

Proyecto Di_Capacitados, Importancia de la visibilización



#di_capacitados

Vive sin prejuicios la esquizofrenia

Jerónimo Saiz Ruiz

**Jefe de Servicio/Catedrático de Psiquiatría
Hospital Universitario Ramón y Cajal
CIBERSAM. IRYCIS. Universidad de Alcalá**



Hospital Universitario
Ramón y Cajal

Comunidad de Madrid



Di_Capacitados

- * Gracias a la ayuda profesional y de las asociaciones de pacientes y cuidadores, al acceso al tratamiento adecuado y la integración y aceptación social, las personas con enfermedad mental pueden tener, hoy en día, una vida normal.
- * Sin embargo, en ausencia de estas herramientas, las consecuencias para la sociedad y el paciente pueden ser graves: desarraigo social y familiar, estigma, cronicidad y deterioro, desempleo, abuso de sustancias, suicidio...

Estigma y Enfermedad Mental

“Estas personas, se topan con el miedo y los prejuicios de los demás, con frecuencia basados en una concepción distorsionada de lo que son las enfermedades mentales. La **estigmatización** además de aumentar el sufrimiento personal y la exclusión social, puede impedir el acceso a la vivienda y al empleo, e incluso hacer que la persona afectada no busque ayuda por miedo a que se le etiquete”

(Libro Verde de la Salud Mental en Europa, 2007)

Estigma y Enfermedad Mental

Las personas con enfermedad mental tienen que enfrentarse a un problema doble:

- Por un lado, a los síntomas de la enfermedad misma
- Por otro, a los efectos del estigma asociado a su enfermedad

Tipos de Estigma

ESTIGMA PÚBLICO O SOCIAL

Reacciones del público general hacia un grupo determinado basadas en las creencias negativas acerca de dicho grupo

AUTO ESTIGMA

Reacciones de los individuos que pertenecen a un grupo estigmatizado y vuelven las actitudes estigmatizadoras contra ellos mismos

Definición de Estigma Público

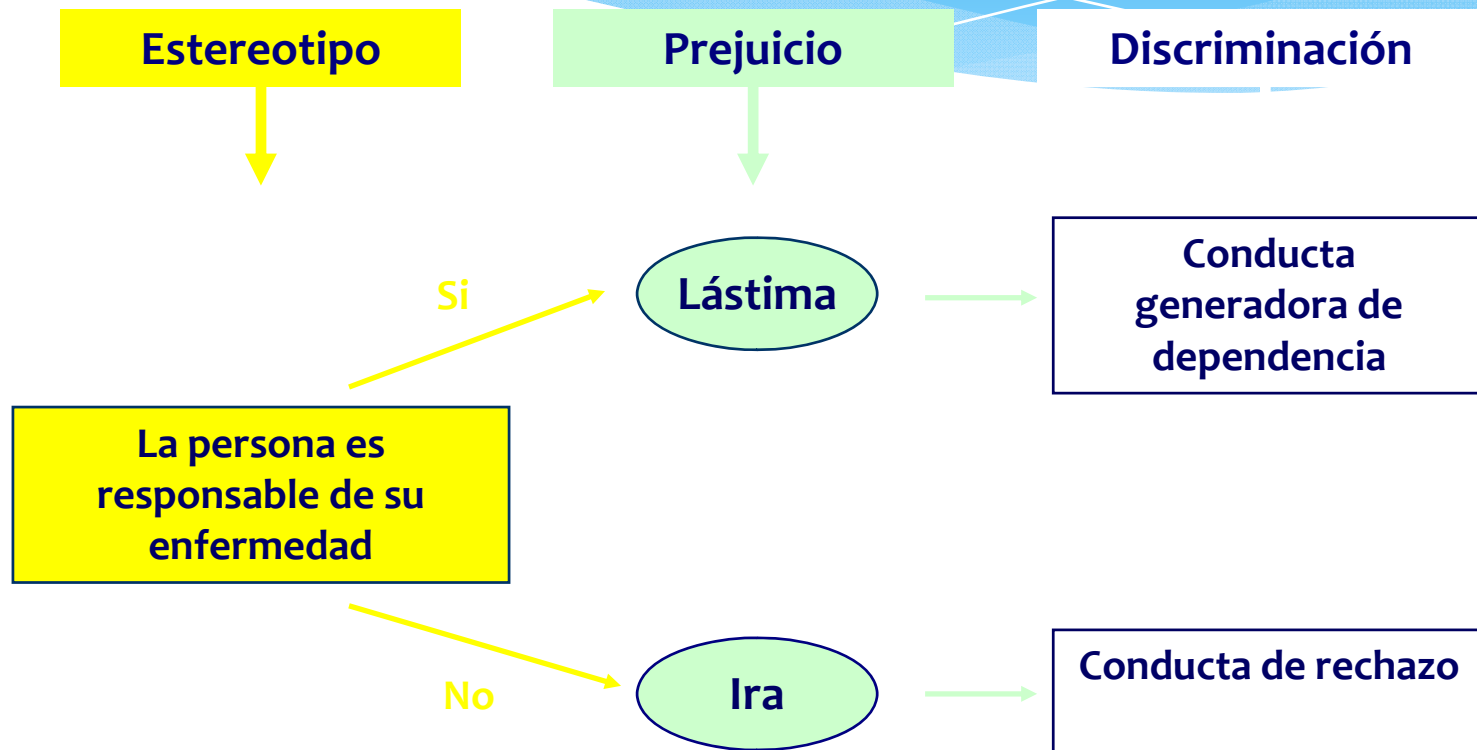
Prejuicios basados en **estereotipos** que producen **discriminación**



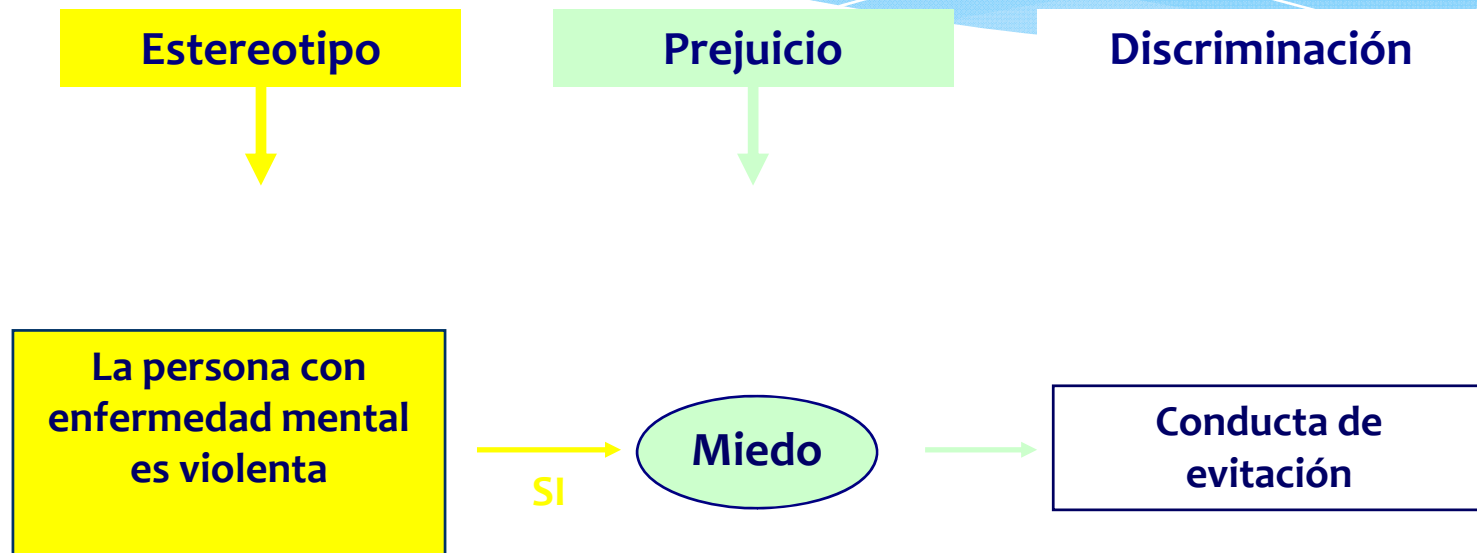
1. **Cognitivo: ESTEREOTIPO** (conjunto de creencias en gran parte erróneas sobre los miembros de un determinado grupo, que sesgan la percepción, memoria y valoración de su conducta)
2. **Afectivo o emocional: PREJUICIO** (predisposición positiva o negativa hacia los miembros del grupo)
3. **Conductual: DISCRIMINACIÓN** (acciones positivas o negativas hacia los miembros del grupo)

(Huizing E & Gcía. Cubillana P, 2007)

Modelo de estigma público de la enfermedad mental (I)



Modelo de estigma público de la enfermedad mental (II)



Autoestigma

Como el estigma público, el autoestigma consta de **estereotipo, prejuicio y discriminación**



1. **ESTEREOTIPO:** La persona estigmatizada aprueba el estereotipo (“Es cierto; ¡soy débil e incapaz de cuidar de mí mismo!”)
2. **PREJUICIO:** La aprobación del estereotipo le lleva a reacciones emocionales negativas (p.e. disminuye su autoestima y autoeficacia)
3. **DISCRIMINACIÓN:** A causa de las reacciones emocionales negativas, la persona puede autodiscriminarse (p.e. fracasar en buscar un trabajo o aprovechar oportunidades para vivir independientemente)

(Huizing E & Gcía. Cubillana P, 2007)

Estrategias para reducir la estigmatización y la discriminación

- * **Aumentar el desarrollo y el uso de fármacos que controlen los síntomas y, al mismo tiempo, reduzcan al mínimo los efectos 2º estigmatizantes**
- * **Iniciar actividades educativas en la comunidad dirigidas a cambiar las actitudes**
- * **Incluir la educación antiestigma en los profesores y profesionales sanitarios**

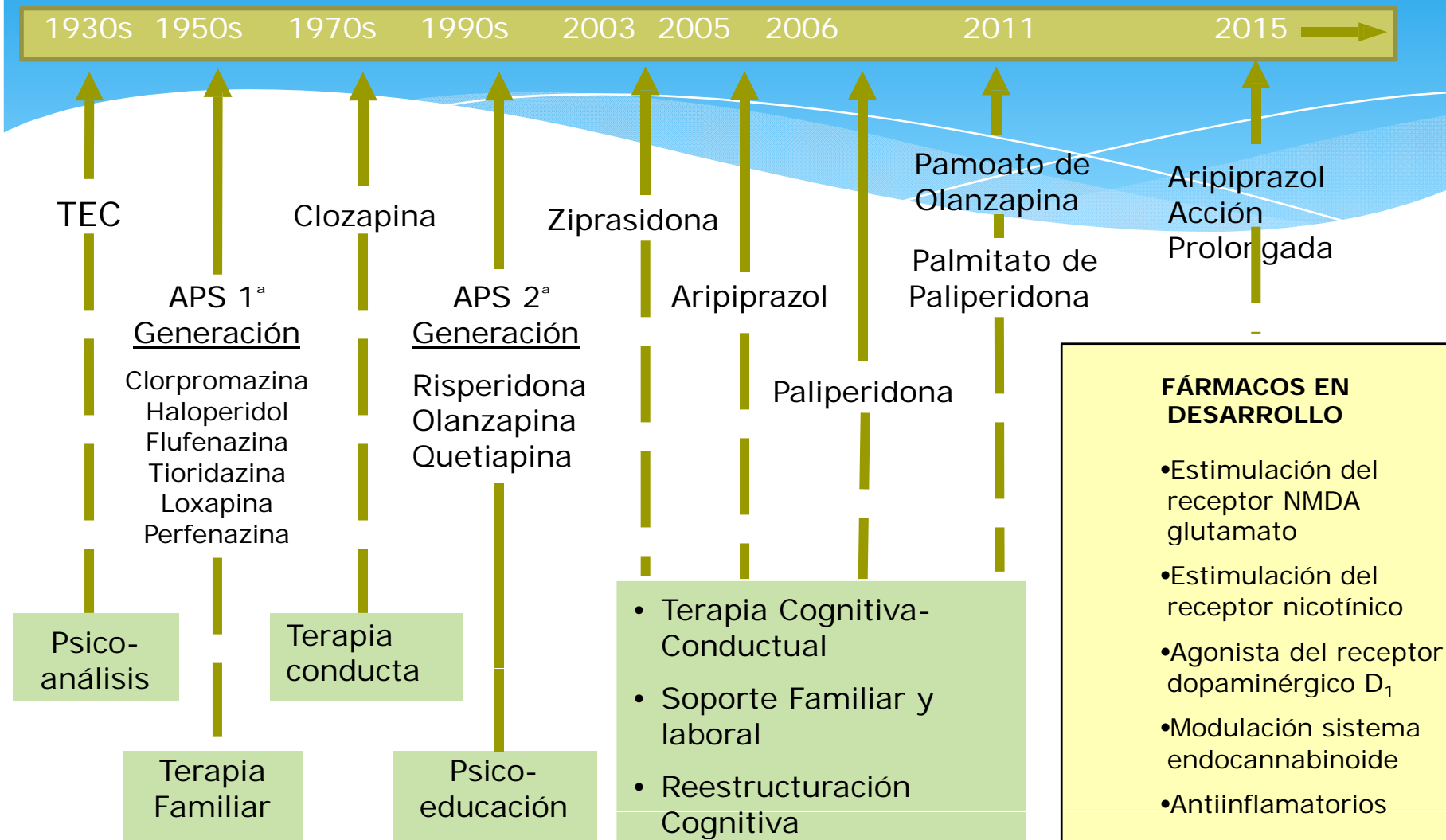
Estrategias para reducir la estigmatización y la discriminación

- * Mejorar la psicoeducación de los pacientes y sus familiares sobre las formas de vivir con la enfermedad**
- * Implicar a los pacientes y sus familiares en la identificación de las prácticas discriminatorias**
- * Promover acciones legales y sociales para reducir la discriminación**

Introducción

- * La Psicosis es un trastorno psiquiátrico potencialmente grave:
 - Habitualmente falta conciencia de enfermedad
 - Cumplimiento deficiente del tratamiento
 - Necesidad en muchos casos de rehabilitación psicosocial
- * Prevalencia: 1%
- * Inicio en edades tempranas y curso persistente
- * Consecuencias
 - Personales, familiares, laborales y sociales
 - Económicas: costes directos y costes indirectos

Psicosis: Avances en el Tratamiento Biológico y Psicosocial



Cambio de objetivos del tratamiento de la Psicosis en las pasadas décadas

1960's

Reducción de los síntomas psicóticos positivos



1980's

Tratamiento a largo plazo
Síntomas negativos



1990's

Déficit neuropsicológico
Calidad de vida relacionada con la salud / Déficit funcional



2000's

Bienestar subjetivo
Detección precoz / Retardo de la transición a la psicosis



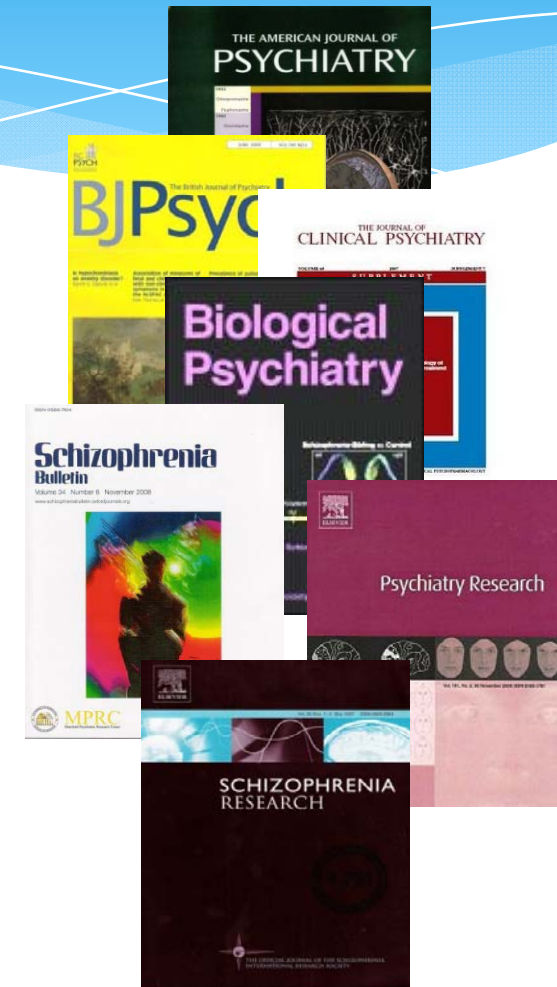
2010's

Remisión / Recuperación / Salud física

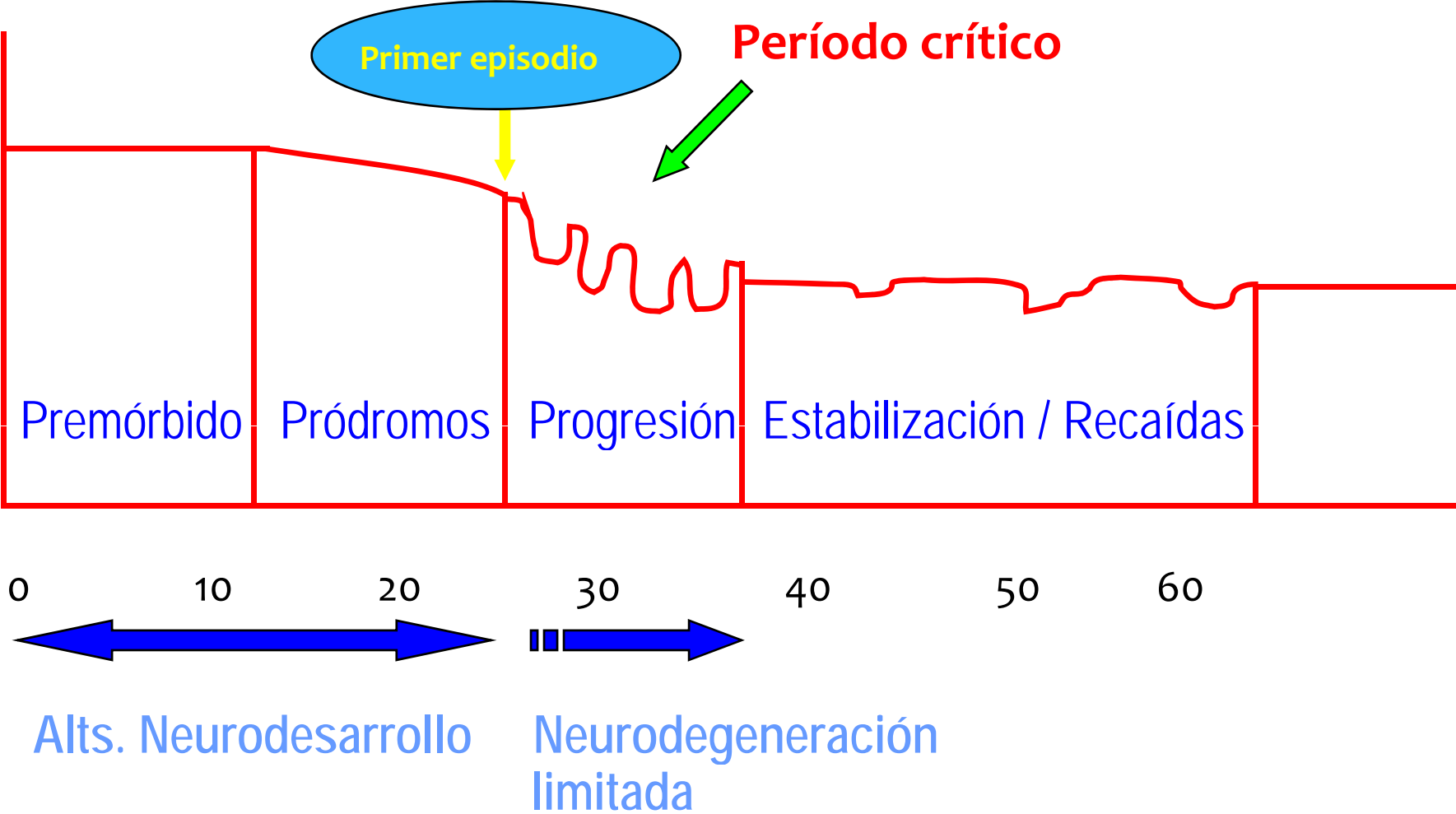


2014

Funcionalidad / Tratamiento integral



Curso natural de la Esquizofrenia



Hipótesis del periodo crítico

- * La gravedad de la esquizofrenia a largo plazo se establece en fases iniciales (5 años después del PEP)
- * Inicio del deterioro funcional en una fase vital para el desarrollo del individuo (desarrollo de independencia)
- * El desfase entre el funcionamiento clínico y social se produce en este periodo

Birchwood et al., Br J Psychiatry 1998; 172:S53-9

Is schizophrenia recovery a 'myth'?

A widespread and enduring notion about schizophrenia is that it is a hopeless brain disease associated with progressive clinical, cognitive, social, and vocational deterioration. After all, community mental health centers are replete with profoundly disabled persons who carry a schizophrenia diagnosis. Most have no friends, spouses, or significant others and have not been employed for years. So can one argue that persons with schizophrenia ever recover?

Desafíos terapéuticos



Esquizofrenia

S Positivos

- Delirios
- Alucinaciones

S Negativos

- Anhedonia
- Abulia, apatía
- Inhibición social
- Autocuidados

S Afectivos

- Embotamiento
- Afecto inadecuado
- Humor deprimido
- Angustia

S Cognitivos

- Pobreza pensamiento
- Dificultad p. abstracto
- Atención, []

**Pérdida de
funcionalidad**

Esquizofrenia

Pérdida de funcionalidad

Personal

- Falta de cuidados personales
- Riesgo de suicidio

Social

- Falta de relaciones sociales
- Trato distante con la familia

Laboral

- Abandono de los estudios
- Incapacidad para mantener un empleo



Introduction

The search for clinical outcome predictors for schizophrenia is as old as the field of psychiatry. However, despite a wealth of large, longitudinal studies and prospective trials, only very few clinically useful outcome predictors have been identified. The goal of these treatment is to either affect modifiable risk factors, or use nonmodifiable factors to better prepare patients for their personal management strategies. More clinical outcome predictors are necessary, and these predictors should be modifiable predictors for personal management strategies. Modifiable predictors for disease severity, poor prognosis and adjustment, and worse outcome (hospitalization) include risk factors for poor prognosis, including social support, medication adherence, and lack of insight into illness. Modifiable predictors for disease severity, poor prognosis and adjustment, and worse outcome (hospitalization) include risk factors for poor prognosis, including social support, medication adherence, and lack of insight into illness. Modifiable predictors for disease severity, poor prognosis and adjustment, and worse outcome (hospitalization) include risk factors for poor prognosis, including social support, medication adherence, and lack of insight into illness.

* Factores **no modificables**

- ❑ Sexo varón
- ❑ Inicio temprano
- ❑ Pobre ajuste premórbido
- ❑ Psicopatología grave basal

Factores relacionados con respuesta

* Factores **modificables**

- ❑ Duración DUP
- ❑ No **adherencia** al tto. antipsicótico
- ❑ Comorbilidad (TUS)
- ❑ Ausencia de respuesta temprana al tto. Antipsicótico
- ❑ No mejoría con el tratamiento antipsicótico

REVIEW

Open Access

The nature of relapse in schizophrenia

Robin Emsley^{1*}, Bonginkosi Chiliza¹, Laila Asmal¹ and Brian H Harvey²

Abstract

Background: Multiple relapses characterise the course of illness in most patients with schizophrenia, yet the nature of these episodes has not been extensively researched and clinicians may not always be aware of important implications.

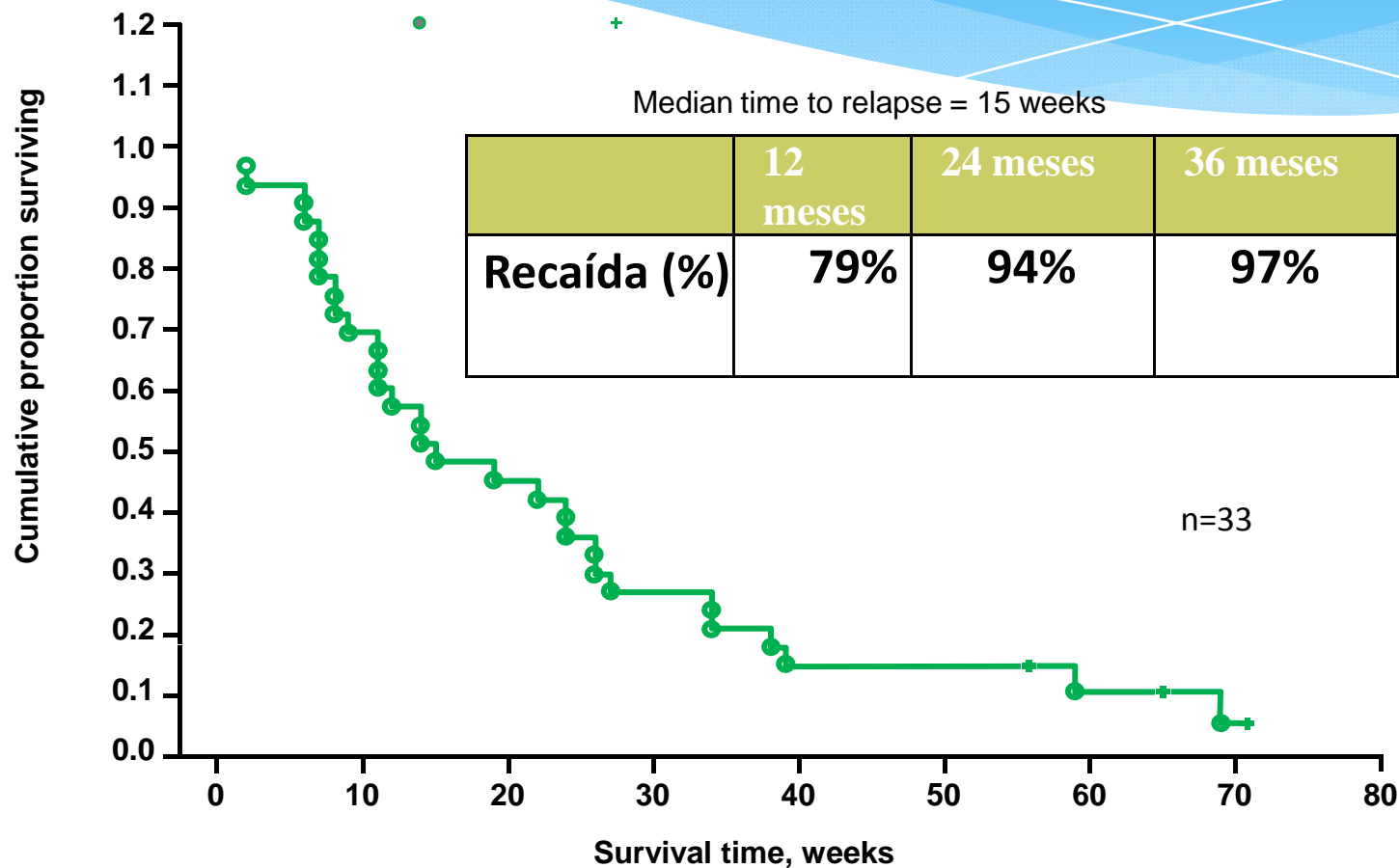
Methods: We critically review selected literature regarding the nature and underlying neurobiology of relapse.

Results: Relapse rates are very high when treatment is discontinued, even after a single psychotic episode; a longer treatment period prior to discontinuation does not reduce the risk of relapse; many patients relapse soon after treatment reduction and discontinuation; transition from remission to relapse may be abrupt and with few or no early warning signs; once illness recurrence occurs symptoms rapidly return to levels similar to the initial psychotic episode; while most patients respond promptly to re-introduction of antipsychotic treatment after relapse, the response time is variable and notably, treatment failure appears to emerge in about 1 in 6 patients. These observations are consistent with contemporary thinking on the dopamine hypothesis, including the aberrant salience hypothesis.

Conclusions: Given the difficulties in identifying those at risk of relapse, the ineffectiveness of rescue medications in preventing full-blown psychotic recurrence and the potentially serious consequences, adherence and other factors predisposing to relapse should be a major focus of attention in managing schizophrenia. The place of antipsychotic treatment discontinuation in clinical practice and in placebo-controlled clinical trials needs to be carefully reconsidered.

Keywords: Schizophrenia, Relapse, Antipsychotics, Discontinuation, First-episode, Dopamine

Recaída tras discontinuación en PEP remitidos después de 24 meses de tratamiento antipsicótico continuado



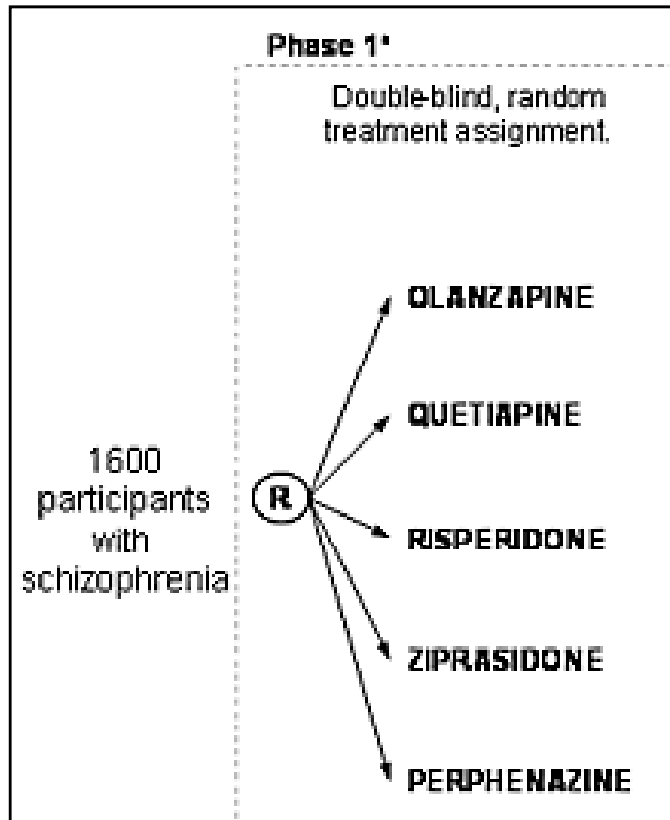
Adaptado de Emsley et al. J Clin Psychiatry 2012;73:541–547

Pacientes tratados con Antipsicóticos Orales abandonan el tratamiento

- Estudio independiente del NIMH
- 1493 pacientes; aleatorizados, doble-ciego



Risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona o perfenazina



- **75% abandonan el tratamiento en 18 meses** (duración media 5-6 meses)
- Motivo de Cambio del Tratamiento
 - 20% por efectos adversos
 - 31% por problemas de eficacia
 - 40% Incumplimiento, deseo expreso del paciente, etc

Razones para la no-adherencia

- **Factores relacionados con el paciente**

- Síntomas
- Función cognitiva
- Creencias sobre la salud
- Abuso de sustancias
- No adherencia previa

- **Factores relacionados con la Medicación**

- Falta de Eficacia
- Efectos secundarios
- Dosis altas
- Tipo de medicación
- Complejidad posología

- **Factores ambientales**

- Apoyo de cuidador
- Apoyo familiar y social
- Coste económico
- Barreras prácticas

- **Factores relacionados con el médico**

- Pobre alianza terapéutica
- Actitud del staff

Ventajas y desventajas de AAPs en esquizofrenia

Ventajas:

- * No requiere admón. diaria
- * Evita olvidos
- * Garantía de adherencia
- * Permite profesionales detectar incumplimiento (NICE 2009)
- * Menor riesgo de sobredosis
- * Menor riesgo de recaídas
- * Menor tasa de hospitalizaciones
- * Mayor estabilidad en niveles
- * Mínima absorción gastrointestinal: evita efecto paso hepático
- * Se reducen picos plasmáticos: menos efectos secundarios relacionados
- * Contacto regular con equipo de salud.

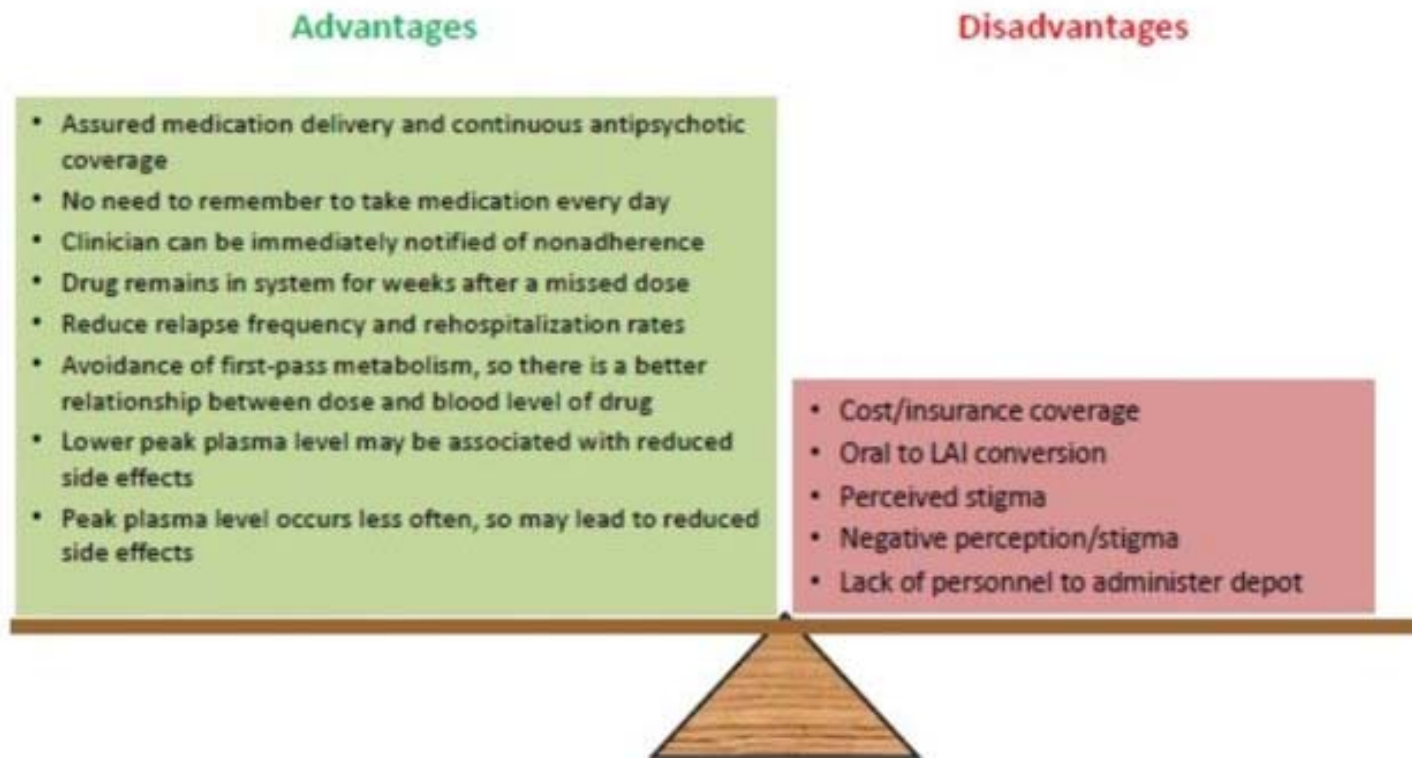
Desventajas:

- * Mayor tiempo para obtener niveles estables
- * Menor flexibilidad de ajuste de dosis
- * Manejo de efectos secundarios
- * Miedo/Dolor en sitio de inyección
- * Algunos requieren refrigeración
- * Percepción de estigma

Obstáculos prescripción psiquiatras:

- Sobreestima cumplimiento oral
- Se plantea en no adherentes
- Recurso ante recaídas
- Se ve como método “coercitivo”
- Miedo de reducir alianza terapéutica
- No se contempla en PEP

Antipsicóticos Acc. Prolongada vs vía oral



Copyright © 2013 Neuroscience Education Institute. All rights reserved.

Los antipsicóticos de Acc. Prolongada no tienen una eficacia superior a los orales.
Sin embargo ofrecen claras ventajas, incluyendo la adherencia terapéutica, fundamental en el proceso terapéutico

RESUMEN:

- ❑ La psicosis es una de las enfermedades psiquiátricas más graves que afectan al individuo, a la familia y a la sociedad.
- ❑ Esta enfermedad se produce por una interacción de la predisposición genética y las variables del entorno.
- ❑ Actualmente, la esquizofrenia se considera una enfermedad del neurodesarrollo con alteraciones desde la gestación hasta la adolescencia.
- ❑ La fisiopatología de la esquizofrenia está relacionada con distintas áreas anatómicas cerebrales y con diversos neurotransmisores, aunque de ellos es la dopamina el más relevante.
- ❑ Los tratamientos de la esquizofrenia incluyen abordajes farmacológicos, psicológicos y sociales y la lucha contra el estigma y la discriminación.
- ❑ Se considera que a menudo es una enfermedad crónica con frecuentes recaídas a lo largo de la vida, por lo que se deberá procurar que el paciente no abandone el tratamiento y apoyar a la familia durante el curso evolutivo.
- ❑ El objetivo es la plena recuperación del enfermo, incluyendo su rol social, familiar, laboral,... llegando al desarrollo de una vida normal y de calidad satisfactoria.

Conclusiones

- * La psicosis es un trastorno mental grave
- * Necesidad de detección e intervención precoz
- * Se precisan los recursos psicológicos y sociales, además del apoyo familiar para un abordaje rehabilitador integral
- * Tratamiento con antipsicóticos: Buscar máxima eficacia y baja tasa de efectos secundarios
- * Objetivo: Funcionalidad, calidad de vida y tto. integral
- * Prevención de recaídas: Adherencia terapéutica
- * Considerar AAPs para asegurar adherencia



FIN

GRACIAS POR SU ATENCIÓN

jeronimo.saiz@uah.es