

SE HA PRODUCIDO UN AVANCE INMENSO EN LAS INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN LA ESQUIZOFRENIA

ENTREVISTA A OSCAR VALLINA, COORDINADOR DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE PSICOSIS DEL ÁREA DE SALUD DE TORREAVEGA

REDACCIÓN DE INFOCOP

Como se ha mencionado a lo largo de este reportaje, recientemente el Ministerio de Sanidad y Política Social publicó la *Guía de Práctica Clínica sobre Esquizofrenia y Trastorno Psicótico Incipiente*. La publicación de esta guía se enmarca dentro del **Proyecto GuíaSalud**, por el cual el Ministerio pretende homogeneizar las prácticas sanitarias y facilitar la implementación de los mejores tratamientos e intervenciones, basados en la evidencia científica, en todo el territorio español, para lo cual ha ido publicando diferentes guías sobre enfermedades de especial relevancia.

Desde que se empezaron a publicar estas guías, *Infocop* ha solicitado a diversos expertos su valoración para ofrecer esta información a todos aquellos profesionales interesados.

En esta ocasión, con el objetivo de conocer más detalladamente el contenido e implicaciones de esta nueva guía, *Infocop*, ha entrevistado a Oscar Vallina, psicólogo clínico experto en el ámbito de la esquizofrenia y el trastorno psicótico.

ENTREVISTA

Infocop: *En su calidad de experto en este área, ¿cuál es su opinión general respecto a la GPC sobre la Esquizo-*



Oscar Vallina

frenia y el Trastorno Psicótico Incipiente? ¿Considera que aporta recomendaciones prácticas y aplicables en los programas de tratamiento de estos pacientes?

Oscar Vallina: Mi opinión sobre la GPC sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente es muy positiva. En líneas generales, e incluyendo algunos puntos débiles o menos desarrollados que luego comentaré, creo que estamos ante un documento elaborado con rigor y meticulosidad que, en su resultado final, es perfectamente homologable a aquellas otras guías clínicas que se utilizan como referentes de calidad en el campo de la esquizofrenia (*American*

Psychiatric Association; Canadian Psychiatric Association, National Institute for Clinical Excellence y Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrist).

El texto se articula de manera clara y coherente en torno a las 5 dimensiones fundamentales para entender y organizar el tratamiento de la esquizofrenia: las características de los pacientes, las diversas fases por las que atraviesa el trastorno, los tipos de tratamientos necesarios para cada una de esas fases - basándose en la evidencia científica disponible en estos momentos-, los tipos de dispositivos necesarios para llevar a cabo la asistencia, y por último, las características necesarias de los equipos que tendrán que desarrollar y aplicar los programas de tratamiento.

Partiendo de los pacientes como eje central de la guía, ésta se muestra cuidadosa en las recomendaciones con incorporar la presencia de sus necesidades, estado clínico, preferencias, capacidades y cuidado continuo de la alianza terapéutica.

Tras estas consideraciones transversales a cada capítulo, se detallan con la minuciosidad que permite un documento de estas características aquellas recomendaciones que nos permitirán proporcionar los mejores tratamientos

Oscar Vallina. Psicólogo Clínico de la Unidad de Salud Mental de Torrelavega del Servicio Cántabro de Salud. Doctor en Psicología por la Universidad de Oviedo. Coordinador del Programa de Prevención de Psicosis del Área de Salud de Torrelavega y Profesor Tutor de Terapia Cognitivo conductual y de Técnicas de intervención terapéutica de la Facultad de Psicología del Centro Asociado de la UNED de Cantabria.

disponibles para cada caso concreto. Recomendaciones que integran perfectamente los avances de la investigación con la perspectiva práctica de su desarrollo en nuestros entornos asistenciales cotidianos. En este sentido, creo que la guía intenta acercar la necesaria armonía entre práctica basada en la evidencia y evidencia basada en la práctica.

I: *¿Qué papel juega la intervención psicológica en el abordaje de estos pacientes, de acuerdo a la evidencia científica disponible? ¿Cree que estos aspectos han quedado adecuadamente recogidos en esta GPC?*

O.V.: En las dos últimas décadas se han producido un desarrollo y un avance inmensos en las intervenciones psicológicas en la esquizofrenia, al punto de pasarse de una práctica inexistencia o posición marginal de los tratamientos psicológicos a una posición central en su abordaje y recuperación.

Las intervenciones familiares de tipo psicoeducativo (que promueven el conocimiento y comprensión de la enfermedad, el manejo del estrés, el fomento de las habilidades de comunicación y de solución de problemas y la reducción de la carga familiar), el entrenamiento en habilidades sociales y de vida diaria (para el desempeño de los pacientes en entornos sociales e interpersonales), la terapia cognitivo-conductual (dirigida a la reducción o eliminación de las experiencias psicóticas delirantes y alucinatorias y a la eliminación o minimización de las respuestas emocionales disfóricas asociadas a éstas, así como a la promoción de estilos personales de autogestión psicológica de la dolencia), y los últimos desarrollos en las intervenciones dirigidas a la rehabilitación de los procesos cognitivos básicos, conforman un bloque de opciones terapéuticas que,

combinadas con el tratamiento farmacológico y la dotación de las estructuras comunitarias de tratamiento necesarias para cada fase de la enfermedad (centros de salud mental, centros de rehabilitación, hospitales de día, unidades de hospitalización breve, etc.), se vienen repitiendo de manera sistemática en las recomendaciones de las principales guías de práctica clínica, como estándares de tratamiento óptimo indicado.

En esta guía observamos claramente como se recoge el peso y trascendencia de los tratamientos psicológicos, tanto en el espacio que ocupan dentro del documento como en la valoración de los mismos procedente de la evidencia científica disponible en estos momentos.

De esta manera, las intervenciones psicoeducativas se presentan como intervenciones de afianzada eficacia en la reducción de la tasa de recaídas y de ingresos hospitalarios y se recomienda su implantación en los planes de tratamiento, tanto para pacientes como para sus familiares, con la premisa de la imprescindible adaptación de las mismas a las características y necesidades de los interesados como al momento de la enfermedad.

Las intervenciones familiares son herramientas imprescindibles para la reducción de la carga familiar, para la mejoría del funcionamiento social del paciente y para la reducción de recaídas, aconsejándose su utilización de manera regular en pacientes que: convivan con su familia y que hayan tenido recaídas o que recaigan con facilidad; presenten discapacidad moderada o grave; y que se caractericen por una enfermedad de larga evolución (ya que su utilización en los comienzos de la enfermedad aún no está suficientemente estudiada). En la guía, se indica la modalidad de intervención familiar individual como la preferida por las familias

y se recomienda, asimismo, la utilización de grupos homogéneos de familiares, donde se tengan en cuenta los índices de emoción expresada y se establezca un periodo de tratamiento nunca inferior a seis meses.

En cuanto a los procedimientos de rehabilitación cognitiva, y aunque estos aún adolecen de suficiente evidencia empírica, se recomienda su utilización en sus diversas modalidades (estrategias de restauración, estrategias de compensación y estrategias ambientales) y formatos (individual o grupal) como una técnica para la mejora del funcionamiento cognitivo básico de los pacientes (función ejecutiva, memoria y atención), recomendando su utilización en el entorno cotidiano del paciente y en una amplia gama de condiciones clínicas.

El entrenamiento en habilidades sociales centrado en la resolución de problemas se ha mostrado eficaz en la adaptación social, en la reducción de síntomas y en la mejora de habilidades para el manejo de la medicación, y se aconseja como tratamiento indicado para pacientes moderada o gravemente discapacitados y en aquellos con difi-



cultades o con predominio de respuestas de estrés ante situaciones de interacción social.

Otros procedimientos como las técnicas expresivas (expresión artística, musical o corporal) no presentan resultados concluyentes en cuanto a su utilidad para la mejoría de pacientes con esquizofrenia en la revisión de esta guía, si bien en la última edición de la guía del NICE (2009) sí parece que van alcanzando ese estatus de intervenciones indicadas para la reducción de la sintomatología negativa en las distintas fases de la enfermedad.

Por su parte, las terapias de apoyo y las psicoterapias psicodinámicas son dos formatos que aún no han podido mostrar su eficacia en este campo.

Por último, quisiera resaltar el apartado dedicado a la terapia cognitivo-conductual por su especial significado. Esta modalidad terapéutica ha ido acumulando

evidencia y peso en los últimos años y, aunque aún tenga importantes lagunas y aspectos que necesite seguir mejorando y aclarando en futuras investigaciones, se va consolidando como una terapia eficaz para la reducción de la sintomatología positiva (particularmente de las alucinaciones auditivas). La terapia cognitivo-conductual, además, facilita la implicación y compromiso de los pacientes en su tratamiento y en su proceso de recuperación personal, acelera el proceso de recuperación sintomatológica en las fases agudas de la enfermedad, reduce la comorbilidad habitualmente secundaria a la esquizofrenia (depresión, ansiedad, trauma y estigma), y apunta prometedores resultados en la prevención primaria indicada de la psicosis, retrasando el inicio de la enfermedad y amortiguando su impacto si ésta llega a desarrollarse.

La consideración de la terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia cobra especial relevancia ya que se trata de la primera vez que un procedimiento no farmacológico -ateniéndose a los rigores metodológicos de la investigación-, consigue demostrar experimentalmente que el núcleo duro de la clínica psicótica (delirios y alucinaciones) es accesible a la intervención psicológica, contrariamente a todo lo que se ha sostenido durante siglos sobre este tema. Además, sitúa su utilidad en todas las fases del curso del trastorno, rompiendo las últimas barreras de la enfermedad y de la visión psiquiátrica tradicional sobre la inutilidad de los procedimientos psicológicos en el abordaje de esta patología, y permitiendo el nacimiento de una nueva forma de entender y tratar la esquizofrenia que, sin duda, siembra el camino para el desarrollo de nuevas formas de terapia psicológica que seguirán mejorando el curso y pronóstico de la enfermedad.

I.: *Una de las principales diferencias de esta GPC respecto a las anteriores guías que ha publicado el Ministerio de Sanidad (como, por ejemplo, la GPC sobre Ansiedad en Atención Primaria o la GPC sobre Depresión Mayor), es la mayor presencia de psicólogos tanto en el equipo coordinador de la guía como en el equipo elaborador (tratándose del grupo profesional más numeroso de los que han participado). ¿Piensa que esta composición ha permitido ofrecer una visión más global sobre el manejo de este grupo de pacientes? ¿Qué ventajas tiene el disponer de otras perspectivas, además de la puramente biológica?*

O.V.: Efectivamente, la composición tanto del grupo coordinador como especialmente del grupo elaborador llama la atención tanto por su variedad profesional como por la prevalencia de psicólogos. Este hecho, además de suponer una grata sorpresa, viene a confirmar el peso creciente de la Psicología en el tratamiento de la esquizofrenia.

Como hemos resaltado anteriormente en los últimos tiempos se han producido dos avances reseñables en el tratamiento de la esquizofrenia. En primer lugar, fue la aparición de la denominada segunda generación de neurolepticos o neurolepticos atípicos. Estos nuevos fármacos habían despertado una gran expectativa sobre su eficacia y escasos efectos secundarios y, sin embargo, como se recoge en la propia guía, tras la realización de los estudios CATIE y CUiLASS se ha demostrado que no resultan ser marcadamente superiores a los antiguos neurolepticos, ni tener tanta diferencia en sus efectos secundarios, con lo cual parece que se difumina el avance farmacológico. Y por si fuese poco, estos estudios advierten de la elevada tasa de abandono de estos trata-



mientos por parte de los pacientes, lo cual nos da a su vez una media de lo necesario de los procedimientos psicológicos para la implicación y compromiso con el tratamiento de estos pacientes, incluido el farmacológico.

El otro avance relevante ha sido la incorporación de tratamientos psicológicos empíricamente validados, que se van consolidando década a década, y cuya valía se va demostrando estudio tras estudio, debido a la mejora de todos los parámetros relevantes de la enfermedad y a su adecuación a las distintas fases del trastorno. Actualmente, se hace necesario que estos tratamientos se vayan incorporando regularmente a la práctica clínica cotidiana, para lo cual se debería incrementar la presencia de los psicólogos clínicos y de los tratamientos psicológicos en la asistencia a la esquizofrenia, tanto en los servicios públicos como privados.

Hace tiempo que se viene insistiendo, particularmente tras el desarrollo de los modelos de vulnerabilidad y de los procesos de reforma psiquiátrica, en la “obligatoriedad” de visiones integrales y mutidisciplinarias de los trastornos psicológicos y en lo inadecuado de las visiones reduccionistas del problema, ya sean estas biológicas, psicológicas o sociales. Por separado producimos más problemas de los que pretendemos arreglar. Juntos ganamos en comprensión y efectividad, nuestros modelos y nuestra práctica deben ser biopsicosociales y de nuestra mano queda proporcionar el marco biográfico, evolutivo, interpersonal, fenomenológico, cognitivo y de comportamiento, tanto para la comprensión de la esquizofrenia como para la aportación de intervenciones que ayuden en la reducción o eliminación del sufrimiento y discapacidad que genera, y en el mantenimiento de la mejoría y

de la calidad de vida de quien la desarrolle y de su entorno familiar.

I.: La guía ofrece recomendaciones para los equipos de salud mental comunitarios, compuestos por enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos y psiquiatras. Actualmente, ¿qué programas de intervención se ofrecen en estos equipos para la atención de personas con esquizofrenia y trastorno psicótico incipiente? ¿Se necesita alguna mejora al respecto?

O.V.: Los equipos de salud mental comunitarios interdisciplinarios siguen siendo el eje de la asistencia y tratamiento de la esquizofrenia. Estos equipos básicos se han ido completando en estos años con otros equipos complementarios organizados en torno a dispositivos específicos o a perfiles o fases específicas de la enfermedad (equipos de crisis, equipos asertivo-comunitarios, equipos de intervención temprana...).

Actualmente los programas de intervención para la esquizofrenia o el trastorno psicótico incipiente varían mucho de una comunidad a otra, tanto en sus objetivos, como en su terapéutica, en su composición de los equipos y en los dispositivos desde los que se aplican. De hecho, estos programas se encuentran implantados en muy pocas comunidades de manera regular, reglada y evaluada. Quizás de todos ellos sean los programas de rehabilitación y los centros de rehabilitación psicosocial los más extendidos y afianzados. En el último informe del observatorio de salud mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (2005) se señala que solamente las comunidades de Andalucía, Cataluña, Castilla la Mancha y Asturias disponen de programas autonómicos para la atención a la psicosis o al trastorno mental grave en los centros de salud mental. Los datos



en hospitales de día son confusos, y en las unidades de hospitalización breves aún es escasa la presencia de psicólogos clínicos con funciones asistenciales. Esto, en lo referente al tratamiento de la esquizofrenia o del trastorno mental grave, porque en lo referente a la atención al trastorno psicótico incipiente o a la intervención temprana en psicosis, el panorama es desolador. Un par de experiencias aisladas en Cantabria, un desarrollo incipiente de algunos equipos en Cataluña, una línea estratégica en desarrollo en Andalucía y alguna que otra experiencia puntual en áreas de salud aisladas, es todo con lo que contamos en estos momentos. Este panorama nos orienta hacia dos grandes intervenciones estratégicas. La primera, la necesidad de implantar y dotar adecuadamente de personal en los servicios autonómicos de salud para que los programas integrados de atención a la esquizofrenia a lo largo de sus distintos dispositivos se desarrollen adecuadamente, y la segunda, la necesidad de dotar a estos programas y equipos de las herramientas terapéuticas recomendadas por las guías de práctica clínica. El área de mejora es inmensa aún en este campo.

I: *¿Considera que las funciones que los psicólogos realizan en estos equipos han quedado suficientemente definidas en esta guía?*

O.V.: No suelen ser las guías de práctica clínica documentos en los que se expliciten o detallen las funciones específicas de los distintos profesionales. De manera implícita queda claro que las tareas de evaluación, diagnóstico, planificación e investigación junto con la profusión de tratamientos psicosociales a utilizar, precisa de psicólogos que los lleven a cabo. Pero, sin embargo, la guía sólo explicita en una de sus recomendaciones sobre las intervenciones psicosociales (página 22) lo siguiente: “*se recomienda que las intervenciones psicosociales sean llevadas a cabo por profesionales que tengan formación específica, experiencia suficiente, cualificación (apoyada por*

supervisión y acompañamiento técnico), así como disponibilidad y constancia para poder mantener un vínculo a largo plazo”. O no entra, o no le parece necesario o eluden los autores entrar en la atribución de competencias a los distintos profesionales que participan de estos tratamientos. Mi impresión es que esta cuestión se tendrá que debatir con calma en nuestro país, ya que de un lado es preciso acotar las atribuciones, funciones y competencias de las distintas profesiones (algunas de las cuales serán transversales), y de otro lado, tenemos que ser conscientes de que en el campo de la salud mental los desarrollos terapéuticos no suelen proceder de un sólo gremio, de hecho, una parte importante de esos tratamientos han sido desarrollados por psiquiatras, enfermeras o trabajadores sociales o por el trabajo conjunto interprofesional.

De todos modos, si pudiésemos avanzar en esa claridad podríamos evitar confusiones como las existentes en la guía, donde a la vez que se promueve la participación interprofesional en el desarrollo de los planes de tratamiento integrado de los pacientes, se subsumen bajo el epígrafe de manejo psiquiátrico y se transforman en una recomendación específica en la que la alianza terapéutica, la formación de confianza por parte del paciente, la identificación del objetivo y de las aspiraciones del paciente y la adherencia al tratamiento, solamente se explicitan en torno a la figura del psiquiatra (ver página 48).

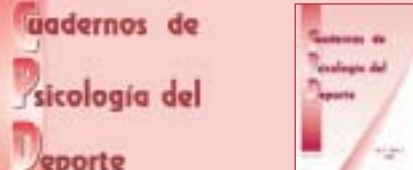
I: *Uno de los aspectos novedosos de la guía es el énfasis que establece en la intervención precoz. A su juicio, ¿cuáles serían los pasos que tendrían que darse para alcanzar este objetivo?*

O.V.: Uno de los aspectos más innovadores e interesantes de esta guía es el

referente a la intervención temprana en psicosis o trastorno psicótico incipiente, como aquí se denomina. En la última década se viene produciendo un desarrollo internacional, no solamente a través de los avances en investigación, sino también a través de la evolución en modelos de asistencia a la esquizofrenia que han supuesto la creación de programas y servicios de asistencia a la psicosis en sus orígenes distintos a los que hasta ahora existían. Países como Gran Bretaña, Australia, Noruega, Dinamarca, Finlandia o Suecia están en la cabeza de esta transformación. Este cambio se basa en varios fundamentos ya consolidados experimentalmente. Entre estos motivos destacan los avances que se están haciendo en el conocimiento de la etapa prodrómica de la psicosis, que han traído consigo la identificación de una serie de síntomas psicóticos en una forma o estadio inicial atenuado, y que se denominan estados mentales de alto riesgo. Estos estados, según se combinan con una franja de edad joven, un nivel de funcionamiento social decadente, la existencia de antecedentes familiares o la presencia de alteraciones esquizotípicas de la personalidad, configuran grupos de ultra riesgo de desarrollar psicosis en un breve periodo de tiempo (en torno a un año). Todo este conocimiento está permitiendo llevar a cabo, por primera vez, investigaciones experimentales encaminadas a intentar bloquear o demorar el desarrollo de una psicosis, -algo absolutamente inimaginable hace unos pocos años-.

Otro avance ha venido de la constatación experimental de que los periodos de demora en la asistencia a la psicosis (conocidos como DUP: duración de la psicosis sin tratar) se acompañan de peor pronóstico y resultado en todas las áreas medidas: recuperación sintomato-

PUBLICIDAD



TEMÁTICA PRINCIPAL

Investigaciones empíricas y aplicadas sobre Psicología del Deporte. En este sentido también se aceptan investigaciones en ciencias del deporte en general que puedan aportar conocimientos interesantes a nuestra disciplina.

EDITA

Universidad de Murcia y
Dirección General de Deportes de Murcia

DESCRIPCIÓN DE LA PUBLICACIÓN

La revista Cuadernos de Psicología del Deporte (ISSN: 1578-8423) se empezó a publicar en el año 2001 (un solo número porque se editó ya comenzado el año). A partir del año 2002 se publican dos números por año (o bien un número doble al año, como ocurrió en 2004 y 2005). Desde entonces no se ha dejado de editar. CPD nace como consecuencia del acuerdo alcanzado entre la Dirección General de Deportes del Gobierno Autónomo de la Región de Murcia y la Universidad de Murcia, según el cual se editara una revista de carácter científico, dirigida por la propia universidad mencionada. El objetivo de la revista es difundir investigaciones en Psicología del Deporte y Ciencias del Deporte.

INFORMACIÓN

Cuadernos de Psicología del Deporte
Enrique J. Garcés de Los Fayos Ruiz
Facultad de Psicología. Universidad de Murcia
30100 Espinardo (Murcia) - E-mail: garces@um.es
Teléfonos: 0034-968-364116 y 0034-968-368479
Teléfono móvil: 0034-678 61 58 65



lógica, funcionamiento social, recuperación psicológica, peor respuesta a las intervenciones farmacológicas y psicológicas utilizadas, etc.

El último avance viene de la observación de un “periodo crítico”, un espacio de oportunidad en torno a los cinco primeros años de la enfermedad, en el que los efectos de los tratamientos utilizados son más eficaces y tienen más opción de variar positivamente el curso del trastorno.

Estas innovaciones han traído consigo el desarrollo de consensos internacionales, como el desarrollado por la Organización Mundial de la Salud y la Asociación Internacional de Psicosis Temprana (IEPA) en 2005, o el llevado a cabo recientemente en nuestro país por la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN, 2009), que recogen las características necesarias para llevar a cabo estas nuevas formas de asistencia y de transformación de los servicios de salud mental y poder atender adecuadamente estos primeros momentos de la enfermedad.

En la práctica, la aplicación de este nuevo enfoque de la intervención temprana en psicosis supone dos desarrollos diferentes; o bien la creación de programas específicos dentro de servicios generales atendidos por una parte de los clínicos habituales de dichos dispositivos, o bien la creación de servicios especializados y específicos que asumirán toda la asistencia necesaria para estos pacientes en sus primeros cinco años de desarrollo, como se viene haciendo en Gran Bretaña. En cualquier caso estamos ante una nueva reforma de la salud mental en la asistencia a la psicosis, que nos acabará llegando tarde o temprano, aunque ya estamos viendo que, como de costumbre en nuestro país, será más bien tarde.

Lo importante de la guía es que recoge todos estos aspectos y los presenta de manera actualizada con objetivos y recomendaciones concretas para cada una de las tres etapas iniciales de la psicosis: etapa de alto riesgo, primer episodio y recuperación inicial post-episodio. De este modo, se recomiendan entre otras medidas: programas específicos de atención temprana con intervenciones integrales farmacológicas en función de la sintomatología, y psicosociales, que incluyan tratamiento psicológico (preferentemente cognitivo-conductual), intervenciones familiares y apoyo a la recuperación para la fase pre-psicótica. En los primeros episodios se recomienda el tratamiento en equipo de atención temprana o en programas multi-elementos de manera intensiva durante los cinco primeros años de enfermedad. Asimismo, se aconseja el desarrollo de campañas informativas para el reconocimiento sintomatológico y el acceso rápido a los servicios y la creación de equipos de detección.

Llevar a cabo esto en España supone reformar los actuales servicios y prácticas clínicas e invertir en salud mental. Necesitamos no sólo desarrollar una relación y trabajo intenso con Atención Primaria y el sistema educativo fundamentalmente, (para la identificación temprana y derivación sin barreras a los equipos de tratamiento), sino también dotar a los servicios de programas o equipos especializados que realicen la evaluación e intervención en esa etapa de la enfermedad, así como ordenar de otra manera la continuidad de cuidados y repensar la rehabilitación psicosocial para esos primeros momentos de intervención con una población muy joven, con intensas esperanzas y posibilidades vitales aún por concretar y de difícil mantenimiento dentro de nuestras estructuras sanitarias.

I.: *¿Ha echado en falta en el contenido de la guía algún aspecto de interés para el abordaje de este problema?*

O.V.: Como vengo comentando, en general me parece un buen trabajo, extenso y detallado. Si acaso, quizás el apartado siete dedicado a situaciones especiales como los trastornos relacionados con el uso de sustancias, el suicidio, la conducta violenta, los pacientes sin hogar o los síntomas depresivos, flojea un poco y se queda algo más desguarnecido. Estas carencias se observan particularmente en el abordaje sugerido para los síntomas depresivos, el cual queda reducido al tratamiento con antidepressivos, cuando, sin embargo, existen evidencias sobradas de que la clínica depresiva tras un episodio psicótico se trata, en su mayoría, no de simples “síntomas depresivos secundarios”, sino de una reacción emocional que procede en su mayoría de la respuesta psicológica de la persona a la pérdida de salud, de identidad, de roles y funciones, o de la respuesta a las vivencias traumáticas provocadas por las experiencias fenomenológicas de la psicosis o por el tipo de contacto y asistencia producido en los servicios, particularmente por los ingresos involuntarios o por la reacción de autoestigma ante la psicosis, que también queda poco perfilada en el apartado 6.6 (página 111).

En mi opinión, la respuesta psicológica a la psicosis, -particularmente la que se fragua en los primeros momentos del trastorno-, es fundamental, y lo será tanto en los pacientes como en sus familiares. Esta respuesta inicial es la que configurará el estilo de recuperación individual, lo que determinará la evolución hacia formas integradoras y superadoras de las limitaciones que trae consigo la psicosis, o, por el contrario, hacia el enquistamiento en actitudes de desatención a los cuida-

dos personales, de negación o de evitación del trastorno. Esta segunda alternativa puede dar lugar al desarraigo del sistema sanitario, y del imprescindible trabajo compartido con el equipo de tratamiento, lo que a su vez traerá consigo el agravamiento de la sintomatología y el deterioro del paciente, impidiendo su recuperación inicial.

I: Para finalizar, ¿desea destacar algún otro aspecto en relación al tema que nos ocupa?

O.V.: Me gustaría acabar con una reflexión sobre un aspecto absolutamente relevante y condicionante del futuro de ésta y otras guías. Se trata de la diseminación e implantación de las guías clínicas en los sistemas de salud. En la página 77, la guía reconoce que: "*Muchos pacientes con esquizofrenia no están recibiendo la asistencia adecuada pues, a pesar de que existe evidencia científica de tratamientos psicoterapéuticos e intervenciones psicosociales eficaces, la asistencia que reciben no reúne el conjunto de las diversas intervenciones que serían apropiadas para ellos. En la actualidad, están siendo notablemente infrautilizados tratamientos psicosociales de probada eficacia*". Lamentablemente, esta infrautilización de procedimientos basados en la evidencia desde los servicios públicos de salud es

una constante en todo el mundo y nos señala la tremenda brecha que existe entre la práctica cotidiana y las recomendaciones recogidas en estos textos. Como ejemplo, señalaremos las intervenciones familiares psicoeducativas. Éstas han sido los tratamientos psicológicos más estudiados en los últimos treinta años y que más evidencia han acumulado sobre los beneficios de su utilización, sin embargo, cuando se revisa su grado de implantación, se observa que no llega al 15% en Europa y en los Estados Unidos supone el 10% de la oferta asistencial de los servicios.

Recientemente se ha llevado a cabo un estudio paradigmático en este sentido por la Sociedad de Epidemiología Psiquiátrica Italiana, para estudiar la discrepancia entre la evidencia y la práctica rutinaria en los tratamientos psiquiátricos comunitarios de la esquizofrenia (SIEP-DIRECTS). Este proyecto estudió la extrapolación de las indicaciones recogidas en la guía NICE al funcionamiento cotidiano en los servicios públicos de salud mental, en un total de 19 centros de salud mental de Italia. La mayoría de los psiquiatras y psicólogos encuestados, aunque disponían de las habilidades básicas de comunicación, no lo hacían de las suficientes competencias en los tratamientos cognitivo-conductuales, y esas intervenciones junto con las intervenciones

familiares psicoeducativas y otras formas de psicoterapia se aplicaban de manera escasa y marginal dentro de los servicios y con notables carencias en lo referente a su monitorización (Semisa et al., 2008).

Mi impresión es que si este estudio lo replicásemos en España los resultados serían similares. Esta situación nos debería mover a la reflexión y, si bien es cierto que los procedimientos y avances terapéuticos procedentes de los ensayos controlados tienen sus limitaciones y que es necesario combinarlos con procedimientos que tengan en cuenta aspectos más cualitativos e individuales del trabajo clínico en entornos asistenciales naturales, no lo es menos que no podemos seguir trabajando de espaldas a la investigación e ignorando continuamente sus avances y sugerencias. No es justo para los pacientes y sus familiares, que tienen el derecho a beneficiarse de los mejores tratamientos disponibles y no los están recibiendo a pesar de que estos ya existen; no lo es para los países y para sus sistemas de salud que observan como se dilapidan sus esfuerzos en investigación y desarrollo; y no lo es para los clínicos que tienen que trabajar con procedimientos alejados e incluso en ocasiones inadecuados para este tipo de patologías.

Esta guía supone una oportunidad que nos puede ayudar a mejorar la cohesión de la asistencia a la esquizofrenia en nuestros distintos servicios autonómicos de salud, proporcionando las mismas oportunidades terapéuticas a todos los ciudadanos por encima del territorio que habiten. Nos puede ayudar a mejorar nuestra práctica clínica y hacerla más eficaz y eficiente a la vez que homogénea entre los profesionales que trabajamos en este campo, y puede conseguir mejores resultados y expectativas de una mejor calidad de vida para aquellas personas que tienen que vivir con una psicosis. Al menos, valdrá la pena intentarlo ¿no?

REFERENCIAS

- AEN (2009). Consenso sobre atención temprana a la psicosis de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Cuadernos Técnicos, 10. Madrid.
- AEN. El observatorio de salud mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Análisis de la situación de la atención a la salud mental en las comunidades autónomas a Diciembre del 2005.
- Bertolote, J., & McGorry, P. (2005). Early intervention and recovery for young people with early psychosis: Consensus statement. *British Journal of Psychiatry*, 187 (Suppl.48), 116-119.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2009). Schizophrenia core interventions in the treatment and Management of schizophrenia in primary and secondary care (update). National Clinical Practice Guideline Number 82.
- Semisa, D. Lora, A., Morosini, P. & Rugeri, M. (2008). Il Progetto SIEP-DIRECT'S sulle discrepanze fra pratiche di routine ed evidenze nel trattamento della schizofrenia. Il disegno dello studio, gli indicatori e la metodologia. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 17, 4, 278-290.