

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ESTUDIO DEL MANEJO INTEGRAL DE LA ESQUIZOFRENIA
EN COSTA RICA

Tesis sometida a la consideración de la Comisión del
Programa de Estudios de Posgrado en Psiquiatría para optar al
grado y título de Especialista en Psiquiatría

SUSTENTANTES:

DR. KENNETH CHENG CHEN
DRA. KARLA MONTERO LEIVA

TUTOR:

DR. ERIC HIRSCH RODRÍGUEZ

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2019

Dedicatoria

Dedico este trabajo a mis padres, así como a mi esposo Carlos y a mis hermanos Fernando y David, a quienes agradezco por el apoyo durante tantos años de estudio. Sus palabras de aliento estuvieron siempre presentes y fueron claves en la culminación de este proyecto.

Karla Montero Leiva

Dedico este proyecto a mi hermano y a mi padre por su constancia en esta etapa de mi formación.

Kenneth Cheng Chen

Agradecimientos

Al Dr. Eric Hirsch por aceptar ser el tutor, compartir sus conocimientos y recomendaciones a lo largo de todas las fases de este proyecto. Sin su colaboración no habría sido posible culminar el presente trabajo.

A la Dra. Karla González y Dra. Patricia Hernández por su colaboración en este trabajo.

A la Dra. Iriana Montealegre, Dra. Carla Subirós y Dra. Melissa Molina por todas las recomendaciones bibliográficas e información brindada a partir de su experiencia.

También agradecer a todos los mencionados anteriormente por sus enseñanzas a lo largo de la residencia ya que colaboraron a formarnos como psiquiatras.

Por último, a la Lic. Ana Camacho por la revisión filológica del texto.



Programa de Posgrado en Especialidades Médicas

Posgrado de Psiquiatría

APROBACION

TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN

La dirección del Comité de Posgrado en Psiquiatría, y este tribunal, hacen constar que el Trabajo final de Graduación: “**Estudio del manejo integral de la Esquizofrenia en Costa Rica**”, elaborado por el Dr. Kenneth Cheng Chen y la Dra. Karla Montero Leiva fue sometido a revisión por el tribunal examinador y es aprobado, cumpliendo de esta forma con lo estipulado por la Universidad de Costa Rica y el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social para optar por el título de Especialista en Psiquiatría.

Dr. Walter Sanabria Quirós
Coordinadora Nacional
Comité Director Posgrado de Psiquiatría
Médico Especialista Psiquiatría

Dr. Eric Hirsch Rodríguez
Tutor de Tesis
Médico Especialista Psiquiatría

Dra. Patricia Hernández Cubillo
Lectora de Tesis
Médico Especialista Psiquiatría

Dra. Karla González Rodríguez
Lectora de Tesis
Médico Especialista Psiquiatría

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	vi
LISTA DE ABREVIATURAS	vii
1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO	5
2.1 Recomendaciones farmacológicas en el abordaje de la esquizofrenia	5
2.1.1 Primer episodio psicótico	5
2.1.2 Exacerbación Aguda.....	8
2.1.3 Prevención de recaídas y tratamiento de mantenimiento	8
2.1.4 Esquizofrenia resistente al tratamiento.....	10
2.1.5 Esquizofrenia resistente a clozapina.....	10
2.1.6 Síntomas específicos	12
2.1.7 Cese de la medicación	18
2.1.8 Efectividad de cada antipsicótico	18
2.1.9 Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS)	24
2.2 Terapia Electroconvulsiva	24
2.2.1 Mecanismos de acción de la Terapia Electroconvulsiva	25
2.2.2 Recomendaciones internacionales para el uso de TEC	30
2.3. Psicoterapia en fases aguda y de mantenimiento	32
2.3.1 Efectividad de cada modelo psicoterapéutico	35
2.3.2 Modelos de psicoterapia.....	37
2.4. Abordaje y rehabilitación psicosocial en la comunidad	44
2.4.1 Reforma psiquiátrica: inicios del manejo comunitario en Europa y Estados Unidos	45
2.4.2 Modelos Latinoamericanos para el manejo de enfermedad mental severa	51
3. DELIMITACIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	62
3.1 Justificación	62
3.2 Delimitación y formulación del problema de investigación	63
3.3 Objetivo general	63
3.4 Objetivos específicos	63
4. DISEÑO METODOLÓGICO: MATERIALES Y MÉTODOS	65
5. ANÁLISIS Y RESULTADOS	67
5.1 Manejo de la esquizofrenia dentro del sistema de seguridad social de Costa Rica	67
5.1.1 Catálogo farmacológico.....	69
5.1.2 Terapia electroconvulsiva.....	71
5.1.3 Psicoterapia.....	72
5.1.4 Manejo comunitario.....	72
5.1.5 Otras herramientas disponibles en Costa Rica	76
6. CONCLUSIONES	77
7. REFERENCIAS	83

RESUMEN

La esquizofrenia es un síndrome complejo en el cual las personas presentan síntomas psicóticos diversos. Su curso tiende a ser crónico a pesar de la remisión de algunos de estos. Durante los últimos años se ha recabado extensa evidencia acerca de la necesidad de que dicha patología sea abordada desde una visión biológica, psicológica y social para alcanzar la rehabilitación integral de los pacientes y mejorar su funcionamiento y calidad de vida.

Existe un gran número de abordajes y programas de manejo, algunos ya aplicados en poblaciones Latinoamericanas con éxito. Se requiere continuar el estudio y ejecución de estas medidas con la finalidad de disminuir la morbimortalidad de los usuarios, lo cual tiene un impacto no solamente en ellos, si no en sus familias, los servicios de salud y la sociedad en general.

Palabras clave: *esquizofrenia, antipsicóticos, terapia electroconvulsiva, psicoterapia, terapia cognitiva conductual, comunitaria.*

LISTA DE ABREVIATURAS

AASM	American Academy of Sleep Medicine
ACT	<i>Acceptance and Commitment Therapy</i>
APA	American Psychiatry Association
APS	Atención Primaria en Salud
ARMS	<i>At Risk Mental State</i>
AUSDI	Asociación de Usuarios del Servicio del Hospital Nacional Psiquiátrico
BAP	British Association of Psychopharmacology
BDNF	<i>Brain derived neurotrophic factor</i> / Factor Neurotrófico Derivado del Cerebro
BINASS	Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social
CAE	Centros Adosados de Especialidades
CALPAS	<i>California Therapeutic Alliance Scales</i>
CAPS	Centros de Atención Psicosocial
CATIE	National Institute of Mental Health-initiated Clinical Antipsychotic Trial of Intervention Effectiveness
CBT	<i>Cognitive Behavioral Therapy</i> / Terapia Cognitivo Conductual
CBTp	<i>Cognitive Behavioral Therapy for Psychosis</i> / Terapia Cognitivo Conductual para psicosis
CCSS	Caja Costarricense del Seguro Social
CDT	Centros de Diagnóstico y Tratamiento
CID	Centro de Abordaje Integral para las Personas Adultas Mayores con Demencia

CIE-10	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, 10ma edición
CMHT	Community Mental Health Team / Equipos Comunitarios de Salud Mental
CGI	<i>Clinical Global Impression</i>
CGI-I	<i>Clinical Global Impression-Improvement</i>
COSAM	Centros Comunitarios de Salud Mental
CPA	Canadian Psychiatric Association
CRS	Centros de Referencia de Salud o Servicios de Psiquiatría
CSM	Centros de Salud Mental
CUtLASS	<i>Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drug in Schizophrenia Study</i>
DSM V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5 th edition
DST	<i>Dexamethasone Suppression Test</i> / Prueba de Supresión con Dexametasona
DT	<i>Dialogue Therapy</i> / Terapia de Diálogo
fMRI	Functional Magnetic Resonance Imaging
GAF	<i>Global Assessment of Functioning Scale</i>
GAM	Gran Área Metropolitana
HNP-MACT	Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres
HP-RCH	Hospital Psiquiátrico Roberto Chacón Paut
IAFA	Instituto Nacional de Farmacodependencia
LCR	Líquido Cefalorraquídeo
IDH	Índice de Desarrollo Humano
MAS	<i>Metacognition Assessment Scale</i>

MERIT	<i>Metacognitive Reflection and Insight Therapy</i>
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
NCCMH	National Collaborating Centre for Mental Health
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NPY	Neuropéptido Y
OMS	Organización Mundial de la Salud
PANI	Patronato Nacional de la Infancia
PANSS	<i>Positive and Negative Symptoms of Schizophrenia</i>
PCC	Programas de Continuidad de Cuidados
PET	<i>Positron Emission Tomography</i>
PRAIS	Programa de Reparación y Atención Integral de Salud
PSR	<i>Psychotherapy Status Report</i>
QLS	<i>Quality of Life Scale</i>
RANZCP	The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists
RAPS	Red de Atención Psicosocial
RASs	Redes de Atención en Salud
RBC	Rehabilitación con Base Comunitaria
RIS	Redes Integradas de Servicios de Salud
SIBDI	Sistema de Bibliotecas, Documentación e Información
SNPs	<i>Single Nucleotide Polymorphisms</i>
SPECT	<i>Single-photon Emission Computed Tomography</i>
SSM	Servicios de Salud Mental
SST	<i>Social Skill Training</i> / Entrenamiento en Habilidades Sociales
TEC	Terapia Electroconvulsiva

UCR Universidad de Costa Rica
UNA Universidad Nacional de Costa Rica
WFSBP World Federation of Societies of Biological Psychiatry

1. INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es un síndrome complejo y heterogéneo caracterizado por la presencia de síntomas diversos desde el punto de vista cognitivo y conductual. Suele manifestarse como un trastorno mental severo con consecuencias importantes para el individuo (cerca del 20% presentan síntomas crónicos y algún tipo de discapacidad) y finalmente para la sociedad (más del 80% no logran trabajar y fallecen cerca de 10 a 20 años antes que el resto de la población) (1–4).

El cuadro típico suele caracterizarse por la presencia de síntomas nucleares: *positivos* que pueden atenuarse con el tiempo (delirios y alucinaciones), *negativos* que suelen volverse crónicos y se asocian a un desempeño social pobre (entre ellos aislamiento social, anhedonia, apatía, aplanamiento afectivo) y *cognitivos* (como alteraciones en la atención, fluidez, aprendizaje verbal y memoria) (1,4–6).

Su origen responde a una compleja interacción entre genética y factores ambientales. Inicialmente se consideró que su fisiopatología se explicaba solamente por la teoría de la disfunción en la neurotransmisión dopaminérgica de algunos circuitos cerebrales; sin embargo, en la actualidad se ha observado que están involucradas diversas áreas y circuitos no influenciadas exclusivamente por dopamina (1,2,4).

Desde el punto de vista genético, se ha encontrado que la esquizofrenia es altamente *poligénica* con más de cien nucleótidos únicos polimorfos o SNP (por sus siglas en inglés; *Single Nucleotide Polymorphisms*) identificados que se asocian con el

aumento del riesgo de aparición de la enfermedad y *pleiotrópica*, es decir, con genes o alelos alterados que afectan a muchos rasgos fenotípicos que parecieran no haber estado relacionados inicialmente con el cuadro clínico. También se han descrito mutaciones en genes que codifican ciertas proteínas sinápticas como canales iónicos y componentes de membranas plasmáticas que podrían estar relacionados con la génesis del trastorno (1,4).

Igualmente se ha planteado que alteraciones en el neurodesarrollo y factores ambientales consiguen favorecer la aparición de la esquizofrenia en algunos pacientes. Se ha observado que las infecciones maternas por *citomegalovirus* y *toxoplasma gondii*, deficiencias nutricionales durante el embarazo así como el retraso en el crecimiento intrauterino están asociadas a una mayor probabilidad de sufrir este padecimiento (1,4,7). Además, las adversidades durante la niñez, la crianza en ciudades, el uso de compuestos con alto contenido de tetrahidrocannabinol durante la adolescencia, traumas craneoencefálicos, epilepsia y enfermedades autoinmunes, se han asociado con mayor riesgo de presentar cuadros de psicosis (1,4).

Si bien no hay biomarcadores distintivos para realizar el diagnóstico, sí se ha observado en neuroimágenes que durante la evolución de la patología, ocurre una disminución del volumen de la sustancia gris, sobre todo a nivel temporal y prefrontal con alteraciones en sustancia blanca. Al mismo tiempo, hay disfunción no solamente dopaminérgica, sino a nivel de otras neuronas como las glutamérgicas a nivel cortical e hipocampal que sufren altos niveles de estrés oxidativo y por ende alteraciones en su mielinización (1,2,7). Varios estudios han permitido observar que activaciones en la microglía se relacionan con dicho proceso de desmielinización y disfunción neural. Existe todo un componente inflamatorio mediado por citoquinas y prostaglandinas y

un aumento de estrés oxidativo aberrante que produce cambios en la neurotransmisión (2,7).

Los primeros episodios psicóticos suelen presentarse en la adolescencia o adultez temprana y con frecuencia son precedidos por una fase prodrómica, hoy también llamada “*at risk mental state*” (ARMS) o estado mental en riesgo de desarrollar psicosis. También se ha descrito un funcionamiento premórbido en muchos pacientes a nivel social y cognitivo, que se puede manifestar incluso años antes del primer episodio psicótico formal. En ocasiones, el cuadro inicia en individuos con funcionamientos socialmente adecuados (1).

El diagnóstico se realiza con base en los criterios del DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition*) o en los del CIE-10 (Clasificación internacional de enfermedades mentales, 10ma edición). No existe hasta ahora algún biomarcador o prueba de gabinete, imagen o laboratorio que confirme el diagnóstico, el mismo debe hacerse con una historia longitudinal y el estudio del cuadro clínico actual (1,4).

La esquizofrenia, siendo por sí misma un trastorno mental de compleja comprensión y manejo, suele venir acompañada por comorbilidades como trastornos por consumo de sustancias y episodios depresivos (1,5). Por lo demás, el uso de tratamientos antipsicóticos frecuentemente viene acompañado de efectos adversos motores (conocidos como extrapiramidales, tales como rigidez y temblor) y metabólicos (como dislipidemia e intolerancia a los carbohidratos) (1,4).

A partir de todo lo anterior, el tratamiento del trastorno es complejo y amerita un abordaje biológico, psicológico y social. Los costos del manejo de estos cuadros son

elevados en todos los países, por lo cual se requiere que los planes de trabajo sean efectivos desde que se plantean (1,3,5).

Precisamente, debido a que la mayor parte de los cuadros son crónicos y con alto riesgo de discapacidad y morbimortalidad, durante años se ha acumulado amplia evidencia de intervenciones integrales y recomendaciones de manejo para que los pacientes mejoren su calidad de vida. Las mismas van dirigidas al paciente, a su familia y a la comunidad (3,5).

Es relevante revisar la calidad y eficacia del manejo crónico en Costa Rica, principalmente a nivel de aquellos usuarios atendidos dentro del sistema de la seguridad social debido al creciente número de personas diagnosticadas y que ameritan tratamiento durante gran parte de su vida.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Recomendaciones farmacológicas en el abordaje de la esquizofrenia

Con el fin de obtener una perspectiva global sobre los distintos manejos farmacológicos disponibles, así como las recomendaciones acerca de la elección del tipo de fármaco, dosificación, duración del tratamiento, entre otros; se realizará una revisión de las guías internacionales con mayor peso en el ámbito de la psiquiatría.

2.1.1 Primer episodio psicótico

Un primer episodio psicótico se define como la permanencia de síntomas positivos por una semana o más que se mantienen por encima del umbral de psicosis para delirios o alucinaciones en particular (8).

Para pacientes que debutan con sintomatología psicótica existe una fuerte recomendación para el inicio de medicación antipsicótica. En cuanto al inicio agudo de antipsicóticos en etapas tempranas de esquizofrenia, las guías de farmacoterapia para la esquizofrenia (2017) de la *Canadian Psychiatric Association* (CPA) indican que aún no existen suficientes estudios sólidos para determinar el pronóstico y evolución de la enfermedad (9). En cambio, las guías de manejo para esquizofrenia de la *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrist* (RANZCP) publicadas en el 2016 si destacan la importancia de iniciar antipsicóticos lo más pronto posible para preservar y restaurar la funcionalidad del paciente, con el objetivo de disminuir la discapacidad asociada a las enfermedades psiquiátricas (8).

La eficacia de los antipsicóticos se ha establecido a través de estudios que analizan las tasas de recaída en comparación con la interrupción farmacológica después del tratamiento para un primer episodio (8–10).

Elección de antipsicótico:

En la mayoría de las guías se recomienda que la elección del tratamiento debe realizarse en conjunto con el paciente y los cuidadores, a quienes se les explica los beneficios y efectos secundarios de cada alternativa (8–10).

Las guías de manejo para pacientes esquizofrénicos de la CPA (2017) y de la *American Psychiatric Association* (APA) del 2010 sostienen que, en términos generales, los antipsicóticos de primera y segunda generación no han demostrado mayor diferencia en cuanto a efectividad o frecuencia de recaídas, pero sí notables diferencias en cuanto a efectos secundarios. Estudios más recientes han reportado que los antipsicóticos de segunda generación son superiores en términos de recaídas (9,10).

Por otro lado, las guías de manejo para esquizofrenia de la RANZCP (2016) y APA (2010) recomiendan el uso de antipsicóticos de segunda generación debido a su mejor tolerabilidad, menos efectos extrapiramidales y mayor efectividad en el manejo de los síntomas negativos y neurocognitivos, lo que contribuye a una menor tasa de recaídas (8,10).

Tratamiento antipsicótico agudo:

Al iniciar el tratamiento antipsicótico en un primer episodio psicótico, se mantendrá al menos por 2 semanas a menos que se documente intolerancia.

La evaluación de la dosis y respuesta se monitorizará desde fases tempranas, y en los casos de una pobre respuesta, es aconsejable primero detectar la presencia de consumo de sustancias o una mala adherencia previo a establecer una falla terapéutica (9).

Si efectivamente no hubo respuesta al tratamiento con dosis óptimas después de 4 semanas, se recomienda considerar cambio de fármaco (8,10). Y en los casos de respuesta parcial, debe reevaluarse después de 8 semanas.

La evidencia indica que un ensayo adecuado debe durar entre 4 y 6 semanas, sin olvidar que el tratamiento debe ser individualizado y ajustarse con base en la tolerabilidad y respuesta de cada individuo (9,10).

Dosis y duración del tratamiento antipsicótico:

El objetivo es utilizar la menor dosis efectiva y ajustar según la eficacia y tolerabilidad, y se debe tomar en cuenta que la población joven es más sensible a los efectos adversos (8,9). Un abordaje adecuado involucra una fase inicial de ajuste de la dosis por varias semanas, seguido de un periodo de aproximadamente 6 semanas con dosis terapéuticas apropiadas. A diferencia de lo que se pensaba anteriormente, gran parte del efecto antipsicótico se evidencia en las primeras semanas.

Continuación del tratamiento antipsicótico:

Posterior a la resolución de los síntomas positivos de un primer episodio psicótico, se recomienda mantener el tratamiento por al menos 18 meses según las guías CPA (2017) y por 6 meses en las guías de la APA de 2010 (9,10). Sin embargo, no se cuenta con marcadores biológicos o clínicos que apoyen lo establecido previamente,

pero la evidencia actual si demuestra altas tasas de recaídas cuando se discontinúa el fármaco.

2.1.2 Exacerbación Aguda

Después de incrementar o cambiar la medicación antipsicótica en respuesta a una exacerbación aguda, el esquema debe continuarse por al menos 4 semanas, excepto en los casos de intolerancia. En casos de una respuesta parcial posterior a las 4 semanas, deberá reevaluarse la respuesta clínica después de 8 semanas (9).

2.1.3 Prevención de recaídas y tratamiento de mantenimiento

Para lograr obtener mejor adherencia y por ende, menos recaídas, es importante tomar en cuenta (8):

- Las preferencias del paciente al explicarle sobre los beneficios y riesgos de cada fármaco.
- Respuesta a otros fármacos que se hayan utilizado anteriormente.
- Eficacia en un ensayo clínico realizado adecuadamente.
- Tolerabilidad.
- Potenciales efectos adversos a largo plazo.

Dosis de antipsicóticos:

Al resolver el episodio agudo, se debe ofrecer tratamiento de mantenimiento con antipsicóticos a dosis bajas o moderadas de alrededor 300mg a 400mg de equivalencia de clorpromazina o 4mg a 6mg de risperidona u otros equivalentes en dosis diarias.

No se ha demostrado que dosis superiores a 375mg de clorpromazina o sus equivalentes otorguen ventajas. Desde entonces la práctica médica se ha modificado; se busca utilizar dosificaciones más bajas de forma aguda y una titulación menos agresiva. Como resultado, el esquema pautado se aproxima a lo que podría constituir la dosis de mantenimiento (8,9).

Duración del tratamiento:

Tras obtener la resolución de los síntomas agudos, se debe brindar antipsicóticos de mantenimiento de 2, y preferiblemente 5 años o más (8–10).

Estudios han confirmado los beneficios del tratamiento antipsicótico en la prevención de recaídas, lo que también se asocia con menos ingresos hospitalarios y muestra una evidencia un poco más limitada de una mejoría en la calidad de vida. Empero, la estabilidad clínica por varios años no confiere inmunidad ante recaídas.

Vía de administración de antipsicótico:

Se debe brindar a los pacientes la opción sobre la vía de administración de antipsicótico oral o de depósito de acuerdo con sus preferencias.

Algunos estudios refieren mejor control de síntomas, menor tasa de recaídas y de ingresos hospitalarios con los antipsicóticos de depósito, mientras que otras investigaciones han cuestionado estos beneficios (9).

Se debe considerar la alternativa de depósito en las siguientes circunstancias (8):

- La preferencia del paciente.
- Antecedentes de poca adherencia al fármaco.
- En casos de pobre respuesta al tratamiento oral.

2.1.4 Esquizofrenia resistente al tratamiento

La definición de esquizofrenia resistente a la medicación varía según la literatura revisada, especialmente con respecto al porcentaje de mejoría sugerida en un esquema de antipsicótico sin clozapina. Una de las definiciones que con más frecuencia se utiliza es la disminución del 20% en la escala de síntomas positivos y negativos (PANNS) después de dos o más ensayos adecuados con antipsicóticos, entre los cuales se excluye la clozapina (9).

Otras guías la definen como ensayos secuenciados de al menos 6 semanas con una dosis equivalente de clorpromazina de 300mg a 1000mg de 2 antipsicóticos, de los cuales al menos uno de ellos debe ser un antipsicótico de segunda generación (8).

Clozapina

La evidencia actualmente solo recomienda ofrecer clozapina en los casos de esquizofrenia resistente al tratamiento y debe otorgarse en un plazo de 6 a 12 meses (8,9). Además, se debe iniciar lo más pronto posible para favorecer la evolución clínica. Los máximos beneficios de la clozapina pueden llegar a observarse después de 12 meses (8).

Otras estrategias que incluyen utilizar cantidades más altas, reemplazo de fármacos o la combinación de antipsicóticos no poseen una estudios consistente que apoye su uso (8,9).

2.1.5 Esquizofrenia resistente a clozapina

Antes de definir una esquizofrenia resistente a clozapina, es importante concretar un ensayo de medicación antipsicótica adecuada (9):

- Para los medicamentos antipsicóticos orales, debe administrarse al menos 6 semanas de tratamiento en rango medio o mayor de la dosis terapéutica autorizada.
- Para los medicamentos antipsicóticos inyectables de acción prolongada, suministrarse al menos 6 semanas de tratamiento después de alcanzar la estabilidad.
- Para clozapina, medicar al menos con 8, pero preferiblemente durante 12 semanas a 400 mg al día.
- Revisar la adherencia al utilizar enfoques como el conteo de píldoras o las revisiones de los cuadros de dispensación y si es posible, niveles plasmáticos de antipsicóticos en al menos una ocasión.
- La esquizofrenia refractaria al tratamiento antipsicótico se define por la persistencia de 2 o más síntomas positivos con al menos un nivel moderado de gravedad, o un solo síntoma positivo con gravedad severa o mayor, después de 2 o más ensayos adecuados con diferentes fármacos antipsicóticos.
- Después de una prueba adecuado con clozapina, si los criterios anteriores continúan presentes, se debe agregar el especificador de esquizofrenia resistente a la clozapina.

Otras opciones de tratamiento:

Existen varias posturas en los casos resistentes a clozapina. Las guías canadienses de esquizofrenia (2017) establecen que en este momento no existe ninguna indicación lo suficientemente fuerte para optar por otras alternativas distintas de la clozapina.

Incluso aumentar la dosis de clozapina tampoco ha demostrado ser de utilidad. Otras estrategias que incluyen añadir terapia electroconvulsiva u otro antipsicótico han ganado atención últimamente, pero no hay suficientes estudios para recomendarlo (8,9).

En cambio, las guías de manejo para la esquizofrenia de la *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrist* (2016), proponen las siguientes estrategias en determinados casos:

- Respuesta parcial en monoterapia con clozapina: aumentar la dosis de clozapina.
- Respuesta ineficaz de clozapina: continuar con clozapina y agregar otro fármaco o TEC. Así como cambiar a otro fármaco por completo.
- Recaídas con clozapina: reinstaurar el esquema previo más tolerado y eficaz, y agregar otra medicación (8).

2.1.6 Síntomas específicos

Agresión, agitación y hostilidad:

Los términos de agresión, violencia, agitación, hostilidad, entre otros, no han sido definiciones aceptadas universalmente. No obstante, la literatura existente llega a un consenso para este tipo de conductas (11):

- Impulsividad: conducta caracterizada por presentar disminuida la capacidad de contener acciones ante estímulos.
- Agitación: estado de exaltación emocional o inquietud motora asociada con una actividad sin propósito.

- Agresión: violencia física hacia personas, objetos o amenazas verbales e intimidación.
- Violencia: agresión física evidenciada con potencial daño a personas u objetos.

Según la literatura disponible el predictor más significativo de riesgo de violencia es la comorbilidad de enfermedades mentales graves y el abuso de sustancias, mientras que otras lo endorsan a los trastornos de personalidad (11–13). Otros factores como las interacciones que surgen entre los pacientes y el personal cuando se implica el cumplimiento de las normas, negación de solicitudes e ingresos involuntarios.

A nivel epidemiológico, se describe un riesgo moderado de episodios violentos en pacientes con síntomas positivos, sin embargo, la calidad de la evidencia es baja cuando sugiere que los delirios de persecución y las alucinaciones de comando aumenten el riesgo de heteroagresividad (11).

Incluso, en un estudio publicado por el “*Journal of Personality Disorders*” (2019) reveló que los pacientes trastorno de personalidad como diagnóstico primario mostraron comportamientos más agresivos que aquellos con diagnóstico primario de esquizofrenia (11,12).

El abordaje debe basarse en la preferencia del paciente, en respuestas previas a un fármaco en específico, efectos adversos y su historial médico en general. Para pacientes con síntomas refractarios acompañados de agresión y/u hostilidad, se recomienda una prueba terapéutica con clozapina.

Por el momento no existen estudios que comparen la efectividad entre cada antipsicótico, por lo que no hay una recomendación que apoye a un fármaco en específico. Lo que si se ha logrado documentar, es la efectividad de la clozapina en pacientes agitados con respecto a otros fármacos (9,11).

Cuando la agitación se convierte en una emergencia se aconseja seguir los siguientes pasos (8,11):

- Involucrar a la persona en el proceso, comprender que está impulsando su agitación.
- Prestar atención al entorno físico para reducir la estimulación y garantizar la seguridad. La ruta de escape y alarmas deben estar disponibles y todo el personal debe conocer su ubicación.
- Si hay varios miembros del personal involucrados, un profesional debe tomar el control de la situación y asignar un papel a cada individuo.
- Uno de ellos debe comunicarse con el individuo agitado con voz clara y uniforme. Las intervenciones deben explicarse cuidadosamente y proporcionar una justificación.

Otras técnicas que se pueden tomar en cuenta:

- Ventilación: permite la oportunidad de expresar miedos, frustración e ira.
- Redirección: explorar soluciones para permitir que el paciente tome el control (8).
- Tiempo de espera: ofrecer un entorno de bajo estímulo, por ejemplo, su habitación o un entorno silencioso similar para ayudarla a obtener el control (8,11).

Si se requiere de restricción física, debe estar presente personal capacitado. Al aplicar un medicamento, el paciente debe ser informado sobre qué es el medicamento y la justificación de su uso.

Si se emplea el aislamiento, debe usarse por el menor lapso posible y deben seguirse los protocolos de cada región. En un intervalo de tiempo razonable después de la restricción o reclusión (8). Empero, no se dispone de evidencia que indique que las medidas coercitivas posean mayores ventajas sobre otros manejos (11).

Si los enfoques no farmacológicos no han tenido éxito, se procederá a un manejo farmacológico:

- Se debe intentar primero tratamiento por vía oral.
- En caso de requerirse antipsicótico por vía parenteral, se prefiere el uso de segunda generación (8,10).
- Monitorizar las dosis PRN, para evitar sobredosificación.
- Verificar los efectos secundarios (8).

No hay suficiente evidencia que respalde que una “tranquilización rápida” sea directamente proporcional a mejor eficacia (11).

Se ha demostrado que varios fármacos antipsicóticos, como la olanzapina (10–20 mg), la risperidona (2–6 mg), la quetiapina (300–800 mg) y el aripiprazol (5–30 mg) son eficaces para la agitación aguda (8). No obstante, la evidencia es insuficiente al describir diferencias en cuanto a la efectividad entre los antipsicóticos de primera y segunda generación en episodios de agitación (11). A menudo, también se administra una benzodiacepina, como el lorazepam. La olanzapina intramuscular y las

benzodiazepinas no deben administrarse juntas por el riesgo de provocar depresión respiratoria (8,11).

Insomnio:

De acuerdo con las guías APA y RANZCP, el insomnio puede ser tratado inicialmente con benzodiazepinas (8,10).

De manera más específica, la Academia Americana de Medicina del Sueño o AASM (por sus siglas en inglés; *American Academy of Sleep Medicine*) recomienda en los casos de insomnio primario un plan terapéutico que incluya la terapia cognitivo conductual y de ser necesario, agregar hipnóticos a corto plazo y valorar los cambios clínicos al menos cada dos de semanas (14).

Entre ellos menciona:

- Agonistas de receptores de benzodiazepinas de corta acción como zolpidem, eszopiclona, zaleplón, temazepam o ramelteón (agonista de los receptores de melatonina).
- Si no hay mejoría con lo anterior, cambiar a un agonista de receptor de benzodiazepina de acción intermedia o ramelteón.
- En presencia de un trastorno ansioso o depresivo comórbido, se puede proponer el uso de antidepresivos sedantes como trazodona, amitriptilina, doxepina o mirtazapina. También es posible combinar estos medicamentos con los agonistas de receptores de benzodiazepinas o ramelteón.

- Se recomienda el uso de los antipsicóticos atípicos como quetiapina y olanzapina solamente cuando el paciente se beneficia del efecto primario del fármaco.
- Para el insomnio crónico, no se recomienda el uso de antihistamínicos, suplementos nutricionales o naturales (valeriana y melatonina). Tampoco se recomienda el uso de barbitúricos ni hidrato de cloral.

Las guías europeas para el manejo del insomnio publicadas en el 2017 también recomiendan el uso de la terapia cognitivo conductual como primera línea de tratamiento, la cual consiste en 4 a 8 sesiones en las cuales se trabaja en psicoeducación, higiene del sueño, entrenamiento en relajación y terapia de restricción de sueño (15).

Por su parte, las recomendaciones en cuanto al manejo farmacológico no difieren de manera importante con respecto a las de la AASM (15).

De manera interesante, la guía para el manejo del insomnio de la *British Association for Psychopharmacology* (2019) ha determinado lo siguiente en el caso específico de pacientes con psicosis (16):

- El uso de antipsicóticos atípicos con efecto sedante como clozapina, olanzapina, quetiapina, risperidona y ziprasidona mejoran la continuidad del sueño en pacientes con esquizofrenia.
- La quetiapina, ziprasidona y lurasidona mejoran el sueño en pacientes con insomnio transitorio.

En diversos estudios, se ha observado que en pacientes con esquizofrenia que utilizan clozapina hay un aumento del tiempo total de sueño. Con respecto a la

olanzapina, se ha determinado aumento en el tiempo de la fase de ondas lentas y mejoría en la continuidad del sueño. Por otra parte, la quetiapina ha sido blanco de resultados heterogéneos ya que algunos estudios reportan un aumento de somnolencia diurna, mientras que en otros se evidencia una reducción de la continuidad del sueño (16).

Síntomas afectivos:

Requerirán tratamiento específico con estabilizadores de ánimo o antidepresivos solo al presentarse sintomatología afectiva. No hay suficiente evidencia que demuestre mejoría en agregar estabilizadores del humor en conjunto con tratamiento antipsicótico. Incluso, se ha demostrado mayor mortalidad al combinarlos (8).

2.1.7 Cese de la medicación

La decisión de reducir o suspender la medicación requiere una evaluación importante sobre los riesgos y beneficios. El paciente debe haber presentado una recuperación completa por al menos 12 meses (8,10).

2.1.8 Efectividad de cada antipsicótico

Las guías analizadas previamente no establecen recomendaciones específicas sobre cual antipsicótico utilizar ni tampoco brindan información sobre la efectividad de cada fármaco.

Con el fin de llenar este tópico, a continuación, se expondrá los hallazgos con mayor evidencia obtenida hasta la actualidad, con mayor enfoque en los estudios del

National Institute of Mental Health-initiated Clinical Antipsychotic Trial of Intervention Effectiveness (CATIE) y United Kingdom's Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drug in Schizophrenia Study (CUtLASS).

Varios ensayos realizados en el pasado han afirmado de forma importante la superioridad de los antipsicóticos de segunda generación sobre los de la primera generación en cuanto al tratamiento de la esquizofrenia y sus efectos secundarios. Sin embargo, dos grandes estudios independientes; CATIE y CUtLASS desafían dichas afirmaciones. Ambos determinan que los antipsicóticos de segunda generación (a excepción de la clozapina) ofrecen pocas ventajas y además poseen sus propios efectos secundarios (17–19).

Puntos importantes (9,10,20):

- Los antipsicóticos típicos o de primera generación han demostrado ser tan efectivos como los de segunda generación en el abordaje psicofarmacológico de la esquizofrenia.
- La excepción es la clozapina, que demuestra superioridad sobre otros antipsicóticos atípicos o de segunda generación en la esquizofrenia resistente al tratamiento.
- Hay alguna evidencia que la olanzapina posee mayor efectividad sobre los otros antipsicóticos de segunda generación (se excluye la clozapina), aunque este beneficio se ve atenuado por los efectos metabólicos adversos.

- En los análisis de costo efectividad no sugieren ningún beneficio para los antipsicóticos de segunda generación sobre los de primera generación, sino más bien, cierta ventaja para los últimos.

CUtLASS

En el primer estudio, los antipsicóticos de primera generación que se utilizaron fueron clorpromazina, flupentixol, loxapina, haloperidol, metotrimeprazina (levomepromazina), sulpiride, trifluoperazina, zuclopentixol y preparaciones de depósito de decanoato de flufenazina, decanoato de flupentixol, decanoato de haloperidol, palmitato de pipotiazina y decanoato de zuclopentixol. De los antipsicóticos de segunda generación se incluyeron risperidona, olanzapina, amisulpiride, zotepina y quetiapina (21).

En el segundo ensayo se requirió de pacientes resistentes al tratamiento y de forma aleatoria, unos pacientes recibieron clozapina y otros antipsicóticos de segunda generación (amisulpiride, olanzapina, quetiapina, risperidona, zotepina) (22).

En ambas investigaciones se instó a los psiquiatras a iniciar el protocolo lo más pronto posible y mantener a los pacientes durante un mínimo de doce semanas y preferiblemente cincuenta y dos semanas.

De estos dos ensayos CUtLASS se obtuvieron los siguientes resultados:

- No hubo diferencias significativas en la escala de calidad de vida entre los pacientes que recibieron antipsicóticos primera y segunda generación. Incluso, se observó resultados más favorables con los antipsicóticos de primera generación, aunque esta afirmación no fue estadísticamente relevante.

- En el segundo ensayo se demostró que los pacientes que utilizaron clozapina obtuvieron mejores resultados en la escala de calidad de vida en comparación con los que utilizaron antipsicóticos de segunda generación, aunque estos hallazgos no fueron estadísticamente llamativos tampoco.
- No hubo diferencias en sintomatología medida por la escala PANNS en cuanto a síntomas positivos, negativos o la patología en general. Excepto la clozapina, que si reveló una mejoría importante en la escala PANNS con respecto a los antipsicóticos de segunda generación. Además, se observó mejoría en la salud mental y satisfacción en los cuestionarios que los pacientes realizaron después de 12 semanas.
- No hubo diferencias de peso al comparar los efectos adversos de los antipsicóticos de primera con los de segunda generación. Entre los efectos adversos se incluyó el extrapiramidalismo, acatisia y disquinesia tardía. Los mismos resultados se obtuvieron al comparar clozapina con antipsicóticos de segunda generación (19,21,22).

CATIE

Al igual que el estudio CUtLASS, el ensayo CATIE fue diseñado para comparar la efectividad de los antipsicóticos de primera y segunda generación. Dentro de los antipsicóticos atípicos se incluyeron olanzapina, risperidona, quetiapina y ziprasidona, y en los típicos la perfenazina.

La principal medida de efectividad utilizada fue la interrupción de los medicamentos por cualquier causa, ya que la interrupción integra el éxito, seguridad y

tolerabilidad de pacientes; y clínicos en una medida global de efectividad que refleja la mejoría de la evolución clínica en relación con los efectos no deseados. Las medidas de eficacia secundarias adicionales incluyeron el puntaje de la escala PANNS, la escala de impresión clínica global (CGI de sus siglas en inglés), pruebas neurocognitivas y la escala de calidad de vida (QLS) (17,19). La población estudiada se conformaba por pacientes entre 18 a 65 años con diagnóstico de esquizofrenia.

El presente estudio se conforma de las siguientes fases:

Fase 1: De forma aleatoria fueron asignados para recibir olanzapina, quetiapina, risperidona, perfenazina o ziprasidona y seguimiento de hasta 18 semanas o hasta que se suspendió el psicofármaco por cualquier otro motivo.

Fase 1B: Se incluye a los pacientes de la fase 1 que tomaron perfenazina y tuvieron que discontinuarlo. En esta fase se les administró tratamiento aleatorio de doble ciego con olanzapina, quetiapina o risperidona. Si los pacientes interrumpieron la medicación asignada en esta fase (Fase 1B) o suspendieron el antipsicótico de segunda generación en la Fase 1, eran elegibles para la Fase 2.

Fase 2: En esta fase los pacientes y sus médicos tenían la opción de elegir dos vías; las Fases 2E y 2T.

La vía de la eficacia fue llamada la Fase 2E y se recomendó a las personas que lo interrumpieron por ineficacia. De forma aleatoria en una proporción 1:1 se asignó un grupo de ensayo abierto con clozapina y otro grupo doble ciego con otro antipsicótico atípico que incluía olanzapina, quetiapina o risperidona.

La Fase 2T se recomendó para aquellos pacientes que suspendieron el tratamiento por intolerabilidad, se asignaron de forma aleatoria en un ensayo doble ciego con olanzapina, risperidona y ziprasidona. Para aquellos pacientes que ingresaron

al estudio previo a la disponibilidad de ziprasidona, se les asignó un fármaco al azar que no hubiera recibido previamente (17,19).

Los resultados

En la Fase 1, 74% de los pacientes discontinuó el tratamiento por cualquier otra causa antes de los 18 meses: olanzapina 64%, perfenazina 75%, quetiapina 82%, risperidona 74% y ziprasidona 79%. El tiempo de discontinuación por cualquier causa fue significativamente más largo con la olanzapina que los que utilizaron risperidona, quetiapina o perfenazina (17,19).

No hubo diferencias significativas entre los distintos fármacos en cuanto a los tiempos de discontinuación por efectos adversos (extrapiramidalismo, acatisia u otro trastorno del movimiento). Sin embargo, el tiempo de discontinuación por falta de eficacia fue mayor para olanzapina en comparación con perfenazina, risperidona o quetiapina (17,19).

La duración de un ensayo exitoso fue significativamente mayor en olanzapina que los grupos que utilizaron quetiapina, risperidona, perfenazina. Y fue significativamente mayor en risperidona que quetiapina.

En cuanto a la escala PANNS, todos los evolucionaron positivamente con el tiempo. La mejoría fue inicialmente mayor con olanzapina, pero su ventaja disminuyó regresivamente.

En conclusión, el estudio afirma que la olanzapina posee las menores tasas de discontinuación, lo que podría sugerir que posee mayor efectividad. Esta se ve reflejada en la reducción de síntomas, mayor adherencia al tratamiento y menores tasas de reingresos hospitalarios.

Los antipsicóticos de primera y segunda generación, a excepción de clozapina, no poseen diferencias significativas en cuanto a su efectividad (17,19,23).

2.1.9 Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

La OMS recomendó en el 2019 una serie de medicamentos que todo sistema básico de salud debe ofrecer. Para que dichos tratamientos sean incluidos en la lista, deben tener evidencia de su efectividad, seguridad y ser costo efectivos. Además, debe considerarse que son prioritarios para la salud pública (24).

Para los trastornos psicóticos, la lista contempla:

- Clorpromazina en tabletas de 100mg, solución oral de 25mg/5ml, intramuscular de 25mg/ml.
- Decanoato de flufenazina intramuscular de 25mg/ml
- Haloperidol en tabletas de 2 y mg, intramuscular de 5mg/ml
- Risperidona en tabletas de 0.25 a 6mg

La clozapina se recomienda en presentaciones de 25 a 200mg pero bajo la supervisión de personal especializado.

Otros medicamentos que se utilizan en comorbilidades psiquiátricas y que recomienda la OMS son fluoxetina, amitriptilina, carbamazepina, carbonato de litio, ácido valproico, clomipramina y diazepam (24).

2.2 Terapia Electroconvulsiva

El uso de la terapia electroconvulsiva (TEC) tuvo su origen en Europa a inicios de la década de 1930 cuando se empezaron a investigar nuevas terapias para el manejo

de la esquizofrenia (25). El procedimiento consiste en la aplicación de energía mediante electrodos colocados sobre ciertos puntos ya establecidos del cráneo con el propósito de provocar una crisis convulsiva que genere una serie de cambios a nivel del sistema nervioso central y lograr atenuar los síntomas psicóticos (26).

Durante el siglo pasado, cuando se empezó a estudiar el efecto de las convulsiones inducidas en pacientes psicóticos, las mismas se provocaban mediante técnicas como aplicación de insulina o metrazol hasta que posteriormente se empezaron a aplicar pequeñas corrientes eléctricas con el mismo fin (25,27). El tratamiento probó ser bastante efectivo, pero entre 1969 y 1980 cayó en desuso debido a los aspectos negativos y estereotipados de la prensa popular (28).

Hoy, gracias a estudios controlados y protocolización de la TEC, se han encontrado nuevas aplicaciones clínicas en las cuales resulta efectivo.

2.2.1 Mecanismos de acción de la Terapia Electroconvulsiva

Desde que se introdujo la terapia electroconvulsiva (TEC), el mecanismo de acción por el cual produce mejoría de los síntomas psicóticos ha sido objetivo de investigación. Se han postulado diversas hipótesis que explican su funcionamiento, más no se ha logrado comprender por completo. Diversas observaciones, entre ellas el que la densidad de células gliales de pacientes portadores de epilepsia es mayor en comparación a quienes padecen esquizofrenia (lo que podría justificar el papel de las convulsiones para mantener dicha densidad) ha sido ampliamente estudiado. Desde el punto de vista biológico, se han propuesto tres teorías que buscan explicar qué ocurre cuando el paciente psicótico es inducido a convulsionar: la teoría neurofisiológica

(funcional), la neurobioquímica (composicional) y la de neuroplasticidad (estructural) (26,29).

Hipótesis neurofisiológica

La hipótesis neurofisiológica plantea que la TEC provoca las siguientes modificaciones cerebrales:

A) Cambios en el flujo sanguíneo cerebral y en el metabolismo regional: una variedad de estudios han demostrado por medio de neuroimágenes funcionales (tomografía por emisión de positrones, tomografía computarizada de emisión monofotónica, imagen por resonancia magnética funcional, en inglés suelen abreviarse de la siguiente forma PET, SPECT y fMRI respectivamente) alteraciones en flujo sanguíneo cerebral y el metabolismo de glucosa (principalmente hipometabolismo, es decir bajo consumo de glucosa) posterior a una convulsión generalizada causada por la TEC. Dentro de los hechos que apoyan este efecto de la convulsión generalizada se encuentran las investigaciones en donde se ha demostrado que los casos no intervenidos no obtienen el mismo efecto, la observación de que la técnica con electrodos bilaterales produce mayores convulsiones generalizadas lo cual tiene una respuesta terapéutica; también el hecho de que la TEC y la inhalación de flurotilo inducen una convulsión similar con los mismos resultados. Por último, cabe destacar que otras técnicas que no inducen convulsiones (como por ejemplo la estimulación magnética transcraneal) poseen una evidencia débil en cuanto a su eficacia (26).

B) Alteración en la integridad de la barrera hematoencefálica: durante la fase ictal o convulsiva inducida por la TEC, se produce un aumento de la presión arterial que lleva a una alteración transitoria de la integridad de la barrera hematoencefálica, en este

instante, ciertos neuroquímicos se liberan del torrente sanguíneo al parénquima cerebral como por ejemplo el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF). Dicha alteración ocurre de forma transitoria y solo posterior a varias sesiones como se ha demostrado en animales (26,29).

C) Cambios electroencefalográficos: el enlentecimiento de las ondas en la electroencefalografía tras la aplicación de las sesiones de TEC es el hallazgo que más frecuentemente se asocia con resultados clínicos positivos.

Hipótesis neurobioquímica

La TEC regula procesos de neurotransmisión e influye en la expresión y liberación de una gran cantidad de neuroquímicos relevantes para el cerebro, entre los principales pueden mencionarse:

A) Cambios genéticos: el efecto epigenético de la TEC aún se encuentra limitada en estudios con animales.

B) Factores neurotróficos: muchos estudios han descrito que existe un aumento de la concentración de BDNF posterior a las sesiones de TEC, así como proliferación neuronal en el giro dentado del hipocampo.

C) Sistema inmunológico: se han reportado aumento de marcadores inflamatorios tales como proteína C reactiva, IL – 6, IL – 1, factor de necrosis tumoral alfa, entre otros. Si bien inicialmente la TEC incrementa la expresión de ciertos genes de citoquinas inflamatorias, luego de varias sesiones se observa disminución de los mediadores inflamatorios.

D) Eje hipotálamo pituitario adrenal: altos niveles de cortisol poseen un impacto negativo en la neurogénesis y se relacionan con atrofia de zonas como el hipocampo.

Se ha demostrado que las sesiones de TEC reducen los niveles de cortisol entre los pacientes con trastorno depresivo mayor. Lo que aún no está claro es si los cambios en los niveles de hormonas u otras alteraciones secundarias en el SNC tienen implicaciones terapéuticas. Sin embargo, se ha demostrado que la TEC reduce la inhibición de la neuroplasticidad inducida por el cortisol (26,29). Otros estudios revelan que la mayoría de los afectados por episodios depresivos sin tratamiento y con niveles elevados de cortisol con un resultado anormal en la prueba de supresión de dexametasona o DST (siglas en inglés; *Dexamethasone Suppression Test*), mostraron una normalización de la DST posterior a la TEC; lo que enfatiza el rol del hipotálamo en la génesis de los síntomas (29,30).

Desde el punto de vista hormonal, cabe rescatar que se ha observado que la TEC aumenta la liberación transitoria de adrenocorticotropina, prolactina y cortisol del hipotálamo al LCR y el torrente sanguíneo a través de estímulos en las estructuras diencefálicas; los niveles de dichas hormonas regresan a sus niveles basales pocas horas después de la TEC (26,29,30).

E) Neurotransmisores monoaminérgicos: dentro de la literatura se ha descrito que la aplicación de TEC provoca tanto aumento como disminución de los niveles de dopamina. En cuanto a la disminución, se propone que posterior a la convulsión se libera prolactina, la cual es un antagonista de dopamina y por ende se observan los efectos antipsicóticos. Por otro lado, también se menciona un aumento del número de receptores de dopamina en el núcleo estriado y en la vía mesocortical, lo que favorece los síntomas negativos (31).

En cuanto al papel de la serotonina, en la actualidad no existe suficiente evidencia sobre el efecto de la TEC en dicha monoamina (26).

Por otra parte, se ha estudiado que el Neuropeptido Y (NPY) interviene en la regulación de emociones, procesamiento de memoria, ritmo circadiano y el apetito; además, posee propiedades anticonvulsivas, por lo que se libera en respuesta a convulsiones. Se ha reportado que en varios padecimientos psiquiátricos el NPY se encuentra disminuido y que la TEC se ha relacionado con el aumento de los niveles de este en el LCR (26).

Finalmente, se debe mencionar que el glutamato también está implicado en el mecanismo de acción de la TEC. Actualmente se cuenta con estudios contradictorios acerca del efecto en sus niveles en los pacientes psiquiátricos, no obstante, la mayoría de ellos se inclina por la teoría de que en esquizofrenia existe una excitotoxicidad provocada por el exceso de glutamato, y parece ser que la TEC logra disminuir el mismo, lo cual explicaría parte de su efecto terapéutico (26).

Cambios en neuroplasticidad

Se ha reportado de forma consistente que existen alteraciones en el volumen de la sustancia blanca y gris de varias estructuras cerebrales en los trastornos psiquiátricos, incluyendo en esquizofrenia. Dichos cambios son más notables en las regiones prefrontales, hipocampales y límbicas. Sin embargo, no se ha logrado llegar a constatar de forma unánime si es el aumento del volumen (normalización) de estas áreas o el mejoramiento de la conectividad funcional la responsable de los beneficios clínicos (26,29).

2.2.2 Recomendaciones internacionales para el uso de TEC

Cerca de 30% de los pacientes portadores de esquizofrenia presentan síntomas que no llegan a remitir con las primeras líneas de esquemas farmacológicos recomendados, y de esos entre el 30 y el 50% de los que llegan a recibir clozapina no alcanzan la remisión tampoco (32). En algunos de esos casos, se puede recomendar el uso de TEC como herramienta coadyuvante (32,33).

En general, se ha observado que la aplicación de la terapia electroconvulsiva es una opción apropiada en casos de esquizofrenia en los cuales se requiera una disminución sintomática y una mejoría global rápida (33). Usualmente, se brindan entre 4 y 12 sesiones (pueden llegar hasta 20) en cursos de 2 a 3 aplicaciones semanales en las cuales se busca la provocación de convulsiones que duren idealmente entre 25 y 30 segundos (33).

Las guías del *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) revisadas en el 2009 no recomiendan el uso generalizado de la TEC en pacientes con esquizofrenia. Sin embargo, sí recomiendan su aplicación en ciertos casos (34), entre ellos:

- Cuando hay presencia de catatonía.
- Si el cuadro se acompaña de ideación suicida.
- Cuando hay refractariedad al tratamiento (principalmente si se trata de un episodio agudo).

Por su lado, la *Canadian Psychiatric Association* (CPA) recomienda el uso de TEC en pacientes con esquizofrenia que cumplan con alguna de las siguientes características (35):

- Cuando hay presencia de catatonía o síntomas afectivos.

- Refratariedad al tratamiento, principalmente si se trata de un episodio agudo o si se da en combinación con antipsicóticos como terapia de mantenimiento a pacientes con crisis psicóticas recurrentes.

El RANZCP también recomienda utilizar TEC en combinación con el uso de antipsicóticos en casos particulares tales como (20):

- Cuando alcanzar una remisión sintomática rápida es una “prioridad urgente.”
- En pacientes con esquizofrenia refractaria, principalmente para el manejo de síntomas positivos. También se puede recomendar como terapia de mantenimiento.
- Tratamiento de síntomas psicóticos agudos.
- Cuando hay presencia de un episodio depresivo comórbido.
- Catatonia.
- Cuando se presenta un síndrome neuroléptico maligno como complicación por el uso de antipsicóticos.

También se recomienda en pacientes embarazadas con enfermedades mentales severas ya que es efectivo y seguro tanto para la madre como para el feto.

No se recomienda su uso para los síntomas negativos de la enfermedad ante la falta de evidencia de mejoría clínica.

La APA también apoya el uso de TEC pacientes con esquizofrenia resistente al tratamiento cuyos síntomas no han remitido con el uso de clozapina, así como en casos en los cuales el cuadro se manifiesta con catatonia (33,36).

En general, no existe un solo protocolo para la aplicación de la TEC en esquizofrenia en cuanto al tipo de anestesia a utilizar, elección de pulsos breves o ultra

breves, colocación de electrodos uni o biterales frontales o temporales (los primeros con menor riesgo de efectos adversos cognitivos y el segundo con mayor eficacia clínica) y una dosis eléctrica inicial. Lo que se recomienda es individualizar cada caso según el cuadro clínico y características de cada paciente (20,32,34,36).

2.3. Psicoterapia en fases aguda y de mantenimiento del tratamiento

La esquizofrenia es un trastorno mental cuya comprensión requiere que se integren conceptos biológicos que ameritan intervenciones farmacológicas, y nociones psíquicas que necesitan de otro tipo de herramientas psicosociales, de tal manera que el paciente logre recibir una atención integral e integradora (37).

Hoy la psicosis se estudia precisamente desde un modelo de vulnerabilidad-estrés, lo cual implica que detrás de los síntomas hay toda una etiología multifactorial y que los procesos psíquicos en los cuales los medicamentos resultan insuficientes merecen ser tratados con procesos de terapia (37). Un ejemplo de esto son los síntomas negativos cuya evolución no parece mejorar lo suficiente con el uso de los antipsicóticos o de otros grupos farmacológicos, lo cual incide directamente en el nivel de rehabilitación que logran alcanzar los usuarios (38).

Otros retos que surgen con quienes padecen de esquizofrenia es la falta de introspección de la enfermedad y los recurrentes abandonos de los antipsicóticos, en ocasiones también asociados al amplio espectro de efectos adversos motores y metabólicos que producen.

Es por esta razón que la psicoterapia se ha dirigido hacia el fortalecimiento de diversas funciones mentales como las que involucra la cognición social (37):

- La interpretación de mensajes emitidos por el rostro.
- El procesamiento emocional, tanto en percepción de la información emocional ambiental disponible como en la regulación del estado de ánimo.
- Teoría de la mente; se trabaja tanto la comprensión de las intenciones del otro, como el entendimiento de lo que la otra persona sabe de nosotros.
- La auto referencia.
- La memoria de trabajo.

La psicoterapia en pacientes psicóticos tiene objetivos bien definidos, si bien pueden modificarse un poco la forma en que se abordan según la corriente que los trabaje. En general, se busca (37):

- Aliviar los síntomas, positivos, negativos y cognitivos.
- Regular la manera en que se actúa en respuesta a los síntomas.
- Trabajar factores de vulnerabilidad y mejorar funciones cognitivas como atención, memoria, eficacia en el manejo de la información, la comunicación interpersonal, las habilidades sociales y la capacidad de afrontamiento ante dificultades relacionadas con la enfermedad.
- Elaborar sobre el entorno; esto quiere decir, el trabajo terapéutico con pacientes y sus familiares o cuidadores. Muchas veces las dinámicas familiares de sobreprotección, alta expresividad emocional o rechazo tienen importantes implicaciones clínicas en la forma en que los pacientes evolucionan.
- Potenciar factores protectores.

Los terapeutas deben tener un *entrenamiento específico* en intervenciones dirigidas a pacientes que presentan síntomas psicóticos ya que no es sencillo aplicar el conocimiento adquirido en otros tipos de tratamiento a los programas terapéuticos dirigidos a específicamente a personas con psicosis (37).

Se requiere una formación apropiada para poder llevar a cabo estos procesos terapéuticos. Por ejemplo, solamente el establecimiento de una adecuada alianza terapéutica puede mejorar o empeorar la condición clínica de una persona. De hecho, en el 2015 se publicó un estudio aleatorizado controlado en el cual se comparó la mejoría sintomática que presentaba un grupo de afectados con esquizofrenia que recibía psicoterapia cognitiva conductual, con un grupo que no la recibía. Para ello se midió la mejoría sintomática mediante la escala PANSS y se compararon los resultados con el nivel de alianza terapéutica medida a través de los métodos de autoreporte PSR (*Psychotherapy Status Report*) y CALPAS (*California Therapeutic Alliance Scales*) con el fin de determinar si una buena alianza se correlacionaba con mejoría clínica. El hallazgo principal consistió en la observación de que la mejoría clínica durante las sesiones se relacionó de forma significativa con la alianza terapéutica que se estableció con los pacientes. De forma inversa, se observó que entre más pobre fuera la alianza, peor era el progreso de los usuarios y más bien podía existir un detrimento de su estado mental (39).

Actualmente, la psicoterapia con enfoque cognitivo conductual (CBT, *Cognitive behavioral therapy* por sus siglas en inglés) se recomienda como parte del seguimiento de los casos de esquizofrenia en diferentes guías clínicas como las publicadas por la WFSBP (*World Federation of Societies of Biological Psychiatry*), la BAP (*The British*

Association for Psychopharmacology), NCCMH (*National Collaborating Centre for Mental Health*), APA (*American Psychiatric Association*), entre otras (40–45). Otras corrientes como el psicoanálisis, la psicodinamia, la terapia de soporte, la terapia familiar y el mindfulness (atención plena, en español) también cuentan con evidencia; sin embargo, no se recomiendan como primera línea de manejo (46).

2.3.1 Efectividad de cada modelo psicoterapéutico

Cerca de un 30% de los pacientes portadores de esquizofrenia no llegan a responder a ningún antipsicótico lo cual aumenta el riesgo de desarrollar deterioro funcional progresivo hasta un nivel incapacitante, e incluso suicidio (46).

En el 2019 se publicó un metaanálisis que revisaba los resultados de estudios de los últimos 25 años con el objetivo de evidenciar la presencia o ausencia de mejoría en los rubros de psicopatología general, síntomas positivos, negativos, cognitivos, afectivos y funcionamiento social de personas con esquizofrenia, cuantificada a través de la escala PANSS, cuando se utilizaba psicoterapia. Para que los estudios fueran incluidos, debían ser estudios aleatorizados controlados, con un grupo control uniforme, que emplearan la escala PANSS para la valoración de la severidad de los síntomas antes, durante y después del tratamiento; que aplicaran terapia cognitiva conductual y que le dieran seguimiento por al menos 6 meses a los usuarios. Además, los pacientes debían mantenerse estables con su tratamiento farmacológico. Finalmente, se obtuvieron 42 estudios (46).

El metaanálisis arrojó que la terapia cognitivo conductual para psicosis mejora de forma estadísticamente significativa la sintomatología positiva (al menos un 23.7% en la escala PANSS). No hubo diferencias significativas en cuanto a la sintomatología

negativa (no obstante, sí se observó que entre mayor duración tiene la terapia, los síntomas se atenúan un poco más) ni el puntaje total de la escala PANSS. Adicionalmente, si bien no se logró hacer un análisis profundo por los datos limitados de los estudios, en varias de las publicaciones utilizadas se observó que también hay eficacia en otro tipo de abordajes como las intervenciones familiares y la psicoterapia de apoyo (46).

Sin embargo, cabe acotar que la revisión tuvo varias limitantes. Por una parte, la mayor parte de las investigaciones incluidas se enfocaban precisamente en el manejo de síntomas positivos como alucinaciones y delirios. Otro punto es que las muestras utilizadas eran ampliamente heterogéneas en cuanto a grupos etarios, etapa de la enfermedad y duración del tratamiento (46).

Durante el mismo año, se publicó una revisión sistemática y metaanálisis que evaluó la eficacia de diferentes tipos de psicoterapia realizados hasta el 2017. Se encontró que, con la información disponible, la terapia cognitivo conductual tiene la mayor cantidad de evidencia debido al número de investigaciones que se han realizado con este modelo terapéutico. También se observó que la mejoría más notoria de los pacientes que reciben CBT se refleja en la sintomatología positiva. Los síntomas negativos parecen responder más al entrenamiento en actividades básicas. La terapia y educación familiar en conjunto con el entrenamiento en habilidades parece ser efectiva en aumentar el funcionamiento de los pacientes y disminuir las recaídas y hospitalizaciones. Para otros tipos de terapias como el *mindfulness* (atención plena), la psicodinamia y las aproximaciones humanísticas se requieren ampliar estudios aleatorizados controlados, pero hay indicios de que pueden resultar efectivos (47).

Incluso en los síntomas más complejos de tratar como lo son los síntomas negativos, hay evidencia de que propuestas como la terapia cognitiva conductual y las intervenciones basadas en habilidades logran tener efectos moderados (48).

La psicoterapia ha probado ser positiva tanto a nivel individual como grupal. Un metaanálisis publicado en el 2015 que incluyó 32 estudios aleatorizados controlados para valorar la eficacia de la terapia grupal observó que existe evidencia de mejoría funcional y de síntomas negativos cuando se aplican este tipo de propuestas. Tanto la CBT como otro tipo de modelos tales como las terapias integradoras y las terapias no verbales como arteterapia demostraron este tipo de mejoría (49).

2.3.2 Modelos de psicoterapia

Se describirá a continuación los principales modelos psicoterapéuticos utilizados en esquizofrenia.

Terapia cognitiva conductual

La terapia cognitivo conductual para psicosis o CBTp (por sus siglas en inglés, *Cognitive Behavioral Therapy for Psychosis*) es una de las formas de psicoterapia más estudiadas y validadas para las personas con esquizofrenia. Varios metaanálisis respaldan su uso y beneficio principalmente para la mejoría de los síntomas positivos (46,47,50,51) aunque también se ha observado mejoría en los negativos, y en el nivel de funcionamiento (51). El modelo está diseñado para mantener entre 12 y 20 sesiones por un periodo de 4 a 6 meses, de forma tal que además se considera costo-efectivo (52). Existen manuales en los cuales se establece el curso de las sesiones de forma que el proceso es relativamente estructurado (50).

Una de las premisas bajo las cuales se ha desarrollado el trabajo en CBTp consiste en la observación clínica de que existen “intrusiones” mentales en la conciencia (*awareness*, en inglés) de los pacientes, como lo son los trastornos sensoperceptivos, los cuales son interpretados por el individuo como culturalmente inaceptables lo cual da pie a que aparezcan delirios que intenten justificar su presencia. Estas malinterpretaciones conllevan a estrés emocional, aislamiento y eventualmente limitación funcional. Precisamente cuando la tensión resulta inmanejable, se incrementa la percepción de fenómenos inusuales; sin embargo, la experiencia alucinatoria no es lo crucial, si no la interpretación y manejo que se le brinde (47,52).

La dificultad para los terapeutas surge debido a que los individuos con psicosis tienen un estilo de pensamiento diferente, con sesgos en el razonamiento que incluyen la susceptibilidad de caer en conclusiones delirantes aun cuando se disponga limitada evidencia y poca flexibilidad cognitiva. Esto, aunado a la teoría de un procesamiento de aferencias sensoriales deficientes, facilitan la aparición de conclusiones irracionales ante fenómenos psicóticos como las alucinaciones (53).

La CBTp busca promover el bienestar al disminuir la angustia por medio de la modificación de las creencias de los sujetos con respecto a sus experiencias psicóticas y las reacciones perturbadoras asociadas a ellas. Se trabaja en encontrar explicaciones alternativas a los delirios y alucinaciones, y en hallar estrategias de afrontamiento que no refuercen las interpretaciones erróneas (52).

Para poder trabajar con este modelo se necesita una fuerte alianza terapéutica ya que se deben explorar las creencias delirantes y los fenómenos alucinatorios para intentar modificar los síntomas y/o las reacciones que suscitan. Para ello se utilizan técnicas como el cuestionamiento socrático de forma sutil y la reestructuración de

creencias (52) con el fin de retar no solamente la idea delirante *per se* si no los potenciales disparadores de crisis (51).

Terapia de diálogo abierto

La terapia de diálogo (DT, *dialogue therapy* por sus siglas en inglés) surgió durante la década de 1980 y trabaja con una metodología flexible derivada de otros modelos terapéuticos. Esta modalidad terapéutica brinda especial énfasis en las dificultades propias de la psicosis como el procesamiento de las emociones, el establecimiento de relaciones interpersonales, el manejo de la propia identidad y la autorregulación. Para ello, incorpora elementos humanísticos, narrativos, sistémicos, intersubjetivos y de mentalización durante las sesiones. Lo más importante es el peso subjetivo del proceso y las perspectivas que tenga cada persona sobre el tratamiento al enfocarse en la alianza terapéutica, las emociones y la percepción de la “cura” como un proceso subjetivo (38,54).

Durante la DT, el terapeuta y el paciente son participantes activos en un diálogo en el cual la interpretación de los elementos que surjan se analiza en conjunto. Al usuario se le invita a explorar sus experiencias psicóticas, la historia de su pasado y elaborar al respecto (38,54).

La DT requiere que se realicen sesiones individuales semanales de una hora por un periodo que puede ir de 3 meses a 3 años, tiempo durante el cual se pasa por tres fases conforme se fortalece la alianza terapéutica, se restaura el *self* y se alcanza cierto nivel de autonomía (38,54).

En el 2018 se publicó un estudio retrospectivo de casos y controles en el cual se comparó mediante la aplicación de la escala GAF (*Global Assessment of Functioning Scale*, en inglés), la mejoría de un grupo de 24 pacientes con esquizofrenia que recibió

DT con otro grupo control que no recibía la terapia. Se observó que los pacientes que recibían terapia de diálogo presentaban menor sintomatología, mayor funcionamiento y requerían menos psicofármacos para su manejo ambulatorio. No hubo diferencias en el número de días de hospitalización que llegaron a requerir. Sin embargo, el estudio presentaba muchas limitantes, como la heterogeneidad de los grupos y el estadio de la enfermedad en que se encontraban los afectados (54).

En el 2019 se publicó otro estudio similar en el cual 54 pacientes con diferentes tipos de psicosis (esquizofrenia, trastorno psicótico agudo, trastorno esquizoafectivo, trastorno afectivo bipolar y depresión severa con psicosis) recibieron DT. Su mejoría clínica se cuantificó mediante la escala GAF y los resultados se compararon con los de un grupo control con características demográficas similares que no recibió DT. Se les dio seguimiento por aproximadamente cuatro años. Al término de la investigación, se evidenció que los pacientes que recibían DT lograban un mejor funcionamiento y requerían menores dosis de medicación, incluyendo de antipsicóticos (55).

Terapia metacognitiva

La metacognición se refiere a las diversas actividades mentales discretas en las cuales una persona crea una idea sobre un pensamiento o emoción específica, y otras actividades sintéticas en las cuales esos pensamientos se configuran en representaciones complejas de sí mismos y de otros (56,57).

Las actividades discretas involucran reconocer cogniciones (recuerdos, imaginaciones, sueños, deseos), emociones (enojo, felicidad, sorpresa, vergüenza, culpa) propias y ajenas. Las actividades sintéticas requieren que se construyan

relaciones entre el afecto, los pensamientos y las acciones para generar una historia fundada en información basada en eventos pasados o presentes (57).

Las habilidades metacognitivas permiten a los individuos generar representaciones integradas y holísticas de sí mismos y de los otros (57).

La cognición social se diferencia de la metacognición en cuanto a que la primera hace referencia a una serie de capacidades que le permiten a una persona comprender y juzgar situaciones específicas mientras que la segunda se refiere a destrezas para crear representaciones complejas de sí y de otros (57).

Se ha descrito que la metacognición consta de unas 41 funciones que pueden estudiarse en cada paciente con más facilidad mediante la aplicación de la escala MAS (*Metacognition Assessment Scale*) la cual se divide en cuatro sub escalas: auto reflexividad (la capacidad para formar representaciones de sí mismo cada vez más complejas), diferenciación (la capacidad para formas representaciones cada vez más complejas de otras personas), el descentramiento (la habilidad de tomar una visión no egocéntrica de la mente de otros y reconocer que el estado mental de otros está influenciado por diversos factores) y el dominio (la destreza para responder y sobrellevar problemas psicológicos utilizando conocimientos metacognitivos) (57).

Las personas con esquizofrenia presentan déficits en las aptitudes anteriormente descritas, lo cual se ha asociado con peor desempeño social y mayor exacerbación de síntomas. En situaciones complejas, se requiere flexibilidad para moverse entre las representaciones de sí y de otros de tal modo que se reconozcan los estados mentales propios y ajenos. Cuando se carece de la capacidad para razonar a través de las emociones y los pensamientos, se tiende a sacar conclusiones erróneas y tomar decisiones con poca o nula información (57).

En varias investigaciones se ha comparado la severidad de los síntomas positivos, negativos, afectivos y cognitivos constatados en la PANSS con la pobreza en habilidades metacognitivas medidos con la MAS, encontrándose que entre peores sean dichas habilidades, más prominentes son los síntomas (56,57).

Un metaanálisis del 2015 que revisó 32 estudios publicados, observó que hay una correlación entre la pobreza en metacognición y el funcionamiento de los individuos con esquizofrenia, pero debido a la enorme heterogeneidad de los estudios incluidos, no se logró establecer una relación estadísticamente significativa entre la terapia metacognitiva y la mejoría sintomática de los pacientes (57).

Sin embargo, cuando se observan otros estudios de manera individual, aunque corresponden a muestras pequeñas, durante el transcurso de las sesiones de MERIT (*Metacognitive Reflection and Insight Therapy*), la mejoría sintomática en la escala PANSS es proporcional con la mejoría que se documenta con la escala MAS (56).

Por lo tanto, podría considerarse que la terapia metacognitiva es una propuesta novedosa que, si bien amerita mayores estudios aleatorizados controlados, ofrece estrategias útiles dirigidas a algunos de los problemas más difíciles de sobrellevar en los pacientes con psicosis crónica.

Terapia de aceptación y compromiso

La ACT (*Acceptance and Commitment Therapy*) es una terapia cognitiva de la tercera ola basada en el marco teórico relacional, análisis de conducta y *mindfulness* (atención plena). Realmente se trata de un proceso breve típicamente compuesto por 8 sesiones en las cuales se busca cambiar la relación que mantiene el sujeto con sus experiencias psicóticas, pero sin intentar modificar el contenido del pensamiento. El

motivo por el cual se trabaja de esta forma es por la observación clínica de que, en ocasiones, intentar controlar o suprimir los síntomas puede empeorar los mismos por lo cual en un grupo de personas podría ser más favorable intentar normalizar la sintomatología y explorar la relación del paciente con las alucinaciones y los delirios. Conforme avanzan las sesiones, se motiva a aceptar que los pensamientos y emociones dolorosos son inevitables a lo largo de la vida y que los fenómenos psicóticos pueden ser “solamente notados” sin aceptarlos como una verdad absoluta (52).

Lo anterior promueve la defusión cognitiva (técnica mediante la cual se buscan disminuir los pensamientos indeseados que parecen dirigir la conducta), logrando disociar el enlace automático que hay entre pensamientos y auto percepciones. Además, se entrena al paciente para comprender que, aunque no siempre es posible controlar los pensamientos y las emociones, las conductas sí son controlables por lo cual se establece un compromiso con valores, metas a futuro y las estrategias que se aplicarán para conseguirlo (52).

Se han publicado estudios aleatorizados que reportan mejoría en síntomas positivos y negativos de los pacientes, sobre todo los primeros (58) y el manejo de la ansiedad asociada a las alucinaciones (52,59,60). Sin embargo, un metaanálisis publicado en el 2018 que incluyó 10 estudios aleatorizados controlados observó que este tipo de psicoterapia puede resultar beneficiosa, pero no se cuenta con suficiente evidencia aún, pues se requiere mayores investigaciones que verifiquen su efectividad (61).

Entrenamiento en habilidades sociales

El entrenamiento en habilidades sociales (SST, *Social Skill Training*) es una intervención psicológica que se enfoca en desarrollar o fortalecer la interacción social, el desempeño social y las habilidades interpersonales. Sus técnicas (juego de roles, modelaje, entrenamiento, instrucciones, retroalimentación, entre otros) se han desarrollado desde la década de 1970, momento en que la desinstitutionalización de los pacientes evidenció que estos requerían ampliar sus capacidades sociales (58). Usualmente, este tipo de preparación se utiliza como parte de programas de rehabilitación psicosocial, en conjunto con otras herramientas psicoterapéuticas (58,62). Se ha observado que su aplicación mejora la calidad de vida de los quienes presentan esquizofrenia en diversos ámbitos (60,62) ya que les permite aprender a comunicar de forma asertiva sus emociones y solicitudes, lo cual conlleva a que puedan alcanzar sus metas, suplir sus deseos de mantener vínculos con otros y ser autónomos (62).

Un metaanálisis publicado en el 2019 en el cual se revisaron 27 estudios aleatorizados controlados con un total de 1437 personas evidenció que el SST no solamente es efectivo para el manejo de los síntomas positivos, sino también de forma marcada para los negativos (58).

2.4. Abordaje y rehabilitación psicosocial en la comunidad

El tratamiento integral de las enfermedades mentales severas ha evolucionado a lo largo de los años y ha favorecido la adherencia a los diversos abordajes psicosociales y la reinserción social de los usuarios. El manejo comunitario ha demostrado grandes

beneficios tales como la disminución del número y duración de las hospitalizaciones, además del aumento en el nivel de satisfacción que experimentan los usuarios (63,64).

Gracias a los cambios que han surgido tras la reforma psiquiátrica en Europa, la cual influyó enormemente en el continente americano, ha sido necesario la creación de modelos de salud mental comunitaria que se adapten al contexto socioeconómico de cada país.

A continuación, se revisará un poco la historia de la Reforma Psiquiátrica y los modelos que se han aplicado en América Latina para posteriormente compararlos con los servicios comunitarios que se han logrado consolidar en Costa Rica.

2.3.1 Reforma psiquiátrica: inicios del manejo comunitario en Europa y Estados Unidos

Los avances científicos y en materia de derechos humanos durante el último siglo han permitido que poco a poco, tanto el campo médico (particularmente la psiquiatría) como la sociedad en general se sensibilicen con un tema que se ha caracterizado por manejarse como un tabú: la enfermedad mental (65,66).

La comprensión de lo que implica un trastorno mental ha variado a lo largo de las épocas y afortunadamente su concepción ha evolucionado hasta considerarse una condición resultante de la combinación de variables biológicas, psíquicas y sociales que dan origen a un espectro de síntomas, despojándolos de las asociaciones místicas o espirituales que solían tener (65).

Así como el entendimiento del trastorno como tal ha cambiado, lo ha hecho también el manejo que se le ha dado a aquellas personas que lo desarrollan en algún momento de sus vidas (65).

En la actualidad, en la mayor parte del mundo resulta inconcebible que los enfermos mentales sean alienados en centros de reclusión sin interacción alguna con el mundo exterior como sucedió hasta mediados del siglo XX. Los tratamientos se han modificado tanto, que la psiquiatría ahora busca que todos los afectados por trastornos mentales regresen a su comunidad donde sean reincorporados con sus familias o cuidadores especializados para ello y sean partícipes activos de sus procesos de rehabilitación cognitiva, social y ocupacional (65–67).

Desde inicios de la década de 1960, el modelo psiquiátrico tradicional de reclusión en asilos, como método de segregación y supuesta regulación social que tenía casi un siglo vigente, recibió fuertes críticas y cuestionamientos desde diversos frentes. Entre ellos se encontraban psiquiatras como Thomas Szasz, así como renombrados sociólogos y pensadores de la época tales como Erving Goffman y Michel Foucault. Se publicaron decenas de textos y ensayos que debatían la definición clásica de locura y la forma en que los sujetos eran diagnosticados con enfermedades mentales, muchas veces víctimas de la coyuntura social, cultural e histórica del momento, y señalaban como estas personas eran alienados y silenciados sin que su voz tuviera algún valor (68,69).

A inicios de la década de los años 70 se gestó la Reforma Psiquiátrica en Italia, la cual constituyó la desinstitucionalización y el cierre de asilos para enfermos mentales. Su principal promotor, el Dr. Franco Basaglia, luchó por un modelo comunitario en el cual los usuarios regresaran a sus localidades y se enlazaran con una red que permitiera su integración progresiva a la sociedad. Poco a poco, se cerraron los hospitales psiquiátricos (el último en el año 2000) y se establecieron nuevas propuestas de trabajo tales como centros de salud mental comunitarios, hospitales diurnos,

unidades especializadas en hospitales generales para el manejo de crisis agudas y residencias no hospitalarias de mediana y larga estancia (68).

Esta Reforma Psiquiátrica, que fue contemporánea a los cambios que empezaban a surgir en otras partes de Europa y de América, permeó en otros sistemas de salud que empezaron a crear unidades sanitarias que enlazaran a los pacientes con su comunidad (70).

En Estados Unidos, se formuló durante la década de los años 70 uno de los primeros programas formales de salud mental comunitaria, fue el tratamiento asertivo comunitario, que luego dio pie a otros modelos. Su abordaje holístico incluía el manejo del cuadro sintomático, administración de la medicación, fortalecimiento de actividades básicas e instrumentales de vida diaria como compras y uso de transporte público desde la comunidad. El modelo, que es centrado en el paciente, se mostró ampliamente efectivo a nivel terapéutico y en materia de costos, ya que disminuyó la necesidad de hospitalizaciones. El tratamiento asertivo comunitario requería de un equipo interdisciplinario conformado por al menos psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermero y trabajador social. Cada médico tenía a su cargo un máximo de 10 pacientes para poder darles atención semanal (63,71).

En esa misma década, la Organización Mundial de la Salud dio arranque a la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), una iniciativa inclusiva que buscaba facilitar a las personas con discapacidad el acceso a servicios de rehabilitación. En sus inicios, la RBC procuraba acercar los Centros de Atención Primaria de Salud con la comunidad, pero con un enfoque en servicios médicos como fisioterapia y cirugía. Posteriormente se añadieron enlaces con actividades educativas y oportunidades de subsistencia. Los programas actuales basados en RBC requieren que se organicen

planes individualizados para cada participante, con metas a corto plazo, pero con el objetivo de lograr la inserción social a largo plazo. Se requiere de un abordaje psicosocial que evoluciona según las etapas de la vida y la condición sociocultural de cada individuo (72,73).

En la actualidad, se refuerza la premisa de que el enfoque reduccionista biologista que busca la recuperación de los sujetos mediante un enfoque puramente farmacológico es insuficiente, y que se requieren procesos comunitarios que le permitan a aquellos con trastornos mentales incorporarse a la sociedad (65).

En el presente, la psiquiatría brinda especial atención a los fenómenos sociales que pueden dar hincapié a crisis mentales o emocionales por lo cual el manejo no puede enfocarse únicamente en la esfera biológica y requiere de atención al contexto psicosocial de cada uno (74,75). Se ha planteado que la rehabilitación psicosocial amerita de la formulación de planes individualizados con intervenciones inicialmente dirigidas al entrenamiento en actividades básicas e instrumentales de vida diaria e intervenciones ocupacionales. Además, es imperativo que se incluya la participación y educación de familiares o cuidadores para la estancia de los pacientes en comunidad, ya sea en el hogar, en escenarios no residenciales como centros diurnos con entrenamiento vocacional o en escenarios residenciales como albergues (76).

Con el tiempo, han surgido diferentes estructuras que se ponen al servicio de la comunidad y que toman en cuenta la necesidad de acercamiento con la población, los contextos socioeconómicos, la facilidad de acceso a servicios, el trabajo en equipo y las perspectivas a mediano y largo plazo (77). Entre ellas se pueden encontrar:

- Hospitales diurnos: son centros a los cuales el se debe asistir al menos 20 horas semanales y donde un equipo multidisciplinario le brinda un

tratamiento intensivo, estructurado en actividades y duración, orientado a llevar al paciente a ser autónomo y enlazarlo con la comunidad. Puede tener varios perfiles según el propósito que persiga, por ejemplo, puede buscar la rehabilitación o funcionar como una alternativa terapéutica a un tratamiento agudo intrahospitalario. El modelo está validado por la Asociación Americana de Psiquiatría y se centra en la construcción de proyectos de vida que generen satisfacción al usuario; se combina de forma activa las intervenciones biológicas, psicosociales y psicoterapéuticas (78,79)

- Programas de continuidad de cuidados (PCC): creados en España, son equipos de trabajo interdisciplinarios que vigilan el apego farmacológico y enlazan a los pacientes con recursos sanitarios y comunitarios, pero con la salvedad de que los planes de trabajo no suelen ser individualizados sino que se trata más de manejos estandarizados (80).
- Centros de salud mental (CSM): se trata de centros comunitarios donde se trabaja interdisciplinariamente con objetivos coordinados entre los diferentes profesionales, de tal forma que se planteen planes terapéuticos individualizados, flexibles y adaptables. A diferencia de los PCC, el abordaje implica intervenciones individualizadas enfocadas en las necesidades de cada sujeto, y no en aplicar intervenciones estandarizadas o descontextualizadas (80).
- Equipos comunitarios de salud mental (CMHT): en Reino Unido, son equipos que se ubican en localidades fuera de un hospital, con tiempos de espera de menos de 4 semanas para valorar casos nuevos. Están

conformados por al menos un psiquiatra, psicólogo, trabajador social, terapeuta ocupacional, farmacéutico y enfermero que buscan llevar a cabo intervenciones según el grupo etario para la rehabilitación social del paciente, y lo enlaza con recursos de la comunidad (64). Estos equipos son similares a los que se conforman también en Francia (76).

En Estados Unidos existen centros de atención comunitaria, pero muchos requieren contar con seguros médicos privados o planes subvencionados por el estado como *MediCare* o *Medicaid* lo cual dificulta de forma importante el abordaje de los usuarios (81).

En general, los manejos comunitarios han demostrado beneficios costo-efectivos, disminuye las hospitalizaciones, ofrecen un apoyo a los cuidadores y aumentan el nivel de satisfacción con respecto a la vida (63,82).

Por otra parte, si bien el modelo de atención integral en salud mental en las comunidades ha demostrado ser eficiente, existen limitaciones que se han vuelto más permeables con el tiempo. Por una parte, están las complicaciones familiares; las mujeres que solían ser tradicionalmente cuidadoras ahora se han incorporado al mercado laboral y dedican menos tiempo al cuidado de los usuarios, las familias son más pequeñas y con menos co-cuidadores con quienes compartir la responsabilidad. Esto ha favorecido un auge del individualismo, pérdida de círculos sociales protectores y la tendencia a depositar en el Estado el papel de cuidador (80). Además, las políticas neoliberalistas que favorecen la privatización de los servicios de salud representan mayores costos para los Estados, al mismo tiempo que brindan cuidados más rígidos y que irrespetan la autonomía (68,70,83).

2.3.2 Modelos Latinoamericanos para el manejo de enfermedad mental severa

En América Latina también ha surgido un especial interés en modernizar los manejos que se le ofrecen a los portadores de diversos trastornos mentales con el fin de elevar la calidad de vida y respetar los derechos humanos. Es por ello por lo que durante las últimas décadas han tomado fuerza las iniciativas que buscan darle un giro a los manejos tradicionales con el fin de que los pacientes se mantengan en sus comunidades mientras reciben tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico para lograr no solamente la rehabilitación sino también encontrar satisfacción con sus vidas. Por lo anterior, se han establecido varios acuerdos para favorecer la salud mental de los portadores de algún trastorno psiquiátrico con el fin de asegurar el acceso a una atención de calidad dentro del contexto de cada individuo.

En 1990 se firmó la Declaración de Caracas en la cual se planteaba la necesidad de reformar el sistema asistencial tradicional de los enfermos mentales con el propósito de ofrecer un enfoque comunitario que les permita reintegrarse como sujetos sociales a sus localidades (84).

Posteriormente en el 2009 (y renovado en el 2012), con la firma del Plan de Acción sobre Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se fortalecieron las iniciativas para que los servicios de salud mental se ofrecieran desde las comunidades (85).

En varios países, se han logrado importantes cambios, entre ellos; el cierre de asilos, creación de centros comunitarios de salud mental y la educación a la población para destruir los estigmas que rodean la enfermedad mental y de los cuales se hará referencia próximamente.

Sin embargo, los retos continúan. Con el fortalecimiento del neoliberalismo, la competencia del mercado ha desplazado progresivamente los valores altruistas de los sistemas de salud, esto se refleja en que la rentabilidad de los recursos invertidos se ha convertido en el factor más importante a la hora de brindar atención médica o terapéutica (86).

Se vuelve cada vez más complicado que la participación comunitaria logre vencer al individualismo de forma tal que los ciudadanos se preocupen y se vuelvan partícipes de la rehabilitación psicosocial de sus semejantes (86).

Es posible aprender de la experiencia de otras naciones del continente con la finalidad de continuar los procesos de descentralización de la salud mental y la desinstitucionalización de los pacientes. Es por ello que se revisarán brevemente los modelos de salud mental y comunitaria de Guatemala, Nicaragua, El Salvador, Chile, Brasil y Cuba.

Chile

El manejo comunitario de los pacientes con enfermedades mentales vio sus inicios desde la década de 1960 cuando se decidió cambiar el modelo asilar formalmente establecido desde 1852 con el fin de brindar condiciones más humanitarias. En 1952 se había empezado a incorporar la psiquiatría en los hospitales generales, lo cual favoreció el apoyo general para cambiar el contexto nosocomial tradicional por el comunitario (87).

Entre 1963 y 1973 se propusieron iniciativas como “Programa Intracomunitario Integral de Salud Mental del Área Sur de Santiago” el cual se constituía como una serie de estrategias dirigidas al trabajo en adicciones (sobre todo el alcohol) y en otros

aspectos de salud mental. La atención era brindada por un equipo conformado por un psiquiatra, enfermeros, auxiliares de enfermería, líderes comunitarios y voluntarios de la comunidad que buscaban que las personas beneficiadas por el programa logaran encontrar empleo en diversos oficios (87).

También se creó el “Programa de Psiquiatría Comunitaria del Hospital de Temuco” que pretendía integrar a los pacientes y sus familias, así como a líderes de la comunidad en programas de atención dentro de sus localidades, para fomentar el empleo en oficios como la agricultura (87).

A pesar de estos avances, debido a la imposición del régimen político militar, cesaron muchas de estas iniciativas. Fue hasta la década de los 90 con la reinstauración de un sistema democrático que nuevamente se logró retomar la idea de abordar la enfermedad mental, sobre todo en la rehabilitación psicosocial, desde un enfoque comunitario (87).

Tras la creación y reformulación de algunos modelos, se crearon una serie de organizaciones horizontales llamadas Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) y Redes de Atención en Salud (RASs), las cuales estaban integradas por diversos profesionales que trabajan interdisciplinariamente en atención primaria mediante distintas iniciativas (88):

1. La instalación de equipos de salud mental en Atención Primaria.
2. El Programa de Reparación y Atención en Salud (PRAIS) para víctimas de violaciones a los derechos humanos.
3. El programa de prevención de alcohol y drogas.
4. Establecimiento de Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM); los cuales se conformaron como centros diurnos para disminuir las

hospitalizaciones (87,88). A partir del año 2000, se establecieron políticas públicas para implementar este modelo a nivel nacional con el objetivo de rehabilitar a los pacientes desde sus localidades. De esa forma, se integraron organizaciones locales para lograr adaptar de una manera flexible a los pacientes con sus realidades (84).

Los COSAM funcionan bajo el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, en el cual se integra a las personas portadoras de la enfermedad mental, sus familias y la comunidad en el proceso de rehabilitación desde una perspectiva biopsicosocial. Se busca identificar las necesidades particulares de cada persona para trabajar con ellas desde la promoción de la salud, la prevención de crisis, la atención y cuidados de salud mental no solamente de desde la sintomatología, si no de las relaciones interpersonales y la inserción social. Además, impulsa la rehabilitación psicosocial, viendo la enfermedad y las crisis desde un contexto específico. Aparte de los profesionales del centro, hay un consejo ciudadano que colabora con la planificación y ejecución de actividades en el centro (88).

Durante el año 2016 se contabilizaron 146 equipos de especialidad ambulatoria de Salud Mental, distribuidos en 91 Centros Comunitarios de Salud Mental y 55 equipos en Centros Adosados de Especialidades (CAE), Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT), Centros de Referencia de Salud (CRS) o Servicios de Psiquiatría. Entre los profesionales que se ubican en ellos, se encuentran psiquiatras, enfermeros de salud mental, psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales. Sin embargo, la gran heterogeneidad de las regiones, así como la falta de unificación de programas comunitarios ha provocado una variabilidad de los equipos en el país en

muchos puntos, desde la cantidad de pacientes que debe abordar a cada equipo, el personal que los conforma y la entidad gubernamental que administra el centro (88).

En el 2016, de los 91 Centros Comunitarios de Salud Mental que existían en el país, el 49% tenían dependencia municipal y del Servicio de Salud y el 2% de entidades privadas (88).

Aparte de los centros mencionados, existen equipos de Atención Primaria en Salud con médicos generales entrenados para el manejo biológico de las enfermedades y de un psicólogo que se encarga de la parte emocional de las crisis (89).

Si bien existen muchas lecciones aprendidas desde la experiencia chilena, se presentan muchas limitaciones en el manejo de los pacientes. Por ejemplo, la ausencia de una ley de salud mental y la falta de fundamento teórico que logre que todos los centros de salud funcionen de forma homogénea desde el punto de vista de infraestructura, equipos y presupuestos (89).

Brasil

Tras varios intentos por cambiar el modelo asilar durante la década de 1970, la salud mental en Brasil dio un giro durante la Reforma Psiquiátrica Brasileña que tomó lugar entre 1990 y el 2003 tras la promulgación en los años 90 de la Declaración de Caracas. Desde entonces, se decretaron varias leyes que protegían la integridad, derechos humanos y el acceso a los servicios de salud de las personas con enfermedades mentales. De hecho, en 1999 se promulgó la ley que permite el desarrollo de programas de apoyo psicosocial para pacientes psiquiátricos en acompañamiento con los servicios comunitarios y posteriormente se decretaron otras leyes que continuaron con el proyecto (90,91).

Con lo anterior, el país sudamericano buscó la desinstitucionalización de aquellos pacientes con largas estancias en asilos para integrarlos mediante la rehabilitación psicosocial a programas de atención extrahospitalaria, con el cierre de cerca de quince hospitales psiquiátricos. Para ello, se crearon los Centros de Atención Psicosocial (CAPS), las camas de hospitalización de centros psiquiátricos se empezaron a trasladar a hospitales generales, y se regularon los internamientos involuntarios (90,91).

Con el fin de poder coordinar todas estas iniciativas, se creó la Red de Atención Psicosocial (RAPS) que está constituida por:

- Los CAPS: son servicios municipales de salud, abiertos y comunitarios de atención diaria que prestan atención médica a personas con enfermedades mentales severas. Se encargan de crear lazos con organizaciones dentro del territorio de adscripción. Hay varios tipos de CAPS según el tamaño de la ciudad, población meta (adultos, adultos mayores, niños, adolescentes y personas con farmacodependencia).

Los equipos están conformados de forma obligatoria por un psiquiatra, un enfermero de salud mental, un psicólogo y un asistente social a quienes se suman otros profesionales. En la actualidad hay cerca de 1700 CAPS en todo el territorio (91).

- Servicios Residenciales Terapéuticos: son espacios dentro de la comunidad donde se ofrece el cuidado de personas con enfermedades mentales que han estado institucionalizados por largo tiempo en hospitales psiquiátricos. En la actualidad, se ubican cerca de 500 residencias en todo el país (91).

- Casas de Hospedaje Transitorio: son servicios intermedios entre las camas de desintoxicación hospitalaria y los servicios abiertos de los CAPS (91).
- Camas de Atención Integral en hospitales generales y emergencias: corresponde a servicios hospitalarios y de acogimiento nocturnos que están articulados con la red (91).

Todas estas políticas persiguen que los afectados por enfermedades mentales sean rehabilitados psicosocialmente y dentro de lo posible se les integre en el ámbito laboral. Además, se busca el apoyo a sus familiares para evitar situaciones de abandono y exclusión (91).

Gracias a todas estas iniciativas, la calidad de vida de estas personas ha mejorado notablemente. Sin embargo, se han identificado dificultades también para la continuación de estos programas, entre ellos la limitación en su financiación, deficiente formación universitaria en salud mental y el faltante de equipos comunitarios que brinden atención para favorecer el cierre total de los asilos (90,91). A todo ello se suma el fenómeno de “*trans-institucionalización*” en el cual se trasladan usuarios con cuadros crónicos de un hospital psiquiátrico a lugares como asilos o albergues sin que estos logren integrarse verdaderamente a una comunidad; el funcionamiento asilar se traslada a un lugar diferente, pero sin que necesariamente se motive a la rehabilitación (91).

Cuba

El sistema de salud está administrado por el Ministerio de Salud Pública, cuyo funcionamiento se basa en los principios de la organización socialista, entre los cuales

se encuentra la disponibilidad de servicios médicos a toda la población sin hacer distinción alguna. Se le ha dado especial énfasis a su acceso, que es universal y gratuito, fomenta la promoción de la salud y prevención de enfermedades (92).

En dicho país, la psiquiatría comunitaria es concebida como “la psiquiatría social puesta en acción”, lo cual implica tener una visión biológica, psicológica, social y espiritual de las enfermedades mentales dentro del contexto de la vida de cada individuo (93).

Desde 1959, tras la Revolución Socialista, se empezó a modificar la manera en que los pacientes asilados eran tratados y en 1995 se inició un viraje del modelo tradicional de atención psiquiátrico a uno dirigido a la comunidad (92).

La mayor parte de los servicios de salud mental se encuentran ubicados dentro de cada comunidad. Para su funcionamiento, la Atención Primaria en Salud (APS) ofrece Servicios de Salud Mental (SSM) por medio de los policlínicos de cada localidad. Existen además camas de hospitalización de psiquiatría en hospitales generales y hospitales psiquiátricos (92,93).

Tanto en hospitales psiquiátricos y generales, los policlínicos y los centros comunitarios trabajan con equipos de salud mental que incluyen no solamente al psiquiatra, sino a otros profesionales como enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos y terapeutas ocupacionales que brindan diversos tipos de servicios como psicoterapia y tratamiento para adicciones. Todos estos establecimientos cuentan con programas para favorecer la inserción ocupacional o laboral de los pacientes que se atienden (92,94).

Para lograr entender mejor cómo se encuentra constituido el sistema, a continuación, se detalla cada una de las unidades que lo conforman (92):

- Los Centros Comunitarios de Salud Mental son unidades de salud especializadas de segundo nivel que se ubican en un local propio, con un equipo constituido por varios profesionales en salud y constituye un enlace entre la atención primaria y el tercer nivel de atención; algunos incluso manejan hospitalizaciones parciales. Cada uno ofrece seguimiento ambulatorio mediante equipos móviles de salud y además promueven actividades culturales como escultura, dibujo, pintura, grabado, creación de artesanías y danza (93).
- Policlínicos: son unidades básicas de atención primaria que atienden entre 20 mil y 35 mil pacientes y que prestan servicios básicos, entre ellos psiquiatría general e infantojuvenil. Se articulan con los Centros de Salud Mental que los vigilan y capacitan (93).
- Servicios de Salud Mental (SSM): son servicios que, a pesar de ser parte de los policlínicos, tienen su propio local.

En el país, se cuenta con 19 hospitales de día dentro de los servicios de psiquiatría en hospitales generales y con otros 19 en los hospitales psiquiátricos (92). Los hospitales diurnos existen desde 1995 y son centros ambulatorios insertos en la comunidad en los cuales las personas con trastornos mentales más severos pueden permanecer de lunes a viernes y ser partícipes de programas de rehabilitación psicosocial de forma individualizada. Los equipos además supervisan la salud física de los pacientes para evitar su deterioro (94).

Los hospitales psiquiátricos poseen servicios de hospitalización parcial, unidades de intervención en crisis, salas para crisis agudas y algunas camas para estadías prolongadas (92).

Guatemala, El Salvador y Nicaragua

La OMS ha realizado estudios sobre las políticas de salud mental en tres países centroamericanos, que documentó grandes carencias a nivel institucional. El presupuesto destinado a la atención de enfermedades mentales corresponde a apenas un 1% del total destinado al sector salud y cerca del 90% se emplea en hospitales psiquiátricos (95).

En El Salvador hay algunos centros de atención psicosocial que brindan atención comunitaria. En Nicaragua se han abierto algunos Centros de Atención Psicosocial (CAPS) con apoyo de la OMS y se han creado cinco centros diurnos. Por su parte, en Guatemala los servicios comunitarios son escasos, aunque existen algunos servicios para la atención psicosocial para poblaciones indígenas afectadas por los conflictos armados y se han formado dos centros diurnos en hospitales psiquiátricos (95,96).

La mayor parte de la atención se brinda aún en hospitales psiquiátricos, que son además los que cuentan con la mayor cantidad de camas para internamientos, con una modalidad todavía asilar (95).

El Salvador ha hecho esfuerzos importantes por mejorar las condiciones de los pacientes, por lo cual ha generado guías de manejo para trastornos mentales en el primer y segundo nivel de atención (97,98).

Sin embargo, la realidad nacional de dichos países no parece haber mejorado de manera significativa. En Nicaragua, además de no existir una legislación que proteja los derechos de las personas con enfermedades mentales, el presupuesto en salud mental es de apenas el 0.8%, los pacientes reingresan más de 20 veces al año a los hospitales psiquiátricos y la dirección en psiquiatría parece haber tomado un giro hacia el modelo asilar (99,100). Por su parte, en el 2014 se hicieron denuncias internacionales

por los tratos deshumanizados del principal hospital psiquiátrico de Guatemala, en donde se constataron condiciones inhumanas en cuanto a infraestructura y atención médica que incluían la sedación de los usuarios y la exposición a diversos tipos de abusos (101).

3. DELIMITACIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

3.1 Justificación

La esquizofrenia es una enfermedad mental severa que afecta a cerca del 1% de la población mundial. Si bien es cierto que su prevalencia no es tan elevada como la de otros trastornos mentales, tiene la particularidad de provocar una alta tasa de discapacidad, especialmente si no se aborda de manera integral. Esto genera desgaste en las familias, altos costos económicos por hospitalizaciones recurrentes y complicaciones físicas y mentales para los afectados por dicha condición (44).

Actualmente, el manejo de esta patología toma en cuenta las esferas biológicas, psicológicas y sociales. Es por ello que las diversas instituciones encargadas de brindar recomendaciones de manejo proponen intervenciones farmacológicas, psicológicas y ocupacionales enfocadas en el manejo comunitario y en la reinserción social (43,44).

Existen diversas guías de tratamiento y recomendaciones basados en evidencia que señalan la importancia de aplicar esquemas responsables de fármacos, vigilar sus potenciales efectos adversos y ajustar a las necesidades individuales de cada sujeto (por ejemplo, si presenta alteraciones metabólicas, comorbilidades físicas o psiquiátricas y si existe refractariedad a la medicación) (43,44). De la misma manera, existen recomendaciones sobre corrientes psicoterapéuticas que mejoran la condición mental así como el apego a los medicamentos; y propuestas ocupacionales para fortalecer las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria con el propósito de integrarse en actividades académicas o laborales (44).

En la literatura se encuentran diversos modelos de trabajo con amplio seguimiento por años, en los que se documentan sus beneficios (43,44,72).

En Costa Rica, la Caja Costarricense del Seguro Social es la entidad gubernamental encargada de velar por la salud de los habitantes de dicho país. Sin embargo, no existe una política ni guías nacionales de seguimiento para este tipo de patologías y los protocolos de manejo que se logran ubicar son individuales para cada servicio hospitalario que los ofrece. Es por esta razón, que resulta valioso comparar los abordajes disponibles en la institución con aquellos que se recomiendan a nivel internacional con el fin de identificar qué áreas ameritan fortalecerse (102).

3.2 Delimitación y formulación del problema de investigación

El abordaje integral de los pacientes con esquizofrenia en Costa Rica dentro de la seguridad social sigue solo parcialmente las recomendaciones de manejo de guías y estudios internacionales.

3.3 Objetivo general

Describir el abordaje integral de los pacientes con esquizofrenia en el sistema de seguridad social de Costa Rica.

3.4 Objetivos específicos

1. Revisar las recomendaciones internacionales para el manejo integral de la esquizofrenia.

2. Identificar los recursos disponibles en Costa Rica para el manejo integral de la esquizofrenia.
3. Brindar recomendaciones para el fortalecimiento del manejo de la esquizofrenia en Costa Rica

4. DISEÑO METODOLÓGICO: MATERIALES Y MÉTODOS

El presente trabajo consiste en una revisión y análisis de carácter *comparativo* entre la oferta de servicios y protocolos existentes para el abordaje integral de la esquizofrenia elaborados por la Caja Costarricense del Seguro Social y los lineamientos internacionales. El análisis es además cualitativo ya que es completamente *observacional*.

La literatura nacional e internacional se revisó a través de las plataformas y bases digitales PubMed, PubMed Central, Medline, ResearchGate, Google Académico, SIBDI (UCR), Scielo y BINASSS. De esta forma se accedió a guías clínicas europeas, estadounidenses, australianas, británicas y latinoamericanas; así como lineamientos y recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

La información nacional se obtuvo de entrevistas citadas en el cuerpo del trabajo, protocolos solicitados directamente en el Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres y en el Hospital Psiquiátrico Roberto Chacón Paut y mediante la búsqueda de información en las bases de datos supra citadas.

Para ubicar digitalmente la información, se utilizó el tesoro o MeSH (*Medical Subject Heading*) de cada base de datos mediante la utilización de palabras clave.

La primera parte del trabajo buscará resumir las recomendaciones internacionales para el abordaje biológico, psicológico y social de los usuarios portadores de esquizofrenia. La segunda procurará detallar los recursos disponibles para pacientes, familias y personal de salud en Costa Rica. La última sección analizará

las áreas que deben fortalecerse a nivel nacional de acuerdo con la medicina basada en evidencia.

5. ANÁLISIS Y RESULTADOS

5.1 Manejo de la esquizofrenia dentro del sistema de seguridad social de Costa Rica

En Costa Rica, la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) es la entidad encargada de velar por la prestación de servicios de salud que reciben los habitantes del país e incluye la atención en materia de salud mental. La oferta de servicios ha logrado crecer en los últimos años a pesar de contar con un presupuesto limitado (102). Una buena parte de sus iniciativas y estrategias buscan acatar lo dispuesto en las políticas nacionales en salud mental (103).

En general, la mayor parte de los pacientes portadores de esquizofrenia no hospitalizados se atienden en consultas ambulatorias (externas) de psiquiatría, psicología y trabajo social de sus respectivas áreas de salud a lo largo de todo el país, ya sea en clínicas de segundo nivel de atención u hospitales generales (102). Algunos de ellos continúan su seguimiento en un primer nivel de atención cuando se ha alcanzado su estabilidad.

Existen clínicas especializadas de las consultas ambulatorias en algunos centros médicos, entre ellas cabe mencionar la Clínica de Primeros Episodios Psicóticos del Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres. Esta se encarga de captar pacientes que presentan un primer episodio psicótico y les da un seguimiento integral mediante atenciones en psiquiatría, psicología (que brinda terapia cognitiva conductual enfocada en psicosis), enfermería en salud mental y trabajo social durante los primeros dos a tres años tras la aparición de síntomas (104,105). También busca identificar pacientes con alto riesgo de desarrollar psicosis para su respectivo

seguimiento (104,105). Otras clínicas especializadas que ofrece la consulta de varios centros son las de supervisión semanal y mensual de uso de clozapina (104).

En cuanto a la existencia de camas para internamiento, existen dos hospitales psiquiátricos en el país en los cuales se concentra la mayor cantidad de espacios para menores de edad, adultos y adultos mayores: el Manuel Antonio Chapuí y Torres (HNP-MACT) que se ubica en el cantón de San José y el Roberto Chacón Paut (HP-RCP) en la Unión de Cartago. Cada día, más camas se destinan a tratamiento de pacientes en una fase aguda o crisis, pues aquellos que se encontraban institucionalizados de manera indefinida han sido reubicados con familiares o en albergues durante los últimos años.

Algunos hospitales generales manejan servicios de hospitalización para pacientes en fases agudas, tales como el Hospital Tony Facio Castro en Limón y el Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia en San José.

A continuación, se procederá a resumir los servicios que se les ofrecen a los pacientes portadores de esquizofrenia a nivel nacional.

5.1.1 Catálogo farmacológico

La CCSS ofrece dentro de su lista oficial de medicamentos, una serie de antipsicóticos típicos y atípicos orales que se prescriben según las necesidades de los pacientes; los médicos psiquiatras son quienes tienen la autorización para iniciar dicha medicación y son usualmente quienes le dan seguimiento en la consulta ambulatoria de clínicas y hospitales (106,107).

Primera generación	Segunda generación
Haloperidol 5mg	Risperidona 1mg
Trifluoperazina 5mg	Clozapina 100mg
Perfenazina 4mg	
Levomepromazina 25mg	
Clorpromazina 100mg	

En cuanto al uso de clozapina, este medicamento está reservado para el tratamiento de la esquizofrenia refractaria. Para su uso, existe un protocolo que amerita realizar hemogramas semanales durante 18 semanas y posteriormente hemogramas mensuales para despachar el tratamiento (106,107).

Por lo demás, existe un protocolo para la solicitud de inicio de tratamiento con olanzapina el cual debe ser presentado y renovado anualmente ante el comité de farmacoterapia del respectivo hospital o área de salud. Dicho medicamento está reservado para casos de refractariedad comprobada al tratamiento, pero su uso es limitado (106,107).

Como medicamento de depósito, se cuenta solamente con decanoato de flufenazina con viales de 25mg (106,107).

Para el manejo de la agitación, se cuenta con los siguientes medicamentos intramusculares: haloperidol, clorpromazina y olanzapina. (107)

Existen otros medicamentos que también pueden ser utilizados según las comorbilidades de los pacientes como episodios depresivos concomitantes, trastornos del sueño o por consumo de sustancias, los cuales se detallan a continuación (106,107):

- Valproato de sodio 250mg
- Carbamazepina 200mg
- Lamotrigina 100mg
- Carbonato de litio 300mg
- Fluoxetina 20mg
- Venlafaxina 75mg
- Amitriptilina 10mg
- Imipramina 10mg y 25mg
- Clonazepam gotas 0.08mg
- Clonazepam tabletas 2mg
- Diazepam 5mg
- Lorazepam 2mg
- Hidroxicina 25mg
- Difenhidramina 25mg

No existe una guía estandarizada para la elección de uno u otro, la opinión de los clínicos suele ser la base para dar inicio y seguimiento a cada tratamiento.

5.1.2 Terapia electroconvulsiva

La terapia electroconvulsiva se brinda primordialmente en el Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres tanto a pacientes hospitalizados como a aquellos que reciben TEC de mantenimiento de forma ambulatoria. La misma es analizada por una Clínica de TEC que se encarga de supervisar los casos presentados para utilizar dicha herramienta terapéutica, en donde se evalúa riesgos y beneficios y finalmente otorgar el visto bueno para su aplicación. Sus indicaciones incluyen (108):

- Episodio depresivo mayor unipolar o bipolar
- Episodio de manía
- Esquizofrenia y trastornos psicóticos relacionados
- Catatonia
- Síndrome neuroléptico maligno

Los médicos tratantes son quienes prescriben la TEC durante un mínimo de seis sesiones y son quienes valoran la respuesta mediante la escala PANSS (*Positive and Negative Symptoms Scale*), la Young de Manía o la Hamilton de depresión. El médico anestesiólogo es quien hace la selección de anestésicos para las sesiones (108).

Los protocolos de dosificación que se aplican son los del Centro Médico de la Universidad de Duke y de la Universidad del Centro Médico de Pittsburg (modificado). Solo se cuenta con equipo para realizar la TEC con electrodos bilaterales (108).

No hay un protocolo establecido para el seguimiento de estos pacientes, si no que los mismos son referidos a sus respectivas áreas de salud cuando egresan (108).

5.1.3 Psicoterapia

Se revisaron los planes de estudio de posgrado de psicología de la Universidad de Costa Rica y de la Universidad Nacional de Costa Rica los cuales se encuentran disponibles dentro de sus respectivos sitios web. No existe en ninguno de los dos centros académicos, posgrados específicos o especializados en psicoterapia para pacientes con psicosis (109,110).

A pesar de ello, los servicios de psicología brindan atención psicoterapéutica en las consultas externas de clínicas y hospitales a pacientes con trastornos mentales mayores, entre ellos la esquizofrenia. Se dispone de grupos psicoterapéuticos organizados por psiquiatras, por ejemplo, los grupos para pacientes con psicosis que trabajan con un enfoque psicoanalítico en el Hospital Roberto Chacón Paut (111) y los grupos con enfoque psicoeducativo de la clínica de primeros episodios psicóticos del Hospital Manuel Antonio Chapuí y Torres (104,105). Sin embargo, el alcance de estos no es tan amplio como se quisiera, pues su acceso se encuentra limitado para pacientes que viven fuera de la Gran Área Metropolitana (GAM).

5.1.4 Manejo comunitario

En Costa Rica, la mayor parte del presupuesto en salud mental se destina al tercer nivel de atención (es decir, al manejo hospitalario), lo cual ha limitado la creación de unidades comunitarias de salud mental en todas las provincias (102).

Actualmente, solo existe un hospital diurno y un centro de atención mental comunitaria en el país, ambos ubicados en la GAM y cuyo enfoque está dirigido a la población adulta.

El hospital diurno funciona desde 1969 y atiende pacientes en fases aguda y crónica de la enfermedad (112). Se entrevistó a la Dra. Carla Subirós Castresana-Isla, coordinadora de los programas del hospital diurno, el cual se encuentra bajo la tutela del HNP-MACT, con el fin de conocer a fondo el funcionamiento de la entidad (113). Dentro de los programas a los cuales pueden acceder pacientes con esquizofrenia se cuenta con:

- El Centro de Abordaje Integral para las Personas Adultas Mayores con Demencia (CID), el cual se encarga de brindar rehabilitación a pacientes con deterioro cognitivo y compromiso del funcionamiento por diversas causas médicas o mentales.
- Praxis, el cual va dirigido a pacientes con diversos trastornos de conducta o discapacidad cognitiva, y busca desarrollar habilidades y destrezas por medio de robótica educativa.
- Talleres ocupacionales, los cuales consisten en el aprendizaje de actividades organizadas como reciclaje, carpintería, confección artesanal de piñatas, alcancías y actividades agrícolas básicas. Los pacientes que acuden a estos talleres tienen la posibilidad de eventualmente incorporarse a AUSDI (Asociación de Usuarios del Servicio del Hospital Nacional Psiquiátrico) y la Cooperativa de pacientes que, mediante la venta de plantas, legumbres y otros productos logran obtener y distribuir los recursos económicos a los mismos usuarios.
- Educación general básica mediante enlaces con el Ministerio de Educación Pública.

Para ingresar a los programas, se realiza una revisión del historial de salud del paciente y se entrevista al mismo para conocer sus intereses, así como a sus familiares y cuidadores para determinar su nivel de compromiso y posibilidades de asistencia semanal. Si bien, no se limita a ninguna área de atracción, en general la población a la que se atiende pertenece a la GAM.

Por otra parte, el Centro Diurno para la Salud Mental existente en el país fue fundado en 1997 y se encuentra bajo la tutela del HP-RCP. A diferencia del hospital diurno, sus instalaciones no se encuentran en el hospital psiquiátrico propiamente, sino que se ubican inmersas en la comunidad de la Unión de Cartago. El centro trabaja mediante un equipo interdisciplinario conformado por psiquiatría, terapia ocupacional, enfermería en salud mental, trabajo social y psicología. Los pacientes que se valoran y son aceptados en el centro reciben atenciones basadas en el modelo de Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC) cuyo fin es apoyar a los pacientes en la adquisición y fortalecimiento de destrezas que les permitan incorporarse a sus comunidades. Para ello, se realizan planes individuales de acuerdo con las necesidades de cada persona (111).

Además del seguimiento médico, el centro cuenta con diversos programas (111):

- Entrenamiento en actividades de la vida diaria (básicas e instrumentales)
- Sensorio motor, en el cual se trabaja actividad física y relajación
- Social y recreativo
- Laboral, el cual incluye entrenamiento en confección de huertas, fabricación y diseños en papel, computación básica, costura y tejido, panadería básica, servicios generales y reciclaje de papel.
- Acondicionamiento educativo

Durante su proceso de rehabilitación se llevan a cabo planes domiciliarios que además involucran a los familiares o cuidadores (111).

A las familias se les ofrece la participación en un grupo psicoeducativo y de apoyo coordinado por trabajo social. Por otra parte, a los pacientes se les invita a participar en grupos psicoterapéuticos con enfoque psicoanalítico para personas con psicosis (111).

Una limitante importante identificada, es la falta de programas estatales de este tipo para la población que no vive en las cercanías del hospital diurno y del centro comunitario.

A lo largo del país, se encuentran algunas iniciativas para que los equipos de salud mental realicen visitas comunitarias mas no se encuentran estandarizadas y dependen de los recursos propios de cada centro de salud. Un ejemplo de ello es el trabajo que realiza el equipo de salud mental del Hospital Tony Facio Castro en Limón, el cual se desplaza a las comunidades para atender a poblaciones vulnerables (114).

Otro tema importante es la escasez de programas gubernamentales destinados al abordaje integral de personas menores de edad con enfermedad mentales como depresión, ansiedad y esquizofrenia en la comunidad. Existe una organización sin fines de lucro denominada FUNDAMENTES que trabaja mediante equipos interdisciplinarios de salud mental en comunidades como Pavas. Dichos equipos están conformados por enfermeros y psicólogos del HNP-MACT, profesores del Ministerio de Educación Pública y otros profesionales que laboran en casas comunales o casas infantojuveniles. Su propósito consiste en atender menores de edad en riesgo psicosocial y también atiende personas con enfermedad mental establecida (115).

Debido a sus resultados positivos, dicha iniciativa se ha trasladado a otras comunidades más alejadas tales como Limón y Talamanca (116).

Por el momento, no existen programas de psiquiatría comunitaria infantojuvenil en el país ni centros u hospitales diurnos.

En general, no hay lineamientos que establezcan como prioridad la creación de centros de atención en salud mental en las comunidades ni tampoco se ha protocolizado la creación de programas en salud mental comunitaria en las clínicas de segundo nivel de atención para atender no solamente a personas con esquizofrenia, sino también a otros con enfermedades mentales severas.

5.1.5 Otras herramientas disponibles en Costa Rica

Además de lo ya descrito, otras entidades que pueden colaborar con el manejo integral de la esquizofrenia son el Instituto Nacional de Farmacodependencia (IAFA) que brinda atención a los pacientes que presentan trastornos por consumo de sustancia comórbidos y que requieren procesos de rehabilitación ya sea ambulatorios o mediante internamientos en centros destinados para dicho fin (117). El Patronato Nacional de la Infancia (PANI) también se involucran en casos en los que se amerita la protección de algún menor de edad.

6. CONCLUSIONES

Se planteó la idea de realizar una revisión sobre el manejo integral de la esquizofrenia en Costa Rica con el objetivo de comparar la situación nacional con respecto a otros países. La motivación de efectuar el presente trabajo surgió ante la preocupación y limitaciones a nivel farmacológico, psicoterapéutico y social que enfrenta la salud mental en un país con un índice de desarrollo humano alto (IDH) como Costa Rica, el cual se encuentra posicionado por encima de Panamá, Cuba, México y Brasil para mencionar algunos ejemplos (118). Lo anterior contrasta con los protocolos de manejo integral en salud mental, en donde existe la paradoja que en países con un IDH inferior se brinda una atención más humanitaria e integral.

Un aspecto importante que destacar es la escasez de alternativas psicofarmacológicas y la dificultad para obtenerlas en pacientes que ameritan el tratamiento de forma temprana, lo que conlleva a un deterioro y peor pronóstico de los pacientes. Apenas se cuenta con los medicamentos mínimos recomendados para un sistema básico de salud que recomienda la OMS. Esto no solo afecta al paciente con síntomas crónicos, ya que el manejo de las crisis agudas resulta insuficiente debido a la pobre gama de psicofármacos disponibles y recomendados que ya fueron citados en el apartado de recomendaciones psicofarmacológicas según las guías internacionales. Esta situación afecta y agrede directamente los derechos humanos de la población esquizofrénica, puesto que, al no contar con las presentaciones farmacológicas adecuadas, se omiten varios pasos en el manejo del paciente agitado, que por lo general el abordaje concluye en sujeciones y tratamiento parenteral; es decir, el primer abordaje da un salto a las últimas medidas sugeridas por las guías internacionales.

La estigmatización de la patología mental aún persevera no solo en la población, sino que también a nivel gubernamental y entes administrativos, lo cual se ve reflejado en el aporte de tan solo un 1% de los fondos en materia de salud. Es de conocimiento público que los tratamientos de especialidades como pediatría, inmunología, oncología y neurología por citar algunos, poseen acceso a fármacos de mayor coste y por lo tanto mayor diversidad de estos que los psicofármacos. Esta situación impide el progreso para mejorar los servicios de salud mental debido a que no se cuenta con el apoyo económico ni el interés en la población con patología mental.

La forma de organizar y distribuir los fondos económicos no es más que una muestra ante el desinterés, desigualdad y desconocimiento, lo que desmitifica el derecho al acceso a las mismas condiciones de atención sanitaria.

Un reflejo de la falta de recursos disponibles es el limitado acceso que hay a procesos individuales y grupales de CBTp, en parte ya que no hay programas de formación de especialistas con este énfasis en el país. Se identificaron grupos terapéuticos de base psiconalítica; sin embargo, los estudios y metaanálisis a la fecha no lo recomiendan como primera línea de abordaje por lo cual sería enriquecedor estudiar el efecto que tienen sobre la población que lo recibe. (47)

Otro punto relevante es la falta de activos y material humano para la atención comunitaria de la salud mental, punto clave en el abordaje de los pacientes con esquizofrenia. Los programas con los que se cuentan son insuficientes y la mayoría están ubicados en lugares específicos dentro la GAM lo cual limita su acceso, no solamente para aquellos usuarios que viven en zonas alejadas, sino para un gran número de personas que dependen de un deficiente servicio de transporte público para trasladarse a los lugares de atención. No existen equipos integrales en la mayor parte

de los servicios de consulta externa de psiquiatría con los cuales se puedan realizar sesiones de equipo, seguimiento comunitario o abordajes familiares lo que reduce las posibilidades de rehabilitación psicosocial. La mayor parte de los centros de salud ni siquiera cuenta con un terapeuta ocupacional que trabaje en oportunidades académicas, laborales o desarrollo de habilidades psicosociales básicas.

Para los menores de edad el escenario es incluso más sombrío, la CCSS no ha conformado equipos comunitarios que incluyan psiquiatría, trabajo social, entre otros para atender a una población altamente vulnerable y que requiere intervenciones tempranas para disminuir el deterioro.

En la actualidad, no se encuentran estudios que respalden la efectividad de los modelos que hay disponibles en el país, por lo cual resultaría valioso evaluar los resultados que obtienen los pacientes que ingresan a un centro u hospital diurno de acuerdo con las escalas y métricas recomendadas en la literatura.

Cabe acotar, para oscurecer más la situación, que las citas de atención en consulta externa de psiquiatría suelen tener una duración de treinta minutos cuando se trata de la primera atención que se le brinda al paciente, mientras que las subsecuentes tienen una duración de apenas quince minutos, lo cual va en detrimento de los usuarios ya que es difícil evaluar el caso de manera integral, entrevistar a familiares o aplicar escalas para medir el funcionamiento, progreso y respuesta de los usuarios a la medicación. Hay algunas excepciones; por ejemplo, en el Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres, los casos nuevos pueden abordarse en una hora y los casos subsecuentes en veinte o treinta minutos. Sin embargo, esta no es la regla a nivel nacional.

Un tema complicado es la desinstitucionalización de los pacientes durante la presente década. En los últimos años se ha observado el cierre de los asilos y el traslado de los pacientes a casas de cuidado y albergues, la mayor parte privados, lo cual constituye un paso enorme y un gran logro para la salud mental costarricense, pero de lo que poco se ha hablado es que precisamente por la falta de todos estos recursos comunitarios, los pacientes han pasado a enfrentar un fenómeno de *trans institucionalización*, en el cual viven igualmente reclusos en hogares privados con limitadas oportunidades de ser rehabilitados psicosocialmente puesto que no se les ofrece terapia ocupacional, rehabilitación cognitiva, psicoterapia, entre otros. Además, los pacientes son enviados a los diferentes lugares de acuerdo con la disponibilidad de espacio y no del arraigo cultural que tengan, es decir, se trasladan independientemente de si se trata de localidades con las cuales en algún momento estuvieron familiarizados o no.

A estos pacientes no se les ha dado un seguimiento tras su egreso con el fin de evaluar mediante instrumentos estandarizados su satisfacción, calidad de vida y progreso en la adquisición y puesta en práctica de habilidades psicosociales. Es por ello, que aún se tiene una gran deuda con esta población, históricamente olvidada por la sociedad.

Sin embargo, se encontraron iniciativas que de continuar y expandirse pueden significar un cambio radical en la forma en que se visualiza la psiquiatría. Cabe mencionar la búsqueda de especialización mediante la conformación de clínicas específicas como las de psicosis refractaria y la de primeros episodios psicóticos, que persiguen brindar abordajes completos para los pacientes.

En general, se puede concluir que en Costa Rica se han elaborado esfuerzos cuyos resultados se han visto reflejados en la creación de programas para la población portadora de esquizofrenia. No obstante, aún queda mucho por alcanzar en términos de necesidades farmacológicas, psicoterapéuticas y comunitarias. Es necesario actualizar los planes y políticas de salud mental ya que no se cuenta ni siquiera con una legislación que proteja los derechos de esta población.

Se debe ampliar la oferta de medicamentos, sobre todo de antipsicóticos atípicos, con el fin de poder ajustarlos a las necesidades reales de los pacientes, y continuar con la reestructuración del modelo de atención en salud con un enfoque comunitario que ha demostrado ser efectivo en otras latitudes. Se debe luchar para que los pacientes reciban un abordaje que permita su rehabilitación y no solamente la atenuación de síntomas positivos.

La creación de un verdadero modelo comunitario en el cual equipos de salud mental atiendan a los usuarios, sería de beneficio para todos los demás pacientes portadores de otros trastornos mentales como trastorno depresivo recurrente, trastorno afectivo bipolar, trastornos de ansiedad, entre otros.

Es fundamental romper con el esquema de educación clásico en donde existe la tendencia a separar la psiquiatría de las demás especialidades médicas, que la posiciona en un segundo plano y evite conseguir una atención equiparable a otras ramas de salud. Este aspecto no solo involucra a los médicos, sino también al personal de enfermería, farmacia, funcionarios administrativos, etc. Todo lo anterior contribuye al fracaso de una adecuada atención, y entre los factores más notables se encuentran:

- Nivel profesional: desconocimiento sobre diagnóstico y manejo de enfermedades mentales, temor y estigmatización. No hay una formación ni exposición suficiente en los programas de estudio (119).
- Interacción paciente con profesional: las conducta de difícil manejo, presentaciones complejas, la reacción emocional hacia el paciente y las limitaciones de infraestructura en un hospital general provoca que toda la población con patología mental sea referida a un centro de salud de tercer nivel, lo que conlleva a un retraso en el abordaje, con mayor riesgo para la salud del paciente y sobre todo a perpetuar el pensamiento general que un paciente con patología mental no es responsabilidad de un centro de salud general. Lo que de manera disimulada representa cierto grado de estigmatización.
- Disponibilidad de psiquiatras: al no contar con recursos profesionales en salud mental en hospitales generales, ocasiona que la atención comunitaria sea difícil de lograr (120).

7. REFERENCIAS

1. Owen MJ, Sawa A, Mortensen PB. Schizophrenia. *Lancet*. 2016;388(10039):86–97. Disponible en:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673615011216>
2. Najjar S, Pearlman DM. Neuroinflammation and white matter pathology in schizophrenia: Systematic review. *Schizophr Res*. 2015;161(1):102–12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2014.04.041>
3. Chong HY, Teoh SL, Wu DBC, Kotirum S, Chiou CF, Chaiyakunapruk N. Global economic burden of schizophrenia: A systematic review. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016;12:357–73.
4. Os J Van, Kapur S. Schizophrenia. *Lancet*. 2012;374(9690):635–45. Disponible en:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673609609958%0Ahttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19700006>
5. Millier A, Schmidt U, Angermeyer MC, Chauhan D, Murthy V, Toumi M, et al. Humanistic burden in schizophrenia: A literature review. *J Psychiatr Res*. 2014;54(1):85–93. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.03.021>
6. Yang Z, Abdul Rashid NA, Quek YF, Lam M, See YM, Maniam Y, et al. Montreal Cognitive Assessment as a screening instrument for cognitive impairments in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2018;199:58–63.
7. Watkins CC, Andrews SR. Clinical studies of neuroinflammatory mechanisms in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2016;176(1):14–22.

8. Galletly C, Castle D, Dark F, Humberstone V, Jablensky A, Killackey E, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. Vol. 50, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2016. 410–472 p.
9. Remington G, Addington D, Honer W, Ismail Z, Raedler T, Teehan M. Guidelines for the Pharmacotherapy of Schizophrenia in Adults. Can J Psychiatry. 2017;62(9):604–16.
10. Dixon LB, Perkins DO. Treatment of Patients With Schizophrenia Second Edition. Am Psychiatr Assoc. 2010;(February):1–184.
11. Penders T, Freudenreich O, Leentjens AFG, Soellner W, Peterson T, Rummans T, et al. Aggression and Violence An Evidence-Based Medicine (EBM) Monograph for Psychosomatic Medicine Practice. 2013;1–22.
12. Bottesi G, Candini V, Ghisi M, Bava M, Bianconi G, Bulgari V, et al. Personality, Schizophrenia, and Violence: A Longitudinal Study: The Second Wave of the VIORMED Project. J Pers Disord. 2019;1–19.
13. Brunn M, Golombek U, Strain JJ, Diefenbacher A. Personality disorders in patients referred to consultation-liaison psychiatry: Characteristics and medical treatment in a large general hospital. Eur J Psychiatry. 2018;32(3):149–52. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2018.02.001>
14. Sateia M, Buysse D, Krystal A, Neubauer D, Heald J. Clinical practice guideline for the pharmacologic treatment of chronic insomnia in adults: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. J Clin Sleep Med. 2017;13(February):307–49.
15. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, Bjorvatn B, Dolenc Groseelj L, Ellis JG, et

- al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res.* 2017;26(6):675–700.
16. Wilson S, Anderson K, Baldwin D, Dijk DJ, Espie A, Espie C, et al. British Association for Psychopharmacology consensus statement on evidence-based treatment of insomnia, parasomnias and circadian rhythm disorders: An update. *J Psychopharmacol.* 2019;33(8):923–47.
 17. Lieberman JA, Scott Stroup T, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med.* 2005;
 18. Naber D, Lambert M. The CATIE and CUtLASS studies in schizophrenia: Results and implications for clinicians. *CNS Drugs.* 2009;23(8):649–59.
 19. Foussias G, Remington G. Antipsychotics and schizophrenia: From efficacy and effectiveness to clinical decision-making. *Can J Psychiatry.* 2010;55(3):117–25.
 20. Weiss A, Hussain S, Ng B, Sarma S, Tiller J, Waite S, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists professional practice guidelines for the administration of electroconvulsive therapy. *Aust N Z J Psychiatry.* 2019;53(7):609–23.
 21. Jones PB, Barnes TRE, Davies L, Dunn G, Lloyd H, Hayhurst KP, et al. Randomized controlled trial of the effect on quality of life of second- vs first-generation antipsychotic drugs in schizophrenia: Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study (CUtLASS 1). *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63(10):1079–87.
 22. Lewis SW, Barnes TRE, Davies L, Murray RM, Dunn G, Hayhurst KP, et al.

- Randomized controlled trial of effect of prescription of clozapine versus other second-generation antipsychotic drugs in resistant schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2006;32(4):715–23.
23. Lewis S, Lieberman J. CATIE and CUtLASS: Can we handle the truth? *Br J Psychiatry.* 2008;192(3):161–3.
 24. Organización Mundial de la Salud (OMS). World health organization model list of essential medicines. *Ment Holist Heal Some Int Perspect.* 2019;21:119–34.
 25. Shorter E. Sakel Versus Meduna: Different Strokes, Different Styles of Scientific Discovery. *J ECT.* 2009;25(1):12–4.
 26. Singh A, Sujita KK. How electroconvulsive therapy works?: Understanding the neurobiological mechanisms. *Clin Psychopharmacol Neurosci.* 2017;15(3):210–21.
 27. Rzesnitzek L, Lang S. ‘Electroshock Therapy’ in the Third Reich. *Med Hist.* 2017;61(01):66–88.
 28. Sienaert P. What We Have Learned About Electroconvulsive Therapy and Its Relevance for the Practising Psychiatrist. *Can J Psychiatry.* 2011;56(1):5–12.
 29. Bolwig TG. How Does Electroconvulsive Therapy Work? Theories on Its Mechanism. *Can J Psychiatry.* 2011;56(1):13–8.
 30. Haskett RF. Electroconvulsive therapy’s mechanism of action: Neuroendocrine hypotheses. *J ECT.* 2014;30(2):107–10. Disponible en: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00124509-201406000-00007>
 31. Baldinger P, Lotan A, Frey R, Kasper S, Lerer B, Lazenberger R.

- Neurotransmitters and Electroconvulsive Therapy. *J ECT*. 2014;30(2):116–21.
32. Ali SA, Mathur N, Malhotra AK, Braga RJ. Electroconvulsive Therapy and Schizophrenia: A Systematic Review. *Mol Neuropsychiatry*. 2019;5(2):75–83.
 33. Tharyan P, Ce A. Electroconvulsive therapy for schizophrenia (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(4). Disponible en:
<http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000076.pub2>
 34. NICE. Guidance on the use of electroconvulsive therapy | 1-guidance | Guidance and guidelines | NICE. 2009;(October). Disponible en:
<https://www.nice.org.uk/guidance/TA59/chapter/1-guidance>
 35. Enns MW, Reiss JP, Chan P. Electroconvulsive Therapy (Canadian Psychiatric Association - Position Paper). *Can J Psychiatry*. 2010;55(6). Disponible en:
<http://publications.cpa-apc.org/media.php?mid=978>
 36. American Psychiatric Association. American Psychiatric Association, The Practice of Electroconvulsive Therapy: Recommendations for Treatment, Training, and Privileging (A Task Force Report of the American Psychiatric Association). American Psychiatric Publishing Inc.; 2008. Disponible en:
[https://books.google.co.cr/books?hl=es&lr=&id=iuuLJtmo_EYC&oi=fnd&pg=PP1&dq=american+psychiatric+association+electroconvulsive+therapy+recommendations&ots=viTu2YtFZ0&sig=S4tj3XYzjLcUEwzX6En_EAjS0v4#v=onepage&q=american psychiatric association electroconvu](https://books.google.co.cr/books?hl=es&lr=&id=iuuLJtmo_EYC&oi=fnd&pg=PP1&dq=american+psychiatric+association+electroconvulsive+therapy+recommendations&ots=viTu2YtFZ0&sig=S4tj3XYzjLcUEwzX6En_EAjS0v4#v=onepage&q=american%20psychiatric%20association%20electroconvulsive%20therapy%20recommendations)
 37. Hernández M, Nieto P. *Psicoterapia y Rehabilitación de pacientes con psicosis*. Editorial Grupo 5; 2011.
 38. Haram A, Fosse R, Jonsbu E, Hole T. Impact of psychotherapy in psychosis: A retrospective case control study. *Front Psychiatry*. 2019;10(APR):1–10.

39. Goldsmith LP, Lewis SW, Dunn G, Bentall RP. Psychological treatments for early psychosis can be beneficial or harmful, depending on the therapeutic alliance: an instrumental variable analysis. *Psychological Medicine*. 2015;(2015):2365–73.
40. Hasan A, Falkai P, Wobrock T, Lieberman J, Glenthøj B, Gattaz WF, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia , Part 2 : Update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects. 2013;(October 2012):2–44.
41. Stahl S, Morrissette D, Citrome L, Saklad S, Cummings M, Meyer J, et al. “ Meta-guidelines ” for the management of patients with schizophrenia. *CSN spectrums (Cambridge Journals)*. 2013;(APRIL).
42. Barnes T, Schizophrenia Consensus Group. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*. 2011;
43. Galletly C, Castle D, Dark F. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. 2016;50(5):1–117.
44. Kuipers E, Kendall T, Amina Y, Slade E, Birchwood M, Braban A, et al. Psychosis and Schizophrenia in adults: The NICE guideline on treatment and management. *Natl Inst Heal Care Excell*. 2014;
45. Benjamin S, Lyness JM, Walaszek A, Buckley P, Lenzenweger M, Ph D. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the treatment of patients with schizophrenia (DRAFT). 2019. Disponible en:

<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/clinical-practice-guidelines/review-draft-guidelines>

46. Polese D, Fornaro M, Palermo M, De Luca V, De Bartolomeis A. Treatment-resistant to antipsychotics: A resistance to everything? Psychotherapy in treatment-resistant schizophrenia and nonaffective psychosis: A 25-year systematic review and exploratory meta-analysis. *Front Psychiatry*. 2019;10(MAR).
47. Lincoln TM, Pedersen A. An Overview of the Evidence for Psychological Interventions for Psychosis: Results From Meta-Analyses. *Clin Psychol Eur*. 2019;1(1).
48. Lutgens D, Garipey G, Malla A. Psychological and psychosocial interventions for negative symptoms in psychosis: Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2017;210(5):324–32.
49. Orfanos S, Banks C, Priebe S. Are group psychotherapeutic treatments effective for patients with schizophrenia? A systematic review and meta-analysis. *Psychother Psychosom*. 2015;84(4):241–9.
50. Naeem F, Lecomte T, Kingdon D. Brief Cognitive Behavioral Therapy for Psychosis (CBTp) for Schizophrenia : Literature Review and Meta-analysis. *Int J Cogn Ther*. 2016;9:1–14.
51. Mehl S, Werner D, Lincoln TM. Does Cognitive Behavior Therapy for psychosis (CBTp) show a sustainable effect on delusions? A meta-analysis. *Front Psychol*. 2015;6(OCT).
52. Ridenour JM, Hamm JA, Czaja M. A review of psychotherapeutic models and treatments for psychosis. *Psychosis*. 2019;11(3):248–60. Disponible en:

- <https://doi.org/10.1080/17522439.2019.1615111>
53. Mander H, Kingdon D. The evolution of cognitive – behavioral therapy for psychosis. *Psychol Res Behav Manag.* 2015;63–9.
 54. Haram A, Jonsbu E, Fosse R, Skårderud F, Hole T. Psychotherapy in schizophrenia : a retrospective controlled study *Psychotherapy in schizophrenia : a retrospective controlled study.* *Psychosis.* 2018;2439:1–13. Disponible en: <http://doi.org/10.1080/17522439.2018.1460392>
 55. Haram A, Jonsbu E, Fosse R, Skårderud F, Hole T, Jonsbu E, et al. Impact of psychotherapy in psychosis: A retrospective case control study. *Front Psychiatry.* 2019;10(APR):1–10. Disponible en: <http://doi.org/10.1080/17522439.2018.1460392>
 56. Vergara S. Metacognición en esquizofrenia: déficits metacognitivos y psicoterapia. *REV CHIL NEURO-PSIQUIAT.* 2018;56(4):269–78.
 57. Arnon-Ribenfeld N, Hasson-Ohayon I, Lavidor M, Atzil-Slonim D, Lysaker PH. The association between metacognitive abilities and outcome measures among people with schizophrenia: A meta-analysis. *Eur Psychiatry.* 2017;46:33–41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.08.002>
 58. Turner DT, McGlanaghy E, Cuijpers P, Van Der Gaag M, Karyotaki E, MacBeth A. A Meta-Analysis of Social Skills Training and Related Interventions for Psychosis. *Schizophr Bull.* 2018;44(3):475–91.
 59. Shawyer F, Farhall J, Thomas N, Hayes SC, Gallop R, Copolov D, et al. Acceptance and commitment therapy for psychosis: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2017;210(2):140–8.
 60. Wakefield S, Roebuck S, Boyden P. The evidence base of Acceptance and

- Commitment Therapy (ACT) in psychosis: A systematic review. *J Context Behav Sci.* 2018;10:1–13. Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.07.001>
61. Louise S, Fitzpatrick M, Strauss C, Rossell SL, Thomas N. Mindfulness- and acceptance-based interventions for psychosis: Our current understanding and a meta-analysis. *Schizophr Res.* 2018;192:57–63. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2017.05.023>
 62. Qutayba AM, Muhammad OAM, Mohamad A, Muhammad J, E MH, Nicola M. Social skills programmes for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(2).
 63. Bond GR, Drake RE. The critical ingredients of assertive community treatment. *World Psychiatry.* 2015;14(2):240–2.
 64. Tyrer P, Coid J, Simmonds S, Joseph P, Marriott S. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. *Cochrane Database Syst Rev.* 1998;(3).
 65. María E, Zapata T, Elisa L, González M, María N, Sierra G, et al. Intervención de la esquizofrenia desde el modelo comunitario. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2015;45(1):46–50. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.09.001>
 66. Chatterjee S. Time to focus on institutional reforms in low and middle income countries. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2017;26(1):1–3.
 67. Barbui C, Papola D, Saraceno B. Boletín de la Organización Mundial de la Salud La reforma de la atención de la salud mental en Italia : lecciones de salud pública. *Bull World Health Organ.* 2019;96(11):16–9.
 68. Fioritti A. Is freedom (still) therapy? the 40th anniversary of the Italian mental

- health care reform. Vol. 27, *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2018. p. 319–23.
69. Szasz T. The Myth of Mental Illness. *Am Psychol*. 1960;15(2):113–8.
70. Desviat M. La Reforma Psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. *Rev Esp Salud Pública* 2011; 2011;85(5):427–36.
71. Botha UA, Koen L, Joska JA, Hering LM, Oosthuizen PP. Assessing the efficacy of a modified assertive community-based treatment programme in a developing country. *BMC Psychiatry*. 2010;10.
72. Organización Mundial de la Salud, UNESCO, Oficina Internacional del Trabajo, International Disability Development. Rehabilitación basada en la comunidad: guías para la RBC. *Organ Mund la Salud*. 2012;80. Disponible en: https://extranet.who.int/iris/restricted/handle/10665/44809%5Cnhttp://www.who.int/iris/handle/10665/44809%5Cnhttp://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44809/3/9789243548050_Salud_spa.pdf
73. Organization WH, UNESCO, Organization IL, Consortium IDD. Rehabilitación basada en la comunidad: guías para la RBC componente Salud. *Organ Mund la Salud*. 2012;80. Disponible en: https://extranet.who.int/iris/restricted/handle/10665/44809%5Cn%5Cthttp://www.who.int/iris/handle/10665/44809%5Cnhttp://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44809/3/9789243548050_Salud_spa.pdf
74. Palomo T, Jiménez-Arriero M. Manual de Psiquiatría. Vol. 16, *Revista del Hospital Psiquiatrico de la Habana*. Ene Life Publicidad S.A. y Editores; 2009.
75. Chadda R, Kumar V, Sarkar S. *Social Psychiatry: Principles and Clinical Perspectives*. 1st edition. JP Medical Ltd.; 2019.

76. Morgan C, Bhugra D. Principles of social Psychiatry. 2010. 2nd edition. John Wiley & Sons.; 2010.
77. Thornicroft G, Deb T, Henderson C. Community mental health care worldwide: current status and further developments. *World Psychiatry*. 2016;15(3):276–86.
78. Pérez-Fuentes M, Gázquez J, Molero M, Martos Á, Barragán A, Simón M. Avances de investigación en salud. ASUNIVEP; 2018. 59–64 p.
79. Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano AM, Tyrer P. Day hospital versus out-patient care for psychiatric disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(2).
80. Madoz-Gúrpide A, García E, Ballesteros J, Leira M. Necesidad de un nuevo enfoque en la atención integral de a los pacientes con trastorno mental grave treinta años después de la reforma psiquiátrica. *Rev Esp Salud Pública*. 2017;91:1–11.
81. Kliff S. Seven facts about America’s mental health-care system. *The Washington Post*. 2012;17–20. Disponible en:
<http://www.washingtonpost.com/blogs/wonkblog/wp/2012/12/17/seven-facts-about-americas-mental-health-care-system>
82. Bhugra D, Tasman A, Pathare S, Priebe S, Smith S, Torous J, et al. The Lancet Psychiatry Commission The WPA- Lancet Psychiatry Commission on the Future of Psychiatry. 2017;4(October).
83. Delgado P. Reforma psiquiátrica: estrategias para resistir a la desarticulación. *Trab Educ Saúde, Rio Janeiro*. 2019;17(2):10–3.
84. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Caracas. 1990.

85. Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción Sobre Salud Mental 2013-2020. Vol. 53. 2013.
86. Desviat M. Tendencias en psiquiatría comunitaria o ¿dónde estamos y a dónde queremos ir? *Rehabil Psicosoc.* 2004;1(1)(1):30–3.
87. Torres R. Monografía: Experiencias de psiquiatría comunitaria en Chile. Universidad de Santiago de Chile. 2001.
88. Ministerio de Salud de Chile. Modelo de Gestión Centro de Salud Mental Comunitaria. 2017. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/12/Modelo-de-Gestion-CSMC-9-febrero-172.pdf>
89. Minoletti A, Rojas G, Horvitz-Lennon M. Salud mental en atención primaria en Chile: aprendizajes para Latinoamérica. *Cad Saúde Coletiva.* 2012;20(4):440–7. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2012000400006&lng=es&tlng=es
90. Berlinck MT. La Reforma Psiquiátrica Brasileña : perspectivas y problemas. *Salud Ment.* 2010;32(4):265–7.
91. Dimenstein M. La reforma psiquiátrica y el modelo de atención psicosocial en Brasil : en busca de cuidados continuados e integrados en salud mental. *Rev CS.* 2013;(11):43–71.
92. Organización Panamericana de la Salud. IEMS-OMS informe sobre el sistema de salud mental en la República de Cuba. 2011.
93. Peña L, Clavijo A, Bujardon A, Fernández Y, Casas L. La psiquiatría comunitaria en Cuba. *Rev Cuba Med Mil.* 2014;43(1):91–104.
94. Gorry C. Servicios comunitarios de salud mental en Cuba. *MEDICC Rev.*

- 2013;15(4). Disponible en:
<http://medicc.org/mediccreview/pdf.php?lang=&id=323.esp%0AMEDICC>
95. OMS/OPS. IESM-OMS informe sobre los sistemas de salud mental en Nicaragua, El Salvador, Guatemala. 2006.
 96. OMS/OPS. Informe sobre el sistema de salud mental en Guatemala. 2011.
 97. Ministerio de Salud del Salvador. Guías Clínicas de Psiquiatría. 2012.
 98. Menjívar E, Robles J, Espinoza E. Guías clínicas para la atención en salud mental y psiquiatría. Minist Salud del Salvador. 2017;1–94. Disponible en:
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guias_clinicas_atencion_salud_mental_y_psiquiatra_v1.pdf
 99. Munguía I. Personas con padecimientos psiquiátricos se internan constantemente. La Prensa. 2015; Disponible en:
<https://www.laprensa.com.ni/2017/12/22/nacionales/2349240-personas-con-padecimientos-psiquiatricos-se-internan-constantemente>
 100. Lous F Le. En Nicaragua la mente no importa. La Prensa. 2015; Disponible en:
<https://www.laprensa.com.ni/2015/07/03/boletin/1860605-en-nicaragua-la-mente-no-interesa>
 101. Rogers C. Violaciones y tortura: el infierno del “peor hospital psiquiátrico de América.” BBC News. 2014; Disponible en:
https://www.bbc.com/mundo/noticias/2014/12/141205_salud_hospital_mental_guatemala_peor_amv
 102. OPS, OMS. Informe sobre el sistema de salud mental en Costa Rica. IESM-OMS. 2008;
 103. Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud Mental 2012-2021. 2012.

- Disponible en: <https://www.bvs.sa.cr/saludmental/politicasaludmental.pdf>
104. Montealegre I. Clínica de Primeros Episodios Psicóticos y Clínica de Psicosis Refractaria del Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres. 2017.
 105. Montealegre I, Jiménez R, Carrera S, Briceño M, Casasola R. Clínica de primeros episodios psicóticos del Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres. 2017.
 106. Caja Costarricense del Seguro Social. Normativa de la Lista Oficial de Medicamentos. 2019.
 107. Caja Costarricense del Seguro Social. Lista oficial de medicamentos (LOM) 2010. 2010.
 108. Perez I, Morgan S, Navas W, Xinia Nuñez. Procedimiento para la aplicación de la Terapia Electroconvulsiva (TEC) para usuarios de la CCSS en el Hospital Nacional Psiquiátrico. 2018.
 109. Universidad de Costa Rica. Sistema de Estudios de Posgrado. [Citado el 22 Nov 2019]. Disponible en:
www.sep.ucr.ac.cr/index.php?option=com_sppagebuilder&view=page&id=138/
 110. Universidad Nacional de Costa Rica. Escuela de Psicología. [Citado el 22 de Nov 2019]. Disponible en: <http://www.fcs.una.ac.cr/psicologia/index.htm>
 111. Hospital Roberto Chacón Paut. Protocolo de Funcionamiento del Centro Diurno para la Salud Mental del Hospital Dr . Roberto Chacón Paut. 2012;
 112. Jimenez MR. Reseña Histórica Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonnio Chapui y Torres. 1991; Disponible en:

<https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/bitstream/handle/20.500.11764/141/doc42.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

113. Entrevista realizada a la Dra. Carla Subirós Castresana-Isla, coordinadora de programas del hospital diurno del Hospital Nacional Psiquiátrico. Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres. 2019.
114. Millán-gonzález R. La implementación del abordaje colaborativo en Costa Rica: hacia una integración entre la psiquiatría y la atención primaria. *Acta Med Costarric.* 2014;56(4):150–7.
115. FUNDAMENTES. FUNDAMENTES: por una nueva historia. 2015.
Disponible en:
<http://www.fundamentes.or.cr/sites/default/files/documents/brochure-fundamentes-2015.pdf>
116. Arroyo H. Programa Preventivo Casitas de Escucha. In: II Conferencia Regional en Salud Mental Comunitaria. 2019. Disponible en:
<http://conferenciaregional.udc.edu.ar/wp-content/uploads/sites/8/2019/08/44-Programa-Preventivo-Casitas-de-Escucha.docx>
117. Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia. Política del Sector Salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica / Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. 2012. Disponible en:
<https://www.iafa.go.cr/images/contenido/articulos/acerca-de-iafa/PoliticaTratamientoAdiccionesIAFA2012.pdf>
118. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Informe sobre Desarrollo Humano 2019. Vol. 0. 2019. Disponible en:

http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_overview_-_spanish.pdf

119. Giandinoto JA, Stephenson J, Edward KL. General hospital health professionals' attitudes and perceived dangerousness towards patients with comorbid mental and physical health conditions: Systematic review and meta-analysis. *Int J Ment Health Nurs*. 2018;27(3):942–55.
120. Noblett J, Caffrey A, Deb T, Khan A, Lagunes-Cordoba E, Gale-Grant O, et al. Liaison psychiatry professionals' views of general hospital care for patients with mental illness: The care of patients with mental illness in the general hospital setting. *J Psychosom Res*. 2017;95:26–32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.02.004>