



# LA ESQUIZOFRENIA EN ESPAÑA: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL CIRCUITO ASISTENCIAL

Comité Ejecutivo: Dr. Celso Arango, Dr. Miguel Bernardo, Dr. Fernando Cañas, Dr. Jerónimo Saiz



P-483

Bristol-Myers Squibb

Otsuka Pharmaceuticals

## Introducción

La esquizofrenia es un trastorno mental grave y relativamente frecuente en nuestra sociedad. Llega a alcanzar una prevalencia del 1% de la población y tiene un importante impacto social, humano y económico. Según datos de la O.M.S. la esquizofrenia supone el 6,5% del total de años de discapacidad producida por cualquier causa. Esta enfermedad se asocia con un riesgo de suicidio del 10% y se estima que reduce un promedio de diez años la esperanza de vida de los enfermos.

## Objetivos

Conocer la realidad asistencial de la esquizofrenia en España, describiendo su estructura, organización y recursos.

- Las Características y los recursos de infraestructuras, profesionales y tecnológicos, disponibles en las Áreas de Salud Mental.
- Los Procedimientos clínicos y los circuitos asistenciales de atención al paciente con esquizofrenia. El ingreso, los lugares de asistencia, las derivaciones a otros centros, los protocolos de asistencia y de tratamiento, el seguimiento y control.

## Metodología

- Recogida de datos: estadísticas y otras fuentes<sup>1</sup>.
- Entrevistas personales con los responsables de 71 Áreas de Salud Mental. Recogida de documentación (memorias del Área de Salud Mental y de centros hospitalarios).
- Encuestas a 851 Psiquiatras (de ellos 241 eran responsables de Unidades Hospitalarias y Centros de Salud Mental y 69 eran participantes en las Comisiones de Farmacia del Hospital), 62 Psicólogos, 82 Personal de Enfermería, 60 Trabajadores sociales, 42 Asociaciones de pacientes y familiares.

## Resultados

Las 71 Áreas de Salud Mental estudiadas son muy heterogéneas. En general se dispone de los recursos básicos como el Centro de Salud Mental, la Unidad de hospitalización de agudos o la Unidad de rehabilitación. Sin embargo, los recursos residenciales y las estructuras intermedias son más escasos. No todas las áreas cuentan con todas las infraestructuras. Algunos recursos son compartidos entre varias áreas.

### Plazas disponibles (promedio por área):

Unidad de larga estancia:	68 plazas / área
Unidad de rehabilitación:	65 "
Unidad de agudos:	28 "
Unidad de media estancia:	24 "
Residencias:	25 "
Pisos asistidos:	12 "

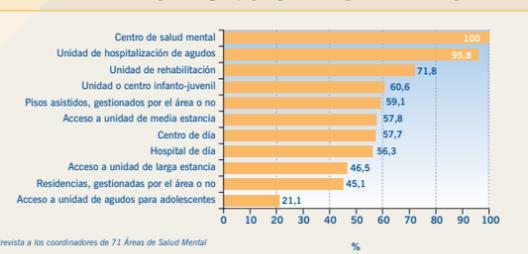
### Profesionales promedio por área:

Psiquiatras:	12 / área
Psicólogos:	7 "
D.U.E.:	10 "

Los recursos más insuficientes en las Áreas de Salud Mental son las unidades de agudos para adolescentes, las residencias y las unidades de larga estancia. Las principales necesidades que han señalado las Áreas de Salud Mental se refieren a la falta de recursos materiales y humanos. En especial, unidades residenciales, psiquiatras y hospitales de día y, en menor medida, también se han señalado unidades de rehabilitación, enfermería especializada, ayudas tanto económicas como de personal para hacer investigación, más plazas en las unidades de agudos, fomento de la formación, más psicólogos y programas específicos de esquizofrenia.

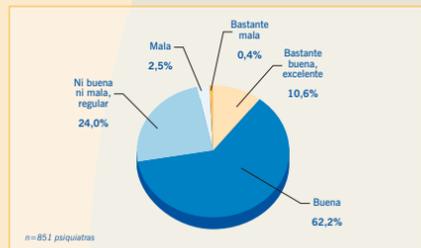
### Áreas de Salud Mental

Recursos e infraestructuras declaradas



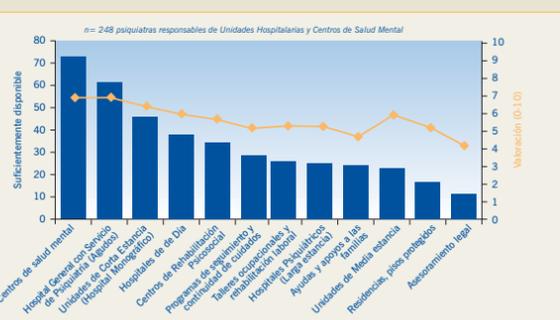
No todas las áreas disponen de programas específicos en esquizofrenia. Los programas de Trastorno Mental Severo, en los que se incluye la esquizofrenia, son uno de los más citados entre los coordinadores de las áreas (31%). Una de cada cuatro áreas, realiza acciones de comunicación sobre la enfermedad y programa de seguimiento individualizado. Otros programas ofertados entre un 12% y un 20% de las áreas se refieren a las visitas domiciliarias, los programas psico-educativos para familiares, los censos de pacientes psicóticos, la rehabilitación individualizada, las tutorías para cada caso, los planes individualizados de intervención y la atención a los familiares.

En general, los psiquiatras están satisfechos con la calidad asistencial que reciben los pacientes con esquizofrenia. Algo menos positiva resulta la valoración respecto a los recursos asistenciales disponibles.



Existe disponibilidad suficiente de recursos como los Centros de Salud Mental y las Unidades de Agudos en Hospitales Generales con servicio de psiquiatría. Las Unidades de Corta estancia en los Hospitales monográficos, los Hospitales de Día y los Centros de rehabilitación psicossocial son más insuficientes. Recursos claramente escasos son los Programas de seguimiento y continuidad de cuidados, los talleres ocupacionales y de rehabilitación laboral, las Unidades de Larga estancia, las Ayudas y apoyos a la familia, las Unidades de Media estancia, las Residencias y pisos protegidos y el Asesoramiento legal. Los recursos más valorados son también los más disponibles, excepto en el caso de las Unidades de Media estancia, escasas aunque bien valoradas por los responsables de las áreas de salud.

### Recursos suficientemente disponibles y valoración



Un 74% de los psiquiatras señala que en su centro no existe un protocolo sobre el circuito asistencial que debe seguir el paciente con esquizofrenia, solamente un 22% dispone de alguno, siendo más habituales en los hospitales monográficos. Los protocolos más citados se refieren a los protocolos establecidos en Urgencias (5%) y la Guía de proceso asistencial (3,2%).

### El circuito asistencial del paciente agudo con esquizofrenia (Síntomatología activa)

Circuito Asistencial más habitual (n=851 psiquiatras)	1º paso %	2º paso %	3º paso %	4º paso %	5º paso %
Urgencias	83,5	6,3	1,2	1,2	0,6
Unidad de Corta Estancia	2,0	74,3	16,3	4,3	2,0
Unidad de Media Estancia	-	0,5	7,2	14,3	11,9
Unidad de Larga Estancia	1,4	1,5	7,8	4,9	9,2
Centro de Salud Mental	11,9	15,2	57,1	14,1	7,2
Centro de Rehabilitación (Psico-Socio-Laboral)	-	0,9	4,5	37,7	20,2
Hospital de Día / Pisos / Residencias	-	0,4	4,2	13,5	30,7

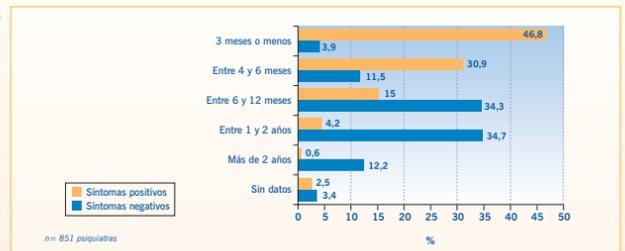
## Resultados (continuación)

El paciente agudo inicia su entrada en el sistema por Urgencias, sigue a la Unidad de Corta Estancia para finalizar en el Centro de Salud Mental. Posteriormente hay diferentes posibilidades, aunque las más frecuentes son el paso por el Centro de Rehabilitación (Psico-Socio-Laboral) y el Hospital de día o los pisos y residencias. En cuanto a las formas de ingreso lo más habitual es que el paciente acceda por primera vez remitido desde Atención Primaria (26%), que lo lleve la familia de forma no voluntaria (21%) o que venga derivado de una urgencia hospitalaria (19%).

El 53% de los pacientes continúan bajo responsabilidad del psiquiatra que les ha diagnosticado. El 47% restante son derivados a otros servicios o sistemas asistenciales, en la mitad de las ocasiones de forma inmediata o tras una primera evaluación. Un 32% los deriva a los tres meses y un 17% a partir de un año.

Desde que aparecen los primeros síntomas hasta que se produce el diagnóstico pasa un tiempo. Este tiempo, es mucho más elevado cuando los síntomas del paciente son negativos, (entre seis meses y dos años) que cuando los síntomas son positivos (menos de tres meses). Un 59% de los psiquiatras "realiza siempre" algún tipo de exploración complementaria o diagnóstico diferencial, además de la evaluación de síntomas. Las pruebas más habituales se refieren a la analítica y, en menor medida, a las técnicas de neuroimagen.

### Diagnóstico y pruebas ¿Cuánto tiempo pasa desde que aparecen los primeros síntomas hasta que son diagnosticados?

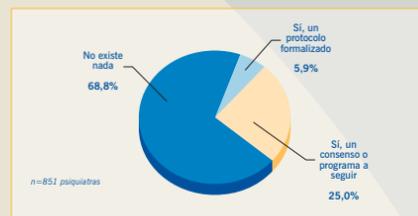


Prácticamente todos los psiquiatras consultados señalan que al paciente se le realiza un seguimiento después del alta. Generalmente lo realiza el mismo psiquiatra en los Centros de Salud Mental. Habitualmente, las visitas de seguimiento suelen variar entre uno y dos meses, sin embargo, la primera visita al paciente tras el alta transcurre en menos de un mes. La comunicación entre los distintos centros para el control y seguimiento del paciente es suficientemente fluida. No obstante, debe mejorarse entre el Centro de Salud Mental y Atención Primaria.

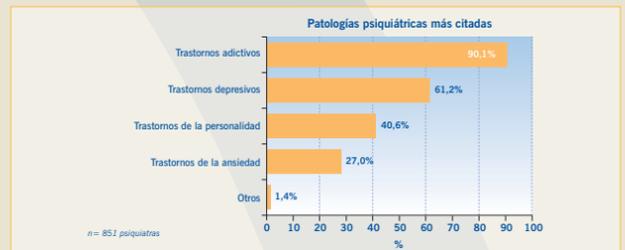
### El circuito asistencial Control y seguimiento del paciente



Dos de cada tres psiquiatras afirman que en su centro no existe ningún protocolo que permita el seguimiento y control de los tratamientos, solamente en un 6% de los casos existe un protocolo formalizado que es más habitual en el Hospital General y en un 25% existe un consenso o programa a seguir, especialmente en los Hospitales Monográficos. Tampoco es muy frecuente la figura del coordinador que realice las labores de seguimiento y cuidados de cada enfermo (37%). El coordinador es más habitual en los Centros de Salud Mental.



El paciente con esquizofrenia suele recibir tratamiento de psicoterapia o de rehabilitación en diferentes lugares. Además de los Centros específicos de Rehabilitación, el paciente acude a consulta con los psicólogos en los Centros de Salud Mental, los Hospitales de Día y las Unidades de Media Estancia.



Un 39% de los pacientes con esquizofrenia tiene además otras patologías psiquiátricas asociadas. Las más comunes se refieren a los trastornos adictivos, los trastornos depresivos y, en menor medida, a los trastornos de personalidad y de ansiedad.

Dependiendo de la gravedad del paciente, se instaura un tratamiento con un solo antipsicótico o con más de uno. En los pacientes menos graves, el 90% recibe un sólo antipsicótico. Cuando se considera una mayor gravedad se instauran tratamientos con más de un antipsicótico (65%). El 91% de los psiquiatras comienzan el tratamiento con antipsicóticos atípicos.

Habitualmente, el tratamiento antipsicótico a los pacientes con esquizofrenia que han sufrido un primer episodio se retira a los dos años de haber sido instaurado (49%). Un 3% de los psiquiatras lo retira a los seis meses, el 24% lo retira al año, el 19% cuando han pasado más de dos años y un 3% no lo retira nunca.

Las Asociaciones de pacientes con esquizofrenia se han mostrado satisfechas con la asistencia sanitaria que reciben. Fundamentalmente en su relación con el psiquiatra, las labores de enfermería y el tratamiento con fármacos. Mayor descontento hay respecto de las ayudas de tipo social, debido principalmente a su escasez.

### Calidad asistencial (Asociaciones de pacientes)



## Conclusión

El sistema asistencial al paciente con esquizofrenia es sumamente complejo por las propias características de la enfermedad y del entorno socio-familiar del paciente. Se requieren recursos materiales y profesionales, pero sobre todo es necesario establecer criterios y protocolos estandarizados para el seguimiento y control de los pacientes en los que intervengan todos los profesionales relacionados: psiquiatras, psicólogos, enfermería, trabajadores sociales y los propios familiares.

<sup>1</sup> Fuentes principales de datos secundarios: -Organización Mundial de la Salud. Mº de Sanidad y Consumo. INE. Eurostat. Health Statistics. B.O.E. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Grupo PSICOST: L.Salvador, F.J. Vázquez Polo, M.A. Negrin, J.M. Cabasés, E. Sánchez, J.M.Haro. "An analysis of the cost of treating schizophrenia in Spain". Instituto de Salud Carlos III (G03/061)