

COMENTARIO EDITORIAL

Caminando hacia un nuevo modelo de atención multidisciplinaria de la esquizofrenia y otras psicosis. Papel de la atención primaria

Ramon Ciurana Misol

Medicina de Familia. CAP La Mina. Sant Adrià de Besòs. Barcelona. España.

Los profesionales de atención primaria se han sentido desde hace años preocupados por conocer la prevalencia de las enfermedades y los factores de riesgo. Tener información sobre la carga de trabajo previsible se considera un prerrequisito indispensable para planificar adecuadamente la atención dedicada a cada trastorno. Se conoce bastante bien la frecuencia esperada de hipertensión arterial, diabetes, enfermedad pulmonar crónica obstructiva y de muchos otros problemas de salud. Sin embargo, poco se sabe en nuestro medio acerca de la frecuencia real de las enfermedades mentales, sobre todo de las más graves. Los datos de que dispone el profesional suelen provenir de encuestas realizadas a la población general, algunas de ellas de dudosa precisión y en muchas ocasiones llevadas a cabo en países con incidencias o características no necesariamente superponibles a las nuestras. En este sentido, la idea de Tizón et al de establecer una aproximación a la realidad desde los dispositivos de atención primaria de fácil accesibilidad es innovadora. La psicosis deja de ser un diagnóstico realizado fundamentalmente en el hospital, en los pacientes que han requerido un ingreso, para ser un diagnóstico fundamentalmente comunitario y, por lo tanto, más preciso. El centro de salud o el dispositivo de salud mental ubicado en la atención primaria (la atención primaria a la salud mental) deben ser capaces de establecer un censo de los casos de psicosis y llevar a cabo el seguimiento de éstos. Sólo de este modo se podrán conocer variables de especial relevancia asistencial.

En muchas ocasiones, los casos de esquizofrenia u otras psicosis son detectados por los médicos de atención primaria. Dependiendo de las características de los prodromos de la enfermedad, el diagnóstico puede resultar difícil, por lo que requiere un seguimiento cuidadoso para el que el profesional debe estar preparado técnicamente. En estos casos de sospecha clínica, identificados en general a partir de señales de alarma en la consulta, es necesario disponer de un adecuado mecanismo de intercambio de

Puntos clave

- La prevalencia de la esquizofrenia y otras psicosis, estimada a partir de los datos disponibles de la realidad asistencial en los centros de salud mental, puede acercarse más a los datos reales que los datos procedentes de las encuestas poblacionales.
- La conexión de los profesionales de atención primaria con los de salud mental (en atención primaria) favorece el seguimiento de los casos y facilita que el tratamiento se inicie precozmente.
- La provisión de recursos complementarios de atención psicosocial activa permite un mejor seguimiento de los casos y una mayor vinculación de los pacientes y de sus familias con el sistema sanitario.

información con los profesionales de salud mental, mediante la interconsulta o con otros procedimientos alternativos. Este intercambio de la información es crucial y, a partir de aquí, se deben diseñar estrategias que permitan tratar con precocidad los casos detectados. Hoy por hoy, el intervalo de tiempo que transcurre desde los primeros síntomas diagnosticables de esquizofrenia hasta el momento en que el paciente es diagnosticado oscila en general entre 1 y 2 años. A este tiempo se le debe sumar el retraso que se produce hasta que se inicia el tratamiento. De ahí la importancia de que el profesional no psiquiatra disponga de las herramientas que aseguren el diagnóstico precoz y la primera vinculación con el pa-

ciente, lo que hará más fácil la derivación a salud mental en el momento oportuno¹.

Hay dos circunstancias que pueden ensombrear el éxito terapéutico y que deben tenerse especialmente presentes: el vacío del tratamiento y su discontinuidad.

El vacío del tratamiento puede definirse como la diferencia absoluta entre la verdadera prevalencia de un trastorno y la proporción de individuos con este trastorno que recibe tratamiento². Según datos de la Organización Mundial de la Salud², se estima que en la región europea es aproximadamente del 18% en el caso de la esquizofrenia. Este porcentaje es aún mayor en los demás continentes. En la práctica ello significa que uno de cada 5 esquizofrénicos no recibe tratamiento por parte de ningún dispositivo asistencial, especializado o no.

La discontinuidad del tratamiento en los pacientes dados de alta de un ingreso por esquizofrenia es muy elevada y se ha cifrado en torno al 50% al año y al 75% a los 2 años³. Ello está muy relacionado con el riesgo de recaídas. La cuestión que se suscita no es tanto cuántos pacientes deben seguir con tratamiento farmacológico si no cómo vincular a estos pacientes con los dispositivos sanitarios para evitar las recaídas. Las experiencias con seguimientos más cercanos al paciente que involucren a la familia y que ofrezcan recursos adecuados, más allá del tratamiento farmacológico exclusivo y con una intervención psicosocial activa, se han mostrado eficaces para reducir el número de ingresos y mejorar el bienestar de los pacientes^{4,5}.

El panorama actual no es muy alentador. Con los datos precedentes parece ser que solamente un 40% de los pacientes esquizofrénicos, bien porque no llegan a ser trata-

dos o porque dejan el tratamiento, seguiría un tratamiento farmacológico adecuado al cabo de un año de iniciado éste y, muy probablemente, a pocos de ellos se le proporcionarían las intervenciones psicosociales a la medida de sus necesidades individuales.

El siglo XXI debe llevarnos irremisiblemente a un replanteamiento profundo del tratamiento de la psicosis. El paso de la institucionalización sistemática al tratamiento del paciente en la comunidad ocurrido hace unas pocas décadas, a pesar de ser un avance, no ha dado los resultados deseables. Conocer la incidencia real de los casos permitirá tratarlos precozmente y «cuidarlos» mejor si se asegura el seguimiento de cada paciente y se articulan los mecanismos para proporcionar nuevas alternativas terapéuticas que añadan, al uso correcto de los fármacos, un adecuado soporte psicosocial.

Bibliografía

1. The early diagnosis and management of psychosis. A booklet for general practitioners. Melbourne: ORYGEN. Youth Health; 2002.
2. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. Bull WHO. 2004;82:858-66.
3. Weiden PJ, Zygmunt A. Medication non-compliance in schizophrenia: Part I, Assessment. J Pract Psych Behav Health. 1997;98:106-10.
4. Power P, Elkins K, Adlard S, Curry C, McGorry P, Harrigan S. Analysis of the initial treatment phase in first-episode psychosis. Br J Psychiatry Suppl. 1998;172:71-6.
5. Linszen D, Lenior M, De Haan L, Dingemans P, Gersons B. Early intervention, untreated psychosis and the course of early schizophrenia. Br J Psychiatry Suppl. 1998;172:84-9.