



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
"Dr. Dacio Crespo"

GRADO EN ENFERMERÍA
Curso académico (2016-2017)

Trabajo Fin de Grado

**Ventajas y desventajas del uso de
antipsicóticos en el tratamiento de la
esquizofrenia**

Alumno: Sergio Fernández Yustos

Tutora: D^a Mónica Fernández Salim

Julio, 2017

INDICE

Pág.:

1. Resumen. Abstract.....	2
2. Introducción.....	4
2.1. Conociendo la esquizofrenia.....	4
2.2. Incidencia de la esquizofrenia.....	5
2.3. Justificación y objetivos.....	6
3. Materiales y métodos.....	7
3.1. Criterios de inclusión y exclusión.....	9
3.2. Resultados de búsqueda	10
3.3. Análisis de los resultados.....	11
4. Resultados y discusión.....	12
4.1. Síntomas de la esquizofrenia.....	12
4.2. Tratamiento del paciente con esquizofrenia.....	15
4.2.1. Tratamiento farmacológico.....	15
4.2.1.1. Mecanismos de acción de los fármacos con antipsicóticos.....	15
4.2.2.2. Efectos secundarios antipsicóticos.....	16
4.2.2. Tratamientos psicoterapéuticos, educativos y sociales como complemento.....	18
4.2.3. Tratamiento combinado con psicoterapia.....	20
4.2.4. Una alternativa: la arteterapia.....	22
4.3. Costes de la esquizofrenia.....	22
4.4. Importancia de la enfermería.....	25
5. Conclusiones.....	27
6. Bibliografía.....	28
7. Anexos.....	33

1. RESUMEN

Introducción. La esquizofrenia es uno de los grandes trastornos de salud mental que se encuentran en la actualidad. Se considera un trastorno crónico y grave que afecta a la forma de pensar de las personas y que ha de ser tratado para su control de síntomas tanto positivos como negativos, con todo lo que esto conlleva. El número de casos que se encuentran tanto en el mundo, como a nivel nacional, hace que sea lo suficientemente importante para ser tratada de manera individual y personalizada.

Material y métodos. Se han realizado un total de 17 búsquedas bibliográficas en las siguientes bases de datos: Biblioteca *Cochrane plus*, CUIDEN, ENFISPO, DOAJ, Web de Información Médica Rafael Bravo, *National Guideline Clearinghouse*, *Free Medical Journals*, *Medigraphic*, *JBI Connect +* y *WHOLIS*, a partir de las cuales se han obtenido un número final de 40 artículos, con los que hemos realizado esta revisión

Resultados y discusión. Tras la selección de los artículos, se ha desarrollado el trabajo de manera crítica, pudiendo aportar diferente material e información en función de diferentes apartados: Síntomas de la esquizofrenia, tratamientos en la esquizofrenia, valorando los tratamientos combinados, alternativas, costes de la esquizofrenia, y sobretodo resaltar la importancia de la enfermería. Toda la información ha sido contrastada y discutida.

Conclusiones. Se han podido arrojar diferentes conclusiones al finalizar el trabajo. Encontrando que el uso de los anti psicóticos está totalmente justificado por la mayoría de los autores, el papel de la enfermería es un hecho clave y fundamental para el proceso de esta enfermedad, la poca presencia que hemos encontrado de tratamientos combinados, se ha podido observar el alto gasto público que conlleva el tratamiento de esta enfermedad, y además, hemos podido valorar las diferentes alternativas a los tratamientos que hemos podido encontrar, resaltando algunas, como la arteterapia.

Palabras clave: Esquizofrenia, antipsicóticos, enfermería, tratamiento, costo, alternativas.

1. ABSTRACT

Introduction. Schizophrenia is one of the major mental health disorders that we can find today. It is considered like a chronic and serious disorder that affects the way people think and it has to be treated for their control of both positive and negative symptoms, with all that entails. The number of cases found both in the world and a local level makes it important enough to be treated individually and individually.

Material and methods. I used a total of 17 bibliographic searches were carried out in the following databases: Cochrane Library Plus, CUIDEN, ENFISPO, DOAJ, Rafael Bravo Medical Information Web, National Clearinghouse, Free Medical Journals, Medigraphic, JBI Connect + and WHOLIS, from which we obtained a final number of 40 articles, with which they have been this review

Results and Discussion. After the selection of the articles, the data obtained in a critical way have been developed, being able to contribute different material and the information according to different sections: Symptoms of schizophrenia, treatments in schizophrenia, evaluating the combined treatments, alternatives, costs of schizophrenia, and make the importance of nursing. All the information has been contrasted and discussed.

Conclusions. Different conclusions can be drawn to finalize the work. Finding that the use of antipsychotics is fully justified by the majority of authors, the role of nursing is a key and fundamental fact for the process of this disease, the high public expenditure that entails the treatment of this disease, and in addition, has been able to evaluate the different alternatives to treatments that have been able to find, highlighting some, such as art therapy.

Key words: Schizophrenia, antipsychotics, nursing, treatment, cost, alternatives.

2. INTRODUCCIÓN

Según la OMS, la esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo (1).

Se trata de un trastorno complejo, en el que están implicados numerosos factores: genéticos, neurobiológicos, neuroquímicos, neuropsicológicos y ambientales, aunque aún no se ha identificado un único factor que caracterice a todos los pacientes con esquizofrenia, de modo que se siguen buscando las causas desde diferentes perspectivas (2). Sin embargo hay que mencionar que hace poco se ha puesto de manifiesto que el riesgo de esquizofrenia de una persona aumenta si heredan variantes específicas del gen que codifica para el componente 4 del complemento (C4). La sobreexpresión de este gen está relacionado con la eliminación de las conexiones entre las neuronas, lo que se relaciona al hecho que los cerebros de las personas con esquizofrenia tienden a poseer una corteza cerebral más delgada con un menor número de sinapsis que las personas no afectadas (3).

2.1. Conociendo a la esquizofrenia

La esquizofrenia es un trastorno mental mayormente crónico, con recaídas sintomáticas que se observan con frecuencia durante el curso de la enfermedad. A menudo se asocia con un deterioro social y/u ocupacional que puede ser difícil de revertir, de ahí que la OMS lo considere como una de las enfermedades psiquiátricas más incapacitante (1, 4). Además, las personas que padecen esta enfermedad tienen entre 2 y 2,5 veces más de probabilidades de morir a una edad temprana que el conjunto de la población. Esto se debe por lo general a enfermedades físicas, como enfermedades cardiovasculares, metabólicas e infecciosas (1).

En la mayoría de los casos la enfermedad se diagnostica en sujetos entre los 20 y 25 años de edad. Por esta razón, se considera que la aparición de la enfermedad en esta etapa de la vida implica un fuerte impacto negativo en la vida social, laboral y afectiva del individuo, en un momento de máxima potencialidad. Estas consecuencias causan elevados costes y sufrimiento para los pacientes y sus

familias, así como también para la sociedad. El estigma en torno a la esquizofrenia es común, por lo que las personas con esta patología a menudo prefieren no hablar sobre él, ni obtener el tratamiento adecuado. Por todo esto es importante una detección precoz a través de una atenta observación de los síntomas iniciales (prodrómicos), en especial por parte de los médicos de atención primaria (4).

2.2. Incidencia de la esquizofrenia

Como se ha mencionado, la incidencia de la esquizofrenia en la población general está entre el 0,7 y el 1,5% (1, 4). En España, la incidencia estimada es de 0,8 casos por cada diez mil habitantes, lo que se traduce en más de 400.000 las personas afectadas. Con respecto a la prevalencia estimada, la cifra es de 3 y de 2,86 por cada mil habitantes por año para hombres y mujeres, respectivamente, con la consiguiente carga extra que este diagnóstico supone desde el punto de vista personal, familiar, social y económico (5). Por lo general, en las mujeres la esquizofrenia suele aparecer entre los 25 y los 35 años, mientras que los hombres suelen iniciar la enfermedad entre los 15 y los 25 años, con un peor pronóstico y una peor respuesta al tratamiento farmacológico (4).

El riesgo de padecer esquizofrenia aumenta hasta el 12-13% en individuos cuyo padre o madre sufre el trastorno y hasta el 35-40% en individuos con ambos padres afectados. En gemelos monocigóticos se observa una tasa de concordancia del 47 al 50%, y en gemelos dicigóticos o entre hermanos en general es del 9 al 12% (4).

Si bien existen tratamientos para los síntomas psicóticos de la esquizofrenia, no hay una comprensión del origen de la enfermedad, ni terapias eficaces para prevenir o tratar las deficiencias cognitivas y los síntomas de déficit, que son sus rasgos más tempranos y más constantes (3). Los medicamentos antipsicóticos son el tratamiento farmacológico principal de la esquizofrenia, ya que son eficaces para mejorar los síntomas positivos y reducir el riesgo de recaída. Sin embargo, tienen una eficacia limitada para los síntomas negativos y los deterioros cognitivos. El desarrollo de tratamientos eficaces para estos síntomas psicopatológicos es de gran importancia clínica, ya que los tratamientos actuales son responsables de gran parte de la morbilidad a largo plazo y del pobre resultado funcional en la esquizofrenia (6).

En este sentido, la relativa falta de eficacia de estos tratamientos ha llevado a la búsqueda de nuevos tratamientos para los síntomas negativos y las deficiencias cognitivas de la esquizofrenia.

Por otro lado, el curso crónico y los efectos debilitantes de la esquizofrenia se combinan para crear una enfermedad que impone importantes repercusiones económicas en lo que respecta a los costes médicos directos, los costes sociales directos y costes referentes a la atención prestada fuera del ámbito institucional. Los costes que representan el tratamiento y cuidado de estos pacientes son particularmente elevados. Éstos incluirían los gastos derivados de los dispositivos asistenciales empleados ya que son pacientes con alta dependencia, el coste del tratamiento y el hecho de que se les otorgue una incapacidad que obstaculiza el acceso al mundo laboral. De hecho, los trastornos mentales suponen la segunda causa de baja laboral en España y el tercer grupo de enfermedades que genera más gasto al sistema sanitario público (5, 7).

2.3. Justificación y objetivos

Como bien vengo remarcando en los anteriores puntos, el auge de la esquizofrenia en el mundo hace que sea de real importancia la capacidad de observar el cuidado que se ha realizado de la misma a lo largo de los años, y así poder observar si existe una actuación lógica y concreta de la misma y a su vez si esta es la más adecuada.

Teniendo en cuenta todos estos antecedentes, los objetivos tanto a nivel general como específico que se pretenden alcanzar con este trabajo son los siguientes:

- **Objetivos generales:**
 - Remarcar la importancia de la esquizofrenia en el mundo actual y evaluar sus tratamientos actuales.

- **Objetivos específicos**
 - Detectar las diferentes opiniones sobre el uso de tratamientos médicos en la esquizofrenia.
 - Abordar los costes de la esquizofrenia.

- Explicar el papel de la enfermería en el tratamiento y cuidado de estos pacientes.
- Observar diferentes opciones de tratamientos alternativos.

3. MATERIALES Y METODOS

Para la realización de este trabajo, se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos de ciencias de la salud. Como punto de partida, se ha tomado el modelo P.I.C.O tal y como se muestra a continuación en la Tabla I:

Tabla I. Modelo P.I.C.O			
P	I	C	O
Paciente, problema o	Intervención	Comparación de la intervención	Resultado esperado
Pacientes esquizofrénicos	Tratamientos farmacológicos convencionales	Tratamientos alternativos complementarios	Ventajas y desventajas

¿En los pacientes esquizofrénicos, el uso de tratamientos médicos convencionales en contraposición a los diferentes tratamientos alternativos que pueden existir, que ventajas y desventajas producen?

Para la búsqueda de documentos bibliográficos, se ha usado un lenguaje basado en descriptores. Para ello se ha recurrido a los tesauros DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) y MeSH (*Medical subjectsheadings*) que contienen descriptores utilizados en el campo de la ciencia de la salud. La traducción al inglés y utilización de los MeSH ha sido empleada para encontrar artículos de habla inglesa y abrir así el margen de resultados.

Los términos elegidos han sido combinados mediante los operadores booleanos “AND”, “OR” y “NOT” para otorgar a la búsqueda un orden lógico, y se han delimitado con paréntesis “()” para indicar preferencias en búsquedas complejas (Tabla II).

Tabla II. Descriptores	
DeCS	MeSH
Esquizofrenia	<i>Schizophrenia</i>
Antipsicóticos	<i>Antipsychotics</i>
Tratamiento	<i>Treatment</i>
Efecto secundario	<i>Secondary Effect</i>
Síntomas	<i>Sign</i>
Alternativo	<i>Alternative</i>
Coste	<i>Cost</i>
Enfermería	<i>Nursing</i>

Con el fin de mostrar una mejor evidencia documental en la búsqueda bibliográfica, han sido utilizadas las siguientes bases de datos:

- *Medline*
- *Scholar Google*
- *Biblioteca Cochrane plus*
- CUIDEN
- ENFISPO
- DOAJ
- Web de Información Médica Rafael Bravo
- *National Guideline Clearinghouse*
- *Free Medical Journals*
- *Medigraphic*
- *JBI Connect +*
- *WHOLIS*.

3.1 Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión que se han usado han sido los siguientes:

- Artículos en español o inglés.
- Artículos con al menos dos de los descriptores enunciados.
- Artículos con acceso al *abstract* en los que se muestre información concluyente, con el fin de realizar una mejor selección, más ágil y concreta.

Los criterios de exclusión han sido:

- Artículos de más de 10 años de antigüedad.
- Ensayos clínicos.
- Artículos con acceso restringido o de suscripción/pago.

3.2 Resultados de búsqueda

- **Medline-Pubmed:**

(Schizophrenia) AND antipsychotics

Filtros: <10 años; idioma inglés o español, presencia de *abstract* y texto completo libre. Resultados de la búsqueda: 3824. **17 artículos**. Cumplen criterios: **1**

(Schizophrenia) AND Secondary Effect AND Treatment

Filtros: <10 años; idioma inglés o español, presencia de *abstract*.

Resultados de la búsqueda: **222 artículos**. Cumplen criterios: **3**

(Schizophrenia) AND Cost NOT Sign

Filtros: <10 años; idioma inglés o español, presencia de *abstract*. Ordenados por prioridad, seleccionando únicamente las tres primeras páginas mostradas.

Resultados de la búsqueda: **1.045 artículos**. Cumplen criterios: **2**

(Schizophrenia) AND Treatment

Filtros: <10 años; idioma inglés o español, solo textos gratuitos. Ordenados por prioridad, seleccionando únicamente las tres primeras páginas mostradas.

Resultados de la búsqueda: **81.120 artículos**. Cumplen criterios: **2**

(Schizophrenia) AND Treatment AND Nursing

Filtros: <10 años; idioma inglés o español, solo textos gratuitos, presencia de *abstract*.

Resultados de la búsqueda: **23 artículos**. Cumplen criterios: **3**

(Schizophrenia) AND schizophrenia AND Nursing

Filtros: <10 años; idioma inglés o español, presencia de *abstract*.

Resultados de la búsqueda: **29 artículos**. Cumplen criterios: **3**

- **Scholar Google:**

Esquizofrenia AND Cost

Filtros: <10 años; idioma inglés o español, presencia de *abstract*. Ordenados por prioridad, seleccionando únicamente las tres primeras páginas mostradas.

Resultados de la búsqueda: **13.500 artículos**. Cumplen criterios: **5**

Schizophrenia AND Secondary Effect AND Treatment

Filtros: <10 años; idioma inglés o español, presencia de *abstract*. Ordenados por prioridad, seleccionando únicamente las tres primeras páginas mostradas.

Resultados de la búsqueda: **5.100 artículos**. Cumplen criterios: **7**

Schizophrenia AND Nursing

Filtros: <10 años; idioma inglés o español, presencia de *abstract*. Ordenados por prioridad, seleccionando únicamente las tres primeras páginas mostradas.

Resultados de la búsqueda: **220.000 artículos**. Cumplen criterios: **7**

Schizophrenia AND Treatment AND Alternative

Filtros: <10 años; idioma inglés o español, presencia de *abstract*. Ordenados por prioridad, seleccionando únicamente las tres primeras páginas mostradas.

Resultados de la búsqueda: **640.000 artículos**. Cumplen criterios: **4**

3.3 Análisis de los resultados

Se ha realizado un total de 17 búsquedas bibliográficas a lo largo de todo el proceso en las bases de datos señaladas. Las búsquedas proporcionaron un total de 100 artículos que potencialmente eran útiles para el trabajo, de los cuales se han eliminado 20 por no tratar de manera directa el tema. Se preseleccionaron 80 artículos, a los cuales se ha vuelto a pasar un segundo sesgo, obteniéndose finalmente una lista de 40 artículos.

No se han encontrado referencias bibliográficas que acumulen criterios de inclusión en las siguientes bases de datos: Biblioteca *Cochrane plus*, CUIDEN, ENFISPO, DOAJ, Web de Información Médica Rafael Bravo, *National Guideline Clearinghouse*, *Free Medical Journals*, *Medigraphic*, *JBI Connect + y WHOLIS*.

Tras la lectura de todas las referencias documentales, los resultados y su discusión se han expuesto en los apartados que se desarrollan a continuación.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Síntomas de la esquizofrenia

Los síntomas producidos por la esquizofrenia se pueden dividir en dos grandes grupos: los síntomas positivos, que son experiencias anormales, y los síntomas negativos, que se refieren a la ausencia de conductas normales (9).

Entre los síntomas positivos se pueden mencionar:

- **Alucinaciones:** Experiencias sensoriales que se originan dentro del cerebro en vez de tener su origen en el exterior. Las alucinaciones son causadas por la enfermedad. Los pacientes esquizofrénicos algunas veces oyen voces (alucinaciones auditivas) que una persona sana en la misma situación no escucharía, o ven cosas (alucinaciones visuales) que otras personas no perciben.
- **Ideas delirantes:** Creencias falsas y persistentes, que son constantes, no fluctuantes, o simples deseos que no son compartidos por otros que el paciente cree reales, incluso aunque haya pruebas de lo contrario.
- **Trastornos del pensamiento:** El pensamiento lógico de muchos pacientes está deteriorado si se compara con el que tenían antes de su enfermedad. Sus pensamientos y su lenguaje están alterados.
- **Trastorno de la autopercepción:** El paciente tiene una percepción distorsionada de sí mismo. La distinción entre él mismo y lo que le rodea puede ser borrosa.

Entre los síntomas negativos (9), más prevalentes en edades jóvenes, se encuentran:

- **Falta de energía y motivación:** Muchos pacientes pierden su entusiasmo normal, su energía y su interés por lo que les rodea. Esto implica, con

frecuencia, que los pacientes son incapaces de cumplir con sus obligaciones o de llevar una vida social normal.

- **Trastornos emocionales:** Pérdida de la capacidad para experimentar placer y no puede sentir emociones normales como lo hacía con anterioridad.
- **Retraimiento social:** Es uno de los síntomas más típicos de la enfermedad. El paciente puede reducir sus contactos con otras personas al mínimo, e incluso, con sus amigos y familiares. Por lo que es necesario evaluar a cada paciente por separado para saber si este rechazo al contacto con otras personas es expresión de un mecanismo de defensa contra la hipersensibilidad asociada a la enfermedad, o si bien el paciente debe de ser animado a tratar de romper su aislamiento social.

Uno de los hechos destacables cuando se está hablando de síntomas, son los denominados brotes psicóticos, el momento donde se produce la ruptura con el mundo real en estos tipos de pacientes, pudiendo distinguir diferentes momentos en el proceso de aparición de dicho brote (10).

- **Momento antes de desencadenarse:** Es difícil predecir un brote, pero existe un pequeño patrón comportamental, produciéndose un comportamiento desorganizado, acompañado de ideas extrañas y diferentes a la realidad, e incluso pudiendo aparecer un proceso de aislamiento social junto a un descuido de la apariencia.
- **Momento durante el brote:** La realidad que percibe esa persona está siendo totalmente distorsionada, y esta es incapaz de controlar tanto el entorno que le rodea como los propios actos que realice, produciéndose una exaltación aguda de los signos de la enfermedad.
- **Después del brote:** Tras el brote, que no ha de tener una duración estandarizada, el cuerpo poco a poco recupera la normalidad, dentro de la patología

que sostiene. Estos brotes pueden ser de carácter repetitivo o alargarse mucho en el espacio temporal.

4.2. Tratamiento del paciente con esquizofrenia

La mayoría de los pacientes con esquizofrenia necesitan un tratamiento farmacológico a largo plazo, y los antipsicóticos representan el pilar de la atención clínica (4). Aunque, el tipo más efectivo de tratamiento para la esquizofrenia es el tratamiento combinado con fármacos antipsicóticos, terapia psicológica y educativa y soporte social (2).

4.2.1. Tratamiento farmacológico

Dentro de la familia de los antipsicóticos, hay numerosas moléculas, con estructura química muy heterogénea pero con una característica común: su actividad antidopaminérgica, aunque éste no es el único mecanismo de acción.

Actualmente, existe una amplia variedad de antipsicóticos cuyo objetivo es conseguir la dosis óptima que produzca una mayor mejoría clínica con los menores efectos secundarios. Los primeros antipsicóticos utilizados fueron introducidos en la década de 1950, estos fármacos fueron llamados de “primera generación” o “típicos” (AT). Se caracterizan por reducir la actividad de la dopamina, ya que bloquean el receptor dopaminérgico D₂, además, son eficaces para minimizar los síntomas positivos. Sin embargo, estos fármacos producen efectos secundarios importantes asociados a síntomas extrapiramidales e hiperprolactinemia (Tabla III, Anexo I). Más tarde, se introdujeron todos los llamados antipsicóticos de “segunda generación” o “atípicos” (AA o ASG), que aunque se asocian con menos síntomas extrapiramidales que los AT, no están exentos de problemas (Tabla IV, Anexo II). Actualmente los ASG representan el tratamiento farmacológico más utilizado en esquizofrenia (2, 8).

4.2.1.1. Mecanismos de acción de los fármacos antipsicóticos

Los antipsicóticos, como ya se ha mencionado, bloquean a nivel del sistema nervioso central (SNC) los receptores dopaminérgicos D₂. Pero además, en

concentraciones terapéuticas bloquean también los receptores de serotonina 5-HT₂ y, algunos otros subtipos de receptores noradrenérgicos, colinérgicos e histaminérgicos, pero con diferente sensibilidad, por lo que se puede deducir que también poseen otras acciones farmacológicas (8).

Los antipsicóticos típicos tienen la principal ventaja de controlar los síntomas positivos de la enfermedad, aunque, como ya se ha mencionado, tienen importantes inconvenientes por los efectos secundarios que poseen, como la rigidez, inquietud, temblores..., por su falta de efectividad sobre los síntomas negativos (apatía, falta de motivación, falta de interés por relacionarse...), llegando incluso a empeorarlos. Tampoco muestran eficacia en el control de los síntomas cognitivos (atención, comprensión, reflexión...). Ejemplos de medicamentos que actualmente pertenecen a este grupo son entre otros el Haloperidol, Clorpromazina, Zuclopentixol, Flufenazina o la Perfenazina (11).

Los antipsicóticos atípicos se utilizan actualmente como primera línea en el tratamiento de la esquizofrenia. Se caracterizan por bloquear simultáneamente los receptores dopaminérgicos y serotoninérgicos y ser eficaces tanto en los síntomas positivos como en los negativos (8). Actúan no solo sobre los síntomas positivos (alucinaciones, delirios,...) de la enfermedad, sino que también han demostrado su eficacia sobre los síntomas negativos (apatía, falta de motivación, falta de interés por relacionarse...) y síntomas cognitivos (atención, comprensión, reflexión...) Por otro lado, producen muchos menos efectos secundarios. Al principio, estos medicamentos comenzaron administrándose con una toma diaria. Pero, en los últimos años los nuevos enfoques se han centrado en el desarrollo de formas de acción y administración más prolongada en el tiempo con el objetivo de mejorar el tratamiento y hacerlo más cómodo para las personas que padecen un trastorno psicótico y familiares (12).

4.2.1.2. Efectos secundarios de los antipsicóticos

Como se ha mencionado anteriormente los antipsicóticos de segunda generación han reducido la carga de los efectos secundarios del tratamiento con antipsicóticos de primera generación. Sin embargo, tienen sus propios problemas. Diferentes

estudios han demostrado que el aumento de peso, el síndrome metabólico y la enfermedad cardiovascular están relacionados con los efectos secundarios de estos fármacos, además del comportamiento no saludable de estos pacientes causados por su enfermedad (13).

Los efectos secundarios más severos que se observan son el aumento de peso, alteraciones del metabolismo de lípidos y de la glucosa, síndrome metabólico, disfunción sexual, osteoporosis, trastornos físicos como discinesia tardía, efectos cardíacos, sedación (11, 13).

La incidencia de la discinesia tardía es del 5% en adultos y del 25% al 30% en pacientes de edad avanzada. La disfunción sexual contribuye a la mala calidad de vida, la actitud negativa hacia la terapia y el incumplimiento del tratamiento. Un hecho importante a tener en cuenta es el impacto negativo que se produce en la relación de las parejas cuando un compañero fue diagnosticado con esquizofrenia, por lo que esta carga debe ser claramente diagnosticada, discutida y tratada mientras el paciente cumple con el tratamiento de la esquizofrenia (13).

Los pacientes que experimentan efectos secundarios adversos probablemente rechacen su tratamiento y disminuyen su nivel de cumplimiento, lo que provoca más recaídas, más admisiones clínicas y empeoramiento de los síntomas de la enfermedad. Muchas revisiones han puesto de manifiesto la necesidad “no satisfecha” de tratamientos más seguros, más tolerables y más eficaces para la esquizofrenia, especialmente de aquellos que eviten los principales efectos secundarios como el síndrome metabólico, la discinesia tardía y la disfunción sexual (13).

Pese a esto, Rivera (11), establece que los antipsicóticos atípicos sí tienen mejoras significativas en el tratamiento de la esquizofrenia, y que una gran cantidad de pacientes no muestra los síntomas extrapiramidales. Pero, sí establece una diferencia, y es que dota más ventajas a estos antipsicóticos en el tratamiento de los síntomas negativos, que de los síntomas positivos. También, es notable, que no exista una correlación entre esta ventaja y las dosis de fármacos más altas (14).

En un estudio realizado en 2016 (15), se pueden encontrar claras ventajas en el uso de los antipsicóticos a nivel de eficiencia clínica, siempre teniendo que valorar de manera subjetiva el coste de estos tratamientos y la cantidad de alteraciones que pueden llegar a surgir de los mismos tratamientos.

Existen diferentes elecciones de tratamientos (16), dependientes en todo momento de la clínica particular de cada paciente y de los efectos secundarios más abundantes que se hayan podido observar en el mismo paciente.

La línea de actuación es clara, prácticamente de manera independiente del autor que se trate (11-15) y en la mayoría de los casos, prevalece la actuación con los antipsicóticos por el hecho de la mejor calidad de vida (16) de los pacientes en lo referente los efectos de la patología, y conllevando los efectos secundarios de estos tratamientos como un hecho adverso pero muchas veces, necesario.

Pese a todo, existe una cierta controversia entre el uso ético de los antipsicóticos (15), pues pese a saber que generan una gran cantidad de efectos secundarios, prácticamente todo el panorama médico, habla de ellos como el primer tratamiento de elección. Aunque, de forma paralela a esto, existe un pequeño grupo en la práctica clínica, que toma al paciente como referencia en sus tratamientos, como es el caso de Chadwick (16) o de Pol Yanguas (17), que delimitan el uso de los antipsicóticos a las situaciones agudas con agitación y tensión incapacitante y hablan de la importancia de las alternativas a los neurolepticos, basadas en un "*constructo ideológico-comercial*" realizado en torno a los antipsicóticos.

4.2.2. Tratamientos psicoterapéuticos, educativos y sociales como complemento

Actualmente se considera que es fundamental integrar el tratamiento psicológico y social con el tratamiento farmacológico, ya que se ha observado que un programa global de tratamiento permite una mejor prevención de recaídas y una mayor reinserción del paciente en la vida social y laboral y, en consecuencia, una mayor independencia del sujeto. De modo que, la elección de uno u otro tratamiento psicoeducativo depende de las características del paciente, de la fase evolutiva de su enfermedad y de los recursos presentes en el contexto social y familiar (2).

Millier *et al* (13) consideran que los pacientes necesitan ser apoyados a través de intervenciones no farmacológicas apropiadas que, aunque existen, aún se no usan adecuadamente, así como también, mediante el desarrollo de nuevas intervenciones farmacológicas que minimicen la carga relacionada con el fármaco y al menos mejoren el funcionamiento y la calidad de vida de los pacientes.

Los actuales modelos de intervención se orientan al tratamiento en la comunidad, evitando de este modo los ingresos hospitalarios y por lo tanto favoreciendo el mantenimiento del paciente en su entorno habitual. Una de las intervenciones útiles en el tratamiento de la esquizofrenia son las intervenciones psicoeducativas que han demostrado ayudar a disminuir las recaídas, la sintomatología, la carga familiar y la preocupación, a la vez que se relacionan con la mejora del funcionamiento familiar (18).

A día de hoy, se utilizan diversos métodos coadyuvantes o alternativos al tratamiento farmacológico de la esquizofrenia, aunque siempre es el tratamiento farmacológico la primera elección. Actualmente, a nivel general, se conocen diversos tratamientos alternativos que se están utilizando en estos tipos de pacientes:

- **Rehabilitación social:** La rehabilitación psicosocial incluye varias intervenciones no médicas para las personas con esquizofrenia y enfatizan la capacitación social y vocacional para ayudar a los pacientes recién diagnosticados o que han estado enfermos por un tiempo a superar dificultades en las áreas cognitivas o de habilidades sociales afectadas.
- **Psicoterapia individual:** La psicoterapia individual o terapia personal incluye sesiones programadas con regularidad en las que el paciente conversa con su psicólogo o psiquiatra. Las sesiones pueden centrarse en problemas actuales o pasados, experiencias, pensamientos, sentimientos o reacciones personales.
- **Terapia electroconvulsiva:** La terapia electroconvulsiva (TEC) (12) ha sido usado en el tratamiento de la esquizofrenia desde su aparición a principios del siglo

pasado, sin embargo, debido en parte a sus efectos deletéreos en la memoria y a los riesgos de lesiones osteomusculares durante la convulsión producida por la corriente eléctrica, su utilización ha menguado a nivel mundial.

- La arteterapia (36): Utilizada para recuperar o mejorar tanto la salud mental como el bienestar social y emocional, a través de las artes plásticas. Permite incrementar la confianza en uno mismo, hacer la expresión verbal más accesible y permitir al paciente expresar sus sentimientos al mundo exterior.

Además de estos métodos tradicionales, en el último lustro ha nacido una alternativa realmente innovadora y prometedora para este tipo de pacientes, hablamos de la neuroplasticidad (19, 20), y su capacidad positiva dentro de la neurorehabilitación que se les podría dar a este tipo de pacientes. Los primeros brotes de este tratamiento alternativo conmueven al panorama médico, e incluso podría nacer una alternativa real y viable al tratamiento farmacológico, pero de momento, lo que hay, es un tratamiento alternativo en vías de nacimiento, que pretende liberar a estos pacientes de su carga, con el simple trabajo propio de su cerebro, enseñándoles a trabajar de manera antagónica a lo que su enfermedad les está provocando, para así poder contrarrestar los síntomas, tanto negativos como positivos, que enfoca no solo esta enfermedad, si no todas las enfermedades mentales que se puedan imaginar.

4.2.3 Tratamiento combinado con psicoterapia

Otro de los puntos importantes que se pueden destacar es el modelo comunitario de tratamiento combinado (21), utilizando la psicoterapia además del tratamiento farmacológico. Sin embargo, solamente el 35% de los pacientes se tratan gracias a un tratamiento combinado y un 19% con únicamente un tratamiento psicoterapéutico, frente al 45% de pacientes que se tratan con modelos farmacológicos de forma única. Por esto es de real importancia la promoción de la salud mental (22), teniendo que darle el papel importante que se merece.

Un estudio realizado en función de la sintomatología, el funcionamiento psicosocial, la actividad global, el cumplimiento con el uso de los medicamentos antipsicóticos,

las recaídas, las re-hospitalizaciones, el abandono al tratamiento y la adherencia terapéutica, para evaluar el tratamiento combinado, se pueden ver en la Tabla V (23).

Tabla V. Relación entre tratamientos combinados y tratamientos habituales. (23)		
	Grupo con tratamiento combinado	Grupo control
Índice de recaída	12%	31,8%
Re hospitalización	0%	13%
Adherencia terapéutica	90%	80%

Por todo esto, es de vital importancia realizar una terapia psicológica de manera integrada (24) en el tratamiento de la esquizofrenia, pues puede jugar un papel importante en lo referente a la recuperación y mejoría de estos pacientes. Pues como podemos observar en diferentes estudios, la mejoría es clara en pacientes que realizan un seguimiento en programas de neurocognición, cognición social y programas de cuidados sociales.

Hasta tal punto, puede ser beneficioso el tratamiento combinado con psicoterapia, que podría llegar a mejorar tanto los síntomas negativos como positivos que se encuentran en esta patología, suponiendo un gran avance para el tratamiento de dicha patología. Se trata en concreto de la terapia cognitivo conductual (25), la cual se ha podido observar en varios estudios, una gran mejoría en estos apartados respecto a la esquizofrenia.

Si algo queda claro, es que el uso de cualquier tipo de tratamiento combinado, utilizado de manera combinada con el uso de antipsicóticos, reduce el uso de estos y sobretodo, disminuye el riesgo de recaídas y situaciones agudas de la enfermedad. Y por supuesto, cualquier intervención que se realice, ha de pretender la mejoría de la calidad de vida del paciente, independientemente del tratamiento farmacológico que se le esté administrando (26).

4.2.4 Una alternativa: La arteterapia

Pese a haberla mencionado ya en este trabajo, hemos podido analizar más profundamente esta alternativa al tratamiento con anti psicóticos por la información encontrada.

En un estudio realizado (27) por la Universidad de Venezuela, se programa y realizan doce sesiones de arteterapia, con una evaluación anterior y posterior en función de las Escalas de cognición social (GEOPTe) y de Síntomas positivos y negativos (PANSS). Los resultados arrojados por dicho estudio, nos establecen una mejoría estadísticamente significativa de las funciones cognitivas básicas (escala GEOPTe), pero no establece una mejoría estadísticamente significativa de los síntomas tanto negativos como positivos (escala PANSS).

En una revisión bibliografía sobre los beneficios de la arte terapia en la salud mental (28), se establecen grandes mejorías en este tipo de pacientes a nivel de crecimiento personal, es decir, a nivel emocional, cognitivo, social y físico, pero las mejorías de nuevo, no vuelven a ser claras cuando hablamos de los síntomas positivos y negativos de la enfermedad.

La bibliografía encontrada, permite hablar de las grandes ventajas de la arteterapia en este tipo de pacientes, a su vez, no permite establecerla como único punto de tratamiento pero como alternativa al tratamiento continuo de los antipsicóticos. Se establecen grandes ventajas, pero el uso de antipsicóticos a la hora de las recaídas y control de síntomas, seguiría siendo necesario (28).

4.3 Costes de la esquizofrenia

Como toda enfermedad, conlleva una pérdida económica. Se pueden considerar tres tipos diferentes de pérdidas:

1. Pérdidas directas: Gastos asociados al diagnóstico y tratamiento, incluyendo la hospitalización, el tratamiento, los servicios, etc.
2. Pérdidas indirectas: Pérdida de productividad y salario por enfermedad. También, se puede considerar en este apartado el deterioro de la calidad de vida.
3. Pérdidas intangibles: Sufrimiento del paciente y de los familiares.

En el análisis llevado a cabo en el Plan Estratégico 2014-2016 de CIBERSAM (Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental) se concluye que las enfermedades mentales en España suponen la segunda causa de baja laboral y el tercer grupo de enfermedades que genera más gasto al sistema sanitario público, suponiendo un coste económico de 7.019 millones de euros, de los cuales los costes médicos directos supusieron el 36.9%, los costes asociados a cuidados informales el 17.7% y los costes por baja laboral el 42.7% (29). También hay que destacar, nuevamente, el hecho de que este tipo de trastornos constituyen el cuarto motivo de requerimiento de cuidados proporcionados por familiares y personal no profesional (5).

Como se comenta anteriormente, la esquizofrenia, es una enfermedad que afecta a 21 millones de personas en todo el mundo, y 400.000 en España, siendo el coste estimado de 8.000 millones de euros, de manera anual, según estudios del centro de investigación biomédica en red de salud mental (30), estando a la altura de enfermedades como el Alzheimer y la Diabetes.

A todo esto, hay que sumarle el evidente coste intangible que tiene esta enfermedad comenzando los síntomas aproximadamente a los 21 años de edad en los hombres y 27 en las mujeres, comenzando en ese momento una cuenta atrás para estos pacientes. Pues a partir de ese momento, varios estudios realizados por McDaid (31), establecen una pérdida media de veinte años de edad en ese tipo de pacientes, siendo aún más importante la intervención integral con este tipo de pacientes.

La hospitalización seguida de los tratamientos, encarecen el coste de la patología. Siendo relativamente curioso, que pese a haber muchos más pacientes que no

requieran de hospitalización (86% según el estudio), en términos totales, son muchos más los costes que se observan en un paciente que si ha requerido hospitalización, suponiendo casi el 80% de los gastos la propia hospitalización (32).

En otro de los estudios encontrados (33), se comenta que pese a los pocos casos que representa la esquizofrenia dentro de las enfermedades mentales, en lo referente al porcentaje total del coste que ésta representa, se encuentra en el 15%. En la Tabla VI, se representan los gastos divididos de cada enfermedad (en millones de euro durante un año en Australia), y el porcentaje total de gastos que representan.

Tabla VI. Diferentes gastos en las enfermedades mentales más destacadas. (33)				
	Gastos hospitalarios	Gastos médicos	Gastos farmacéuticos	% total de gastos en enfermedades mentales
Demencia	158	16	3	23.6%
Depresión	321	203	98	21.3%
Esquizofrenia	395	37	12	15%
Uso descontrolado de sustancias	195	66	17	11.5%
Ansiedad	35	147	73	7.9%
Desórdenes mentales	24	76	65	5.8%
Psicosis	91	7	1	4.2%
Estrés	40	39	10	3.7%
Desordenes de la adolescencia	14	13	1	1.8%
Otros tipos de desordenes	88	27	4	5.1%

Otro de los grandes puntos a valorar en el coste de los tratamientos de la esquizofrenia (8), es la amplia diferencia de costes entre los antipsicóticos típicos y

atípicos, y pese a ser estos segundos ampliamente más usados, con frecuencia se usan los clásicos para los tratamientos, por su menor coste.

4.4. Importancia de la enfermería

Otro de los aspectos de gran importancia a tener en cuenta en el tratamiento de estos pacientes, es la baja adherencia al tratamiento antipsicótico (34), que dificulta en muchas ocasiones la calidad de los tratamientos o la obtención de resultados utilizables.

En este sentido, es importante resaltar la función clave de la enfermería para poder obtener una mayor adherencia al tratamiento, y poder contrarrestar el hecho de que solamente el 12% de los pacientes cumplan de forma rígida el tratamiento (35).

La familia también ha jugado y juega un papel importante en este apartado, pues gracias al apoyo de estos y su seguimiento de la enfermedad, existe una amplia disminución de recaídas y una mayor adherencia por parte de los pacientes (36).

Existen claras necesidades en la necesidad de un apoyo en lo referente a la adherencia terapéutica, y el papel a jugar por la enfermería (35, 36) es claro y evidente, y junto a la familia forman un binomio totalmente necesario para una mejoría del paciente (37), y poder evitar así recaídas y hospitalizaciones que podrían agravar de manera evidente el avance de la enfermedad.

Pues si algo queda claro, es la importancia de la adherencia para la mejoría de la enfermedad, pues según un estudio realizado en 2016 (38), solo un 28,5% de los paciente sufre mejorías en la enfermedad, gracias a su adherencia al tratamiento, pues los restantes, son pacientes que no realizaron una adherencia adecuada al tratamiento (70%) o sufrían un porcentaje muy bajo de integración comunitaria (2,5%). Dejando clara la importancia de la adherencia, si cabe más aun, y del papel que juega la enfermería, sobretodo comunitaria, en este papel de concienciación.

Y es que este trabajo que ha de realizar la enfermería, traspasa fronteras, pues como hemos podido leer, los avances de la tele-enfermería permiten realizar un trabajo de nuestra profesión lejos del ámbito ambulatorio, y como se puede observar

en diferentes estudios (39), este trabajo permite una mayor adherencia terapéutica en los pacientes esquizofrénicos, gracias sobre todo al trabajo continuo de los de los diferentes especialistas, permitiendo un *feed back* positivo con los pacientes, y así hacer frente a esta adherencia, permitiendo un mayor cumplimiento del tratamiento, y por tanto evitando re-hospitalizaciones y periodos agudos de la enfermedad.

Todo esto, puede observarse en el proyecto VOZ (40), un estudio a gran escala, dentro de los límites geográficos españoles, que pretende resaltar que “La mejora de los servicios en la atención a la salud mental pasa por una mayor participación de las personas con trastorno mental y sus familiares”. Reforzando la importancia del trabajo por parte de los diferentes profesionales sanitarios, en el ámbito de la calidad de vida de los pacientes, permitiendo que estos puedan adaptarse a un nivel de vida normal, mejorando: Las necesidades básicas y afectivas de los pacientes, aumentando su estado objetivo de salud, portando de una mayor libertad de decisiones a estos pacientes, mediante la realización de talleres y actividades como las que hemos ido mostrando anteriormente y sobretodo, potenciando el estigma social que existe con este tipo de enfermedades.

5 Conclusiones

- El uso de antipsicóticos atípicos en la esquizofrenia está a día de hoy justificado, en gran parte por su facilidad de uso y gran cantidad de efectos beneficiarios. No se ha encontrado bibliografía relevante que compare de manera clara el uso de antipsicóticos, pero si se han observado tratamientos integrales que tratan a la persona en forma individual.
- La gran importancia del tratamiento combinado en la esquizofrenia frente a su poco uso es algo realmente destacable. Se ha encontrado mucha bibliografía a favor del uso de estos tratamientos combinados para la mejoría en la esquizofrenia, pero no se ha podido constatar su uso real en la sociedad actual como un tratamiento más.
- La arteterapia es una alternativa realista al tratamiento farmacológico, gracias a que puede controlar el uso de fármacos sólo para el control de la enfermedad en las fases agudas, con lo que se podría evitar gran parte de los efectos secundarios de los antipsicóticos.
- El papel de enfermería es clave y crucial en la mejoría de esta patología, pues la adherencia terapéutica es una de las grandes 'luchas' que se observan con estos pacientes, y es ahí donde la enfermería puede jugar un papel importante.
- La esquizofrenia es una patología que conlleva un elevado gasto público, por lo que si se tratase la enfermedad de una manera adecuada e integral se podría economizar de forma clara e importante en los gastos hospitalarios y de atención primaria

6. BIBLIOGRAFIA

1. OMS. Centro de prensa. Esquizofrenia. 2016. Nota descriptiva N°397. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>
2. Bernardo M, Surgonà MG. Esquizofrenia y medicina de familia. Implicaciones en atención primaria. 2008; Jano extra de octubre de 2008. N° 1.714. Disponible en: http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1714/37/00370044_LR.pdf.
3. Sekar A, Bialas AR, de Rivera H, Davis A, Hammond TR, Kamitaki N *et al.* Schizophrenia risk from complex variation of complement component 4. *Nature*. 2016; 530(7589), 177-83.
4. Miyamoto, S, Wolfgang-Fleischhacker W. The Use of Long-Acting Injectable Antipsychotics in Schizophrenia. *Curr Treat Options Psychiatry*. 2017; 4(2), 117–26.
5. Navarro N. Esquizofrenia e intervención familiar en España: Una revisión de las intervenciones psicológicas de los últimos diez años. *Psy, Soc, & Educ*. 2013; 5(Nº2):139-50.
6. Buchanan RW, Javitt DC, Marder SR, Schooler NR, Gold JM, McMahon RP *et al.* *Am J Psychiatry*. 2007; 164:1593–1602.
7. Chisholm D, Gureje O, Saldivia S, Villalón C, Wickremasinghe R, Mendis N *et al.* Schizophrenia treatment in the developing world: an interregional and multinational cost-effectiveness analysis. *Bulletin of the World Health Organization* 2008; 86:542–551.
8. Ceruelo-Bermejo J, García-Rodicio S. Antipsicóticos típicos. Antipsicóticos atípicos. *FMC*. 2007; 14(10):637-47.
9. Cohen C, Natarajan N, Araujo M, Solanki D. The prevalence of negative symptoms and associated factors in older adults with schizophrenia spectrum disorder. *Asociación Americana de Psiquiatría Geriátrica*. 2013; 7; 100 -107.

10. Salgado P. ¿Qué ocurre durante un brote psicótico? People Who Global [Internet]. 2014. Disponible en: <https://www.personasque.es/esquizofrenia/salud/diagnostico/brote-psicotico-1974>
11. Rivera AJA. Antipsicóticos atípicos: Efectos adversos, supervivencia neuronal y neurogenesis. Rev Med Cos Cen. 2015; 72 (615); 339-345
12. Valentí M, Benabarre A, García Amador M, Amann B, Vieta E. La terapia electroconvulsiva en el tratamiento de la depresión bipolar. Actas Españolas de Psiquiatría. 2007; 35:199-207.
13. González Pardo H. Efectividad de los modernos fármacos antipsicóticos en el tratamiento de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos: ¿avance terapéutico o más de lo mismo? Papeles del Psicólogo. 2007; 28:111-116.
14. Kasper S, Lanzenberger R, Aigner M, Fugger G, Dold M. Dose escalation of antipsychotic drugs in schizophrenia: a meta-analysis of randomized controlled trials. Schizophr Res. 2015; 166; 187-193.
15. Chao A. Características farmacológicas relevantes de los antipsicóticos. Rev Electron Biomed. [Internet]. 2016; 1. Disponible en: <http://biomed.uninet.edu/2016/n1/chao.html>
16. Bohorquez A, Gómez Restrepo C, García Valencia J, Jaramillo Gonzalez L, De la Hoz A, Arenas A *et al*. El tratamiento antipsicótico de paciente adulto en la fase aguda de la esquizofrenia. Revista colombiana de psiquiatría. 2014, 44; 90-100
16. Alonso Y, Andrés R, Del Teso F. Efectos adversos de los antipsicóticos y Calidad de Vida. Actas Españolas de Psiquiatría. 2005; 33; 1-6
15. Valverde A M. Un dilema bioético a propósito de los antipsicóticos. Revista de bioética y derecho. 2010; 20; 4-9.

16. Chadwick, P. Terapia cognitiva basada en la persona para la psicosis perturbadora; Ed Fundación para la investigación y tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis, Madrid. 2009; 77-89
17. Pol Yanguas E. Antipsicóticos para la esquizofrenia: paradigma de los medicamentos psiquiátricos. Salud Colectiva. 2015; 11(1):115-128
18. Soto-Pérez F, Franco-Martín, M. PsicoED: una alternativa online y comunitaria para la psicoeducación en esquizofrenia. Psicoperspectivas, 2014; 13(3):118-129. Disponible en: <http://www.psicoperspectivas.cl>
19. RTVE. La plasticidad del cerebro. [Video de internet]. 2014 [54:53m] Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=IkL4efRqGXQ>
20. Arlette Doussoulin-Sanhueza M. Como se fundamenta la neurorehabilitación desde el punto de vista de la neuroplasticidad. Medigraphic. 2011; 16 (4); 216-222.
21. Ferreres V, Pena Garijo J, Ballester M, Edo S, Sanjurjo I, Ysern L. Psychotherapy, pharmacotherapy or combined treatment? Influence of different clinical variables in the election of treatment. Asociación de neuropsiquiatría. 2012; 32(114):2340-2733.
22. Jane-Llopis E. The efficacy of mental health promotion and mental disorder prevention interventions. Revista española de neuropsiquiatría. 2004;(89):2340-2733.
23. Valencia Collados M, Ortega Soto H, Gascón García M, Gómez Caudillo L. Evaluación de la combinación de los tratamientos psicosocial y farmacológico en pacientes con esquizofrenia. Actas Españolas de Psiquiatría. 2002; 30(6); 358-369.
24. Roder V, Kienzle N, Fuentes I, Brenner H. Terapia psicológica integrada para la esquizofrenia. Rehabilitación psicosocial. 2007. 15; 69-70.

25. Gutierrez-Ciceri C, Ocampo Saldariaga M, Gómez Franco J. Terapia cognitivo-conductual en esquizofrenia. *Revista colombiana de psiquiatría*. 2008; 37:164–173
26. Montaña L, Mayorga N, Nieto T. Esquizofrenia y tratamientos psicológicos: Una revisión teórica. *Vanguardia Psicológica*. 2013; 4 (1); 86-107
27. Ceballo-Bello Y, De Vasconcelos de Freitas J, Ferreira Correia A. Efectos de un programa de arteterapia sobre la sintomatología clínica de pacientes con esquizofrenia. *Universidad central de Venezuela*. 2012; 7:207-222.
28. Bassols M. Arteterapia, un acompañamiento en la creación y la transformación. *Biblioteca Complutense*. 2006;1; 19-25.
29. Moreno, J.O., López Bastida, J., Montejo-González, A.L., Osuna-Guerrero, R., y Duque-González, B. (2009); The socioeconomic costs of mental illness in Spain; *European Journal of Health Economics*, 10 (4), 361-369
30. Sanjuán-Martín F. El coste estimado de la esquizofrenia en España es de 8.000 millones de euros. *europapress*. [Internet] 2016; Disponible en: <http://www.europapress.es/otr-press/tribunas/noticia-coste-estimado-esquizofrenia-espana-8000-millones-euros-20161021141750.html>
31. ABC sección salud Las personas con esquizofrenia viven 20 años menos que la población general. [Internet]. 2015; Disponible en: <http://www.abc.es/salud/noticias/20150428/abci-esquizofrenia-pacientes-estigma-201504281301.html>
32. Zeidler J, Slawik L, Fleischmann J, Greiner W. The costs of schizophrenia and predictors of hospitalisation from the statutory health insurance perspective. *Health Economics Review*. 2012, 2; 2-9
33. J.Smark C. Schizophrenia – The Costs. *University of Wollongong*. 2006; 6; 2-6.

34. Bernardo M, Cañas F, Herrera B, García Dorado M. La adherencia predice la remisión sintomática y psicosocial en esquizofrenia: estudio naturalístico de la integración de los pacientes en la comunidad. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2017; 10:149-159.
35. Gonzalez J, Cuixart I, Manteca H, Carbonell M, Armengolli J, Azcon M. La baja adherencia al tratamiento antipsicótico: actuación de enfermería. *Enfermería Global*. 2017; 4(2):1-9.
36. Pharoa F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database*. 2010; 10; 254-264
37. García I, Granada J, Leal M, Sales R, Lluch M, Fornés J et al. Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consenso de enfermería en salud mental. *Actas españolas de psiquiatría*. 2010;(1):1 - 45.
38. Bernardo M, et al. La adherencia predice la remisión sintomática y psicosocial en esquizofrenia: estudio naturalístico de la integración de los pacientes en la comunidad. *Revista Psiquiatría Salud Mental*. 2016.10(3); 149-159
39. Uslu E, Buldukuglu K. A Systematic Review of Tele-Nursing Practices on Schizophrenia Patient Care. *Turkish Journal of Psychiatry*. 2015. 27(1); 47-56.
40. Arango C, Bolaños L, Cabrero A, Cid J, Crespo B, González I, González A, Lahera G, Mariner C, Vieta E. Proyecto VOZ; Necesidades de las personas con esquizofrenia/psicosis y sus cuidadores: Resultados finales de la encuesta a gran escala; Confederación salud mental España, 2016; 1-24

7. ANEXOS

Anexo I.

Tabla III. Efectos secundarios farmacológicos.			
Efecto secundario	Síntomas	Medicamento responsable	Tratamiento
Parkinsonismo	Rigidez, Temblores, Acinesia y Bradicinesia	Antipiscótico Típico y anti colinérgicos	Reducción de la dosis de antipsicótico.
Distonía aguda	Contracciones, espasmos musculares involuntarios (torsión de cara, cuello, antihistamínicos laríngeos, ojos, torso)	Antipsicótico típico (de potencia elevada)	Anticolinérgicos (biperideno),
Acatisia	Agitación somática, imposibilidad de mantener quietas las piernas y de estar quieto de pie o sentado	imposibilidad de Antipsicóticos típicos	Bloqueantes b de acción central (propranolol) y benzodiazepina (loracepam y clonacepam)
Discinesia tardía	Movimientos involuntarios anómalos e hiperkinéticos.	Antipsicóticos típicos y atípicos.	Vitamina E, benzodiazepinas, anticolinérgicos, bloqueantes de los canales de calcio, agonistas del GABA, ácidos grasos esenciales, estrógeno e insulina.
Sedación	Somnolencia diurna	Antipsicóticos típicos y atípicos	Cafeína, Reducción de la dosis diaria, cambio de fármaco.
Síndrome neuroléptico maligno	Rigidez, hipertermia, inestabilidad autónoma, elevada concentración sérica de la creatinina	Fármacos típicos y atípicos, agonistas dopaminérgicos, benzodiazepinas	Interrupción del antipsicótico, tratamiento de rehidratación y antipiréticos.
Efectos cardiovasculares	Hipotensión ortostática, taquicardia y prolongación de intervalo QTc.	Antipsicóticos típicos, atípicos, bloqueantes B de acción periférica	Reducir la dosis o cambiar de fármaco
Aumento de peso		Antipsicóticos típicos y atípicos, dieta y ejercicio.	Cambio de fármaco
Efectos sobre la función sexual	Elevación de la prolactina en las mujeres, reducción de la libido y de la función sexual	Antipsicóticos típicos y atípicos	Reducción de la dosis de antipsicóticos. Cambio por un fármaco con menos efectos sobre la prolactina.

Anexo II.

Tabla IV. Antipsicóticos utilizados.

Primera generación o típicos:

Clorpromacina (Largactil®)

Haloperidol (H. Prodes®, H. Esteve®)

Levomepromacina (Sinogan®)

Decanoato de flufenacina (Modecate®)

Tioridacina (Meleril®)

Trifluoperacina (Eskazine®)

Segunda generación o atípicos:

Clozapina (Leponex®)

Olanzapina (Zyprexa®)

Quetiapina (Seroquel®)

Risperidona (Risperdal®)

Ziprasidona (Zeldox®)

Amisulpride (Solián®)

Aripiprazol (Abilify®)