



VIVIR SIN RECAÍDAS

Recomendaciones para los familiares de personas con esquizofrenia

Autores: Pedro Gargoloff, María Delia Michat, Damian Gargoloff, Raimundo Muscellini, Ricardo Corral, Manuel Vilapriño y Carola Pechon.

Adhesiones de Asociaciones argentinas de familiares de personas con trastornos mentales con perfil de intervenciones de ayuda mutua: AAFE, ACAPEF, AJUPEF, AFPEM, AMFE, APEF, APEMYF, UFUCOSAM, ASAPEM, GAPEM y LAZOS FAMILIARES PAMPEANOS

INDICE

1. Introducción	pág 3
2. ¿Qué es la esquizofrenia?	pág 6
3. Etapas: inicio, recuperación y recaídas en la esquizofrenia	pág 9
4. Factores de riesgo de recaídas	pág 13
5. Intervenciones tempranas de prevención de recaídas	pág 18
6. ¿Qué hacer si presenta manifestaciones que suponen riesgo de recaída?	pág 20
7. ¿Qué hacer ante signos de inminente recaída o si ya está en recaída?	pág 26
8. Psicoeducación Familiar y Rehabilitación Psicosocial Integral	pág 28
9. Cuestionario de antecedentes y síntomas de alarma de posible recaída	pág 30
10. Red argentina de asociaciones de familiares con perfil de intervenciones de ayuda mutua	pág 33
11. Sitios de interés	pág 35
12. Bibliografía	pág 37

Las personas con esquizofrenia, al igual que ocurre con muchas otras enfermedades físicas y mentales crónicas, pueden tener una calidad de vida muy satisfactoria de acuerdo con sus capacidades: trabajar, estudiar, tener pareja e hijos, vivir de forma independiente, mantener vínculos activos con amigos, disfrutar de su vida y de la compañía de seres queridos, gozar las actividades recreativas y utilizar placenteramente su tiempo libre. Esto es posible siempre que accedan a un tratamiento integral y oportuno involucrando a los familiares capacitados, tengan un seguimiento a largo plazo, y se asegure el acceso a los cuidados según sus necesidades no sólo como pacientes sino también como personas.

Los resultados de todos estos cuidados son positivos merced al avance del conocimiento sobre la enfermedad, la efectividad de los tratamientos psicosociales y farmacológicos actuales, la actividad creciente de los grupos de ayuda mutua de familiares de personas con esquizofrenia y la progresiva lucha contra el estigma y la discriminación.

DE ESTE MODO, LAS PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA PUEDEN LLEVAR UNA VIDA INTEGRADA EN LA SOCIEDAD, CENTRADA EN SU AUTOVALIMIENTO Y EN EL RESPETO A SUS DERECHOS. EL HECHO QUE EN ALGÚN PERÍODO DE SUS EXISTENCIAS REQUIERAN CUIDADOS ESPECIALES PARA ALCANZAR UNA VIDA SATISFACTORIA, DEBE INTERPRETARSE COMO UN APOYO A LA DIVERSIDAD, NUNCA COMO UNA MINUSVALÍA.

1. INTRODUCCIÓN



Las imágenes no corresponden a pacientes reales.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE ESTE MANUAL?

Las personas con esquizofrenia se encuentran en el grupo de individuos altamente vulnerables, por barreras para el acceso a salud en su condición de pacientes y otros factores como personas, por ejemplo el estigma y la discriminación, las murallas para lograr una vida digna en educación, trabajo, vivienda, vida social y recreación.

La primera línea involucrada en la detección e intervención son sus familiares, quienes carecen de conocimientos y experiencia que requieren y que no la reciben del estado ni del resto de sociedad.

Hoy la respuesta a esta necesidad insatisfecha la dan las Organizaciones de la Sociedad Civil. Asociaciones de familiares de salud mental nacional, con los colaboradores profesionales que las asesoran y Asociaciones de profesionales de salud mental elaboraron este documento educativo para capacitar a quienes tienen responsabilidad de cuidados para mejorar sus habilidades en pos de afrontar exitosamente la enfermedad, **procurando que las personas con esquizofrenia recuperen su bienestar y lograr así una vida plena y digna.**

En este marco, se incorporó la Mesa de trabajo sobre *Salud Mental de la Universidad Nacional de La Plata* para brindarle el conveniente apoyo académico, un mayor impacto en los beneficiarios y darle a la iniciativa la conveniente visibilidad en la comunidad.

OBJETIVOS:

Proveer a los familiares y allegados de personas con esquizofrenia información para:

- **capacitarlos en la prevención de recaídas y motivarlos para ser protagonistas activos en su detección temprana y el tratamiento oportuno**, tal que eviten la progresión de la enfermedad y el consecuente deterioro funcional y de la calidad de vida de las personas con esquizofrenia y sus familiares.
- promover la **adherencia al tratamiento** e implementar estrategias para asegurar su cumplimiento a largo plazo.
- proveer herramientas para **garantizar el acceso a todos los recursos** terapéuticos, sanitarios y extrasanitarios, que se requieran según las necesidades individuales de las personas con esquizofrenia, basado en el empoderamiento de los familiares.

Sus contenidos reflejan las evidencias actuales sobre el problema de las recaídas en las personas con esquizofrenia. Las opiniones, conclusiones y experiencias propias de sus autores pueden no coincidir necesariamente con los de Janssen, responsable de la gestión de edición de esta obra.

DESTINATARIOS

Este documento tiene como destinatarios a los **familiares de personas con esquizofrenia, los profesionales de la salud, docentes, personal de gestión de entidades públicas**, entre otros. Tiene el fin de proveer herramientas para mejorar sus habilidades en la prevención de recaídas, en potenciar sus roles de cuidados irrenunciables e imprescindibles, complementando así la tarea de los profesionales del equipo interdisciplinario de salud mental.

PARTICIPARON EN EL PROCESO DE REVISIÓN LAS SIGUIENTES ASOCIACIONES DE FAMILIARES CON PERFIL DE GRUPOS DE AYUDA MUTUA DE ARGENTINA:

- *Asociación de Ayuda de Familiares que padecen Esquizofrenia. AAFE. La Plata.*
- *Asociación Cordobesa de Ayuda a la Persona Portadora de Esquizofrenia y su Familia. ACAPEF. Córdoba.*
- *Asociación Jujeña de ayuda a la Persona que sufre Esquizofrenia y su Familia. AJUPEF. Jujuy.*
- *Asociación de Familiares de Personas con Esquizofrenia de Mar del Plata. AFPEM.*
- *Asociación Mendocina de Familiares de pacientes Esquizofrénicos. AMFE. Mendoza.*
- *Asociación Argentina de Ayuda a la Persona que Padece Esquizofrenia y su Familia. APEF. CABA.*
- *Asociación de Ayuda a Personas con Enfermedad Mental y su Familia. APEMYF. Catamarca.*
- *Unión de la Comunidad por la Salud Mental de Tandil. UFUCOSAM.*
- *Asociación Santafesina de Apoyo a las Personas con Trastornos Mentales. ASAPEM. Santa Fé.*
- *Grupo de Allegados de Personas con Enfermedades Mentales. GAPEM. Bariloche.*
- *Lazos Familiares Pampeanos. General Pico.*

2. ¿QUÉ ES LA ESQUIZOFRENIA?



Las imágenes no corresponden a pacientes reales.

Es un trastorno mental complejo que se manifiesta con alteraciones en el pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje y el comportamiento, con distorsiones en el juicio de la realidad y deterioro de su desempeño social, requiriendo para su diagnóstico que estén presentes por un período mayor a los 6 meses (CIE-11 OMS 2021).

La esquizofrenia se asocia en muchos casos a una discapacidad, que puede ser considerable en tanto la persona no reciba el tratamiento apropiado o no lo mantenga el tiempo suficiente, pudiendo verse afectado precozmente el desempeño educativo y laboral, así como las relaciones sociales, experimentar deterioro de su calidad de vida, sufrir por el estigma y la discriminación asociado a los trastornos mentales y ver menoscabados sus derechos a la salud (OMS, 2021; Keepers 2020, Owen 2016).

El pronóstico así planteado parece sombrío, pero ya veremos que **una evolución favorable es totalmente posible, con un futuro potencialmente satisfactorio y posibilitando que una vida plena sea realidad**. En la actualidad, un claro optimismo domina la recuperación en las personas con esquizofrenia, por lo que el objetivo de alcanzar una vida confortable consigo mismo y con los demás, representa la piedra angular del movimiento de cuidado de la salud mental y física (O'Keeffe, 2019).

Si bien no hay a la fecha un estudio sobre el número de personas con esquizofrenia en Argentina, hay numerosas investigaciones internacionales y fuentes de información (Moreno-Küstner, 2018), que pueden tomarse como referencia, permitiendo estimar que **aproximadamente 1 de cada 100 personas presentarán este trastorno mental a lo largo de sus vidas**. Esta proporción aplicada a una población en Argentina al 01/07/2021 de 45.808.747 ciudadanos (AAFE 2022), permite estimar que el total de personas afectadas de esquizofrenia se ubicaría en alrededor de 450.000, muy similar a la mencionada por Barrionuevo, actual Director Nacional de Salud Mental y Adicciones (Clepios, 2019).

Algunas de las experiencias o síntomas que frecuentemente presentan las personas con esquizofrenia son **delirios** (creencias erróneas totalmente alejadas de la realidad, irreales e irreductibles), **alucinaciones** (oír voces, tener sensaciones físicas o ver cosas inexistentes), **comportamientos extravagantes** (murmuraciones estando solos, risas inmotivadas), **abandono de su cuidado personal, afecto embotado, falta de motivación para comenzar las actividades diarias, discurso desorganizado y difícilmente entendible, apatía, aislamiento social y los llamados síntomas cognitivos** (recordar cosas, problemas de concentración, dificultad para organizar sus ideas, dificultades para utilizar la información que reciben y tomar decisiones). Las personas con esquizofrenia frecuentemente **no pueden comprender el carácter de la enfermedad, ni lo que le ocurre, como tampoco la necesidad de un tratamiento** (OMS, 2021; CIE-11 2021; AAFE 2022, Owen 2016).

La pérdida de contacto con la realidad por la presencia de delirios y alucinaciones es el estado que se suele referir como “psicótico”, pero que se observa en muchas condiciones, como varios trastornos mentales y las intoxicaciones por medicamentos o drogas de abuso.

¿Cuáles son las posibles causas? Si bien la esquizofrenia tiene un **fuerte componente genético, con una heredabilidad de alrededor del 80%**, también existe una gama muy significativa de **exposiciones ambientales y de factores estresantes** que se implican en el primer episodio psicótico (Khavari 2020, Rybakowski 2020).

Esta hipótesis dirige la atención hacia factores de riesgo que afectan el desarrollo del sistema nervioso durante el embarazo y el parto (estrés, infecciones, problemas inmunológicos y deficiencias nutricionales maternas, complicaciones del embarazo y del parto), como en la vida de estas personas ya vulnerables al nacer por factores socioeconómicos, traumatismos, situaciones adversas y privaciones en la infancia, situaciones de estrés, consumo de cannabis en la adolescencia (Khavari 2020, Rybakowski 2020).

Así planteada, **la esquizofrenia podría concebirse como las alteraciones en el cerebro en desarrollo inducidas por las interacciones entre la genética y el ambiente, con el estrés como factor de riesgo** para explicar no sólo en el inicio sino también el agravamiento de la evolución e incluso en la aparición de las recaídas.

Como describirá este documento, **el tratamiento se basa en fármacos específicos para la esquizofrenia, llamados antipsicóticos, las terapias psicosociales y la psicoeducación familiar**. Hay que tener en cuenta la brecha de tratamiento, ya que alrededor de 2 de cada 3 personas con esquizofrenia en el mundo no reciben ninguno (Lora 2012, Kahn 2015).

Hay muchos medicamentos para el tratamiento de personas con esquizofrenia, aunque a menudo es difícil saber con exactitud cuál es el mejor para cada caso dado que existen numerosas condiciones biológicas que explican esta incertidumbre. Esta dificultad para predecir cuál antipsicótico podrá ser más beneficioso para una persona en particular, también aplica, aunque en menor medida, para los tratamientos psicosociales. **La ayuda para comprender las diferencias, posibles beneficios y efectos secundarios negativos de todos los tratamientos es la psicoeducación en la familia y el paciente.**

Atender a las necesidades como persona, no sólo como paciente que requiere un tratamiento, es crucial para alcanzar una mejoría que ponga el foco en procurar un satisfactorio desempeño global, como facilitar el acceso a la vivienda, a la inserción laboral, a oportunidades de recreación según preferencias, entre otros (OMS 2021; Torres Gonzalez 1999).

3. ETAPAS: INICIO, RECUPERACIÓN Y RECAÍDAS EN LA ESQUIZOFRENIA



Las imágenes no corresponden a pacientes reales.

INICIO

El típico inicio de la esquizofrenia es entre el final de la adolescencia y el principio de la edad adulta, algo más tardíamente en las mujeres (Charlson 2018).

En la evolución a largo plazo, entre 1% y 20% de las personas experimentan un solo episodio de psicosis (Remington 2017), más de la mitad tuvieron recaídas (Moges 2021) y con frecuencia los síntomas fluctúan con el tiempo, aunque menos con la continuidad del tratamiento (Ceraso, 2020).

Los estudios revelan que **cuanto más joven se inicia, suele evolucionar en forma más compleja y desfavorable** (Immonen 2017). Dado que los primeros episodios psicóticos suelen ocurrir en el período inicial de la esquizofrenia, razón por lo cual pueden verse afectada su educación, el desarrollo de sus vocaciones y la generación de los vínculos interpersonales con consecuencias negativas a futuro, resultados que serán más serios cuanto más se demore el comienzo del tratamiento durante las recaídas o no se sostenga para evitarlas (Immonen 2017).

Debido principalmente al deficiente cuidado de sus enfermedades físicas, como las cardiovasculares, metabólicas e infecciosas, tienen mayor probabilidad de vivir menos años que el conjunto de la población (OMS, 2021; Owen 2016).

RECUPERACIÓN

Es esencial destacar que **los tratamientos disponibles actualmente permiten alcanzar importantes niveles de recuperación, de forma tal que puede hacerse real el logro de una vida plena, con condiciones que faciliten la autonomía y el vivir en bienestar, tal como es la aspiración en cualquier enfermedad, mental o física**. (AAFE 2022).

Pero ¿qué significa la recuperación en esquizofrenia? Significa que haya cambios favorables en 3 áreas (O'Keeffe 2019; Roosenschoon 2019):

a. Síntomas: mejoría de las mencionadas manifestaciones de la esquizofrenia, por ejemplo, de delirios, alucinaciones, desorganización.

b. Objetiva “como lo ven los demás”: restablecimiento del funcionamiento vocacional y social: desempeñarse de acuerdo con sus expectativas, ocuparse de las tareas de la vida diaria sin supervisión, tener una participación satisfactoria en las interacciones sociales dentro y fuera de la familia, alcanzar independencia con respecto a la vivienda y trabajo, asistir a la escuela/universidad de su elección, incorporar habilidades para el afrontamiento de la vida diaria y de las dificultades propias de padecer esquizofrenia.

c. Subjetiva “cómo se ve a sí mismo”: centrada en el empoderamiento, la aceptación activa de la enfermedad, el restablecimiento de una identidad propia positiva, el desarrollo de un significado esperanzador de su vida, la superación del estigma, el control de su propia vida y el mantener relaciones de apoyo.

RECAÍDA

La recaída es la reaparición de las manifestaciones o síntomas de la esquizofrenia en una persona que había logrado una satisfactoria recuperación, acompañada de empeoramiento de su desempeño en varias áreas de su vida. Una recaída implica la necesidad de una revisión del tratamiento farmacológico y terapias psicosociales, generando la necesidad de cambios en el manejo de la enfermedad que tiendan a reestablecer la estabilización lograda previamente.

El modelo de vulnerabilidad al estrés se utiliza a menudo para explicar los síntomas psicóticos iniciales y las recaídas en la esquizofrenia, mediante la presencia y severidad de factores de riesgo y factores protectores (Lecomte 2019).

Entre los **factores de riesgo** tienen importancia las situaciones de adversidad durante la infancia, el consumo de cannabis y otras drogas de abuso, la excesiva crítica o la sobreprotección. Los **factores protectores** más importantes son el acuerdo entre la medicación antipsicótica que se seleccione y las preferencias del paciente, así como la satisfacción con los cambios que él mismo observe, la provisión de intervenciones familiares, en especial la psicoeducación, el entrenamiento de habilidades sociales en la persona con esquizofrenia y el desarrollo de competencias para el afrontamiento exitoso de su propia enfermedad (Lecomte 2019).

Los estudios revelan que **aproximadamente 2 de cada 3 personas con esquizofrenia se recuperan después del inicio de enfermedad y más de la mitad tienen períodos de recaídas con reaparición de los síntomas, también llamados “brotos”, cuya primera causa es el abandono del tratamiento farmacológico** (Owen 2016).

La evolución es muy heterogénea y los síntomas que presentan en las recaídas difieren mucho entre quienes padecen esquizofrenia. **Estas manifestaciones suelen tener un “sello personal”,** casi siempre las mismas y no siempre específicas de la psicosis y, es por eso por lo que la llaman la **“firma de recaída”** (Koenig 2011).

A largo plazo, cuanto mayor sea el número de estos episodios, éstos tendrán mayor severidad y duración; se estima que, en estos casos, **alrededor del 20% tendrán síntomas persistentes y discapacidad, con un muy alto desempleo y reducción de la esperanza de vida entre 10 y 20 años** (Owen, 2016). Se sabe que cuando hay numerosas recaídas, solo 1 de cada 8 personas con esquizofrenia logra una recuperación satisfactoria con alivio significativo de las manifestaciones y mejoría en su desempeño social. Es sabido que **cuanto mayor sea el acceso a los tratamientos y éstos sean adecuados y sostenidos en el tiempo, mayor es el número de personas que alcanzará el nivel deseado de mejoría en los síntomas y logrará un desempeño social satisfactorio** (Charlson 2018).

¿Es importante evitar los períodos sin tratamiento?

Cuanto más se demore el comienzo del tratamiento, desde que aparecieron las manifestaciones psicóticas, ya sea al inicio de la enfermedad o en cualquier recaída, **más compleja y difícil será la evolución:** se tardará más en mejorar, habrá menor respuesta a los antipsicóticos, tendrán mayor número de recaídas, rehospitalizaciones y severidad los síntomas, el desempeño personal y social será peor, presentarán un empeoramiento de la calidad de vida, tanto del paciente como de sus familiares y, por último, a mayor lapso sin tratamiento habrá una mayor mortalidad de los pacientes (Salazar 2021, Owen 2016).

ESQUIZOFRENIA: CONSECUENCIAS DE RECAÍDAS



OMS 2021
Lecomte 2019
O'Keeffe 2019
Charlson 2018
Remington 2017
Owen 2016

4. FACTORES DE RIESGO DE RECAÍDAS



Las imágenes no corresponden a pacientes reales.

Los factores de riesgo de recaídas se agrupan según la relación que guarde con el paciente, el tratamiento y/o el contexto.

FACTORES DE RIESGO DE RECAÍDAS RELACIONADOS CON EL PACIENTE

- La **falta de conciencia de la enfermedad**: la persona no puede reconocer que padece una enfermedad mental, hecho que se acompaña de una reducida comprensión de la necesidad de un tratamiento o lo beneficioso que éste puede ser; tienen una pobre conciencia de las consecuencias sociales y una menor capacidad para reconocer en sí mismos los síntomas propios de la esquizofrenia, ya que están convencidos de la realidad de las voces que sólo el/ella escucha. A esto se agrega el no darse cuenta de que habla en forma desorganizada y que esto alteró su forma de relacionarse con los demás; en suma, que sus cambios tienen que ver con una enfermedad.

Es una manifestación de la misma enfermedad, pero también es adquirida ya que se agrava con cada recaída; importante destacar que es más severa en quienes consumen cannabis y alcohol (Ramu 2019). **La falta de conciencia de la enfermedad es una característica muy frecuente en las personas con esquizofrenia, aproximadamente del 30 al 50% de los casos, siendo un factor que predice una pobre respuesta al tratamiento, deteriora su calidad de vida, reduce y hasta anula el cumplimiento del tratamiento**, aumentando así el riesgo de recaída y rehospitalización (Michel 2013).

- El **deficiente cumplimiento del tratamiento responde mayoritariamente a la falta de conciencia de enfermedad, pero también se debe a las barreras en el acceso a los tratamientos de rehabilitación y atención ambulatoria**. Ejemplos de esto son los complejos y engorrosos trámites ante las obras sociales para gestionar los medicamentos que no están cubiertos en forma directa, o cuando se dificulta lograr la cobertura de un acompañante terapéutico, el hospital de día, la terapia ocupacional y muchos otros dispositivos de cuidados ambulatorios de la salud mental.

- La presencia de algunos **síntomas** puede predisponer al abandono de la medicación (Bartkó 1988), en especial si su pensamiento y habla son desorganizados, presencia de ideas de grandiosidad o totalmente alejadas de la realidad, si son más bien hostiles y desconfiados de los profesionales tratantes y hasta de sus propios familiares. Cuanto más severas y persistentes sean estas manifestaciones, mayor será el riesgo de recaídas.

- **Consumo de cannabis** y el riesgo de provocar y agravar un trastorno psicótico (sección desarrollada por el Dr. Diego Sarasola) (Grant, 2017).

En la actualidad suele escucharse que el consumo recreativo de cannabis es “inocuo” o que el carácter de “sustancia natural” funciona como una especie de garantía de inocuidad o peor aún, de beneficio. Mucha de esta desinformación se explica por el hecho de que el cannabis que se consumía de modo recreativo en los años 70 era muy diferente al que se consume ahora. En esos años la cantidad presente de THC, el componente psicotóxico, era menor al 5 % mientras que en la actualidad sobrepasa los 15 a 20%. De modo contrario, numerosos estudios indican que **el consumo habitual de cannabis con fines recreativos incrementa el riesgo de psicosis en población vulnerable y el de recaídas en pacientes con esquizofrenia**. Los resultados demuestran que los consumidores habituales tienen un 30% más de posibilidades de desarrollar esta enfermedad, independientemente del uso de otras drogas psicoactivas y sin que medie ningún rasgo de la personalidad u

otro antecedente que pudiese predisponer al sujeto hacia la esquizofrenia. Esta relación evidente se refleja en el hecho de que **la psicosis es más grave cuanto mayor es la concentración de THC en el cigarrillo que consume y menor es la edad de inicio del consumo.**

Los jóvenes necesitan estar informados sobre los riesgos de volverse dependientes del cannabis, perjudicar su rendimiento educativo y aumentar su riesgo de depresión y psicosis. También debe resaltarse el serio agravamiento en la evolución que implica consumir otras sustancias como la cocaína. (Canadian Paediatric Society 2017).

Tan importante es esta asociación causal que la Sociedad Canadiense de Pediatría advirtió sobre los riesgos inherentes a la salud, cuando en este país se optó por la legalización del consumo. La población adolescente y preadolescente es especialmente vulnerable, ya que en esa edad el cerebro aun no alcanzó su completa maduración.

Como conclusión: las evidencias científicas revelan que el consumo regular de cannabis predice un mayor riesgo de esquizofrenia. Si bien los mecanismos biológicos de esta asociación no están totalmente claros, son imperativas las intervenciones educativas y sociales para reducir el consumo de cannabis por parte de los jóvenes vulnerables y consecuentemente del riesgo de problemas mentales severos relacionados con su uso.

- Las **enfermedades físicas** asociadas y un **pobre desempeño individual y social** inciden en un mayor riesgo de recaídas.

- **Cuanto más prolongado es el período en el que la persona no recibe ningún tratamiento**, por cualquier motivo, más difícil será la evolución y menos chances tiene de lograr una recuperación plena.

- **Una débil alianza terapéutica debido a una deficiente relación entre el equipo terapéutico**, el paciente y la familia, sumada a la falta en la implementación de una **decisión compartida** informada entre estos los integrantes, son cuestiones que suelen no ser tenidas en cuenta como factores de riesgo, pero que las evidencias muestran su alto impacto en los últimos años en un desenlace desfavorable.

FACTORES DE RIESGO DE RECAÍDAS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO

Las causas por las que no se logra detectar precozmente los síntomas de alarma de una potencial recaída pueden deberse a:

- **El desconocimiento de los efectos adversos de medicamentos:** Entre ellos, la acatisia, la sensación de desasosiego en la que el paciente camina demasiado rápido, mueve los pies de manera inquieta y se muestra incapaz de permanecer sentado, predisponen a que el paciente rechace y frecuentemente abandone el tratamiento (Czobor, 2015).

- **Los esquemas de tratamiento complejos**, por ejemplo, de tres tomas diarias y varias pastillas por vez, se asocian a un menor cumplimiento y recaídas (Suzuki 2005, Acosta 2014).

- **La suspensión prematura del tratamiento, los esquemas de tratamiento con varios psicofármacos**, que puedan potenciar los efectos adversos y las **interacciones** indeseables entre sí, las **dosis** por debajo de las mínimas recomendadas o por encima de las dosis máximas inciden en el riesgo de recaídas (Gargoloff 2009, Keepers 2020).

- **Antipsicóticos por vía oral o inyectables de larga acción:** Un factor para tener presente es que los antipsicóticos inyectables de larga acción tienden a mostrar una mayor efectividad a largo plazo que aquellos que se administran por vía oral (Correll 2020, Rubio 2020, Kane 2020), como las Guías de tratamiento de la Asociación de Psiquiatría Americana, que recomiendan su empleo en las primeras etapas de la enfermedad (APA 2021).

En nuestro país existen estas presentaciones inyectables desde hace muchos años: las de aplicación una vez al mes y cada dos semanas; más recientemente se ha aprobado en Argentina el uso de un antipsicótico de administración cada 3 meses, y en Estados Unidos ya ha sido aprobado un fármaco que tiene una presentación inyectable de aplicación dos veces al año.

Un estudio con un panel de expertos (Correll 2016), actualizado en una revisión de 2020 (Kane 2020) identificó varias **barreras para el uso de inyectables de larga acción en la práctica actual**, que involucran a todas las partes interesadas como los pacientes y sus familias, quienes brindan servicios de atención y quienes los pagan (obras sociales y el estado); las actitudes negativas de algunos médicos y obras sociales hacia esta vía de administración de antipsicóticos por falta de conocimiento o prejuicios, conduce a una subutilización. También identificaron otros factores que deben tenerse en cuenta al momento de potenciales recomendaciones de empleo de esta terapia, tales como: la falta de adherencia a la medicación, el alto riesgo de las recaídas y la severidad de éstas, el seguro control en su administración y las dosis que se indicaron, la facilidad de administración, la simplicidad respecto de varias tomas diarias por vía oral, los antecedentes de consumo de drogas y la falta de apoyo social.

Es importante identificar las **preocupaciones de los pacientes y los familiares** sobre los **antipsicóticos inyectables de larga acción**, ya que pueden ser obstáculos para acceder a los mismos y conducir a una utilización menor a las recomendadas.

La barrera inicial y crucial es la desinformación de los pacientes y familiares sobre estas opciones de antipsicóticos y su probada efectividad, que está dada por la seguridad del cumplimiento pleno del tratamiento por ser inyectables y por estar recibiendo la dosis apropiada, así como las importantes evidencias en la prevención de recaídas respecto de los fármacos por vía oral. Otros impedimentos que obstaculizan su potencial empleo son el error de percibir la indicación del inyectable como un medio coercitivo que vulneraría la autonomía de la persona con esquizofrenia, o bien el miedo a las agujas y los excesivos temores sobre los efectos secundarios indeseables como el dolor o las molestias en el sitio de inyección y, finalmente, la desacertada conexión de una medicación inyectable con el estigma y la discriminación asociados a la esquizofrenia. La creencia anticipada de los médicos de que los pacientes rehusarían a utilizar los inyectables de larga acción fue estudiada por Jaeger (Jaeger 2010), concluyendo que es errónea y que, además, los priva de información que obstruye la posibilidad de decidir según sus propias preferencias.

- **El fumar tabaco**, (en quienes reciben por ejemplo clozapina y olanzapina), puede asociarse a una menor concentración del medicamento y por ende una menor efectividad.

- **El consumo de alcohol y particularmente de drogas**, dificultan el cumplimiento y suelen comprometer y agravar la conciencia de enfermedad y la percepción de la necesidad de tratamiento.

- **Un acceso dificultoso a los medicamentos** por costos elevados, los rechazos de las obras sociales en los trámites por vía de excepción, el no poder disponerlos a largo plazo, son condiciones que deben ser tenidos en cuenta por ser factores muy frecuentes de abandono de tratamiento.

- **Se debe identificar la falsa ineficacia del antipsicótico**, que se da cuando hay un mal cumplimiento y no por no responder a la medicación, o bien por efectos secundarios intolerables que impiden subir la dosis hasta alcanzar la efectiva. Esta falsa falta de eficacia se observa también cuando el paciente recibe dosis por debajo de las mínimas recomendadas o cuando el tiempo que se administró es demasiado breve.

FACTORES DE RIESGO DE RECAÍDAS RELACIONADOS CON EL CONTEXTO

- **El insuficiente apoyo social** que afecta el acceso a los tratamientos y los cuidados de su salud mental y física.
- **La emoción expresada** es un concepto vinculado a relaciones interpersonales negativas dentro de la familia, que generan estrés en el paciente y los propios cuidadores, asociándose a un mayor riesgo de recaídas. Las familias con **alta emoción expresada** presentan hacia el paciente comentarios críticos de desaprobación de su comportamiento, conductas y actitudes invasivas o sobreprotectoras, ausencia de expresiones de valoración positiva y falta de empatía, resultando por lo tanto dañina para el paciente y la relación intrafamiliar. Este tema se desarrolla en profundidad en la sección siguiente.
- **El estigma y la discriminación** asociados a las enfermedades mentales, en el paciente y la familia, así como los **problemas económicos** y la **falta de trabajo y vivienda** influyen en el riesgo de recaídas.

5. INTERVENCIONES TEMPRANAS DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS



Las imágenes no corresponden a pacientes reales.

Dado que los primeros episodios psicóticos suelen ocurrir durante la juventud, es posible que por ello los **pacientes vean afectados su educación, el desarrollo de sus vocaciones y las relaciones interpersonales.**

La concepción moderna sobre la esquizofrenia identifica a ésta como una enfermedad del neurodesarrollo, implicando alteraciones de los procesos normales de crecimiento del número y desplazamientos de las neuronas desde antes del nacimiento y en la formación de los circuitos neuronales que ocurren hasta entrada la adultez. Todo esto produce cambios en la estructura cerebral y en cómo las neuronas se conectan entre sí (Insel 2010), con modificaciones desde etapas tempranas de la enfermedad (Ellison-Wright 2008), por lo que un tratamiento iniciado precozmente, desde los primeros síntomas, previene la progresión de estas alteraciones y mejora el pronóstico para el resto de la vida de la persona.

Las dificultades en el desempeño de las personas con esquizofrenia comienzan solapadamente antes del primer episodio psicótico, haciéndose más pronunciadas a posteriori, principalmente durante los primeros años que es cuando son más frecuentes las recaídas (Lieberman 2001, Tandon 2009). Por ello, prevenir las recaídas es fundamental pues éstas se relacionan con una peor evolución, con evidencias de un mayor tiempo para lograr la remisión (Lieberman 1996), mayor número y severidad de los síntomas residuales (Wiersma 1998), mayor resistencia al tratamiento (Chiliza 2012), mayor deterioro cognitivo y funcional (Tandon 2009) y mayor mortalidad (Yates 2019).

Si bien los tratamientos farmacológicos siguen siendo el abordaje indispensable e insustituible, hay claras evidencias de que las intervenciones psicosociales y la psicoeducación familiar, en el marco del modelo de salud mental integral, son totalmente necesarias para que, al lograr la mejoría de los síntomas, la persona pueda completar su educación, iniciar un trabajo, establecer relaciones significativas y lograr una adecuada calidad de vida.

Con un tratamiento integral, oportuno y adecuado desde el comienzo de la enfermedad, muchas personas con esquizofrenia pueden experimentar una remisión significativa de sus síntomas y **ser capaces de adquirir un elevado y satisfactorio nivel de recuperación global** (Lieberman 2001), **logrando así una vida plena.**

6. ¿QUÉ HACER SI PRESENTA MANIFESTACIONES QUE SUPONEN RIESGO DE RECAÍDA?



Las imágenes no corresponden a pacientes reales.

Existen **3 fases en las que es posible hacer un plan de prevención de la recaída**: cuando la persona que padece esquizofrenia se encuentra en **fase estable**, cuando presenta **signos tempranos de recaída** y cuando presenta **signos inminentes de recaída** hasta que se produce la recaída franca.

Podremos plantear un **modelo de prevención en tres pasos**: **primaria**, controlando factores de riesgo (hábitos de vida saludables y reducción de la emoción expresada); **secundaria**, disponiendo medidas para detener o retrasar el progreso hacia una recaída franca (detección precoz de signos de recaída y plan de acción) y, **terciaria**, retardar o reducir las complicaciones y secuelas de la recaída para mejorar la calidad de vida.

Para cada una de estas fases se describen las estrategias que ayudarán a la prevención de recaídas.

PREVENCIÓN PRIMARIA - EN FASE ESTABLE

El hecho de tener a cargo y cuidar a un ser querido con un trastorno mental grave con quien se convive, genera un impacto en la salud. Entre la aparición de las primeras señales de la enfermedad y el logro de la estabilidad pueden pasar años, con etapas de alto nivel de estrés y sobrecarga para quienes tienen la responsabilidad de acompañar. **Se propondrán algunas ideas para las personas que cumplen este rol, con el fin de mejorar su calidad de vida.**

Cuidar de una persona dependiente es una tarea difícil, cansadora y de gran responsabilidad; demanda realizar **actividades para las que no se está preparado y que no siempre son agradables**. Se suma el abandono de actividades de ocio y vínculos sociales, disminuyendo el contacto con actividades placenteras.

Se denomina carga o sobrecarga del cuidador, a la tensión que se soporta por el cuidado de un familiar dependiente. Es una respuesta al estrés físico, psicológico, social y económico que supone la actividad de cuidar y los recursos con los que la persona que cuida cuenta para satisfacer dichas demandas. **La sobrecarga a la que se ve sometido el cuidador puede manifestarse por señales físicas como cefalea de características tensionales, decaimiento, fatiga crónica, alteración del ciclo sueño-vigilia y, psicológicas, como la depresión, la ansiedad y el insomnio.**

La familia del cuidador, los amigos, o los miembros del equipo de salud podrán colaborar con acciones que disminuyan su carga.

El bienestar del cuidador está directamente relacionado con los siguientes aspectos:

- **¿Estoy con alguna dolencia/enfermedad de la cual no me estoy pudiendo ocupar?** Tomar conciencia de esto es el primer paso, luego realizar los pasos necesarios para poder concretarlo.

- **¿Me estoy sintiendo sola/o? ¿Percibo que no hay una distribución equitativa de las responsabilidades?** El apoyo emocional y el reconocimiento son necesarios al igual que mejorar la distribución de las tareas en forma más equitativa. Hablar de esto, no asumir que los demás saben qué se necesita. Ser claro y preciso sobre qué cosas pueden hacer los demás que aumenten la sensación de apoyo. Ejemplo: Decir *“No doy más, me encargo de todo. A nadie parece importarle.”* Esta expresión muestra un estado emocional, sin embargo no es clara en expresar su necesidad. En cambio *“Me siento muy cansada. Necesito más apoyo. Podrías ocuparte de los trámites de la obra social. Eso sería de gran ayuda para mí.”* Esta forma suele ser más efectiva.

- **¿El equipo de salud mental que atiende a mi ser querido me da un espacio?** Este punto es central, la familia tiene que ser parte del proceso de tratamiento. Recibir información precisa sobre el diagnóstico y también brindar información imprescindible para que el equipo esté al tanto de cómo están las cosas en casa. Formar parte de asociaciones de familiares, grupos de ayuda mutua, es un pilar fundamental. Encontrarse con otros que pasan por lo mismo es una experiencia transformadora, produce un sentido de conexión, de estar acompañado.

- **¿Cómo me estoy alimentando? ¿Cómo estoy durmiendo? ¿Estoy realizando algún ejercicio? ¿Realizó alguna actividad recreativa? ¿Tengo tiempo de ocio (tiempo para realizar todo aquello que al individuo le guste y le divierta)?** Mejorar en cierta medida aspectos como hacer las cuatro comidas, dormir el tiempo necesario, mover el cuerpo son centrales para recuperar la energía y mejorar el estado de ánimo.

- **¿Dejé de hacer algo que me gustaba? ¿Dejé de ver a familiares/amigos?** En forma gradual, es una buena idea incorporar pequeñas acciones asociadas al disfrute, el ocio, el placer. Cuando se empieza a realizar alguna actividad de este tipo, suelen surgir pensamientos del tipo “No mereces este momento”, “Sos egoísta”, “Deberías estar en casa con X”. La clave será intentar dejarlos pasar y volver la atención a aquello que estás realizando.

- **Cuidarse es recuperar la energía y así poder cuidar en forma efectiva.** Brindarse tiempo personal no convierte a alguien en egoísta.

Por otra parte, **tener en cuenta un concepto valioso, como es el de Emoción Expresada, colaborará con la prevención de recaídas al modificar el estilo de comunicación familiar.** La emoción expresada podría caracterizarse por un estilo comunicativo del familiar para con el paciente con esquizofrenia que, aunque NO genere la enfermedad, influye en su curso. Se refiere a una forma de comunicarse caracterizado por la intensidad emocional, tanto por las palabras que se dicen como por el tono, el volumen y los gestos. Se ha demostrado que altos niveles de emoción expresada se relacionan con mayor número de recaídas y con altos niveles de estrés que experimentan las familias que tienen a un ser querido con un trastorno mental grave.

¿Cuáles son las características de una comunicación con altos niveles de Emoción Expresada?

- **Frecuentes críticas:** Aquí el familiar formula comentarios críticos con una connotación y un tono negativos, tipo reproche, con un énfasis expresivo elevado. Un ejemplo sería una madre o padre que le dice a su hijo: “Pareces un cerdo, con eso que llevas puesto, ¿por qué no haces el favor de cambiarte? Me da vergüenza ir con vos así”. El mismo comentario, sin ser tan crítico, podría ser: “Seguramente te sentirías mejor si te pusieras ropa limpia”.

- **Expresar hostilidad:** Implica un rechazo directo, generalmente acompañado de amenazas o ultimátums, dicho con un tono muy elevado que presenta un componente de agresividad verbal. Se da en casos en los que la familia se siente desesperada, desbordada y ya no sabe cómo actuar para que su situación cambie. Cuando se está en esta situación es fundamental pedir ayuda profesional.

- **Sobreimplicación emocional:** Se caracteriza por una sobreprotección al familiar que padece el trastorno mental, impidiendo el desarrollo de conductas autónomas. Existe una distorsión en la evaluación de las dificultades del ser querido, donde se lo ve como extremadamente frágil y sin capacidad de ocuparse de los quehaceres diarios. Por ejemplo: “No te preocupes, ya te hago yo la cama”, “¿Querés que te prepare la cena?”. En estos casos es recomendable comenzar en forma gradual a darle al ser querido ciertas tareas que puede realizar, esto le dará un sentido de logro.

Algunas ideas más para disminuir la Emoción Expresada son:

El primer paso es notar las propias emociones y el nivel de estrés que se está experimentando. Es decir, primero ser conscientes del propio estado, darse cuenta de las propias emociones y pensamientos, notar cuando se está enojado, frustrado, triste, abrumado, etc. Luego, **tomarse unos minutos para implementar alguna estrategia para calmarse y, si es necesario, pedir ayuda.**

Cuando se lidia con emociones difíciles, preocupaciones o problemas, es el momento justo para reconocer el sufrimiento propio y recordar tratarse a sí mismo con amor, bondad y compasión.

Una vez centrados en esto, la comunicación podrá ser más efectiva, clara, precisa y serena.

Para ser claros y precisos en expresar lo que se necesita será importante cambiar el lenguaje crítico por un lenguaje descriptivo. Por ejemplo: *“No colaborás en nada con las cosas de la casa”* podría pasarse a *“Hoy necesito que barras el patio”*.

Si bien un aislamiento completo es negativo, estar constantemente en intercambios cara a cara es altamente estresante para quienes sufren de enfermedades mentales graves. Será bueno permitir al ser querido momentos de estar solo.

Por último y, en resumen, comprender el diagnóstico es la base para lograr cambios que mejoren la calidad de vida de todos.

PREVENCIÓN SECUNDARIA

Consiste en la detección de signos tempranos de recaída y la puesta en marcha de un plan confeccionado, preferentemente, en la fase estable. Llevar adelante esto posibilitará menor cantidad de recaídas, reinternaciones y mejor calidad de vida. Esta adaptación, que además sigue otras propuestas, culminará con la documentación de un procedimiento escrito que indique las acciones a seguir frente a determinados riesgos de recaída. Incluye una serie de competencias, habilidades y estrategias de afrontamiento, a ir adquiriendo.

Cabe a priori aclarar que estas habilidades **se entrenan, se practican, se aprenden con ensayo y acompañamiento.** No debemos pensar que es “obligatorio” tener estas habilidades ni sentirnos incómodos o incapaces de adquirirlas. Por otro lado, lo que es útil para algunos, puede no serlo para otros. Por último, cuanto antes se implemente la práctica, más temprano llegará la sensación de mayor control sobre la recaída. Estas habilidades para desarrollar consisten en:

1) Reconocer la forma específica de recaída de nuestro familiar:

Aprender a identificar y reconocer este listado de experiencias y síntomas previos a la recaída particularizado al caso de la persona que padece esquizofrenia. Para hacer la reconstrucción de la así llamada “firma de recaída” se construirá una línea de tiempo que detalle episodios previos, comenzando por el último. Una vez conocidos, serán de utilidad para anticiparse, haciendo frecuentes monitoreos y chequeos.

2) Reconocer los factores de estrés:

Tanto eventos o situaciones específicas (mudanzas, situaciones de exámenes, demandas laborales, nacimientos, fallecimientos, divorcios, problemas de pareja, abandono de la medicación, consumo de alcohol u otras drogas, cambios de rutinas, etc.), como sobrecarga de actividades, altas exigencias, alta emoción expresada y estresores crónicos, pueden funcionar como desencadenantes de crisis. Reconocerlos llevará a activar el plan.

3) Detectar y analizar la actitud frente a la posible recaída:

Experiencias previas construyen memorias e historias que pueden activar emociones y pensamientos. Puede que persistan temores, ansiedades, angustias, enojos, preocupaciones y otras emociones que distorsionarán la claridad necesaria para afrontar lo que se viene. Conviene entonces reconocer y analizar si estamos exagerando, sobredimensionando o “catastrofizando”, negando, ignorando o si estamos paralizados frente a lo que sucede.

4) Capacidad de calmarse a sí mismo:

En medio de emociones turbulentas es muy difícil pensar y planear, se requiere ejercitar el “tranquilizarse”. Una vez en calma, se podrá ayudar mejor. Por un lado, es momento de hacer un parate: frenar, decir que no a demandas excesivas, y posponer o delegar algunas tareas o bien reducir la cantidad de cosas con las que lidiar, para así generar un tiempo para descansar; es también importante entonces el autocuidado y el poner en marcha actividades de reducción de estrés. Algunas personas consideran a esta fase una pérdida de tiempo o un descuido del familiar. Por el contrario, es la mejor manera de no empeorar las cosas y estar aptos para lograr cierto grado de control.

Se buscará capitalizar estrategias de relajación, distracción, pedido de ayuda a través de la activación de una red social, reducir la sobreestimulación, postergar tomas de decisiones importantes, regularización de hábitos, planificación de rutinas, realización de pausas activas y uso de algún método de resolución de problemas.

5) Diseñar un plan de contingencia con la red social de apoyo:

Muchas personas creen que cuidar a su familiar es sólo su responsabilidad, que no deben molestar a otros, que pedir ayuda es un signo de debilidad y no funcionar bien, que nadie va a cuidarlos tan bien como ellos. Es conveniente revisar esas ideas y pensar en involucrar a otros, siendo cada vez más eficaces para solicitar y recibir apoyo emocional, consejos, información, guía, ayudas prácticas y concretas. Las habilidades en este paso consisten en analizar periódicamente nuestra red social personal, aprender a comunicar los pedidos de ayuda, a expresar y compartir lo que se siente y se vive, a mejorar relaciones sociales deterioradas y compartir espacios con pares participando en grupos de ayuda mutua. Una acción concreta en este punto consistiría en confeccionar un listado de personas con las que se puede contar y acciones en las que podrían colaborar, con tiempo, con compañía, con actividades, con dinero, etc.

6) Desarrollar un plan farmacológico de contingencia:

Usualmente es difícil conseguir turnos con celeridad o no hay acceso directo a los profesionales en momentos de STR, lo que hace importante que, en etapas de estabilidad, el triálogo (familiar, paciente y equipo tratante) acuerde qué ajustes o modificaciones del plan farmacológico se harán en caso de aparición de signos tempranos de recaída. Esta propuesta requiere confianza mutua en que nadie hará mal uso de este acuerdo, que se llevará adelante de manera responsable. Deberá quedar claro en qué momento y de qué manera (droga, dosis, posología, período de tiempo, etc.). También conviene planificar estrategias farmacológicas en caso de vacaciones, fines de semana largos, viajes, ausencias, etc.

7) Considerar las decisiones previas:

Se refiere a lo que el familiar con un trastorno mental está dispuesto y a lo que no en caso de signos de recaída. El triálogo conversará en etapas de estabilidad acerca de los deseos y preferencias del interesado. O sea, qué tipo de ayuda le gustaría recibir, por cuál de las instituciones posibles optaría, quiénes sí aceptaría como colaboradores, quiénes no, etc.

8) Escribir este plan de acción:

Una vez evaluados los pasos anteriores, se procederá a su registro. Quedarán incluidas un conjunto de acciones que los familiares y allegados de la red, la persona que padece esquizofrenia y el equipo tratante llevarán adelante en caso de presentar signos precoces de recaída. Cada actor deberá tener una copia en mano: Allí se incluirá, firma de recaída, factores desencadenantes y estresores, las estrategias de afrontamiento, los planes de contingencia de medicación y de red social de apoyo y las decisiones previas. Así cada uno podrá hacer lo propio.

9) Evaluar periódicamente este plan de acción:

Una vez llevado a cabo el plan, en base a esa experiencia, podrá refinarse mediante evaluaciones periódicas, por ejemplo cada 3 meses.

7. ¿QUÉ HACER ANTE SIGNOS DE INMINENTE RECAÍDA O SI YA ESTÁ EN RECAÍDA?



Las imágenes no corresponden a pacientes reales.



Cuando la persona que padece esquizofrenia se encuentra frente a signos inminentes de recaída o ya está en recaída, se hará **PREVENCIÓN TERCIARIA** para minimizar las secuelas.

En esta etapa, los integrantes de triálogo habrán definido con precisión la recaída y los posibles desencadenantes. Podrán decir, a su vez, qué estrategias de afrontamiento se usaron y cómo funcionaron, incluido el plan psicofarmacológico de contingencia. Probablemente, en este momento, la persona esté lidiando con alucinaciones, delirios, agresividad y/o ideas de suicidio.

- **¿Cómo lidiar con alucinaciones y delirios?:**

Implica escuchar lo que la persona tiene que decir, animándola a hablar abiertamente sobre la alucinación y/o el delirio; tratando de entender de qué está hablando o con quién; identificando sus creencias y evidencias, cuán convencido está, cuánto tiempo le dedica, cuánto interfiere en su día a día; aceptando que son reales para el que las padece. Se evaluará cómo reacciona a la confrontación y si esto resulta incómodo, se intentará cambiar de tema a algo basado en la realidad o que la persona disfrute.

- **¿Cómo enfrentar ideas de suicidio?:**

Se debe tomar muy en serio cualquier expresión de este tipo, avisando siempre a los profesionales, nunca manteniéndolo en secreto. Con calma, se investigará si ha decidido matarse, cómo, cuándo y de qué manera. Si es inminente, se deberá actuar rápido: lograr disponer de un espacio seguro y activar la red social. No es beneficioso estar solos, el afectado necesitará atención las 24 horas. Será bueno tener cerca personas que lo apoyen y no lo juzguen y alejar a quienes causen más estrés. La actitud será de agradecimiento porque nos lo haya contado, de poca exigencia, sin sobreprotección y respetuosa, aclarando que sólo se quiere ayudar. Se llevará esperanza, diciendo que las ideas de suicidio se deben a su psicosis y que tienen tratamiento. Suele ser de ayuda proponer, de ser posible, actividades agradables y sencillas.

- **¿Cómo tratar con comportamiento agresivo?:**

Se informará al equipo tratante. Para que no se excite más, habrá que calmarse o retirarse de la escena hasta lograrlo. Se reducirá el estrés, al no discutir o insultar, sin causar enojo. Se intentará distraerlo con cambios de tema, pidiéndole que se relaje, transmitiendo calma y esperanza. Se le explicará que una vez que se haya calmado, se podrá escuchar lo que tenga que decir o ayudar con lo que sea necesario. Se le solicitará, en forma clara y sin gritar, que deje de hacer lo que está haciendo. No se intentará razonar con la persona, sino que se pedirá ayuda. Si el comportamiento agresivo es demasiado difícil de sobrellevar se llamará al 911, al 107 y/o a la emergencia, retirando objetos peligrosos y asegurándonos de salir de la casa o ir a un "cuarto seguro" con llave en la puerta y un teléfono para pedir ayuda. La posibilidad de una internación no debe ser utilizada jamás como una amenaza.

Si no se logra acercar al paciente a un sistema de salud para su evaluación, se requerirá hacer una presentación de la situación en un Juzgado de Familia.

Si los profesionales evalúan la existencia de riesgo grave, cierto e inminente para sí o para terceros por descompensación psicótica, indicarán la internación en una institución. Es importante interpretar la internación como una oportunidad para reducir el sufrimiento que provoca la enfermedad. Para llevarla adelante, tendremos a mano documentación básica (fotocopia del DNI, CUD, credencial y último recibo de sueldo o recibo de pago para afiliados voluntarios) y la orden médica. Será programada, cuando el ingreso es acordado previamente y se realiza de acuerdo con un plan prefijado.

Si no es posible de esa manera, solicitaremos traslado para la evaluación en guardia. El equipo de guardia decidirá si es conveniente, o no, internar al paciente. Si el paciente no desea quedarse internado, pero lo necesita, se procederá a tramitar la internación involuntaria.

8. PSICOEDUCACIÓN FAMILIAR Y REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL INTEGRAL



Las imágenes no corresponden a pacientes reales.

Son herramientas terapéuticas imprescindibles en un plan de tratamiento integral, brindan **información y formación del conocimiento de la historia de las esquizofrenias en encuentros grupales**, desarrollando la capacidad de identificar signos o síntomas tempranos de alarma en la persona afectada, detectando factores de riesgo, lo que permite una **intervención terapéutica precoz**, adecuada, minimizando, evitando y mejorando el curso del trastorno mental y favoreciendo la recuperación.

Nos brinda la respuesta básica a la pregunta: **¿qué hacer si aparece una recaída?**, siendo la respuesta: **ponerse en contacto inmediato con el equipo terapéutico y seguir las instrucciones.**

La evidencia científica demuestra su eficacia en:

- **reducir recaídas, las reinternaciones y su duración**
- **mejorar el cumplimiento con la medicación, favoreciendo la adherencia al tratamiento.**
- **adecuar las expectativas**
- **generar un efecto positivo en el bienestar del paciente y familia.**
- **mejorar su calidad de vida**
- **promover una mejor función social.**

Nos permite una **actitud empática y crear una relación de confianza**, acompañando, conteniendo y tranquilizando cuando sea necesario, con una escucha activa, dando respuestas con claridad, concreta y frases cortas, reforzando conductas positivas, no corrigiendo ni criticando y respetando sus silencios. Siendo efectiva en disminuir el aislamiento social, discriminación y la estigmatización derivada de una recaída.

En síntesis, la **Psicoeducación es un proceso de capacitación formal, dirigido a los familiares o allegados con funciones de cuidadores de las personas con una enfermedad mental severa como la esquizofrenia. El objetivo es reducir la brecha de conocimiento entre la información disponible y la que efectivamente debe poseer el familiar, pero que, en general, no tiene. Las áreas de información a compartir son: la enfermedad y los tratamientos, estrategias para el afrontamiento de problemas de convivencia y herramientas para crisis, el autocuidado del propio familiar y el empoderamiento basado en el conocimiento de los recursos terapéuticos sanitarios y extrasanitarios existentes y de los procedimientos para acceder a los mismos.**

Para ampliar información se recomienda la lectura del libro “Psicoeducación Familiar de personas con esquizofrenia”, con la autoría de numerosos profesionales de la salud mental de Argentina vinculados con grupos de ayuda mutua de familiares. Este documento integra el Manual de Psiquiatría de la Cátedra de Psiquiatría, Universidad Nacional de Córdoba (Gargoloff PR, Michat MD, Gargoloff PD, Sagastume M, Corral RM, Muscellini R, Silva CD, Pechon C, Bacha JI, Castro E, Loreal A, López LM, García Teran; 2020).

Rehabilitación Psicosocial Integral

La implementación y participación en estos programas terapéuticos **permiten la reintegración a la comunidad y mejoran el funcionamiento psicosocial de las personas en tratamiento.**

Comprende entrenamiento en talleres grupales, en habilidades sociales, vocacionales, cognitivas y psicoeducativas. En actividades de la vida diaria, autocuidado, deportivas, artísticas, lúdicas, de ocio y vacaciones terapéuticas.

El apoyo y búsqueda de **actividades laborales** con relación a las capacidades recuperadas modelan un enfoque socio terapéutico, que deviene en una verdadera vivencia de inclusión social, **mejorando la autoestima, el empoderamiento y la autonomía**, reforzando la recuperación con disminución marcada de las recaídas.

9. CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES Y SÍNTOMAS DE ALARMA DE POSIBLE RECAÍDA



Las imágenes no corresponden a pacientes reales.

El siguiente es un listado de los antecedentes de las personas con esquizofrenia y las manifestaciones que, en caso de estar presentes, nos podrían alertar sobre un posible riesgo de recaída.

Si se observan varios cambios, la recomendación es hacer una consulta con el médico cuanto antes, para ponerlo al tanto de estas novedades.

ANTECEDENTES

- **Escasa conciencia de enfermedad**, más aún si se da en los períodos de recuperación
- **Mal cumplimiento del tratamiento farmacológico, faltas a consultas** con equipo de salud mental y a las terapias psicosociales
- **Elevado número de recaídas y hospitalizaciones psiquiátricas**, con mayor riesgo si éstas fueron posteriores a abandonos del tratamiento, involuntarias y con intervención judicial y fuerzas de seguridad
- **Importante situación estresante actual**
- Antecedentes de **problemas para acceder a los tratamientos**, particularmente a los farmacológicos, y a las consultas con psiquiatra y psicólogo por motivos ajenos al paciente.

MANIFESTACIONES DE ALARMA DE POSIBLE RECAÍDA

- **Rehúsa seguir concurriendo a las consultas profesionales**, argumentando: “el tratamiento me hace mal”, “no lo necesité ni lo necesito más”, “estoy curado”, “nunca estuve enfermo”, “me cansé de ir al médico, psicóloga y tomar pastillas” “dejo porque no quiero que me critiquen y vigilen”.
- **Notan que cambió el hábito de tomar la medicación**: se los lleva para tomarlos a solas, aparecen pastillas tiradas o escondidas, no las adquiere en la farmacia con la frecuencia correcta (según consumo esperado basado en las dosis indicadas), comenta inesperadamente que el médico le dijo que no las tomé más.
- **Quejas de efectos indeseables de la medicación** (impotencia, somnolencia, aumento de peso)
- **Siente desconfianza**, cree que los demás hablan mal de él, lo descalifican, lo critican; cuando sale a la calle mira mucho a la gente que pasa cerca con temor o sospechas y dice “hablan de mí”, “me persiguen”, “se burlan”, “me miran mal”.
- **Habla solo** y como si estuviera manteniendo conversaciones con personas, habla con la televisión y la radio, afirma que en los medios los comentarios o gestos se refieren a él. Está haciendo algo, de repente se para y parece como si estuviera oyendo algo inexistente. Comenta que las voces reaparecieron o se volvieron más frecuentes, están presentes más tiempo, se volvieron más amenazantes, lo insultan y le dan órdenes.
- **Ha vuelto a tener conductas extrañas**, risas sin motivo aparente, posturas raras, comportamiento inusual, se va del hogar sin compartir y se desconoce en donde estuvo.
- **Ahora se preocupa en exceso por temas que cuando estaba bien no ocurría**, como asuntos espirituales o religiosos.
- **Usa vestimenta extravagante**, descuido de su higiene y arreglo personal, apariencia desalineada.

- **Usa palabras de una forma muy peculiar**, tiene conversaciones que parecen profunda y muy elaboradas pero que no son lógicas o no se puede entender lo que dice. No responde a preguntas o lo hace escuetamente y con gestos de enojo.
- **Volvió a aislarse**, permanecer mucho tiempo en su dormitorio o en la cama, rechazar estar con amigos o familiares, rehusar estar con las visitas que llegan a su hogar.
- **Ahora no puede dormir**, tiene pesadillas, se duerme de madrugada y levanta muy tarde a la mañana.
- **Está sin apetito**, come menos o a deshoras, dejó de comer en la mesa con la familia, él se prepara su propia comida, comenta que la comida tiene olor o gusto raro o que lo están envenenado.
- **Está triste**, disfruta menos de las cosas, perdió el interés por las actividades habituales, sin esperanzas en su recuperación.
- **Se lo ve más inquieto**, da vueltas en casa sin motivo visible, hace largas caminatas sin aviso ni rumbo fijo o definido.
- **Se muestra más ansioso**, tenso o irritable, menos tolerante cuando se le hace alguna observación o recomendación, reacciona con gestos de rechazo desmedidos.
- **Ha bajado su rendimiento** en el trabajo o los estudios y comenta que no puede concentrarse o tiene problemas de memoria.
- **Se lo ve indiferente**, aún por temas o en situaciones que eran muy importantes para él.
- Inicia o retoma el abuso del **alcohol o consumo de drogas** (marihuana, cocaína).
- **Si se sospecha riesgo de suicidio, preguntar:**
 - ¿Ha pensado que vivir la vida no vale la pena?
 - ¿Ha deseado estar muerto o ha deseado poder irse a dormir y no despertar?
 - ¿Ha tenido realmente la idea de suicidarse?
 - ¿Ha pensado en cómo llevarla a cabo?
 - ¿Ha tenido la intención de llevarla a cabo?
 - ¿Ha comenzado a elaborar o ha elaborado un plan con los detalles sobre cómo suicidarse?
 - ¿Tiene intenciones de llevar a cabo este plan?
 - ¿Ha hecho algo peligroso que pudiera haberle ocasionado la muerte?
 - ¿Ha hecho algo para dañarse a sí mismo o intentado suicidarse?

10. RED ARGENTINA DE ASOCIACIONES DE FAMILIARES CON PERFIL DE INTERVENCIONES DE AYUDA MUTUA



Las imágenes no corresponden a pacientes reales.

Nombre Sigla/acrónimo	Ubicación de sede social	Página Web	Redes sociales	Email de la asociación	Emails de conducción de la asociación y colaboradores	Reuniones mensuales Día y hora y Domicilio
Asociación de Ayuda de Familiares que padecen Esquizofrenia. AAFE	La Plata. Buenos Aires	www.aafe.org.ar	https://www.facebook.com/aafeong https://www.youtube.com/channel/UCDYxzd9GCVtZFn06D-OB0Q https://www.instagram.com/aafelapla ta/	aafelaplata@gmail.com	regi-61@hotmail.com gargolov@gmail.com	1º y 3º sábado. 11 hs. por Zoom. 4º sábado a 10 hs. presencial en Municipalidad de La Plata, calle 11 entre 51 y 53, La Plata
Asociación Cordobesa de Ayuda a la Persona Portadora de Esquizofrenia y su Familia. ACAPEF	Córdoba. Córdoba	http://www.fundacionrecuperar.org/acapecf.htm	https://www.facebook.com/Acapecf-osc-181066278604062/	fundacionacapef@gmail.com	marjosortizz@gmail.com raimuscel@hotmail.com	Todos sábados 10 hs Chávez 48 San Salvador Córdoba. Lunes a viernes a 17 hs. en Paseo del Sol, 9 de Julio 140 local 34, Córdoba
Asociación Jujeña de ayuda a la Persona que sufre Esquizofrenia y su Familia. AJUPEF	San Salvador de Jujuy. Jujuy	http://ajupecf.blogspot.com/	https://www.facebook.com/groups/1731971650364594/	ajupecf@hotmail.com	salomeboto@hotmail.com norchurquina@yahoo.com.ar luci_vir@hotmail.com	Todos jueves 19 hs Colegio de Ingenieros Belgrano 969, Jujuy
Asociación Marplatense de Ayuda a Familiares de Enfermos Mentales. AFPEM	Mar del Plata. Buenos Aires		https://www.facebook.com/amapecf.mdq		petrozzinoana@gmail.com tesydelasierra@yahoo.com.ar jcturnes@gmail.com	1º sábado a 10 hs. en Parroquia Nueva Pompeya. Av. Libertad 4045, Mar del Plata
Asociación Mendocina de Familiares de pacientes Esquizofrénicos. AMFE	Mendoza. Mendoza		https://www.facebook.com/groups/741830789244723/		claulerena@gmail.com	2º sábados 11 hs. en “Espacio Tiempo es Arte”, Sáenz Peña 1655, Godoy Cruz
Asociación Argentina de Ayuda a la Persona que Padece Esquizofrenia y su Familia. APEF	Ciudad Autónoma de Buenos Aires	https://apef.org.ar	https://www.facebook.com/APEFArg/ https://www.instagram.com/apefargentina/?hl=es WhatsApp +5491154586695	info@apef.org.ar	horaciosantoro@gmail.com	Consultar en la sección actividades de la página web www.apef.org.ar
Asociación de Ayuda a Personas con Enfermedad Mental y su Familia. APEMYF	San Fernando del Valle de Catamarca.		https://www.facebook.com/Apemyf-1807567482895793/ https://www.instagram.com/apemyf/?hl=es		saraluz2311@gmail.com perla2117@yahoo.com.ar	Reuniones se acuerdan con miembros de comisión directiva de la asociación
Unión de la Comunidad por la Salud Mental UFUCOSAM	Tandil. Buenos Aires		https://www.instagram.com/unionsaludmental.tandil/?hl=es		laumoni2002@yahoo.com.ar	2º sábados a 10 hs. en Pellegrini 886, Tandil
Asociación Santafesina de Apoyo a las Personas con Trastornos Mentales. ASAPEM	Santa Fe. Santa Fe		https://www.facebook.com/ezquizofreniatratamientofamiliarsantafe https://www.instagram.com/psicoeducacionasapem/?hl=es	asapem01@hotmail.com	mcromeroacuna@hotmail.com	2º sábados a 10 hs. en San Luis 2854, Santa Fe
Grupo de Allegados de Personas con Enfermedades Mentales. GAPEM	Bariloche. Rio Negro	www.gapem.co	https://www.facebook.com/GapemRioNegro https://twitter.com/GAPEM2	contacto@gapem.org	normatamashiro@hotmail.com pechoncarola@gmail.com	Último miércoles de cada mes. 18:00. Hospital R. Carrillo, Moreno Av. Moreno 601, Área de cuidados paliativos, Bariloche
Lazos Familiares Pampeanos	General Pico. La Pampa		https://www.facebook.com/EspacioLazosFamiliares https://www.instagram.com/explore/locations/1453765791596468/lazos-familiares-pampeanos/?hl=es	lazosfamiliarespampeanos@hotmail.com	moirarios@hotmail.com	3º sábado del mes a 10 hs. en Calle 21 N° 701, General Pico

11. SITIOS DE INTERÉS



AAP (Asociación Argentina de Psiquiatras)

<https://www.facebook.com/AsociacionArgentinadePsiquiatras/>

APSA (Asociación de Psiquiatras Argentinos)

<https://www.facebook.com/AsociacionArgentinadePsiquiatras/>

AASM (Asociación Argentina de Salud Mental)

<https://www.facebook.com/aasmental/>

Organización Mundial de la Salud / Oficina Panamericana de la Salud - OMS / OPS

<https://www.paho.org/es/publicaciones>

Asociación Mundial para la Salud Mental (World Federation for Mental Health) - WFMH

<https://wfmh.global/>

ConSaludMental - España

<https://consaludmental.org/>

Asociación Mundial de Psiquiatría

<https://www.wpanet.org/>

National Alliance on Mental Illness - NAMI

<https://www.nami.org/Your-Journey/Identity-and-Cultural-Dimensions/Hispanic-Latinx/La-salud-mental-en-la-comunidad-latina>

24x7 Esquizofrenia

<https://www.esquizofrenia24x7.com/consejos/consejos-amigos-familia>

Asociaciones de Salud Mental nacionales

Asociación de Psiquiatras Argentinos – APSA <https://www.apsa.org.ar/observatorio.php>

Asociación Argentina de Psiquiatras – AAP <http://www.aap.org.ar/section.php?id=40>

Asociación Argentina de Salud Mental – AASM <https://www.aasm.org.ar/es>

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (Materiales para población) - DNSMyA

<https://www.argentina.gob.ar/salud/mental-y-adicciones/salud-mental-y-discapacidad>

Superintendencia de Servicios de Salud. Reclamos por problemas con las Obras Sociales y Medicina Prepaga. TE 0800-222-72583.

<https://www.argentina.gob.ar/sssalud>

Agencia Nacional de Discapacidad

<https://www.argentina.gob.ar/andis>

Poder judicial - Ministerio Público de la Defensa de la Nación

Programa sobre Temáticas de Salud, Discapacidad y Adultos Mayores: defensa y protección de los derechos humanos y coadyuvar en la remoción de obstáculos para el acceso a la justicia de personas con discapacidad y quienes tienen especiales necesidades de salud

TE 011 4814-8404/33. Correo electrónico: saluddiscapacidad@mpd.gov.ar

<https://www.mpd.gov.ar/index.php/programa-sobre-tematicas-de-salud-discapacidad-y-adultos-mayores>

Mapa de Defensorías: <https://www.mpd.gov.ar/index.php/mapa-de-defensorias>

SITIOS OFICIALES PARA CONSULTAR ANTE EMERGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

Ministerios de Salud de Nación. Dispositivo de Orientación y Apoyo en la Urgencia de Salud Mental. 0800-999-0091

Ministerios de Salud de Provincia de Buenos Aires. Consultas en Salud Mental y Consumos Problemáticos. 0800 222-5462

Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Programa Salud Mental Responde. 0800 333-1665

12. BIBLIOGRAFÍA



1. Acosta FJ, Chinea E, Hernández JL, Rodríguez F, García-Bello M, Medina G, Nieves W. Influence of antipsychotic treatment type and regimen on the functionality of patients with schizophrenia. *Nord J Psychiatry*. 2014 Apr;68(3):180-8. <https://doi.org/10.3109/08039488.2013.790475>
2. APA American Psychiatric Association. PRACTICE GUIDELINE FOR THE Treatment of Patients With Schizophrenia". 2021. <https://psychiatryonline.org/doi/epdf/10.1176/appi.books.9780890424841>
3. APA-American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5). American Psychiatric Publishing; 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
4. Asociación de Ayuda de Familiares de Personas que padecen Esquizofrenia. Qué es la Esquizofrenia? 2022. <https://aafe.org.ar/wp-content/uploads/2022/07/AAFE-Que-es-la-esquizofrenia-Jul2022.pdf>
5. Grant, C. N., & Bélanger, R. E. (2017). Cannabis and Canada's children and youth. *Paediatrics & child health*, 22(2), 98–102. <https://doi.org/10.1093/pch/pxx017>
6. Ceraso A, Lin JJ, Schneider-Thoma J, Siafis S, Tardy M, Komossa K, Heres S, Kissling W, Davis JM, Leucht S. Maintenance treatment with antipsychotic drugs for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Aug 11;8:CD008016. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008016.pub3/full/es#CD008016-abs-0017>
7. Charlson FJ, Ferrari AJ, Santomauro DF, et al. Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016. *Schizophr Bull*. 2018;44(6):1195-1203. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6192504/>
8. Chiliza, B., Asmal, L., & Emsley, R. (2012). Early intervention in schizophrenia in developing countries: focus on duration of untreated psychosis and remission as a treatment goal. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, 24(5), 483–488. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23057984/>
9. CIE 11 Versión mayo/2021, Organización Mundial de la Salud, Clasificación Internacional de Enfermedades 11a revisión. <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f405565289>
10. Clepios, Revista de Profesionales en Formación en Salud Mental. Entrevista a Hugo Barrionuevo. 2019 Vol XXV Nº 3:116-120. <http://www.polemos.com.ar/docs/clepios/clepios80.pdf>
11. Correll, C. U., Citrome, L., Haddad, P. M., Lauriello, J., Olfson, M., Calloway, S. M., & Kane, J. M. (2016). The Use of Long-Acting Injectable Antipsychotics in Schizophrenia: Evaluating the Evidence. *The Journal of clinical psychiatry*, 77(suppl 3), 1–24. <https://doi.org/10.4088/JCP.15032su1>
12. Ellison-Wright, I., Glahn, D., Laird, A., Thelen, S., & Bullmore, E. (2010). The Anatomy of First Episode and Chronic Schizophrenia. *AM J Psychiatry*, 165(8), 1015–1023. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07101562>
13. Emsley, R., Nuamah, I., Hough, D., & Gopal, S. (2012). Treatment response after relapse in a placebo-controlled maintenance trial in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 138(1), 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.02.030>
14. Fountoulakis, K. N., Moeller, H. J., Kasper, S., Tamminga, C., Yamawaki, S., Kahn, R. (2020). The report of the joint WPA/CINP workgroup on the use and usefulness of antipsychotic medication in the treatment of schizophrenia. *CNS Spectrums*, 29(June), 1–25. <https://doi.org/10.1017/S1092852920001546>

15. Gargoloff PR, Michat MD, Gargoloff PD, Sagastume M, Corral RM, Muscellini R, Silva CD, Pechon C, Bacha JI, Castro E, Loreal A, López LM, García Teran M, Torres-González F. Manual de Psiquiatría. Cátedra de Psiquiatría. Universidad Nacional de Córdoba. Compilador Dr. Leandro Dionisio. Capítulo Psicoeducación Familiar de personas con esquizofrenia. 2020. ISBN 978-987-86-7095-9. https://www.academia.edu/44488087/Psicoeducaci%C3%B3n_Familiar_en_Esquizofrenia
16. Gargoloff, PR, Garcia-Bonetto G, Galeno R, Ortíz E, Godino A, Gris, E, Adrianzen, C. Three-year clinical results from the Schizophrenia Outpatients Health Outcomes (SOHO) study in Argentina. *Archivos de Neurociencias*. 2009;14:167-175. https://www.researchgate.net/publication/289237621_Three-year_clinical_results_from_the_Schizophrenia_Outpatients_Health_Outcomes_SOHO_study_in_Argentina
17. Hall, W., & Degenhardt, L. (2008). Cannabis use and the risk of developing a psychotic disorder. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 7(2), 68-71. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2008.tb00158.x>
18. Hawkes N. Daily and high potency cannabis are linked to higher rates of psychosis, study finds. *BMJ*. 2019 Mar 20;364:l1290. doi: 10.1136/bmj.l1290. PMID: 30894354. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30894354/>
19. Immonen J, Jääskeläinen E, Korpela H, Miettunen J. Age at onset and the outcomes of schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Early Interv Psychiatry*. 2017;11(6):453-460. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5724698/>
20. Kahn, R. S., Sommer, I. E., Murray, R. M., Meyer-Lindenberg, A., Weinberger, D. R., Cannon, T. D., O'Donovan, M., Correll, C. U., Kane, J. M., van Os, J., & Insel, T. R. (2015). Schizophrenia. *Nature reviews. Disease primers*, 1, 15067. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.67>
21. Kane JM, Schooler NR, Marcy P, Correll CU, Achtyes ED, Gibbons RD, Robinson DG. Effect of Long-Acting Injectable Antipsychotics vs Usual Care on Time to First Hospitalization in Early-Phase Schizophrenia: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2020 1;77(12):1217-1224. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.2076>
22. Keepers, G. A., Fochtmann, L. J., Anzia, J. M., Benjamin, S., Lyness, J. M., Mojtabai, R., Servis, M., Walaszek, A., Buckley, P., Lenzenweger, M. F., Young, A. S., Degenhardt, A., Hong, S. H., & (Systematic Review) (2020). The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. *The American journal of psychiatry*, 177(9), 868-872. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.177901>
23. Khavari B, Cairns MJ. Epigenomic Dysregulation in Schizophrenia: In Search of Disease Etiology and Biomarkers. *Cells*. 2020 Aug 5;9(8):1837. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7463953/>
24. Koenig M, Castillo MC, Urdapilleta I, Le Borgne P, Bouleau JH. Regards croisés sur les signes précoces de rechute des sujets schizophrènes [Relapse in schizophrenia: an exploratory study of the joint conceptions of patients, parents and caregivers]. *Encephale*. 2011 Jun;37(3):207-16. French. doi: 10.1016/j.encep.2010.06.002. Epub 2010 Aug 14. PMID: 21703436. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21703436/>
25. Kubota, M., Van Haren, N. E. M., Haijma, S. V., Schnack, H. G., Cahn, W., Pol, H. E. H., & Kahn, R. S. (2015). Association of IQ changes and progressive brain changes in patients with schizophrenia. *JAMA Psychiatry*, 72(8), 803-812. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.0712>

26. Lecomte, T., Potvin, S., Samson, C., Francoeur, A., Hache-Labelle, C., Gagné, S., Boucher, J., Bouchard, M., & Mueser, K.T. Predicting and preventing symptom onset and relapse in schizophrenia—A metareview of current empirical evidence. *Journal of Abnormal Psychology*. 2019, 128(8), 840–854. <https://doi.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fabn0000447>
27. Lieberman JA, Alvir JM, Koreen A, Geisler S, Chakos M, Sheitman B, Woerner M. Psychobiologic correlates of treatment response in schizophrenia. *Neuropsychopharmacology*. 1996 Mar;14(3 Suppl):13S–21S. doi: 10.1016/0893-133X(95)00200-W. PMID: 8866739. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8866739/>
28. Lieberman JA, Perkins D, Belger A, Chakos M, Jarskog F, Boteva K, Gilmore J. The early stages of schizophrenia: speculations on pathogenesis, pathophysiology, and therapeutic approaches. *Biol Psychiatry*. 2001 Dec 1;50(11):884–97. doi: 10.1016/s0006-3223(01)01303-8. Erratum in: *Biol Psychiatry* 2002 Feb 15;51(4):346. PMID: 11743943. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11743943/>
29. Lieberman, J. A., Alvir, J. M., Koreen, A., Geisler, S., Chakos, M., Sheitman, B., & Woerner, M. (1996). Psychobiologic correlates of treatment response in schizophrenia. *Neuropsychopharmacology: official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 14(3 Suppl), 13S–21S. [https://doi.org/10.1016/0893-133X\(95\)00200-W](https://doi.org/10.1016/0893-133X(95)00200-W)
30. Lieberman, J. A., Perkins, D., Belger, A., Chakos, M., Jarskog, F., Boteva, K., & Gilmore, J. (2002). Erratum: The early stages of schizophrenia: Speculations on pathogenesis, pathophysiology, and therapeutic approaches (*Biological Psychiatry* 50:11 (884–897)). *Biological Psychiatry*, 51(4), 346. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01310-0](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01310-0)
31. Li-Quiroga, Mey-Ling & Alipázaga-Pérez, Pedro & Osada, Jorge & Leon, Franco. (2015). Nivel de sobrecarga emocional en familiares cuidadores de personas con esquizofrenia en un hospital público de Lambayeque-Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatria*. 78. 232. 10.20453/rnp.2015.2652. https://www.researchgate.net/publication/290651309_Nivel_de_sobrecarga_emocional_en_familiares_cuidadores_de_personas_con_esquizofrenia_en_un_hospital_publico_de_Lambayeque-Peru
32. Lora, A., Kohn, R., Levav, I., McBain, R., Morris, J., & Saxena, S. (2012). Service availability and utilization and treatment gap for schizophrenic disorders: a survey in 50 low- and middle-income countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 90(1), 47–54B. <https://doi.org/10.2471/BLT.11.089284>
33. Michel P, Baumstarck K, Auquier P, Amador X, Dumas R, Fernandez J, Lancon C, Boyer L. Psychometric properties of the abbreviated version of the Scale to Assess Unawareness in Mental Disorder in schizophrenia. *BMC Psychiatry*. 2013 Sep 22;13:229. doi: 10.1186/1471-244X-13-229. PMID: 24053640; PMCID: PMC3851247. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3851247/>
34. Moges S, Belete T, Mekonen T, Menberu M. Lifetime relapse and its associated factors among people with schizophrenia spectrum disorders who are on follow up at Comprehensive Specialized Hospitals in Amhara region, Ethiopia: a cross-sectional study. *Int J Ment Health Syst*. 2021 May 6;15(1):42. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8101248/pdf/13033_2021_Article_464.pdf
35. Moreno-Küstner B, Martín C, Pastor L. Prevalence of psychotic disorders and its association with methodological issues. A systematic review and meta-analyses. *PLoS One*. 2018 Apr 12;13(4):e0195687. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5896987/pdf/pone.0195687.pdf>
36. O'Keefe D, Hannigan A, Doyle R, Kinsella A, Sheridan A, Kelly A, Madigan K, Lawlor E, Clarke M. The iHOPE-20 study: Relationships between and prospective predictors of remission, clinical recovery, personal recovery and resilience 20 years on from a first episode psychosis. *Aust N Z J Psychiatry*. 2019 Nov;53(11):1080–1092. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30722671/>

37. OMS. Organización Mundial de la Salud, Esquizofrenia. 2021.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
38. Owen MJ, Sawa A, Mortensen PB. Schizophrenia. *Lancet*. 2016 Jul 2;388(10039):86-97.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26777917/>
39. Ramu N, Kolliakou A, Sanyal J, Patel R, Stewart R. Recorded poor insight as a predictor of service use outcomes: cohort study of patients with first-episode psychosis in a large mental healthcare database. *BMJ Open*. 2019 Jun 12;9(6):e028929. doi: 10.1136/bmjopen-2019-028929. Erratum in: *BMJ Open*. 2020 Apr 23;10(4):e028929corr1. PMID: 31196905; PMCID: PMC6577359.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31196905/>
40. Rebolledo Moller S, Lobato Rodríguez MJ. *Cómo afrontar la Esquizofrenia: Una guía para familiares, cuidadores y personas afectadas*. Editores Aula Médica, Madrid, España. Segunda Edición, 2000. ISBN: 84-7885-398-7.
https://www.pfizer.es/salud/servicios/publicaciones/afrontar_esquizofrenia_una_guia_familiares_cuidadores_personas_afectadas.html
41. Remington G, Addington D, Honer W, Ismail Z, Raedler T, Teehan M. Guidelines for the Pharmacotherapy of Schizophrenia in Adults. *Can J Psychiatry*. 2017 Sep;62(9):604-616.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5593252/pdf/10.1177_0706743717720448.pdf
42. Roosenschoon BJ, Kamperman AM, Deen ML, Weeghel JV, Mulder CL. Determinants of clinical, functional and personal recovery for people with schizophrenia and other severe mental illnesses: A cross-sectional analysis. *PLoS One*. 2019 Sep 18;14(9):e0222378.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6750648/>
43. Rubio JM, Schoretsanitis G, John M, Tiihonen J, Taipale H, Guinart D, Malhotra AK, Correll CU, Kane JM. Psychosis relapse during treatment with long-acting injectable antipsychotics in individuals with schizophrenia-spectrum disorders: an individual participant data meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2020 Sep;7(9):749-761.
[https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30264-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30264-9/fulltext)
44. Rybakowski J. A half-century of participant observation in psychiatry. Part I. Schizophrenia. *Psychiatr Pol*. 2020 Jun 30;54(3):405-419.
http://psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_3_2020/ENGver405Rybakowski_PsychiatrPol2020v54i3.pdf
45. Shimomura Y, Kikuchi Y, Suzuki T, Uchida H, Mimura M, Takeuchi H. Antipsychotic treatment in the maintenance phase of schizophrenia: An updated systematic review of the guidelines and algorithms. *Schizophr Res*. 2020 Jan;215:8-16.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0920996419304232>
46. Suzuki T, Uchida H, Takeuchi H, Nomura K, Tanabe A, Watanabe K, Yagi G, Kashima H. Simplifying psychotropic medication regimen into a single night dosage and reducing the dose for patients with chronic schizophrenia. *Psychopharmacology (Berl)*. 2005 Sep;181(3):566-75.
<https://doi.org/10.1007/s00213-005-0018-3>
47. Takeuchi H, Suzuki T, Uchida H, Watanabe K, Mimura M. Antipsychotic treatment for schizophrenia in the maintenance phase: a systematic review of the guidelines and algorithms. *Schizophr Res*. 2012 Feb;134(2-3):219-25. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22154594/>
48. Tandon, R., Nasrallah, H. A., & Keshavan, M. S. (2009). Schizophrenia, "just the facts" 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophrenia Research*, 110(1-3), 1-23.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.03.005>

49. Torres Gonzalez F (coordinación). Documento para el Consenso Internacional "Cuidados y necesidades de las personas afectadas por trastornos esquizofrénicos que viven en la comunidad". Asociación Mundial de Psiquiatría y Red Maristán. Conferencia Temática Granada, España, 1999.
https://www.researchgate.net/publication/324164994_cuidados_y_necesidades_de_las_personas_afectadas_por_trastornos_esquizofrenicos_que_viven_en_la_comunidad_documento_para_el_consenso_internacional_red_maristan
50. Wiersma, D., Nienhuis, F. J., Slooff, C. J., & Giel, R. (1998). Natural course of schizophrenic disorders: a 15-year followup of a Dutch incidence cohort. *Schizophrenia bulletin*, 24(1), 75-85.
<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033315>
51. Wiersma, D., Nienhuis, F. J., Slooff, C. J., & Giel, R. (1998). Natural course of schizophrenic disorders: a 15-year followup of a Dutch incidence cohort. *Schizophrenia bulletin*, 24(1), 75-85.
<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033315>
52. Yates, K., Lång, U., Cederlöf, M., Boland, F., Taylor, P., Cannon, M., ... Kelleher, I. (2019). Association of Psychotic Experiences with Subsequent Risk of Suicidal Ideation, Suicide Attempts, and Suicide Deaths: A Systematic Review and Meta-analysis of Longitudinal Population Studies. *JAMA Psychiatry*, Vol. 76, pp. 180-189. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.3514>
53. Zisman-Ilani, Y., Hurford, I., Bowen, A. et al. Evaluating the feasibility of a decision aid to promote shared decision making among young adults with first-episode psychosis: protocol for a pilot study. *Pilot Feasibility Stud* 2021, 7, 22. *Pilot and Feasibility Studies*, 2021, Vol 7, Article 22.
<https://doi.org/10.1186/s40814-020-00757-0>
54. Michel P, Baumstarck K, Auquier P, Amador X, Dumas R, Fernandez J, Lancon C, Boyer L. Psychometric properties of the abbreviated version of the Scale to Assess Unawareness in Mental Disorder in schizophrenia. *BMC Psychiatry*. 2013 Sep 22;13:229. doi: 10.1186/1471-244X-13-229. PMID: 24053640; PMCID: PMC3851247. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3851247/>
55. Salazar de Pablo G, Guinart D, Correll CU (2021). What are the physical and mental health implications of duration of untreated psychosis? *European Psychiatry*, 64(1), e46, 1-2.
<https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.22>
56. Bartkó, G., Herczeg, I., & Zádor, G. (1988). Clinical symptomatology and drug compliance in schizophrenic patients. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 77(1), 74-76.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1988.tb05080.x>
57. Czobor, P., Van Dorn, R. A., Citrome, L., Kahn, R. S., Fleischhacker, W. W., & Volavka, J. (2015). Treatment adherence in schizophrenia: a patient-level meta-analysis of combined CATIE and EUFEST studies. *European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 25(8), 1158-1166. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2015.04.003>
58. Jaeger, M., & Rossler, W. (2010). Attitudes towards long-acting depot antipsychotics: a survey of patients, relatives and psychiatrists. *Psychiatry research*, 175(1-2), 58-62. HYPERLINK
"https://nam04.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fdoi.org%2F10.1016%2Fj.psychres.2008.11.003&data=05%7C01%7CLPonte%40its.jnj.com%7Ce44eeafdb298400b8ae808da6b6864cf%7C3ac94b33913548219502eafda6592a35%7C0%7C0%7C637940393825180310%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJWIjoiMC4wLjAwMDAiLCJQIjoiV2luMzliLCJBTiI6IklhaWwiLCJXVCi6Mn0%3D%7C3000%7C%7C%7C&sdata=2%2BYmghSu%2FxFzURoNnpTFZNaZiw8Bq2LdN%2B1FOJfk3gz%3D&reserved=0"https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.11.003
59. Correll CU, Lauriello J. Using long-acting injectable antipsychotics to enhance potential for recovery from schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2020;81(4):MS19053AH5C.
<https://doi.org/10.4088/JCP.MS19053AH5C>



VIVIR SIN RECAÍDAS

Recomendaciones para los
familiares de personas
con esquizofrenia

Todos los derechos reservados.

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida ni transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias o las grabaciones, en cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin el permiso escrito del titular del copyright.

Esta obra se presenta con fines educativos a la comunidad. El contenido de la misma refleja las opiniones, criterios, conclusiones y/o hallazgos propios de sus autores, los cuales pueden no coincidir necesariamente con los de JANSSEN CILAG FARMACÉUTICA S.A., patrocinador y propietario de la obra.

@Janssen Cilag Farmacéutica S.A CP-314048 / 08.2022

janssen  Neuroscience

PHARMACEUTICAL COMPANIES OF *Johnson & Johnson*