

Esquizofrenia

Implicaciones de la política para los profesionales sanitarios

Wolfgang Fleischhacker

Celso Arango

Paul Arteel

Thomas R E Barnes

William Carpenter

Ken Duckworth

Silvana Galderisi

Martin Knapp

Stephen R Marder

Norman Sartorius



La publicación de estas recomendaciones se ha financiado con una beca educativa de F. Hoffmann-La Roche que no influyó en el contenido editorial

Autores

Professor Wolfgang Fleischhacker (Presidente)

Innsbruck Medical University, Innsbruck, Austria

Professor Celso Arango

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, CIBERSAM, Madrid, España

Mr Paul Arteel

GAMIAN-Europe, Bruselas, Bélgica

Professor Thomas R E Barnes

Imperial College London and West London Mental Health NHS Trust, Londres, Reino Unido

Professor William Carpenter

Maryland Psychiatric Research Center, University of Maryland School of Medicine, Baltimore, MD, EE.UU.

Dr Ken Duckworth

National Alliance on Mental Illness, Arlington, VA, EE.UU.

Professor Silvana Galderisi

Second University of Naples, Nápoles, Italia

Professor Martin Knapp

London School of Economics and the Institute of Psychiatry, King's College London, Londres, Reino Unido

Professor Stephen R Marder

Semel Institute, UCLA, and the VA Desert Pacific Mental Illness Research Education and Clinical Center, Los Angeles, CA, EE.UU.

Professor Norman Sartorius

Association for the Improvement of Mental Health Programmes, Ginebra, Suiza

Esta publicación resume las principales recomendaciones y medidas para profesionales sanitarios del informe completo, *Esquizophrenia – Es hora de comprometerse a un cambio de políticas*, al cual puede accederse desde el siguiente link:

<http://www.oxfordhealthpolicyforum.org/schizophrenia-time-to-commit-to-policy-change>

Los autores quieren agradecer al Profesor Howard H Goldman por su apoyo y asesoramiento en la elaboración del documento. El informe completo ha sido respaldado por las siguientes organizaciones:

- American College of Neuropsychopharmacology
- American Psychiatric Nurses Association
- Brain & Behavior Research Foundation
- European Brain Council
- European College of Neuropsychopharmacology
- European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness
- European Federation of Psychiatric Trainees
- Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks-Europe
- National Alliance on Mental Illness
- National Council for Behavioral Health
- Royal College of Psychiatrists
- Schizophrenia International Research Society
- Vinfen
- World Federation for Mental Health

Recomendaciones para el cambio de políticas

La esquizofrenia tiene un enorme impacto personal, social y económico. Además, la opinión pública acerca de la esquizofrenia conduce a la aparición de prejuicios y discriminación.

Por tanto, recomendamos a los responsables políticos locales, regionales y nacionales la adopción de las siguientes medidas políticas.

1. Proporcionar a las personas con esquizofrenia un conjunto de medidas asistenciales integradas basado en la evidencia que cubra sus necesidades de salud física y mental. Los profesionales sanitarios deben establecer la base de este conjunto de medidas mediante un abordaje integral. Asimismo, estas medidas han de ser respaldadas por los sistemas nacionales de salud y por los centros educativos y de investigación.
2. Proporcionar apoyo a las personas con esquizofrenia para que se integren y permanezcan en la comunidad, y desarrollar mecanismos que les ayuden a orientarse a través de los sistemas de empleo y prestaciones socio-sanitarias, a menudo complejos, para promover su recuperación. Se deben instaurar y desarrollar asimismo políticas y programas de formación que apoyen la integración de las personas con esquizofrenia en su comunidad, lugar de trabajo o centro educativo.
3. Proporcionar a familiares y cuidadores de personas con esquizofrenia programas específicos de apoyo informativo y de formación, centrados en la mejora en la atención de su familiar con la menor perturbación posible de sus propias vidas.
4. Consultar a los profesionales sanitarios y otras entidades directamente implicadas en el manejo de la esquizofrenia (incluyendo las organizaciones/asociaciones de apoyo a personas con esquizofrenia, sus familiares y cuidadores), con el fin de revisar, actualizar y mejorar periódicamente las políticas de gestión de la enfermedad.
5. Apoyar de forma proporcional al impacto de la enfermedad la investigación y el desarrollo de nuevos tratamientos que mejoren la perspectiva global de las personas con esquizofrenia (incluyendo los tratamientos centrados en el manejo de los síntomas negativos y déficits cognitivos).
6. Establecer campañas periódicas de concienciación para mejorar el conocimiento de la esquizofrenia en la población general, que se realicen de forma continuada y sean adecuadamente financiadas; hacer hincapié en la importancia de una actitud social positiva hacia las enfermedades mentales; informar de los medios de apoyo disponibles para el manejo de la esquizofrenia; y generar rechazo a actitudes y manejos discriminatorios. Dichas campañas deben ser parte integral de los planes de acción de rutinario.

Nuestras recomendaciones se basan en la evidencia procedente de la investigación, en consultas realizadas a las partes interesadas y en buenas prácticas, a nivel mundial.

Resumen ejecutivo

En este informe se resumen la evidencia y los hallazgos consensuados tras los debates de un grupo internacional de psiquiatras, investigadores, enfermeros especializados, pacientes y familiares/cuidadores, todos ellos con conocimientos específicos y experiencia en el campo de la esquizofrenia. El grupo se reunió en varias ocasiones, poniendo en común conocimientos de primer orden sobre la base científica y clínica de la esquizofrenia e información de primera mano sobre la realidad de vivir día a día con la enfermedad.

Cabe destacar que este grupo tan diverso alcanzó tres conclusiones claras, basadas en la evidencia.

- Para las personas con esquizofrenia, la probabilidad de presentar una buena evolución ha aumentado considerablemente en las últimas décadas. En la actualidad con un manejo adecuado muchas de las personas afectadas por esta enfermedad pueden tener una calidad de vida aceptable.
- Un enfoque moderno para el manejo de la esquizofrenia debe aspirar a dirigir a los pacientes hacia el camino de la recuperación de la función normal, así como aliviar los síntomas.
- Promover el cambio hacia una visión más positiva de la esquizofrenia exige un cambio radical de políticas.

Mejorar la atención de la esquizofrenia: una prioridad de las políticas sanitarias

La protección y tratamiento de las personas con trastornos mentales han sido reconocidos por las Naciones Unidas como un derecho humano.¹ La eliminación de los prejuicios, abuso, discriminación y hostilidad, y el derecho de acceder al mejor tratamiento disponible están recogidos en el Plan de Acción Global en Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud,² que hace hincapié en el uso de las terapias basadas en la evidencia y en potenciar el papel de las personas con trastornos mentales. A lo largo de los últimos 20 años, la atención a las personas con esquizofrenia ha mejorado, aunque a muchas personas con esta enfermedad les sigue resultando difícil llevar una vida productiva en sociedad. Mejorar la atención a las personas con esquizofrenia debe ser una prioridad en la política sanitaria.

Impacto de la esquizofrenia

La esquizofrenia afecta al bienestar de la persona, acorta la vida y se encuentra entre las diez primeras causas de discapacidad en el mundo.³ Al menos 26 millones de personas en el mundo padecen esquizofrenia⁴ y aproximadamente el doble se ven afectadas indirectamente por la enfermedad (p. ej.: familiares/cuidadores). Sin embargo, es importante saber que con la atención y el apoyo adecuados, las personas con esquizofrenia pueden recuperarse y llevar una vida plena en la comunidad y que hasta un 50% presentan un buen pronóstico.^{5,6} En 2012, el coste total estimado en Europa de los trastornos psicóticos como la esquizofrenia ascendió a 29 000 millones de euros, lo que equivale a 5805 € por paciente al año,⁷ mientras que en EE. UU. se estima que el coste anual total de la esquizofrenia asciende a 62 000 millones de dólares.⁸

Consecuencias sociales para las personas con esquizofrenia

A pesar de lo que ha mejorado la actitud de la sociedad hacia la esquizofrenia, muchas de las personas afectadas siguen siendo objeto de aislamiento social, prejuicios y discriminación. Esto puede frenarles a la hora de buscar ayuda para la enfermedad, así como afectar sus relaciones

personales y empleo. Además, para familiares y amigos de estas personas, la enfermedad supone una carga importante, al ocuparse de la mayor parte de sus cuidados diarios. En ocasiones esta carga resulta excesiva y los cuidadores no pueden continuar desempeñando su papel, por lo que es necesario más apoyo desde todos los frentes. Mejorar la atención sanitaria de las personas con esquizofrenia debe ser por tanto una prioridad de las políticas sanitarias.

Ampliar el enfoque hacia la recuperación

En las últimas cuatro décadas se ha visto un movimiento creciente que hace hincapié en la importancia de la recuperación en la esquizofrenia, además de la mejoría en los síntomas, como objetivo del tratamiento. Esto ha dado lugar a una extensa aceptación de que es posible conseguir cierto grado de recuperación de la función normal, a pesar de la presencia de síntomas residuales, y que algunas personas con esquizofrenia pueden conseguir una recuperación completa.⁹⁻¹¹

El concepto de recuperación

En la esquizofrenia la recuperación se define de diversas formas. Desde el punto de vista clínico, se suele definir como la ausencia de síntomas y la restitución de una función normal. Para una persona con esquizofrenia, la definición de recuperación se centra en progresar más allá de las consecuencias psicológicas de la enfermedad hacia una vida plena en la comunidad.⁹ Desde su

perspectiva, la recuperación puede verse como un proceso de crecimiento personal a pesar de la presencia de la enfermedad mental. Por lo tanto, en la esquizofrenia el concepto de recuperación ha de incluir la consecución de una vida plena y satisfactoria, y no únicamente la eliminación de los síntomas.¹²

¿Cómo se puede ayudar?

- Reconocer que muchas personas con esquizofrenia pueden llevar una vida plena y productiva en la comunidad.
- Establecer la recuperación como primer objetivo en las recomendaciones de tratamiento. Estas recomendaciones deben contar con el acuerdo mutuo de los profesionales sanitarios y la persona con esquizofrenia (o su representante, si procede).

Integración de los enfoques actuales en el tratamiento de la esquizofrenia

La adopción de un enfoque integral en el tratamiento de la esquizofrenia (combinar las terapias médicas y psicosociales, al mismo tiempo que se presta atención a la salud física) mejora el pronóstico. Por tanto, los

médicos deben formar parte de un equipo multidisciplinar que incluya profesionales sanitarios, servicios sociales y otras agencias relevantes (p. ej.: el Instituto de la Vivienda).

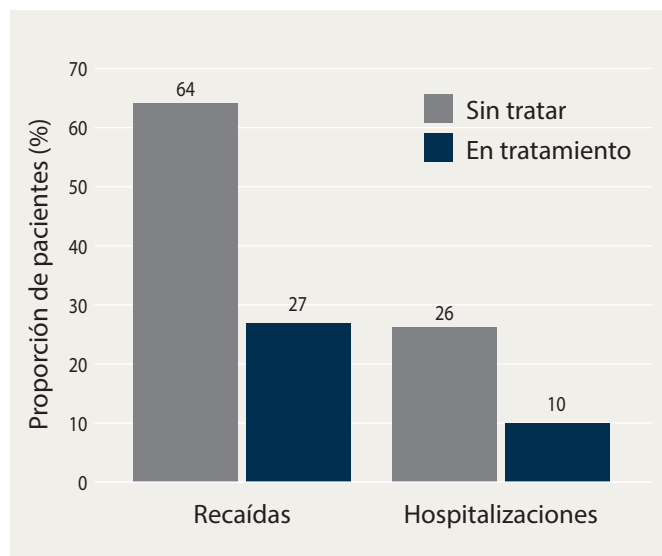


Figura 1. El uso prolongado de antipsicóticos reduce significativamente el número de recaídas (a los 7–12 meses) y el número de hospitalizaciones en pacientes con esquizofrenia, en comparación con placebo (datos del análisis combinado de 65 ensayos clínicos).¹⁵

El enfoque médico

Los antipsicóticos son eficaces en el tratamiento de los episodios psicóticos agudos y en el primer episodio o fases iniciales de la esquizofrenia.^{9,13} Cabe destacar que el tratamiento precoz de la psicosis en fases iniciales puede reducir la duración de la psicosis no tratada.¹⁴ El uso prolongado de medicación reduce en aproximadamente un 60 % el riesgo de recaídas y de hospitalizaciones en las personas con esquizofrenia (Figura 1).¹⁵ Al evitar las recaídas y restaurar el pensamiento ordenado, los antipsicóticos pueden aportar un periodo de estabilidad, lo que posibilita la introducción de otros tratamientos, como las terapias psicosociales,¹⁶ así como una mejor adherencia a los mismos.

Los síntomas conductuales, como la hostilidad y la agresividad, son frecuentes en la esquizofrenia, y hay indicios de que responden a los antipsicóticos.¹³ Por lo general, una buena adherencia parece asociarse a menores niveles de agresividad.^{13,17} Las personas con esquizofrenia que presentan buena adherencia al tratamiento y están clínicamente estables no se muestran más violentas que la población general.¹⁷

Limitaciones de los antipsicóticos actuales

Los antipsicóticos son eficaces en la reducción de los síntomas positivos de la esquizofrenia (p. ej.: delirios y alucinaciones) y la conducta suicida;⁹ sin embargo, tienen efectos limitados sobre los síntomas negativos (p. ej.: apatía y falta de motivación) y los déficits cognitivos.^{13,18,19} Esto es motivo de gran preocupación dado que los síntomas negativos y cognitivos se asocian a un deterioro de la función ocupacional y social, y constituyen una barrera significativa para la vida independiente.¹³ Se están realizando estudios dirigidos a la búsqueda de estrategias farmacológicas que sean eficaces en el tratamiento de los síntomas negativos y cognitivos de la esquizofrenia.^{18,19}

Además, los antipsicóticos se asocian con numerosos efectos adversos que pueden ser realmente preocupantes y pueden limitar la adherencia, reduciendo la posibilidad de recuperación. Los distintos antipsicóticos difieren en su perfil de efectos adversos, aunque los efectos más frecuentes de la mayoría de ellos son los síntomas motores y los trastornos metabólicos y hormonales.

El reto de la adherencia

Las personas con esquizofrenia con frecuencia muestran escasa adherencia al tratamiento antipsicótico.²⁰ La Tabla 1 muestra los principales motivos de la falta de adherencia. La falta de adherencia se asocia frecuentemente con recaídas,²¹ que a menudo hacen necesaria la hospitalización. Sin embargo, hay que tener en cuenta que esta asociación podría deberse a que la falta de adherencia sea en sí misma signo del empeoramiento de la enfermedad. Además, las personas que no muestran adherencia al tratamiento tienen mayor probabilidad de presentar menor funcionalidad a largo plazo, conductas violentas,¹⁷ de ser arrestados²² o de realizar intentos de suicidio, que los que sí la muestran.²³ Cabe destacar que formar parte de una organización de pacientes o de un grupo de autoayuda puede ejercer una influencia positiva en la adherencia al tratamiento.²⁴

Esquizofrenia resistente al tratamiento

Muchos pacientes presentan una respuesta al tratamiento únicamente parcial. Incluso cuando se

Tabla 1. Motivos principales de la escasa adherencia a los antipsicóticos.

- Información insuficiente sobre la enfermedad y su tratamiento
- Falta de mejoría de los síntomas psicóticos
- Efectos adversos problemáticos (que pueden aliviarse si el paciente deja de tomar la medicación)
- Falta de conciencia sobre la necesidad de tratamiento
- Dificultades económicas (especialmente en países en situación de crisis)
- Complejidad de las pautas posológicas¹³
- Miedo a la discriminación
- Mala relación entre médico y paciente
- Falta de apoyo de los cuidadores

¿Cómo se puede ayudar?

- Fomentar la adherencia, entendiendo los motivos del paciente para decidir no tomar el tratamiento e implicándole en las decisiones sobre el mismo.
- Comprometerse con los principios de buenas prácticas de prescripción, evitar la polimedicación y el uso de dosis excesivas siempre que sea posible, y considerar la introducción de estrategias alternativas lo antes posible en los pacientes que las requieran.
- Fomentar el tratamiento individualizado basado en la elección y preferencia de los pacientes.
- Seguir de cerca a los pacientes para detectar la aparición de efectos adversos e intervenir si procede.
- Colaborar con los cuidadores y proporcionar información y formación a los pacientes en relación con grupos de autoayuda y organizaciones de pacientes para ayudar a conseguir la adherencia y evitar las recaídas.

consigue la remisión, pocas personas están totalmente libres de síntomas.^{18,25} Además, hasta una tercera parte de las personas con esquizofrenia presentan una respuesta insuficiente a los antipsicóticos, y algunas pueden desarrollar esquizofrenia resistente al tratamiento.¹³ En estos casos, es posible mejorar los síntomas, aunque es necesario un tratamiento y control por parte de especialistas.²⁶ Una intervención a tiempo puede ayudar a evitar prolongar un tratamiento con un fármaco ineficaz.

Terapias psicosociales y esquizofrenia

Las terapias psicosociales son importantes en el tratamiento de la esquizofrenia (Tabla 2). Mejoran el

funcionamiento de los pacientes en la comunidad y favorecen la mejoría clínica.²⁷ Deberían usarse en primer lugar aquellos tipos de psicoterapia con mayor apoyo empírico. Estas terapias pueden mejorar de forma importante el bienestar y la calidad de vida de los pacientes, y todas las personas con esquizofrenia deberían tener acceso a ellas. Cabe destacar que las personas afectadas por la esquizofrenia y sus cuidadores, pueden aportar una perspectiva valiosa y convincente sobre la enfermedad. Debido a esto, las intervenciones dirigidas por personas afectadas ocupan un lugar importante en la atención de las personas con esquizofrenia. Este tipo de intervenciones ha sido fomentado de forma activa en EE. UU. y Reino Unido.^{6,28}

Tabla 2. Beneficios potenciales de las terapias psicosociales.^{12,29-37}

Intervención	Beneficios potenciales
Tratamiento asertivo en la comunidad	Reducción del número de pacientes sin hogar y del tiempo de hospitalización en usuarios frecuentes de los servicios (aunque impacto limitado en funcionamiento social y empleo)
Terapia cognitivo-conductual para la psicosis	Reducción de los síntomas positivos y negativos, trastornos del estado de ánimo y mejoría en funcionamiento social
Intervención especializada en primeros episodios de psicosis	Mejoría en la calidad de vida, funcionamiento social y adherencia
Rehabilitación cognitiva	Mejoría en cognición y función psicosocial
Psicoeducación familiar	Cierta mejoría en funcionamiento social y capacitación; ^{12,32} los familiares refieren menor nivel de angustia y mejores relaciones familiares
Grupos de pacientes y formación para el manejo propio de la enfermedad	Potenciación de la capacitación y de la capacidad para hacer frente a la enfermedad; mejoría de los síntomas, la esperanza y la calidad de vida
Formación en habilidades sociales	Mejoría en funcionamiento social y disminución de tasa de recaídas
Apoyo al empleo y empleo protegido	Mayor tasa de empleo competitivo y menor número de hospitalizaciones; aumento del número de horas trabajadas y del salario percibido Aumento de la autoestima y de la calidad de vida
Tratamiento integral para el trastorno por abuso de drogas coexistente	Disminución del uso de drogas y de arrestos; mayor funcionalidad.

Limitaciones de las terapias psicosociales

Las terapias psicosociales pueden no ser apropiadas a menos que los síntomas estén bien controlados y los pacientes tengan información sobre su enfermedad y necesidad de tratamiento. Puede ser importante seleccionar adecuadamente a los pacientes para que la terapia resulte exitosa. Por ejemplo, las personas con mayor motivación por lo general responden

mejor a la rehabilitación cognitiva que las que muestran menor motivación.³⁸ Por otro lado, algunas personas pueden empeorar con el estrés de las intervenciones psicosociales si no se tratan con antipsicóticos.³⁹ También hay que considerar que el coste de algunas terapias puede ser prohibitivo en países donde no están disponibles a través de los servicios públicos de salud.

¿Cómo se puede ayudar?

- Establecer una sólida alianza terapéutica con los pacientes y sus familias, que garantice que se sigan de forma adecuada las recomendaciones relacionadas con los objetivos y las estrategias de tratamiento.
- Animar y apoyar de manera adecuada a los pacientes que han alcanzado la recuperación a compartir sus experiencias y a actuar como modelo a seguir para las personas en tratamiento.
- Considerar el uso de terapias psicosociales en fases más iniciales de la enfermedad.

Manejo de la enfermedad física coexistente

La esquizofrenia se asocia a una carga importante de enfermedad física: las personas con esquizofrenia tienen una esperanza de vida entre 15 y 20 años menor que la población general.^{40–42} Esta carga se debe a diversos factores:

- alta frecuencia de conductas perjudiciales para la salud (p. ej.: tabaquismo, uso de alcohol u otras drogas)
- infradiagnóstico de la enfermedad física⁴³
- menor acceso a la atención sanitaria en comparación con la población general (además, cuando se recibe la asistencia es a menudo demasiado tarde y de peor calidad)^{41,44}
- efectos adversos de la medicación
- mayor riesgo de enfermedad cardiovascular

- suicidio
- autoestigmatización (las personas con esquizofrenia pueden ser reacias a buscar atención sanitaria por temor al prejuicio y a la discriminación)
- descuido personal o autocuidado insuficiente, secundario a los síntomas de la enfermedad.

Con frecuencia no se presta suficiente atención al tratamiento de las enfermedades físicas en las personas con enfermedad mental.⁴¹ En los últimos años, se han producido mejoras en la coordinación de los servicios sanitarios, en las que han ejercido un papel fundamental los médicos de atención primaria. Los cuidadores están también cada vez más implicados en vigilar el bienestar físico de las personas con esquizofrenia, estableciendo una “alianza terapéutica” con los profesionales sanitarios.

¿Cómo se puede ayudar?

- Prestar atención a las necesidades de salud física de los pacientes con esquizofrenia. Controlar activamente la salud de los pacientes y los posibles factores de riesgo.
- Ofrecer intervenciones dirigidas a dejar el tabaco, el alcohol u otras drogas a todas las personas con esquizofrenia que lo necesiten. Las intervenciones dirigidas al abuso de alcohol u otras sustancias deben formar parte integral de la asistencia de salud mental en las personas con esquizofrenia.
- Garantizar que a las personas con esquizofrenia no se les niegue la búsqueda u obtención de una atención adecuada para su salud física.

Creación de un entorno favorable que fomente la recuperación

Mejorar el entorno conduce a un mejor control de los síntomas y función

La creación de un entorno favorable en el que las personas con esquizofrenia puedan trabajar hacia la recuperación es fundamental en su atención. Encontrar y mantener un empleo, poder gestionar la economía personal y establecer y mantener buenas relaciones interpersonales son necesidades fundamentales para las personas con esquizofrenia; el funcionamiento social suele mejorar cuando se

abordan estas necesidades.⁴⁵ Sin embargo, las personas con esquizofrenia a menudo tienen que enfrentarse a prejuicios y discriminación cuando buscan un empleo o cuando intentan tener relaciones cercanas.⁴⁶ Estas actitudes negativas hacia la esquizofrenia pueden contrarrestarse de forma eficaz con campañas de concienciación dirigidas al público general.⁴⁷ Es importante señalar que las campañas educativas deberían ser un proceso continuado; las campañas puntuales tienen un efecto limitado.⁴⁸

Malas perspectivas sociales

En la sociedad actual es inaceptable que los pacientes con esquizofrenia tengan una probabilidad de 6 a 7 veces mayor de estar en el paro que la población general y que solo el 10–20 % tengan un empleo competitivo.^{12,49} Las intervenciones de apoyo al empleo y empleo protegido son eficaces y deben ser fomentadas. Además, es necesario mejorar los procedimientos para guiar a las personas a través de los sistemas de prestaciones y de empleo. Por otro lado, hasta un tercio de las personas sin techo en EE. UU. tiene un diagnóstico de esquizofrenia y el 15 % de las personas con esquizofrenia de Europa no han tenido dónde vivir en alguna ocasión,⁵⁰ lo que supone una barrera importante para la recuperación. Es asimismo frecuente el contacto con el sistema penal de justicia, aunque esto podría evitarse

Testimonio en primera persona

"[Mi psiquiatra] me escuchó con paciencia, encontró la dosis correcta de medicación para mí, y 6 meses después, me dio el diagnóstico de esquizofrenia. Me describió en qué consistía la enfermedad y me facilitó lecturas para ayudarme a entenderla. Recuerdo estar sentado en la sala de familiares con mi madre y pasar horas leyendo todo lo que caía en mis manos."

De Scotti P. *Schizophr Bull* 2009;35:844–6.⁵¹

con sistemas de intervención temprana de alta calidad.³⁵

Por tanto, hay que hacer más para identificar la esquizofrenia de forma más precoz y para iniciar un tratamiento apropiado lo antes posible a fin de reducir estas consecuencias sociales.

Informar e inspirar

A menudo hay una falta de información para las personas con esquizofrenia sobre el apoyo disponible para el empleo, la vivienda y otros asuntos. Los grupos de apoyo, los grupos de "autoayuda" dirigidos por personas afectadas y los grupos de voluntarios que trabajan con otras personas con enfermedades mentales pueden aportar formación y asesoramiento valiosos para abordar las preocupaciones individuales. Los grupos como la Alianza Nacional de Enfermedades Mentales (NAMI, por sus siglas en inglés), la Federación Europea de Asociaciones de Familiares de Personas con Enfermedad Mental (EUFAMI, por sus siglas en inglés) y la Alianza Global de la Red de Grupos de Apoyo para Personas con Enfermedad Mental (GAMIAN, por sus siglas en inglés) tienen una influencia cada vez más importante en la asistencia de las personas con esquizofrenia. Entre otras cosas, hablan alto y claro en apoyo de las personas afectadas por trastornos mentales, aportan información y formación y organizan campañas contra el estigma y la discriminación.

¿Cómo se puede ayudar?

- Intervenir lo antes posible cuando las personas muestran los primeros signos y síntomas de esquizofrenia.
- Informar a los pacientes sobre los grupos de apoyo y los grupos dirigidos por personas afectadas que pueden ayudar en el proceso de recuperación, además de ofrecer un valioso asesoramiento y apoyo.
- Iniciar un diálogo con los responsables políticos y otras partes interesadas para transmitirles la importancia de un entorno favorable como elemento crucial en la recuperación de las personas con esquizofrenia, promoviendo el uso de medidas con una buena relación coste-eficacia para conseguirlo.
- Cooperar con otras partes interesadas para garantizar que se lleven a cabo programas eficaces de educación pública y psicoeducación, dirigidos a la audiencia adecuada, así como que los servicios dirigidos por personas afectadas cuenten con el apoyo adecuado y estén disponibles para todos los que puedan beneficiarse de los mismos.
- Garantizar que se identifiquen de forma adecuada las necesidades de las personas de minorías étnicas con esquizofrenia y que estas se aborden de forma culturalmente apropiada.

Conclusiones

- **Mejorar la vida de las personas con esquizofrenia** es un objetivo factible. Hemos recorrido un largo camino para intentar acercarnos a este objetivo en los últimos años, aunque queda mucho camino por recorrer (que debe recorrerse). La atención con éxito requiere **un abordaje integral en equipo** en el que intervengan psiquiatras, otros profesionales sanitarios, trabajadores sociales y otras agencias externas. Asimismo, implica la colaboración con personas con esquizofrenia, sus familias y otros grupos de apoyo. Para los sistemas sanitarios privados, este abordaje en equipo requiere de una homologación de los mecanismos de reembolso para apoyar una atención sanitaria de alta calidad.
- Un segundo requisito para la atención con éxito es **la financiación adecuada**, al menos equivalente a la de otras patologías médicas como el cáncer y las enfermedades cardíacas, para investigación, tratamiento, servicios y formación de futuros profesionales. Actualmente, la financiación de las terapias psicosociales efectivas por los sistemas públicos varía en los diferentes países; por consiguiente, a muchos pacientes se les niega el tratamiento. Se necesita más apoyo para realizar estudios independientes acerca de intervenciones posiblemente beneficiosas.
- La implementación de las recomendaciones establecidas al comienzo de este informe exige **el compromiso de todas las partes interesadas**. Con el compromiso de todos, el cambio es posible.

Reseñas bibliográficas

1. United Nations. Disponible en: <http://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r119.htm> (Acceso el 30 de agosto de 2013).
2. World Health Organization. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-en.pdf (Acceso el 30 de agosto de 2013).
3. Murray CJL, Lopez AD. Burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA: Harvard School of Public Health, on behalf of the World Health Organization and the World Bank, 1996.
4. World Health Organization. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/ (Acceso el 30 de agosto de 2013).
5. Harding CM et al. *Am J Psychiatry* 1987;144:727–35.
6. Bellack AS. *Schizophr Bull* 2006;32:432–42.
7. Gustavsson A et al. *Eur Neuropsychopharmacol* 2011;21:718–79.
8. Wu EQ et al. *J Clin Psychiatry* 2005;66:1122–9.
9. Lieberman JA et al. *Psychiatr Serv* 2008;59:487–96.
10. Warner R. *Curr Opin Psychiatry* 2009;22:374–80.
11. Hopper K et al. Recovery from schizophrenia. An international perspective. A report from the WHO collaborative project, The International Study of Schizophrenia. Oxford: Oxford University Press, 2007.
12. Mueser KT et al. *Annu Rev Clin Psychol* 2013;9:465–97.
13. Barnes TR. *J Psychopharmacol* 2011;25:567–620.
14. Barnes TR et al. *Br J Psychiatry* 2008;193:203–9.
15. Leucht S et al. *Cochrane Database Syst Rev (Online)* 2012;5:CD008016.
16. Kern RS et al. *Schizophr Bull* 2009;35:347–61.
17. Arango C et al. *Eur Psychiatry* 2006;21:34–40.
18. Miyamoto S et al. *Mol Psychiatry* 2012;17:1206–27.
19. Goff DC et al. *Pharmacol Biochem Behav* 2011;99:245–53.
20. Lieberman JA et al. *N Engl J Med* 2005;353:1209–23.
21. Weiden PJ. *J Clin Psychiatry* 2007;68 Suppl 14:14–9.
22. Ascher-Svanum H et al. *J Clin Psychiatry* 2006;67:453–60.
23. Leucht S, Heres S. *J Clin Psychiatry* 2006;67 Suppl 5:3–8.
24. Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks-Europe. Disponible en: www.gamian.eu (Acceso el 30 de agosto de 2013).
25. Remington G et al. *CNS Drugs* 2010;24:9–20.
26. Mortimer AM et al. *Clin Schizophr Relat Psychoses* 2010;4:49–55.
27. National Institute for Health and Clinical Excellence. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11786/43607/43607.pdf> (Acceso el 30 de agosto de 2013).
28. Ahmed AO et al. *Psychiatr Clin North Am* 2012;35:699–715.
29. Aagaard J, Muller-Nielsen K. *Nord J Psychiatry* 2011;65:299–305.
30. van Vugt MD et al. *Can J Psychiatry* 2011;56:154–60.
31. Wykes T et al. *Schizophr Bull* 2008;34:523–37.
32. Dixon LB et al. *Schizophr Bull* 2010;36:48–70.
33. Cook JA et al. *Schizophr Bull* 2012;38:881–91.
34. Kurtz MM, Mueser KT. *J Consult Clin Psychol* 2008;76:491–504.
35. Andrew A et al. Disponible en: <http://www2.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/LSE-economic-report-FINAL-12-Nov.pdf> (Acceso el 30 de agosto de 2013).
36. Knapp M et al. *World Psychiatry* 2013;12:60–8.
37. Fleischacker W, Stolerman I. Encyclopedia of schizophrenia: focus on management options. London: Springer, 2011.
38. Medalia A, Richardson R. *Schizophr Bull* 2005;31:942–53.
39. Hogarty GE et al. *Arch Gen Psychiatry* 1974;31:603–8.
40. Tiihonen J et al. *Lancet* 2009;374:620–7.
41. Thornicroft G. *Br J Psychiatry* 2011;199:441–2.
42. Laursen TM. *Schizophr Res* 2011;131:101–4.
43. Crump C et al. *Am J Psychiatry* 2013;170:324–33.
44. The Schizophrenia Commission. Disponible en: <http://www.schizophreniacommission.org.uk/the-report/> (Acceso el 30 de agosto de 2013).
45. Tyrer P, Bajaj P. *Adv Psychiatr Treat* 2005;11:232–8.
46. Thornicroft G et al. *Lancet* 2009;373:408–15.
47. Leff JP, Warner R. Social inclusion of people with mental illness. Cambridge, UK; New York: Cambridge University Press, 2006.
48. Stuart HL et al. Paradigms lost: fighting stigma and the lessons learned. Oxford: Oxford University Press, 2012.
49. Organisation for Economic Co-operation and Development. Disponible en: <http://www.oecd.org/health/theoecdmentalhealthandworkproject.htm> (Acceso el 30 de agosto de 2013).
50. Bebbington PE et al. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:707–17.
51. Scotti P. *Schizophr Bull* 2009;35:844–6.

Agradecimientos

Oxford PharmaGenesis™ Ltd, Reino Unido, y Oxford PharmaGenesis™ Inc, EE. UU. asistieron en la redacción y edición de este informe.

La preparación y publicación de estas recomendaciones se ha financiado con una beca educativa de F. Hoffmann-La Roche que no influyó en el contenido editorial.

© Oxford PharmaGenesis™ Ltd 2014

Las opiniones expresadas en esta publicación no son necesariamente las opiniones del promotor o del editor. Reservados todos los derechos. Salvo en la medida permitida por las leyes de derechos de autor pertinentes, ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en un sistema de recuperación o transmitida de manera alguna o por cualquier medio, sea electrónico, mecánico, fotocopia, grabación u otro modo, sin la previa autorización escrita del propietario de los derechos de autor. Cualquier acto no autorizado en relación con esta publicación puede dar lugar a demandas civiles o penales.

TIME TO COMMIT TO POLICY CHANGE

Esquizofrenia – Es hora de comprometerse a un cambio de políticas

Implicaciones de la política para los profesionales sanitarios