



Optimización de la
Coordinación entre
dispositivos asistenciales
en el abordaje de la Persona
con Trastorno del Espectro
de la Esquizofrenia

SEA

Sociedad Española
de Calidad Asistencial



Otsuka

Lundbeck



Contenido

➤ Autores	pag 03
➤ Resumen Ejecutivo	pag 05
➤ Glosario	pag 08
➤ Introducción	pag 09
➤ Objetivo	pag 10
➤ Metodología	pag 10
⌘ Fase 1. Revisión bibliográfica	pag 11
◆ Estrategia de búsqueda	pag 11
◆ Criterios de selección y exclusión	pag 12
◆ Proceso de selección de trabajos	pag 13
⌘ Fase 2. Grupos focales	pag 14
◆ Grupo focal con pacientes y cuidadores	pag 14
◆ Grupo focal con profesionales expertos (Comité Científico)	pag 16
⌘ Fase 3. Estudio Delphi	pag 17
◆ Participantes	pag 18
◆ Cuestionario 0	pag 18
◆ Procedimiento	pag 19
◆ Puntos de corte	pag 19
➤ Resultados	pag 20
⌘ Resultados de la revisión bibliográfica (fase 1)	pag 20
◆ Análisis descriptivo de los trabajos incluidos en la revisión	pag 20
⌘ Resultados de los grupos focales (fase 2)	pag 23
◆ Resultados Grupo Focal con pacientes y cuidadores	pag 23
◆ Resultados Grupo Focal con profesionales expertos	pag 28
⌘ Resultados del estudio Delphi (fase 3)	pag 33
➤ Conclusiones	pag 41
➤ Referencias	pag 45

↗ AUTORES

❖ Comité Científico

Carlos Aguilera Serrano

Enfermero, especialista en salud mental, representando a la Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME)

Ana Cabrera Cifuentes

Paciente, directora de la Asociación Española de Apoyo en Psicosis (AMAFE)

Maria Llanos Conesa Burguet

Médico Psiquiatra, Jefa de Servicio del Hospital General Universitario de Valencia, Secretaría de la Sociedad Española de Psiquiatria y Salud Menta (SEPSM)

Jon Guajardo Remacha

Directivo, Gerente Osi Barrualde Galdakao, Vicepresidente segundo de la Sociedad Española de Directivos de Salud (SEDISA)

Aurora Fernández Moreno

Médico de familia, miembro del grupo de trabajo de salud mental de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFyC)

Maria Luisa Martín Barbero

Farmacéutica especialista, grupo de neuropsiquiatria de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH)

Verónica Olmo Dorado

Médico de familia, coordinadora del grupo de salud mental de la Sociedad Española de Medicos de Atención Primaria (SEMERGEN)

Carlos Roncero Alonso

Médico Psiquiatra, Presidente de la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD)

Coordinación

Manel Santíñà Vila

Equipo de Proyectos SECA

José J. Mira Solves

Equipo de Proyectos SECA, Universidad Miguel Hernández (UMH)

Emilio Ignacio García

Equipo de Proyectos SECA

Alicia Sánchez García

Equipo de Proyectos SECA, Universidad Miguel Hernández (UMH)

Clara Pérez Esteve

Equipo de Proyectos SECA, Universidad Miguel Hernández (UMH)

↗ AUTORES

❖ Participantes DELPHI

Begoña Vicente
Psiquiatra

Pablo Vega
Médico CAD

Roser Martínez-Riera
Psiquiatra

Miriam Celdrán
Farmacéutica especialista en FH

Beatriz Salazar
Farmacéutica especialista en FH

Christine Cirujeda
Farmacéutica especialista en FH

Elixabet Rodríguez
Farmacéutica especialista en FH

María González-Cid
Enfermera especialista en salud mental

Uxua Lazkanotegui
Enfermera

Rocío Pérez-Campina
Enfermera

Lidia Martínez- López
Enfermera

Guillermo García Velasco
Médico de familia

María Ayala
Médico de familia

María Teresa Martínez Ibañez
Médico de familia

Carlos Mur
Directivo

David Cantero
Directivo

Guadalupe Arilla
Médico de familia

Vanessa Deniz
Médico de familia

Isabel López Arteche
Psiquiatra

Carmelo Pelegrín
Psiquiatra

Ángela Ibáñez
Psiquiatra

Luís Gutiérrez Rojas
Psiquiatra

Miriam
Paciente

María Teresa
Paciente

Isabel
Paciente

Amalia
Paciente

Antoni Serrano
Psiquiatra

Xavier Labad
Psiquiatra

Francina Fonseca
Psiquiatra

Eulalio Valmisa
Psiquiatra

Marian Marina Díaz Marsá
Psiquiatra

Leticia González Blanco
Psiquiatra

↗ RESUMEN EJECUTIVO

Los Trastornos del Espectro de la Esquizofrenia (TEE) engloban un conjunto de entidades clínicas, entre ellas, la Esquizofrenia, considerada un Trastorno Mental Grave (TMG), un problema crónico y heterogéneo que tiene un impacto negativo en la vida de la persona que la padece y que requiere de tratamiento médico, sin el cual los pacientes pueden sufrir episodios recurrentes de la enfermedad¹.

La enfermedad también afecta al entorno inmediato del paciente, suponiendo una carga para las familias y los cuidadores, con un coste socioeconómico alto debido a costes indirectos de la misma, como el desempleo, la asistencia social y la hospitalización durante las crisis de la enfermedad¹.

Su manejo es complejo, lleno de desafíos, entre ellos poder ofrecer una atención integrada y de calidad, para ello es necesario incorporar la experiencia del paciente y analizar el recorrido de quienes la padecen en el Sistema Nacional de Salud.

El objetivo de este trabajo fue elaborar un conjunto de criterios de calidad diseñados para la atención a personas con TMG, específicamente aquellos diagnosticados como TEE (esquizofrenia), consensuados por la comunidad científica y los pacientes afectados; aplicables a los diversos dispositivos asistenciales encargados de proporcionar cuidado y soporte a estos pacientes, como un instrumento para asegurar una atención sanitaria con los más altos estándares de calidad y eficacia, basados en un consenso amplio y representativo.

Su desarrollo se basó en la metodología de investigación cualitativa que se dividió en tres fases.

En la **primera fase**, se realizó una revisión bibliográfica para identificar los aspectos clave del abordaje del paciente con TEE (esquizofrenia).

En la **segunda fase**, se realizaron dos grupos focales; uno con pacientes afectados, para determinar las barreras que encuentran en su recorrido por el sistema sanitario. Un segundo grupo focal, con un panel de 8 representantes de diferentes sociedades y asociaciones, expertos en la atención a estos pacientes, para orientar soluciones en el abordaje de las barreras identificadas, definiendo criterios de calidad en cada una de estas barreras.

En la **tercera fase**, se realizó un **estudio de Delphi de 2 olas**, con la participación de **4 pacientes y 28 profesionales**, representantes de diferentes especialidades, para priorizar y consensuar los criterios de calidad detallados en cada barrera.



↗ RESUMEN EJECUTIVO

Mediante los grupos focales se identificaron un total de **16 barreras y 46 criterios de calidad**, de los cuales se priorizaron **26 mediante las 2 rondas Delphi**. Estas son las barreras y los criterios de calidad priorizados para cada una de ellas:

⌚ CRITERIOS de CALIDAD, CONSENSUADOS y PRIORIZADOS

⌚ **Barrera 1. Retraso en el Diagnóstico. Insuficiente conocimiento de la enfermedad por parte de los profesionales sanitarios que tratan a pacientes con TEE (esquizofrenia).**

Criterio 1. Disponer de un protocolo en Atención Primaria que incluya criterios para la detección precoz (síntomas prodrómicos) y los criterios de derivación a Psiquiatría.

Criterio 2. Disponer de un canal de consulta al especialista de Salud Mental de referencia para el paciente con TEE (esquizofrenia).

⌚ **Barrera 2. Insuficientes consultas especializadas para un diagnóstico adecuado.**

Criterio 3. Disponer de un canal de comunicación entre Atención Primaria y Psiquiatría para la consulta de casos dudosos.

Criterio 4. Disponer de equipos multidisciplinares para la detección y el tratamiento de la enfermedad.

Criterio 5. Disponer de cita preferente para Psiquiatría en el caso de pacientes con sospecha de TMG.

⌚ **Barrera 3. Retraso en las visitas de seguimiento o falta de éstas.**

Criterio 6. Seguimiento precoz en la consulta de Psiquiatría, tras el primer episodio de esquizofrenia (≤ 15 días).

Criterio 7. Disponer de un acceso a consulta, fuera de los controles rutinarios de seguimiento, para situaciones de riesgo de reagudización.

⌚ **Barrera 4: Consultas repetitivas, protocolizadas, poco centradas en el paciente.**

No se priorizaron, dejándose para una segunda etapa de trabajo de mejora continua.

⌚ **Barrera 5: Margen de mejora en habilidades comunicativas de los profesionales de la salud. Mejorar la información al paciente sobre su enfermedad, proceso y tratamiento.**

No se priorizaron, dejándose para una segunda etapa de trabajo de mejora continua.

⌚ **Barrera 6: Mejorar la formación a familia y cuidadores para saber cómo ayudar. Apoyo a familiares.**

Criterio 8. Terapia de intervención familiar (IF) de tipo psicoeducativa para evitar recaídas y mejorar el pronóstico de la enfermedad.

Criterio 9. Informar a pacientes con TEE (esquizofrenia) y sus familias de los recursos sociosanitarios de apoyo.

Criterio 10. Realizar actividades formativas y talleres de educación a los pacientes con TMG (esquizofrenia) y a las familias en colaboración con las asociaciones.

↗ RESUMEN EJECUTIVO

Ω **Barrera 7: Insuficiente apoyo generalizado y carencias en la atención a los problemas psicosociales asociados.**

Criterio 11. Los pacientes con TEE (esquizofrenia) deben recibir atención psicosocial por parte del equipo multidisciplinar.

Ω **Barrera 8: Mejorar la Atención Integral y falta de coordinación y comunicación entre dispositivos y niveles asistenciales**

Criterio 12. Los pacientes con TEE (esquizofrenia) deben ser tratados en una unidad multidisciplinar.

Criterio 13. Disponer de una historia clínica electrónica que sea accesible a todos los servicios y niveles asistenciales involucrados en la atención a los pacientes con TMG (esquizofrenia).

Ω **Barrera 9: Carencias en la transición entre el sistema de salud y la vida cotidiana, en la fase de estabilización.**

Criterio 14. Formar al paciente con TEE (esquizofrenia) que lo requiera en habilidades sociales y habilidades para las actividades de la vida diaria.

Ω **Barrera 10: Riesgos en la transición desde infanto-juvenil a adultos.**

Criterio 15. Establecer un protocolo asistencial para facilitar una transición coordinada y adecuada de la atención del paciente de la etapa infantil a la adulta.

Criterio 16. Gestión intensiva de casos y servicios de apoyo comunitarios para pacientes con TMG (esquizofrenia) de inicio precoz.

Ω **Barrera 11: Retraso en encontrar el tratamiento farmacológico adecuado.**

Criterio 17. Conseguir la estabilidad de la enfermedad evitando ingresos hospitalarios.

Ω **Barrera 12: Mejorar la accesibilidad a los recursos (psiquiatría, psicología, nutricionista, sexología).**

Criterio 18. Disponer de una Red de Atención Sociosanitaria al Enfermo Mental Grave. Aclaración: en esta red se reúnen los recursos y se pueden valorar casos concretos.

Ω **Barrera 13: Mejorar el trato en los ingresos de los pacientes con TEE (esquizofrenia) (humanización en los ingresos).**

Criterio 19. Disponer de un protocolo para determinar cuándo y cómo se debe realizar la sujeción en pacientes con TMG (esquizofrenia).

Criterio 20. Determinar los daños físicos (fracturas, caídas) en pacientes con TEE (esquizofrenia).

Ω **Barrera 14: Mejorar la atención en urgencias de los pacientes con TEE (esquizofrenia).**

Criterio 21. Disponer de un protocolo asistencial para la atención a los pacientes con TEE (esquizofrenia) en urgencias.

Criterio 22. Disponer en urgencias de un cubículo específico para la atención al paciente psiquiátrico, que favorezca la intimidad del paciente con TMG (esquizofrenia) y una buena atención.

Ω **Barrera 15. Mejorar la atención en las ambulancias que trasladan a pacientes con TEE (esquizofrenia).**

Criterio 23. Realizar actividades de formación y sensibilización dirigida a los profesionales involucrados en el traslado de pacientes con TEE (esquizofrenia) para humanizar la asistencia.

Criterio 24. Disponer de un protocolo específico para el traslado al hospital del paciente con TMG (esquizofrenia) en fase aguda, incluido el traslado urgente y no voluntario.

Ω **Barrera 16: Necesidad de promover la sensibilización y dar voz a las personas con la enfermedad. Luchar contra el estigma social.**

No se priorizaron, dejándose para una segunda etapa de trabajo de mejora continua.

Ω **Criterios transversales de evaluación de resultados.**

Criterio 25. Evaluar la Calidad de Vida del paciente con TMG (PROM).

Criterio 26. Disponer de un sistema de medición de la Experiencia del paciente (PREM) en los servicios de salud mental para las personas con TEE (esquizofrenia).

↗ GLOSARIO

AP

Atención Primaria

CRP

Centros de Rehabilitación Psicosocial

CRL

Centros de Rehabilitación Laboral

DSM-5-TR

Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, quinta edición, versión revisada

IF

Intervención Familiar

ILP

Inyectables de liberación prolongada

PROM

Patient Reported Outcome Measures

PREM

Patient Reported Experience Measures

TCAEs

Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería

TEE

Trastornos del Espectro de la Esquizofrenia

TMG

Trastorno Mental Grave

USM

Unidad Salud Mental

↗ INTRODUCCIÓN

El término Esquizofrenia agrupa un conjunto de trastornos, Trastornos del Espectro de la Esquizofrenia (TEE), de etiología heterogénea y manifestaciones clínicas, respuesta terapéutica, curso evolutivo y pronóstico que puede diferir de un paciente a otro, e incluso en el mismo paciente. Por tanto son enfermedades mentales graves, crónicas y heterogéneas que tienen un impacto negativo en la vida de la persona que la padece^{1,3}.

Según los criterios del DSM-5-TR², las características clínicas de la esquizofrenia engloban síntomas positivos, negativos, cognitivos y afectivos.

Los síntomas positivos incluyen distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial (ideas delirantes), la percepción (alucinaciones), el lenguaje y la comunicación (lenguaje desorganizado), y la organización comportamental (comportamiento gravemente desorganizado o catatónico)^{1,3}.

Los síntomas negativos incluyen restricciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento afectivo), de la fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje (alogia), y para iniciar comportamientos dirigidos a un objetivo (abulia). Una característica asociada a la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos es la falta de conciencia de la enfermedad, que incluye la falta de conciencia de que la enfermedad requiere tratamiento y la falta de conocimiento sobre los propios síntomas^{1,3}.

Los síntomas cognitivos incluyen problemas de atención, concentración y memoria. El nivel de funcionamiento cognitivo de una persona es uno de los mejores predictores de su funcionamiento diario³.

Los síntomas afectivos son heterogéneos y cambiantes, así en las descompensaciones agudas, las emociones pueden ser de extrema afectividad, en forma de ira, pánico, felicidad extática o angustia paralizante. Por el contrario durante la fase de estabilización y conforme avanza el TEE, el afecto se torna ambivalente, indiferente, embotado³.



La esquizofrenia es un trastorno crónico que requiere de tratamiento médico sin el cual los pacientes pueden sufrir episodios recurrentes de la enfermedad, con una tasa de recurrencia alta tras la interrupción del tratamiento⁴. La falta de adherencia al tratamiento es común en personas con esquizofrenia y supone un desafío en la práctica clínica⁵. Uno de los factores que puede afectar a la falta de adherencia es la falta de conciencia de la enfermedad⁶.

Este trastorno afecta a más de 26 millones de personas en el mundo⁷ y tiene un gran impacto en la salud, el bienestar y la calidad de vida del paciente⁸. Las personas que padecen la enfermedad presentan una baja expectativa de vida debido a la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos (depresión, ansiedad, abuso de sustancias)⁹ y con enfermedades como síndrome metabólico, diabetes, trastornos cardiovasculares y respiratorios, así como enfermedades infecciosas^{10,11}. Además, la enfermedad también afecta al entorno inmediato del paciente, suponiendo una carga para las familias y los cuidadores, y supone un coste socioeconómico alto debido a costes indirectos como el desempleo, la asistencia social y la hospitalización durante las crisis de la enfermedad¹².

Debido a la naturaleza multifacética de la enfermedad, así como las diferentes fases vitales de los pacientes, el manejo es un proceso complejo lleno de desafíos que, con el fin de poder ofrecer una atención integrada y de calidad, requiere incorporar la experiencia del paciente y analizar el viaje que quienes padecen la enfermedad tienen que realizar dentro del sistema sanitario y en especial en los servicios de salud mental.

↗ OBJETIVO

El propósito principal de este estudio fué elaborar un documento que integrase un conjunto de criterios de calidad diseñados para la atención a personas con trastorno mental grave, específicamente aquellos diagnosticados de trastornos del espectro de la esquizofrenia, consensuados por la comunidad científica y los pacientes afectados. Estos criterios serían aplicables a los diversos dispositivos asistenciales encargados de proporcionar cuidado y soporte a este colectivo, asegurando así una atención sanitaria que cumpla con los más altos estándares de calidad y eficacia, basados en un consenso amplio y representativo.

↗ METODOLOGÍA

Este estudio se basó en una metodología de investigación cualitativa y se dividió en tres fases. En la primera fase, se realizó una revisión bibliográfica con el objetivo de identificar aspectos clave en el abordaje del paciente con esquizofrenia, a partir de la literatura científica existente hasta el momento. En la segunda fase, se llevaron a cabo dos grupos focales con el fin de, por un lado, identificar junto a los pacientes afectados por el trastorno y sus cuidadores las potenciales barreras y facilidades que encuentran en su recorrido por el sistema sanitario y, por otro lado, definir con un panel de expertos una solución para abordar las áreas identificadas, mediante la definición de criterios de calidad. En la tercera fase del estudio, se realizó un estudio Delphi, en el cual se priorizaron y consensuaron los criterios de calidad identificados con una representación de pacientes y profesionales.

La Figura 1 refleja el proceso seguido y sus fases.



⌘ Fase 1. Revisión bibliográfica

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica con el objetivo de identificar los aspectos clave en el manejo de pacientes con TEE (esquizofrenia), abarcando la literatura científica más relevante y actualizada hasta la fecha.

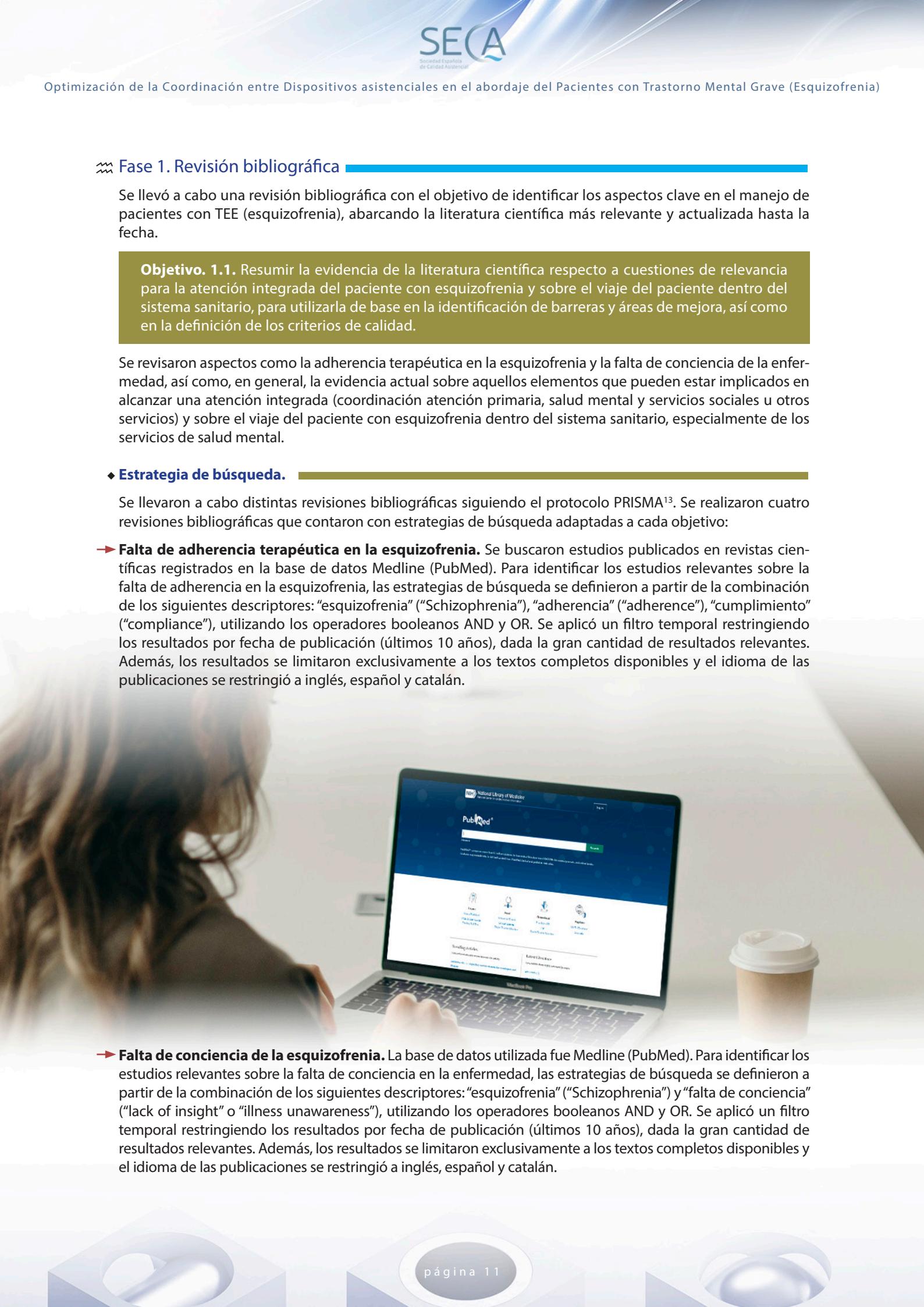
Objetivo. 1.1. Resumir la evidencia de la literatura científica respecto a cuestiones de relevancia para la atención integrada del paciente con esquizofrenia y sobre el viaje del paciente dentro del sistema sanitario, para utilizarla de base en la identificación de barreras y áreas de mejora, así como en la definición de los criterios de calidad.

Se revisaron aspectos como la adherencia terapéutica en la esquizofrenia y la falta de conciencia de la enfermedad, así como, en general, la evidencia actual sobre aquellos elementos que pueden estar implicados en alcanzar una atención integrada (coordinación atención primaria, salud mental y servicios sociales u otros servicios) y sobre el viaje del paciente con esquizofrenia dentro del sistema sanitario, especialmente de los servicios de salud mental.

◆ Estrategia de búsqueda.

Se llevaron a cabo distintas revisiones bibliográficas siguiendo el protocolo PRISMA¹³. Se realizaron cuatro revisiones bibliográficas que contaron con estrategias de búsqueda adaptadas a cada objetivo:

→ **Falta de adherencia terapéutica en la esquizofrenia.** Se buscaron estudios publicados en revistas científicas registrados en la base de datos Medline (PubMed). Para identificar los estudios relevantes sobre la falta de adherencia en la esquizofrenia, las estrategias de búsqueda se definieron a partir de la combinación de los siguientes descriptores: "esquizofrenia" ("Schizophrenia"), "adherencia" ("adherence"), "cumplimiento" ("compliance"), utilizando los operadores booleanos AND y OR. Se aplicó un filtro temporal restringiendo los resultados por fecha de publicación (últimos 10 años), dada la gran cantidad de resultados relevantes. Además, los resultados se limitaron exclusivamente a los textos completos disponibles y el idioma de las publicaciones se restringió a inglés, español y catalán.

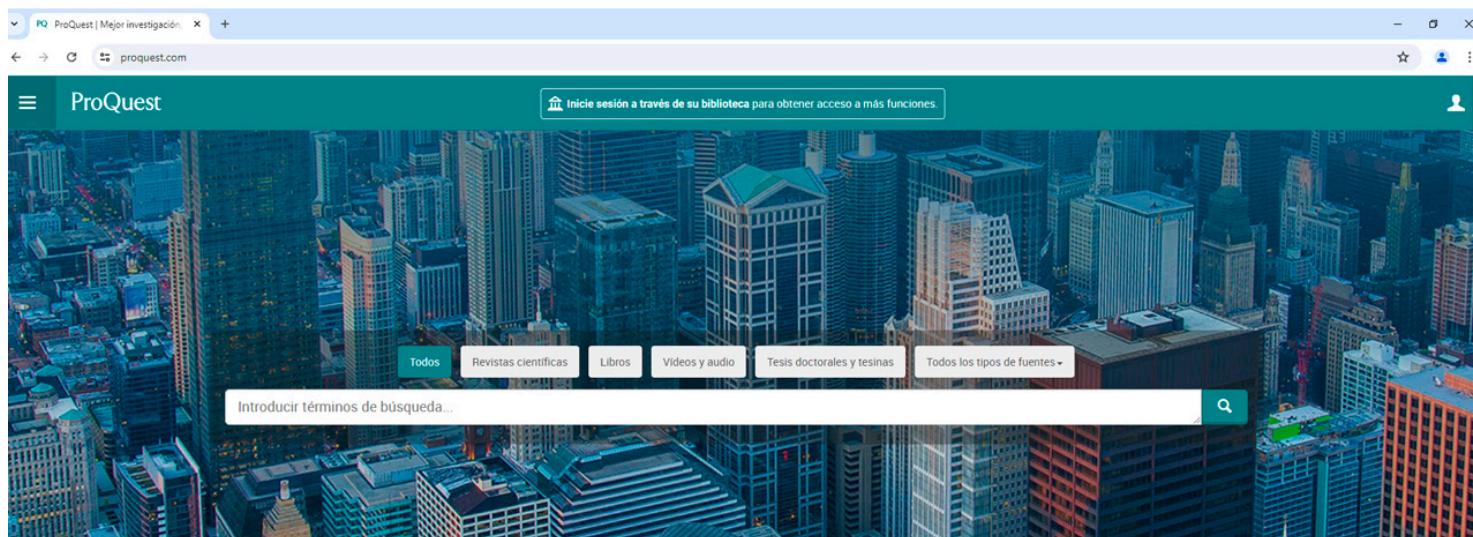


→ **Falta de conciencia de la esquizofrenia.** La base de datos utilizada fue Medline (PubMed). Para identificar los estudios relevantes sobre la falta de conciencia en la enfermedad, las estrategias de búsqueda se definieron a partir de la combinación de los siguientes descriptores: "esquizofrenia" ("Schizophrenia") y "falta de conciencia" ("lack of insight" o "illness unawareness"), utilizando los operadores booleanos AND y OR. Se aplicó un filtro temporal restringiendo los resultados por fecha de publicación (últimos 10 años), dada la gran cantidad de resultados relevantes. Además, los resultados se limitaron exclusivamente a los textos completos disponibles y el idioma de las publicaciones se restringió a inglés, español y catalán.

→ **Elementos para conseguir una atención integrada en las intervenciones en pacientes con esquizofrenia.**

En este caso, se utilizaron las bases de datos Medline (PubMed) y ProQuest y, además, se buscaron trabajos relevantes en International Journal of Integrated Care, que recopila últimos avances y tendencias de la investigación, la política y la práctica de la atención integrada. Para identificar los estudios relevantes sobre atención integrada en esquizofrenia, las estrategias de búsqueda se definieron a partir de la combinación de los siguientes descriptores: "esquizofrenia" ("Schizophrenia") y "atención integrada" ("integral care", "integrative care" o "integrated care"), utilizando los operadores booleanos AND y OR. Se aplicó un filtro temporal restringiendo los resultados por fecha de publicación (últimos 10 años), dada la gran cantidad de resultados relevantes. Además, los resultados se limitaron exclusivamente a los textos completos disponibles y el idioma de las publicaciones se restringió a inglés, español y catalán.

→ **Viaje del paciente con esquizofrenia.** Se buscaron estudios publicados en revistas científicas registrados en la base de datos Medline (PubMed) y ProQuest. Para identificar los estudios relevantes sobre "viaje del paciente" en esquizofrenia, las estrategias de búsqueda se definieron a partir de la combinación de los siguientes descriptores: "esquizofrenia" ("Schizophrenia") y "viaje del paciente" ("patient journey"), utilizando el operador booleano AND. En este caso, se aplicaron únicamente los filtros de disponibilidad del texto completo y el idioma (inglés, español y catalán), ya que son escasos los trabajos en esta temática.



♦ **Criterios de selección y exclusión.**

A continuación, se describen los criterios de selección y exclusión aplicados en la identificación de los estudios incluidos.

→ **Población de estudio.** Se incluyeron todos aquellos trabajos que trataban los temas de adherencia, conciencia, atención integrada y viaje del paciente. No se realizaron restricciones por edad. En cuanto a la patología se descartaron aquellos que trataban de los trastornos mentales graves de manera genérica sin diferenciar los diagnósticos concretos de la población de estudio.

→ **Idioma.** Únicamente se incluyeron en la revisión los trabajos publicados en inglés, castellano y catalán.

→ **Diseño del estudio.** No se establecieron criterios de exclusión por tipo de diseño de estudio, únicamente se excluyeron los estudios de validación de herramientas de evaluación (cuestionarios de evaluación de conciencia de enfermedad, por ejemplo). Se incluyeron estudios descriptivos, analíticos, transversales, longitudinales y experimentales, así como de carácter cualitativo y cuantitativo. También se incluyeron revisiones y metaanálisis.

→ **Variables estudiadas.** Adherencia terapéutica, conciencia de la enfermedad, aspectos de la atención integrada en esquizofrenia y viaje del paciente con la enfermedad en el sistema sanitario y de salud mental.

◆ Proceso de selección de trabajos.

La Tabla 1 recoge los registros identificados para cada una de las revisiones, según la estrategia de búsqueda utilizada. Se incluyen los estudios relevantes y, en los casos de haber utilizado varias bases de datos, el total de estudios incluidos, tras la eliminación de registros duplicados y excluidos por no cumplir los criterios de inclusión.

Tabla 1. Bases de datos, estrategias de búsqueda y registros encontrados.

Temas	Bases de datos	Descriptores	N
Adherencia	Medline (PubMed)	((compliance[Title/Abstract]) AND (adherence[Title/Abstract])) AND (schizophrenia[Title/Abstract])	65
		TOTAL	65
Conciencia de enfermedad	Medline (PubMed)	("lack of insight"[Title/Abstract]) OR ("illness unawareness"[Title/Abstract]) AND (schizophrenia[Title/Abstract])	46
		TOTAL	46
Atención integrada	Medline (PubMed)	(schizophrenia[Title/Abstract]) AND ("integral care" OR "integrative care" OR "integrated care")	49
	ProQuest	abstract(schizophrenia) AND abstract ((integral care" OR "integrative care" OR "integrated care")	6
	International journal of Integrated Care	schizophrenia	4
		DUPLOCADOS	1
		TOTAL	58
Viaje del paciente	Medline (PubMed)	schizophrenia AND "patient journey"	5
	ProQuest	abstract (schizophrenia) AND abstract ("patient journey")	2
		DUPLOCADOS	2
		TOTAL	5

El análisis permitió establecer una base sólida para las fases subsecuentes del estudio.

⌘ Fase 2. Grupos focales

Una vez terminada la revisión bibliográfica, se inició la recogida de información clave de personas afectadas por el trastorno y sus cuidadores, así como de los profesionales involucrados en la atención, en distintos niveles, de estos pacientes. Para ello, se llevaron a cabo dos grupos focales para extraer información clave sobre las potenciales barreras y facilidades, así como los posibles criterios de calidad para abordar estos puntos críticos.

◆ Grupo focal con pacientes y cuidadores.

Para obtener una comprensión más completa de las vivencias y necesidades de las personas con esquizofrenia y sus cuidadores en el ámbito del sistema de salud, se llevó a cabo un grupo focal. La reunión con pacientes y cuidadores se realizó el día 26 de junio de 2023, de manera presencial en Madrid.

Objetivo. 2.1. Conocer recorrido de los pacientes en el entorno médico (hospitalario y ambulatorio), conocer obstáculos, dificultades o facilidades que se encuentra en el sistema sanitario, conocer propuestas que podrían mejorar su experiencia como usuarios de salud, identificar los puntos más importantes para los pacientes en sus contactos con los servicios de salud.



Los participantes se reclutaron a través de las asociaciones de pacientes Asociación Española de Apoyo en Psicosis (AMAFE) y Asociación Aragonesa Pro Salud Mental (ASAPME). En el estudio se incluyó a personas con diagnóstico de TEE y estables en el tratamiento, así como a cuidadores directamente implicados en el cuidado de personas con este trastorno.

El grupo de participantes estaba compuesto por 4 hombres y 3 mujeres. De estos, 6 eran pacientes y 1 era cuidador directamente involucrado en el cuidado de una persona con esquizofrenia.

Se utilizó una guía de discusión semiestructurada para facilitar la interacción y promover la generación de ideas. La guía incluía preguntas sobre las dificultades o facilidades encontradas en el recorrido del paciente por el sistema de salud mental, especificando distintos niveles asistenciales como atención primaria, urgencias, hospital, unidad de salud mental, hospital de día y otros servicios implicados (enfermería, trabajador social, etc.). **La Figura 2** muestra el esquema que sirvió de guía en la reunión para identificar barreras y puntos críticos en distintos niveles de atención.

Figura 2. Viaje del paciente, guía para el debate en el grupo focal con pacientes.



Antes de iniciar la reunión, todos los participantes firmaron el consentimiento informado. El audio de la sesión fue grabado con el único fin de poder hacer un análisis completo de las aportaciones de las personas participantes.

La sesión duró 3 horas, con un pequeño descanso en la mitad de la sesión.

◆ **Grupo focal con profesionales expertos (Comité Científico).**

Una vez identificadas una serie de barreras por parte de las personas con TEE (esquizofrenia) y sus cuidadores, se llevó a cabo un segundo grupo focal con un panel de profesionales expertos (comité científico). La reunión se realizó el día 10 de julio de 2023, de manera online a través de la plataforma Zoom.

Objetivo. 2.2. Presentar los puntos críticos y las barreras o facilidades manifestados por los pacientes en relación a la atención al paciente con trastorno mental grave, específicamente esquizofrenia.

Objetivo 2.3. Debatir y proponer acciones de mejora y definir criterios de calidad que permitan medir y evaluar la calidad de la atención al paciente con trastorno mental grave, específicamente esquizofrenia.



Para la conformación del Comité científico, se invitó a diversas asociaciones y sociedades profesionales relevantes en la atención a pacientes con trastornos mentales graves, específicamente esquizofrenia. En concreto, se invitó a asociaciones del ámbito de la psicología y psiquiatría (Asociación Española de Psicología Clínica (ANPIR), Asociación Española de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia (AEPNYA), Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental (SEPSM), Sociedad Española de Patología Dual (SEPD); del ámbito de la enfermería de salud mental (Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME)); del ámbito de la atención primaria (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)); del ámbito de farmacia hospitalaria (Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH)); asociaciones de apoyo a pacientes (Asociación Española de Apoyo en Psicosis (AMAFE)); y del ámbito de la gestión sanitaria (Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA)).

De las 10 sociedades invitadas, 8 aceptaron participar. La composición final del Comité científico se muestra en la **Tabla 2**.

Tabla 2. Composición del Comité científico.

PARTICIPANTES	ASOCIACIONES
Carlos Aguilera	<i>Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEEsme)</i>
Ana Cabrera	<i>Asociación Española de Apoyo en Psicosis (AMAFE)</i>
Llanos Conesa	<i>Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental (SEPSM)</i>
Aurora Fernández	<i>Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)</i>
Jon Guajardo	<i>Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA)</i>
Marisa Martín	<i>Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH)</i>
Verónica Olmo	<i>Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)</i>
Carlos Roncero	<i>Sociedad Española de Patología Dual (SEPD)</i>

Al comienzo de la reunión, se informó a los participantes de que la reunión iba a ser grabada con el fin de poder realizar un análisis de las aportaciones realizadas. Todos los participantes estuvieron de acuerdo.

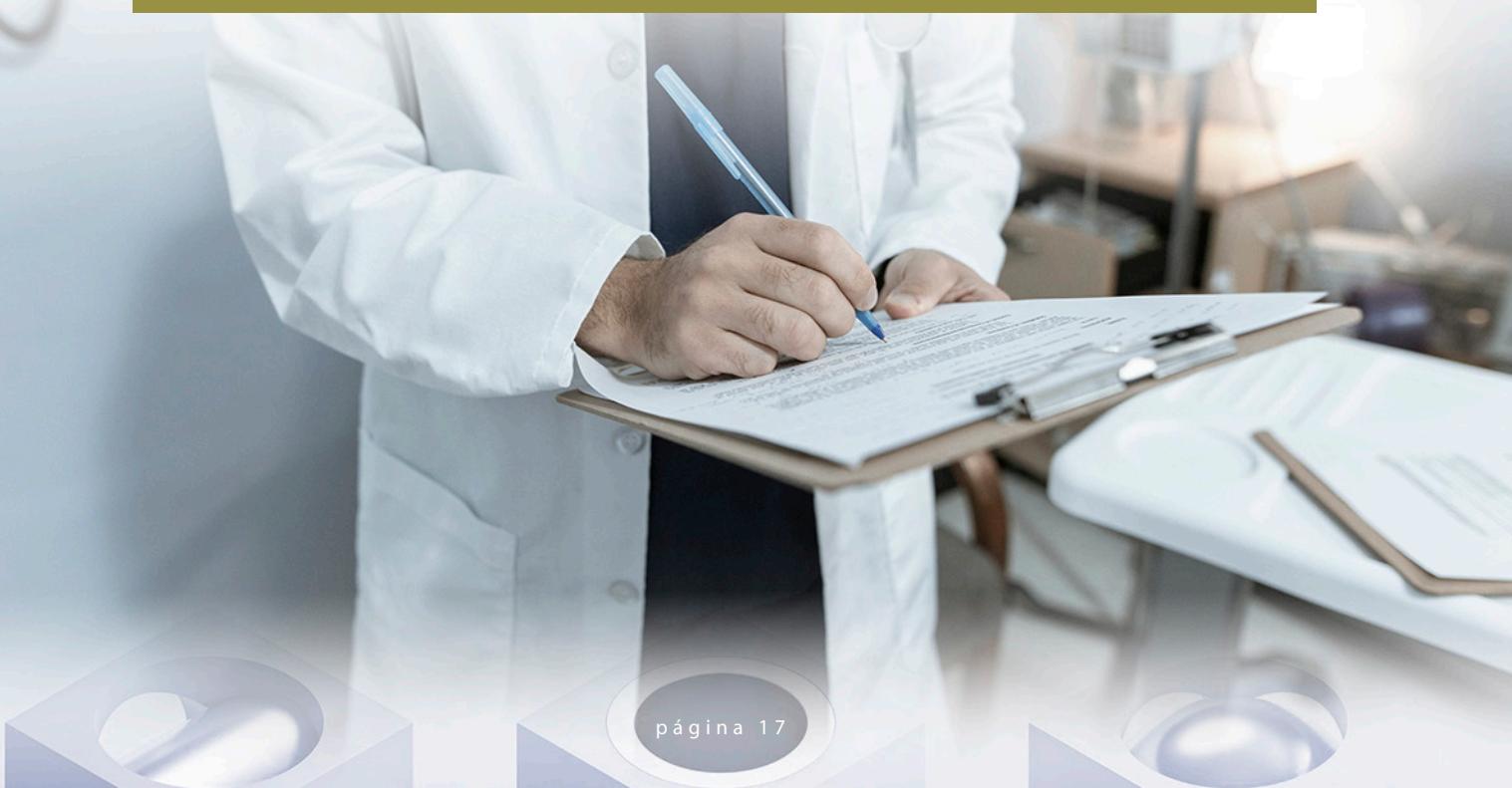
La sesión duró 3 horas, con un pequeño descanso en la mitad de la sesión.

Como parte del trabajo realizado en esta fase con el Comité científico y, una vez terminada la reunión, se entregó a los participantes un resumen de resultados, incluyendo su propuesta de criterios de calidad para cada barrera identificada, y se pidió a los participantes que de nuevo revisaran estos criterios. En este trabajo asincrónico, los miembros del Comité científico realizaron mejoras y nuevas aportaciones sobre el documento, lo que compuso el cuestionario 0 para el estudio Delphi de la siguiente fase.

⌘ Fase 3. Estudio Delphi

Con el fin de lograr un consenso sobre los criterios de calidad identificados en las fases anteriores, se recurrió a la metodología Delphi, lo que permitía involucrar a un número mayor de participantes y obtener una mayor representatividad nacional.

Objetivo. 3. Evaluar y consensuar los criterios de calidad que permitan medir y evaluar la calidad de la atención al paciente con trastorno mental grave, específicamente esquizofrenia, previamente identificados.



La técnica Delphi es un método cualitativo de recopilación de información y generación de consenso, en el cual expertos en un tema específico responden a una serie de preguntas y pueden priorizar los ítems en rondas sucesivas. Los participantes responden de forma anónima a un cuestionario (cuestionario 0) emitiendo una valoración en una escala, que se recoge y se analiza para identificar áreas de consenso y desacuerdo. En una segunda ronda (ola 2) se elabora un cuestionario en base a los resultados obtenidos en la primera ronda (ola 1) que se envía a los expertos para que revisen y ajusten su respuesta en función de la media obtenida en la primera ronda. La técnica Delphi permite implementar las rondas que sean necesarias hasta alcanzar un consenso sobre los ítems. Esta técnica es adecuada cuando se desea alcanzar un consenso entre especialistas en áreas de incertidumbre o problemas complejos y es a menudo utilizado en las ciencias de la salud^{15,16}.

◆ Participantes.

Los participantes fueron invitados por la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA). Se invitaron un total de 36 personas que representaban a personas con TMG y a profesionales relacionados con el trastorno. El reclutamiento de estas personas se realizó a través de las asociaciones y sociedades participantes en el grupo focal (AEESME, AMAFE, SEPSM, semFYC, SEDISA, SEFH, SEMERGEN y SEPD) y a través de la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA). A cada asociación o sociedad, se le pidió que proporcionara el contacto de entre 2-4 participantes, representantes de su colectivo, que pudieran contestar la consulta Delphi y tuvieran un compromiso para realizar como mínimo 2 rondas.

Se envió un correo electrónico de invitación formal en el que se pedía su consentimiento a participar en la consulta y se les indicaba que su participación sería remunerada a su finalización. Tras la confirmación, los participantes recibían el acceso a la consulta Delphi y podían ingresar en la plataforma y dar sus respuestas.

◆ Cuestionario 0.

El cuestionario inicial (cuestionario 0), resultado directo de los grupos focales, estaba formado por 46 criterios de calidad. De los 46 criterios, dos de ellos eran transversales y el resto estaban organizados en función de las 16 barreras previamente identificadas.

Los participantes tenían que evaluar el grado de acuerdo para cada criterio de calidad, dentro de cada barrera, reflejando la medida en que consideran que cada criterio mide la calidad de la atención a los pacientes con trastorno mental grave (esquizofrenia) en relación con la barrera específica en cuestión. El mensaje que los participantes visualizaban para barrera y criterio de calidad era: "Por favor, indique su grado de acuerdo con que estos criterios son apropiados para evaluar la calidad de la atención al paciente con Trastorno Mental Grave (esquizofrenia) en relación a esta barrera específica." La escala empleada era de 0 a 10, siendo 0 "Totalmente en desacuerdo" y 10 "Totalmente de acuerdo". Además, se ofrecía, por cada criterio, un apartado para proporcionar comentarios adicionales ("Si quiere realizar algún comentario sobre este criterio, dispone de un espacio para hacerlo"). La **Figura 3** muestra la visualización de una de las preguntas del cuestionario.

Figura 3. Vista previa del estudio Delphi (primera ola)

● Barrera 1. Retraso en el Diagnóstico. Falta de conocimiento de la enfermedad de profesionales sanitarios que tratan a pacientes con TMG (esquizofrenia)

Por favor, indique su grado de acuerdo con que estos criterios son apropiados para evaluar la calidad de la atención al paciente con Trastorno Mental Grave (esquizofrenia) en relación a esta barrera específica.

Criterio 1.2. Realizar formación en Atención Primaria sobre psicosis en general y esquizofrenia en particular para promover la detección temprana y la atención adecuada al paciente Requerida

Totalmente en desacuerdo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Totalmente de acuerdo

Si quiere realizar algún comentario sobre este criterio, dispone de un espacio para hacerlo

◆ Procedimiento.

Para el estudio Delphi, se utilizó una plataforma online empleada por el grupo conductor habitualmente para este método (<https://calite.umh.es/delphis/es/>). Los participantes podían acceder en cualquier momento mientras la consulta estaba activa mediante sus propias credenciales, lo que permitía la continuidad en la recogida y en el análisis de los datos. Los datos en todo momento eran confidenciales.

Los participantes podían ingresar en la consulta (cuestionario) a través de la plataforma una vez habían dado su consentimiento y obtenido sus credenciales. A partir de ese momento y mientras la consulta estaba activa, los participantes podían entrar tantas veces como quisieran para poder ofrecer su respuesta en varios momentos y sólo era válida cuando enviaban y finalizaban la ola. En el periodo de actividad de la consulta, se realizaron un máximo de 3 recordatorios para garantizar una tasa de respuesta adecuada.

Se llevaron a cabo dos rondas. La primera ola se inició el 15 noviembre de 2023 y finalizó el 18 de enero de 2024. La segunda ola se inició el 25 de enero de 2024 y finalizó el 5 de marzo de 2024.

◆ Puntos de corte.

Para determinar la aceptación o rechazo de cada criterio de calidad, el grupo conductor estableció los puntos de corte. En la primera ola, se consideró que el criterio se aceptaba si al menos el 75% de los expertos había otorgado una valoración superior o igual a 9 en la escala de acuerdo. El criterio de calidad era rechazado si menos del 60% de los expertos había otorgado valoraciones altas al criterio. Los criterios que se situaban entre el 75% y el 60% requerían una segunda ronda para identificar el grado de consenso sobre ellos. En la segunda ola, únicamente se presentaron los criterios que no habían cumplido ni el criterio de aceptación ni el criterio de rechazo. En esta ronda, el criterio de aceptación fue el mismo: una frecuencia superior o igual al 75% de valoraciones mayores o iguales a 9. Los criterios que no cumplían con este criterio fueron rechazados. La **Tabla 3** resume los puntos de corte utilizados.

Tabla 3. Puntos de corte utilizados en el estudio Delphi

Ola	Nivel de consenso	Valoración ≥ 9
1ª Ola	Aceptación	Grado de acuerdo $\geq 75\%$
	Rechazo	Grado de acuerdo $\leq 60\%$
	Pasa a ola 2	Acuerdo entre 60% y 75%
2ª Ola	Aceptación	Grado de acuerdo $\geq 75\%$
	Rechazo	No cumple criterio aceptación

↗ RESULTADOS

⌘ Resultados de la revisión bibliográfica (fase 1).

◆ Análisis descriptivo de los trabajos incluidos en la revisión.

→ Adherencia terapéutica.

En total, se incluyeron 65 estudios que se centran en adherencia en esquizofrenia. Los años de publicación de los artículos revisados estuvieron comprendidos entre 2013 y 2023. Entre los resultados, 17 eran revisiones, incluyendo revisiones sistemáticas y metaanálisis. Los resultados más destacados se enumeran a continuación:

- La prevención de las recaídas es esencial para el tratamiento de la esquizofrenia. La interrupción de la medicación es un factor que contribuye a la recaída/recurrencia de la enfermedad. El tratamiento intermitente es peligroso y pone en peligro el bienestar del paciente.
- La no adherencia terapéutica se ha asociado a deterioro cognitivo, depresión, abuso de sustancias, inadecuación o fragmentación del cuidado, falta de apoyo familiar, influencia cultural y bajo estatus socioeconómico.
- Factores que contribuyen a la falta de adherencia a la medicación: Baja conciencia sobre la enfermedad, actitud negativa hacia los medicamentos, cronicidad de la enfermedad, régimen terapéutico complejo, efectos secundarios de los medicamentos, coste de los medicamentos y funcionamiento social deficiente.
- Intervenciones sobre la falta de adherencia que han resultado eficaces: psicoeducación del paciente y la familia, entrevista motivacional, enfoque cognitivo y conductual, manejo de síntomas, resolución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales, rehabilitación cognitiva y la combinación de estrategias. La implicación de los cuidadores es muy importante: hay que proporcionarles información sobre la enfermedad, psicoeducación sobre la importancia de la continuidad del tratamiento, cómo reconocer los primeros síntomas de un nuevo episodio.



- Un factor importante que provoca la falta de adherencia al tratamiento farmacológico, además de los factores relacionados con la enfermedad (falta de conciencia), es que los pacientes no suelen estar bien informados sobre los efectos secundarios de la medicación y/o cómo manejarlos.
- La adherencia a la medicación antipsicótica puede mejorarse utilizando antipsicóticos inyectables de acción prolongada (ILP).
- Los programas comunitarios con gestión de casos son eficaces para reducir la severidad clínica, las recaídas y el comportamiento suicida, combinados con la administración de antipsicóticos ILP.
- Además, se pueden emplear sistemas electrónicos de monitorización de los signos de alerta temprana de una recaída inminente (mediante mensajes de texto, aplicaciones). La monitorización telemétrica de los signos de alerta puede reducir significativamente el riesgo de recaída y ayudar a intervenir a tiempo.
- Las estrategias pragmáticas simples para mejorar la adherencia a la medicación incluyen la toma de decisiones compartida, la evaluación periódica de la adherencia, la simplificación del régimen de medicación, la garantía de que el tratamiento sea eficaz, los efectos secundarios controlados, la promoción de una alianza terapéutica positiva y una buena comunicación entre el médico y el paciente.

→ **Conciencia de la Enfermedad.**

En esta revisión se incluyeron 46 artículos centrados en la conciencia de enfermedad en TMG, comprendidos entre 2013 y 2023. Entre los resultados, 7 eran revisiones, incluyendo revisiones sistemáticas y metaanálisis. De esta revisión, los resultados más relevantes son:

- La falta de conciencia de enfermedad se ha relacionado con la gravedad de la enfermedad y la adherencia al tratamiento.
- Se han empleado distintos tipos de intervenciones para mejorar la conciencia de enfermedad. La terapia cognitivo-conductual y la metacognitiva, la terapia de estimulación directa transcranial y la combinación de terapia psicosocial y terapia farmacológica han obtenido buenos resultados. Los programas de psicoeducación han proporcionado resultados contradictorios. También se ha empleado la auto-observación mediante vídeo (con resultados modestos) y el ejercicio físico (sin efecto sobre la conciencia pero mejora en otros aspectos de la enfermedad).



→ **Atención integral en TEE (Esquizofrenia).**

Se incluyeron un total de 58 trabajos centrados en la atención integral en TEE (esquizofrenia), de los cuales 11 eran revisiones, incluyendo revisiones sistemáticas y metaanálisis. Los resultados más relevantes que pueden extraerse son:

- Un estudio Delphi mediante consenso de expertos, psiquiatras y residentes en psiquiatría mostró un alto consenso en varios componentes de la atención en esquizofrenia: incluido el reconocimiento temprano, la personalización, la atención integrada, la estandarización de la evaluación y el manejo de comorbilidades somáticas y psiquiátricas.
- El entrenamiento en habilidades de afrontamiento influye positivamente en las tasas de re-hospitalización en esquizofrenia.
- Vistas las mejoras que proporcionan en el funcionamiento cognitivo, en la prevención primaria y en el tratamiento clínico, se deberían desarrollar planes sistemáticos destinados a mejorar el estilo de vida y la salud física, con especial atención a deshabituación tabáquica, dietas saludables y la promoción de intervenciones centradas en el sueño.
- El tratamiento ideal se caracteriza por una utilización adecuada e integrada de las intervenciones farmacológicas y psicosociales, lo cual mejora los resultados y el pronóstico de la enfermedad. Los pacientes deben consultar periódicamente a un equipo especializado para discutir sus necesidades, objetivos a corto y largo plazo y planes de tratamiento.

→ **Viaje del Paciente.**

Por último, en relación al viaje del paciente con TEE (esquizofrenia), se seleccionaron 5 artículos, cuya publicación está comprendida entre 2018 y 2023. Los aspectos más relevantes se destacan a continuación:

Factores negativos.

Retraso en el diagnóstico, falta reinserción social y profesional, duración de la psicosis no tratada.

Fase Importante.

Detección temprana de síntomas y reducción del periodo psicosis no tratada.

Crisis y hospitalizaciones.

Necesidad de servicios ambulatorios bien organizados y centros de crisis de bajo umbral, servicios de ambulancias deficientes.

Servicios y Áreas de Atención.

Servicios personalizados, red coordinada de hospitales, centros comunitarios, grupos de apoyo, mejor colaboración entre trabajo social y servicios sanitarios.

Necesidad de enfoque biopsicosocial integrado.

Para mejorar la calidad de vida y la integración social y programas de rehabilitación y apoyo entre iguales para la recuperación personal.

⌘ Resultados de los grupos focales (fase 2).

◆ Resultados Grupo Focal con pacientes y cuidadores.

Mediante el análisis de los datos cualitativos del grupo focal con personas con TMG (esquizofrenia) y cuidadores, se identificaron diversas **barreras y puntos críticos** en la atención al paciente con trastorno del espectro de la esquizofrenia, que afectaban a distintos niveles y dispositivos de atención.

- **Retraso en el diagnóstico.** Los pacientes tienen un primer contacto con atención primaria, que falla en detectar el trastorno y proporcionar una atención adecuada (*"no te toman en serio"*, *"no hace falta ir al psiquiatra"*). Finalmente, desencadena en brote psicótico grave, que es atendido en urgencias. Consideran que se llevan a cabo pocas consultas para realizar un diagnóstico, que a menudo va cambiando hasta encontrar el correcto.
- **Insuficiente formación del profesional sanitario no psiquiatra, para ayudar.**
- **Necesidad de apoyo generalizado.** Falta de adaptaciones para reincorporarse a la sociedad (trabajo, universidad). Se sobrecarga a la familia, que intenta suplir las carencias de una falta de atención integrada al paciente con esquizofrenia.
- **Mejorar la atención centrada en el paciente e individualizada.** Sensación de consultas repetitivas, muy protocolizadas, sin cambios a lo largo del tiempo ni según fases.
- **Mejorar el trato humanizado y sensibilización/formación sobre la enfermedad en los profesionales.**
Habilidades comunicativas mejorables. Consultas con atención primaria y psiquiatría donde es difícil establecer un clima de confianza, con preguntas innecesarias o mal formuladas, que dejan la sensación en el paciente de que no se le cree, se le culpabiliza o no se le entiende. Se observan prejuicios, especialmente en personal no especializado (médicos de familia, celadores, etc.). En algunos casos, trato infantilizado y sobreprotector, se proyecta un bloqueo sobre la capacidad del paciente (*sobre lo que puede hacer en un futuro "no arriesgues"*, *"no vas a poder sacar una carrera"*), y falta de apoyo y sensibilidad. En temas de sexualidad, es necesario un clima de confianza con el psiquiatra y en muchas ocasiones el profesional no logra establecerlo, si no responden adecuadamente a las primeras preguntas o tienen una actitud poco empática, es fácil que el paciente se cierre.
- **Mejorar la información al paciente.** Falta de información sobre la enfermedad, sobre lo que ocurre y lo que puede ocurrir, por ello el primer contacto les genera confusión, agravada por lo que se vive en ese primer contacto, por ejemplo, pacientes más graves (en sala de espera, hospital) que se convierten en el único referente del TMG que tiene, al principio, la persona. *"No te explican que tienes que hacerte la idea de que es para largo tiempo". "No sabes que va a suceder en el futuro".*
- **Orientar a una atención integral.** *"Los problemas psicosociales detrás del trastorno se quedan sin resolver"*.

- **Mejorar la coordinación y comunicación entre niveles.** Depende de la persona y su interés por trasmisir información completa en la historia clínica o interesarse por conocer la existente. En general, información en la historia clínica muy parcelada sin acceso entre los distintos niveles (hospital, psiquiatra, médico de familia). En una urgencia, no tienen acceso a la historia clínica del paciente, lo que les preocupa especialmente por la posible interacción entre medicamentos. No solo a nivel de fármacos para el trastorno, también con alergia a medicamentos (por ej., AINEs).
- **Retraso en encontrar el tratamiento farmacológico adecuado,** aunque es algo que ha mejorado en los últimos años. Falta de estudios con mujeres que hace que se desconozca las posibles diferencias en el efecto farmacológico en mujeres y hombres, quejas sobre el incremento de prolactina por algunos antipsicóticos y su potencial efecto en las mujeres. Señalan efectos secundarios muy intensos, pero mejora con la medicación que va surgiendo.
- **Insuficientes recursos, recursos inaccesibles y/o mal coordinados.** Se reclaman servicios que brinden una atención integral, abordando diversas necesidades, tales como un mayor acceso a servicios de psicología. Además, es importante destacar los recursos sociosanitarios y comunitarios disponibles que pueden resultar útiles. Esto implica fomentar el acceso del paciente a centros ocupacionales, centros de rehabilitación psicosocial (CRP), centros de rehabilitación laboral (CRL) y asociaciones, los cuales no solo ofrecen información y asesoramiento legal, sino también orientación laboral, entre otros aspectos. Actualmente no se abordan aspectos fundamentales o se hace de manera insuficiente, como la reinserción laboral, la integración en la vida cotidiana, la orientación académica, la disponibilidad de servicios de psicología, la participación de pacientes expertos (mediante apoyo de pares, grupos de apoyo y la exposición a casos de éxito que puedan servir de modelo), el apoyo social y la prevención del aislamiento, así como la implementación de otras actividades que fomenten una atención integral.
- **Telesalud.** Hay aceptación, pero con un uso adecuado, se debería considerar una formación previa si fuera necesario y con el beneficio del paciente como objetivo, se debería valorar según la necesidad de los casos, no por el hecho de rebajar presión asistencial.
- **Tratamiento inadecuado en ingresos.** Desconocimiento de los derechos que como paciente se tiene, en situaciones de ingreso en un episodio violento (restricciones, trato agresivo, falta de información). Falta de trato humano, medicación muy genérica y potente, sometimiento (*"tengo que portarme bien para salir del hospital"*). Hay poca información durante el proceso y se *"sale más asustado"* y *"confundido"* que cuando entra. Falta de intimidad, indefensión. *"No sabes cuáles son tus derechos"*.
- **Urgencias.** Están pensadas para pacientes agudos con problemas no mentales. Falta de formación del personal, a veces falta trato más humanizado, privacidad... En ocasiones existe un desconocimiento de como atender un brote de manera adecuada y personal de las ambulancias no está formado.
- **Mejorar el apoyo en la transición desde la situación de aislamiento** (hospitalización, hospital de día, con servicios, seguimiento, actividades) **hasta incorporarse a la vida real.** Volver a vida normal después de la estabilización es difícil. Importante no sentirse solo.



- **Prejuicios e insuficiente coordinación en la atención de otras enfermedades.** Falta de acceso a su información, por ejemplo, respecto a la medicación, lo tienen que decir los pacientes. Algunos profesionales muestran una actitud que parece prejuiciosa o poco empática al conocer el diagnóstico, o remarcan el diagnóstico, considerándolo una etiqueta que da respuesta a síntomas o acciones que no tienen nada que ver con la enfermedad. Otra limitación es que la historia clínica no es compartida entre niveles asistenciales.
- **Respecto al cumplimiento terapéutico,** requiere una etapa de aprendizaje y adaptación, y encontrar la medicación que funcione, con un seguimiento más estrecho de los efectos secundarios de la medicación.
- **Mejorar el acceso a los servicios, especialmente a psiquiatría.** Hay plazos muy dilatados, salvo urgencias. En ocasiones no les responden al teléfono. A veces faltan sustitutos a profesionales que están de baja. Se necesita más enfermería especializada en salud mental. Faltan centros de día.



Además, se identificaron **aspectos positivos** en el sistema de salud mental, entre los que destacaban la incorporación de la **enfermera de salud mental**, que brinda un trato más cercano y accesible. También se observó un **avance positivo en el ámbito farmacológico**, con mejoras en los efectos secundarios de los tratamientos. Asimismo, el grupo valoró como punto positivo **las mejoras implementadas en las instalaciones para hospitalización y atención en hospital de día**, aunque, revelaron, que aún existe margen para seguir mejorando, especialmente en lo que respecta a brindar mayor libertad y privacidad a los pacientes.

Finalmente, se identificaron las siguientes **áreas de mejora** en la experiencia del paciente con trastorno mental grave:

- Todos los **servicios necesarios deberían ser públicos y estar subvencionados**, de manera que el paciente no tenga que recurrir al servicio privado para completar la atención (por ejemplo, el apoyo en la reinserción laboral, el psicólogo, etc).
- Se necesita un **trato más igualitario**, no desde la autoridad, más humano.
- **Mejora de las instalaciones** (por ejemplo, habitaciones pequeñas, masificación, falta de privacidad).
- Es necesario **cubrir la falta de información** durante todo el viaje y especialmente en el inicio (sobre la enfermedad, sobre el proceso, sobre el pronóstico, sobre qué va a pasar o qué ha pasado).
- Se pide un **mayor seguimiento y consultas menos espaciadas en el tiempo** (se habla de una periodicidad de 4 meses, lo cual es mucho, según el caso).
- **Grupos de ayuda mutua** en el centro de salud (figura del igual, del paciente experto...).

- Los psiquiatras deberían proporcionar a los pacientes la **lista de los recursos que hay disponibles**, específicamente de las **asociaciones** a las que pueden acudir, ya que ofrecen muchos servicios que el sistema sanitario no cubre (por ejemplo, orientación laboral, jurídica, etc.)
- **Prevención y atención temprana:** es necesario reducir el retraso en el diagnóstico e intervenir de forma temprana (*"no llegar a urgencias con el brote"*).
- **Más información y sensibilización a la sociedad**, dándole voz a las personas con la enfermedad en medios de comunicación, radio, etc. La esquizofrenia no está en la misma situación que la ansiedad y la depresión, recibe mucho más rechazo, no hay contratación laboral por temor a las bajas, hay muchos estereotipos y mucho estigma. Cuando se habla de salud mental, se excluye la esquizofrenia y otros trastornos mentales graves.
- **Proporcionar apoyo tras el alta**, por ejemplo, de tener apoyo en hospital de día, a no tener nada y tener que enfrentar la realidad sin transición ni apoyo. Fuera del centro sanitario se debería contar con "asistentes personales" para facilitar la plena re-integración de la persona en la sociedad.
- **Mejorar la atención en psiquiatría:** muy repetitiva, poco centrada en el paciente, poco tiempo en la consulta.
- **Acceso a otros servicios, como nutricionista**, para ayudar a afrontar los efectos secundarios de la medicación. **O sexólogo**, para poder hablar de temas sexuales relacionados con efectos secundarios o la enfermedad.
- **Promoción de actividades beneficiosas** para el curso de la enfermedad como el ejercicio físico.
- **Proporcionar apoyo a familiares**, que llevan una gran carga de la enfermedad (*"cuidado al cuidador"*).
- **Proporcionar terapia para aceptarse y perdonarse a uno mismo**. Dar un propósito/futuro/esperanza: *"seguridad que puedo conseguir cosas"*.
- **Independencia para el paciente**, que pueda llegar a ser autónomo y no depender tanto de la familia.
- **La soledad o el sentirse solo es un gran problema**. *"Los amigos no podían venir a verme mientras estaba ingresado y yo no tengo familia"*. Necesario apoyo social, por ejemplo en la escolaridad.



Estos resultados se resumieron y trasladaron a un listado de barreras en la atención de pacientes con TEE (esquizofrenia) que pudiera servir de base en el grupo focal con profesionales expertos. La **Tabla 4** presenta el listado de barreras.

Tabla 4. Barreras identificadas en el grupo focal con pacientes y cuidadores.

- ❑ **Barrera 1:** Retraso en el Diagnóstico. Retraso en el Diagnóstico. Insuficiente conocimiento de la enfermedad por parte de los profesionales sanitarios que tratan a pacientes con TEE (esquizofrenia).
- ❑ **Barrera 2:** Insuficientes consultas especializadas para un diagnóstico adecuado.
- ❑ **Barrera 3:** Retraso en las visitas de seguimiento o falta de éstas.
- ❑ **Barrera 4:** Consultas repetitivas, protocolizadas, poco centradas en el paciente.
- ❑ **Barrera 5:** Margen de mejora en habilidades comunicativas de los profesionales de la salud. Mejorar la información al paciente sobre su enfermedad, proceso y tratamiento.
- ❑ **Barrera 6:** Mejorar la formación a familia y cuidadores para saber cómo ayudar. Apoyo a familiares.
- ❑ **Barrera 7:** Insuficiente apoyo generalizado y carencias en la atención a los problemas psicosociales asociados.
- ❑ **Barrera 8:** Mejorar la Atención Integral y la coordinación y comunicación entre dispositivos y niveles asistenciales.
- ❑ **Barrera 9:** Carencias en la transición entre el sistema de salud y la vida cotidiana, en la fase de estabilización.
- ❑ **Barrera 10:** Riesgos en la transición desde infanto-juvenil a adultos.
- ❑ **Barrera 11:** Retraso en encontrar el tratamiento farmacológico adecuado.
- ❑ **Barrera 12:** Mejorar la accesibilidad a los recursos (psiquiatría, psicología, nutricionista, sexología).
- ❑ **Barrera 13:** Mejorar el trato en los ingresos de los pacientes con TEE (esquizofrenia) (humanización en los ingresos).
- ❑ **Barrera 14:** Mejorar la atención en urgencias de los pacientes con TEE (esquizofrenia).
- ❑ **Barrera 15:** Mejorar la atención en las ambulancias que trasladan a pacientes con TMG (esquizofrenia).
- ❑ **Barrera 16:** Necesidad de promover la sensibilización y dar voz a las personas con la enfermedad. Luchar contra el estigma social.



◆ Resultados Grupo Focal con profesionales expertos.

Los participantes en este grupo recibieron los resultados obtenidos en el grupo focal de pacientes y se abrió un debate en profundidad sobre los diferentes aspectos de cada barrera, aportando una variedad de opiniones basadas en su amplia experiencia y conocimientos específicos.

Durante la reunión online con expertos se destacaron varias dificultades y propuestas para mejorar la atención y diagnóstico en el trastorno mental grave (esquizofrenia):

→ Dificultades en el diagnóstico:

- Retraso de hasta 10 años en el diagnóstico, a pesar de la búsqueda activa.
- Importancia de transmitir esperanza y crear una alianza terapéutica.
- Necesidad de apoyo a las familias para gestionar el cuidado sin hostilidad ni sobreprotección.

→ Síntomas y diagnóstico:

- La naturaleza de los síntomas (positivos vs. negativos) complica el diagnóstico, confundiendo con trastornos adaptativos o depresivos.
- Formación para la detección precoz es necesaria.
- Mejora de la coordinación entre atención primaria y especialistas para un manejo integral del paciente.

→ Negación del trastorno:

- Negación del trastorno tanto por pacientes como por familias, complicando la coordinación entre distintos niveles de atención.

→ Diferencias regionales:

- Considerar las variaciones autonómicas y por áreas sanitarias.

→ Comunicación y transiciones:

- Necesidad de mejorar las transiciones entre la edad infantil y la edad adulta, y entre red de adicciones, atención primaria y especialistas.

→ Asistencia grupal:

- Promover la asistencia grupal, que tiene buenos resultados y menor costo.

→ Aspectos legales:

- Considerar aspectos legales, como la actuación contra la voluntad del paciente.

→ Pseudoterapias y medicina alternativa:

- La intromisión de pseudoterapias y medicina alternativa puede dificultar el proceso de tratamiento.

→ Asociaciones de pacientes:

- Reconocer la importancia de las asociaciones de pacientes como herramienta fundamental.

→ Integración de recursos:

- Mejorar la coordinación y uso eficiente de recursos disponibles.

→ Papel de enfermería:

- Optimizar la contribución de la enfermería, actualmente infroutilizada e infravalorada.

→ **Visión de las familias:**

- Incluir la perspectiva de las familias en el proceso.

→ **Formación y educación:**

- Educar a los pacientes sobre su tratamiento y la importancia de la adherencia.
- Formación específica para la detección de trastornos en profesionales sanitarios y en el entorno escolar.

→ **Protocolos claros:**

- Establecer protocolos claros de derivación y coordinación entre niveles de atención.

→ **Consultoría especializada:**

- Introducir la figura del especialista consultor en casos de dudas diagnósticas en atención primaria.

→ **Causas del retraso diagnóstico:**

- Reflexionar sobre las causas del retraso diagnóstico para abordarlas adecuadamente.

→ **Educación y sensibilización:**

- Fomentar la educación de la sociedad y los pacientes sobre la importancia de acudir a atención primaria ante síntomas de enfermedad mental.

→ **Detección temprana:**

- Grupos de trabajo enfocados en la detección temprana de factores de riesgo antes de que aparezcan síntomas graves.

→ **Coordinación entre redes:**

- Mejorar la coordinación entre la red de adicciones y AP.

→ **Equipos multidisciplinarios:**

- Crear equipos de trabajo multidisciplinarios para la detección temprana y continuidad asistencial en la transición de la edad infantil a la adulta.

→ **Referentes en salud mental:**

- Establecer referentes en salud mental en todos los centros de salud.



El trabajo asíncrono en el que los expertos revisaron la propuesta de barreras y criterios de calidad surgida del grupo focal dio lugar al cuestionario 0 para el estudio Delphi. La **Tabla 5** presenta los criterios de calidad identificados para cada barrera como fruto de este trabajo con el Comité Científico.

Tabla 5. Criterios de calidad identificados en el trabajo asíncrono con el Comité Científico.

❑ Barrera 1: Retraso en el Diagnóstico. Insuficiente conocimiento de la enfermedad por parte de los profesionales sanitarios que tratan a pacientes con TEE (esquizofrenia).

- **Criterio 1.1.** Disponer de enfermería escolar o realizar, a través de la enfermería familiar y comunitaria, formadas en salud mental, campañas de educación en el entorno escolar.
- **Criterio 1.2.** Realizar formación en Atención Primaria sobre psicosis en general y esquizofrenia en particular para promover la detección temprana y la atención adecuada al paciente.
- **Criterio 1.3.** Disponer de un protocolo en Atención Primaria que incluya los criterios de derivación a Psiquiatría.
- **Criterio 1.4.** Disponer de un canal de consulta al especialista de Salud Mental de referencia para el paciente con TEE (esquizofrenia).

❑ Barrera 2: Insuficientes consultas especializadas para un diagnóstico adecuado.

- **Criterio 2.1.** Disponer de un canal de comunicación entre Atención Primaria y Psiquiatría para la consulta de casos dudosos.
- **Criterio 2.2.** Disponer de equipos multidisciplinares para la detección y el tratamiento de la enfermedad.
- **Criterio 2.3.** Disponer de cita preferente para Psiquiatría en el caso de pacientes con sospecha de TEE (esquizofrenia).

❑ Barrera 3: Retraso en las visitas de seguimiento o falta de éstas.

- **Criterio 3.1.** Disponer de un protocolo de seguimiento del paciente con esquizofrenia estable que especifique la cadencia de las visitas de seguimiento.
- **Criterio 3.2.** Seguimiento precoz en la consulta de Psiquiatría, tras el primer episodio de esquizofrenia (≤ 15 días).
- **Criterio 3.3.** Disponer de un acceso a consulta, fuera de los controles rutinarios de seguimiento, para situaciones de riesgo de reagudización.

❑ Barrera 4: Consultas repetitivas, protocolizadas, poco centradas en el paciente.

- **Criterio 4.1.** Realizar actividades de formación y sensibilización dirigidas a los profesionales sanitarios para humanizar la asistencia al paciente con TMG (esquizofrenia).
- **Criterio 4.2.** Formulación del plan individual del tratamiento y alianza terapéutica.
- **Criterio 4.3.** Disponer de un tutor (enfermero/a, psicólogo/a, trabajador/a social) del paciente con TEE (esquizofrenia) para que coordine su plan de rehabilitación individualizada.

❑ Barrera 5: Margen de mejora en habilidades comunicativas de los profesionales de la salud. Mejorar la información al paciente sobre su enfermedad, proceso y tratamiento.

- **Criterio 5.1.** Realizar formación en habilidades comunicativas para los profesionales, incluyendo la información individualizada para cada paciente.

❑ Barrera 6: Mejorar la formación a familia y cuidadores para saber cómo ayudar. Apoyo a familiares.

- **Criterio 6.1.** Terapia de intervención familiar (IF) de tipo psicoeducativa para evitar recaídas y mejorar el pronóstico de la enfermedad.
- **Criterio 6.2.** Informar a pacientes con TEE (esquizofrenia) y sus familias de los recursos sociosanitarios de apoyo.
- **Criterio 6.3.** Realizar actividades formativas y talleres de educación a los pacientes con TEE (esquizofrenia) y a las familias en colaboración con las asociaciones.
- **Criterio 6.4.** Canal de comunicación entre Centro de Salud Mental y Asociación de pacientes.

❑ Barrera 7: Insuficiente apoyo generalizado y carencias en la atención a los problemas psicosociales asociados.

- **Criterio 7.1.** Los pacientes con TEE (esquizofrenia) deben recibir atención psicosocial por parte del equipo multidisciplinar.
- **Criterio 7.2.** Implementar programas de apoyo entre iguales como parte integral del plan de tratamiento para personas con TEE (Esquizofrenia).

❑ Barrera 8: Mejorar la Atención Integral y falta de coordinación y comunicación entre dispositivos y niveles asistenciales.

- **Criterio 8.1.** Los pacientes con TEE(esquizofrenia) deben ser tratados en una unidad multidisciplinar.
- **Criterio 8.2.** Realizar reuniones de seguimiento conjunto entre Atención Primaria y Atención Especializada y también con las redes de atención a las drogodependencias.
- **Criterio 8.3.** Disponer de una historia clínica electrónica que sea accesible a todos los servicios y niveles asistenciales involucrados en la atención a los pacientes con TEE(esquizofrenia).

❑ Barrera 9: Carencias en la transición entre el sistema de salud y la vida cotidiana, en la fase de estabilización.

- **Criterio 9.1.** Formar al paciente con TEE(esquizofrenia) que lo requiera en habilidades sociales y habilidades para las actividades de la vida diaria.
- **Criterio 9.2.** Trabajo conjunto del equipo asistencial y las asociaciones de pacientes de TEE (esquizofrenia).

❑ Barrera 10: Riesgos en la transición desde infanto-juvenil a adultos.

- **Criterio 10.1.** Establecer un protocolo asistencial para facilitar una transición coordinada y adecuada de la atención del paciente de la etapa infantil a la adulta.
- **Criterio 10.2.** Gestión intensiva de casos y servicios de apoyo comunitarios para pacientes con TEE (esquizofrenia) de inicio precoz.

❑ Barrera 11: Retraso en encontrar el tratamiento farmacológico adecuado.

- **Criterio 11.1.** Disponer de una guía asistencial que especifique el tratamiento farmacológico que se debe seguir tanto en la fase aguda como en la de estabilización.
- **Criterio 11.2.** Conseguir la estabilidad de la enfermedad evitando ingresos hospitalarios.
- **Criterio 11.3.** Disponer de un sistema que permita evaluar la Seguridad del Paciente.

❑ Barrera 12: Mejorar la accesibilidad a los recursos (psiquiatría, psicología, nutricionista, sexología).

- **Criterio 12.1.** Disponer del mapa de recursos disponibles en cada área sanitaria.
- **Criterio 12.2.** Establecer la necesidad de recursos poblacional, en base a la prevalencia de esquizofrenia.
- **Criterio 12.3.** Disponer de una Red de Atención Sociosanitaria al Enfermo Mental Grave.

❑ Barrera 13: Mejorar el trato en los ingresos de los pacientes con TEE (esquizofrenia) (mejorar la humanización en los ingresos).

- **Criterio 13.1.** Disponer de un protocolo para determinar cuándo y cómo se debe realizar la sujeción en pacientes con TEE(esquizofrenia).
- **Criterio 13.2.** Determinar los daños físicos (fracturas, caídas) en pacientes con TEE (esquizofrenia).
- **Criterio 13.3.** El personal de TCAEs y monitores realizarán con los pacientes programas educacionales, como charlas y actividades para tener una estancia en sala estructurada e integrada y para la activación de habilidades manuales, motoras y de relación.

Ω Barrera 14: Mejorar la atención en urgencias de los pacientes con TEE (esquizofrenia).

- **Criterio 14.1.** Disponer de un protocolo asistencial para la atención a los pacientes con TEE (esquizofrenia).
- **Criterio 14.2.** Evitar la administración de múltiples medicamentos antipsicóticos.
- **Criterio 14.3.** Disponer en urgencias de un cubículo específico para la atención al paciente psiquiátrico, que favorezca la intimidad del paciente con TEE (esquizofrenia) y una buena atención.

Ω Barrera 15: Mejorar la atención en las ambulancias que trasladan a pacientes con TEE (esquizofrenia).

- **Criterio 15.1.** Realizar actividades de formación y sensibilización dirigida a los profesionales involucrados en el traslado de pacientes con TEE (esquizofrenia) para humanizar la asistencia.
- **Criterio 15.2.** Disponer de un protocolo específico para el traslado al hospital del paciente con TMG (esquizofrenia) en fase aguda, incluido el traslado urgente y no voluntario.

Ω Barrera 16: Necesidad de promover la sensibilización y dar voz a las personas con la enfermedad. Luchar contra el estigma social.

- **Criterio 16.1.** Disponer de un plan de comunicación conjunto Centro de Salud Mental – Asociación de Pacientes- Hospital.
- **Criterio 16.2.** Campañas de sensibilización en colaboración con pacientes con TEE (esquizofrenia), asociaciones y profesionales de la salud.
- **Criterio 16.3.** Realizar intervenciones de los profesionales en los medios de comunicación y hablar del enfermo mental de modo profesional y desmintiendo las falsas informaciones o creencias.

■ Criterios transversales de evaluación de resultados:

- **Criterio 1:** Evaluar la Calidad de Vida del paciente con un TEE (PROM).
- **Criterio 2.** Disponer de un sistema de medición de la Experiencia del paciente (PREM) en los servicios de salud mental para las personas con TEE(Esquizofrenia).



⌘ Resultados del estudio Delphi (fase 3).

Las dos olas del estudio Delphi permitieron alcanzar una lista de criterios de calidad de la atención al paciente con trastorno mental grave (esquizofrenia) con un alto grado de consenso por el panel de expertos y pacientes.

El cuestionario 0 estaba formado por 46 criterios de calidad, resultado de la fase de grupos focales. La tasa de participación en la ola 1 fue de 88,9% (n = 32) y en la ola 2 de 100%. La **Tabla 6** refleja la composición de la muestra final.

Tabla 6. Características sociodemográficas de los participantes al Delphi (N = 32)

		N	%
Sexo	Mujeres	23	71,88
	Hombres	9	28,13
Edad	Edad media	49,41	
	Desviación estándar	10,17	
Perfil profesional	Médico psiquiatra	11	34,38
	Médico (no psiquiatra)	7	21,88
	Farmacéutico/a especialista en Farmacia Hospitalaria	4	12,50
	Enfermera Especialista en Salud Mental	4	12,50
	Director	2	6,25
	Ordenanza	1	3,13
	Informática	1	3,13
	Administrativa	1	3,13
Procedencia	Andalucía	3	9,38
	Aragón	3	9,38
	Principado de Asturias	2	6,25
	Canarias	2	6,25
	Castilla y León	1	3,13
	Cataluña	4	12,50
	Comunidad Valenciana	3	9,38
	Galicia	2	6,25
	Comunidad de Madrid	8	25,00
	Comunidad Foral de Navarra	1	3,13
	País Vasco	3	9,38

La ola 1 permitió la aceptación de 23 criterios de calidad y el rechazo de 10, siguiendo los puntos de corte preestablecidos. La **Tabla 7** muestra los criterios de calidad aceptados en la primera ola.

Tabla 7. Criterios aceptados tras la primera ola, ordenados de mayor a menor acuerdo.

Criterio	Media	CV (%)	N>=9(%)
■ Criterio 8.3. Disponer de una historia clínica electrónica que sea accesible a todos los servicios y niveles asistenciales involucrados en la atención a los pacientes con TEE (esquizofrenia).	9,91	2,73	96,88
■ Criterio 14.3. Disponer en urgencias de un cubículo específico para la atención al paciente psiquiátrico, que favorezca la intimidad del paciente con TEE (esquizofrenia) y una buena atención.	9,47	7,28	93,75
■ Criterio 15.2. Disponer de un protocolo específico para el traslado al hospital del paciente con TEE (esquizofrenia) en fase aguda, incluido el traslado urgente y no voluntario.	9,56	7,71	93,75
■ Criterio 10.2. Gestión intensiva de casos y servicios de apoyo comunitarios para pacientes con TEE (esquizofrenia) de inicio precoz.	9,38	8,53	90,63
■ Criterio 1.4. Disponer de un canal de consulta al especialista de Salud Mental de referencia del paciente con TEE (esquizofrenia).	9,38	7,66	87,50
■ Criterio 2.3. Disponer de cita preferente para Psiquiatría en el caso de pacientes con sospecha de TEE.	9,31	12,36	87,50
■ Criterio 3.2. Seguimiento precoz en la consulta de Psiquiatría, tras el primer episodio de esquizofrenia (< 15 días).	9,28	15,38	87,50
■ Criterio 8.1. Los pacientes con TMG (esquizofrenia) deben ser tratados en una unidad multidisciplinar.	9,44	8,03	87,50
■ Criterio 11.2. Conseguir la estabilidad de la enfermedad evitando ingresos hospitalarios.	9,5	9,12	87,50
■ Criterio 3.3. Disponer de un acceso a consulta, fuera de los controles rutinarios de seguimiento, para situaciones de riesgo de reagudización.	9,19	12,38	84,38
■ Criterio 10.1. Establecer un protocolo asistencial para facilitar una transición coordinada y adecuada de la atención del paciente de la etapa infantil a la adulta.	9,34	9,17	84,38
■ Criterio 12.3. Disponer de una Red de Atención Sociosanitaria al Enfermo Mental Grave. Aclaración: en esta red se reúnen los recursos y se pueden valorar casos concretos.	8,88	17,88	84,38
■ Criterio 1: Evaluar la Calidad de Vida del paciente con TEE (PROM).	9,34	9,17	84,38
■ Criterio 2.2. Disponer de equipos multidisciplinares para la detección y el tratamiento de la enfermedad.	9,19	12,38	81,25
■ Criterio 6.2. Informar a pacientes con TEE (esquizofrenia) y sus familias de los recursos sociosanitarios de apoyo.	9,28	9,94	81,25
■ Criterio 6.3. Realizar actividades formativas y talleres de educación a los pacientes con TEE (esquizofrenia) y a las familias en colaboración con las asociaciones.	9,22	9,53	81,25

Criterio	Media	CV (%)	N>=9(%)
■ Criterio 1.3. Disponer de un protocolo en Atención Primaria que incluya criterios para la detección precoz (síntomas prodrómicos) y los criterios de derivación a Psiquiatría.	9,16	13,09	78,13
■ Criterio 2.1. Disponer de un canal de comunicación entre Atención Primaria y Psiquiatría para la consulta de casos dudosos.	9,06	10,20	78,13
■ Criterio 9.1. Formar al paciente con TEE (esquizofrenia) que lo requiera en habilidades sociales y habilidades para las actividades de la vida diaria.	9,31	8,98	78,13
■ Criterio 15.1. Realizar actividades de formación y sensibilización dirigida a los profesionales involucrados en el traslado de pacientes con TEE (esquizofrenia) para humanizar la asistencia.	9,09	16,6	78,13
■ Criterio 6.1. Terapia de intervención familiar (IF) de tipo psicoeducativa para evitar recaídas y mejorar el pronóstico de la enfermedad.	9,16	9,06	75,00
■ Criterio 7.1. Los pacientes con TEE (esquizofrenia) deben recibir atención psicosocial por parte del equipo multidisciplinar.	9,25	11,14	75,00
■ Criterio 14.1. Disponer de un protocolo asistencial para la atención a los pacientes con TEE (esquizofrenia).	9,13	13,5	75,00

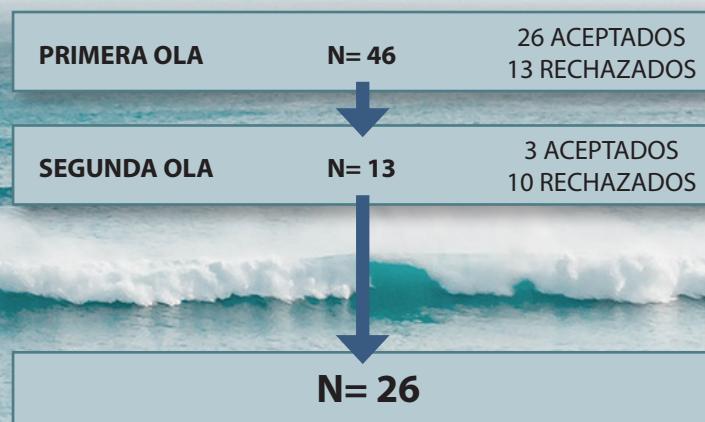
En la segunda ola, se revisaron 13 criterios de calidad que no habían alcanzado el consenso requerido, de los cuales se rechazaron 10, que no lograron alcanzar consenso. Tras finalizar la ola 2, se aceptaron 3 criterios de calidad, que se sumaron a la propuesta final (**Tabla 8**).

Tabla 8. Criterios aceptados tras la segunda ola, ordenados de mayor a menor acuerdo.

Criterio	Media	CV (%)	N>=9(%)
■ Criterio 13.1. Disponer de un protocolo para determinar cuándo y cómo se debe realizar la sujeción en pacientes con TEE (esquizofrenia).	9,06	20,02	84,38
■ Criterio 13.2. Determinar los daños físicos (fracturas, caídas) en pacientes con TEE (esquizofrenia).	8,84	13,32	75,00
■ Criterio 2 Transversal. Disponer de un sistema de medición de la Experiencia del paciente (PREM) en los servicios de salud mental para las personas con TEE (esquizofrenia).	9,09	10,45	75,00

La Figura 4 muestra el flujograma de las sucesivas olas de este estudio Delphi, con el número de criterios aceptados y rechazados.

Figura 4. Flujograma de las sucesivas olas del estudio Delphi.



La propuesta final de criterios de calidad para la atención del TEE (esquizofrenia) estuvo compuesta por 26 criterios de calidad, organizados por barreras, consensuadas por pacientes y profesionales expertos. La **Tabla 9** muestra los criterios de calidad incluidos organizados según las barreras identificadas previamente.

Tabla 9. Propuesta consensuada de criterios de calidad para el trastorno mental grave (esquizofrenia).

CRITERIOS CONSENSUADOS MEDIANTE TÉCNICA DELPHI

- ❑ Barrera 1. Retraso en el Diagnóstico. Insuficiente conocimiento de la enfermedad por parte de los profesionales sanitarios que tratan a pacientes con TEE (esquizofrenia).
- **Criterio 1.3.** Disponer de un protocolo en Atención Primaria que incluya criterios para la detección precoz (síntomas prodrómicos) y los criterios de derivación a Psiquiatría.
 - **Criterio 1.4.** Disponer de un canal de consulta al especialista de Salud Mental de referencia para el paciente con TEE (esquizofrenia).

Aceptado Ola 1

Aceptado Ola 1

- ❑ Barrera 2. Insuficientes consultas especializadas para un diagnóstico adecuado.
- **Criterio 2.1.** Disponer de un canal de comunicación entre Atención Primaria y Psiquiatría para la consulta de casos dudosos.
 - **Criterio 2.2.** Disponer de equipos multidisciplinares para la detección y el tratamiento de la enfermedad.
 - **Criterio 2.3.** Disponer de cita preferente para Psiquiatría en el caso de pacientes con sospecha de TEE (esquizofrenia).

Aceptado Ola 1

Aceptado Ola 1

Aceptado Ola 1

❑ Barrera 3. Retraso en las visitas de seguimiento o falta de éstas.

- **Criterio 3.2.** Seguimiento precoz en la consulta de Psiquiatría, tras el primer episodio de esquizofrenia (≤ 15 días).
- **Criterio 3.3.** Disponer de un acceso a consulta, fuera de los controles rutinarios de seguimiento, para situaciones de riesgo de reagudización.

Aceptado Ola 1

Aceptado Ola 1

❑ Barrera 4: Consultas repetitivas, protocolizadas, poco centradas en el paciente.

Todos
rechazados
en Ola 1 o 2

❑ Barrera 5: Margen de mejora en habilidades comunicativas de los profesionales de la salud. Necesidad de información al paciente sobre su enfermedad, proceso y tratamiento.

Todos
rechazados
en Ola 1 o 2

❑ Barrera 6: Mejorar la formación a familia y cuidadores para saber cómo ayudar. Apoyo a familiares.

- **Criterio 6.1.** Terapia de intervención familiar (IF) de tipo psicoeducativa para evitar recaídas y mejorar el pronóstico de la enfermedad.
- **Criterio 6.2.** Informar a pacientes con TEE (esquizofrenia) y a sus familias de los recursos sociosanitarios de apoyo.
- **Criterio 6.3.** Realizar actividades formativas y talleres de educación a los pacientes con TEE (esquizofrenia) y a las familias en colaboración con las asociaciones.

Aceptado Ola 1

Aceptado Ola 1

Aceptado Ola 1

❑ Barrera 7: Insuficiente apoyo generalizado y carencias en la atención a los problemas psicosociales asociados.

- **Criterio 7.1.** Los pacientes con TEE (esquizofrenia) deben recibir atención psicosocial por parte del equipo multidisciplinar.

Aceptado Ola 1

❑ Barrera 8: Mejorar la Atención Integral y falta de coordinación y comunicación entre dispositivos y niveles asistenciales.

- **Criterio 8.1.** Los pacientes con TEE (esquizofrenia) deben ser tratados en una unidad multidisciplinar.
- **Criterio 8.3.** Disponer de una historia clínica electrónica que sea accesible a todos los servicios y niveles asistenciales involucrados en la atención a los pacientes con TEE (esquizofrenia).

Aceptado Ola 1

Aceptado Ola 1

❑ Barrera 9: Carencias en la transición entre el sistema de salud y la vida cotidiana, en la fase de estabilización.

- **Criterio 9.1.** Formar al paciente con TEE (esquizofrenia) que lo requiera en habilidades sociales y habilidades para las actividades de la vida diaria.

Aceptado Ola 1

❑ Barrera 10. Riesgos en la transición desde infanto-juvenil a adultos.

- **Criterio 10.1.** Establecer un protocolo asistencial para facilitar una transición coordinada y adecuada de la atención del paciente de la etapa infantil a la adulta.
- **Criterio 10.2.** Gestión intensiva de casos y servicios de apoyo comunitarios para pacientes con TEE (esquizofrenia) de inicio precoz.

Aceptado Ola 1

Aceptado Ola 1

❑ Barrera 11. Retraso en encontrar el tratamiento farmacológico adecuado.

- **Criterio 11.2.** Conseguir la estabilidad de la enfermedad evitando ingresos hospitalarios. **Aceptado Ola 1**

❑ Barrera 12. Mejorar la accesibilidad a los recursos (psiquiatría, psicología, nutricionista, sexología).

- **Criterio 12.3.** Disponer de una Red de Atención Sociosanitaria al Enfermo Mental Grave. Aclaración: en esta red se reúnen los recursos y se pueden valorar casos concretos.

Aceptado Ola 1

❑ Barrera 13. Mejorar el trato en los ingresos de los pacientes con TEE (esquizofrenia) (Mejorar la humanización en los ingresos).

- **Criterio 13.1.** Disponer de un protocolo para determinar cuándo y cómo se debe realizar la sujeción en pacientes con TEE (esquizofrenia).
- **Criterio 13.2.** Determinar los daños físicos (fracturas, caídas) en pacientes con TEE (esquizofrenia).

Aceptado Ola 2

Aceptado Ola 2

❑ Barrera 14. Mejorar la atención en urgencias de los pacientes con TEE (esquizofrenia).

- **Criterio 14.1.** Disponer de un protocolo asistencial para la atención a los pacientes con TEE (esquizofrenia) en urgencias.
- **Criterio 14.3.** Disponer en urgencias de un cubículo específico para la atención al paciente psiquiátrico, que favorezca la intimidad del paciente con TEE (esquizofrenia) y una buena atención.

Aceptado Ola 1

Aceptado Ola 1

❑ Barrera 15. Mejorar la atención en las ambulancias que trasladan a pacientes con TEE (esquizofrenia).

- **Criterio 15.1.** Realizar actividades de formación y sensibilización dirigida a los profesionales involucrados en el traslado de pacientes con TEE (esquizofrenia) para humanizar la asistencia.
- **Criterio 15.2.** Disponer de un protocolo específico para el traslado al hospital del paciente con TEE (esquizofrenia) en fase aguda, incluido el traslado urgente y no voluntario.

Aceptado Ola 1

Aceptado Ola 1

❑ Barrera 16. Necesidad de promover la sensibilización y dar voz a las personas con la enfermedad. Luchar contra el estigma social.

**Todos
rechazados
en Ola 1 o 2**

■ Criterios transversales de evaluación de resultados.

- **Criterio Transversal 1.** Evaluar la Calidad de Vida del paciente con TEE (PROM). **Aceptado Ola 1**

- **Criterio Transversal 2.** Disponer de un sistema de medición de la Experiencia del paciente (PREM) en los servicios de salud mental para las personas con TEE (esquizofrenia). **Aceptado Ola 2**

Por último, la **Tabla 10** recoge los criterios de calidad rechazados en la primera o la segunda ronda del estudio Delphi.

Tabla 10. Criterios de calidad para el trastorno mental grave (esquizofrenia) rechazados en el estudio Delphi.

Criterio	Media	CV (%)	N>=9(%)	Decisión
Ω Barrera 1. Retraso en el Diagnóstico. Insuficiente conocimiento de la enfermedad por parte de los profesionales sanitarios que tratan a pacientes con TEE (esquizofrenia).				
■ Criterio 1.1. Disponer de enfermería escolar o realizar, a través de la enfermería familiar y comunitaria, formadas en salud mental, campañas de educación en el entorno escolar.	7,41	33,73	40,63	Rechazado Ola 1
■ Criterio 1.2. Realizar formación en Atención Primaria sobre psicosis en general y esquizofrenia en particular para promover la detección temprana y la atención adecuada al paciente.	8,69	15,15	62,50	Rechazado Ola 2
Ω Barrera 3. Retraso en las visitas de seguimiento o falta de éstas.				
■ Criterio 3.1. Disponer de un protocolo de seguimiento del paciente con esquizofrenia estable que especifique la cadencia de las visitas de seguimiento.	8,38	18,96	56,25	Rechazado Ola 1
Ω Barrera 4: Consultas repetitivas, protocolizadas, poco centradas en el paciente.				
■ Criterio 4.1. Realizar actividades de formación y sensibilización dirigidas a los profesionales sanitarios para humanizar la asistencia al paciente con TEE (esquizofrenia).	9,03	12,94	68,75	Rechazado Ola 2
■ Criterio 4.2. Formulación del plan individual del tratamiento y alianza terapéutica. Aclaración: En el registro de la historia clínica deberá constar el plan individualizado y la alianza terapéutica.	8,97	9,3	68,75	Rechazado Ola 2
■ Criterio 4.3. Disponer de un tutor (enfermero/a, psicólogo/a, trabajador/a social) del paciente con TEE (esquizofrenia) para que coordine su plan de rehabilitación individualizada.	8,38	16,45	56,25	Rechazado Ola 1
Ω Barrera 5: Margen de mejora en habilidades comunicativas de los profesionales de la salud. Necesidad de información al paciente sobre su enfermedad, proceso y tratamiento.				
■ Criterio 5.1. Realizar formación en habilidades comunicativas para los profesionales, incluyendo la información individualizada para cada paciente.	8,31	22,93	56,25	Rechazado Ola 1
Ω Barrera 6: Mejorar la formación a familia y cuidadores para saber cómo ayudar. Apoyo a familiares.				
■ Criterio 6.4. Canal de comunicación entre Centro de Salud Mental y Asociación de pacientes.	8,31	20,87	56,25	Rechazado Ola 1

Criterio		Media	CV (%)	N>=9(%)	Decisión
<u>Ω Barrera 7: Insuficiente apoyo generalizado y carencias en la atención a los problemas psicosociales asociados.</u>	Criterio 7.2. Implementar programas de apoyo entre iguales como parte integral del plan de tratamiento para personas con TEE (esquizofrenia).	8,56	17,67	56,25	Rechazado Ola 1
<u>Ω Barrera 8: Mejorar la Atención Integral y falta de coordinación y comunicación entre dispositivos y niveles asistenciales.</u>	Criterio 8.2. Realizar reuniones de seguimiento conjunto entre Atención Primaria y Atención Especializada y también con las redes de atención a las drogodependencias.	8,63	16,48	65,63	Rechazado Ola 2
<u>Ω Barrera 9: Carencias en la transición entre el sistema de salud y la vida cotidiana, en la fase de estabilización.</u>	Criterio 9.2. Trabajo conjunto del equipo asistencial y las asociaciones de pacientes de TEE(esquizofrenia).	8,44	17,59	56,25	Rechazado Ola 1
<u>Ω Barrera 11. Retraso en encontrar el tratamiento farmacológico adecuado.</u>	Criterio 11.1. Disponer de una guía asistencial que especifique el tratamiento farmacológico que se debe seguir tanto en la fase aguda como en la de estabilización.	9,28	21,89	59,38	Rechazado Ola 1
	Criterio 11.3. Disponer de un sistema que permita evaluar la Seguridad del Paciente.	8,53	20,58	59,38	Rechazado Ola 2
<u>Ω Barrera 12. Mejorar la accesibilidad a los recursos (psiquiatría, psicología, nutricionista, sexología).</u>	Criterio 12.1. Disponer del mapa de recursos disponibles en cada área sanitaria.	8,97	13,97	68,75	Rechazado Ola 2
	Criterio 12.2. Establecer la necesidad de recursos poblacional, en base a la prevalencia de esquizofrenia.	8,66	13,71	68,75	Rechazado Ola 2
	Criterio 13.3. El personal de TCAEs y monitores realizarán con los pacientes programas educacionales, como charlas y actividades para tener una estancia en sala estructurada e integrada y para la activación de habilidades manuales, motoras y de relación.	8,84	20,62	71,88	Rechazado Ola 2
<u>Ω Barrera 14. Mejorar la atención en urgencias de los pacientes con TEE (esquizofrenia).</u>	Criterio 14.2. Evitar la administración de múltiples medicamentos antipsicóticos.	8,59	17,68	56,25	Rechazado Ola 2
<u>Ω Barrera 16. Necesidad de promover la sensibilización y dar voz a las personas con la enfermedad. Luchar contra el estigma social.</u>	Criterio 16.1. Disponer de un plan de comunicación conjunto Centro de Salud Mental - Asociación de Pacientes - Hospital.	8,28	22,91	53,13	Rechazado Ola 1
	Criterio 16.2. Campañas de sensibilización en colaboración con pacientes con TEE (esquizofrenia), asociaciones y profesionales de la salud.	8,72	14,87	59,38	Rechazado Ola 1
	Criterio 16.3. Realizar intervenciones de los profesionales en los medios de comunicación y hablar del enfermo mental de modo profesional y desmintiendo las falsas informaciones o creencias.	8,94	13,18	71,88	Rechazado Ola 2

↗ CONCLUSIONES

La mejora de la calidad de la atención de los pacientes con algún trastorno del espectro de la esquizofrenia (TEE) requiere actuar para solucionar las barreras que dificultan realizar una atención efectiva, como son:

- Los retrasos en el diagnóstico, por insuficiente conocimiento de la enfermedad por parte de los profesionales sanitarios que atienden a pacientes con algún TEE.
- Las insuficientes consultas especializadas para realizar un diagnóstico adecuado.
- Los retrasos en las visitas de seguimiento a las personas con TEE.
- Las consultas repetitivas, protocolizadas, centradas en un paciente tipo y poco personalizadas en el paciente que se visita.
- Las habilidades comunicativas de los profesionales de la salud que es necesario mejorar para poder mejorar la información que reciben las personas con TEE.
- La formación de la familia/cuidadores para saber como ayudar a la persona con TEE.
- El insuficiente apoyo generalizado y carencias en la atención a los problemas psicosociales asociados.
- La necesidad de mejorar la atención integral por la insuficiente coordinación y comunicación entre dispositivos asistenciales.
- Las carencias en la transición entre el sistema de salud y la vida cotidiana, en la fase de estabilización
- Los riesgos en la transición de la etapa infanto-juvenil a la adulta
- Los retrasos en encontrar el tratamiento farmacológico adecuado
- La accesibilidad a los recursos necesarios
- La necesidad de mejorar el trato en los ingresos
- La necesidad de mejorar a atención en los servicios de urgencias
- La necesidad de mejorar la atención en el traslado en ambulancias
- La necesidad de promover la sensibilización y dar voz a las personas con TEE para luchar contra el estigma social.

➤ CONCLUSIONES

Se han definido consensuadamente y priorizado 26 criterios de calidad, cuya implementación puede ayudar a mejorar la calidad asistencial en la atención a los pacientes con TEE (esquizofrenia). Los criterios de calidad consensuados son los siguientes:

- 1** Disponer de un protocolo en Atención Primaria que incluya criterios para la detección precoz y los criterios de derivación a Psiquiatría.
- 2** Disponer de un canal de consulta al especialista de Salud Mental de referencia para este tipo de paciente.
- 3** Disponer de un canal de comunicación entre Atención Primaria y Psiquiatría para la consulta de casos dudosos.
- 4** Disponer de equipos multidisciplinares para la detección y el tratamiento de la enfermedad.
- 5** Disponer de cita preferente para Psiquiatría en el caso de pacientes con sospecha de TEE.
- 6** Seguimiento precoz en la consulta de Psiquiatría, tras el primer episodio de esquizofrenia (≤ 15 días).
- 7** Disponer de un acceso a consulta, fuera de los controles rutinarios de seguimiento, para situaciones de riesgo de reagudización.
- 8** Terapia de intervención familiar de tipo psicoeducativa para evitar recaídas y mejorar el pronóstico de la enfermedad.
- 9** Informar a pacientes y a sus familias de los recursos sociosanitarios de apoyo.
- 10** Realizar actividades formativas y talleres de educación a los pacientes y a las familias en colaboración con las asociaciones.
- 11** Los pacientes deben recibir atención psicosocial por parte del equipo multidisciplinar.
- 12** Los pacientes deben ser tratados en una unidad multidisciplinar.

1

2

↗ CONCLUSIONES

- 13** Disponer de una historia clínica electrónica que sea accesible a todos los servicios y niveles asistenciales involucrados en la atención a estos pacientes.
- 14** Formar al paciente que lo requiera en habilidades sociales y habilidades para las actividades de la vida diaria.
- 15** Establecer un protocolo asistencial para facilitar una transición coordinada y adecuada de la atención del paciente de la etapa infantil a la adulta.
- 16** Gestión intensiva de casos y servicios de apoyo comunitarios para pacientes con TEE de inicio precoz.
- 17** Conseguir la estabilidad de la enfermedad evitando ingresos hospitalarios.
- 18** Disponer de una Red de Atención Sociosanitaria al Enfermo Mental Grave donde se aúnen recursos y se puedan valorar casos concretos.
- 19** Disponer de un protocolo para determinar cuándo y cómo se debe realizar la sujeción a pacientes.
- 20** Determinar los daños físicos (fracturas, caídas) en pacientes.
- 21** Disponer de un protocolo asistencial para la atención a los pacientes en urgencias.
- 22** Disponer en urgencias de un cubículo específico para la atención al paciente que favorezca la intimidad y la buena atención.
- 23** Realizar actividades de formación y sensibilización dirigida a los profesionales involucrados en el traslado de pacientes.
- 24** Disponer de un protocolo específico para el traslado al hospital del paciente en fase aguda, incluido el traslado urgente y no voluntario.
- 25** Evaluar la calidad de vida del paciente (PROM).
- 26** Disponer de un sistema de medición de la experiencia del paciente (PREM) en los servicios de salud mental para las personas con TEE.

26

Por último, destacar los aspectos **aspectos positivos** identificados por los pacientes en sus interacciones con el sistema de salud mental, entre los que cabe citar la incorporación de la **enfermera de salud mental**, que brinda un trato más cercano y accesible. También se observó un **avance positivo en el ámbito farmacológico**, con mejoras en los efectos secundarios de los tratamientos. También se valora en positivo **las mejoras implementadas en las instalaciones para hospitalización y atención en hospital de día**.



La **mejora de la atención a las personas con trastorno del espectro de la esquizofrenia (TEE)** representa un desafío multifacético que requiere una intervención integral y coordinada en varios niveles de la atención sanitaria. La implementación de los 26 criterios de calidad consensuados muestra un camino hacia una atención más efectiva, personalizada y humana para estos pacientes. Al abordar barreras críticas como los retrasos en el diagnóstico, la falta de consulta especializada, y la mejora en la comunicación y la formación de los profesionales y cuidadores, se puede facilitar un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado. Esto, a su vez, promueve una mejor calidad de vida para las personas con TEE, minimizando el impacto de la enfermedad en su vida cotidiana y reduciendo el estigma asociado. Al centrarse en la detección precoz, el acceso a la atención especializada, y la inclusión de medidas que fomenten la participación activa del paciente y su entorno, se puede lograr una atención más humana y eficiente. En definitiva, consideramos que el enfocarse en mejorar estos aspectos permitirá un avance significativo en el abordaje terapéutico de las personas con esquizofrenia, asegurando una atención integral que atienda a sus necesidades clínicas y psicosociales, facilitando así una recuperación funcional más plena y una integración social efectiva.

↗ REFERENCIAS

1. Owen M.J., Sawa A, Mortensen PB. Schizophrenia. Lancet 2016;388 (10039):86–97.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5, 5th ed.; American Psychiatric Association: Washington, DC, USA, 2013.
3. Rodriguez-Jiménez, García Fernández. Esquizofrenias en Trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Cap. 6.1. Máster de formación permanente en psiquiatría clínica. Editorial Médica Panamericana 2023. Disponible en: https://aula.campuspanamericana.com/_Cursos/Curso01417/Temario/MFP_Psiquiatria/M2T6.1_Texto.pdf.
4. Beck, A.T., Baruch, E., Balter, J.M., Steer, R.A., Warman, D.M., 2004. A new instrument for measuring insight: the Beck cognitive insight scale. *Schizophr. Res.* 68 (2–3), 319–329.
5. Kishi T, Ikuta T, Matsui Y, et al. Effect of discontinuation v. maintenance of antipsychotic medication on relapse rates in patients with remitted/ stable first-episode psychosis: a meta-analysis. *Psychol Med.* 2019;49(5):772–779. doi:10.1017/S0033291718001393.
6. Anderson KH, Ford S, Robson D, et al. An exploratory, randomized controlled trial of adherence therapy for people with schizophrenia. *Int. J. Ment. Health Nurs.* 2010;19:340–349. doi:10.1111/j.1447-0349.2010.00681.x
7. Novick, D., Montgomery, W., Treuer, T., Aguado, J., Kraemer, S., Haro, J.M., 2015. Relationship of insight with medication adherence and the impact on outcomes in patients with schizophrenia and bipolar disorder: results from a 1-year European outpatient observational study. *BMC Psychiatry.* 15, 189.
8. World Health Organization. (2008) . The global burden of disease: 2004 update. World Health Organization. Disponible online: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43942>.
9. Jauhar, S.; Johnstone, M.; McKenna, P.J. Schizophrenia. *Lancet* 2022, 399, 473–486.
10. Buckley, P.F.; Miller, B.J.; Lehrer, D.S.; Castle, D.J. Psychiatric Comorbidities and Schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 2009, 35, 383–402.
11. Oud, M.J.T.; Meyboom-de Jong, B. Somatic Diseases in Patients with Schizophrenia in General Practice: Their Prevalence and Health Care. *BMC Fam. Pract.* 2009, 10, 32.
12. Walker, E.R.; McGee, R.E.; Druss, B.G. Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Psychiatry* 2015, 72, 334–341.
13. Millan, M.J.; Andrieux, A.; Bartzokis, G.; Cadenhead, K.; Dazzan, P.; Fusar-Poli, P.; Gallinat, J.; Giedd, J.; Grayson, D.R.; Heinrichs, M.; et al. Altering the Course of Schizophrenia: Progress and Perspectives. *Nat. Rev. Drug Discov.* 2016, 15, 485–515.
14. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: Explanation and elaboration. *BMJ* 2009;339:b2700.
15. Jorm AF. Using the Delphi expert consensus method in mental health research. *Aust N Z J Psychiatry.* (2015) 49:887–97. doi: 10.1177/0004867415600891.
16. Yañez Gallardo, R., & Cuadra Olmos, R. (2008). La técnica Delphi y la investigación en los servicios de salud. *Ciencia y Enfermería*, 14(1), 9-15. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532008000100002>.