

TRATAMIENTO

Hay muchos mitos en torno a las enfermedades mentales graves (SMI, por sus siglas en inglés) que no son exactos. Echemos un vistazo a los mitos comunes en torno al tratamiento de las SMI.

MITO

Los planes de seguridad no son efectivos para las personas que padecen de SMI.

REALIDAD

Un plan de seguridad es diferente a un contrato de seguridad. Solo los planes de seguridad son eficaces para mitigar el riesgo de suicidio.

Los contratos de seguridad o contratos para la seguridad (CFS, por sus siglas en inglés) son aquellos en los que una persona se compromete verbalmente o por escrito a no autolesionarse.¹ Es como firmar un contrato para no suicidarse. Los contratos de seguridad se han utilizado durante años, pero la investigación muestra que no mitigan el riesgo de suicidio.²⁻³

Los planes de seguridad son exactamente eso: planes. Se centran en lo que las personas planean hacer para mantenerse a salvo.⁴⁻⁵ Antes de una crisis de salud mental, las personas escriben estrategias de afrontamiento y apoyos que les son útiles cuando sienten que surge una sensación de autolesión. Las investigaciones demuestran que los planes de seguridad funcionan.¹⁻⁵

Los planes de seguridad suelen incluir:

- ✔ Señales de alerta temprana
- ✔ Estrategias
- ✔ Lugares seguros a los que puede ir la persona
- ✔ Personas o grupos que pueden proporcionar distracciones o apoyo
- ✔ Profesionales con los que se puede contactar
- ✔ Cómo hacer que el medio ambiente sea seguro
- ✔ Una o más cosas por las que vale la pena vivir

MITO

Solo los psiquiatras pueden tratar y manejar eficazmente a las personas que padecen de SMI.

REALIDAD

Dada la creciente y menguante evolución de los diagnósticos dentro de la categoría de SMI, y la diferencia en la experiencia de estos diagnósticos, un plan de atención para un individuo varía con el tiempo y también entre individuos con el mismo diagnóstico. La atención puede incluir psicoterapia, psicofarmacología y utilización de otros servicios de apoyo.⁶ Algunos, sin duda, necesitan atención especializada de psiquiatras. Sin embargo, la evidencia emergente sugiere que algunas personas que se atienden en entornos de salud mental y tienen regímenes de medicación estables pueden tratarse mediante la atención primaria utilizando un enfoque escalonado. En un estudio de pacientes psiquiátricos estables a quienes se les transfirió a una atención primaria, solo al 2.1 % se le transfirió de nuevo a entornos especializados de salud mental.⁷ La transición a la atención primaria era un indicativo para el individuo de que mejoró su enfermedad y era consistente con las prácticas orientadas a la recuperación.⁸

Actualmente, se están llevando a cabo otros estudios que analizan las transiciones en la atención de la salud mental a los entornos de atención primaria.⁹

MITO

El estado de alto riesgo clínico no es válido como constructo clínico

REALIDAD

La identificación temprana de los individuos con mayor riesgo de psicosis puede permitir a los médicos intervenir con mayor prontitud. Esto puede alterar potencialmente la trayectoria de la enfermedad. El término "alto riesgo clínico de psicosis" (CHR-P, por sus siglas en inglés) a veces se denomina pródromo, estado mental de riesgo o estado de riesgo superalto. Describe el período en el que un individuo tiene signos o síntomas de psicosis por debajo del umbral antes de la aparición de síntomas psicóticos francos.¹⁰ Algunos de los instrumentos más utilizados en la investigación de CHR-P son las entrevistas semiestructuradas, como la entrevista estructurada para síntomas prodrómicos¹¹ y la evaluación integral del estado mental de riesgo.¹² En una revisión general que resumió 42 metanálisis, entre los individuos que cumplían los criterios CHR-P, el riesgo de conversión a psicosis fue del 22 % a los tres años entre los individuos que cumplían los criterios CHR-P.¹³

MITO

Las personas que padecen de SMI no se benefician de la terapia.

REALIDADES

Las prácticas basadas en la evidencia (PBE) incluyen terapias que se estudian científicamente en personas que padecen de SMI y que han demostrado ser efectivas.¹⁴ De hecho, una gran cantidad de investigaciones muestran que muchas PBE son muy efectivas para reducir los síntomas debilitantes. Dos de los principales enfoques de PBE son la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la terapia cognitivo-conductual para la psicosis (TCC). Para que estos tratamientos sean efectivos, las personas deben participar activamente en su atención y los médicos deben brindar esa atención de acuerdo con los principios y estándares de la PBE.¹⁵

- ✔ Las PBE conducen a una atención de mayor calidad, costos reducidos, mayor satisfacción del médico y mejores resultados, en comparación con los enfoques tradicionales de atención.¹⁶
- ✔ Las PBE se basan en la mejor evidencia científica disponible sobre los tratamientos que funcionan.
- ✔ Las PBE conducen a mejores resultados porque se requiere capacitación especializada para brindar este tipo de atención.

Fuentes:

1. The Suicidal Client: Contracting for Safety (El cliente suicida: contratación por seguridad), <https://psychcentral.com/pro/the-suicidal-client-contracting-for-safety#1>
2. Kelly, K.T., & Knudson, M.P. (2000). Are No-Suicide Contracts Effective in Preventing Suicide in Suicidal Patients Seen by Primary Care Physicians? (¿Los contratos de no suicidio son efectivos para prevenir el suicidio en pacientes suicidas atendidos por los médicos de atención primaria?). Archives of Family Medicine, 9, 1119-1121
3. Bryan CJ, Mintz J, Clemans TA, Leeson B, Burch TS, Williams SR, Maney E, Rudd MD. Effect of Crisis Response Planning vs. Contracts for Safety on Suicide Risk in U.S. Army Soldiers: A Randomized Clinical Trial (Efecto de la planificación de la respuesta a la crisis frente a los contratos de seguridad sobre el riesgo de suicidio en soldados del Ejército de EE. UU.: un ensayo clínico aleatorizado). J. A. ect Disord. 2017 1 de abril; 212:64-72. doi: 10.1016/j.jad.2017.01.028. Epub 23 de enero, 2017. PMID: 28142085.
4. Stanley, B., & Brown, G. (2012). Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk (Intervención de planificación de la seguridad: una intervención breve para mitigar el riesgo de suicidio). Cognitive and Behavioral Practice, 19(2), 256-264.
5. Centre for Suicide Prevention (Centro para la Prevención del Suicidio), <https://www.suicideinfo.ca/resource/safety-plans/>
6. Dixon LB, Goldman HH, Bennett ME, et al: Implementing Coordinated Specialty Care for Early Psychosis: The RAISE Connection Program (Implementación de la atención especializada coordinada para la psicosis temprana: el programa de conexión RAISE). Psychiatric Services (Washington, D.C.) 66:691-698, 2015
7. Smith TL, Kim B, Benzer JK, et al: FLOW: Early Results from a Clinical Demonstration Project to Improve the Transition of Patients with Mental Health Disorders Back to Primary Care (Primeros resultados de un proyecto de demostración clínica para mejorar la transición de los pacientes con trastornos de salud mental a la atención primaria). Psychol Serv 18:23-32, 2021
8. Fletcher TL, Johnson AL, Kim B, et al: Provider Perspectives on a Clinical Demonstration Project to Transition Patients with Stable Mental Health Conditions to Primary Care (Perspectivas de los proveedores sobre un proyecto de demostración clínica para la transición de pacientes con condiciones estables de salud mental a la atención primaria). Translational Behavioral Medicine 11:161-171, 2021
9. Hundt NE, Yusuf ZI, Amspoker AB, et al: Improving the Transition of Patients with Mental Health Disorders Back to Primary Care: A Protocol for a Partnered, Mixed-Methods, Stepped-Wedge Implementation Trial (Mejora de la transición de los pacientes con trastornos de salud mental de vuelta a la atención primaria: un protocolo para un ensayo de implementación de grupos escalonados, de métodos mixtos y asociado). Contemporary Clinical Trials 105:106398, 2021
10. Fusar-Poli P, Borgwardt S, Bechdolf A, et al: The Psychosis High-Risk State: A Comprehensive State-of-the-Art Review (El estado de alto riesgo de la psicosis: una revisión exhaustiva e integral). JAMA Psychiatry 70:107-120, 2013
11. Miller TJ, McGlashan TH, Rosen JL, et al: Prodromal Assessment with the Structured Interview for Prodromal Syndromes and the Scale of Prodromal Symptoms: Predictive Validity, Interrater Reliability, and Training to Reliability (Evaluación prodrómica con la entrevista estructurada para síndromes prodrómicos y la escala de síntomas prodrómicos: validez predictiva, confiabilidad entre evaluadores y entrenamiento para la confiabilidad). Schizophr Bull 29:703-715, 2003
12. Yung AR, Yuen HP, McGorry PD, et al: Mapping the Onset of Psychosis: the Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States (Mapeo del inicio de la psicosis: la evaluación integral de los estados mentales en riesgo). Aust N Z J Psychiatry 39:964-971, 2005
13. Fusar-Poli P, Salazar de Pablo P, Correll CU, et al: Prevention of Psychosis: Advances in Detection, Prognosis, and Intervention (Prevención de la psicosis: avances en detección, pronóstico e intervención). JAMA Psychiatry 77:755-765, 2020
14. What is Evidence Based Practice and Why Does it Matter? (¿Qué es la práctica basada en la evidencia y por qué es importante?), <https://www.youtube.com/watch?v=qFhxrT4MDt8>
15. Barwick MA, Peters J, Boydell K. Getting to Uptake: Do Communities of Practice Support the Implementation of Evidence-Based Practice? (Captación: ¿las comunidades de práctica apoyan la implementación de la práctica basada en la evidencia?). J Can Acad Child Adolesc Psychiatry. 2009;18(1):6-29.
16. Drake RE, Goldman HH, Stephen Le...H, Lehman AF, Dixon L, Mueser KT, et al. Implementing Evidence-Based Practices in Routine Mental Health Service Settings (Implementación de prácticas basadas en la evidencia en entornos de servicios de salud mental de rutina). Psychiatr Serv. 2001;52(2):179-82. doi:10.1176/appi.ps.52.2.179.