

Revisión de Tema

Más allá de la recaída en el paciente con esquizofrenia

Beyond the relapse in patients with schizophrenia

Alèem recida em pacientes con esquizofrenia

Martha Lucía **Garzón Z.**¹

DOI: <http://dx.doi.org/10.18270/rce.v13i11.1905>

Recibido: 2015-10-02; aprobado: 2016-03-30

RESUMEN

Uno de los desafíos actuales para los profesionales de la salud, específicamente en el área de la salud mental, está relacionado con la recuperación y rehabilitación del paciente con esquizofrenia, donde la adherencia farmacológica desempeña un papel importante para disminuir el riesgo de recaída. Por lo anterior, se hace necesario revisar a profundidad el tema para conocer las posibles causas o factores relacionados que permitan abordar esta problemática más allá de los aspectos biológicos y fisiológicos. Con tal fin, se realizó la revisión de literatura científica que aborda la problemática de recaída en pacientes con esquizofrenia y psicosis. Diferentes estudios han abordado el fenómeno de la recaída en pacientes con esquizofrenia y las posibles causas, entre ellas, el no compromiso, el rol no activo del paciente y la falta de adherencia al tratamiento, así como de soporte social y familiar. Se ha demostrado que la administración continua de los antipsicóticos y la terapia cognitiva-conductual son eficaces en la reducción de las recaídas en personas con esquizofrenia. Se hace énfasis en fortalecer a los equipos de salud en el seguimiento y control del evento.

Palabras clave: esquizofrenia, trastornos psicóticos, recaída, cumplimiento de la medicación, antipsicóticos, atención de enfermería.

Citación del artículo impreso:

Vancouver: Garzón ML. Más allá de la recaída en el paciente con esquizofrenia. Rev Colomb Enferm. 2016;13:100-109.

APA: Garzón, M.L. (2016). Más allá de la recaída en el paciente con esquizofrenia *Revista Colombiana de Enfermería*, 13. 100-109.

Citación del artículo en línea:

Vancouver: Garzón ML. Más allá de la recaída en el paciente con esquizofrenia. Rev Colomb Enferm [Internet]. 2016 [fecha de consulta]; 13. Disponible en: <http://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCE> o <http://dx.doi.org/10.18270/rce.v13i11.1905>

APA: Garzón, M.L. (2016). Más allá de la recaída en el paciente con esquizofrenia. *Revista Colombiana de Enfermería*, 13. 100-109. Recuperado de <http://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCE> o <http://dx.doi.org/10.18270/rce.v13i11.1905>

1. Enfermera, especialista en Enfermería y en Auditoría en los Servicios de Salud. Docente de Enfermería en salud mental, Fundación Universitaria Sanitas. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: mlgarzon@unisanitas.edu.co

ABSTRACT

One of the current challenges for health professionals, specifically in the area of mental health, is related to the recovery and rehabilitation of patients with schizophrenia, where the medical adherence plays an important role in reducing the risk of relapse. Therefore it is necessary to review in depth the issue in order to know the possible causes and / or related factors that will address this issue beyond the biological and physiological aspects. For this situation, a review of scientific literature dealing with the problem of relapse in patients with schizophrenia and psychosis was made. Therefore, various studies have examined the phenomenon of relapse in patients with schizophrenia and possible causes, including active patient role in the disease process, treatment adherence, social and family support. It has been shown that continuous administration of antipsychotics and cognitive-behavioral therapy is effective in reducing relapses in people with schizophrenia. Emphasis is made on strengthening health teams in monitoring and control of the event.

Conclusions: it is necessary to develop strategies and action plans to the population at risk. Strengthen health teams in the monitoring and control of the disease, in order to limit relapses in patients with schizophrenia.

Key words: schizophrenia, psychotic disorders, relapse, medication adherence, antipsychotic agents, nursing care.

RESUMO

Um dos desafios atuais para os profissionais de saúde, especificamente na área de saúde mental, está relacionado à recuperação e reabilitação de pacientes com esquizofrenia, na qual a adesão à medicação desempenha um papel importante na redução do risco de recaída. Por isso, é necessário rever em profundidade a questão, a fim de conhecer as possíveis causas e/ou fatores relacionados que irão abordar esta questão para além dos aspectos biológicos e fisiológicos. Para esta situação, realizou-se a revisão da literatura científica que aborda a questão de recaída em pacientes com esquizofrenia e psicose. Vários estudos examinaram o fenômeno da recaída em pacientes com esquizofrenia e as possíveis causas, entre elas, o não comprometimento, o papel inativo do paciente e a falta de adesão ao tratamento, assim como de apoio social e familiar. Foi demonstrado que a administração contínua dos antipsicóticos e da terapia comportamental cognitiva é eficaz na redução de recaídas em pessoas com esquizofrenia. Por fim, enfatiza-se o fortalecimento das equipes de saúde no acompanhamento e controle do evento.

Palavras-chave: esquizofrenia, transtornos psicóticos, recaída, adesão à medicação, antipsicóticos, cuidados de enfermagem.

INTRODUCCIÓN

Saracco (1) menciona que Eugene Bleuler propuso en 1911 el término *Shizophrenie gruppe* para referirse a un grupo de las enfermedades mentales, entre ellas la esquizofrenia (palabra acuñada en 1908 que indica hendidura, escisión o disociación), para designar las demencias precoces de Kraepelin. Bleuler eligió la palabra *seindere* que significa escindir, para explicar el síntoma principal del padecimiento: la disociación de la psiquis. Para él, los pacientes no estaban dementes en el sentido estricto, sino que presentaban un proceso de alteración en su capacidad asociativa del pensamiento y de la expresión simbólica y de los procesos inconscientes. La enfermedad se caracteriza por un tipo específico de alteración del pensamiento, los sentimientos y la relación con

el mundo exterior, que en ninguna parte aparece bajo esta forma particular.

Los síntomas de la esquizofrenia están enmarcados en un síndrome que comprende alteraciones del pensamiento y del afecto, ambivalencia y pérdida de la relación con la realidad o autismo. Los síntomas asociados son alucinaciones, ilusiones, delirios, perturbaciones de la memoria, del lenguaje y la escritura; para ese momento las alteraciones en la sensorpercepción se consideraban secundarias, mientras que aspectos como los trastornos del pensamiento o del afecto dominaban la presentación clínica (2). La esquizofrenia hace parte de un grupo de trastornos relacionados que son heterogéneos en cuanto a su fisiopato-

logía, factores predisponentes, factores estresantes desencadenantes y conductas asociadas.

CONCEPTOS SOBRE LA ENFERMEDAD

Según Morrison, la definición de la enfermedad corresponde a la presencia o ausencia de síntomas:

La esquizofrenia es una alteración que persiste durante por lo menos seis meses e incluye por lo menos un mes de la fase activa (por ejemplo dos o más de los siguientes síntomas: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos). En tanto que la psicosis puede manifestarse mediante uno o más de los síntomas anteriormente enunciados; todo paciente psicótico tiene que tener al menos uno de estos síntomas, pero para que se le diagnostique que tiene esquizofrenia, el paciente debe tener al menos dos de ellos (3).

La palabra *psicosis*, que suele provocar una sensación de miedo, se refiere al estado mental en el que la realidad se experimenta de forma diferente. Durante los episodios psicóticos, el paciente no comprende que los demás no sienten las mismas cosas y se extraña de por qué no reaccionan de una forma parecida. Se debe recordar que se trata de enfermedades cerebrales neurobiológicas complejas que afectan la capacidad de la persona para percibir y procesar la información y que implican varios síndromes (4).

La esquizofrenia evoluciona en tres fases: aguda, de mantenimiento y de estabilización. En la primera fase, el paciente experimenta los síntomas positivos de alucinaciones e ideas delirantes y también síntomas negativos como el déficit cognitivo. Durante el mantenimiento, disminuye la intensidad de los síntomas agudos. En la fase de estabilización, los síntomas agudos se mantienen en remisión, aunque el paciente todavía puede experimentar síntomas leves y persistentes (5). Lo anterior es importante ya que en las primeras fases se puede producir mayor riesgo de recaídas, el paciente puede experimentar síntomas recurrentes y deterioro desde el punto de vista funcional y social.

Esto implica la necesidad de intervenir previamente en las diferentes etapas de la enfermedad. Dichas intervenciones incluyen aspectos relacionados para adquirir autocontrol en la toma de la medicación, prácticas de autocuidado, educación sobre el curso de la enfermedad, identificación de signos y síntomas de la aparición de recaídas

y finalmente el desarrollo de habilidades sociales con el fin de incrementar la posibilidad de recuperar su funcionalidad y adaptarse nuevamente en su entorno laboral.

FACTORES DE RIESGO Y EPIDEMIOLOGÍA

Como causas de la enfermedad se han postulado diferentes hipótesis, como factores genéticos, complicaciones en el parto, infecciones intrauterinas y neonatales, alteraciones estructurales en la formación y el desarrollo del cerebro, alteraciones neurobiológicas relacionadas con la disfunción del sistema dopaminérgico, serotoninérgico y consumo de sustancias psicoactivas como el cannabis, entre otras. A pesar que durante años los investigadores han buscado sin resultado una causa única para la esquizofrenia, la mayoría ha concluido que este trastorno sería la consecuencia de varios efectos acumulativos de determinados factores de riesgo genético-familiares y ambientales, ya que considera a los individuos bajo un continuo de vulnerabilidad al estrés, modelo según el cual varios genes y factores ambientales actuarían de forma acumulativa hasta superar el umbral de expresión de la enfermedad (6).

Según las estimaciones del informe sobre salud en el mundo del año 2001, publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (7) y dedicado a la salud mental, la esquizofrenia constituye la séptima causa de años vividos con discapacidad (AVPD), con un porcentaje en el total de enfermedades de 2,8%. Si los cálculos se reducen a la franja etaria entre los 15 y 44 años, la esquizofrenia sube al tercer puesto con un porcentaje de 4,9%. En todo el mundo, los trastornos neurológicos y mentales representan 13% de la carga global de enfermedades. Se calcula que en 1990 esos trastornos representaban 8,8% del total de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en América Latina y el Caribe. En el año 2002 esta proporción alcanzaba un 22,2%, es decir, experimentaron un crecimiento de más del doble.

En Estados Unidos de América la esquizofrenia afecta al 1,1% de los adultos, tiene la misma prevalencia en mujeres y hombres, en promedio inicia al final de la adolescencia o al comienzo de la tercera década en varones y en la tercera o cuarta en mujeres (8). Los estudios epidemiológicos suelen

reflejar diferentes tasas de prevalencia de los trastornos mentales, de acuerdo a la metodología usada para su cálculo, los tipos de enfermedad incluida en la investigación y el periodo de tiempo tomado como referencia.

En el caso de Colombia, según cifras del Ministerio de Salud y Protección Social (9), en el año 2013 la prevalencia de la esquizofrenia era de 1% de la población; esto significa que había aproximadamente 471.052 personas afectadas. De acuerdo a estas cifras y frente a una enfermedad compleja, se debe plantear la posibilidad de detectarla e intervenirla a temprana edad para reducir su impacto.

Los estudios entonces deben centrarse en profundizar en diferentes aspectos: en primer lugar, un conocimiento claro y preciso de los factores de riesgo a los que están expuestos los individuos y cómo estos, a su vez, afectan el funcionamiento de las personas e interfieren en el desarrollo de su vida diaria. En segundo lugar, se hace necesario identificar tempranamente tanto los signos y síntomas de aparición de la enfermedad, como las formas de tratamiento farmacológico y no farmacológico, con el objetivo de establecer estrategias de prevención que incluyan el tener un conocimiento claro en el inicio de la aparición de la enfermedad. Es evidente que existen en estos pacientes serias dificultades para relacionarse; la esquizofrenia suele ser grave y puede ser duradera, lo que lleva a la discapacidad y al aislamiento social. Lo anterior es preocupante y pone en evidencia que se está frente a una enfermedad caracterizada por diferentes síntomas, donde existen alteraciones a nivel anatómico y fisiológico, que pueden estar influenciados por factores psicológicos, sociales y culturales.

CONCEPTO DE RECAÍDA

Una de las limitaciones en el éxito de la recuperación, control y manejo de la enfermedad está relacionada con la adherencia al tratamiento y, esta a su vez, con la aparición de recaídas. La Real Academia Española de la lengua (RAE) define el término recaída como acción de recaer (10). Una persona que recae estaba convaleciendo o había recobrado la salud y cae nuevamente enfermo de la misma dolencia. En general, esta noción se aplica a cualquier enfermedad. Otras se relacionan con la

exacerbación de síntomas, lo que permite deducir que no hay claridad sobre lo que se entiende por recaída y exacerbación. En el estudio publicado por Salles y colaboradores (11), cuyo objetivo fue evaluar los costos médicos de las recaídas en esquizofrenia en los servicios de salud mental, se describe la dificultad para establecer un consenso sobre la definición del concepto de recaída, ya que la condición del paciente antes de la aparición de la enfermedad, su nivel de funcionalidad antes de un episodio, la gravedad del episodio, los síntomas y la duración de estos tienen que ser considerados como el caso de un nuevo episodio.

En los pacientes con esquizofrenia se evidencia que cuando hay una recaída reaparecen los síntomas positivos y negativos; por lo tanto, hay un retroceso a la fase aguda de la enfermedad, es decir, de mantenimiento. Lo anterior puede estar relacionado con el incumplimiento por parte del paciente de las recomendaciones que son impartidas por los profesionales de la salud. En ese sentido, la adherencia al tratamiento recobra un significado importante debido a que, si no hay un compromiso y un rol activo por parte del paciente, las consecuencias con cada recaída implican: deterioro cognitivo, aumento de la posibilidad de reingreso hospitalario, afectación de la calidad de vida y alteración de la evolución de la enfermedad, sin olvidar que esta problemática aumenta los costos del sistema de salud y del paciente en todos sus ámbitos.

Para describir el fenómeno de las recaídas, Stuar (12) hace referencia a las fases plantadas por Ducherty: existen cinco fases de las recaídas, de las cuales las dos primeras no implican síntomas que indiquen psicosis. Esto es significativo porque es el momento crucial para intervenir; aquí, el paciente aún es capaz de buscar y usar la retroalimentación de forma constructiva. A continuación, se describen las fases de las recaídas (12):

1. *De desbordamiento*: en esta etapa el paciente refiere sentirse abrumado. Los síntomas de ansiedad se intensifican y utiliza mucha de su energía para superarlos. Los pacientes describen que se sienten sobrecargados, incapaces de concentrarse para terminar sus tareas y tienden a olvidar palabras en la elaboración de

- las frases. Otros síntomas son el aumento del esfuerzo mental para realizar las actividades normales y la disminución de la eficacia por la facilidad para distraerse.
2. *De limitación de la conciencia:* se caracteriza por la presencia de depresión. El paciente suele sentirse aburrido, apático, obsesivo, fóbico y puede producirse somatización.
 3. *De desinhibición:* los síntomas psicóticos aparecen por primera vez. Suelen haber alucinaciones y delirios que el paciente ya no puede controlar. Los mecanismos de defensa que antes tenían éxito tienden a fallar.
 4. *De desorganización psicótica:* en esta fase aparecen síntomas psicóticos evidentes. Las alucinaciones y los delirios se intensifican y al final el paciente pierde el control. Esta fase se caracteriza por tres etapas diferentes:
 - › Primera etapa: desestructuración del mundo exterior. El paciente ya no reconoce los entornos ni las personas familiares y pueden acusar a los miembros de su familia de ser unos impostores. Puede haber una agitación extrema.
 - › Segunda etapa: desestructuración del yo. El paciente pierde la identidad personal y puede referirse a sí mismo en tercera persona; se comporta “como un observador omnisciente y neutro”.
 - › Tercera etapa: intensamente psicótica. El paciente pierde absolutamente la capacidad para diferenciar la realidad de la psicosis; pierde su capacidad de control. En este punto es necesaria la hospitalización y es posible que la familia tenga que recurrir a medidas extremas (como llamar a la policía) para conseguir que ingrese a la institución hospitalaria. Estos hechos pueden afectar al paciente y familia ya que se convierten en situaciones devastadoras y vergonzosas.
 5. *De resolución de la psicosis:* se produce por lo general en un ambiente hospitalario. El paciente está medicado y todavía experimenta psicosis, pero los síntomas están controlados. Puede parecer que la persona sigue las instrucciones de una forma mecánica y a menudo parece aturdida. A muchos pacientes les dan de alta en esta etapa porque están estables a nivel motriz, aunque aún conserven alteraciones de los procesos cognitivos, pero ello no impide un nivel de convivencia (12).

CAUSAS DE LAS RECAÍDAS

Luego de haber descrito en detalle el concepto y las diferentes fases con las que cursan las recaídas, es importante identificar las posibles causas que las producen con el fin de vigilar los síntomas, disminuir su gravedad y lograr la estabilización del paciente.

La aparición temprana de recaídas y la no adherencia al tratamiento son factores que pueden afectar el curso de la esquizofrenia. Entre los diferentes factores evaluados y reconocidos como causas de recaídas se encuentran: falta de conocimiento de la enfermedad, acontecimientos vitales estresantes, abuso de sustancias como alcohol o drogas, incumplimiento o cumplimiento parcial con el tratamiento, suspensión de la medicación cuando se sienten bien de salud, insatisfacción en la relación médico-paciente, falta de soporte familiar y costos de la medicación (13).

Se entiende por *adherencia al tratamiento* el cumplimiento de las prescripciones médicas o recomendaciones terapéuticas, y puede definirse como la conciencia entre el comportamiento de una persona y las indicaciones sobre salud o prescripciones que ha recibido (14).

Cuando un paciente con esquizofrenia ha logrado resolver la fase de psicosis, es necesario establecer un plan de tratamiento, seguimiento y control de los síntomas para prevenir la recaída, favorecer la recuperación y mejorar la calidad de vida. Por lo tanto, el manejo y administración continua de la medicación se convierte en un factor fundamental para disminuir el riesgo de recaída y, a largo plazo, modificar el curso de la enfermedad.

Según Glitin y colaboradores, la retirada completa de la medicación antipsicótica se asocia con tasas de recaída significativamente más elevadas. Los resultados de los estudios mostraron hasta un 98% de recaídas a los dos años (15). Con la administración de antipsicóticos, tanto de primera como de segunda generación, la tasa de respuesta clínica es alta pudiendo llegar en algunos casos hasta un 75%. Los estudios en los que se han comparado los antipsicóticos de primera generación con los de segunda no han encontrado tasas de respuesta clínica diferentes; un porcentaje elevado de un episodio de psicosis responde dentro de la primera semana de tratamiento y logra estabilizarse durante los tres meses siguientes (16).

Sirvent (17), en su artículo menciona varios estudios, entre ellos el realizado por Jamison, quien divide en cuatro los factores relacionados con la baja adherencia: paciente, enfermedad, fármaco y relación con el terapeuta. Para el caso del paciente, señala como causa más frecuente la negación total o parcial de la enfermedad seguida por los efectos secundarios de los fármacos, entre otros.

En 1997 la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA) publicó *La guía de práctica para el tratamiento de pacientes con esquizofrenia* (18). Esta guía integral para el manejo de los adultos así diagnosticados muestra resultados de investigaciones sobre el uso de nuevos antipsicóticos en el tratamiento de la enfermedad y enuncia una serie de recomendaciones con enfoque psiquiátrico y de rehabilitación. De acuerdo a las recomendaciones de la APA, es necesario un año de tratamiento de mantenimiento con medicamentos antipsicóticos para reducir el riesgo de recaída. En el primer año, después de la recuperación de un episodio psicótico agudo inicial, la tasa de recaída entre los pacientes no tratados alcanza entre 40% y 60%. Para el 2004, en una actualización de la guía, la APA (19) menciona como factores que contribuyen a las recaídas la falta de adherencia a la medicación antipsicótica, eventos por consumo de sustancias y condiciones de vida estresante. Frente al incumplimiento en la toma del medicamento, se sugiere la posibilidad de que el médico tratante y el paciente analicen los beneficios y los efectos potenciales de la medicación, ya que es primordial tener en cuenta

la experiencia previa del paciente con los antipsicóticos y sus efectos secundarios, la vía preferida de administración y, en el caso de pacientes con recaídas recurrentes, contemplar un antipsicótico inyectable de acción prolongada.

Para el caso del consumo de sustancias psicoactivas, algunos estudios revelan que la dependencia de determinadas drogas es en gran medida hereditaria y se desarrolla por la interacción de ciertos genes con otros factores individuales y ambientales. La exposición a las drogas puede afectar más a quienes tienen una predisposición genética a la drogodependencia que a quienes no la tienen. La drogadicción es más frecuente entre las personas con trastornos mentales que en la población general (20).

Las condiciones de vida estresante pueden estar dadas por diferentes estresores como situaciones económicas precarias, hambre, abandono, abuso o maltrato, sobrecarga laboral, disfunción familiar y vivencias negativas acumuladas que generan sobrecarga emocional y alteran de manera importante el funcionamiento del individuo (20).

Se entiende en este documento la importancia de darle continuidad a la terapia no solo al administrar los medicamentos sino al establecer otras medidas de control y prevención de las recaídas, donde se tengan en cuenta diferentes aspectos psicosociales, como apoyo continuo de profesionales de salud, ayuda del entorno familiar, condiciones laborales que aporten al desarrollo del paciente desde el componente afectivo y físico, circunstancias sociales y culturales que lo lleven a diversas formas de socialización, así como construcciones legales y normativas que garanticen la interacción del paciente con su cotidianidad.

Los objetivos del tratamiento deben ser claros en cada una de las fases por las que cursa la enfermedad; por ello es de suma relevancia que en la etapa aguda las actividades se concentren en el control y disminución de los síntomas positivos y negativos. Luego de la fase aguda, la estabilización cubre los primeros seis meses y pretende monitorear al paciente en este tiempo, con el fin de no suspender la medicación y utilizar las mismas dosis iniciales que en la fase anterior ya que, de lo contrario, se aumentaría el riesgo y la posibilidad

de una recaída. Posteriormente, estas acciones deben estar acompañadas de procesos de educación que expliquen claramente al paciente y su familia el curso y manejo de la enfermedad, haciendo énfasis en la administración de los tratamientos farmacológicos, efectos secundarios e identificación de signos de alarma temprana de las recaídas.

Agid y colaboradores (21) describen los resultados de una revisión sistemática donde incluyeron 65 ensayos clínicos controlados con una población de 6.493 pacientes: las características se refieren a un promedio de edad de 40,8 años, donde el 60% correspondía al género masculino, la media de duración de la enfermedad fue de 13,6 años y la media de duración de la estabilidad fue de 36 semanas; los resultados primarios incluyen el periodo de recaída entre 7 y 12 meses y los resultados secundarios comprenden readmisión, deserción escolar, mejora de la enfermedad, muerte, violencia o comportamiento agresivo, eventos adversos, calidad de vida, nivel de satisfacción con la atención y el empleo. Vale la pena resaltar que las mayores posibilidades de recaídas se producen en el primer año. Se encontró que los antipsicóticos reducen significativamente las recaídas entre 7 y 12 meses en comparación con pacientes que recibían placebo (riesgo absoluto del 27% con antipsicóticos vs. 64% con placebo); se demostró también que los antipsicóticos reducen significativamente los reingresos (10% con antipsicótico vs. 26% con placebo). La administración del antipsicótico mostró adicionalmente disminución en el comportamiento agresivo, menor abandono del tratamiento y no hubo diferencia significativa relacionada con suicidio y muerte. Es importante resaltar que tres de los estudios analizados indicaron mejor calidad de vida asociada al consumo de los antipsicóticos.

En el estudio de Kazadi y colaboradores (22), donde participaron 217 pacientes con esquizofrenia, el resultado demostró que 61,8% tenía una historia de al menos una recaída, casi la mitad de los pacientes que recayeron (63) consumían cannabis y 138 de los pacientes no se adhirieron al tratamiento, de los cuales el 80,4% experimentaron una recaída. La falta de visión sobre los efectos secundarios de los medicamentos y el estado de ánimo depresivo fueron los factores concluyentes en el

probable aumento de las recaídas. Los estudios consultados infieren una relación entre la no adherencia a la terapia farmacológica y la recaída de la enfermedad en este grupo de pacientes.

Adicionalmente, García y colaboradores (23) mencionan la necesidad por la cual fue creado el grupo español proyecto ADHES (Adherencia Terapéutica en la Esquizofrenia) cuyo propósito es evaluar y mejorar la adherencia terapéutica; llaman la atención a toda la comunidad de profesionales de la salud para aunar esfuerzos que permitan establecer acuerdos sobre la prevención, tratamiento y rehabilitación de los pacientes con esquizofrenia y fortalecer estrategias para mejorar la adherencia terapéutica.

Si bien es cierto que la terapia farmacológica es importante para prevenir las recaídas, otros autores también han trabajado en diferentes intervenciones de tipo psicosocial que mejoran el resultado del tratamiento de los medicamentos.

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES

Los pacientes con esquizofrenia presentan muchas incapacidades psicosociales que pueden aparecer desde la fase previa de la enfermedad, afectan su funcionamiento y no mejoran con la toma del antipsicótico; estas limitaciones incluyen dificultades en las relaciones interpersonales, vinculaciones de pareja, actividades ocupacionales y laborales con un efecto negativo sobre los ingresos económicos, pues al no trabajar dependen económicamente de la familia. En consecuencia, los tratamientos psicosociales tienen como objetivo proveer a los pacientes de habilidades para disminuir las incapacidades, prevenir las recaídas, disminuir los reingresos hospitalarios y, por tanto, mejorar el funcionamiento general. Estas intervenciones se han implementado de manera individual, familiar o grupal y en diferentes sitios o espacios como son el hospital, los centros de salud y los consultorios. Los estudios muestran la efectividad de este tratamiento en cualquiera de sus modalidades y son claros en afirmar que no sustituyen el tratamiento farmacológico y, por el contrario, se recomienda la combinación del tratamiento antipsicótico con alguna forma de intervención psicosocial (24).

La psicoeducación es una de las intervenciones psicosociales; tiene como fin brindar educación sobre la enfermedad y el tratamiento de manera que promueva la recuperación de los síntomas, prevenga las recaídas y contribuya al proceso de rehabilitación. Se ha demostrado que estas acciones incrementan el conocimiento, conciencia de enfermedad y el reconocimiento temprano de señales de alarma para prevenir las recaídas (25).

El entrenamiento en habilidades sociales se basa en técnicas conductuales que usan la instrucción, el modelamiento, el ensayo, la retroalimentación y trabajo en casa con el fin de enseñar o reforzar habilidades sociales. Se enfoca en aspectos muy específicos de la conducta como el contacto visual, el lenguaje, la imagen corporal, autocuidado y pretende por medio del aprendizaje mejorar estas competencias. Existen tres modelos de entrenamiento en habilidades sociales (básico, resolución de problemas sociales y corrección de la función cognitiva) (26). Los resultados de los estudios de la terapia cognitivo-conductual en esquizofrenia contienen información importante acerca de su eficacia y tienen un efecto directo en el problema específico a resolver (27)

Por último, y no menos importante, está la terapia ocupacional encargada de evaluar la capacidad de la persona para realizar las actividades de la vida cotidiana e intervenir cuando dicha capacidad está en riesgo o afectada por cualquier causa. El terapeuta ocupacional utiliza la actividad con el propósito de ayudar al paciente a adquirir destrezas y habilidades para desarrollar tareas cotidianas que generen mayor autonomía e independencia (28).

En conclusión, los estudios relacionados anteriormente muestran los siguientes resultados: la esquizofrenia es una enfermedad compleja, que tiene muchas repercusiones desde el curso de la propia enfermedad, hasta implicaciones que afectan el desempeño del paciente en el día a día, alternando no solo su rol familiar sino su entorno social y calidad de vida. Hay una estrecha relación entre la no toma de los medicamentos y la presencia de recaídas: los datos estadísticos así lo confirman. Pero, aunque la medicación es muy importante en el tratamiento de la enfermedad, no se debe centrar exclusivamente en ella; es nece-

sario trabajar en el proceso de rehabilitación para lograr que la persona vuelva a su medio en las mejores condiciones posibles de autonomía. En ese sentido, las diferentes intervenciones psicosociales, como la intervención familiar, la psicoeducación, el desarrollo de habilidades sociales, la terapia cognitivo-conductual, la terapia ocupacional y las terapias de grupo, entre otras, favorecen la continuidad del cuidado, la protección del enfermo y sus familias.

Por tanto, los tratamientos tienen que estar enfocados en el seguimiento del paciente durante todas las fases de la enfermedad, con la participación de un equipo interdisciplinario que entienda sus necesidades y las de su familia. Es fundamental establecer estrategias que eduquen y ayuden a disminuir los temores concebidos por el estigma que se genera alrededor de la enfermedad.

CONCLUSIONES

Los profesionales de la salud deben tener en cuenta diferentes aspectos en el manejo y evolución de la esquizofrenia. Esta enfermedad tiene muchos factores causales que aún siguen siendo tema de estudio; va más allá de lo biológico, y se siguen actualmente planteando hipótesis sobre su aparición sin llegar a factores netamente particulares o exclusivos. Es imprescindible establecer estrategias y planes de acción conjuntos para no llegar al fracaso terapéutico, que enfatizan en las necesidades del paciente, la gravedad de los síntomas, el tiempo de duración de la terapia farmacológica, los efectos secundarios, la capacidad de tolerancia y adaptación del paciente al medicamento, sin olvidar aspectos importantes como el apoyo y la orientación por parte del equipo de salud.

Se requiere un equipo capacitado y entrenado ya que puede favorecer positivamente el proceso de rehabilitación psiquiátrica, enseñando a los pacientes a mejorar sus habilidades sociales y cognitivas, que les permita lograr ser más independientes y autónomos, y que puedan cumplir con las demandas de una sociedad, aumentar de manera significativa el nivel de calidad de vida y disminuir todos los factores que los pueden hacer vulnerables frente a un nuevo episodio de recaída.

La esquizofrenia es una enfermedad de salud pública altamente costosa, y como desafío se tendrán que realizar cambios en la organización de los servicios en salud mental, donde la atención de los pacientes no sea solamente en el hospital, sino que se pueda manejar con mayor facilidad y garantías en un ambiente domiciliario. Esta nueva organización de los servicios de salud puede darse en Colombia a partir de la expedición de la Ley de Salud Mental 1616 de 2013 cuyo objetivo es garantizar el derecho a la salud mental de la población colombiana mediante la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales, atención integral e integrada que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (29). Esta ley propone estrategias que pueden ayudar a disminuir las tasas de recaídas como promoción de la salud, gestión del riesgo en salud, acceso oportuno a la atención en consulta externa, acompañamiento y resolución en los primeros niveles de atención, inclusión educativa y laboral, entre otras.

Es importante fortalecer los procesos investigativos en el área, para ampliar el conocimiento y diseñar intervenciones efectivas que mejoren la adherencia al tratamiento en la población afectada.

CONFLICTO DE INTERESES

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Saracco R, Escamilla R. Breviario de esquizofrenia. México: Prado; 2012.
2. Sadock B, Sadock V. Manual de bolsillo de psiquiatría clínica. 4ª ed. USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
3. Morrison J. DSM-IV Guía para el diagnóstico clínico. Traducido por Garduño M, Enriquez G, Larios P. México: Manual Moderno; 2008. p. 145-157.
4. Stuart GW, Laria MT. Enfermería psiquiátrica: principios y prácticas. 8ª ed. España: Elsevier Mosby; 2006.
5. Hoban S. Cuidar al paciente con esquizofrenia. *Nursing*. 2010; 28(6): 28-32.
6. Puente R, Chinchilla A, Rianza S. Concepto de esquizofrenia. Introducción a la esquizofrenia. En: Chinchilla A. Las esquizofrenias. Sus hechos y valores críticos y terapéuticos. Nuevas generaciones en neurociencias. Barcelona: Elsevier Masson; 2007. p. 1-16.
7. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas [Internet]. Suiza: OMS; 2001 [consultado 20 de agosto de 2015]. Disponible en: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1
8. National Institute of Mental Health. Transforming the understanding and treatment of mental illnesses [Internet]. Estados Unidos: NIH; 2005 [actualizado diciembre de 2015; consultado 18 de diciembre de 2015]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/index.shtml>
9. Ministerio de Salud y de Protección Social. Boletín de prensa No. 335 de 2013 [Internet]. Colombia: Ministerio de Salud y de Protección Social; 2015 [consultado 15 de agosto de 2015]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/esquizofrenia-representa-el-1-poblacion.aspx>
10. Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española [Internet]; 2016. [consultado 20 de agosto de 2015]. Disponible en: <http://www.rae.es/recursos/diccionarios/drae>
11. Salles C, Mari J, Bosi M. Direct medical costs associated with schizophrenia relapses in health care services in the city of São Paulo. *Sao Paulo. Rev Saude Pública* [Internet] 2011 [consultado 20 de agosto de 2015]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v45n1/1731.pdf>
12. Stuart G, Laraia M. Enfermería psiquiátrica. Principios y práctica. 8ª ed. Madrid: Elsevier; 2006.
13. González J, Cuixart I, Manteca H, Carbonell M, Armengol J, Azcon M. La baja adherencia al tratamiento antipsicótico: actuación de enfermería. *Enfermería Global* [Internet]. 2005 [consultado agosto 20 de 2015]. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/475/458>
14. Fornès J. Enfermería de salud mental y psiquiatría. Planes de cuidado. Buenos Aires-Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2005.
15. Glitin M, Nuechterlein K, Subotnik KL, Ventura J, Fogelson DL, Bartzokis G, et ál. Clinical outcome following neuroleptic discontinuation in patients with remitted recent onset shizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2001; 158: 1835-842.
16. Robinson DG, Woerner MG, Delman HM, Kane JM. Pharmacological treatments for first episode schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2005; 31: 705-22.
17. Sirvent C. Fracaso, abandono y cumplimiento terapéutico. Norte de salud mental [Internet] 2009 [consultado 9 de julio de 2015]; (33): 51-58. Disponible en: <http://revistanorte.es/index.php/revista/article/viewFile/574/568>

18. Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA). Guideline for treating adults with schizophrenia. Medscape Psychiatry & Mental Health e Journal [Internet]. 1997 [consultado 19 de Agosto de 2015]; 2(3). Disponible en: <http://www.medscape.com/viewarticle/431253>
19. American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders. American Psychiatric Association [Internet]. 2010 [consultado 11 de febrero de 2015]. Disponible en: [http://http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/schizophrenia.pdf](http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/schizophrenia.pdf)
20. Caycedo ML, Herrera S, Offir-Jiménez K. Descripción de los factores de riesgo para recaída en pacientes con diagnóstico de trastorno mental. Rev. Cienc. Salud. 2011; 9(2): 141-58.
21. Agid O, Remington G. Review: Maintenance antipsychotics prevent relapse in patients with schizophrenia. Evid Based Ment Health [Internet]. 2012 [consultado 19 de agosto 2015]; 15(4): 92. Disponible en: <http://www.medscape.com/viewarticle/774089>
22. Kazadi NJB, Mossa M, Jeenah F. Factors associated with relapse in schizophrenia [Internet]. 2005 [consultado 19 de agosto 2015]. Disponible en: <http://www.ajol.info/index.php/sajpsyc/article/viewFile/34432/6360>
23. Garcia I, Granada J, Leal M, Sales R, Lluch M, Fornés J, et ál. Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: consenso de enfermería en salud mental [Internet] [consultado 18 de agosto de 2015]. Disponible en: <http://actaspsiquiatria.es/repositorio/suplementos/11/ESP/11-ESP-832226.pdf>
24. Asociación Psiquiátrica Mexicana. Guía basada en la evidencia de la Asociación Psiquiátrica de América Latina y de la Asociación Psiquiátrica Mexicana para el Tratamiento del Paciente con Esquizofrenia. Salud Mental [Internet]. 2014 [consultado 17 de febrero de 2016]; 37(1). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2014/sams141a.pdf>
25. Ahunca L, García J, Bohórques A, Gómez C, Jaramillo L, Palacio C. Tratamiento con intervenciones psicosociales en la fase aguda y de mantenimiento del paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia. Rev. Colomb. Psiquiat [Internet]. 2014 [consultado 19 de febrero de 2016]; 44(S1): 75-89. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90434409&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=379&ty=33&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=379v44nSupl.1a90434409pdf001.pdf
26. Rojas R. Habilidades sociales: psicoterapia grupal con pacientes esquizofrénicos crónicos. Revista de Psicología [Internet]. 2013 [consultado 19 de febrero de 2016]; 13(1). Disponible en: <http://www.revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/7361/7582>
27. Gutiérrez C, Ocampo M, Gómez J. Terapia cognitivo conductual en esquizofrenia: una revisión narrativa de la literatura. Rev. Colomb. Psiquiatr. [Internet]. 2008 [consultado 19 de febrero de 2016]; 37(1). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S003474502008000500013&script=sci_arttext
28. Ortiz de Zárate, AI, Ubis A, Ruíz de Azúa M. Trastorno mental grave de larga evolución. Vol. 2. España: Elsevier; 2010.
29. República de Colombia. Ley 1616 de 2013 [Internet]. 2013 [consultado 11 de febrero 2016]. Disponible en: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>