



Capítulo 64/94

Tratado de psiquiatría clínica
Massachusetts General Hospital
2017 - 2018

ENFERMEDADES MENTALES GRAVES

Trabajamos para su tranquilidad...

Enfermedades mentales graves

Oliver Freudenreich, MD

Mark Viron, MD

Derri Shtasel, MD, MPH

PUNTOS CLAVE

- El 5% de los adultos de EE. UU. sufren de una enfermedad mental grave (EMG), que se define como una enfermedad psiquiátrica que persiste y se acompaña de incapacidad funcional.
- El tratamiento actual y centrado en el paciente se lleva a cabo en entornos ambulatorios orientados a la recuperación, y comprende el apoyo entre personas iguales, la participación de la familia y el autocontrol de enfermedades crónicas.
- El objetivo terapéutico de la EMG no es la curación, sino lograr la menor carga sintomática con la mejor funcionalidad (remisión) mientras se vive una vida sana y satisfactoria como miembro de la sociedad (recuperación).
- Los pacientes con EMG presentan un mayor riesgo de presentar complicaciones médicas y desventajas sociales, motivadas en parte por el estigma persistente.
- Prevenir la morbilidad y mortalidad médicas (concretamente por enfermedades cardiovasculares) en pacientes con EMG es tan importante como abordar los problemas psiquiátricos, ya que la enfermedad médica es el factor principal de la asombrosa mortalidad prematura, de 10 a 20 años menos de vida, observada en esta población con múltiple morbilidad.
- Una adecuada rehabilitación debe asociarse a un óptimo tratamiento farmacológico para prevenir la incapacidad crónica como una manifestación tardía de EMG. La óptima farmacoterapia intenta reducir los síntomas y prevenir las recaídas de la enfermedad, de manera que los beneficios funcionales puedan acumularse en el tiempo y se minimicen las posibilidades de resultados inadecuados.
- Globalmente, las sociedades luchan para crear marcos legales que equilibren la protección de la sociedad respecto a pacientes peligrosos y el respeto por la autonomía de estos sin obviar su sufrimiento.

Perspectiva general

Cada sociedad tiene que encontrar una solución para un problema molesto: cómo tratar eficaz y humanamente a personas que tienen una enfermedad mental grave (EMG), que podrían no responder de forma completa a los tratamientos disponibles. Esta tarea supone para las sociedades la asignación de recursos y material para la seguridad pública. Algunas soluciones específicas son el resultado de peculiaridades históricas de tiempo y lugar. En EE. UU., por ejemplo, un vaciamiento excesivamente optimista de los hospitales públicos (hospitales psiquiátricos) en entornos de tratamiento comunitario ambulatorio inadecuadamente financiados dio lugar a repetidos ingresos de pacientes a modo de puerta giratoria, pero también dio origen a modelos de atención orientados a la recuperación. Progresos alentadores en muchos países han llevado a un mayor nivel de participación de los pacientes en su atención y una gran reducción en el uso de ingresos a largo plazo y de herramientas coercitivas, como la reclusión y las restricciones (v. [capítulo 6Z](#), «Psiquiatría comunitaria», para conocer más detalles).

En este capítulo examinaremos los retos a los que se enfrentan los médicos en el cuidado de pacientes con EMG, como la esquizofrenia, en el transcurso de una enfermedad a largo plazo, centrándonos en los objetivos de la evaluación y el tratamiento para optimizar las posibilidades de un buen resultado clínico y la integración social.

Definición y alcance del problema

No existe una definición consensuada de «enfermedad mental grave» (EMG) o «enfermedad mental grave y persistente» (EMGP), términos que han sustituido a la antigua definición de «enfermedad mental crónica» para evitar su connotación negativa de falta de tratamiento y la institucionalización de por vida en un hospital público.¹ La EMG puede definirse en términos generales como una enfermedad psiquiátrica que se caracteriza por: 1) graves síntomas psiquiátricos (criterio diagnóstico); 2) una enfermedad de larga evolución (criterio de duración), y 3) un funcionamiento psicosocial inadecuado (criterio de incapacidad).² Implícita al uso de los términos EMG o EMGP es la suposición de que los pacientes requieren atención psiquiátrica continua, a menudo de por vida, y apoyo social. Así definida, la EMG es un término general para un conjunto heterogéneo de diagnósticos no limitados a las psicosis funcionales. Aunque la mayoría de los pacientes padecen esquizofrenia, otros padecen un trastorno bipolar, una depresión crónica o trastornos de la personalidad graves ([cuadro 64-1](#)).

Cuadro 64-1 Definición general de enfermedad mental grave

1. Diagnóstico psiquiátrico principal (criterio diagnóstico)

- Cualquier enfermedad psiquiátrica (excluidos los trastornos por consumo de drogas y otras sustancias y los trastornos orgánicos)

2. Duración prolongada de la enfermedad y necesidad de tratamiento (criterio de duración)

- ≥ 12 meses

3. Incapacidad funcional (criterio de incapacidad)

- Escala de EGF < 60

EGF, evaluación global del funcionamiento.

Según la definición de la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) tomada de Kessler RC et al. Screening for serious mental illness in the general population, *Arch Gen Psychiatry* 60(2):184–189, 2003.

A pesar de su heterogeneidad, el término es útil, ya que abarca enfermedades psiquiátricas en las que es improbable una *restitutio ad integrum* (recuperación completa de la salud); y en las que será necesario el manejo de la enfermedad y su tratamiento durante largos períodos de tiempo (de por vida en la mayoría de los casos), con grandes costes para los pacientes, sus familias y la sociedad. La Substance Abuse and Mental Health Services Administration estimó que en 2011 vivían en EE. UU. 11,5 millones de adultos mayores de 18 años con EMG, lo que representaba el 5% de toda la población adulta.³ En todo el mundo los trastornos neuropsiquiátricos, entre los que se encuentran la esquizofrenia, contribuyen de forma importante a la carga global de enfermedad y se encuentran incluidos entre las cinco principales enfermedades que contribuyen a la carga de enfermedades no transmisibles.^{4,5}

Complicaciones de la enfermedad mental grave

Una consecuencia evidente de padecer una EMG es una reducción de la esperanza de vida ([cuadro 64-2](#)). Como grupo, los pacientes con EMG viven una o dos décadas menos que las cohortes comparables sin enfermedad mental.^{6,7} Aunque parte del origen de esta mayor mortalidad proviene del suicidio, la muerte prematura es atribuible sobre todo a la morbilidad médica, en concreto, a enfermedades cardiovasculares.^{8,9} Entre los factores etiológicos se encuentran diversos factores de riesgo modificables de la salud, como el tabaquismo y opciones de estilos de vida; ambos factores también asociados con la pobreza.^{10,11} Por ejemplo, los Centers for Disease Control calculan que más de uno de cada tres adultos (36%) con una enfermedad mental fuman cigarrillos, en comparación con aproximadamente uno de cada cinco adultos (21%) sin enfermedad mental. El porcentaje de adultos que fuman cigarrillos se aproxima al 50% en aquellos que viven por debajo de los límites de la pobreza.¹² Los factores yatrógenos que contribuyen a la mortalidad cardiovascular derivan del uso de psicotrópicos¹³ y, para empeorar la situación, una atención inadecuadamente coordinada.^{15,16} Para complicar más la vida de los pacientes con EMG, son frecuentes los

trastornos concomitantes por consumo de drogas y otras sustancias. En una muestra del Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE), que fue representativa de pacientes con esquizofrenia atendidos en entornos normales de EE. UU., el 60% de los pacientes consumían sustancias y el 37% tenían un trastorno actual por consumo de drogas y otras sustancias.¹²

Cuadro 64-2 Complicaciones médicas, psiquiátricas y sociales derivadas de la enfermedad mental grave

Complicaciones médicas y psiquiátricas

Muerte prematura por causas evitables debidas a:

Suicidio

Violencia

Enfermedad médica (enfermedad cardiovascular)

Sobredosis accidental por medicación

Enfermedades médicas concomitantes

Complicaciones sociales

Interrupción de la escolaridad

Pérdida de la carrera

Pérdida de compañeros, amigos y familiares

Antecedentes penales

Exclusión social por estigma y autoestigma

Muchas de las consecuencias de tener una EMG pueden resumirse bajo el término «toxicidad social» (v. [cuadro 64-2](#)), que recoge las consecuencias nocivas no médicas de desarrollar una EMG.

Una complicación social frecuente de una enfermedad psiquiátrica grave como la esquizofrenia es la pobreza resultante por la dificultad para alcanzar una educación superior y un empleo remunerado.^{15,19} En la muestra del CATIE, el 73% de los pacientes no refirieron una actividad laboral en el mes previo a la evaluación inicial.²⁰ Los pacientes con mínimos recursos económicos corren el riesgo de quedarse sin hogar y un número significativo de pacientes con psicosis se encuentran entre las personas sin hogar de las sociedades occidentales.²¹ En una muestra bien caracterizada de personas sin hogar del centro de Los Ángeles, alrededor de un tercio sufrían una EMG.²² Si los recursos para el tratamiento psiquiátrico son insuficientes, existe el riesgo de que los pacientes sean injustamente criminalizados e injustamente atendidos por el sistema legal, fenómenos que han sido llamados «criminalización de los enfermos mentales» y «transinstitucionalización», respectivamente. ([fig. 64-1](#)).^{23,25} Por último, la probable interrupción del desarrollo normal del adulto a menudo impide establecer una relación estrecha duradera, así como conexiones sociales mantenidas e importantes.

FIGURA 64-1 La enfermedad mental grave incrementa el riesgo de indigencia (A) y de delincuencia (B).

Evaluación completa

Una evaluación completa del diagnóstico psiquiátrico y médico es fundamental para el éxito del tratamiento con el fin de evitar secuelas médico-psiquiátricas y sociales ([cuadro 64-3](#)). A menudo, será necesaria una información complementaria en forma de resúmenes de las altas hospitalarias previas o conversaciones con los miembros de la familia para reconstituir la evolución general de la enfermedad y antecedentes de tratamientos psiquiátricos. Se debe prestar especial atención a identificar y describir cualquier intento previo de tratamiento con litio, clozapina o terapia electroconvulsiva (TEC). Incluso en pacientes con paranoia importante o problemas de memoria, suele ser posible una entrevista diagnóstica que incluya una revisión de su vida que se centre en dónde y con quién ha vivido el paciente (incluidos

los períodos en los que ha estado sin hogar), acontecimientos vitales traumáticos e hitos de desarrollo logrados, y proporciona una información clínica inestimable y motivos para establecer una relación inicial. Dada la importante prevalencia del consumo de drogas, es clave una anamnesis detallada sobre el consumo de drogas y otras sustancias, incluso si dicho consumo es remoto (p. ej., consumo previo de drogas inyectables que aumentaría el riesgo de hepatitis C o de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]). Dado el aumento de la mortalidad por enfermedad cardíaca, deben obtenerse expresamente los factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular. Es importante una anamnesis detallada del tabaquismo, incluida una evaluación de la motivación para dejar de fumar. Por último, debe preguntarse por traumatismos craneoencefálicos como parte de la evaluación completa de los posibles factores potenciales que afecten a la neurocognición. La exploración física, reforzada por pruebas analíticas, necesita documentar la presencia o la ausencia de discinesia tardía y componentes del síndrome metabólico (circunferencia de la cintura y/o peso, presión arterial, dislipidemia, control de glucemia). Ninguna evaluación es completa sin una evaluación del riesgo de suicidio y violencia, basada en los antecedentes del paciente. Además de los típicos factores de riesgo de suicidio (p. ej., consumo de drogas y otras sustancias, depresión y desmoralización, enfermedades médicas, pérdidas sociales), en la esquizofrenia deberían evaluarse la naturaleza de la enfermedad y sus ramificaciones en los planes de vida como otro posible factor de riesgo.²⁶ El consumo activo de drogas y otras sustancias, episodios previos de violencia, así como la sociopatía y un estado afectivo actual de ira son factores útiles para estimar el riesgo de violencia en pacientes psicóticos.^{27,28} Simplemente preguntarle al paciente sobre su autopercepción del riesgo de violencia puede ser útil para la evaluación de dicho riesgo.²⁹ Los antecedentes penales pueden tener repercusiones reales (p. ej., incapacidad de conseguir una vivienda o un empleo). Los médicos deben intentar determinar si los antecedentes penales del paciente reflejan una sociopatía, un delito de oportunidad, una actividad relacionada con drogas o la consecuencia directa de una enfermedad mental.

Cuadro 64-3 Evaluación completa de la enfermedad mental grave

Evaluación diagnóstica psiquiátrica

- Presencia de psicosis
- Conjunto de síntomas no psicóticos (síntomas negativos, síntomas afectivos)
- Exploración neurocognitiva (función ejecutiva, memoria funcional, abstracción)
- Comprensión de la enfermedad, incluida la capacidad de aceptar o rechazar el tratamiento

Evaluación de riesgos: violencia y suicidio

- Antecedentes de intentos de suicidio; tendencia suicida crónica; depresión y desmoralización
- Antecedentes de problemas de violencia y legales; impulsividad; ira

Evaluación diagnóstica médica

- Antecedentes de lesiones cerebrales
- Complicaciones iatrógenas derivadas de los antipsicóticos: síntomas neurológicos, síndrome metabólico
- Enfermedades infecciosas: virus de la inmunodeficiencia humana, hepatitis, tuberculosis
- Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular: hipertensión, diabetes, dislipidemia, antecedentes de tabaquismo
- Evaluación del bienestar: peso (índice de masa corporal [IMC]), actividad física, dieta

Evaluación de las capacidades funcionales (fortalezas y debilidades)

- Motivación terapéutica
- Capacidad funcional para participar en el tratamiento y la rehabilitación

Evaluación de la adaptación psicosocial

- Antecedentes de adversidad psicosocial (indigencia, traumas, pobreza)
- Historial y potencial laboral
- Relaciones con familiares y amigos
- Estimación de la seguridad económica
- Actividades comunitarias significativas

Evaluación de la calidad de vida

- Dolor físico; carga de enfermedad médica; depresión y desmoralización

Evaluación de la adherencia

- Actitud hacia el tratamiento; barreras; conducta real de adherencia

Una evaluación médico-psiquiátrica diagnóstica por sí sola es insuficiente sin considerar también las fortalezas, las esperanzas y los sueños de un paciente, así como su calidad de vida subjetiva. Además, es necesario evaluar los recursos familiares, sociales y económicos disponibles para fomentar las relaciones sociales, restablecer la funcionalidad y la autonomía. El reconocimiento de circunstancias concretas en cada paciente individual puede evolucionar con el tiempo, a medida que surjan limitaciones concretas o fortalezas o recursos imprevistos. Del mismo modo, debe determinarse de forma continua el nivel adecuado de atención en un entorno menos restrictivo.

Un área importante que requiere una evaluación continua es la adherencia al tratamiento por parte del paciente y su comprensión y creencias sobre el papel de la medicación en su tratamiento. La adherencia puede dividirse conceptualmente en un aspecto de motivación y de actitud, y en la conducta real. En pacientes motivados que no cumplen el tratamiento (no adherencia involuntaria), es importante determinar los obstáculos para una mejor adherencia (p. ej., problemas cognitivos, efectos secundarios de la medicación, incapacidad para pagar los medicamentos). En pacientes que rechazan deliberadamente la medicación (no adherencia voluntaria), es importante entender las razones del rechazo (p. ej., tratamiento ineficaz con numerosos efectos adversos, creencias delirantes sobre la medicación, negación de la enfermedad). La [figura 64-2](#) proporciona ejemplos de factores que contribuyen a una inadecuada adherencia al tratamiento, desglosados en actitudes y barreras para el tratamiento. La adherencia no es un fenómeno de todo o nada, puede ser parcial (p. ej., una adherencia intermitente al tratamiento, aceptar la rehabilitación pero no la medicación).

FIGURA 64-2 Evaluación de los factores que contribuyen a la mala adherencia terapéutica. (Basado en Freudenreich O, Kontos N, Querques J. The ABCs of estimating adherence to antipsychotic medications, *Curr Psychiatry* 10[6]:90, 2011.)

Objetivos del tratamiento y de la recuperación

En pacientes con EMG, el objetivo general del tratamiento no es necesariamente la cura, sino la atención continua para mitigar los efectos de padecer una enfermedad mental crónica. Esta aproximación requiere que el médico vea más allá de los síntomas y preste atención a la funcionalidad y la calidad de vida. En lenguaje médico, pueden intentar alcanzarse unos objetivos mensurables como la remisión con respecto a los síntomas (es decir, mantenida, únicamente con mínimos síntomas) y la funcionalidad (es decir, restablecer niveles previos de funcionalidad);^{30,31} en el lenguaje coloquial de personas con experiencia vital, la recuperación (es decir, vivir una vida plena y saludable a pesar de una enfermedad) es una actitud y un proceso que contrarresta el nihilismo frente a la adversidad psiquiátrica.^{32,33} De esta forma, los objetivos de remisión y recuperación proporcionan un marco de los objetivos que pueden negociar y acordar los pacientes, sus familias y médicos. Tanto establecer objetivos demasiado ambiciosos como fijar una meta demasiado baja son errores que no siempre se pueden anticipar, pero evolucionan con el tiempo; el valor puede encontrarse todavía en hipotéticos «fracasos» en estos escenarios.³⁴ La extensión del «marco» terapéutico más allá de los psiquiatras, del personal de enfermería y trabajadores sociales, para incluir el apoyo familiar, comunitario y de los amigos, es un paso lógico y necesario en la atención completa de la EMG.

Para lograr los mejores resultados, el tratamiento debe ser adecuado (en cuanto a tiempo, tipo e intensidad), completo e integrado (rehabilitación con tratamiento médico y del consumo de drogas y otras sustancias) y culturalmente sensible. No perseguir tratamientos adecuados (p. ej., la clozapina para la esquizofrenia resistente o el tratamiento involuntario, cuando esté justificado) puede contribuir a la incapacidad e impedir la recuperación. Los ingresos prolongados deberían reducirse para prevenir los síntomas secundarios asociados con la institucionalización (p. ej., falta de iniciativa), pero pueden ser

necesarios para un pequeño subgrupo de individuos con EMG que, a pesar de los esfuerzos ambulatorios activos, no pueden permanecer seguros en un entorno comunitario.

Los médicos pueden centrar los esfuerzos terapéuticos en varias categorías generales, no mutuamente excluyentes, que se exponen a continuación.

Establecimiento de una relación terapéutica en colaboración

Las actuales tendencias en la prestación de atención a los pacientes con EMG se centran en facultar a los pacientes para tomar un papel activo en el tratamiento de su enfermedad. Establecer objetivos compartidos es el primer paso para el compromiso con los pacientes. Los pacientes deben participar en la toma de decisiones sobre su tratamiento, y los planes de tratamiento se combinan en el empeño de la atención centrada en la persona, con la participación de la familia si lo desea.³³ La psicoeducación para las familias (incluidos programas llevados a cabo por las propias familias³⁴) puede ser un complemento importante del tratamiento psiquiátrico, ya que a los miembros de dichas familias se les proporcionan herramientas para ayudar mejor en la atención de uno de sus miembros con EMG. El mayor beneficio de la psicoeducación reside en reducir el número de ingresos, pero también puede conducir a una mejor satisfacción del tratamiento.³⁵ Los apoyos comunitarios (p. ej., compañeros, iglesia y centros de recuperación) pueden utilizarse para involucrar a los pacientes.³⁶ Por último, tener una buena relación trabajando con un paciente tiene sus beneficios: una buena relación médico-paciente es un factor importante que predice la adherencia al tratamiento.^{37,38} Algunos aspectos intrínsecos de la enfermedad, incluidas las limitaciones cognitivas y los síntomas negativos,³⁹ pueden impedir la motivación para el tratamiento; reconocerlos como síntomas de la enfermedad más que como defectos de la personalidad generará una aproximación más empática al compromiso con el tratamiento.

Prevención del suicidio

El suicidio es una de las principales causas de mortalidad precoz de la EMG.⁴⁰ En la esquizofrenia, se ha estimado que el 4,9% de los pacientes mueren por suicidio; el riesgo de suicidio es mayor en los primeros años de la enfermedad, pero siempre permanece más alto que en la población general.⁴¹ Los psicotrópicos que han demostrado ser útiles para reducir la tendencia suicida son el litio para el trastorno bipolar⁴² y la clozapina, aprobada por la Food and Drug Administration (FDA) para el tratamiento de la tendencia suicida en enfermedades del espectro esquizofrénico.⁴³ Puede centrarse en factores específicos que aumentan el riesgo de suicidio (p. ej., consumo de drogas y otras sustancias, y depresión o desmoralización). Por ejemplo, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) han demostrado reducir la tendencia suicida en pacientes con esquizofrenia.⁴⁴

Prevención de la violencia

La prevención de problemas legales es un objetivo terapéutico legítimo, ya que los pacientes no deben sufrir las consecuencias legales que resultan de una enfermedad mental inadecuadamente tratada. Con este fin, los médicos podrían tener que buscar opciones terapéuticas asistidas e involuntarias, como el compromiso de los pacientes ambulatorios o las altas hospitalarias condicionadas. Los enfoques farmacológicos pueden tener una utilidad directa en reducir el riesgo de violencia; se ha demostrado que la clozapina es eficaz frente a la agresividad de una forma que no parece estar relacionada con sus propiedades antipsicóticas.⁴⁵

Prevención de la enfermedad psiquiátrica tardía y de la incapacidad

Frecuentemente, los pacientes con EMG reclaman atención en etapas tardías de la enfermedad, en las que solo la prevención terciaria es posible. Sin embargo, la prevención secundaria (p. ej., reducción de períodos de enfermedad no tratada por la detección precoz) ofrece la posibilidad de identificar a pacientes en etapas precoces de la enfermedad, con síntomas más leves y menos incapacidad.⁴⁶ Para reducir la pérdida de funcionalidad, los objetivos evidentes del tratamiento de pacientes con EMG son la prevención de recaídas

y la de los ingresos. Los tratamientos basados en la evidencia científica, incluidos los tratamientos centrados en la familia⁵⁶ y el tratamiento de mantenimiento con litio o antipsicóticos, reducen en gran medida el riesgo de recaída de pacientes con trastorno bipolar⁵⁷ o esquizofrenia,⁵⁸ respectivamente, por lo que la rehabilitación puede tener lugar en un contexto de estabilidad psiquiátrica. No ofrecer los tratamientos más eficaces cuando están indicados (p. ej., TEC para la catatonía o clozapina para la psicosis resistente) son errores evitables que pueden conducir a una enfermedad psiquiátrica inadecuadamente tratada con ramificaciones sociales concomitantes. El tratamiento con varios fármacos puede ser un signo de farmacoterapia inadecuada si se evita un tratamiento que es más difícil de administrar (p. ej., clozapina o TEC).⁵⁹

Con el fin de lograr el objetivo de prevenir las últimas etapas de la enfermedad, la farmacoterapia adecuada debe ir acompañada de una rehabilitación óptima. Desafortunadamente, esta última acostumbra a ser escasa por la falta de recursos para los tratamientos no farmacológicos (p. ej., terapia cognitivo-conductual para la psicosis residual). Un obstáculo importante para obtener resultados favorables puede ser una mala adherencia al tratamiento. Si bien algunos problemas de adherencia pueden superarse con la educación, el apoyo y la persistencia, una barrera importante puede ser la falta de conocimiento no solo de la naturaleza de la enfermedad psiquiátrica sino también de los beneficios o la necesidad de tratamiento.⁶⁰ Este déficit similar a la anosognosia caracteriza a una minoría significativa de pacientes con esquizofrenia que muestran poca respuesta a intentos de compromiso convencionales.⁶¹ Estos pacientes afligidos a menudo eluden un tratamiento óptimo o no reciben ningún tratamiento. Un elemento de coacción puede llegar a ser inevitable incluso en servicios orientados a la recuperación.⁶² A pesar de la aparente validez, las intervenciones frecuentemente recomendadas para el tratamiento de pacientes con esquizofrenia cuando la adherencia está en cuestión (p. ej., con la administración de antipsicóticos de acción prolongada) han mostrado poco o ningún beneficio cuando se analizó en estudios aleatorizados.⁶³ La selección del paciente podría ser esencial.

Prevención de la morbilidad y la mortalidad médicas

La mayoría de los pacientes requieren tratamiento con psicotrópicos que pueden tener una serie de problemas iatrogénicos, algunos de los cuales se pueden prevenir con un control adecuado e intervenciones preventivas. El principal de estos efectos secundarios son los problemas metabólicos asociados con los antipsicóticos. Desafortunadamente, el control siguiendo unas directrices de los problemas metabólicos asociados a los antipsicóticos es frecuentemente inadecuado.^{64,65} Mientras que la medicación antipsicótica menos tóxica desde un punto de vista médico debería usarse en un intento de prevención primaria, no puede olvidarse que el uso de la clozapina, quizás el mayor culpable de las complicaciones metabólicas asociadas, se relaciona con un menor riesgo de mortalidad en pacientes con esquizofrenia en comparación con ningún tratamiento o con el tratamiento con otros antipsicóticos.⁶⁶ Los pacientes con EMG se benefician de intervenciones conductuales dirigidas a reducir su peso, si se ofrecen estos servicios.⁶⁷ Dado que fumar es una de las principales causas de mortalidad prevenible, proporcionar un apoyo máximo para dejar de fumar es uno de los objetivos de salud más importantes para todos los pacientes con EMG que son fumadores.

La interacción entre la salud médica y la psiquiátrica ha conducido a enfatizar la administración de una mejor atención médica a los pacientes con EMG, incluido el establecimiento de residencias de salud mental (o de la conducta) que buscan englobar e integrar servicios psiquiátricos y de atención primaria.^{68,69} Los pacientes con una EMG pueden ser responsables de aspectos de su tratamiento médico y psiquiátrico general (autocontrol de la enfermedad crónica), y estas aproximaciones pueden capacitar a los pacientes y mejorar sus resultados.⁶²⁻⁶⁴

Reducción del consumo inadecuado de drogas y otras sustancias

El consumo de alcohol y drogas ilícitas complica enormemente los esfuerzos terapéuticos de los pacientes con EMG. Incluso un consumo escaso puede reducir la eficacia del tratamiento prescrito, por lo que debe controlarse y tratarse si está presente. El mantenimiento de una vivienda y unas relaciones sociales estables

suele estar relacionado con la capacidad del paciente de participar en el tratamiento adecuado del consumo de drogas y otras sustancias, sobre todo si hay una adicción. Existen tratamientos farmacológicos eficaces para la dependencia de alcohol (p. ej., naltrexona, acamprosato y disulfiram), y una discreta evidencia científica apoya el uso de la naltrexona y el disulfiram en la esquizofrenia²⁵ y de la naltrexona en el trastorno bipolar.²⁶ Sin embargo, el porcentaje global de prescripciones de fármacos frente a la dipsomanía sigue siendo bajo en cualquier paciente.²⁷

Mejora de la calidad de vida

Los pacientes pueden beneficiarse enormemente del abordaje de los factores clínicos asociados con su mala calidad de vida, especialmente la depresión y la desmoralización²⁸ y el bienestar médico (p. ej., dolor).²⁹ Los ISRS han mostrado algún beneficio en el tratamiento de los síntomas depresivos subsindrómicos que son frecuentes en la esquizofrenia.³⁰ Las consideraciones sobre la calidad de vida deben tenerse en cuenta en la elección de la farmacoterapia y, a veces, son preferibles regímenes terapéuticos menos intensivos, pero mejor tolerados, a fármacos mal tolerados con mejor eficacia. Los abordajes no médicos, dirigidos a la recuperación, pueden restablecer la moral y la determinación para lograr un empleo y unas relaciones importantes.

Retos pendientes

En EE. UU., el tratamiento centrado en la comunidad ha reemplazado acertadamente al de las instituciones como el entorno principal de tratamiento y recuperación en curso. Al mismo tiempo, un sistema de salud mental insuficientemente financiado complica la prestación de servicios y apoyos que se sabe que son eficaces. Con demasiada frecuencia, el cuidado de los pacientes con EMG continúa todavía en un sistema de atención sanitaria fragmentado con un difícil acceso a servicios realmente integrados y completos que proporcionen un tratamiento médico, psiquiátrico y del consumo de drogas y otras sustancias puntual. Además, en lugar de recibir el tratamiento psiquiátrico en un hospital psiquiátrico, los pacientes han sido «transinstitucionalizados» en el sistema penal. Rudolf Virchow fue uno de los primeros médicos contemporáneos en reconocer el papel etiopatogénico de factores ambientales en el pronóstico de las enfermedades. Los factores psicosociales, como la violencia estructural (p. ej., la falta de acceso al tratamiento), más que la biología, determinan la evolución «natural» de la mayoría de las enfermedades³¹ e impiden alcanzar mejores resultados a los pacientes con EMG. La falta de tratamiento o su retraso en la psicosis «perjudica la vida», como Lieberman y Fenton expusieron en un editorial sobre la necesidad de tratamiento oportuno de la psicosis.³²

El estigma es uno de los principales factores responsables de la insuficiente financiación actual y la separación estructural entre la salud mental, el tratamiento del consumo de drogas y otras sustancias y la atención primaria. El estigma es también una causa fundamental de la desigualdad en salud. A pesar del progreso sobre el papel (p. ej., paridad de los seguros médicos bajo la Mental Health Parity and Addiction Equity Act federal), la EMG sigue siendo una aflicción muy estigmatizada. La pertinente inclusión social de pacientes psiquiátricos con enfermedades a largo plazo sigue siendo difícil, y se crean fácilmente guetos psiquiátricos, incluso sin hospitales públicos. Los pacientes pueden ser «institucionalizados en la comunidad» si sienten que sus vidas están efectivamente limitadas a vivir en el entorno doméstico y a participar en el programa del día que solo se ve interrumpido por los trayectos entre estos dos lugares. Habitualmente no se espera mucho de los pacientes, y estas bajas expectativas producen malos resultados.

Globalmente, las sociedades luchan por crear marcos legales que equilibren la protección de la sociedad respecto a pacientes peligrosos y el respeto por la autonomía de estos sin obviar su sufrimiento. No existe un marco jurídico único para determinar cuándo se debe ordenar el tratamiento involuntario o para quién podría ser más eficaz a largo plazo, teniendo en cuenta la valoración del paciente de los ingresos involuntarios y la opinión correspondiente de la profesión psiquiátrica.³³ Además, los estudios controlados no han podido demostrar que los ingresos involuntarios pueden reducirse mediante las intervenciones por las que a menudo se aboga (p. ej., órdenes de tratamiento ambulatorio como condición

previa para el alta hospitalaria o planes conjuntos de crisis que fueron desarrollados en períodos estables).^{sz}

A falta de una curación, cómo cuidar humana y eficazmente a los pacientes con EMG seguirá siendo una cuestión controvertida sin ninguna solución mejor que recordar una advertencia atribuida al senador Hubert Humphrey: «La prueba moral del Gobierno es cómo trata a los que están en el amanecer de su vida, los niños; a los que están en el crepúsculo de su vida, los ancianos, y a los que están en las sombras de la vida, los enfermos, los necesitados y los minusválidos».

Acceda *online* a las preguntas de opción múltiple (en inglés) en <https://expertconsult.inkling.com>

Bibliografía

1. Schinnar AP, Rothbard AB, Kanter R, et al. An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *Am J Psychiatry*. 1990;147(12):1602–1608.
2. Parabiaghi A, Bonetto C, Ruggeri M, et al. Severe and persistent mental illness: a useful definition for prioritizing community-based mental health service interventions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006;41(6):457–463.
3. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Results from the 2011 National Survey on Drug Use and Health: Mental Health Findings, NSDUH Series H-45, HHS Publication No. (SMA) 12-4725, Rockville, MD, 2012, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
4. Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, et al. *The global economic burden of noncommunicable diseases*. Geneva: World Economic Forum; 2011.
5. Murray CJ, Vos T, Lozano R, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2197–2223.
6. Colton CW, Manderscheid RW. Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. *Prev Chronic Dis*. 2006;3(2):A42.
7. Crump C, Winkleby MA, Sundquist K, et al. Comorbidities and mortality in persons with schizophrenia: a Swedish national cohort study. *Am J Psychiatry*. 2013;170(3):324–333.
8. Piatt EE, Munetz MR, Ritter C. An examination of premature mortality among decedents with serious mental illness and those in the general population. *Psychiatr Serv*. 2010;61(7):663–668.
9. Kilbourne AM, Morden NE, Austin K, et al. Excess heart-disease-related mortality in a national study of patients with mental disorders: identifying modifiable risk factors. *Gen Hosp Psychiatry*. 2009;31(6):555–563.
10. Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry*. 1998;173:11–53.
11. Newcomer JW, Hennekens CH. Severe mental illness and risk of cardiovascular disease. *JAMA*. 2007;298(15):1794–1796.
12. Viron MJ, Stern TA. The impact of serious mental illness on health and healthcare. *Psychosomatics*. 2010;51(6):458–465.
13. CDC. <<http://www.cdc.gov/vitalsigns/SmokingAndMentalIllness/>>.
14. Daumit GL, Goff DC, Meyer JM, et al. Antipsychotic effects on estimated 10-year coronary heart disease risk in the CATIE schizophrenia study. *Schizophr Res*. 2008;105(1–3):175–187.
15. Kurdyak P, Vigod S, Calzavara A, et al. High mortality and low access to care following incident acute myocardial infarction in individuals with schizophrenia. *Schizophr Res*. 2012;142(1–3):52–57.
16. Bjorkenstam E, Ljung R, Burstrom B, et al. Quality of medical care and excess mortality in psychiatric patients—a nationwide register-based study in Sweden. *BMJ Open*. 2012;2:e000778.
17. Swartz MS, Wagner HR, Swanson JW, et al. Substance use in persons with schizophrenia: baseline prevalence and correlates from the NIMH CATIE study. *J Nerv Mental Dis*. 2006;194(3):164–172.
18. Dohrenwend BP, Levav I, Shrout PE, et al. Socioeconomic status and psychiatric disorders: the causation-selection issue. *Science*. 1992;255(5047):946–952.
19. Mueser KT, McGurk SR. Schizophrenia. *Lancet*. 2004;363(9426):2063–2072.
20. Rosenheck R, Leslie D, Keefe R, et al. Barriers to employment for people with schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2006;163(3):411–417.
21. Fazel S, Khosla V, Doll H, et al. The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Med*. 2008;5(12):e225.
22. Koegel P, Burnam MA, Farr RK. The prevalence of specific psychiatric disorders among homeless individuals in the inner city of Los Angeles. *Arch Gen Psychiatry*. 1988;45(12):1085–1092.
23. Prins SJ. Does transinstitutionalization explain the overrepresentation of people with serious mental illnesses in the criminal justice system? *Community Ment Health J*. 2011;47(6):716–722.

24. Slovenko R. The transinstitutionalization of the mentally ill. *Ohio North Univ Law Rev.* 2003;29(3):641–660.
25. Lamb HR, Bachrach LL. Some perspectives on deinstitutionalization. *Psychiatr Serv.* 2001;52(8):1039–1045.
26. Crumlish N, Whitty P, Kamali M, et al. Early insight predicts depression and attempted suicide after 4 years in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 2005;112(6):449–455.
27. Volavka J, Citrome L. Pathways to aggression in schizophrenia affect results of treatment. *Schizophr Bull.* 2011;37(5):921–929.
28. Coid JW, Ullrich S, Kallis C, et al. The relationship between delusions and violence: findings from the East London first episode psychosis study. *JAMA Psychiatry.* 2013;70(5):465–471.
29. Skeem JL, Manchak SM, Lidz CW, et al. The utility of patients' self-perceptions of violence risk: consider asking the person who may know best. *Psychiatr Serv.* 2013;64(5):410–415.
30. Andreasen NC, Carpenter Jr WT, Kane JM, et al. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *Am J Psychiatry.* 2005;162(3):441–449.
31. Emsley R, Chiliza B, Asmal L, et al. The concepts of remission and recovery in schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry.* 2011;24(2):114–121.
32. Deegan G. Discovering recovery. *Psychiatr Rehabil J.* 2003;26(4):368–376.
33. Jacobson N, Greenley D. A conceptual model of recovery. *Psychiatr Serv.* 2001;52(5):688–689.
34. Corrigan PW. The dignity to fail. *Psychiatr Serv.* 2011;62(3):241.
35. Torrey WC, Drake RE. Practicing shared decision making in the outpatient psychiatric care of adults with severe mental illnesses: redesigning care for the future. *Community Ment Health J.* 2010;46(5):433–440.
36. Dixon LB, Lucksted A, Medoff DR, et al. Outcomes of a randomized study of a peer-taught Family-to-Family Education Program for mental illness. *Psychiatr Serv.* 2011;62(6):591–597.
37. Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(6):CD002831.
38. Whitley R, Siantz E. Best practices: recovery centers for people with a mental illness: an emerging best practice? *Psychiatr Serv.* 2012;63(1):10–12.
39. Frank AF, Gunderson JG. The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. Relationship to course and outcome. *Arch Gen Psychiatry.* 1990;47(3):228–236.
40. Davis LW, Lysaker PH. Therapeutic alliance and improvements in work performance over time in patients with schizophrenia. *J Nerv Mental Dis.* 2007;195(4):353–357.
41. Leifker FR, Bowie CR, Harvey PD. Determinants of everyday outcomes in schizophrenia: the influences of cognitive impairment, functional capacity, and symptoms. *Schizophr Res.* 2009;115(1):82–87.
42. Brown S, Inskip H, Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry.* 2000;177:212–217.
43. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(3):247–253.
44. Cipriani A, Pretty H, Hawton K, et al. Lithium in the prevention of suicidal behavior and all-cause mortality in patients with mood disorders: a systematic review of randomized trials. *Am J Psychiatry.* 2005;162(10):1805–1819.
45. Meltzer HY, Alphas L, Green AI, et al. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Arch Gen Psychiatry.* 2003;60(1):82–91.
46. Zisook S, Kasckow JW, Lanouette NM, et al. Augmentation with citalopram for suicidal ideation in middle-aged and older outpatients with schizophrenia and schizoaffective disorder who have subthreshold depressive symptoms: a randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry.* 2010;71(7):915–922.
47. McGorry PD, Nelson B, Goldstone S, et al. Clinical staging: a heuristic and practical strategy for new research and better health and social outcomes for psychotic and related mood disorders. *Can J Psychiatry.* 2010;55(8):486–497.
48. Miklowitz DJ, George EL, Richards JA, et al. A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2003;60(9):904–912.
49. Geddes JR, Miklowitz DJ. Treatment of bipolar disorder. *Lancet.* 2013;381(9878):1672–1682.
50. Leucht S, Tardy M, Komossa K, et al. Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2012;379(9831):2063–2071.
51. Freudenreich O, Kontos N, Querques J. Psychiatric polypharmacy: a clinical approach based on etiology and differential diagnosis. *Harv Rev Psychiatry.* 2012;20(2):79–85.
52. David AS. Insight and psychosis. *Br J Psychiatry.* 1990;156:798–808.
53. Arango C, Amador X. Lessons learned about poor insight. *Schizophr Bull.* 2011;37(1):27–28.

54. Geller JL. Patient-centered, recovery-oriented psychiatric care and treatment are not always voluntary. *Psychiatr Serv*. 2012;63(5):493–495.
55. Rosenheck RA, Krystal JH, Lew R, et al. Long-acting risperidone and oral antipsychotics in unstable schizophrenia. *N Engl J Med*. 2011;364(9):842–851.
56. Haupt DW, Rosenblatt LC, Kim E, et al. Prevalence and predictors of lipid and glucose monitoring in commercially insured patients treated with second-generation antipsychotic agents. *Am J Psychiatry*. 2009;166(3):345–353.
57. Morrato EH, Druss B, Hartung DM, et al. Metabolic testing rates in 3 state Medicaid programs after FDA warnings and ADA/APA recommendations for second-generation antipsychotic drugs. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(1):17–24.
58. Tiihonen J, Lonnqvist J, Wahlbeck K, et al. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet*. 2009;374(9690):620–627.
59. Daumit GL, Dickerson FB, Wang NY, et al. A behavioral weight-loss intervention in persons with serious mental illness. *N Engl J Med*. 2013;368(17):1594–1602.
60. Smith TE, Sederer LI. A new kind of homelessness for individuals with serious mental illness? The need for a “mental health home”. *Psychiatr Serv*. 2009;60(4):528–533.
61. Scharf DM, Eberhart NK, Schmidt N, et al. Integrating primary care into community behavioral health settings: programs and early implementation experiences. *Psychiatr Serv*. 2013;64(7):660–665.
62. Salerno A, Margolies P, Cleek A, et al. Best practices: wellness self-management: an adaptation of the illness management and recovery program in New York State. *Psychiatr Serv*. 2011;62(5):456–458.
63. Fardig R, Lewander T, Melin L, et al. A randomized controlled trial of the illness management and recovery program for persons with schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 2011;62(6):606–612.
64. Goldberg RW, Dickerson F, Lucksted A, et al. Living well: an intervention to improve self-management of medical illness for individuals with serious mental illness. *Psychiatr Serv*. 2013;64(1):51–57.
65. Green AI, Drake RE, Brunette MF, et al. Schizophrenia and co-occurring substance use disorder. *Am J Psychiatry*. 2007;164(3):402–408.
66. Brown ES, Carmody TJ, Schmitz JM, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled pilot study of naltrexone in outpatients with bipolar disorder and alcohol dependence. *Alcohol Clin Exp Res*. 2009;33(11):1863–1869.
67. Azorin JM, Bowden CL, Garay RP, et al. Possible new ways in the pharmacological treatment of bipolar disorder and comorbid alcoholism. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2010;6:37–46.
68. Mark TL, Kranzler HR, Song X, Understanding. US addiction physicians’ low rate of naltrexone prescription. *Drug Alcohol Depend*. 2003;71(3):219–228.
69. Meesters PD, Comijs HC, de Haan L, et al. Subjective quality of life and its determinants in a catchment area based population of elderly schizophrenia patients. *Schizophr Res*. 2013;147(2–3):275–280.
70. Barnes AL, Murphy ME, Fowler CA, et al. Health-related quality of life and overall life satisfaction in people with serious mental illness. *Schizophr Res Treatment*. 2012;2012:245103.
71. Zisook S, Kasckow JW, Golshan S, et al. Citalopram augmentation for subsyndromal symptoms of depression in middle-aged and older outpatients with schizophrenia and schizoaffective disorder: a randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry*. 2009;70(4):562–571.
72. Farmer PE, Nizeye B, Stulac S, et al. Structural violence and clinical medicine. *PLoS Med*. 2006;3(10):e449.
73. Lieberman JA, Fenton WS. Delayed detection of psychosis: causes, consequences, and effect on public health. *Am J Psychiatry*. 2000;157(11):1727–1730.
74. Fiorillo A, De Rosa C, Del Vecchio V, et al. How to improve clinical practice on involuntary hospital admissions of psychiatric patients: suggestions from the EUNOMIA study. *Eur Psychiatry*. 2011;26(4):201–207.
75. Priebe S, Katsakou C, Yeeles K, et al. Predictors of clinical and social outcomes following involuntary hospital admission: a prospective observational study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2011;261(5):377–386.
76. Burns T, Rugkasa J, Molodynski A, et al. Community treatment orders for patients with psychosis (OCTET): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2013;381(9878):1627–1633.
77. Thornicroft G, Farrelly S, Szmukler G, et al. Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2013;381(9878):1634–1641.