Guillermo Lahera[1]
Vicente Pérez-Fuster[2]
Jóse L. Gálvez[3]
Miguel Martínez[4]
Pedro Sánchez[5]
Miquel Roca[6]

¿Es posible la recuperación funcional en la esquizofrenia?: un análisis cuali-cuantitativo de la opinión de los psiquiatras

[1]Departamento de Medicina y Especialidades Médicas. Facultad de Medicina. Universidad de Alcalá. IRyCIS. CIBERSAM. Madrid
[2]Centro de Salud Mental Fuente San Luis. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia
[3]Unidad de Salud Mental Comunitaria del Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla
[4]Centro de Salud Mental Actur Sur. Hospital Royo Villanova. Zaragoza
[5]Unidad de Psicosis Refractaria. Hospital Psiquiátrico de Alava. Vitoria
[6]Institut Universitari d' Investigacio en Ciencies de la Salut (IUNIS) Rediapp. Hospital Juan March. Universidad de las Islas Baleares. Palma de Mallorca

Introducción. La opinión de los psiquiatras acerca de la recuperación funcional (RF) de los pacientes con esquizofrenia puede modular las expectativas terapéuticas y la forma de abordar la enfermedad.

Objetivo. El presente estudio pretende conocer la opinión de los psiquiatras sobre la RF, y la relación que consideran que existe entre funcionalidad y sintomatología.

Metodología. Análisis cuali-cuantitativo, descriptivo-exploratorio, en el que se utilizaron dos técnicas de recogida de información: a) una encuesta escrita, compuesta de 12 preguntas, respondida de forma directa, anónima y confidencial por 132 psiquiatras; b) 5 grupos focales de discusión en el que participaron 42 psiquiatras.

Resultados. El 69,8% de psiquiatras considera realista conseguir la RF en la esquizofrenia y otro 30,2 % opta por una respuesta intermedia. La prioridad clínica para el 94% es optimizar la funcionalidad de sus pacientes, pero sólo un 14,4% utiliza habitualmente escalas de evaluación. El 91,7% considera que hay diferencias entre los antipsicóticos atípicos en cuanto a la RF, y un 83,3% cree imprescindible implementar intervenciones psicosociales para conseguir este objetivo. Según los psiquiatras consultados, la RF es un concepto complejo, dependiente de factores ambientales y una ambiciosa meta terapéutica. Los síntomas negativos y cognitivos son los más predictivos de pobre funcionalidad. La baja funcionalidad de un paciente, aun en estabilidad sintomatológica, requiere una re-evaluación de tratamiento.

Conclusión. Para los psiquiatras la RF es un concepto útil y una prioridad clínica, aunque existen dudas sobre cómo alcanzarla.

Correspondencia:
Guillermo Lahera
Departamento de Medicina y Especialidades Médicas
Facultad de Medicina
Campus Científico-Tecnológico
Ctra. Madrid-Barcelona, Km. 33,600. Alcalá de Henares.
Correo electrónico: guillermo.lahera@uah.es

Palabras Clave: Recuperación funcional, Funcionalidad, Esquizofrenia, Psiquiatras, Opinión encuesta

Actas Esp Psiquiatr 2016;44(3):97-106

Is it possible to achieve functional recovery in schizophrenia? A qualitative and quantitative analysis of psychiatrist´s opinion

Introduction. Psychiatrist´s opinion on functional recovery (FR) of patients with schizophrenia may modulate the therapeutic expectations and how to manage the disease.

Objective. This study aims to know the opinion of psychiatrists on FR, and to analyze the relationship between functioning and symptoms.

Methods. A qualitative and quantitative, descriptive and exploratory study. Two data collection techniques were used: a) a written survey consisting of 12 questions, directly, anonymously and confidentially answered by 132 psychiatrists; b) 5 focus group discussions involving 42 psychiatrists.

Results. 69.8% of psychiatrists considered realistic to get FR in schizophrenia and another 30.1% chose an intermediate response. The clinical priority for the 94% is to optimize the functional outcome of their patients, but only 14.4% commonly use rating scales. 91.7 % believed that there are differences between typical and atypical antipsychotics in terms of FR, and 83.3% believed essential to implement psychosocial interventions to achieve this goal. According to psychiatrists, FR is a complex concept and a primary therapeutic goal. Negative and cognitive symptoms are the strongest predictors of poor functioning. The low functioning of a patient, even in symptomatic stability, usually requires a re-evaluation of treatment.

Conclusion. For psychiatrists, FR is a useful concept and a clinical priority, although there are doubts about how to achieve it.

Keywords: Functional recovery, Functioning, Schizophrenia, Psychiatrists, Opinion survey

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia ha sido considerada durante largo tiempo como una enfermedad crónica y debilitante con un curso casi inevitablemente deteriorante. El DSM-III, por ejemplo, hacía referencia al pronóstico negativo de la enfermedad, hasta el punto de plantear que un buen funcionamiento social y laboral ponía en tela de juicio el diagnóstico de esquizofrenia[1]. El debate sobre si la esquizofrenia es una entidad inexorablemente debilitante -una demencia precoz- o parcialmente reversible tiene claras implicaciones terapéuticas. Clásicamente, los objetivos terapéuticos han sido frecuentemente modestos y se han limitado al control de la conducta y los síntomas, aunque en las últimas décadas se ha venido observando cómo el objetivo de los tratamientos se ha desplazado hacia la promoción de la funcionalidad.

Entendemos como funcionalidad la capacidad de adaptación a las necesidades personales, familiares, sociales y laborales que posee un miembro adulto productivo y sin enfermedad. En el caso de la esquizofrenia la funcionalidad se ve principalmente afectada por los síntomas positivos, negativos, cognitivos y afectivos de la enfermedad, los efectos secundarios de determinados fármacos, el elevado porcentaje de abuso de sustancias y la falta de soporte familiar y comunitario[2,3]. Los estudios muestran unas tasas de recuperación funcional enormemente variables que oscilan entre el 13 y el 40%[4-6]. Menezes et al. revisaron sistemáticamente 37 estudios de evolución de primeros episodios psicóticos y encontraron que el 42% tuvo una buena evolución[7]. Sin embargo, en un estudio de seguimiento de 36 meses de duración, Novick et al.[8] incorporaron la adecuada calidad de vida al concepto de recuperación, y la situaron en tan solo un 4% de pacientes. Esta variabilidad de datos es el reflejo de la falta de delimitación conceptual de la propia entidad "esquizofrenia" (el tipo de paciente incluido en las muestras) y de la recuperación funcional[9].

En un intento de consensuar y operativizar el concepto de "buena evolución clínica", Andreasen et al. propusieron los criterios de remisión sintomática, basados en el mantenimiento, durante al menos seis meses, de un bajo nivel de síntomas en psicoticismo, desorganización y síntomas negativos[10]. En estos criterios se considera que la recuperación es un proceso más demandante y más a largo plazo que la remisión, afirmando que ésta es *necesaria pero no suficiente* en el camino de la recuperación. Sin embargo, el alivio de los síntomas de esquizofrenia a veces no se refleja necesariamente en una mejora paralela de la funcionalidad[11]. De acuerdo a la visión general aceptada, la remisión funcional implica un funcionamiento psicosocial adecuado en los dominios principales de la actividad de la vida diaria: cuidado personal, vivienda, trabajo y relación con los demás. La recuperación parece llevar implícito el concepto de la remisión de la sintomatología y el de vuelta a los niveles premórbidos[12]. Anthony[13] recuerda que la recuperación no sólo incluye la vuelta a la normalidad sino, también la recuperación respecto a los efectos de haber recibido un diagnóstico de enfermedad mental. Esos efectos están relacionados con la discriminación, la desvalorización, el desempleo y el fracaso de un proyecto vital. Así, la RF puede entenderse como *resultado* o como *proceso*, como resultado objetivo de ausencia de enfermedad -descenso significativo de síntomas y funcionamiento laboral y social completo- o como una actitud subjetiva que permite -independientemente del estado de enfermedad-, sentirse esperanzado, capaz de mostrar sus habilidades y efectuar sus elecciones[9].

En definitiva, la RF es un objetivo en el tratamiento actual de la esquizofrenia, puesto que sabemos que un porcentaje significativo de pacientes pueden conseguirla. Sin embargo, como concepto debe ser delimitado con más claridad y articularse de modo que incluya los aspectos útiles para la investigación y la perspectiva de los usuarios de los servicios. La opinión de los psiquiatras acerca de la RF modula las expectativas terapéuticas y, probablemente, la manera de abordar la enfermedad. Sin embargo, pocos estudios han descrito las actitudes y opiniones de los profesionales en este campo. En su mayoría se tratan de encuestas a través de Internet y enfocadas a la actitud frente a la enfermedad (estigma) más que a las posibilidades de recuperación funcional[14-16].

El presente estudio pretende conocer la opinión de los psiquiatras acerca de la importancia de la RF en el abordaje de la esquizofrenia, conocer la relación que los psiquiatras consideran que existe entre la RF y los distintos síntomas de la esquizofrenia, y conocer si creen realista, a su juicio, conseguir la RF.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo un análisis cuali-cuantitativo, descriptivo-exploratorio, en el que se utilizan dos técnicas de recogida de información: a) una encuesta escrita, compuesta de 12 preguntas, respondida de forma directa, anónima y confidencial por 132 psiquiatras; b) 5 grupos focales de discusión en el que participaron 42 psiquiatras. A continuación se describen ambas metodologías aplicadas:

a) La encuesta fue elaborada por el equipo investigador, tras realizar una exhaustiva revisión bibliográfica del

tema[19]. A partir de una propuesta inicial base, los autores seleccionaron los 12 ítems que consideraron más relevantes desde la perspectiva práctica asistencial y que constituyeron finalmente la encuesta.

Para cada ítem, se solicitó al encuestado que señalase su grado de acuerdo según su práctica habitual, garantizándoles el anonimato y plena confidencialidad de la información. La unidad de muestreo de la encuesta fueron los profesionales de la psiquiatría del ámbito nacional. La característica principal que marcó este muestreo teórico fue que trataran con pacientes con esquizofrenia, con una distribución geográfica diversa en el ámbito estatal (23 provincias representadas).

b) En la evaluación cualitativa participaron 42 psiquiatras españoles, distribuidos en 5 grupos focales de 8 o 9 miembros cada uno. Los grupos se llevaron a cabo simultáneamente y fueron coordinados por un investigador con larga experiencia en grupos focales (JPF), y en cada grupo participó un moderador, cuyo papel fue proponer las preguntas o categorías temáticas, favorecer el debate y guiar el trabajo grupal, evitando tener un papel central en la interacción. Su finalidad fue proporcionar un contexto que permitiera explorar útilmente opiniones y actitudes a partir de la interacción entre los participantes[17,18]. Todos los participantes eran psiquiatras en activo, con pacientes con esquizofrenia a su cargo, que ejercen en distintas zonas de España, la gran mayoría en el ámbito público. La duración de los grupos fue de 80 minutos, más 40 minutos más de puesta en común. El contenido de los grupos focales fue registrado en una audio-grabadora digital (previa autorización de todos los participantes) y posteriormente transcrito por profesionales distintos a los que interpretaron su contenido. El procedimiento de interpretación (identificación de la significatividad de los mensajes, a partir de las categorías temáticas aportadas) se decidió de antemano y fue realizado independientemente por dos investigadores. Luego se pusieron los resultados en común y se complementaron con el análisis del resto del equipo. Para el análisis de los datos, se siguieron las siguientes etapas: a) identificación de temas y desarrollo de conceptos; b) codificación de los datos, incluyendo la comparación de los distintos fragmentos relacionados con cada tema, e identificación de los temas significativos y recurrentes sobre los que se articula el discurso; y c) contextualización, es decir, el análisis del modo en el que fueron recogidos los resultados y cómo puede influir en ellos[20].

ANÁLISIS DE DATOS

Una vez depurados y codificados los datos, se realizó un análisis descriptivo de la encuesta. Para todas las variables obtenidas se describieron medias, desviaciones estándar y porcentajes, con un error máximo admitido de ±3,5, con un grado de confianza del 95,5%. Los resultados de tabulación han sido expresados en distribuciones de frecuencias absolutas y relativas (tablas de contingencia).

El análisis cualitativo del contenido de los grupos focales se basó en la segmentación del texto y la creación de códigos por un lado, y para la agrupación de los conceptos en categorías.

RESULTADOS

Análisis cuantitativo

Se recogió un total de 132 encuestas. Los datos muestran que el concepto de RF es un concepto útil en la práctica clínica para el 90,9% de los psiquiatras consultados (21,1 *un poco* de acuerdo, 53,8% *bastante* de acuerdo y un 15,9 *absolutamente*) (las Figuras 1 y 2 recogen las respuestas a cada ítem). Sólo el 1,5% de la muestra discrepa en su utilidad. Sin embargo, el uso de escalas de evaluación de la RF en la práctica diaria es escaso: un 33,3% no las utilizan (18,9% discrepan *absolutamente* y 14,4% *bastante* de su uso habitual), y un 14,4% sí lo hacen (5,3% *absolutamente* y 9,1% *bastante*). Entre medias se sitúa un 52,3% que se adhiere sólo parcialmente al uso de escalas de funcionalidad. Para el 94% de los psiquiatras consultados, su prioridad como clínico es optimizar la funcionalidad de sus pacientes (23,5% *un poco*; 43,2% *bastante;* 27,3% *absolutamente* de acuerdo). De nuevo, sólo el 1,5% de la muestra discrepa *un poco* de la afirmación. Respecto a la relación entre síntomas y funcionalidad, la distribución de respuestas es heterogénea. Un 65,9% considera que la eliminación de síntomas es clave para alcanzar la funcionalidad (*absolutamente*, *bastante o un poco* de acuerdo), pero un 34,1% no ve tan clara esta relación (está *un poco o bastante en desacuerdo*, o expresan una opción neutra). El 50,8% de los psiquiatras opina que hay muchos factores relacionados con la funcionalidad que escapan a su control, al que habría que añadir otro 29,5% que está de acuerdo *un poco* con esta afirmación (total de 80,3%). A la pregunta central de este estudio (¿Es realista o no alcanzar la RF en la esquizofrenia?) el 69,8% lo considera realista (15,2% *absolutamente*; 32,6% *bastante;* 22% *un poco* de acuerdo) y otro 24,3% opta por una respuesta neutra (12,9%) o contraria (11,4%). Sólo un 6,1% de los encuestados considera no realista plantearse ese objetivo. En la pregunta donde aparece mayor unanimidad es en la importancia de implementar intervenciones psicosociales para alcanzar la funcionalidad del paciente: un 83,3% está *bastante* o *absolutamente* de acuerdo. Este porcentaje alcanza el 97% incluyendo aquellos psiquiatras que se muestran *un poco* de acuerdo con la afirmación. De manera llamativa, ningún psiquiatra expresó discrepancia, y sólo un 3% se mostró *ni de acuerdo ni en desacuerdo*. En relación al uso farmacológico,

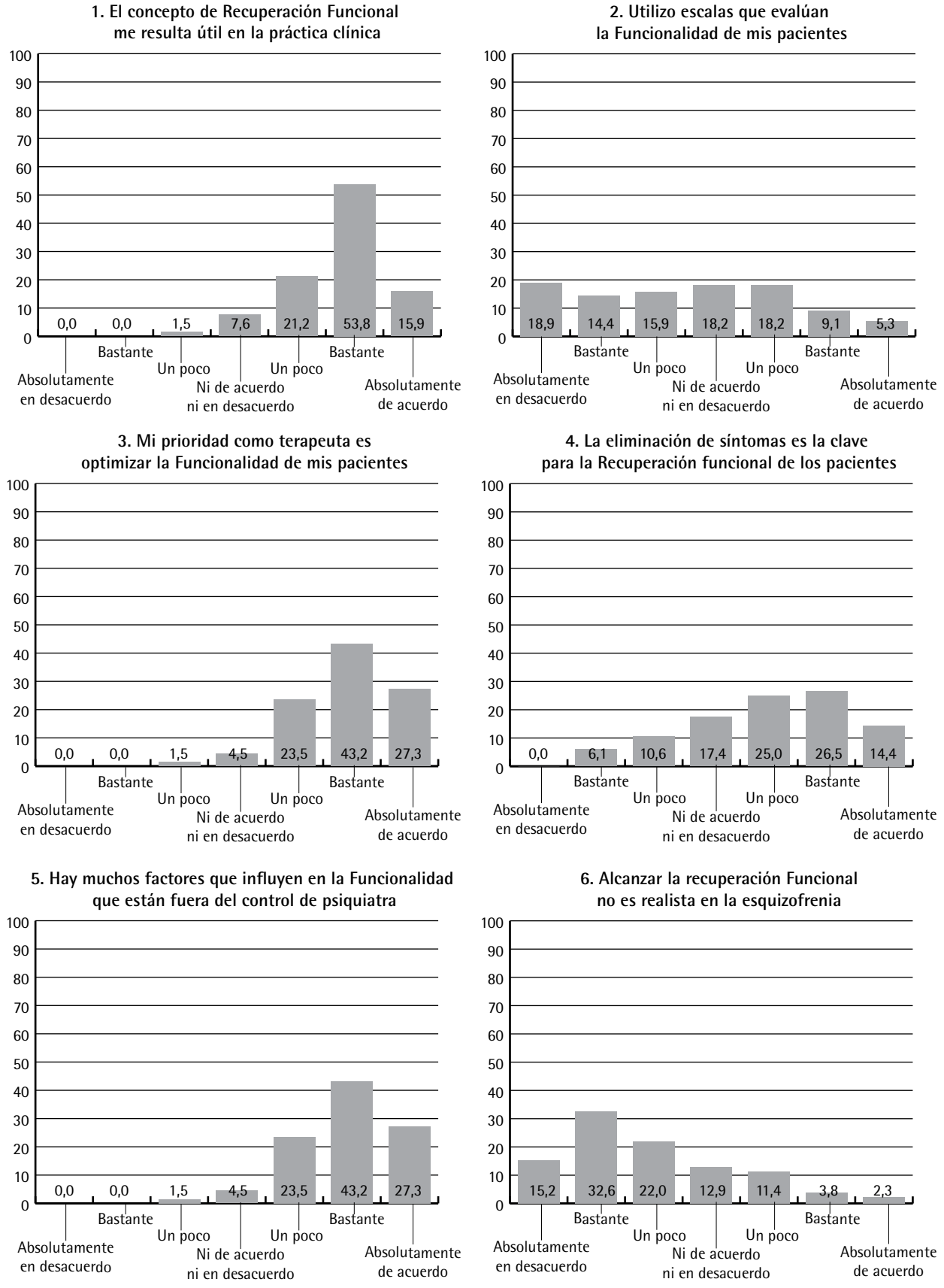
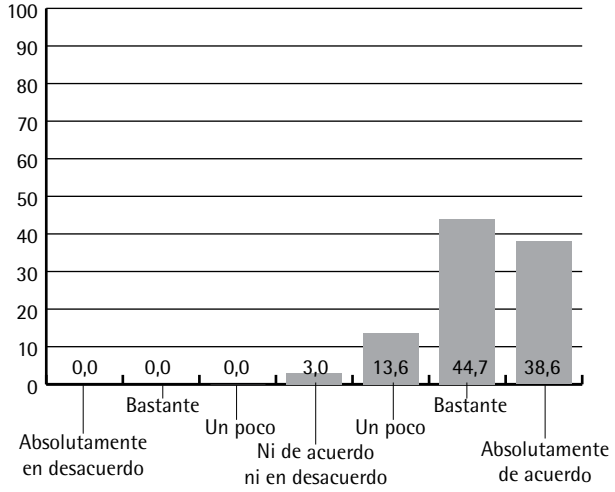
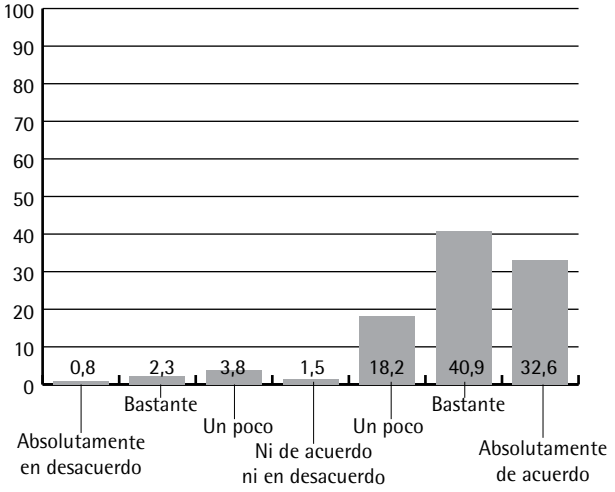


Figura 1 | *Respuesta de los psiquiatras en la encuesta (1 parte)*

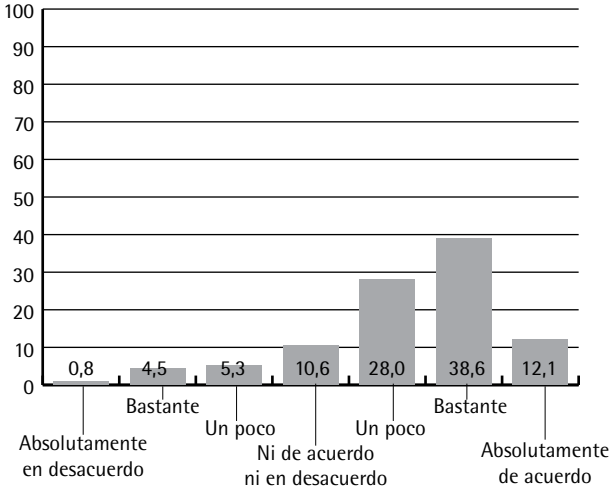
7. La implementación de intervenciones psicosociales es importante para obtener la Recuperación Funcional



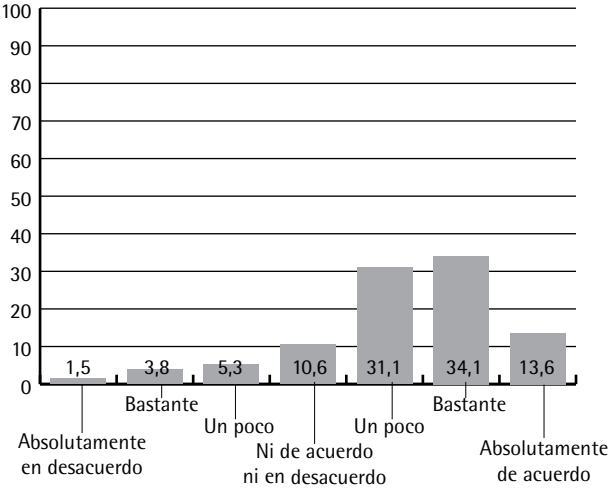
8. Hay diferencias entre los antipsicóticos orales típicos y atípicos en cuanto al grado de Recuperación Funcional



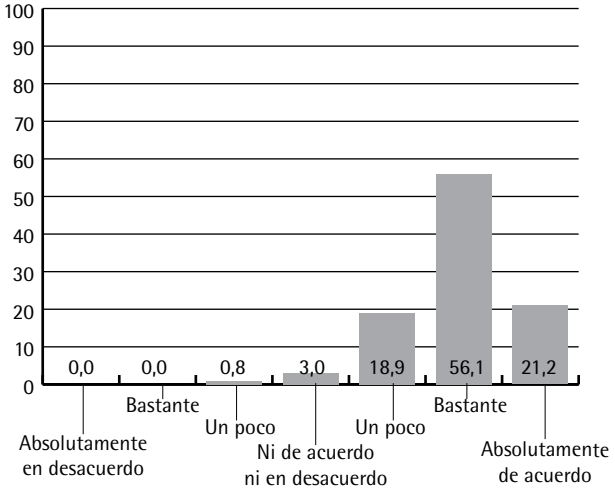
9. Hay diferencias entre los distintos antipsicóticos orales atípicos en cuanto al grado de Recuperación Funcional



10. Hay diferencias entre los antipsicóticos orales y de larga duración en cuanto al grado de Recuperación Funcional



11. Para mí, la baja funcionalidad del paciente es motivo para reconsiderar el tratamiento



12. En general, creo que, para los psiquiatras de mi entorno, la baja funcionalidad del paciente es motivo para reconsiderar el tratamiento

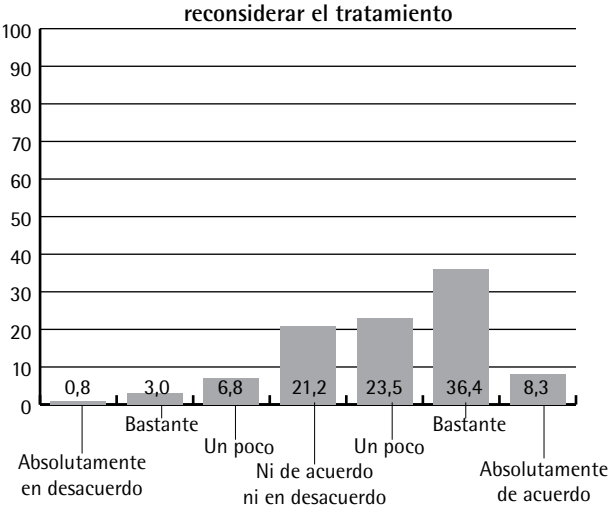


Figura 2 | *Respuesta de los psiquiatras en la encuesta (2 parte)*

el 91,7% de psiquiatras se mostró un poco, bastante o absolutamente de acuerdo con que existen diferencias entre los antipsicóticos típicos y atípicos en cuanto al grado de funcionalidad. Mayor variabilidad de respuesta aparece en relación a las diferencias entre los atípicos: el 50,7% cree *bastante* o *absolutamente* que hay diferencias, un 28% *un poco* de acuerdo, y un 21,3% opta por una opción distinta (10,6% neutro y 5,3% *un poco en desacuerdo*). El 78,7% de la muestra considera que existen algunas diferencias en relación a la RF entre los antipsicóticos atípicos orales y de larga duración, mientras que un 21,2% adopta una posición neutra o discrepante. Las dos últimas preguntas muestran distinta distribución de respuesta. Para el 77,3% la baja funcionalidad del paciente es un claro motivo para reconsiderar el tratamiento (y aumenta al 96,2% si se incluye la respuesta *un poco* de acuerdo). Sin embargo, cuando se pregunta acerca de la misma creencia "para los psiquiatras de mi entorno", el porcentaje desciende al 44,7% (más un 23,5% que está *un poco de acuerdo)*, existiendo un 28% de respuestas neutras u opuestas.

Análisis cualitativo

Se analizaron los comentarios registrados durante los diferentes grupos focales, entre los que se encontraron marcadas coincidencias. A continuación se exponen los mensajes con mayor significatividad, clasificados según las categorías analíticas pre-establecidas:

¿Qué es y cómo se evalúa la RF?

- Para los participantes, a diferencia de otros constructos como la remisión sintomática, **el constructo RF es complejo y multidimensional,** y existe una gran dificultad para delimitarlo y definirlo:

  "Es muy complejo y tiene muchos matices, claro, tú sabes que recuperas la rodilla, la rodilla tiene una función solamente, ¿no? No son las múltiples facetas que tiene la vida de una persona" (G1)

  "Es complejo de definir, sí. Yo creo que lo entendemos más así, de forma abstracta, que luego a la hora de ponerle palabras y definir" (G2)

- En la valoración de la funcionalidad, resulta clave **tener en cuenta los factores ambientales que rodean al paciente:** oportunidades de trabajo, familia, recursos. A veces estos factores se encuentran más allá del ámbito clínico y dependen de las condiciones socio-culturales del sujeto. En otras, la potencial RF se limita por la escasez de recursos de rehabilitación psicosocial.

  "El contexto es fundamental. No es lo mismo trabajar en una zona rural o en una zona urbana. O incluso el nivel de funcionalidad [previo] de los pacientes, porque muchas veces proyectamos nuestro interés y no tanto el interés del paciente o del contexto del paciente" (G3)

  "Es un concepto muy difícil porque intervienen muchas variables, efectivamente. La presión familiar, los amigos... (...), tienes tal objetivo en función de eso" (G5)

- **Se determina la funcionalidad actual del paciente en relación al nivel previo.** Dada la dificultad de evaluar el grado de funcionalidad de un paciente, hay que comparar el estado actual del paciente con el nivel premórbido, del cual sólo se tienen datos indirectos a través de los informantes:

  "Conseguir la capacidad funcional que tenía previa el paciente, antes de la alteración psicótica. Eso sería lo óptimo, ¿no? Conseguir el estado previo (...)" (G2)

- **La RF es la meta terapéutica, aunque en realidad se alcanza en pocos casos.** Los psiquiatras participantes refieren la dificultad de recuperar el nivel funcional premórbido y cómo a menudo la irrupción de la esquizofrenia supone un corte vital.

  [La RF] "es difícilmente alcanzable, pero yo creo que es la meta, ¿no? Al principio, quizá, sí hay más recuperación, pero luego cuando pasa el tiempo..." (G2)

  "Si el nivel de exigencia es muy alto y pretendemos llegar al nivel previo y hay unos déficits, pues es muy probable que la sensación de frustración del paciente puede ser contraproducente" (G5)

- **Escaso uso de escalas de evaluación de la funcionalidad.** Los psiquiatras refieren hacer un escaso uso de las escalas de funcionalidad, por falta de tiempo y por carencias que observan en ellas (p.ej. falta de contextualización). Su uso prácticamente se limita a la participación en ensayos clínicos:

  "De no ser algún estudio, algún ensayo, la verdad es que en la práctica..." (G2)

  "Muchas veces no tenemos tiempo material para pasar la escala. (...) Utilizamos escalas intuitivas, la entrevista que hacemos, el contexto en que tú quieres desarrollar la funcionalidad, ya sea la familia, los amigos, en el trabajo" (G3)

¿Qué relación existe entre Síntomas y Funcionalidad?

- **Tratar los síntomas positivos es necesario -pero no suficiente- para alcanzar la RF.** Los síntomas positivos disruptivos imposibilitan la funcionalidad, pero una vez tratados, ésta depende más de los síntomas negativos y

cognitivos. El concepto de Funcionalidad implica superar el objetivo de tratamiento basado únicamente en la reducción de delirios y alucinaciones:

"[En] un paciente que está en pleno brote psicótico, agresivo y tal, la pérdida de funcionalidad es muchísimo mayor" (G1)

"Para nosotros parece que nos mejora el paciente cuando mejora en los síntomas y no nos fijamos tanto, yo creo, en los aspectos funcionales. Y sin embargo llega la familia y nos dice "está fatal". Claro, está fatal porque realmente no ha llegado la mejoría a lo que es la recuperación funcional" (G3)

- **Los síntomas negativos y cognitivos son nucleares de la esquizofrenia, predictivos de peor funcionalidad y más difíciles de tratar:**

"Todo lo que tiene que ver con deterioro cognitivo tiene que ver con recuperación funcional" (G5)

"Las dificultades no me vienen porque al paciente le miran mal en el trabajo o escucha voces o le miran por ahí, precisamente vienen porque el paciente no se levanta, porque no va a trabajar, porque al tercer día se siente desmotivado y no va ni siquiera a cobrar el sueldo" (G4)

Tratamiento y funcionalidad

- **Para alcanzar la RF es preciso la implementación de un tratamiento holístico e integral.** El tratamiento farmacológico, aislado, es insuficiente, y debe complementarse de intervenciones psicosociales individualizadas. Especialmente los participantes señalan la utilidad de las intervenciones familiares y de ayuda a la reinserción laboral. Se aclara también que, en el campo psicosocial, no es válida cualquier modalidad de terapia, sino aquella que tenga una eficacia probada:

"El primer paso sería el control de síntomas [...] que sería como un prerrequisito para luego otras intervenciones" (G1)

"Yo creo que hay que ser tajantes ahí (...) [Para la recuperación funcional] yo creo que nunca el tratamiento es sólo farmacológico" (G2)

- **Existen diferencias entre los fármacos típicos y atípicos en relación a la RF.** Pese a tener una eficacia similar, los fármacos típicos presentan un perfil de efectos secundarios que impactan negativamente sobre la funcionalidad. Los participantes coinciden en el efecto estigmatizador de algunos efectos adversos específicos, como la sialorrea, el parkinsonismo, la sedación o la obesidad:

"La imagen de las plantas de psiquiatría ha cambiado radicalmente, antes parecía una película de zombis y además, fíjate que yo creo que afecta claramente al estigma" (G4)

- **¿Es la baja funcionalidad de un paciente un motivo para replantear su tratamiento farmacológico, aunque esté estable sintomatológicamente? Sí, pero no se hace.** En esta pregunta los participantes adoptan recurrentemente la posición de aceptar que la Funcionalidad debe ser un criterio -por sí misma- de re-evaluación de tratamiento, pero que el miedo a la desestabilización es una barrera para ello:

"Si hay baja funcionalidad, tenemos que replantearnos el tratamiento (...). Pero si el paciente está estable psicopatológicamente, tolera bien el tratamiento, se lo toma, vamos, no toco absolutamente nada" (...) Ese temor de no tocarlo, no vaya a ser que se desestabilice" (G1)

"Depende de la expectativa del psiquiatra. Valoramos más la funcionalidad cuanta más expectativa tenemos en la recuperación del paciente" (G3)

¿Cuáles son las necesidades reales de los pacientes?

- **Son necesidades universales y comunes a cualquier persona.** Independientemente del *insight* sobre la enfermedad, los pacientes muestran necesidad de ayuda, apoyo y escucha, aparte de necesidades existenciales comunes a la mayoría de la gente:

"Es estar bien, lo que todo el mundo quiere: tener novia, tener casa, tener trabajo. (...) Porque el paciente no te dice "quíteme el delirio" (G4)

"Apoyo, ayuda, las necesidades de cualquier persona, amor..." (G5)

Miles de cosas. Desde no estar tan solos... (...) poder estar más integrados, tener un trabajo, una novia..." (G1)

- **Divergen de las necesidades que solemos considerar los psiquiatras.** Los participantes señalan la discrepancia entre nuestros objetivos terapéuticos y las necesidades expresadas por los pacientes. Esto da lugar a un debate entre la relación médica paternalista y la colisión entre los principios de beneficencia y respeto a la autonomía:

"¿Qué piden ellos? ¿O que nosotros queremos que...?" (G2)

"Cómo te voy a decir yo a ti cómo estarías tú mejor. Las necesidades clínicas de los pacientes pasan porque nos enteremos de qué es lo que necesitan" (G1)

DISCUSIÓN

El valor principal de este estudio es que sus resultados integran el conocimiento y la experiencia clínica de un grupo de expertos de amplia procedencia, a partir de un análisis mixto cuali-cuantitativo. Este abordaje complementario -frente a estudios previos basados exclusivamente en una encuesta- puede aprehender opiniones y actitudes de los psiquiatras con potencial trascendencia en el manejo clínico de la esquizofrenia. Según los datos de la encuesta, para la gran mayoría de los psiquiatras el concepto de RF es útil y constituye su prioridad clínica. Estos resultados contrastan con una encuesta realizada en España hace pocos años[2], lo que podría indicar un cambio de tendencia. En ella los participantes indicaban que el control de síntomas era el objetivo prioritario, mientras que la prevención de recaídas y la funcionalidad eran objetivos secundarios. Ello contrasta con que el 94% de los psiquiatras consultados en nuestro estudio coloca la RF como prioridad clínica. Esta tendencia apreciada en la opinión de los profesionales -que trasvasan el foco desde el control de los síntomas a la promoción de la funcionalidad- se observa también en la incipiente incorporación de medidas de funcionalidad en el desarrollo de fármacos antipsicóticos[21,22].

El uso de escalas de evaluación (17% en el estudio previo y 14% en el nuestro) permanece siendo minoritario, y contrasta con la reciente adaptación al español y validación de instrumentos sencillos y relativamente fáciles de aplicar[23,24]. Esta tendencia a la evaluación no estandarizada de la RF plantea algunos problemas, como la escasa fiabilidad o concordancia entre jueces, y la escasa sensibilidad al cambio, lo que puede conducir a una actitud nihilista en relación con nuestras posibilidades terapéuticas y al pronóstico vital de los propios pacientes[25]. El rechazo a la evaluación sistemática puede tener distintas causas, siendo la principal el tiempo y complejidad de administración[26,27] o la escasa validez ecológica de algunas escalas. En todo caso, los grupos focales subrayan la importancia de partir del nivel funcional premórbido del paciente, más allá de ideas prefijadas o estándares universales, o sea, realizar una evaluación individualizada de la funcionalidad.

En otros aspectos, nuestro estudio es concordante con la encuesta llevada a cabo en 42 países acerca de la importancia, evaluación y manejo de la funcionalidad en la esquizofrenia[28]. En ella se observa que la gran mayoría de psiquiatras (92%) considera la RF un objetivo terapéutico, aunque reconoce que más de 2/3 de sus pacientes tienen una funcionalidad deficiente. Esta paradoja entre expectativa clínica y realidad está presente también en nuestro estudio, lo que sugiere, primero, que estas apreciaciones son compartidas globalmente y, segundo, que probablemente aspirar a una mayor RF -aunque no se cumpla en la mayoría de los casos- es la actitud idónea para optimizar el tratamiento. Y viceversa, que una actitud nihilista, con escasas o nulas expectativas de cambio, es una garantía para la *profecía auto-cumplida*, en la que un tratamiento deficiente confirma que el paciente con esquizofrenia no puede mejorar. Una segunda coincidencia con el trabajo de Gorwood et al. es la importancia otorgada por los psiquiatras a las intervenciones psicosociales en la RF de la esquizofrenia. De manera casi unánime, se considera que las opciones para mejorar la funcionalidad pasan por implementar intervenciones como la psicoeducación, la terapia familiar, diversas formas de entrenamiento en habilidades sociales, la rehabilitación cognitiva, la gestión de casos y/o medidas de inserción laboral.

Respecto al tratamiento farmacológico, se observa un moderado optimismo en la evolución histórica de la psicofarmacología de la esquizofrenia. Para la mayoría de encuestados existen diferencias entre antipsicóticos típicos y atípicos respecto a la RF, y el 78,7% encuentra diferencias entre los atípicos, y entre los atípicos orales y de larga duración. Los psiquiatras de los grupos focales también expresan diferencias funcionales entre los fármacos, sobre todo debidas al distinto perfil de tolerabilidad. Ciertos efectos secundarios (se señalan la sedación, la sialorrea, el parkinsonismo o la obesidad) no sólo dificultan la realización de actividades diarias sino que generan mayor estigma social. El 77,3% considera que la baja funcionalidad -aun estando estables los síntomas- es motivo para re-evaluar el tratamiento; sin embargo, cuando se formula la pregunta hacia "los psiquiatras de su entorno", el porcentaje desciende al 44,7%. Esta discrepancia entre la auto-percepción y la opinión del entorno, es clarificada en los grupos focales, donde reiterativamente se considera que la baja funcionalidad *debería ser* motivo de re-evaluación del tratamiento, pero no lo es -aún- en realidad. Se señala que hay una tendencia, una "corriente", que propugna priorizar la funcionalidad del paciente, pero ello coexiste con el miedo del psiquiatra a la desestabilización sintomática.

Las limitaciones del presente estudio son varias: a) al no realizarse un sondeo probabilístico sino incidental, los participantes del estudio pueden no ser representativos de la totalidad de psiquiatras españoles; b) el tamaño muestral de la encuesta es relativamente bajo, lo que se ve compensado en parte por una tasa de respuesta del 100% (p.ej. la del estudio de Gorwood et al. fue del 13%); c) el contexto de la evaluación, al tratarse de una reunión patrocinada por una compañía farmacéutica, puede haber influido en algunos de los resultados. También destaca la similitud de algunas de las opiniones obtenidas a través de ambos métodos, lo que parcialmente podría explicarse porque los 42 participantes de los grupos focales también respondieron a la encuesta (representando el 31,8% del total). La principal fortaleza es el abordaje mixto cuali-cuantitativo sobre una muestra amplia de psiquiatras de toda la geografía española, lo que permite una indagación exhaustiva de su opinión en este campo.

Como conclusión, los psiquiatras consultados consideran -tanto en la encuesta como a través del discurso propio- que establecer la RF como meta terapéutica y administrar un tratamiento óptimo e integral enfocado a ella puede beneficiar a los pacientes con esquizofrenia.

CONFLICTO DE INTERESES

Estos grupos se llevaron a cabo durante la II Reunión VIVE, organizada por Janssen España, en Alicante, mayo 2014. Pese a dar facilidades logísticas para su realización, Janssen no participó en el diseño del estudio, selección de categorías temáticas ni en la interpretación del discurso.

Los autores han recibido honorarios por su participación en cursos de formación continuada o asesoramiento de las siguientes entidades (en los últimos 5 años):

- Guillermo Lahera: Ministerio de Ciencia e Investigación, Servicio Madrileño de Salud; Elly-Lilly, Lundbeck, Otsuka, Janssen-Cilag.
- José Vicente Pérez-Fuster: Janssen-Cilag, Lundbeck, Servier, Pfizer y Rovi.
- Miguel Martinez-Roig: Esteve, GSK, Janssen-Cilag, Lilly, Lundbeck, Otsuka, Pfizer, Servier y Rovi.
- José Luis Gálvez: Janssen-Cilag, Lundberck, Servier, Rovi y Pfizer.
- Pedro Sánchez: Janssen-Cilag, Adamed, Lundbeck y Ferrer.
- Miguel Roca: Instituto de Salud Carlos III, European Union, Ferrer, Janssen-Cilag, Lundbeck, Pfizer y Servier.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd edition. Arlington: American Psychiatric Association; 1980.
2. Balanzá V, Bobes J, Fernando C, García P, Martínez MR, Olivares JM, Rodríguez A, Herrero MS, San L: La funcionalidad en el paciente con trastorno mental grave: una encuesta de opinión entre psiquiatras españoles. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc). 2011;4(Suppl 1):1-8.
3. McEvoy JP. Functional outcomes in schizophrenia. J Clin Psychiatry. 2008;69(Suppl 3):20-4.
4. Jaaskelainen E, Juola P, Hirvonen N, et al. A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. Schizophr Bull. 2013 Nov;39(6):1296-306.
5. Novick D, Haro JM, Perrin E, Suarez D, Texeira JM. Tolerability of outpatient antipsychotic treatment: 36-month results from the European Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (SOHO) study. Eur Neuropsychopharmacol. 2009;19:542-50.
6. Hegarty JD, Baldessarini RJ, Tohen M, Waternaux C, Oepen G. One hundred years of schizophrenia: a metaanalysis of the outcome literature. Am J Psychiatry. 1994;151:1409-16.
7. Menezes NM, Arenovich T, Zipursky RB. A systematic review of longitudinal outcome studies of first-episode psychosis. Psychol Med. 2006 Oct;36(10):1349-62.
8. Novick D, Haro JM, Perrin E, Suarez D, Texeira JM. Tolerability of outpatient antipsychotic treatment: 36-month results from the European Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (SOHO) study. Eur Neuropsychopharmacol 2009;19:542-50.
9. Martínez M. Concepto de recuperación funcional. En: Roca M. Manual de recuperación funcional en la esquizofrenia. Madrid: Ed. Entheos; 2014.
10. Andreasen NC, Carpenter WT Jr, Kane JM, et al. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. Am J Psychiatry. 2005;162:441-9.
11. Barak Y, Aizenberg D. Clinical and psychosocial remission in schizophrenia: correlations with antipsychotic treatment. BMC Psychiatry. 2012 Aug 10;12:108.
12. Farkas M. The vision of recovery today: what it is and what it means for services. World Psychiatry. 2007;6:68-74.
13. Anthony WA. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychosocial Rehabilitation Journal. 1993;16:11-23.
14. Karavia A, Michopoulos I, Liappas I. Attitudes of mental health private practitioners dealing with patients with schizophrenia: a qualitative study from Greece. In Vivo. 2014 Mar-Apr; 28(2):243-7.
15. Hori H, Richards M, Kawamoto Y, Kunugi H. Attitudes toward schizophrenia in the general population, psychiatric staff, physicians, and psychiatrists: a web-based survey in Japan. Psychiatry Res. 2011 Apr 30;186(2-3):183-9.
16. Richards M, Hori H, Sartorius N, Kunugi H. Cross-cultural comparisons of attitudes toward schizophrenia amongst the general population and physicians: a series of web-based surveys in Japan and the United States. Psychiatry Res. 2014 Feb 28;215(2):300-7.
17. Bhugra D, Baldwin D, Desai M. Focus groups: implications for primary and cross-cultural psychiatry. Prim Care Psychiatr. 1997;3:45-50.
18. Kitzinger J. Qualitative research. Introducing focus groups. BMJ. 1995 Jul 9;311 (7000):299-302.
19. Roca M. Manual de recuperación funcional en la esquizofrenia. Madrid: Ed. Entheos; 2014.
20. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos. Barcelona: Ediciones Paidós; 1984.
21. Pandina GJ, Lindenmayer JP, Lull J, Lim P, Gopal S, Herben V, et al. A randomized, placebo-controlled study to assess the efficacy and safety of 3 doses of paliperidone palmitate in adults with acutely exacerbated schizophrenia. J Clin Psychopharmacol. 2010 Jun;30(3):235-44.
22. Schreiner A, Bergmans P, Cherubin P, Keim S, Rancans E, Bez Y, et al. A prospective flexible-dose study of paliperidone palmitate in nonacute but symptomatic patients with schizophrenia previously unsuccessfully treated with oral antipsychotic agents. Clin Ther. 2014 Oct 1;36(10):1372-88.
23. Garcia-Portilla MP, Gomar J, Bobes-Bascaran MT, Menendez-Miranda I, Saiz PA, Muñiz J, et al. [Development of the Spanish brief-version of the University of California Performance Skills Assessment (Sp-UPSA-Brief) in patients with schizophrenia and bipolar disorder]. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2014 Jul-Sep;7(3):113-20.
24. Garcia-Portilla MP, Saiz PA, Bousoño M, Bascaran MT, Guzmán-Quilo C, Bobes J; en nombre del grupo de validación de la versión española de la escala de Funcionamiento Personal y Social (PSP). Validation of the Spanish Personal and Social Performance scale (PSP) in outpatients with stable and unstable schizophrenia. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2011 Jan;4(1):9-18.
25. Sánchez P, Roca M. Evaluación de la funcionalidad. En: Roca M. Manual de recuperación funcional en la esquizofrenia. Madrid: Ed. Entheos; 2014.

26. World Health Organization. International classification of functioning, disabilities and health (ICF). Ginebra: World Health Organization; 2001. http://www.who.int/classifi cations/icf.
27. Schneider LC, Struening EL. SLOF: a behavioral rating scale for assessing the mentally ill. Soc Work Res Abstr. 1983;19:9-21.
28. Gorwood P, Burns T, Juckel G, Rossi A, San L, Hargarter L, Schreiner A; Europe, Middle East and Africa functioning group. Psychiatrists' perceptions of the clinical importance, assessment and management of patient functioning in schizophrenia in Europe, the Middle East and Africa. Ann Gen Psychiatry. 2013 Mar 26;12(1):8.