

E. Baca Baldomero¹
C. Leal Cercós²
C. Varela³
Y. Riesgo³
M. Roca⁴

Diagnóstico y manejo de la esquizofrenia en España: el proyecto ACEE

¹ Clínica Puerta de Hierro
Universidad Autónoma
Madrid

² Hospital Clínico Universidad de Valencia
Valencia

³ Departamento Médico
Bristol Myers-Squibb
Madrid

⁴ Hospital Juan March
Institut Universitari d'Investigació
en Ciències de la Salut (IUNICS)
Universitat de les Illes Balears
Palma de Mallorca

Introducción. A pesar de tratarse de una enfermedad con una gran repercusión sanitaria, social y familiar, en España se dispone de escasa información epidemiológica sobre los pacientes con esquizofrenia, su diagnóstico y tratamiento. El estudio ACEE (Abordaje Clínico de la Esquizofrenia en España) se ha diseñado con el objetivo principal de conocer en la práctica clínica habitual el manejo de la esquizofrenia en España.

Método. El ACEE es un estudio observacional, descriptivo, transversal, multicéntrico, con datos recogidos en el curso de la práctica clínica habitual mediante un cuestionario diseñado específicamente.

Resultados. Se han analizado un total de 1.937 pacientes (83% del sector público y 17% del privado). La mayoría presenta una esquizofrenia paranoide en fase de estabilización y no trabaja debido a su enfermedad. El 96% está sometido a tratamiento con antipsicóticos y un 55% recibe además algún tipo de terapia no farmacológica. Se presentan con mayor frecuencia síntomas negativos que positivos (88 frente a 63%). Existen diferencias significativas entre el tipo de pacientes y el procedimiento de diagnóstico entre el sector público y el privado.

Conclusiones. El ACEE muestra que el perfil del paciente atendido por esquizofrenia en las consultas psiquiátricas españolas es mayoritariamente varón, soltero, viviendo sin trabajo en un entorno familiar, tratado básicamente con fármacos antipsicóticos combinados con otras medicaciones y al que se practica un reducido número de exploraciones complementarias.

Palabras clave:

Esquizofrenia. Diagnóstico. Tratamiento. Estudio observacional.

Actas Esp Psiquiatr 2006;34(4):224-230

Diagnostic process and management of schizophrenia in Spain: the ACEE project

Introduction. Although schizophrenia has a great impact on the health care, social and family levels, there is little epidemiological information on patients with schizophrenia, its diagnosis and treatment in Spain. The ACEE (Abordaje Clínico de la Esquizofrenia en España; Clinical Approach to Schizophrenia in Spain) study was designed with the primary objective of defining the management of schizophrenia in Spain from the perspective of current clinical practice.

Method. ACEE is a descriptive cross-sectional multi-center observational study with data collected in the setting of current clinical practice by means of a specifically designed questionnaire.

Results. A total of 1,937 patients have been studied (83% pertaining to the public sector and 17% to private one). Most subjects had paranoid schizophrenia in the stabilization phase, and did not work because of their illness. Most (96%) were receiving antipsychotic treatment and 55% also received some non-drug treatment. Negative symptoms were more frequent than positive symptoms (88% versus 63%). Significant differences were observed for type of patients and diagnostic procedures involved between the public and private health care sectors.

Conclusions. The ACEE study shows that schizophrenic patients attending Spanish psychiatric centers are mainly single, non-working males who are living in their family setting. Treatment basically consists of antipsychotics combined with other drugs, and few complementary examinations are performed.

Key words:

Schizophrenia. Diagnosis. Treatment. Observational study.

Correspondencia:

Miguel Roca Bennasar

Unitat de Psiquiatria i Psicologia Clínica

Hospital Juan March

Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut (IUNICS)

Universitat de les Illes Balears

Carretera de Valldemossa, km 7,5

07071 Palma de Mallorca

Correo electrónico: mroca@uib.es

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia constituye un importante problema de salud en todos los países del mundo¹. Su tratamiento ha avanzado mucho en los últimos años gracias a una mejor

comprensión de la clínica psiquiátrica, a los avances en el campo de la neurociencia, y a la modificación de diferentes actitudes y creencias sociales. La investigación clínica, por su parte, se ha centrado en los últimos años en la detección precoz de la enfermedad, así como en aspectos de comorbilidad con otras patologías². Los modernos tratamientos han permitido un control ambulatorio de los pacientes durante largas fases de la enfermedad. Años atrás los pacientes con esquizofrenia permanecían en instituciones cerradas de larga estancia la mayor parte del tiempo.

No obstante, aún existen en la actualidad amplias controversias centradas tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de la esquizofrenia. Los diferentes modelos de acercamiento a esta compleja enfermedad, los subtipos clínicos o la diferenciación de síntomas constituyen ejemplos de discusiones aún abiertas^{3,4}. La elección de primeros tratamientos farmacológicos tampoco está exenta de polémicas a pesar de los datos aportados por los ensayos clínicos y la disección de la medicina basada en pruebas. En conjunto, es perceptible una importante dificultad para trasladar los resultados de todas estas investigaciones a la práctica clínica cotidiana. El entusiasmo por la constante progresión en las investigaciones contrasta con una marcada incapacidad de la psiquiatría para traducir estos avances en una mejor asistencia a los pacientes afectados por la enfermedad^{5,6}.

Quizá como consecuencia de ello se han elaborado en los últimos años numerosas guías de tratamiento, consensos, protocolos, recomendaciones de expertos, etc., en un intento de homogeneizar al máximo las decisiones diagnósticas y terapéuticas de la esquizofrenia basadas en pruebas científicas⁷. A pesar de estos esfuerzos, el tratamiento de la esquizofrenia en diferentes países sigue mostrando notables divergencias e incluso contradicciones en el ámbito asistencial o en la distribución geográfica: hospitales, centros de salud, consulta pública o privada. Existen muy pocos estudios acerca de la forma en que los profesionales de la psiquiatría ajustan su trabajo a estas recomendaciones de los organismos de la salud o de las sociedades científicas. Para ello es preciso conocer, en un primer paso imprescindible, el manejo real de la esquizofrenia en un determinado medio o país. Por estas razones se realizó el proyecto ACEE (Abordaje Clínico de la Esquizofrenia en España) con el fin de acercarnos al diagnóstico y tratamiento cotidiano de la esquizofrenia en España, evaluando la práctica clínica de los psiquiatras españoles en sus consultas, públicas y privadas, con una población estimada de 40 millones de habitantes.

Trabajan en España unos 3.500 psiquiatras, la mayoría en el sector público, y una parte de ellos compatibilizando su trabajo con una consulta privada. En el momento de iniciarse este estudio los psiquiatras españoles tenían fácil acceso a las guías, protocolos y recomendaciones de expertos de España y de otros países europeos, así como de Estados Unidos⁸⁻¹⁰.

MATERIAL Y MÉTODO

El ACEE es un estudio observacional puro, descriptivo, transversal, multicéntrico, de ámbito nacional, en el que 500 psiquiatras debían incluir los cuatro primeros pacientes diagnosticados de esquizofrenia que acudieran a su consulta durante el período de inclusión (junio-octubre de 2003). La mayoría de los psiquiatras (72%) llevaba más de 10 años de ejercicio profesional. Cada psiquiatra, con el consentimiento informado previo, incluía en el estudio a los pacientes mediante un cuestionario diseñado específicamente en el que se detallaban datos sociodemográficos, antecedentes, características clínicas (tiempo medio de evolución de la enfermedad, sintomatología más frecuente, fase de la enfermedad, comorbilidad) y pautas de tratamiento.

Tras considerar las variables categóricas incluidas se calculó el tamaño muestral necesario para poder obtener un intervalo de confianza del 95% con una precisión mínima de un 5%, siendo este cálculo de 1.600 pacientes, cifra que aumentó hasta 1.920 pacientes después de considerar la posible pérdida del 20% de los pacientes seleccionados. De acuerdo con la distribución asistencial en España se calculó que el porcentaje inicial de pacientes tratados en una consulta pública y una consulta privada debía ser del 80-20% y se estableció un número de pacientes por cada una de las comunidades autónomas del Estado español a partir de los datos oficiales de población de cada una de ellas en el año 2002.

Los objetivos principales del proyecto ACEE fueron tres: a) describir las características sociodemográficas de la población esquizofrénica; b) describir el perfil clínico del paciente esquizofrénico actual en España, y c) conocer y comparar, según el tipo de centro asistencial, las pautas de diagnóstico y tratamiento (farmacológico y no farmacológico) de los médicos especialistas en psiquiatría en España.

Análisis estadístico

Con la información recogida para cada paciente a través del cuestionario se ha construido una base de datos que ha sido definida y analizada a través del programa SAS v8.0.

Se han calculado las distribuciones de frecuencias y los porcentajes para las variables cualitativas con sus correspondientes intervalos de confianza y las medias, desviación típica y rango para las variables cuantitativas. Las comparaciones entre los diferentes grupos se han realizado mediante el test de chi cuadrado o los tests alternativos correspondientes aplicados a tablas de contingencia para el caso de variables cualitativas y con el test *t* de Student de comparación de medias para el caso de las variables cuantitativas.

RESULTADOS

Fueron reclutados 1.969 pacientes, de los que 1.937 fueron evaluables. El 83% de la muestra pertenecía a pacientes

de consultas del sector público y el 17% a consultas privadas. Casi el 70% de los pacientes incluidos son varones y la edad media es de 37,6 años. La mayoría de los pacientes son solteros (79%), viven en un entorno familiar (89%) y no trabajan (73%) debido a su enfermedad. El 60% de los pacientes esquizofrénicos es atendido en un único dispositivo psiquiátrico, público o privado, sin recurrir a otros recursos asistenciales. En la muestra se han incluido pacientes con una evolución de la enfermedad superior a 5 años en su mayoría (77%), lo que garantiza la estabilidad del diagnóstico y aumenta su fiabilidad. El 23,1% tenía antecedentes familiares de esquizofrenia en primer grado.

El estudio ACEE muestra una baja proporción de pacientes a quienes se les practica una prueba analítica o una exploración física como exploración complementaria de diagnóstico. Un 1% de la muestra es sometido a pruebas de neuroimagen y a un 27% se le practica un electroencefalograma (tabla 1). La mayoría de la muestra presenta una esquizofrenia paranoide en fase de estabilización y ha sido incluida en el estudio a través de una visita rutinaria. Los síntomas negativos, en su conjunto, son más frecuentes que los positivos, destacando de manera global el retraimiento social, el embotamiento afectivo, la apatía y las ideas delirantes, en este último caso por encima de las alteraciones de la percepción (tabla 2).

La comorbilidad psiquiátrica alcanza prácticamente a la mitad de la muestra (trastornos de ansiedad, afectivos y del sueño), detectándose en las mujeres una mayor morbilidad asociada de depresión psicótica (8,05 frente a 5,6% de los varones) y trastornos de ansiedad (14,3 frente a 10,4%). Por el contrario se detectó una mayor asociación del sexo masculino con los trastornos de la personalidad (5,7 frente a 3%). Al observar dichas comorbilidades por edad se observa una relación inversa de presencia de «fobias y obsesiones» y «trastornos de ansiedad» (a mayor edad, menor presencia de dichos trastornos). Por otro lado, la comorbilidad no psiquiátrica alcanza al 25% de los pacientes (princi-

Tabla 1	Pruebas complementarias de diagnóstico
Pruebas complementarias	
	Pruebas analíticas de sangre: 1.335 (68,9%)
	Exploración física: 1.220 (63%)
	Exploración neurológica: 909 (46,9%)
	Electrocardiograma: 534 (27,6%)
	Electroencefalograma: 523 (27%)
	Tomografía computarizada: 152 (7,8%)
	Resonancia magnética: 133 (6,9%)
	Otros: 111 (5,7%)
	SPECT/PET: 19 (1%)

Tabla 2	Subtipo de perfil clínico
Diagnóstico de esquizofrenia	
	Esquizofrenia paranoide: 1.314 (68,4%)
	Esquizofrenia hebefrénica: 70 (3,6%)
	Esquizofrenia catatónica: 8 (0,4%)
	Esquizofrenia indiferenciada: 138 (7,1%)
	Esquizofrenia residual: 268 (13,9%)
	Esquizofrenia simple: 71 (3,7%)
	Otra esquizofrenia: 31 (1,6%)
	Sin especificación: 12 (0,6%)
	Esquizofrenia paranoide/residual: 11 (0,6%)
	Esquizofrenia paranoide/hebefrénica: 1 (0,1%)
Fase de la enfermedad	
	Fase aguda: 140 (7,2%)
	Proceso con síntomas activos: 554 (28,7%)
	Estabilizado: 1.239 (64,1%)
Situación en la visita	
	Paciente al que se le diagnostica esquizofrenia por primera vez: 74 (3,8%)
	Paciente con diagnóstico previo de esquizofrenia que acude a visita rutinaria: 1.586 (82,4%)
	Reagudización: 172 (8,9%)
	Paciente con esquizofrenia que acude a consulta para modificar la medicación: 61 (3,2%)
	Otras causas: 52 (2,6%)
Síntomas de la enfermedad	
	Positivos: 1.229 (63,4%)
	Ideas delirantes: 861 (44,4%)
	Alucinaciones: 527 (27,2%)
	Desorganización conceptual: 512 (26,4%)
	Hostilidad: 262 (13,5%)
	Excitación: 255 (13,2%)
	Negativos: 1.699 (87,7%)
	Apatía: 855 (44,1%)
	Embotamiento afectivo: 971 (50,1%)
	Retraimiento social: 1276 (65,9%)
	Ausencia de espontaneidad y fluidez en la conversación: 767 (39,6%)
	Pobreza del lenguaje: 783 (40,4%)
	Abulia: 578 (29,8%)

palmente hipercolesterolemia y diabetes). Más de un tercio de los pacientes tiene un trastorno por abuso de sustancias (tabla 3).

Desde una perspectiva asistencial, el 96% de los pacientes (la práctica totalidad si tenemos en cuenta que el 4% de pacientes son de nuevo diagnóstico) recibe tratamiento farmacológico y el 55% un tratamiento no farmacológico concomitante, destacando en este último caso psicoterapia in-

Tabla 3	Comorbilidad
Comorbilidad psiquiátrica: 867 (44,8%)	
Depresión: 221 (25,5%)	
Depresión pospsicótica: 124 (14,3%)	
Trastornos de ansiedad: 225 (25,9%)	
Fobias y/u obsesiones: 149 (17,2%)	
Trastornos de la personalidad: 97 (11,2%)	
Trastornos cognitivos: 127 (14,7%)	
Trastornos del sueño: 220 (25,4%)	
Comorbilidad no psiquiátrica: 491 (25,3%)	
Hipertensión arterial: 70 (14,3%)	
Hipercolesterolemia: 172 (35%)	
Hipertrigliceridemia: 100 (20,4%)	
Diabetes: 61 (12,4%)	
Comorbilidad por abuso de drogas: 731 (37,9%)	
Alcohol: 232 (11,8%)	
Tabaco: 550 (28,2%)	
Anfetaminas: 14 (0,7%)	
Alucinógenos: 9 (0,5%)	
Cocaína: 52 (2,7%)	
Cannabis: 192 (9,9%)	
Opiáceos: 17 (0,9%)	
Otros: 37 (1,9%)	

dividual (25%), rehabilitación (19%) y terapia ocupacional (18%), con cifras considerablemente más bajas de psicoterapia familiar (5%) (tabla 4).

Tabla 4	Tratamiento de la esquizofrenia
Tratamiento farmacológico: 1.853 (95,6%)	
Antipsicóticos atípicos: 1.728 (81,9%)	
Antipsicóticos depot: 461 (23,8%)	
Antipsicóticos típicos: 377 (19,5%)	
Forma de tratamiento	
Un fármaco: 1.203 (65,5%)	
Dos fármacos: 547 (29,8%)	
Tres o más fármacos: 86 (4,7%)	
Tratamiento no farmacológico: 1.068 (55,9%)	
Psicoterapia individual: 494 (25,5%)	
Psicoterapia grupal: 110 (5,7%)	
Psicoterapia familiar: 96 (5%)	
Rehabilitación: 363 (18,7%)	
Entrenamiento en habilidades sociales: 261 (13,5%)	
Terapia ocupacional: 353 (18,2%)	
Actividades de apoyo comunitario: 212 (10,9%)	

En el tratamiento farmacológico el 65% de los pacientes recibía monoterapia antipsicótica, el 30% dos fármacos y el 5% tres o más antipsicóticos. Durante los 6 meses previos a la visita del estudio el tratamiento antipsicótico fue modificado en un 34% de los pacientes, cambiándose el fármaco (49%), la dosis (44%) o añadiéndose un nuevo fármaco (26%). Las causas más frecuentes para el cambio fueron recaída o empeoramiento clínico (38%), falta de mejoría (29%), reacción adversa (21%) o falta de cumplimiento (14%). La reacción adversa más frecuente relacionada con el uso de antipsicóticos es el aumento de peso (33%, siendo este aumento en un 57% de los casos superior a 5 kg), fatiga y somnolencia (21%), efectos extrapiramidales (14%), sequedad de boca (13%) y disfunción sexual (12%). Entre el 41 y 43% de los pacientes no disponía de información (analítica) respecto a alguno de sus parámetros lipídicos o de glucosa. El 70% de los pacientes, además de los antipsicóticos, reciben otros tratamientos farmacológicos concomitantes, el 66% de los pacientes fármacos para el sistema nervioso central (ansiolíticos, antidepresivos y anticolinérgicos, principalmente) y el 11% otro tipo de tratamientos.

En algunos aspectos los hombres y las mujeres muestran diferencias en cuanto al perfil de su enfermedad. Las mujeres son atendidas en mayor proporción en centros privados (20 frente a 16% para hombres; $p < 0,05$), y en el momento de la visita tienen más edad (40 frente a 36 años; $p < 0,001$), están casadas en mayor proporción que los varones (19 frente a 8%; $p < 0,001$) y tienen un nivel de estudios superior a éstos. Por otro lado, fueron diagnosticadas de esquizofrenia a una edad más tardía y presentan un porcentaje mayor de antecedentes familiares directos (madre y hermanos) (tabla 5). De igual manera, las mujeres presentan en menor proporción síntomas negativos de la enfermedad (es-

Tabla 5	Diferencias entre varones y mujeres ($p < 0,05$)	
	Varones (n = 1.334)	Mujeres (n = 596)
Edad en el momento del diagnóstico (años)	23,2 ± 5,7	25,6 ± 7,9
Antecedentes familiares	280 (21,1%)	163 (27,6%)
Madre	61 (4,6%)	41 (6,9%)
Hermanos	117 (8,8%)	73 (12,2%)
Sintomatología		
Síntomas negativos	1.185 (88,8%)	508 (85,2%)
Ausencia de espontaneidad y fluidez en la conversación	550 (41,2%)	213 (35,7%)
Pobreza del lenguaje	567 (42,5%)	213 (35,7%)
Tratamiento		
Tratamiento farmacológico	1257 (94,2%)	574 (96,3%)
Tratamiento no farmacológico	765 (57,3%)	299 (50,2%)

pecialmente «ausencia de espontaneidad y fluidez de la conversación» y «pobreza del lenguaje»), son tratadas en menor proporción con antipsicóticos y se les aplican menos tratamientos no farmacológicos (y más concretamente «rehabilitación» y «terapia ocupacional») (tabla 5).

Si nos fijamos en las diferencias entre los pacientes atendidos en centros públicos o privados son significativas en algunos casos. Los pacientes son atendidos en edades más tardías en los centros públicos (38 frente a 36 años; $p < 0,005$), tienen un nivel más bajo de estudios y trabajan o estudian en menor porcentaje. El 68% de pacientes en centros privados es atendido en un solo dispositivo asistencial frente al 58% de los pacientes del sector público ($p < 0,001$), en donde encontramos un uso más elevado de otros recursos asistenciales, así como de tratamientos no farmacológicos. El tiempo transcurrido desde el diagnóstico es significativamente más alto en el sector público que en el privado y se practican más exploraciones complementarias de diagnóstico, en toda su gama, en el sector privado. La sanidad privada atiende con más frecuencia a pacientes en fase aguda y con una sintomatología fundamentalmente positiva, a diferencia de la red asistencial pública. Finalmente se tratan más pacientes en monoterapia en el sector público.

El perfil de los pacientes con síntomas positivos difiere, entre otras cosas, del de los pacientes con síntomas negativos, en que los primeros tienen una edad menor en el momento de la visita (tabla 6). Los pacientes con síntomas exclusivamente positivos fueron hospitalizados en mayor medida que los pacientes con síntomas negativos el último año (33 frente a 15%). Asimismo, difieren en que acuden al psiquiatra por una reagudización de la enfermedad en mayor proporción que los que tienen síntomas negativos que suelen acudir en su mayoría por una visita rutinaria. Finalmente, los pacientes con síntomas positivos fueron diagnosticados en mayor medida de esquizofrenia paranoide (89 frente a 57%) y menos de esquizofrenia residual, simple o indiferenciada, que los pacientes con síntomas negativos.

DISCUSIÓN

El ACEE muestra que el paciente atendido por esquizofrenia en las consultas psiquiátricas españolas es, mayoritariamente, un varón, soltero, viviendo sin trabajo en un entorno familiar, atendido al inicio de su enfermedad en el sector público o privado y con una progresiva utilización mayor de servicios públicos y terapéuticas complementarias a medida que avanza la enfermedad; con una comorbilidad con trastornos del sueño, afectivos y de ansiedad, presenta una clínica con sintomatología «negativa» con mayor frecuencia que la «positiva», recibe siempre tratamiento farmacológico y en un 55% tratamientos concomitantes no farmacológicos.

En todas las especialidades médicas, pero de modo particular en la psiquiatría, existen grandes dificultades para la in-

Tabla 6

Diferencias entre pacientes con síntomas positivos y negativos ($p < 0,05$)

	Pacientes con síntomas exclusivamente positivos (n = 164)	Pacientes con síntomas exclusivamente negativos (n = 634)
Edad (media \pm DT)	36,2 \pm 10,9	38,3 \pm 10,8
Datos de la historia clínica		
Pacientes hospitalizados el último año	55 (33,5%)	96 (15,2%)
Causa de acudir al psiquiatra		
Paciente al que se le diagnostica esquizofrenia por primera vez		
	9 (5,6%)	5 (0,8%)
Reagudización		
	37 (23,1%)	2 (0,3%)
Paciente con diagnóstico previo de esquizofrenia que acude a visita rutinaria		
	107 (66,9%)	597 (94,6%)
Tiempo desde diagnóstico mayor de 5 años		
	120 (73,2%)	493 (78,0%)
Subtipo de esquizofrenia		
Paranoide	141 (85,9%)	361 (57,4%)
Residual	6 (3,7%)	133 (21,1%)
Simple	2 (1,2%)	39 (6,2%)
Indiferenciada	5 (3,0%)	51 (8,11%)

corporación de los resultados de la investigación a la práctica clínica. ¿Son suficientes los datos proporcionados por estudios epidemiológicos, clínicos y ensayos controlados para modificar la atención a los pacientes?¹¹. Si la respuesta es afirmativa, ¿por qué no se incorporan a la clínica diaria?¹². Los datos epidemiológicos ofrecen el primer ejemplo. El perfil sociodemográfico de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia actualmente en tratamiento en España, al igual que ocurre con numerosos estudios clínicos, se aparta de las cifras epidemiológicas de los estudios en población general que hablan de una tasa varón/mujer similar. En el ACEE no existían criterios de inclusión fijos, a diferencia de estudios clínicos con tratamiento farmacológico, en los que algunos elementos como eventuales embarazos pudieran aconsejar la no inclusión de pacientes del sexo femenino.

La medicina basada en pruebas, formulación impecable que en el fondo no hace sino aplicar lo que deberían ser criterios de racionalidad científica estricta, se ve lastrada por no pocas dificultades: los estudios tienen metodologías diferentes, existen graves problemas para evaluar, por ejemplo, los tratamientos psicosociales¹³. La variedad de síntomas que se manifiesta en áreas funcionales diversas constituye un problema clínico de envergadura. El aumento de guías y

protocolos tampoco parece acompañarse de unas modificaciones reales en la práctica clínica. La lentitud de sus procesos de elaboración no parece explicación suficiente. Se hace necesario establecer la concordancia existente entre la práctica real y las guías o consensos existentes a partir de esta medicina basada en pruebas y ver si existen unos estándares mínimos de calidad en toda la asistencia a los pacientes con patologías mentales graves y crónicas como la esquizofrenia¹⁴. Sólo así se podrán elaborar programas dirigidos a modificar la práctica en aquellos puntos en los que esta concordancia es menor o en los que existe mayor número de pruebas científicas cuya traducción a la clínica diaria no es incorporada por los especialistas.

El proyecto Patient Outcomes Research Team (PORT) en Estados Unidos^{15,16} para el tratamiento de la esquizofrenia fue seguido en una muestra de 700 pacientes para determinar el grado en que su tratamiento se ajustaba a los criterios recomendados por el consenso. El nivel de concordancia práctica con las recomendaciones fue bajo o muy bajo en la práctica totalidad de las mismas. La concordancia fue algo más alta en los aspectos del tratamiento farmacológico que en los tratamientos psicosociales, al igual que en las áreas rurales comparadas con las áreas urbanas. El PORT es, hasta donde hemos podido saber, el único estudio de estas características. Su revisión¹⁷, 7 años después, constata la necesidad de más estudios acerca de la etiopatogenia de los déficit neurocognitivos asociados, de tratamientos dirigidos más concretamente a las alteraciones funcionales, así como de poner al alcance de los pacientes tratamientos con criterios científicos probados a los que una vasta mayoría de pacientes no tiene acceso de manera habitual. Uno de los últimos consensos aparecidos¹⁸ ha tenido en cuenta previamente la gran mayoría de guías similares publicadas y ha concluido que la detección precoz y el tratamiento comprensivo de los primeros episodios constituye una prioridad, así como la atención continuada durante los primeros 3 a 5 años de evolución de la enfermedad. El consenso australiano-neozelandés opina que las intervenciones psicosociales deben estar disponibles para todos los pacientes desde el primer momento y que la prevención de complicaciones físicas en los pacientes esquizofrénicos constituye otra prioridad, en la que la participación de los médicos de atención primaria resulta fundamental. La más reciente actualización del Proyecto Texas¹⁹ afirma que sólo una pequeña parte de la investigación permite responder a los grandes interrogantes que plantea la secuencia y el tipo de tratamiento farmacológico utilizado en la esquizofrenia.

En el ACEE observamos más pacientes en las fases iniciales de la enfermedad que son tratados en el sector privado, mientras que ocurre al revés a medida que transcurre el tiempo de evolución de la enfermedad. Los datos indican que se produce un progresivo trasvase de los enfermos desde el sector asistencial privado al sector asistencial público a medida que la enfermedad se cronifica. El sector público en España dispone de la práctica totalidad de servicios asistenciales comunitarios existentes en el país.

Por lo que respecta al tratamiento, la desinstitucionalización hace necesario desarrollar nuevos sistemas de atención para acomodar la asistencia a los pacientes esquizofrénicos con la complejidad creciente del tratamiento comunitario¹⁹⁻²¹. Se necesitan explícitas determinaciones de los componentes clave del tratamiento integrado para hacerlos accesibles a pacientes y familiares. Finalmente, estudios de calidad asistencial deben reflejar la asistencia ofrecida a los enfermos mentales y la relación entre uso de estos servicios y características o fases o subtipos de la enfermedad. El proyecto ACEE tiene obvias limitaciones: sólo participaron los psiquiatras dispuestos a colaborar en un estudio de estas características; a pesar del tiempo desde el diagnóstico no se utilizaron instrumentos estandarizados para tipificar la enfermedad ni escalas de evaluación y los dispositivos asistenciales existentes en un área o comunidad autónoma determinada pueden condicionar buena parte de la práctica clínica cotidiana, especialmente la que se refiere a tratamientos y servicios de apoyo complementarios, tan importantes en determinadas fases de una enfermedad como la esquizofrenia.

Para tratar de resolver las controversias en el diagnóstico y tratamiento de la esquizofrenia es necesario insistir en estos trabajos, ampliarlos en el tiempo e implementar sistemas para el control de la calidad de la asistencia prestada a personas que padecen esta enfermedad. Las investigaciones deben dirigirse a la sintomatología, deterioro, sistemas asistenciales y tratamientos farmacológicos y no farmacológicos^{22,23}. Deberá evaluarse en un futuro hasta qué punto las recomendaciones, guías y protocolos existentes en todos los países, obviamente también en España, se ajustan a la práctica real y estas prácticas van o no modificándose al ritmo de los avances en la investigación psiquiátrica.

AGRADECIMIENTOS

El grupo ACEE ha contado con la participación de 500 psiquiatras españoles cuya colaboración ha sido indispensable para la realización del mismo.

El proyecto ACEE ha contado con la financiación incondicional de Bristol Myers Squibb España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kane JM. Schizophrenia. Editorial Review. *Curr Opin Psychiatry* 2001;14:1.
2. Rummel C, Hammann J, Kissling W, Leutsch S. New generation antipsychotics for first episode schizophrenia. *Cochrane Database Sys Rev* 2003;4:CD004410.
3. Swartz MS, Perkins DO, Stroup TS, McEvoy JP, Nieri JM, Haak DC. Assessing clinical and functional outcomes in the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) schizophrenia trial. *Schizophr Bull* 2003;29:33-43.
4. Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Byerly MJ, Glick ID, Canive JM, et al. The National Institute of Mental Health Clinical Antipsy-

- ychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) project: schizophrenia trial design and protocol development. *Schizophr Bull* 2003;29:15-31.
5. Stahl SM. Selecting an atypical antipsychotic by combining clinical experience with guidelines from clinical trials. *J Clin Psychiatry* 1999;60(Suppl. 10):31-41.
 6. Taylor M, Chaudhry I, Cross M, Mc Donald E. Toward consensus in the long-term management of relapse prevention in schizophrenia. *Hum Psychopharmacol* 2005;20:175-81.
 7. Frances A. Consensus Experts Protocols. Treatment of schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 1996;57(Suppl. 12B):1-58.
 8. Sociedad Española de Psiquiatría. Consenso Español de Expertos para Recomendaciones de Actuación en el Tratamiento de la Esquizofrenia. Madrid: SEP, 2000.
 9. Practice Guidelines for the treatment of Patients with Schizophrenia. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry* 1997;154(Suppl. 4):1-63.
 10. Kane JM, Leutsch S, Carpenter D. Expert Consensus Guideline Series. Optimizing pharmacological treatment of psychotic disorders. Introduction, methods, commentary and summary. *J Clin Psychiatry* 2003;86(Suppl. 12):5-19.
 11. Eccles M, Mason J. How to develop cost-conscious guidelines. *Health Technol Assess* 2001;5:1-69.
 12. Seeman MV. Clinical trials in psychiatry. *Can J Psychiatry* 2001;46:352-5.
 13. Prendergest PJ. Integration of psychiatric rehabilitation in the long-term management of schizophrenia. *Can J Psychiatry* 1995;40(Suppl. 3):18-21.
 14. Tandon R, Milner K, Jibson MD. Antipsychotics from theory to practice: integrating clinical and basic data. *J Clin Psychiatry* 199;60(Suppl. 8):21-8.
 15. Lehman AF, Steinwachs DM and the Co-investigators of the PORT Project. At issue: translating into practice: the schizophrenia. Patient Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations. *Schizophr Bull* 1998;24:1-10.
 16. Lehman AF, Steinwachs DM and the Co-investigators of the PORT Project. Patterns of usual care for schizophrenia: initial results from the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) client survey. *Schizophr Bull* 1998;24:11-20.
 17. Lehman AF, Kereyebuhl J, Buchanan RW, Dickerson FB. The Schizophrenia Patient Outcome Research Team (PORT): updated treatment recommendations 2003. *Schizophr Bull* 2004;30:193-217.
 18. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrist Clinical Practice Guidelines Team for the treatment of Schizophrenia. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrist Clinical Practice Guidelines for the treatment of schizopohrenia and related disorders. *Aust NZ J Psychiatry* 2005;39:1-30.
 19. Miller AL, Hall CS, Buchanan RW. The Texas Medication Algorithm Project antipsychotic algorithm for schizophrenia: 2003 update. *J Clin Psychiatry* 2004;65:500-8.
 20. Love RC, Mackowick M, Carpenter D, Burjs FEJ. Expert consensus-based medication-use evaluation criteria for atypical antipsychotic drugs. *Am J Health Syst Pharm* 2003;60:2455-70.
 21. Conley RR, Buchanan RW. Evaluation for treatment resistant schizophrenia. *Schizopohr Bull* 1997;23:663-74.
 22. Kane JM. Management strategies for the treatment of schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 1990;60(Suppl. 12):13-7.
 23. Lauriello J, Lenroot R, Bustillo JR. Maximizing the synergy between pharmacotherapy and psychosocial therapies for schizophrenia. *Psychiatry Clin N Am* 2003;26:191-211.