Term Management of Disturbed/Violent Behaviour (Supplement) [Internet]. London: Royal College of Nursing (UK); 2005 [cited 2014 Feb 25]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK55906>

## Anexo 5. Descripción de las intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales evaluadas

Las intervenciones psicológicas y psicosociales son acciones dirigidas a la solución de problemas psicológicos y sociales, en las cuales se espera una participación activa de los sujetos participantes (1).

Tipo de intervención	Características
<b>Terapia cognitivo-conductual (TCC)</b>	<p>Emplea técnicas más estructuradas que las de otro tipo de psicoterapias: incluye la discusión de sentimientos, pensamientos y acciones, con el fin de lograr un mejor entendimiento de los síntomas; se pretende unir los patrones de pensamientos y de sentimientos del paciente con sus conductas. El paciente debe tomar parte activa en la terapia, con la idea de: 1) Cambiar sus patrones habituales de pensamiento; 2) Examinar la evidencia a favor y en contra de las creencias, y 3) Utilizar habilidades de razonamiento o su experiencia para desarrollar interpretaciones alternativas que le permitan modificar su conducta (2).</p> <p>Cuando hay síntomas persistentes (delirios o alucinaciones), se trabaja con técnicas de adaptación que le permitan al paciente modificar su conducta, aun en presencia de ellos; el propósito de ello es lograr que el paciente rompa el ciclo de aislamiento derivado de los síntomas, y así mejore su socialización.</p> <p>Otro uso de la TCC es la prevención de recaídas. Para ello se discute específicamente con el paciente la necesidad de tratamiento, se hace una evaluación costo-beneficio de dicho tratamiento y se trata de incluir a la persona en la toma de decisiones sobre el tema; el propósito de esto es mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico (3). La intervención incluye diez sesiones durante los primeros seis meses.</p>



Tipo de intervención	Características
<p><b>Terapia de adherencia</b></p>	<p>Es una terapia individual breve, con una aproximación cognitivo-conductual y basada en intervenciones motivacionales. La intervención es colaborativa y centrada en el paciente, y su objetivo principal es promover la adherencia en personas con esquizofrenia; el objetivo final es tomar una decisión frente al tratamiento, que involucre al terapeuta y al paciente, para que este último se convierta en una parte activa del manejo y de la toma de decisiones. Se plantea que la adherencia mejora en la medida en que el paciente es involucrado en las decisiones sobre su propio manejo (4). La aproximación que se usa es breve y práctica, y puede usarse en pacientes hospitalizados y ambulatorios; la intervención consiste en 4-6 sesiones de 20-60 minutos, que se pueden llevar a cabo una o 2 veces por semana. En las 2 primeras sesiones se revisa la historia de su enfermedad y se conceptualiza el problema; las 2 siguientes se usan para discutir más específicamente sobre los síntomas y los efectos adversos del tratamiento, y durante las 2 finales se habla del estigma asociado al tratamiento. En pacientes psicóticos, la aproximación es un poco distinta: se busca una alianza terapéutica más sólida, así como la resolución guiada de problemas y un componente educacional mayor (5).</p>
<p><b>Terapia de apoyo</b></p>	<p>No hay una definición aceptada universalmente de terapia de apoyo; se refiere, en términos generales, a cualquier intervención individual que tiene el objetivo de mantener el funcionamiento actual o ayudar a la persona con sus habilidades preexistentes; lo que se busca, entonces, es mejorar la adaptación del paciente a su enfermedad, más que cambiar los mecanismos de defensa existentes. No incluye intervenciones cuyo objetivo es educar, entrenar o cambiar mecanismos de defensa (6). Se considera un tipo de terapia útil en pacientes con mal funcionamiento, muy frágiles, o con muy poca motivación para iniciar con ellos otro tipo de terapia, más centrada en la expresión (7).</p>

Tipo de intervención	Características
<b>Intervención familiar</b>	<p>Se pretende que la familia y el paciente aprendan la importancia de la adherencia terapéutica, y que los familiares tengan herramientas que les permitan enfrentarse a la falta de adherencia por parte del paciente, a las recaídas y a las conductas disruptivas. También se busca que aprendan a manejar el estrés que genera tener a un familiar con una enfermedad mental.</p> <p>Para una intervención familiar se pueden usar múltiples estrategias; estas pueden incluir: a) Construir una alianza con los cuidadores; b) Disminuir el ambiente adverso en la familia; c) Aumentar la capacidad de los familiares para detectar y resolver problemas; d) Disminuir expresiones de rabia y de culpa por parte de los familiares; e) Mantener expectativas razonables sobre el rendimiento del paciente; f) Lograr que haya límites claros entre el paciente y sus familiares, y g) Cambiar el comportamiento y el sistema de creencias de los familiares (8).</p>
<b>Psicoeducación</b>	<p>Educación a una persona con un trastorno mental, en áreas que son útiles para su tratamiento y su rehabilitación; se enfoca en adquirir conocimientos y en la potencial influencia de estos en cambios conductuales (9). Implica brindarle al paciente información sobre su diagnóstico, su tratamiento, su pronóstico, sus mecanismos de afrontamiento y sus derechos. Se busca que el paciente se empodere de su tratamiento obteniendo información sobre su enfermedad, y que de esta forma mejoren sus mecanismos para afrontar los síntomas y manejarlos más adecuadamente (10). Pueden ser intervenciones individuales o grupales, y se dan por la interacción directa entre el paciente y quien provee la información. Sus objetivos principales tienen que ver con disminuir la rehospitalización mejorando la adherencia al tratamiento farmacológico; además de esto, procura mejorar la adaptación del paciente a sus propios síntomas, y, de esta forma, lograr un cambio conductual que tenga impacto en el funcionamiento de la persona (9).</p>

Tipo de intervención	Características
<b>Psicoeducación</b>	<p>La psicoeducación también puede brindarse a los familiares del paciente, con el nombre de <i>psicoeducación familiar</i>; incluye el compromiso de la familia y del paciente, brindarles educación sobre la enfermedad y el tratamiento y guiarlos sobre la recuperación (11). Trata de educar a las familias sobre cómo sus conductas hacia el paciente pueden facilitar o impedir su recuperación. Los programas de psicoeducación familiar pueden tener diferencias en cuanto al formato (una familia, grupos de familias), la estructura (incluir o no al paciente), la duración y la intensidad del tratamiento, y el sitio donde se lleva a cabo (hospital, consulta, casa). También pueden usarse distintas técnicas y dárseles un énfasis variable (didáctico, emocional, cognitivo, conductual, rehabilitador, sistémico). Todos se enfocan en la resiliencia y en las fortalezas de la familia y en cómo estas pueden influir en la recuperación sintomática y funcional del paciente (11).</p>
<b>Entrenamiento en habilidades sociales</b>	<p>Es una técnica conductual que usa instrucción, modelamiento, ensayo, retroalimentación y trabajo en casa, y cuya idea es enseñar o reforzar habilidades sociales. Usualmente se enfoca en aspectos muy específicos de la conducta, como el contacto visual, el lenguaje corporal y el discurso; así mismo, se intenta cubrir áreas más generales, como la disfunción en el autocuidado, el manejo de los síntomas y de los medicamentos, las herramientas vocacionales y la recreación (12,13). Implica métodos de aprendizaje tradicional u otros métodos que involucran demostraciones conductuales, juegos de roles, entrenamiento, modelamiento y reforzamiento secundario; también, que se busque generalizar la conducta por medio de tareas por fuera de la sesión (14).</p>
<b>Terapia ocupacional</b>	<p>Se basa en la realización de diferentes actividades que le permiten al paciente experimentar con otros y comunicarse. Las actividades terapéuticas de este tipo tienen tres características principales: 1) Incluyen la participación en actividades; 2) Persiguen la consecución de una meta, y 3) Se hacen paso a paso (15).</p>

## Referencias

1. National Collaborating Center for Mental Health. Psychological therapy and psychosocial interventions in the treatment and management of schizophrenia. Schizophrenia The NICE guideline on core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secundaru care. London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrist; 2010. p. 243–327.
2. Jones C, Hacker D, Cormac I, Meaden A, Irving CB. Cognitive behaviour therapy versus other psychosocial treatments for schizophrenia. In: The Cochrane Collaboration, Jones C, editors. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2012 [cited 2013 Jun 15]. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD008712.pub2>
3. Rathod S, Phiri P, Kingdon D. Cognitive behavioral therapy for schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am.* 2010 Sep;33(3):527–36.
4. Gray R, Leese M, Bindman J, Becker T, Burti L, David A, et al. Adherence therapy for people with schizophrenia European multicentre randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2006 Dec 1;189(6):508–14.
5. Kemp R, Hayward P, Applewhaite G, Everitt B, David A. Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial. *BMJ.* 1996 Feb 10;312(7027):345–9.
6. Buckley LA, Pettit TA, Adams CE. Supportive therapy for schizophrenia. In: The Cochrane Collaboration, Buckley LA, editors. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2007 [cited 2013 Jun 15]. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004716.pub3>
7. HELLERSTEIN DJ, PINSKER H, ROSENTHAL RN, KLEE S. Supportive Therapy as the Treatment Model of Choice. *J Psychother Pract Res.* 1994;3(4):300–6.
8. Pharoah F, Mari JJ, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. In: The Cochrane Collaboration, Irving CB, editors. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2010 [cited 2013 Jun 15]. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000088.pub3>
9. Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for schizophrenia. In: The Cochrane Collaboration, Xia J, editors. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2011 [cited 2013 Jun 15]. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002831.pub2>
10. National Collaborating Center for Mental Health. Psychological therapy and psychosocial interventions in the treatment and management of schizophrenia. Schizophrenia. The NICE guideline on core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secundaru care. London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrist.; 2010.

11. McFarlane WR, Dixon L, Lukens E, Lucksted A. Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *J Marital Fam Ther.* 2003 Apr;29(2):223-45.
12. Huxley N, Rendall M, Sederer L. Psychosocial treatments in schizophrenia: a review of the past 20 years. *J Nerv* 2000;188(April):187-201.
13. Patterson TL, Leeuwenkamp OR. Adjunctive psychosocial therapies for the treatment of schizophrenia. *Schizophr Res.* 2008 Mar;100(1-3):108-19.
14. Kern RS, Glynn SM, Horan WP, Marder SR. Psychosocial treatments to promote functional recovery in schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2009 Mar;35(2):347-61.
15. Tatsumi E, Yotsumoto K, Nakamae T, Hashimoto T. Effects of occupational therapy on hospitalized chronic schizophrenia patients with severe negative symptoms. *Kobe J Med Sci.* 2011;57(4):E145-154.

## Anexo 6. Descripción de las modalidades de atención

Las modalidades de atención en salud mental basadas en la comunidad involucran la prestación de servicios por parte de grupos de profesionales cuyo nicho es la comunidad. En general, los principales objetivos de dichas modalidades de intervención incluyen (1):

- Disminuir los síntomas del paciente.
- Prevenir o reducir la readmisión hospitalaria por medio de un tratamiento más intensivo en casa, y basado en la comunidad.
- Mejorar el compromiso de los pacientes con los servicios de salud.
- Mejorar los desenlaces sociales y ocupacionales.

Modalidad	Características
Equipos de resolución de crisis y tratamiento en casa	Promueven la detección temprana de las exacerbaciones y la oferta de un tratamiento rápido e intensivo en el entorno comunitario, el cual es limitado en el tiempo. El tratamiento, generalmente, incluye manejo psicofarmacológico, consejería, terapia o ayuda para el mantenimiento de hábitos y el apoyo a los familiares cercanos. Una vez se ha estabilizado al paciente, este es direccionado a otras modalidades de atención más apropiadas para el manejo de mantenimiento (2). El objetivo de esta modalidad es evitar, en lo posible, la hospitalización, el empeoramiento de los síntomas y el estrés de los familiares o de otras personas involucradas en la situación (3).
Equipos de salud mental comunitaria	Atención en salud mental en la comunidad por parte de equipos multidisciplinarios compuestos por enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos y psiquiatras, ubicados en los centros de salud mental comunitarios. El tamaño de los equipos puede oscilar entre 10-12 personas, o hasta 20, dependiendo de si incluyen programas de intervención precoz, de intervención en crisis, atención domiciliaria, etc. (1,4). Proveen una evaluación especializada y ofrecen atención y tratamiento a una población definida (5).
Hospital día de agudos	Se plantea como alternativa a la hospitalización. Se trata de una modalidad de manejo en el día para pacientes con descompensación aguda (1,6), y que se emplea para evitar el manejo intrahospitalario brindándole al paciente intervenciones que le permitan ir a diario a su comunidad. El propósito es que dicho tipo de manejo disminuya el estigma asociado a la hospitalización, así como el tiempo necesario de hospitalización.

Modalidad	Características
Hospital día de pacientes que no están en fase aguda (para el mantenimiento)	<p>Provee servicios médicos de diagnóstico, tratamiento psiquiátrico, intervenciones psicosociales y ocupacionales. Diseñados para personas con trastornos mentales graves y que requieren un cuidado coordinado, intensivo, integrado y multidisciplinario en un entorno clínico (7). Está dirigido a personas con trastornos mentales duraderos, y en ocasiones, a quienes no responden al manejo ambulatorio convencional (1). Puede ofrecerse de dos formas: una son los centros de atención de día sin tiempo limitado de estancia para manejo integral, y los hospitales día de transición, que ofrecen una atención durante un tiempo limitado a los pacientes que acaban de tener un alta hospitalaria (8,9).</p>
Manejo intensivo de caso	<p>Se proporciona un servicio de salud mental a largo plazo con un método sistemático, confiable, flexible y coordinado, dirigido a responder a la combinación de las necesidades de salud y de atención social de las personas con enfermedades mentales graves (10). Incluye una gama completa de servicios de tratamiento, rehabilitación y apoyo (11). Tiene como objetivo ayudar a las personas a adquirir los recursos materiales de subsistencia básica (alimentos, vivienda, vestido y atención médica), mejorar el funcionamiento psicosocial, proporcionar apoyo para que el paciente participe en la vida comunitaria y estimular la autonomía del sujeto (12).</p> <p>Se asigna a cada paciente un profesional que actúe como un “administrador del caso”, y quien debe mantener contacto con él y coordinar su atención en todos los servicios requeridos. Es una estrategia diseñada para las necesidades de pacientes con alto uso de servicios de urgencias, pero de poco contacto con el sistema de salud (1).</p>

Modalidad	Características
Atención asertiva comunitaria (Tratamiento Comunitario Asertivo)	<p>Es una forma de atención comunitaria en salud mental, dirigida a pacientes que tienen graves dificultades en su funcionamiento social, laboral, residencial y de salud física. Se considera un “servicio no residencial monitoreado médicamente”. Las características que lo definen son:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Un claro enfoque en los pacientes que necesitan más ayuda;</li> <li>2) Promover la independencia, la rehabilitación y la recuperación de los pacientes, con el fin de evitar que tengan hospitalizaciones innecesarias o lleguen a la indigencia;</li> <li>3) Énfasis en un contacto constante con el paciente, por medio de visitas domiciliarias y otras intervenciones fuera de las instituciones, para que las habilidades aprendidas se puedan llevar fácilmente a la situación real de los pacientes;</li> <li>4) Una aproximación en equipo, en la cual todos los profesionales trabajan con todos los pacientes bajo la supervisión de un profesional de la salud mental calificado, y quien es el líder;</li> <li>5) Evaluación y procesos interdisciplinarios que involucran, generalmente, a psiquiatras, enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y especialistas en farmacodependencia y en rehabilitación vocacional;</li> <li>6) Esfuerzos para evitar situaciones de crisis, pero si estas se presentan, hacer intervenciones en cualquier momento del día o de la noche, para evitar hospitalizaciones, y</li> <li>7) Es un trabajo con los pacientes, que debe ser continuado y sin límite de tiempo (24 horas al día, 7 días a la semana) (1,13).</li> </ol>
Rehabilitación basada en la comunidad (RBC) (15)	<p>“Una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades y la integración social de todas las personas con discapacidad. La RBC se aplica gracias al esfuerzo conjunto de las propias personas con discapacidad, de sus familias, organizaciones y comunidades, y de los pertinentes servicios gubernamentales y no gubernamentales en salud, educación, trabajo, social, y otros” (14). En la RBC debe haber compromiso de la familia y de la comunidad mediante la diseminación masiva de conocimientos y de habilidades esenciales para rehabilitar a los discapacitados. Pero por sus limitaciones se requiere un buen sistema de referencia para las situaciones que requieran atención profesional.</p>



## Referencias

1. National Collaborating Centre for Mental Health, commissioned by the National Institute for Health & Clinical Excellence. Schizophrenia. Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Adults in Primary and Secondary Care (updated edition). National Clinical Guideline Number 82 [Internet]. Printed in Great Britain. Stanley Hunt.; 2010. Available from: <http://www.nice.org.uk/>.
2. Murphy S, Irving CB, Adams CE, Driver R. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;5:CD001087
3. Thomas CS, Weisman GK. Emergency planning: The practical and theoretical backdrop to an emergency treatment unit. *Int J Soc Psychiatry* 1970;16:283-7.
4. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS No 2007/05. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009.
5. Malone D, Newron-Howes G, Simmonds S, Marriot S, Tyrer P. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(3):CD000270.
6. Marshall M, Crowther R, Sledge WH, Rathbone J, Soares-Weiser K. Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(12):CD004026.
7. Casarino JP, Wilner M, Maxey JT. American Association for Partial Hospitalization (AAPH) standards and guidelines for partial hospitalization. *Int J Partial Hosp.* 1982 Jan;1(1):5-21.
8. Shek E, Stein AT, Shansis FM, Marshall M, Crowther R, Tyrer P. Day hospital versus outpatient care for people with schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(4):CD003240.
9. Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano A, Creed F, Sledge W, Kluiters H, et al. Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) acute day hospital versus admission; (2) vocational rehabilitation; (3) day hospital versus outpatient care. *Health Technol Assess Winch Engl.* 2001;5(21):1-75.
10. Dieterich M, Irving CB, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(10):CD007906.
11. Scott JE, Dixon LB. Assertive community treatment and case management for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1995;21(4):657-68.
12. Stein LI, Test MA. Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Arch Gen Psychiatry.* 1980 Apr;37(4):392-7.

13. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente., Fòrum de Salut Mental, coordinación. Guía de Práctica Clínica sobre la esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de Práctica Clínica: AATRM. No 2006/05-2. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009.
14. Ministerio de Salud y la Protección Social. República de Colombia. DisCAPACIDAD - Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) [Internet]. Available from: [http://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/DisCAPACIDAD\\_RBC.aspx](http://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/DisCAPACIDAD_RBC.aspx)
15. WHO | Community-based rehabilitation guidelines [Internet]. WHO. [Cited 2014 Mar 10]. Available from: <http://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/en/>.