



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

**PROSPERIDAD  
PARA TODOS**

# Guía de práctica clínica

para el diagnóstico, tratamiento e  
inicio de la rehabilitación psicosocial  
de los adultos con esquizofrenia

Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia

Para pacientes y cuidadores

2014 - Guía No. 29

Centro Nacional de Investigación en Evidencia  
y Tecnologías en Salud CINETS



Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud



© Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias

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

ISBN: 978-958-XXXX-XX-X  
Bogotá, Colombia  
Julio de 2014

## Nota legal

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



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

## **Ministerio de Salud y Protección Social**

Alejandro Gaviria Uribe

*Ministro de Salud y Protección Social*

Fernando Ruiz Gómez

*Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios*

Norman Julio Muñoz Muñoz

*Viceministro de Protección Social*

Gerardo Burgos Bernal

*Secretario General*

José Luis Ortiz Hoyos

*Jefe de la Oficina de Calidad*

### **Equipo técnico de apoyo**

Leonardo Arregocés

Abel Ernesto González

Indira Tatiana Caicedo Revelo

Óscar Ariel Barragán Ríos



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

Paula Marcela Arias Pulgarín

*Directora General*

Hector Jaime Rendón Osorio

*Subdirector General*

Liliana María Zapata Bustamante

*Secretaria General*

Alicia Ríos Hurtado

*Directora de Redes de Conocimiento*

Lucy Gabriela Delgado Murcia

*Directora de Fomento a la Investigación*

Jaime Eduardo Castellanos Parra

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

Hilda Graciela Pacheco Gaitán

*Seguimiento técnico e interventoría*

David Arturo Ribón Orozco

*Seguimiento técnico e interventoría*



Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud

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

Héctor Eduardo Castro Jaramillo

*Director Ejecutivo*

Aurelio Mejía Mejía

*Subdirector de Evaluación  
de Tecnologías en Salud*

Iván Darío Flórez Gómez

*Subdirector de Producción de Guías de Práctica Clínica*

Javier Humberto Guzmán

*Subdirección de Implantación y Diseminación*

Diana Esperanza Rivera Rodríguez

*Subdirectora de Participación y Deliberación*

Sandra Lucía Bernal

*Subdirección de Difusión y Comunicación*

### **Equipo técnico de apoyo**

Laura Catalina Prieto

Ángela Viviana Pérez

Lorena Andrea Cañón

Diana Isabel Osorio



Pontificia Universidad  
**JAVERIANA**  
Bogotá



UNIVERSIDAD  
**NACIONAL**  
DE COLOMBIA



UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA  
1803  
FACULTAD DE MEDICINA

## **AUTORES Y COLABORADORES**

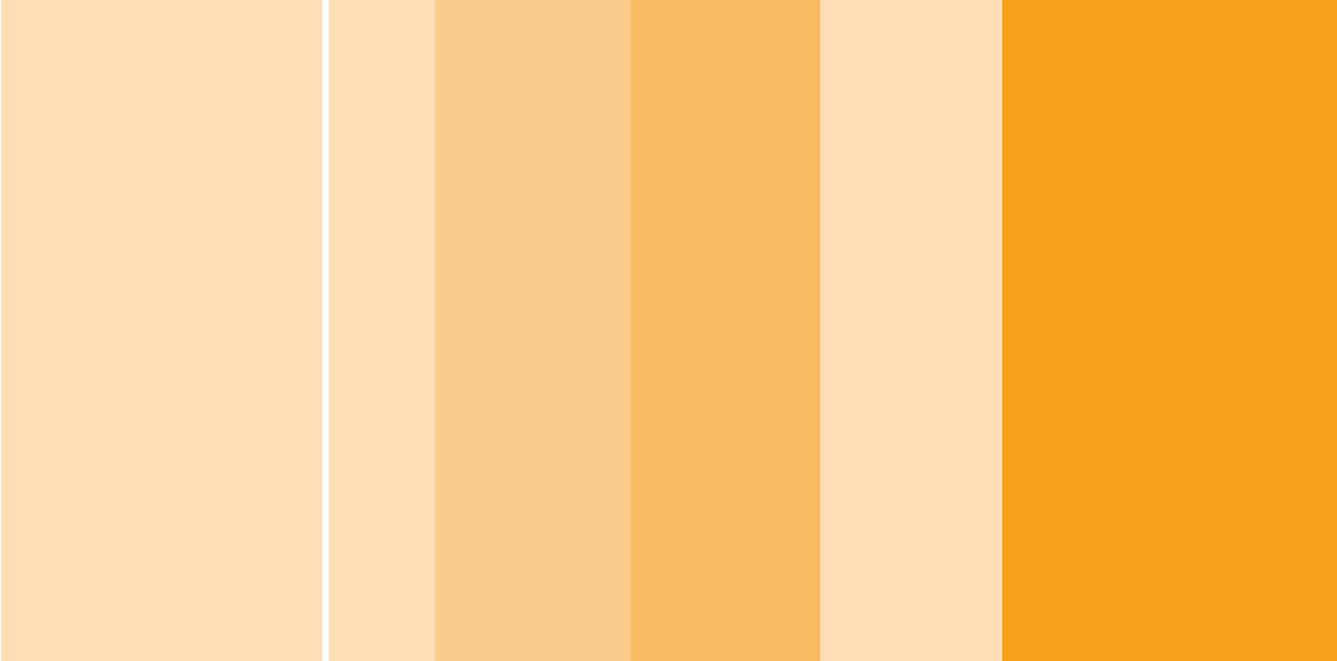
*Carlos Gómez Restrepo*  
*Adriana Patricia Bohórquez Peñaranda*  
*María Luisa Arenas González*  
*Carolina Vélez Fernández*  
*Gloria Nieto de Cano*  
*Marisol Gómez Garzón*  
*Gloria Pinto Moreno*  
*Marisol Machetá Rico*  
*Jenny Severiche Báez*  
*Mauricio Ocampo Flórez*  
*Pedro Mejía Salazar*

*Junto con el resto del equipo desarrollador listado en la versión completa y en la versión para profesionales de la salud de la guía, disponibles en [www.gpc.minsalud.gov.co](http://www.gpc.minsalud.gov.co)*

## Contenido

- 9 Introducción
- 10 ¿A quién está dirigida esta guía?
- 11 ¿Cuáles aspectos sobre el manejo de la esquizofrenia no están tratados en esta guía?
- 11 ¿Qué es la esquizofrenia?
- 12 ¿Cuáles son los síntomas de la esquizofrenia?
- 12 ¿Cuáles son los signos de alarma para consultar?
- 13 ¿Cuál es el tratamiento de la esquizofrenia?
- 13 ¿Cuáles son los medicamentos que se deben emplear?
- 15 ¿Se necesita algún examen para empezar el tratamiento farmacológico?
- 15 ¿Cuáles son los efectos secundarios de los medicamentos?
- 17 ¿Qué es la agitación y cuál es el mejor manejo que puede aplicar el personal médico para controlar el paciente?

- 18** ¿Existe una alternativa para el tratamiento a largo plazo (una vez el paciente se encuentra estable y fuera de la crisis) diferente al medicamento oral?
- 18** ¿Existen métodos complementarios al tratamiento farmacológico que puedan ayudar a afianzarlo?
- 20** ¿Qué maneras existen de enfocar el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia (modalidades de atención)?
- 20** ¿Qué otras consideraciones son importantes en el tratamiento de la esquizofrenia por parte del médico y de qué manera puede aportar el paciente para este?
- 21** ¿Quisiera más información para pacientes sobre este tema?
- 22** Bibliografía



## Introducción

Esta guía presenta el tratamiento para personas mayores de 18 años de edad con diagnóstico de esquizofrenia. Las sugerencias que se plantean surgen del análisis de una amplia búsqueda en la literatura médica y del consenso de expertos en el tema, y son el resumen del documento completo, que está disponible en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social: <http://www.minsalud.gov.co>.

Para ayudar en la toma de decisiones, los profesionales de la salud deben explicarles a los pacientes y sus familiares los aspectos más relevantes de la esquizofrenia y sus posibles tratamientos, teniendo en cuenta las características particulares de cada paciente, sus intereses, sus creencias y su contexto sociocultural. Los pacientes deben tener garantizado el acceso oportuno a los servicios de salud para recibir la atención que requieren.

Además de la información que encontrará en este documento, las personas del equipo de salud que lo atenderán están en capacidad de responder y discutir cualquier inquietud respecto a su condición médica y el mejor tratamiento para usted.

## ¿A quién está dirigida esta guía?

A personas mayores de 18 años de edad que vivan en Colombia y que presenten esquizofrenia; también, a sus familiares y cuidadores, o a personas que estén interesadas en tener mayor información sobre esta enfermedad y su manejo.

Esta guía está dirigida a adultos con esquizofrenia y sus familiares.

Su objetivo es hacer que las personas con el diagnóstico y sus familias conozcan qué es la esquizofrenia, cómo identificarla y cuáles son las opciones de tratamiento con mayor sustento a la fecha.

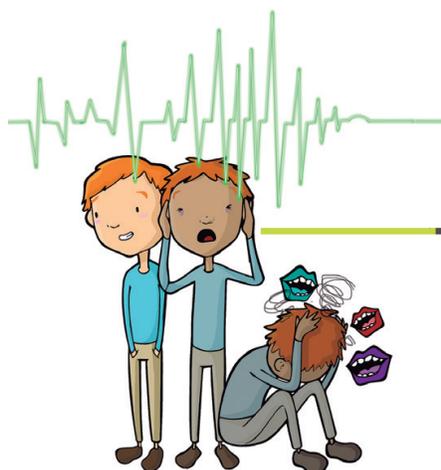
## ¿Cuáles aspectos sobre el manejo de la esquizofrenia no están tratados en esta guía?

- Embarazo.
- Menores de 18 años.
- Personas con trastornos psicóticos secundarios a lesiones cerebrales.
- Pacientes con primer episodio psicótico.
- Pacientes con otros trastornos mentales, como trastornos por uso de sustancias psicoactivas, trastornos afectivos y trastornos de alimentación.

## ¿Qué es la esquizofrenia?

La esquizofrenia es un trastorno mental del grupo de los trastornos psicóticos, que cursa con alteraciones en el pensamiento, percepción, afecto y comportamiento. Su frecuencia en la población es del 1%, esto quiere decir que de cada 100 personas, 1 tendrá esquizofrenia. Se presenta igual en hombres y mujeres, no tiene ninguna relación con clases sociales y su inicio generalmente es en adultos jóvenes, aunque puede diagnosticarse a cualquier edad.

Es una condición de salud crónica (para toda la vida), generalmente se manifiesta por periodos que alternan crisis o exacerbaciones de los síntomas, seguidos de un periodo asintomático o de remisión.



No se conoce la causa específica, pero los estudios practicados hasta el momento concluyen que es el resultado de la acción de múltiples factores, entre ellos: genéticos, biológicos (alteraciones en la actividad de sustancias llamadas neurotransmisores que están involucradas en funciones cerebrales) y ambientales.

Es una enfermedad que no tiene cura definitiva, pero el tratamiento que se describirá más adelante puede ayudar a la recuperación, mantenerse libre de síntomas, mayor inclusión en la sociedad y mejor calidad de vida.

## ¿Cuáles son los síntomas de la esquizofrenia?

La esquizofrenia pertenece al grupo de trastornos psicóticos. Este término comprende un grupo de síntomas positivos (más productivos, como las alucinaciones y los delirios) y otros negativos (como el apagamiento y el afecto aplanado) que se describirán a continuación:

- Alucinaciones: alteraciones en la percepción, en las cuales se oyen voces o se ven o sienten cosas que no existen y que los demás no pueden percibir.
- Ideas delirantes: creencias que no están acordes con la realidad, que son falsas, pero se creen como verdaderas y reales, a pesar de que no son compartidas con nadie más.
- Lenguaje disgregado o incoherente: en ocasiones, se comunica de forma desorganizada o incomprensible para otros.
- Cambios en el comportamiento: los síntomas mencionados previamente pueden generar incomodidad al sentirse rodeado de muchas personas, lo que puede llevar al aislamiento; también puede generar conductas agresivas o desorganizadas.
- Síntomas negativos: puede haber dificultades para expresar su afecto, por lo que se evidenciará un afecto aplanado, o puede presentarse falta de motivación o energía para practicar actividades, continuar con hábitos como cuidar de sí mismo o intereses que existían previamente.
- Cambios en las emociones: se pueden presentar sensaciones de miedo, irritabilidad, ansiedad o tristeza, relacionados generalmente con la presencia de los otros síntomas ya mencionados.

## ¿Cuáles son los signos de alarma para consultar?

La existencia de alguno de los síntomas descritos en la pregunta anterior debe alarmar a los familiares o a la persona que los experimenta, porque son anteriores a una posible crisis. Estos síntomas se pueden acompañar de otros aspectos que se mencionarán a continuación:

- Cambios en las actividades diarias normales, en el trabajo, estudio, familia, etc., que persisten por unos días. Ejemplo: pierden el gusto por ir al trabajo o desinterés repentino.

- Abandono o exceso en hábitos usuales, como el aseo y el cuidado personal.
- Cambios persistentes en los patrones de alimentación (comer en exceso, desinterés por la comida, ansiedad).
- Cambios en los hábitos de sueño-insomnio.
- Soliloquios (hablar solo).
- Escribir en exceso y en desorden.



**Nota:** Si usted como familiar observa alguno de estos síntomas, tranquilice al paciente y solicite una cita de control. Es importante decirle al paciente que aun cuando él experimenta dichos síntomas como reales, estos hacen parte de su dificultad o enfermedad y que se van a tratar para que él se sienta mejor.

## ¿Cuál es el tratamiento de la esquizofrenia?

El tratamiento para esta enfermedad tiene los siguientes componentes: medicamentos (antipsicóticos) e intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales. El objetivo de brindar el tratamiento es controlar los síntomas, prevenir las recaídas y promover la rehabilitación psicosocial.

El único tratamiento farmacológico probado científicamente es el tratamiento con medicamentos antipsicóticos, ningún otro tratamiento tiene evidencia científica y puede hacer que usted gaste dinero sin resultados.

## ¿Cuáles son los medicamentos que se deben emplear?

El tratamiento farmacológico recomendado son medicamentos antipsicóticos, que se deben escoger de forma individualizada, de acuerdo con la clínica de cada paciente, los efectos secundarios y los tratamientos previos que haya recibido.



Los antipsicóticos se dividen en dos grupos principales: los de primera generación o típicos (son los primeros descubiertos, como el haloperidol, que tienen más efectos motores) y los de segunda generación o atípicos (son los recientemente descubiertos, que para el mantenimiento producen menos efectos motores).

Ambos grupos tienen en general igual efectividad; es decir, ambos sirven para el control de signos y síntomas, su diferencia está en el mejor control de los efectos secundarios que generan.

Antes de iniciar el tratamiento, el médico psiquiatra debe informar al paciente y su familia acerca de los beneficios del medicamento y de los posibles efectos adversos, que serán explicados más adelante en esta guía. La familia debe supervisar la toma del medicamento o el suministro según el horario establecido para que haya adherencia al tratamiento. Esto es fundamental para que el paciente se sienta mejor.



**Nota:** El médico debe explicar la interferencia con el tratamiento en caso de ser usado conjuntamente con alcohol, cigarrillo o sustancias psicoactivas. Es de anotar que cuando se estabilice al paciente con el medicamento, se debe continuar a pesar de que se encuentre sin síntomas para prevenir recaídas. La mayoría de veces se debe tomar de forma indefinida, lo cual es común en muchas enfermedades crónicas (de larga duración).

## ¿Se necesita algún examen para empezar el tratamiento farmacológico?

Antes de iniciar el tratamiento con antipsicóticos, el paciente debe ser evaluado con un examen físico completo, que debe incluir la medición del perímetro abdominal, medida que además se debe continuar tomando durante el seguimiento. Adicionalmente, se deben tomar exámenes de laboratorio, que incluyen: glucemia, perfil lipídico, electrocardiograma, hemograma y transaminasas (función del hígado). De acuerdo con las necesidades del médico, se pueden requerir otros exámenes.

Una vez iniciado el tratamiento, estos exámenes se deben repetir con cierta regularidad, dependiendo del tipo de medicamento que se esté tomando.

## ¿Cuáles son los efectos secundarios de los medicamentos?

Los antipsicóticos tienen una serie de efectos secundarios que se pueden presentar, estos efectos deben ser informados por el médico psiquiatra antes de iniciar el tratamiento y se debe evaluar el riesgo comparado con el beneficio que se obtendrá a partir del tratamiento. Es importante aclarar que la mayoría de efectos secundarios no son graves y pueden ser tratables. La persona que está recibiendo el tratamiento y sus familiares deben informar al médico si se presenta alguno de estos efectos para hacer ajustes o cambios al tratamiento si es necesario, pero por ningún motivo suspenda el tratamiento.

Los efectos que se presentan más frecuentemente y de menor gravedad son:

- Aumento de peso.
- Somnolencia.
- Síndromes extrapiramidales agudos, que consisten en alteraciones musculares y en los movimientos. Todos inician de forma súbita y son reversibles. Se asocian más con la administración de los antipsicóticos de primera generación. Se pueden presentar de alguna de las siguientes tres formas:

- ✓ Disonía aguda: son contracciones musculares de cara, cuello, mandíbula, lengua, que generan posturas incómodas y pueden ser dolorosas.
  - ✓ Acatisia: es la incapacidad para permanecer quieto o en una misma posición; se manifiesta por marcada inquietud, a veces asociado con ansiedad o angustia.
  - ✓ Parkinsonismo: temblor, generalmente en manos.
- Disquinesia tardía: es muy raro y se caracteriza por movimientos involuntarios de la boca, lengua y cara, en ocasiones también de brazos y tronco, pero en menor frecuencia. Esta más asociado con la administración de antipsicóticos de primera generación, pero este se presenta a largo plazo, después de varios años de tomar el medicamento.



**Nota: La mayoría de estos síntomas son reversibles una vez se suspenda el tratamiento.**

Los efectos que no se presentan frecuentemente, pero pueden ser de mayor gravedad son:

- Cambios en el funcionamiento eléctrico del corazón, que pueden llevar a arritmias: estos cambios se ven reflejados en el electrocardiograma, y una vez encontrados, son reversibles cuando se suspende el medicamento. De ahí radica la importancia de la toma de un electrocardiograma de control, como fue mencionado en la pregunta anterior.
- Disminución de un grupo de células sanguíneas llamadas granulocitos: es un efecto que se puede generar principalmente con la toma del antipsicótico atípico llamado clozapina. Esta es la razón por la que con este medicamento se debe tomar un cuadro hemático con cierta periodicidad (examen de laboratorio que hace un conteo de

las células sanguíneas); al igual que con los otros efectos, es reversible una vez se suspenda el medicamento.

- Convulsiones: son contracciones involuntarias de uno o varios músculos del cuerpo que se pueden acompañar de cambios en el estado de conciencia. Es un efecto poco frecuente, asociado también con la clozapina cuando se toma en dosis muy altas.
- Producción anormal de leche (prolactinemia): es un efecto asociado generalmente con los antipsicóticos típicos; se debe a cambios hormonales que generan aumento en la producción de una hormona llamada prolactina, encargada de la liberación de leche.
- Síndrome metabólico: es un grupo de alteraciones que incluyen cambios en la glucemia, aumento de peso y cambios en el colesterol. Se asocia más frecuentemente con los antipsicóticos atípicos y se puede prevenir adoptando hábitos de vida saludables, que incluyan dieta y ejercicio.
- Síndrome neuroléptico maligno: es posiblemente la complicación más grave, pero es muy infrecuente que se presente. Se caracteriza por varios signos y síntomas, como fiebre, rigidez muscular y cambios en el estado de conciencia.

## ¿Qué es la agitación y cuál es el mejor manejo que puede aplicar el personal médico para controlar el paciente?

La agitación psicomotora es un estado en el cual hay aumento de la actividad física y el paciente con esquizofrenia puede observarse irritable y tornarse agresivo; así, se vuelve un riesgo no solo para sí mismo, sino para quienes lo rodean. Estos periodos, conocidos como *crisis*, hacen parte natural de la esquizofrenia.

Por esta razón, es necesario que el personal médico controle dicha situación y para esto dispone de varias herramientas. En primer lugar, debe intentar tranquilizar verbalmente al paciente; sin embargo, existen circunstancias en las cuales esta intervención no funciona y es necesario inyectar un medicamento (intramuscular o intravenoso). Existen diferentes alternativas, entre las cuales escogerá el médico, según sea el estado de salud del paciente y su estado clínico al momento de la aplicación.

Cuando estos periodos de crisis ocurran en casa o en espacios diferentes al hospital, tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- No enfrentar al paciente ni hacer movimientos fuertes con las manos.
- No subir la voz.
- Manténgase al mismo nivel.
- Solicite el servicio de ambulancia con personal especializado.

### **¿Existe una alternativa para el tratamiento a largo plazo (una vez el paciente se encuentra estable y fuera de la crisis) diferente al medicamento oral?**

Una vez el paciente se encuentra recuperado de una crisis y ha recibido medicamento por vía oral, es necesario continuar el tratamiento a largo plazo. Para esto, el médico psiquiatra puede plantear como alternativa, particularmente para quien no toma los medicamentos juiciosamente, los llamados antipsicóticos de depósito. Estos medicamentos se utilizan inyectados (generalmente en el glúteo) y tienen la particularidad de no ser necesaria su aplicación diaria, dado que se liberan de manera sostenida en el cuerpo (la frecuencia, dosis y medicamento serán escogidos de acuerdo con la recomendación médica y las características particulares de cada caso). En algunos casos podrían considerarse si el paciente los prefiere. Es importante resaltar que este tipo de tratamiento no debe utilizarse en los momentos de crisis.

### **¿Existen métodos complementarios al tratamiento farmacológico que puedan ayudar a afianzarlo?**

El tratamiento de los pacientes con esquizofrenia debe incluir estrategias no farmacológicas, tanto en fase aguda como de mantenimiento, que serán sugeridas luego de una evaluación individual por médicos tratantes. Dentro de las opciones de psicoterapia recomendadas están: psicoeducación, terapia comportamental, entrenamiento en destrezas sociales e intervenciones familiares. Adicionalmente, la terapia ocupacional es recomendada de manera hospitalaria y ambulatoria en el marco de una modalidad de atención.

La psicoeducación permite informar sobre puntos clave de la enfermedad, como el diagnóstico, tratamiento, pronóstico, mecanismos de afrontamiento y derechos, para permitirle de esta manera apropiarse de su enfermedad y hacerlo participe del proceso, de forma que logre no solo

comprender, sino manejar sus síntomas. Adicionalmente, la psicoeducación puede reforzar aspectos que aporten al proceso integral de recuperación, como la necesidad de seguir las indicaciones médicas y la toma juiciosa (tal y como fue formulada) de los medicamentos. Esta estrategia puede ser dirigida no solo a los pacientes, sino a sus familias, quienes pueden facilitar su recuperación.

La terapia cognitivo-comportamental consiste en múltiples técnicas y estrategias para el análisis y el trabajo sobre los sentimientos, pensamientos y conductas del paciente (es necesaria su participación activa). Su objetivo es comprender algunos síntomas, identificar aquellas creencias y comportamientos erróneos para corregirlos, cambiar los patrones habituales de pensar y desarrollar esquemas alternativos.

El entrenamiento en destrezas y habilidades sociales tiene como objetivo mejorar algunos aspectos que les permitan a los pacientes relacionarse con otros. Dentro de los elementos por trabajar pueden encontrarse el contacto visual, el lenguaje corporal, el discurso y el autocuidado. Otras áreas que este enfoque permite trabajar son el manejo de medicamentos, la recreación y la posibilidad de pensar en un futuro laboral. El entrenamiento en destrezas sociales es una de las técnicas de la terapia cognitivo-comportamental.

Las intervenciones familiares, tanto en lo ambulatorio como en lo hospitalario, permiten involucrarlos en el proceso; así, se mantendrán informados y podrán participar en la recuperación. Principalmente, se aplica por medio de la psicoeducación. Adicionalmente, se utilizan para disminuir el estrés relacionado con la enfermedad mental, disminuir las expresiones de rabia y culpa por parte de los familiares, manejar las expectativas frente al tratamiento y pronóstico. Se ha demostrado que incluir a la familia en estos procesos logra modificar algunas características de la enfermedad y el futuro del paciente.

Por otro lado, la terapia ocupacional intenta permitir al paciente relacionarse y comunicarse mejor con otros en el ámbito social, de manera que logre participar en actividades y en el logro de diferentes metas. Estas actividades contribuyen a mejorar el funcionamiento social del paciente, a optimizar sus habilidades para reintegrarse nuevamente a una vida productiva.

La frecuencia con la cual se practique cada una de estas intervenciones depende de la evaluación y evolución clínica de cada paciente.



## ¿Qué maneras existen de enfocar el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia (modalidades de atención)?

En Colombia, se recomienda el enfoque comunitario, esto se refiere a una manera de ver al paciente como un individuo que hace parte de una comunidad, de entenderlo como un ser integral, multidimensional, y a la capacidad de orientar el tratamiento teniendo en cuenta estos factores. Para ello, es necesario un plan de tratamiento que cuente con un grupo que trabaje de manera coordinada e integrada, constituido por personal de diferentes áreas o disciplinas, como: médico psiquiatra, enfermero profesional, psicólogo, trabajador social, terapeuta ocupacional y agente comunitario. El objetivo de este enfoque es brindar un tratamiento realmente integral. Nuevamente, sus objetivos dependen de una evaluación clínica completa y de la individualización de cada caso. Existen varias modalidades de atención con este enfoque, pero su elección está sujeta a la evolución y el cuadro clínico del paciente.

## ¿Qué otras consideraciones son importantes en el tratamiento de la esquizofrenia por parte del médico y de qué manera puede aportar el paciente para este?

Tanto en la evaluación inicial como en las de seguimiento clínico del adulto con esquizofrenia, el médico debe evaluar y tener en cuenta si el paciente consume algún tipo de sustancia psicoactiva (entiéndase como una sustancia que altera el estado de conciencia y con potencial de dependencia), como cigarrillo, alcohol, marihuana, entre otras. Adicionalmente, es importante conocer si hay alguna conducta sexual que lo pueda poner en riesgo, sus hábitos de alimentación y en general su estado de

salud (toma de peso, talla, tensión arterial, frecuencia cardiaca, aparición de efectos secundarios a los medicamentos que actualmente toma).

Durante la hospitalización, el paciente tiene derecho a un control diario por psiquiatría. Una vez sea dado de alta, debe asistir de manera regular a los controles por consulta externa, que inicialmente serán más frecuentes, pero luego de un tiempo (determinado por el médico tratante y de común acuerdo con el paciente) se realizarán con menos frecuencia.

Es probable que un paciente con esquizofrenia se encuentre en manejo por medicina general; en este caso, es recomendable que de manera periódica sea remitido al médico psiquiatra para valoraciones generales. Adicionalmente, en caso de que el médico general detecte en el paciente riesgo de suicidio, consumo activo de sustancias psicoactivas o reinicio de síntomas que indiquen una crisis de esquizofrenia (ya descritos), debe considerarse la posibilidad de remitir al paciente para valoración adicional por el especialista.

## **¿Quisiera más información para pacientes sobre este tema?**

Puede consultar los sitios web: <http://www.acpef.com>  
o <http://www.minsalud.com.co>.

## Bibliografía

- Cook S, Howe A. Engaging people with enduring psychotic conditions in primary mental health care and occupational therapy. *Br J Occupat Ther.* 2003;66:236-246.
- Foruzandeh N, Parvin N. Occupational therapy for in patients with chronic schizophrenia: A pilot randomized controlled trial. *Japan J Nurs Sci.* 2013;10:136-41.
- Glynn SM. Family interventions in Schizophrenia: promise and pitfalls over 30 years. *Curr Psychiat Rep.* 2012;14:237-43.
- Jones C, Hacker D, Cormac I, et al. Cognitive behaviour therapy versus other psychosocial treatments for schizophrenia. En: *The Cochrane Collaboration, Jones C, editors. Cochrane Database of Systematic Reviews.* Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2012.
- McFarlane WR, Dixon L, Lukens E, et al. Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *J Marit Fam Therapy.* 2003;29:223-45.
- Pharoah F, Mari JJ, Rathbone J, et al. Family intervention for schizophrenia. En: *The Cochrane Collaboration, Irving CB, editors. Cochrane Database of Systematic Reviews.* Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2010.
- Psychological therapy and psychosocial interventions in the treatment and management of schizophrenia. *Schizophrenia. The NICE guideline on core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secundaru care.* London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrist; 2010.
- Tatsumi E, Yotsumoto K, Nakamae T, et al. Effects of occupational therapy on hospitalized chronic schizophrenia patients with severe negative symptoms. *Kobe J Med Sci.* 2011;57:E145-154.