

La esquizofrenia en atención primaria

Mariano Hernández Monsalve

Psiquiatra. Jefe de Servicio. Instituto Psiquiátrico. Servicios de Salud Mental José Germain. Leganés. Madrid.

La esquizofrenia es un trastorno con expresividad clínica muy heterogénea que afecta a la percepción, la ideación, la afectividad¹, la comunicación interpersonal, las relaciones familiares, y variable entre distintos pacientes; es de difícil tratamiento y aún insuficientemente comprendido. La evolución y la respuesta a tratamientos es también muy variable y difícil de predecir en cada caso particular².

La esquizofrenia sigue considerándose el trastorno mental más grave: por su tendencia evolutiva hacia la cronicidad, el alto índice relativo de mortalidad por suicidio (cerca del 10%), la seria afectación en la calidad de vida de pacientes y familiares, el injusto estigma que aún acompaña al paciente y a su entorno, y el alto coste social y económico que significa para los sistemas de salud y para las familias de los pacientes.

A pesar de los avances de la investigación, no disponemos de tratamiento etiológico, y los tratamientos sintomáticos tienen una eficacia muy variable (relativamente alta en cuanto a la sintomatología psicótica más característica –síntomas positivos–, y más escasa respecto a los síntomas deficitarios) y teniendo en cuenta que, a excepción de los fármacos, el resto de tratamientos son escasamente accesibles en la práctica para la mayor parte de los pacientes.

Aunque disponemos de resultados contundentes a favor de la eficacia de los tratamientos integrados –psicofármacos e intervenciones psicosociales– la inmensa mayoría de los pacientes sólo recibe algunos ingredientes del tratamiento, por escasa disponibilidad de tratamientos psicosociales. Además, el tratamiento suele empezar demasiado tarde, después de meses, cuando no años, del inicio del trastorno.

Nuestro Sistema Nacional de Salud garantiza el tratamiento farmacológico, seguimiento ambulatorio e ingreso (generalmente breve, en torno a 15-20 días) en momentos de intensificación de síntomas y/o riesgo para la integridad del paciente o de los demás. El resto de intervenciones –seguimiento comunitario, rehabilitación psicosocial, apoyo/tratamiento psicológico del paciente y de los familiares, intervenciones domiciliarias, programas de inserción social y laboral– están disponibles de forma muy irregular en

las distintas áreas de salud y en las distintas comunidades, y puede considerarse globalmente la oferta de estos servicios como precaria. En estas circunstancias, los mayores riesgos son la cronificación y desinserción del paciente, y la sobrecarga (emocional, económica, deterioro de calidad de vida) de los familiares, además del mantenimiento del estigma que pesa sobre los enfermos, las familias e incluso sobre los profesionales y las instituciones que les atienden.

¿Qué papel pueden desempeñar el médico general y el equipo de atención primaria en la atención a pacientes con esquizofrenia?

Cuando la respuesta asistencial al paciente con esquizofrenia era la hospitalización indefinida, el médico general se veía muy poco implicado en el tratamiento. Acaso algún comentario con la familia, generalmente para ahondar en las pesimistas perspectivas de cara al futuro, aconsejar ocasionalmente la consulta con algún otro especialista o recomendar alguna clínica, cuando las posibilidades económicas de la familia lo permitían.

El panorama, en este sentido, ha cambiado radicalmente. En nuestros días, la mayoría de los pacientes viven en sus casas. En España, más del 75% viven con sus familias y, en menor proporción, en pisos compartidos o en residencias abiertas. Menos del 10% de los pacientes (quizás entre 15.000 y 20.000 pacientes con importantes minusvalías) viven en centros que proporcionan cuidados psiquiátricos (por lo general, de escasa calidad) durante un tiempo indefinido, centros que podemos considerar como el trasunto manicomial de nuestros días. Pues bien, los pacientes que viven en la comunidad, al igual que la mayoría de los ciudadanos, consultan a menudo con médicos, enfermeras y trabajadores sociales de atención primaria, y frecuentan esas consultas con mayor asiduidad incluso que muchos otros pacientes crónicos con otras patologías.

Aunque no disponemos de datos representativos referentes a España, todos los indicios apuntan hacia una creciente importancia del nivel primario en la atención a esta población. Diversos estudios ingleses³⁻⁶ han encontrado que la mayoría de los pacientes con esquizofrenia habían visitado a su médico de primaria en los últimos 6 meses, mantenían un contacto regular con él o ella y lo hacían en horarios apropiados. Además, algunos pacientes en un escaso porcentaje (7%) sólo habían recibido cuidados de su médico general y no de profesionales de salud mental. De todos modos, los médicos solían recordar mal los motivos

Correspondencia: Dr. M. Hernández Monsalve.
Instituto Psiquiátrico. Servicios de Salud Mental José Germain.
Luna, s/n. 48911 Leganés. Madrid.
Correo electrónico: mhmonsalve@ipsqgermain.es

de consulta y el tipo de intervención realizada, y sólo en menos de la mitad de las ocasiones habían registrado alguna información acerca de aspectos de la salud mental. En torno a uno de cada 5 pacientes fue considerado problemático (por haber presentado conductas violentas o falta de adherencia a los tratamientos); en la mayoría de esos casos los pacientes presentaban problemas de abuso y/o dependencia a drogas (ésta es otra de las dificultades mayores en la atención comunitaria a pacientes con esquizofrenia).

La implicación del médico general o de familia y del equipo de atención primaria podrían contribuir a mejorar muy significativamente el porvenir de estos pacientes. Por su accesibilidad y contacto con la población, el médico general puede contribuir al reconcimiento temprano de pacientes susceptibles de presentar esquizofrenia; por lo mismo, los profesionales de atención primaria pueden ser facilitadores de los procesos de reinserción social, y por supuesto, deben contribuir a mejorar la información hacia paciente y familiares y la motivación para el tratamiento. También la intervención domiciliaria (que tantas veces podría ser compartida con los profesionales de salud mental, especialmente en situaciones de crisis), o su participación en el seguimiento médico y psicosocial (desde el control de efectos secundarios de la medicación hasta el estímulo para evitar el aislamiento y mejorar las redes sociales de pacientes y familiares) son tareas en las que su participación puede ser importante.

El retraso en el diagnóstico e inicio del tratamiento es uno de los problemas más graves: en el mejor de los casos, en países con sistemas públicos accesibles a la población, suele pasar en torno a un año entre el comienzo de los síntomas y el comienzo del tratamiento, lo que casi siempre significa que se ha perdido un tiempo precioso. Uno de los indicadores de peor respuesta al tratamiento es precisamente la duración de ese período (cuanto más largo, peor respuesta); por tanto, las estrategias dirigidas a mejorar la eficiencia de los tratamientos se están tendiendo a focalizar en reducir al máximo ese período.

Afrontar esta dificultad exige sortear una serie de barreras que van desde el estigma social (todo el mundo evita ser tildado de esquizofrénico) hasta las insuficiencias de los sistemas nosológicos actualmente vigentes en la psiquiatría, que no facilitan el reconocimiento precoz de la esquizofrenia.

Efectivamente, los criterios actuales de clasificación por consenso (tanto la norteamericana DSM-IV como la CIE-10 de la OMS) exigen un cuadro bien establecido para efectuar el diagnóstico y comenzar el tratamiento. Sin embargo, sabemos desde hace tiempo que cuando un paciente presenta síntomas suficientemente consistentes y bien establecidos como para hacer el diagnóstico de esquizofrenia, en casi todos los casos ha estado padeciendo las semanas o meses anteriores síntomas "prodrómicos", más o menos inespecíficos (cambios emocionales y de la conducta habitual, dudas acerca de la consistencia de las propias percepciones, de la propia identidad), y a menudo síntomas psicóticos transitorios o de intensidad "subumbral" que no han permitido un diagnóstico ni un trata-

miento. Por esto, muy a menudo, cuando finalmente se inicia el tratamiento el trastorno está muy arraigado y puede ser ya "demasiado tarde" para conseguir una rápida reversión de los síntomas. Esa "resistencia" al tratamiento es objeto actual de investigación, pero parece estar condicionada tanto por factores subjetivos (los cambios en la percepción de la realidad externa y de sí mismo que ha ido experimentando el paciente), como de índole sociorrelacional (círculo de evitación-aislamiento-rechazo social) y quizás neurobiológico (la persistencia de síntomas psicóticos pudiera ejercer acciones de neurotoxicidad cerebral).

De ahí la insistencia en la importancia del diagnóstico y del tratamiento lo antes posible, y la necesidad de introducir un giro radical en lo que ha sido definida como actitud "contrapreventiva" de la mayoría de los psiquiatras y demás profesionales hasta hace bien poco ("dejemos que los síntomas sean lo suficientemente importantes antes de iniciar el tratamiento"). En la última década varios grupos (Falloon y Birchwood en Birmingham y en Nueva Zelanda⁷, McGorry en Melbourne⁸, McGlashan en New Haven, diversos grupos en Noruega) han acumulado importante experiencia a este respecto. En todos los casos, las nuevas estrategias de abordaje de la esquizofrenia consideran imprescindible la participación de los profesionales de la atención primaria, especialmente para la detección y tratamiento de pacientes en períodos prodrómicos y en estadios iniciales, por su lugar privilegiado para propiciar esa intervención temprana, evitar iatrogenia y contribuir a contrarrestar el estigma y el pesimismo que viene lastrando este importante problema de salud pública.

En España, donde estos programas no se han desarrollado aún de forma sistemática, estamos en una buena situación potencial para intentar esta estrategia: amplio desarrollo de la atención primaria, reciente experiencia desinstitucionalizadora de los pacientes mentales, desarrollo (aunque heterogéneo e insuficiente) de servicios de salud mental comunitarios y una población más permeable ante estos problemas, aunque con actitudes manifiestamente mejorables. Es necesario mejorar la capacidad de profesionales de atención primaria y también de los servicios de salud mental para esa detección precoz. Es también imprescindible trabajar en pro de una cultura de cooperación entre atención primaria y servicios de salud mental: desde los servicios especializados se ha de mejorar la información hacia atención primaria (no sólo de los tratamientos farmacológicos prescritos, sino de los planes y programas de rehabilitación y de reinserción social, de los que casi nunca se informa a atención primaria), y prestarse con más frecuencia a intercambiar experiencia y compartir intervenciones (p. ej., intervenciones a domicilio, o en situaciones de crisis). Recordemos que también los pacientes con esquizofrenia y las familias mantienen frecuente contacto con el médico y/o la enfermera de atención primaria. Hay experiencia de cómo se pueden conseguir consultas más eficaces tanto para el cuidado de la salud física como de la salud mental, si se comparten los objetivos de la intervención (a veces más centrada en los síntomas, otras veces más en la actitud o en las relaciones interpersonales) y se estructura la participación

de primaria en el seguimiento de los pacientes. No cabe duda de que, además de la disponibilidad de nuevos fármacos, el porvenir de los pacientes esquizofrénicos en la actualidad depende en gran medida de la formación, la actitud positiva y el esfuerzo de cooperación entre profesionales de atención primaria y de servicios de salud mental. De ser así, otras barreras, culturales y administrativas, irán progresivamente cediendo. Es sin duda un desafío importante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anderson C, Reiss D, Hogarty G. Esquizofrenia y familia. Buenos Aires: Amorrortu, 1986.
2. Hernández Monsalve M. Tratamiento integral del paciente con esquizofrenia. *Rev Psicoter* 1998; 36: 5-26.
3. Lang FH, Forbes JF, Murray GD, Jhonstone EC. Service provision for people with schizophrenia. I. Clinical and economic perspective. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 159-164.
4. Lang FH, Jhonstone EC, Murray GD. Service provision for people with schizophrenia. II. Role of the general practitioner. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 165-168.
5. Integration between primary and secondary services in the care of the severely mentally ill: patients' and general practitioners' views. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 169-174.
6. Nazareth I, King M, Tai SS. Monitoring psychosis in general practice: a controlled trial. *J Psychiatry* 1996; 169: 475-482.
7. Birchwood M, Fowler D, Jackson Ch. Early intervention in psychosis. A guide to concepts, evidence and interventions. Chichester: John Wiley & Sons, 2000.
8. Mc Gorry Pd, Jackson H. The recognition and management of early psychosis: a preventive approach. Cambridge: Cambridge University press, 1999.