

Cómo Aplicar Intervenciones Basadas en la Evidencia en Rehabilitación Psicosocial de Personas con Trastorno Mental Grave. Problemas, Soluciones y Metaperspectiva

How to Apply Interventions Based on Evidence in Psychosocial Rehabilitation of Persons with Severe Mental Illness. Problems, Solutions and Metaperspective

Daniel Navarro Bayón

Fundación Socio-sanitaria de Castilla La Mancha, España

Resumen. En los últimos años se han dado avances en España para desarrollar una rehabilitación psicosocial del trastorno mental grave basada en la evidencia. Se analizan cuáles son los tratamientos recomendados en rehabilitación psicosocial y basados en la evidencia. Se analizan los problemas en su implantación en los servicios comunitarios y las soluciones posibles. Se concluye que es necesario adoptar un metamodelo (modelo de modelos) de tratamiento que facilite la integración de los tratamientos más eficaces para planificar servicios ajustados a las necesidades del trastorno mental grave.

Palabras clave: rehabilitación psicosocial, trastorno mental grave, tratamiento, evidencias.

Abstract. Consistent advances based on evidence have been taken in Spain during the last recent years in order to establish Psychosocial Rehabilitation of severe mental disorders. Recommended treatments based on evidence for psychosocial rehabilitation are analyzed. Next, there is a review on problems arising when wanting to implant the best treatments, and how to pass the recommendations to community services, as well as possible solutions. As a conclusion emerges the need to adopt a metamodel (model of models) of treatment in order to facilitate the planning of services that fit the needs of people with severe mental illness.

Keywords: Psychosocial Rehabilitation, severe mental illness, treatment, evidence.

La correspondencia sobre este artículo debe enviarse al autor al e-mail: dnavarro@jccm.es

Introducción

Aunque la medicación es de forma casi indiscutible un tratamiento de primera elección para los denominados Trastornos Mentales Graves (TMG), especialmente para la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, produce solo mejorías limitadas en los síntomas negativos, el funcionamiento cognitivo, el funcionamiento psicosocial, el clima familiar y la integración social y laboral. Incluso es normal que muchos usuarios de medicación neuroléptica tengan síntomas persistentes y recaídas (Cuevas, 2006). La variabilidad individual en la respuesta al fármaco, la falta de adherencia de los pacientes y la eficacia limitada para entre un 25% y un 50% de pacientes que toman el tratamiento de manera responsable, han planteado la necesidad de incluir otro tipo de terapias no biológicas que incrementen la potencia terapéutica. Así, la inclusión de terapias psicológicas y psicosociales complementarias al fármaco se ha demostrado algo necesario para mejorar los síntomas resistentes, el funcionamiento social y la calidad de vida.

Como consecuencia de ello han proliferado desde la década de 1.980 un importante abanico de los denominados tratamientos psicosociales y laborales como la Terapia Cognitivo Conductual para los síntomas psicóticos positivos, el entrenamiento en habilidades sociales, las técnicas de afrontamiento del estrés, los programas de apoyo al empleo o la intervención con familias entre otras. Gran parte de estas terapias están incluidas en la disciplina de Rehabilitación Psicosocial. La rehabilitación psicosocial también ha encontrado un importante respaldo en el modelo de vulnerabilidad al estrés (Zubin y Spring, 1.977), que defiende la necesidad de combinar la terapia farmacológica con intervenciones psicológicas y sociales.

La aplicación de las técnicas psicosociales al TMG en el marco de la rehabilitación psicosocial ha cobrado tal fuerza que se han incorporado en la cartera de servicios de todos los países que desarrollan redes sociales y sanitarias de atención a personas que tienen un TMG. Muchas de estas intervenciones aparecen en Guías de Práctica Clínica nacionales e internacionales (APA, 2004; NICE, 2008; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009; Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009).

También se han hecho accesibles protocolos y manuales de intervención de estas terapias (Rodríguez, 1997; Pastor, Blanco y Navarro, 2010; Cañamares, Castejón, Florit, González, Hernández y Rodríguez, 2001; Roder, Brenner, Kienzle y Fuentes, 2007; Liberman, 1993; Soriana, Liberman, Kopelowitz y Cangas, 2009; Solano, Perona, Santolaya y Vallina, 2004).

En España el interés sobre el tema de las evidencias es creciente entre los profesionales. Por citar algunas publicaciones de la última década, están los manuales de Álvarez, Hermida, Rodríguez y Vázquez (2003); monográficos de colegios profesionales (Colegio Oficial de Psicólogos de Asturias, 2001) y la reciente aparición de las guías de práctica clínica en el sistema Nacional de salud del Ministerio de Sanidad y Política Social (www.guiasalud.es/GPC).

Han sido dos elementos los que han impulsado el avance de los tratamientos psicosociales. Uno el asumir la corriente de la *práctica basada en la evidencia* que ha facilitado la investigación de los tratamientos psicosociales y su reconocimiento mundial. Otro, el interés de las políticas sanitarias y sociales en identificar la eficacia de los tratamientos y su respaldo mediante la elaboración de documentos de recomendación y práctica asistencial. Pero a pesar del importante avance que supone ambos movimientos, también ha surgido cierta “brecha” entre lo que recomienda la investigación científica y la práctica cotidiana en los servicios de atención.

A finales de los años 2000 el interés en España es el de buscar el tratamiento específico para el trastorno específico, y cada vez más, el aplicar el tratamiento justo, para la fase justa en la que se encuentra la persona. Este desarrollo sin duda es estimulante desde un punto de vista científico-profesional.

En este artículo se ofrecen algunas reflexiones sobre la implantación en la práctica cotidiana de los tratamientos psicosociales con evidencia y más en concreto aplicados en el campo de la rehabilitación psicosocial. No se analizan los problemas teóricos, ni filosóficos sobre la aplicación de la evidencia. Se plantean retos y consecuencias que trae este movimiento científico sobre el trabajo de los profesionales y por último que surgen en el ejercicio cotidiano de aplicar los mejores tratamientos posibles para las personas usuarias de los servicios. También se muestra un caso práctico que describe a modo de ejemplo el procedimiento de aplicar los tratamientos psicosociales con evidencia empírica en rehabilitación.

Definición del problema

El TMG se define en la actualidad desde un enfoque integral que sitúa a la enfermedad o trastorno mental en el centro de un proceso asistencial que contemple sus características y necesidades psicopatológicas, psicosociales, evolutivas y asistenciales. En el cuadro 1 se describen las concepciones más aceptadas de TMG en nuestro país. Pero esta visión integradora se tiene poco en cuenta desde la investigación, predominando estudios que recogen a sujetos agrupados en un diagnóstico en lugar de en las categorías mostradas en la tabla 1.

Tabla 1. Definición de TMG en diferentes documentos técnicos de consenso de España

AEN (2002)	IMSERSO (2007)
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico. Prioridad en psicosis funcionales. • Duración. Duración de 2 años en tratamiento. • Discapacidad. autocuidados, autonomía social y laboral, autocontrol, relaciones interpersonales, ocio y tiempo libre, funcionamiento cognitivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico. Esquizofrenia, grupo de trastornos psicóticos, trastorno bipolar y afectivos mayores. • Síntomas. Delirios, alteraciones del estado de ánimo, alucinaciones, alteraciones neurocognitivas, problemas de conducta y de control de impulsos, síntomas negativos. • Restricciones en la participación, relaciones sociales, acceso a servicios comunitarios, tiempo libre, funcionamiento laboral, participación activa en la sociedad.

Los diagnósticos representan colecciones de síntomas que unidos a problemas funcionales implican discapacidades y restricciones vitales. Los más frecuentemente asociados al TMG son: esquizofrenia, trastornos del estado de ánimo y trastornos de la personalidad. Los síntomas y disfunciones asociadas a estos diagnósticos se resumen en el tabla 2.

Tabla 2. Síntomas, discapacidades, curso y prevalencia de los diagnósticos más frecuentemente asociados al TMG (Corrigan, Mueser, Bond, Drake y Solomon, 2009)

Diagnóstico	Síntomas y discapacidades					Prevalencia a lo largo de la vida
	Afectivos	Alteraciones cognitivas y perceptivas	Motivación y conducta	Funcionamiento interpersonal	Otros	
T.esquizofrénicos	Aplanamiento Inapropiado Inestabilidad Alogia Déficit de atención y memoria	Alucinaciones Delirios Lenguaje desorganizado habilidades sociales	Conducta desorganizada Catatónica Apatía	Dificultad en el desempeño de roles sociales Déficit en		0.5 -1% ^a
T.del Estado de Ánimo	Afecto deprimido Anhedonia Irritabilidad Afecto elevado	Desesperanza Dificultad de concentración Ideas de suicidio Ideas de grandiosidad Distractibilidad	Pérdida de energía Agitación o retardo psicomotor Discurso apresurado Actividad incrementada	Disminución de las relaciones interpersonales del sueño	Trastornos de alimentación Trastornos	5% Depresión mayor 1% T.Bipolar ^b
T. de la Personalidad ¹	Inestabilidad Ansiedad Ira Reactividad emocional Anhedonia Sentimientos de vacío	Ideación paranoide o semidelirante Síntomas disociativos Ideas negativas del yo	Evitación de abandono y soledad Impulsividad en sexo, tóxicos y comida	Relaciones interpersonales inestables o ausentes Intentos de suicidio Conductas excéntricas	0.5 – 2.5% TParanoide ^c 3% T.Esquizotípico ^d 2% T.Limite ^e 2.1 - 18% todas las categorías ^f	

¹ Se incluye sintomatología de los Trastornos esquizoide, esquizotípico, límite y paranoide.

^{a, b, c, d y e} Prevalencia extraída del DSM-IV (APA, 1994).

Pero el conocimiento de los trastornos mentales en base a diagnósticos ha suscitado críticas importantes y bien fundamentadas. Una de ellas es la consideración del diagnóstico como sistema poco eficaz para explicar y definir el trastorno mental. Las alteraciones sintomáticas halladas en el diagnóstico son demasiado inespecíficas como para pensar en ellas como aspectos propios o definitorios de una enfermedad. Esto nos hace tener un juicio crítico para la aplicación de tratamientos en base a diagnósticos como principal criterio de selección. Es más, la propia APA (DSM-IV, 1.994) reconoce que la definición diagnóstica de los trastornos mentales como medida única tiene importantes limitaciones tanto para identificar trastornos como para formular un plan de tratamiento específico.

En un estudio descriptivo reciente con 441 sujetos (Navarro y Carrasco, 2010) se han extraído algunos elementos comunes de las personas que se engloban bajo la categoría de TMG y que sirven para ampliar la definición diagnóstica. En la tabla 3 se muestran estas características.

Tabla 3. Características más comunes en la muestra de pacientes con TMG estudiada por Navarro y Carrasco (2010)

- Tienen escasa capacidad para afrontar situaciones estresantes.
- Presentan poca capacidad en el manejo de las habilidades sociales y las relaciones interpersonales.
- Tienen grandes dificultades para resolver los problemas de su vida cotidiana.
- Les cuesta tomar decisiones en circunstancias vitales relevantes, o son inadecuadas o poco eficaces.
- Tienen deficiente manejo del entorno doméstico, no participa o es inexistente o desorganizado.
- Utilizan su tiempo libre de manera muy escasa, tienen pocos intereses o apenas realizan actividades.
- Están desempleados y tienen dificultades para mantenerse en un trabajo.
- No desarrollan un rol reconocido socialmente como propio de su edad: trabajador, estudiante, cuidado del hogar.
- Tienen apoyo familiar, con fluctuaciones y escasa estabilidad en el clima de convivencia.
- Tienen relaciones muy disminuidas o ausentes y círculos de relación empobrecidos.
- Hacen escaso uso de recursos sociales normalizados: centros deportivos, culturales o sociales.
- Hay un estancamiento, meseta o deterioro en el funcionamiento durante los dos años anteriores a su derivación a un centro de rehabilitación psicosocial.

Intervenciones disponibles

Existen en la actualidad múltiples tratamientos psicosociales dirigidos a diferentes objetivos: mejora de las habilidades sociales, mejora del clima y de las relaciones familiares, rehabilitación cognitiva, prevención de recaídas, afrontamiento del estrés, búsqueda de empleo, afrontamiento de síntomas psicóticos, actividades de la vida diaria, etc. Las intervenciones con mayor apoyo experimental en este momento son las intervenciones familiares, los programas de empleo con apoyo y empleo protegido, la terapia cognitivo-conductual aplicada a síntomas psicóticos positivos y los programas de entrenamiento en habilidades de automanejo de la enfermedad y prevención de recaídas. Estas intervenciones se han recomendado en las guías de práctica clínica tanto nacionales como internacionales. En la tabla 4 se describen las intervenciones más recomendadas por alguna de la guías de referencia. Por otro lado se ha descrito a los TMG, especialmente los psicóticos en un proceso de varias fases: aguda (crisis), estabilización (post-crisis) y estable (mantenimiento). Esto determina en gran medida la aplicación de los tratamientos psicosociales, ya que deben seguir un orden o secuencia de las fases (ver tabla 5).

Entre el conjunto de tratamientos de rehabilitación psicosocial que han demostrado su eficacia hemos seleccionado algunos que se identifican en mayor medida dentro de la rehabilitación psicosocial y laboral y que están descritos en la tabla 6, estructurados en áreas y programas.

El interés por las intervenciones psicosociales aplicadas al TMG en nuestro país ha llevado a la reciente publicación de una Guía de práctica clínica específica de estos tratamientos por parte del Ministerio de Sanidad y Política Social en el año 2009, cuyos contenidos principales se resumen en el tabla 7.

En nuestro país ya existen revisiones y resúmenes de calidad sobre los tratamientos psicosociales que disponen de base científica suficiente y aceptable. Entre los más destacados están los de Vallina, Lemos y Fernández

Tabla 4. Intervenciones indicadas en las principales guías de tratamiento de esquizofrenia

	<i>American Psychiatric Association (2004)</i>	<i>Canadian Psychiatric Association (1998)</i>	<i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network (1998)</i>	<i>Expert Consensus Treatment Guideline (1999)</i>	<i>Misterio de Sanidad y Consumo (2009)</i>
F A S E A G U D A	Establecer alianza con pacientes y familia. Prevención del daño. Reducción de la estimulación. Estructuración del ambiente. Comunicación simple. Apoyo tolerante. Información. Talleres de supervivencia familiar.	Evaluación inicial y relación terapéutica. Manejo de casos. Información al paciente y familia. Abordaje de crisis e impacto familiar. Alianza con la familia. Planear descarga.	Evaluación. Apoyo. Refuerzo de la realidad. Tratamiento de conductas desafiantes. Información al paciente según estado. Información a la familia.	Formación del paciente y la familia. Monitorización de la medicación y de síntomas. Terapia individual de apoyo centrada en la realidad. Grupo de apoyo. Evaluación psicosocial.	Evaluación y diagnóstico. Reducir ambiente estresante. Alianza con paciente y familia. Información a la familia.
F A S E E S T A B I L I Z A C I Ó N	Reducción del estrés. Adaptación a la comunidad. Terapia de apoyo. Psicoeducación del paciente y la familia. Autocontrol de la medicación y de los síntomas. Habilidades de conversación. Inicio de rehabilitación de bajo nivel.	Educación familiar, individual o grupal. Adherencia al fármaco. Prevención recaídas. Tratamiento psicológico: educación, estigma, relaciones, presión social. Reintegración laboral y educativa. Entrenamiento de habilidades.	Psicoeducación del paciente. Cumplimiento del tratamiento. Intervención familiar. Grupo familiar. Integración de los cuidados.	Terapia individual de apoyo centrada en la realidad. Rehabilitación. Entrenamiento cognitivo y de habilidades sociales. Apoyo familiar individual y grupal.	Continuar educación familiar. Psicoeducación del paciente y prevención de recaídas. TCC para síntomas psicóticos resistentes. Adherencia al tratamiento. Intervención familiar. Entrenamiento en habilidades sociales. Actividad de soporte social.
F A S E E S T A B I L E	Entrenamiento en habilidades sociales y de la vida diaria. Rehabilitación laboral. Rehabilitación cognitiva. Manejo de estrés. Tratamiento psicológico. Prevención de recaídas. Manejo de efectos adversos de la medicación.	Optimizar recuperación. Afianzar el tratamiento de fase anterior. Supervisar fallos y cumplimiento del tratamiento. Tratamiento psicológico. Prevención de recaídas. Manejo de efectos adversos de la medicación.	Rehabilitación: autocuidados, ocupación y ocio. Intervención familiar. Terapia cognitivo-conductual para síntomas de la psicosis. Prevención de recaídas e intervención temprana.	Psicoeducación al paciente. Rehabilitación conductual y laboral. Grupos de autoayuda. Apoyo familiar. Monitorización de síntomas.	Terapia de apoyo a la solución de problemas. Rehabilitación cognitiva en el entorno. Apoyo laboral. Entrenamiento en habilidades sociales y en AVD.

(2010) o Lemos, Vallina, Fernández, Fonseca y Paino (2010). También disponemos de manuales de tratamiento como los de Rodríguez (1997) o el más reciente de Pastor, Blanco y Navarro (2010) que describen la metodología y el procedimiento para aplicar los tratamientos.

Metamodelo de tratamiento del TMG

En consenso actual en el tratamiento de personas con TMG es el de adoptar múltiples intervenciones cuya combinación óptima implica una organización de múltiples servicios sanitarios y sociales (tabla 8).

Las intervenciones propuestas en el cuadro 8 no conforman una jerarquía asistencial. Es necesario un acercamiento no jerárquico para poder disponer de múltiples intervenciones a la vez, lo que en realidad supone pasar de un modelo de tratamiento individual o único a un metamodelo de tratamiento. En un metamodelo los modelos no se excluyen sino que se suman (ver tabla 9).

Tabla 5. Esquema de recomendaciones sobre intervenciones psicosociales según fases del TMG (Emeterio et al., 2004)

<i>FASE AGUDA (CRISIS)</i>	<i>FASE DE ESTABILIZACION (POSTCRISIS)</i>	<i>FASE ESTABLE (MANTENIMIENTO)</i>
<p>INFORMACION Y EDUCACION</p> <ul style="list-style-type: none"> – Información al paciente y a su familia sobre la enfermedad, el tratamiento y el pronóstico (c). <p>INTERVENCION</p> <ul style="list-style-type: none"> – Intervenciones psicosociales destinadas a reducir las relaciones, situaciones y episodios vitales que puedan resultar estresantes o sobreestimulantes, favoreciendo la relación o la reducción de la excitación mediante comunicaciones y expectativas sencillas, claras y coherentes, en un entorno estructurado y de baja exigencia funcional (c). 	<p>INFORMACION Y EDUCACION</p> <ul style="list-style-type: none"> – Programas de educación eficaces para el autocontrol de la medicación, de los síntomas y las habilidades sociales básicas (a) – Información a la familia sobre la enfermedad y estrategias de afrontamiento del estrés o de entrenamiento en solución de problemas (a) <p>INTERVENCION</p> <ul style="list-style-type: none"> – Psicoterapia grupal. Técnicas de habilidades sociales en pacientes de inicio precoz (a). – Terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de los síntomas positivos y negativos resistentes a la medicación (a). – Psicoterapia individual centrada en la realidad para los pacientes moderadamente discapacitados y estables o intermitentemente estables (c). – Intervención individual/grupal. Incluir visita semanal durante 1 año y posteriormente según la evolución, ya que entre la reagudización sintomatológica y la recaída puede transcurrir menos de 1 semana (c). <p>INTERVENCION FAMILIAR</p> <ul style="list-style-type: none"> – Abordaje familiar en pacientes moderadamente o gravemente discapacitados y, sobre todo, en aquellos de larga evolución. En pacientes con inicio reciente, valoración de forma individualizada. Debe combinarse con el resto de intervenciones (a). – Programa para grupos familiares de pacientes con diagnóstico homogéneo, donde el paciente participe y esté informado; con duración no inferior a 6 meses (a). 	<p>PSICOTERAPIA GRUPAL</p> <ul style="list-style-type: none"> – Psicoterapia grupal. Se recomienda periodicidad semanal o quincenal, así como la continuidad de la intervención a lo largo del tiempo (c). – Psicoterapia individual de apoyo para la resolución de problemas ya que reduce las recaídas y potencia la función social y laboral (a). – Rehabilitación psicosocial: Entrenamiento en habilidades sociales según el modelo de solución de problemas a pacientes discapacitados (a). <p>Rehabilitación cognitiva en el entorno social del paciente para la prevención de recaídas y la adaptación social (a).</p> <p>Rehabilitación laboral en programas de empleo con apoyo (a).</p> <p>Programas de psicoeducación de familias durante periodos de más de 6 meses que incluyan información, afrontamiento de estrés y entrenamiento en solución de problemas (a).</p>

Grados de recomendación:

(a) Niveles de evidencia científica que proceden de meta análisis de ensayos clínicos aleatorizados o al menos un ensayo clínico aleatorizado de alta calidad.

(c) La evidencia científica procede de documentos u opiniones de comités de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades reconocidas.

Por tanto las intervenciones con evidencia empírica deben aplicarse de manera integrada (ver figura 1). Como se muestra en la figura 1 aplicar un tratamiento aún teniendo evidencia empírica demostrada, si está basado en un modelo de tratamiento único, probablemente no va a ser suficiente para alcanzar una mejoría completa o deseada. La combinación de tratamientos será necesaria en un contexto de aplicación de la evidencia científica. Sin embargo aplicar un tratamiento óptimo y combinado plantea retos y dificultades que van más allá de las recomendaciones científicas y que pasamos a analizar en los siguientes apartados.

Desarrollo profesional y aplicación de la evidencia en la práctica cotidiana de la rehabilitación psicosocial

Parecería lógico considerar como un derecho de todos los pacientes con trastornos mentales graves el poder recibir tratamientos con garantías de eficacia. Sin embargo, cada vez se reconoce más que en el mundo de la salud mental, los tratamientos ofrecidos a las personas con trastornos mentales graves, como las psicosis, no son los óptimos, o los más recomendados desde la investigación. Normalmente en la atención públi-

Tabla 6. Programas y componentes críticos de cuatro áreas básicas de rehabilitación psicosocial con evidencia empírica

<i>Área de Intervención</i>	<i>Programa / componente</i>
Afrontamiento de la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en habilidades sociales • Entrenamiento en AVD • Intervención cognitiva de síntomas persistentes • Rehabilitación de déficit cognitivos • Actividades expresivas (arteterapia y musicoterapia).
Apoyo al empleo	<ul style="list-style-type: none"> • Centros de empleo protegido • Programas de empleo con apoyo • Colocación rápida • Integración entre servicios de salud mental y servicios de empleo • Apoyo flexible e ilimitado en el tiempo
Programas de familias	<ul style="list-style-type: none"> • Incluir a la familia como parte activa del proceso • Entrenamiento en habilidades de comunicación • Entrenamiento en solución de problemas • Apoyo para incrementar la red de apoyo social • Ayudar a la familia a prevenir y actuar en las crisis • Atender al sentimiento de pérdida
Apoyo a la integración social comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> • Programas de ocio y tiempo libre • Club sociales • Recursos y programas de alojamiento supervisados

Tabla 7. Intervenciones rehabilitadoras de tipo psicosocial recomendadas por la GPC del Ministerio de Sanidad y Política Social Español (2009)

<i>Tipo de Intervención</i>	<i>Intervención recomendada</i>	<i>Intervención no recomendada</i>
Intervenciones psicológicas	Terapia cognitivo-conductual Terapia interpersonal Intervenciones familiares Intervenciones psicoeducativas Rehabilitación cognitiva	Psicoterapias psicodinámicas y abordaje psicoanalítico Terapia de apoyo (counselling) Terapia Morita Dramaterapia Terapia de distracción Hipnosis
Intervenciones sociales	Programas de AVD Programas residenciales Programas de ocio y tiempo libre Programas de empleo protegido y apoyo al empleo Musicoterapia Arte-terapia	Nr
Intervenciones de nivel de servicios	Centros de Día o de rehabilitación psicosocial y laboral Tratamiento asertivo comunitario Centros de salud mental comunitarios Programas de cuidados intensivos	Nr
Intervenciones con sub-poblaciones específicas	Programas integrados de rehabilitación y tratamiento para patología dual. Programas integrados de alojamiento y rehabilitación para personas sin hogar Terapia cognitivo conductual para personas con TMG y nivel intelectual bajo con síntomas psicóticos	Nr

Nr = No se refieren recomendaciones al respecto.

Figura 1. Tratamiento del TMG basado en un metamodelo de tratamiento

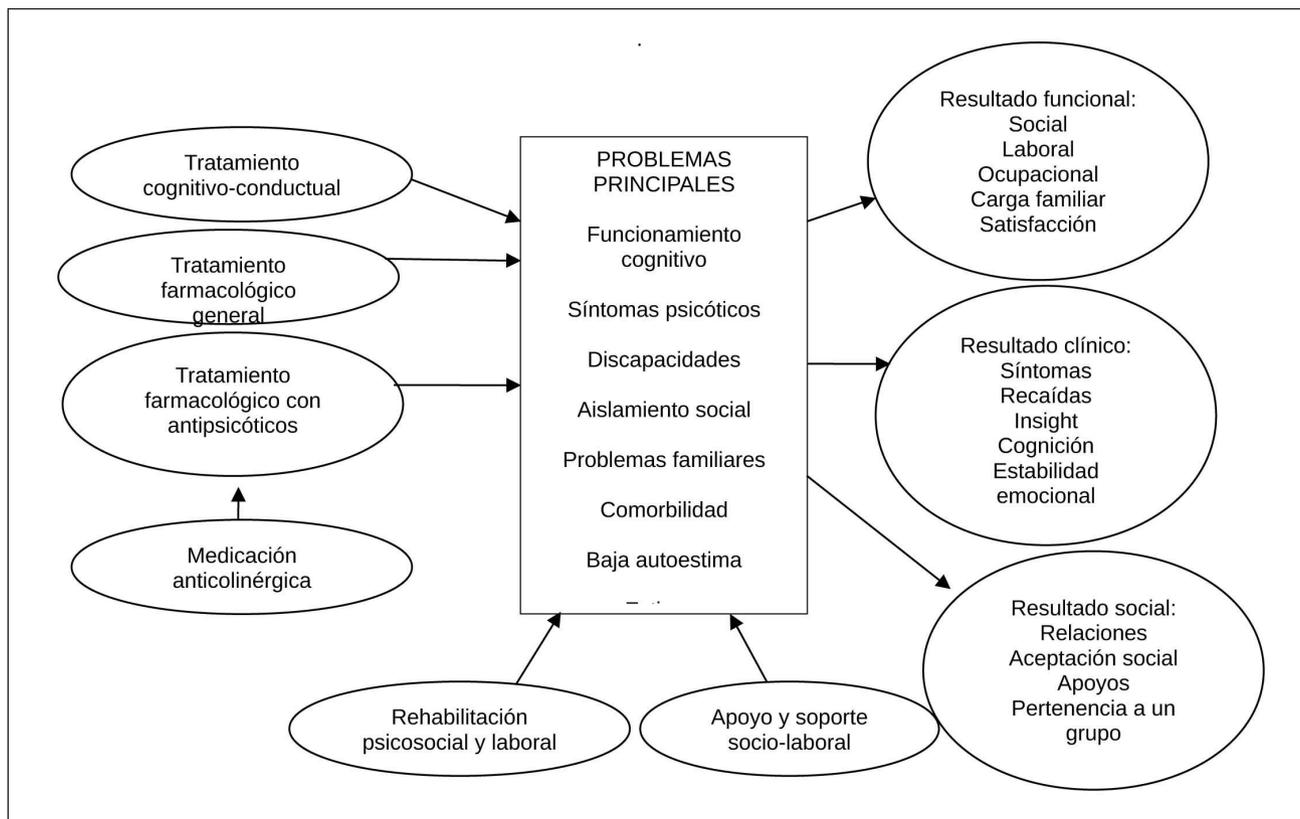


Tabla 8. Intervenciones multimodales necesarias en la atención a personas con TMG en sistemas comunitarios (Tomado de Laviana, 2006)

Sobre la persona

- Fármacos (fundamentalmente neurolépticos)
- Apoyo continuado (de manera individual o en grupo)
- Recuperación o desarrollo de habilidades personales
 - Autocuidados
 - Vida cotidiana
 - Relaciones sociales
 - Educación básica
 - Orientación y formación laboral
- Psicoeducación
- Rehabilitación cognitiva
- Terapia cognitiva para síntomas psicóticos resistentes a la medicación

Sobre la familia

- Psicoeducación

Recursos instrumentales

- Recursos residenciales con distintos grados de supervisión y apoyo
- Recursos ocupacionales, laborales y lugares de interacción social
- Dinero
- Recursos tutelares
- Intervenciones generales que contribuyan a la reducción del estigma y de las actitudes sociales de rechazo al enfermo mental.

comunitaria, intervención familiar y terapia cognitiva para los síntomas persistentes, como tratamientos preferentes sobre otros.

ca se suele argumentar que esto es debido a una escasez de recursos humanos y/o a la falta de tiempo como consecuencia de la gestión de la atención (número excesivo de pacientes atendidos al día, dificultad para priorizar sobre un tipo de patología, etc.) Sin menospreciar estas razones, las dificultades de trasladar a la práctica diaria los tratamientos probados como eficaces en la investigación incluyen una complicada mezcla de actitudes, competencias y variables relacionadas con el contexto clínico.

Pero la divulgación de técnicas terapéuticas en salud mental de probada eficacia es un hecho que ha llevado al reconocimiento de que determinados tratamientos, en particular los tratamientos psicosociales, ayudan a los pacientes a recuperarse más rápido y a mantenerse en mejores condiciones psicológicas, familiares y sociales. Así, se suele recomendar incluir entre otros, psicoeducación para el manejo de los síntomas y la medicación, habilidades sociales, estrategias de rehabilitación laboral e integración

Tabla 9. Modelos de tratamiento en el TMG para incluir en un Metamodelo de tratamiento

<i>Modelo de tratamiento</i>	<i>Conceptualización</i>	<i>Intervención propuesta</i>
Biomédico	<ul style="list-style-type: none"> – Cerebro – Neuroquímica 	<ul style="list-style-type: none"> – Fármaco / terapias biológicas – Diagnóstico psiquiátrico
Psicológico	<ul style="list-style-type: none"> – Interacción sujeto-ambiente – Conductas y respuestas aprendidas – <i>Continuum</i> con la normalidad 	<ul style="list-style-type: none"> – Tratamiento cognitivo-conductual – Análisis funcional y contextual – Cambio conductual – Afrontamiento de síntomas
Rehabilitador	<ul style="list-style-type: none"> – Habilidades y déficit en funcionamiento – Contexto social – Adaptación al ambiente 	<ul style="list-style-type: none"> – Plan individual de rehabilitación – Entrenamiento en habilidades – Información y Psicoeducación – Apoyo y soporte
Discapacidad	<ul style="list-style-type: none"> – Discapacidades – Minusvalía – Integración social y laboral 	<ul style="list-style-type: none"> – Apoyo y soporte – Integración social y laboral – Entrenamiento en habilidades – Adaptación del contexto
Integrador	<ul style="list-style-type: none"> – Vulnerabilidad – Competencia – Interacción sujeto-ambiente 	<ul style="list-style-type: none"> – Autocontrol de factores de riesgo y de protección – Reducción de síntomas y mejora del funcionamiento – Entrenamiento en habilidades – Prevención de recaídas

Y no solo se trata de recomendar la aplicación de unos tratamientos sobre otros, también se trata de un deber deontológico. Así se recoge en el Código Deontológico del Psicólogo (Artículo 18) y en el Código Ético de la Federación Europea de Asociaciones Profesionales en Psicología (EFPA).

Como consecuencia, se ha otorgado un estatus causal a algunas técnicas recomendadas por la evidencia, lo que genera ciertas consecuencias. Por ejemplo, cuando llegan pacientes que no han obtenido buenos resultados es fácil pensar que los otros terapeutas han fallado (dando una atención desde un modelo no adecuado, han seccionado mal las técnicas, las han utilizado mal, etc.). Pero en el campo de la atención a los trastornos mentales graves y de la rehabilitación psicosocial es necesario recalcar que es más adecuado hablar de “tratamiento eficaz” que de “técnica eficaz”. El tratamiento de una persona con trastorno mental grave consistirá en un programa integral que incluirá diferentes técnicas, orientaciones, profesionales y espacios de intervención. La clave está en la conexión entre las variables relacionadas con el contexto global de tratamiento del paciente y la aplicación de los tratamientos eficaces.

Pero al margen de estas cuestiones los centros y servicios de rehabilitación tienen el compromiso con la aplicación de tratamientos basados en las mejores evidencias disponibles. Y a pesar de las polémicas existentes acerca de esta forma de razonamiento crítico (p.e.: pérdida de la individualización del tratamiento, sesgo en la selección de los estudios, no atribuir importancia a las habilidades del terapeuta, etc.), es incuestionable que las intervenciones psicosociales deben pasar pruebas y controles para delimitar si son más eficaces que no hacer nada o que utilizar otra intervención que sea menos o nada eficaz. Aunque es sabido que el conocimiento de los resultados de la investigación empírica y su integración en la práctica profesional son cosas algo distintas, instrumentos como los metaanálisis, las revisiones sistemáticas sobre tratamientos concretos, la aparición de las guías de recomendación clínica y los nuevos modelos de razonamiento basado en la evidencia, han hecho que estemos más cerca de delimitar las intervenciones que tienen mayor validez, identificadas como las más eficaces para conseguir los logros esperados.

Algunas de las condiciones que han favorecido el auge a finales de los años 90 del interés en evaluar la eficacia de las prácticas de rehabilitación psicosocial son las siguientes:

- El incremento de los servicios y programas de rehabilitación psicosocial en el marco de la atención comunitaria en salud mental. Los procesos de desistitucionalización y la incorporación de programas de rehabi-

litación han llevado al desarrollo de numerosas modalidades psicológicas y sociales de intervención para personas con Trastorno Mental Grave, algunas de ellas ya consolidadas y con apoyo experimental (véase la revisión de Vallina, Lemos y Fernández, del 2010 o de Emeterio et al. de 2004).

- Mayor énfasis en el código deontológico profesional y en las leyes de protección de los pacientes. Se reconoce como una cuestión de ética profesional el distinguir la buena práctica de la mala práctica. La cuestión deontológica de basar las intervenciones en el conocimiento de estas prácticas ha suscitado recientes monográficos de ética profesional (COP, 2004). Más allá de la cuestión ética, la evaluación de la eficacia de las intervenciones que se ofrecen es algo obligado por las leyes de protección de la salud.
- El desarrollo de las compañías farmacéuticas que suponen una fuente incesante de investigación bio-médica. La aparición constante de monográficos y guías clínicas de tratamiento farmacológico para trastornos concretos ha incrementado la competencia con las intervenciones psicosociales y ha obligado a los psicólogos y otros terapeutas a revisar sus tratamientos eficaces y situarlos en situación de igualdad o superioridad respecto a la eficacia probada de los tratamientos médicos (Alvarez, Hermida, Rodríguez y Vázquez, 2003; Castellar y Fernández-Santaella, 2004).
- El énfasis de las modernas políticas sanitarias comunitarias en evaluar la calidad, que buscan la elaboración de documentos de consenso nacional e internacional para elaborar propuestas para mejorar las actuaciones del gobierno insistiendo en la calidad y la eficacia, y no solo en el precio de los tratamientos.
- La aparición de distintos proveedores de servicios comunitarios ha introducido la competitividad entre ellos por dar mejor servicio, y por tanto ha acentuado el interés por conocer cuales son las intervenciones más eficaces que se deben proporcionar, así como evaluar sus intervenciones en base a las ganancias financieras (costes) y al impacto en los usuarios que las reciben (logros).
- El reconocimiento del derecho del paciente a estar informado sobre los mejores tratamientos y los resultados que debe esperar de cada intervención. En un modelo de atención comunitaria se apunta la necesidad de hacer la rehabilitación “con el paciente” más que “hacia el paciente”.
- La aparición de modelos teóricos psicosociales que sirven de guía para el diseño de los formatos terapéuticos. Así, el Modelo de Vulnerabilidad al Estrés (Zubing y Spring, 1977) y el Modelo de Competencia (Costa y López, 1991) se han refinado y han promovido el desarrollo de intervenciones integradoras que han facilitado su estudio experimental, así como el desarrollo de “modelos explicativos de segunda generación” como el concepto de “recuperación” o de “empowerment”.
- La aparición del “mercado de las evidencias” durante los últimos 10 años en la bibliografía psiquiátrica. El desarrollo de las guías de evidencia clínica han saltado a ser una vía de acceso para los tratamientos hacia los sistemas de atención sanitaria y social. La entrada de las revisiones Cochrane y los monográficos de la APA en esquizofrenia, han contribuido en gran medida a introducir una visión crítica, así como una “jerarquía” entre las intervenciones psicosociales que se están aplicando.
- El reconocimiento de que las enfermedades mentales graves como la esquizofrenia se pueden superar si se trata de manera adecuada un grupo de factores clave para la recuperación que han demostrado su relación empírica con la evolución favorable del trastorno (Lieberman, 2004).
- La insatisfacción general de los profesionales que han cambiado el foco de atención desde los modelos tradicionales de intervención basados en apoyos inespecíficos a largo plazo hacia los apoyos profesionales basados en la evidencia y aplicados en modernos servicios públicos de atención.

Dificultades para la implantación de la evidencia

A pesar de las recomendaciones desde la investigación para aplicar tratamientos con evidencia son pocos los servicios asistenciales que proporcionan algo más que el tratamiento farmacológico. En el Proyecto de Tratamiento Óptimo de Falloon et al. (2004) a pesar de contar con profesionales motivados, formados especí-

Tabla 10. Estrategias basadas en la evidencia en el Proyecto Multicéntrico de Tratamiento Óptimo de Falloon et al., 2004)

-
- Estrategias farmacológicas antipsicóticas eficaces
 - Psicoeducación sobre el fármaco
 - Prevención de efectos secundarios
 - Identificación y actuación sobre síntomas de exacerbación

 - Estrategias para el control del estrés
 - Entrenamiento en solución de problemas
 - Psicoeducación en los cuidadores

 - Control de casos
 - Soportes sociales, económicos y de salud
 - Detección y solución de crisis clínicas y sociales

 - Habilidades sociales
 - Relaciones de amistad
 - Habilidades de ocio y ocupación

 - Habilidades laborales
 - Acceso a oportunidades laborales en su comunidad

 - Estrategias psicológicas para síntomas residuales permanentes
 - Psicosis persistente
 - Control de síntomas negativos
 - Control de cuadros de ansiedad y depresión
 - Control de abuso de sustancias
 - Control de trastornos del sueño
 - Control de problemas nutricionales
-

ficamente y con apoyo administrativo, de los ochenta centros que iniciaron el tratamiento óptimo (ver tabla 10), tan solo once pudieron mantener el protocolo de tratamiento durante dos años seguidos.

De todos los pacientes que recibieron el protocolo de tratamiento el 40% no lo completó durante el tiempo establecido y el 10% abandonó el programa. Por lo que finalmente, del total de pacientes candidatos a recibir programas basados en la evidencia, tan sólo lo recibieron el 50% de ellos. Aunque los resultados del estudio de Falloon permiten concluir que la aplicación de técnicas con eficacia probada es posible con los recursos y equipos multidisciplinares existentes y que es posible esperar buenos resultados comparables en diferentes equipos y de diferentes países, también permite concluir que la principal dificultad para aplicar la evidencia procede de la resistencia de los profesionales (Tabla 11) se enumeran las principales barreras para la aplicación del Protocolo de Tratamiento Óptimo).

Pero también se encontraron dificultades en la falta de aplicación de los tratamientos de manera óptima que tuvieron que ver con las características de los pacientes, se enumeran en la tabla 12.

Por otro lado y desde una consideración de la práctica clínica, a veces es difícil que los resultados de los tratamientos sean iguales a los publicados en la investigación. En la práctica diaria aparecen variables que tienen que ver con el contexto real del entorno asistencial y del paciente que es preciso tener en cuenta (el contexto familiar, la accesibilidad al centro de tratamiento, los apoyos sociales, la formación del profesional, la prioridad que se de a una patología u otra dentro de un servicio, etc.). Estas variables influirán tanto en la elección del tratamiento como en su aplicación y resultados. En la tabla 13 se enumeran algunas de esas variables.

Por lo tanto el que no coincidan los resultados de la investigación con los resultados de la clínica cotidiana debe considerarse como un tema relevante en la cuestión de la evidencias a la luz de los factores previamente enumerados. Profundizando algo más en las dificultades de implantación de tratamientos basados en la evidencia en la práctica diaria y siguiendo el análisis de Dixon et al. (2001) vamos a enumerar algunos obstáculos y soluciones que incluyen actitudes, conocimientos y gestión organizacional.

Tabla 11. Principales dificultades para aplicar las estrategias basadas en la evidencia utilizadas en el “Proyecto de Tratamiento Óptimo” (Falloon et al., 2004)

- Preferencia por tratamientos intensivos y a corto plazo que consigan una mejoría valorable aunque incompleta, *versus* tratamiento continuados en el tiempo.
- En la mitad de los centros el profesional de referencia mantenía el control del programa terapéutico estándar y rechazó la aplicación de un nuevo protocolo basado en la evidencia para sus pacientes.
- Rechazo de los profesionales para seguir una pauta de tratamiento farmacológico diferente a la establecida, aunque esté recomendada.
- Rechazo de los facultativos responsables a ofrecer estrategias psicológicas como complemento a la farmacoterapia para los síntomas residuales.
- Rechazo del profesional encargado del tratamiento de aplicar tratamientos psicosociales complementarios orientados a una recuperación completa a pacientes que mostraban una recuperación rápida de un episodio psicótico.
- Falta de fidelidad en la aplicación de los tratamientos.

Tabla 12. Dificultades relacionadas con los pacientes para aplicar el protocolo óptimo de tratamiento en el estudio de Falloon et al. (2004)

- Mala adherencia al fármaco.
- La escasa participación de las familias en el tratamiento.
- Falta de oportunidades sociales y laborales.
- Uno de cada cuatro casos con un primer episodio de esquizofrenia no mejoraron con las estrategias de eficacia probada.
- Dos de cada cuatro casos crónicos no mejoraron con las estrategias de eficacia probada.

Tabla 13. Diferencias entre la investigación y el contexto clínico (adaptado de Echeburúa y Del Corral, 2001)

<i>Tratamientos en el contexto de la investigación</i>	<i>Tratamientos en el contexto clínico cotidiano</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Protocolos estándar de tratamiento. • Se especifica qué paciente y como entra en el tratamiento. • Terapeutas motivados. • Los casos perdidos se desechan. • Los casos que no mejoran no se analizan. • Publicaciones preferentes de investigaciones con buenos resultados. • Desatención a otros problemas que surjan durante el tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente se implica más o menos en el tratamiento dependiendo de la relación que tenga con el terapeuta. • El apoyo social y familiar influye en el éxito del tratamiento. • El contexto social (estigma, aspectos culturales, accesibilidad, etc.) influye en el tratamiento. • Apoyos instrumentales (económicos y residenciales) influyen en la aplicación del tratamiento. • La historia de contactos con los recursos socio-sanitarios influye en la respuesta del paciente.

Barreras para la implantación de la evidencia

- *Los pacientes.* Un tipo de dificultad para seguir programas de tratamiento basados en la evidencia pueden ser problemas prácticos como por ejemplo dificultades de transporte para acudir a un tratamiento o la incompatibilidad entre los horarios domésticos y asistenciales. En algunos tratamientos provenientes del modelo cognitivo-conductual los pacientes y familiares pueden percibir que el tratamiento les va a implicar un aumento de responsabilidades, lo que para personas con escasas expectativas de resultado, para familias cansadas del cuidado y para aquellos que han interiorizado el rol de “paciente” puede suponer un rechazo. Otra barrera puede ser el estigma. Algunos pacientes psiquiátricos evitan ser identificados como tales o hablar de sus problemas clínicos. También muchos pacientes tienen expectativas negativas sobre los tratamientos de salud mental y carecen de la información sobre la utilidad y potencia terapéutica de un tipo de tratamiento sobre otro.
- *Los profesionales.* Algunos profesionales pueden menospreciar la utilidad de los efectos positivos de los tratamientos recomendados por la evidencia. Por ejemplo, pueden escoger tratamientos orientados a la clínica aguda y valorar los tratamientos psicosociales prolongados como de segundo orden. A veces se pueden valorar los tratamientos recomendados en las guías clínicas como muy costosos en tiempo y dinero. Servicios que vayan orientados a la resolución de los problemas y crisis en el aquí y el ahora pueden infravalorar la eficacia a largo plazo de los tratamientos psicosociales (menos visibles en el

momento de su aplicación). Esto junto con la percepción de implicar más coste hacen que la formación y dedicación de profesionales a un programa concreto pueda verse por los responsables del servicio como un “lujo”.

- *Los factores relacionados con la organización del trabajo* asistencial de los equipos pueden suponer importantes barreras para la aplicación de los tratamientos recomendados. Por ejemplo, un sistema rígido en la agenda de citas que permita pocos o ningún cambio puede ser un obstáculo para introducir intervenciones más “novedosas”. Otros aspectos importantes pueden ser el choque entre la filosofía y métodos asistenciales del servicio y un tratamiento en cuestión, el que no existan recursos humanos suficientes o que haya problemas internos en el equipo.
- *Los gestores*. La importancia otorgada al ahorro de costes económicos, junto con la preferencia de una atención basada en la demanda individual a corto plazo, a resolver situaciones de carácter agudo, y valorar más útil la “cantidad” de asistencias (número de consultas) que la “cualidad” de las mismas (tipo de intervención), puede plantear barreras para algunos tratamientos basados en la evidencia. Otras barreras en el nivel de los gestores clínicos pueden ser: falta de información sobre la evidencia, resistencias a cambiar de modelo de atención y la escasez de personal en los recursos.

Soluciones para la implantación de la evidencia

- *Los pacientes*. Los tratamientos pueden incluir estrategias para prevenir o solucionar las posibles barreras de los pacientes. Por ejemplo: ofrecer sesiones en el domicilio, facilitar el transporte, incluir sesiones de información previas para anticipar la mejoría, flexibilidad en los horarios y días de la terapia y proveer psicoeducación orientada a la desestigmatización de tener un trastorno mental grave. También se puede implicar a las familias y a los propios pacientes en la planificación, divulgación e implantación de un programa concreto, a través de grupos de presión para apoyar un cambio en la atención.
- *Los profesionales*. Aunque algunos protocolos de tratamiento incluyen recomendaciones a seguir sobre parámetros como duración, número de sesiones y contexto, se debe adaptar la estructura recomendada para que encaje en las características del centro o servicio. Otra alternativa es reforzar los resultados a conseguir más allá de las evidencias, por ejemplo: un mejor seguimiento y control de pacientes, mayor satisfacción y gratitud de las familias o una mejora de la imagen del servicio en la comunidad científica.
- *Supervisión*. La intervención protocolizada de intervenciones muy específicas (como la intervención temprana en psicosis, o un programa de intervención familiar) puede requerir una supervisión, al menos durante la fase de implantación, sobre aspectos como selección de pacientes, resistencia de los profesionales o la solución de dificultades en el diseño de las sesiones. Esto ayudaría a crear un contexto de formación y supervisión facilitador que permita adaptar el tratamiento al recurso y corregir desviaciones de los principios y la metodología general.
- *Los gestores*. A menudo es preciso contar con el apoyo de los directores gerentes de un hospital o institución para poder aplicar tratamientos basados en la evidencia. Una estrategia puede ser que los profesionales tomen la iniciativa de implantación de un programa, cuenten con el apoyo de las asociaciones de pacientes o familiares y de las autoridades locales en materia sanitaria y social. Otra estrategia puede ser implicar a los gerentes en la formación de programas basados en la evidencia, introduciendo elementos que contemplen costes económicos, gestión de los recursos humanos y ventajas en los equipos y los pacientes. Una opción aceptable para algunos gerentes puede ser nombrar a un coordinador de las intervenciones que haga el papel de comunicación entre el personal, los pacientes y el gerente, supervise la implantación de los programas y facilite los recursos para las adaptaciones que se precisen.

Marco general para implantar tratamientos con evidencia empírica para personas con Trastornos Mentales Graves en el contexto comunitario

La aplicación de los tratamientos basados en la evidencia para el TMG va más allá de procedimientos particulares, pues deben tener en cuenta el contexto de tratamiento general e integral. La eficacia de un tratamiento se debe enmarcar en un conocimiento amplio de cada paciente. Además no se debe considerar como éxito del tratamiento únicamente la desaparición de los síntomas típicos, sino otras medidas como la integración social y laboral, la calidad de vida y el ajuste psicosocial.

Sin embargo, la aplicación de la evidencia en los tratamientos psicosociales se organiza en gran medida en torno a un modelo médico de intervención. Así, la aplicación de los tratamientos se siguen organizando en su mayoría de acuerdo con las estrategias diagnósticas tradicionales, lo que puede poner en riesgo la tarea de aplicar las técnicas en base a un conocimiento amplio e individual de las dimensiones del paciente más que en base a un conocimiento de su diagnóstico. Una asunción completa del modelo médico de la “Medicina Basada en la Evidencia” puede dar lugar a afirmaciones de que el paciente que no mejora con un tratamiento es un paciente “resistente” al tratamiento, sin considerar que puede ser el terapeuta o el servicio los que no se ajustan al paciente.

Se pueden seguir unas directrices como marco de aplicación de los tratamientos basados en la evidencia que nos permitan organizar las intervenciones con pacientes mentales graves en la comunidad. A continuación se detallan algunas de ellas.

- Especificar las vías de acceso a los programas y diseñar estrategias que aclaren las formas de detección y derivación.
- Establecimiento de una cooperación entre servicios, usuarios y familia, mediante profesionales *tutores de referencia*.
- Evaluación global dirigida a las necesidades personales biopsicosociales: evaluación de los síntomas y factores psicosociales implicando a usuario y familia.
- Cuidar especialmente las dosis, seguimiento y adherencia a los neurolépticos.
- Énfasis en el tratamiento de las habilidades (capacidades y discapacidades).
- Implicación de la familia y red social en el proceso de enganche, evaluación y tratamiento. Hay que dedicar especial atención al fortalecimiento de las capacidades de afrontamiento de la familia.
- Desarrollar planes individuales de prevención de recaídas, según el modelo de vulnerabilidad.
- Facilitar acceso a empleo, ocupación y uso de recursos comunitarios.
- Asegurar la cobertura de las necesidades básicas para la vida diaria: vivienda y economía.
- Tratamiento de la comorbilidad al mismo tiempo: consumo de drogas, depresión, etc.

Caso práctico

Julián tenía 18 años, estaba en su primer año universitario cuando empezó a tener dificultades para concentrarse y dejó de hablar con los demás compañeros de clase. Según sus padres Julián “no parecía él” y su preocupación se incrementó cuando suspendió todas las asignaturas del primer semestre. Cuando intentaban preguntarle por lo que le pasaba parecía agresivo y suspicaz. La situación empeoró en el segundo semestre que dejó de ir a las clases y le confesó a un primo suyo que le espiaban con micrófonos en su habitación y que sus vecinos podían leerle la mente. Cuando los padres conocieron estas ideas insistieron en que Julián visitara un psiquiatra o un psicólogo, pero él repetía que había una conspiración en su contra. Julián dejó de comer porque creía que la comida estaba envenenada. Entonces tuvo un primer ingreso hospitalario involuntario. En el hospital fue diagnosticado de esquizofrenia paranoide y fue informado de que la medicación era necesaria para superar el trastorno. Los síntomas tardaron cuatro semanas en remitir parcialmente y fue dado de alta con una

cita de seguimiento en su unidad de salud mental (USM). Julián decidió no volver a la universidad por el momento porque era demasiado tarde para recuperar el año, así que decidió quedarse en casa.

Julián no asistió a la cita de seguimiento en la USM y su conducta se volvió más desorganizada y psicótica. Empezó a consumir alcohol en solitario y se incrementaron los conflictos con sus padres. Estos le llevaron a la USM para que le viera el psiquiatra asignado. Allí se descubrió que había abandonado la medicación desde el alta hospitalaria y se le prescribió de nuevo medicación antipsicótica y se volvió a recalcar la importancia del tratamiento farmacológico para su recuperación. Julián asistió a tres citas de seguimiento durante un año en las que se hizo hincapié en tomar la medicación, se le animó a recuperar los estudios, pero decía que necesitaba “poner sus ideas en orden”. Debido al empobrecimiento social, a la retirada de roles activos y la ausencia total de actividades se recomendó su derivación a un centro de rehabilitación psicosocial y laboral a lo que Julián se negó.

En los dos años siguientes Julián continuó con inconsistencia en la toma de medicación, tenía un lenguaje muy pobre y presentaba un aspecto desaseado. Después de numerosas discusiones con sus padres y como manera de evitar la tensión familiar, aceptó acudir al centro de rehabilitación. La entrada en el centro sucedió con normalidad, aunque Julián no hablaba con nadie y en cuanto se quedaba solo se iba del centro. Cuando salía solo en ocasiones consumía alcohol lo que le hacía más propenso a las recaídas y acrecentaba la tensión familiar. Durante su estancia inicial en el centro tres meses participó en un programa de deporte y en un taller de audiovisuales. Los padres decidieron sacarle del centro para tenerle más vigilado y controlar sus salidas. Se acordó con ellos una salida temporal del centro de rehabilitación y manteniendo un seguimiento estrecho.

En los dos meses siguientes se tuvo contacto con la familia y la conducta de Julián se volvió más extraña. Se quedaba en su habitación por la mañana y por la tarde, se quedaba despierto toda la noche y el cuidado de su habitación era nulo. Se decidió entonces asignarle un profesional de referencia del CRPSL para que hiciera visitas al domicilio y asegurarse de que mantenía unos hábitos mínimos de autocuidados y toma de medicación. Durante los siguientes meses su funcionamiento social fue muy pobre, sus relaciones sociales inexistentes, y sus ocupaciones e intereses recreativos ausentes. Los padres se plantearon el solicitar un nuevo ingreso hospitalario, que duró cinco días. Al alta Julián aceptó comenzar su proceso de rehabilitación en el CRPSL.

Aunque Julián desde el inicio del trastorno mental recibió tratamiento y apoyo desde los servicios de salud mental y el centro de rehabilitación, tanto él como su familia habían recibido escasa ayuda para solucionar sus problemas con la medicación y los problemas familiares y sociales. Julián había sido informado por varios psiquiatras de que tenía esquizofrenia y le habían informado repetidamente sobre la importancia de tomar la medicación. También sus padres habían sido aconsejados de cuándo, cómo y dónde pedir ayuda, así como de la importancia de la medicación y habían recibido consejos para evitar la tensión en el clima familiar. Sin embargo se habían hecho pocos esfuerzos para que Julián comprendiera la naturaleza de su trastorno mental, su vulnerabilidad, la utilidad y principios del tratamiento, o cómo comprender mejor y manejar sus síntomas psicóticos. Su familia no había recibido psicoeducación ni entrenamiento en la convivencia con el trastorno mental. Y más importante aún, Julián no había recibido apoyo para desarrollar nuevos objetivos vitales personales y aprender a manejar los problemas con el trastorno mental, los factores de riesgo y de protección y las relaciones sociales con el objetivo de conseguir esas metas.

Con el nuevo ingreso en el centro de rehabilitación el equipo en coordinación con el psiquiatra de Julián en la USM acuerdan organizar la intervención de Julián siguiendo los principios especificados en el apartado anterior de este artículo denominado “marco general para implantar tratamientos con evidencia empírica para personas con Trastornos Mentales Graves en el contexto comunitario”: informar Julián y a su familia desde la USM del sentido, utilidad y objetivos de su derivación al CRPSL, asignación de un profesional de referencia en el CRPSL (tutor), estar vigilante de la adherencia al fármaco estableciendo un protocolo de contacto rápido entre servicios, incluir a la familia desde el principio en el programa de rehabilitación, reforzar la recuperación de intereses personales y buscar actividades gratificantes como alternativa al consumo inadecuado de alcohol. Con este marco organizacional consensuado entre el centro de rehabilitación, la USM, Julián y sus padres se

optó por seguir un modelo de tratamiento integral sobre el caso que contemplara diferentes intervenciones (siguiendo un esquema de intervenciones complementarias, ver el cuadro 9 y la figura 1). Tras la evaluación funcional individual y el diseño del plan individual de rehabilitación (PIR) se escogió un programa de tratamiento para Julián que contemplaba una combinación de técnicas e intervenciones con evidencia empírica y que consistía en:

- Tratamiento farmacológico para los síntomas psicóticos.
 - Medicación neuroléptica ajustada y revisada periódicamente.
 - Información detallada sobre efectos terapéuticos y efectos secundarios.
 - Intervención correctora de efectos secundarios.
 - Control de la adherencia a las citas de seguimiento en la USM y al fármaco.
 - Protocolo de asistencia temprana para las crisis.
- Psicoeducación del paciente.
 - Educación sobre el trastorno mental bajo el modelo de vulnerabilidad al estrés.
 - Educación en prevención de recaídas.
 - Entrenamiento en habilidades de afrontamiento para síntomas persistentes (delirios y alucinaciones).
- Entrenamiento en manejo de la vulnerabilidad al estrés e incremento de la autoestima.
 - Entrenamiento en técnicas de relajación muscular.
 - Técnicas para aumentar la autoestima y la visión optimista.
 - Reestructuración cognitiva de expectativas de fracaso y estigma.
 - Entrenamiento en actividades alternativas al consumo de alcohol.
- Entrenamiento en habilidades sociales.
 - Habilidades sociales para mejorar la comunicación en familia.
 - Habilidades sociales para mejorar las relaciones con iguales.
- Entrenamiento en actividades de la vida diaria.
 - Apoyo al manejo autónomo del hogar
 - Entrenamiento en hábitos de salud en especial sueño y alimentación.
- Apoyo al acceso a actividades ocupacionales y laborales.
 - Orientación / motivación. Apoyo en búsqueda de recursos.
 - Preparación y entrenamiento en habilidades necesarias para el mantenimiento de la actividad.
- Psicoeducación familiar.
 - Educación a los padres bajo el modelo de vulnerabilidad al estrés.
 - Educación sobre el tratamiento eficaz para la esquizofrenia.
 - Formación en identificar señales de recaídas y formular planes de prevención de recaídas.
 - Entrenamiento en habilidades de comunicación con el paciente.
 - Entrenamiento en técnicas de solución de problemas.

Este plan individual se presentó a la USM, a Julián y a sus padres. Una vez aprobado y consensuado se convirtió en el PIR de referencia. Este PIR guardaba las siguientes características desde su ejecución: a) evaluación continua y global con Julián sobre sus necesidades y objetivos; b) diseño de intervenciones individualizadas y adaptadas a su situación personal en cada programa; c) planificación temporalizada de las intervenciones siguiendo el orden expuesto anteriormente; d) coordinación entre profesionales de la USM y del CRPSL que participan en el plan individual de tratamiento y rehabilitación de Julián.

Conclusiones

La evolución y desarrollo de las intervenciones psicosociales aplicadas en el campo de la rehabilitación psicosocial es notable en nuestro país. En este artículo se han revisado las intervenciones que se han recomenda-

do con mayores garantías científicas, así como las dificultades y retos que plantea su incorporación a los servicios comunitarios.

Es necesario seguir haciendo esfuerzos no solo por investigar qué terapias son más eficaces que otras, sino también qué factores o elementos facilitan o dificultan su implantación. Igual que la implantación de las terapias farmacológicas llevan asociado un proceso de investigación de su eficacia, así como campañas informativas hacia los profesionales para sensibilizarles y formales en su aplicación, las terapias psicosociales deben hacer ese mismo esfuerzo.

Un modelo de tratamiento eficaz del TMG debe contemplar un metamodelo, esto es, un modelo de modelos. El conocimiento que nos aporta la investigación sobre el tratamiento del TMG, así como los años de experiencia en el trabajo comunitario y biopsicosocial nos permite afirmar con rotundidad que es necesario aplicar más de un tratamiento, que vayan orientados al cumplimiento de diferentes objetivos, pero coordinados e integrados.

Una cuestión que merece atención específica es el conocimiento que los profesionales tienen de las intervenciones eficaces. Es normal comprobar que en no pocos servicios de salud mental se aplican tratamientos que no tienen su eficacia probada o que no aplican tratamientos que sí han probado su eficacia. Y esto sucede especialmente en las intervenciones psicosociales y no en las farmacológicas, en donde a veces predomina la orientación del profesional o las preferencias sobre una tipo de tratamiento u otro. Esta resistencia del profesional o falta de adherencia debe merecer un abordaje específico dentro de los servicios y que pensamos va más allá de la mera formación o docencia sobre las intervenciones. Factores como la orientación conceptual del profesional hacia uno u otro modelo de intervención o los años que lleva aplicando una técnica de tratamiento no tienen tanto que ver con el aprendizaje de nuevos tratamientos eficaces sino con otras variables como son: la autoestima profesional, las expectativas hacia los pacientes y hacia los tratamientos, el apego hacia una concepción o comprensión específica de los pacientes a los que trata, o los estilos de relación profesional – paciente profundamente arraigados tras años y que han pasado a conformar un autoconcepto como profesional dentro de la terapia. Por todo ello la implantación de nuevos tratamientos implicará para el profesional un proceso de formación de nuevas técnicas pero también un proceso de construcción de un nuevo rol como terapeuta, con nuevas habilidades y por tanto nuevas expectativas y estilos de razonamiento e interacción con los pacientes, que llevarán su tiempo.

Referencias

- Alvárez, M. P., Hermida, J. R., Rodríguez, C. F. y Vázquez, I. A. (Eds.). (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos*. Madrid: Pirámide.
- Alvárez, M. P., Hermida, J. R., Rodríguez, C. F. y Vázquez, I. A. (2003). El fin de la inocencia de los tratamientos psicológicos. Análisis de la situación actual. En M. Alvárez, J. Hermida, C. Rodríguez y I. Vázquez (Eds.). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos*. (pp 17-34). Madrid: Pirámide.
- American Psychiatric Association (1.994). *DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2004). *Practice Guideline for the treatment of patients with schizophrenia (2nd edition)*. Washington, DC: Author.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría (2002). *Rehabilitación Psicosocial de Trastorno Mental Severo. Situación actual y recomendaciones*. Madrid: AEN.
- Cañamares, J. M., Castejón, M. A., Florit, A., González, J., Hernández, J. A. y Rodríguez, A. (Ed.) (2001). *Esquizofrenia*. Madrid: Síntesis.
- Castellar, J. V. y Fernández-Santaella, M. C. (2004). *Tratamientos psicológicos. La perspectiva experimental*. Madrid: Pirámide.

- Colegio Oficial de Psicólogos (2004). A fondo: la eficacia de los tratamientos psicológicos, *Papeles de Psicólogo*, 25, 87.
- Colegio Oficial de psicólogos de Asturias (2001). Monográfico sobre trastornos psicológicos eficaces. *Psicothema*, 13, 337-531.
- Corrigan, P., Mueser, K., Bond, G., Drake, R y Solomon, P. *Principles and practice of Psychiatric Rehabilitation*. New York: Guilford Press.
- Costa, M. y López, E. (1991). *Manual del educador Social*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Cuevas, C. (2006). Terapia cognitivo conductual para los delirios y alucinaciones resistentes a la medicación en pacientes psicóticos ambulatorios. *Apuntes de Psicología*, 24, 267-292.
- Dixon, L. McFarlane, N. R., Lefley, H. Lucksted, A., Cohen, M., Faloon, I., Sondheim, D. (2004). Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric services*, 52, 903-910.
- Echeburúa, E. y De Corral, P. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 181-204.
- Emeterio, S. M., Aymerich, M., Faus, G., Guillamón, I., Illa, J., Lalucat, L., ... Teixidó, M. (2003). *Guía de práctica clínica para la atención al paciente con esquizofrenia*. Barcelona: AATRM.
- Falloon, R. H., Montero, I., Sungur, M. Mastroeni, A., Malim, U., Economou, M., ... OTP Collaborative Group (2004). Tratamientos basados en la evidencia en la esquizofrenia: resultados de dos años de seguimiento en un ensayo clínico internacional de campo sobre el tratamiento óptimo. *World Psychiatry*, 2 (2), 104-109.
- Laviana, M. (2006). La atención a personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves desde los servicios públicos: una atención integral e integrada en un modelo comunitario. *Apuntes de Psicología*, 24, 345-373.
- Lemos, S., Vallina O., Fernández, M. P., Fonseca, E. y Paino, M. (2010). Bases clínicas para un nuevo modelo de atención a la psicosis. *Clínica y Salud*, 3, 299-318.
- Liberman, R. P. y Kopelwicz, A. (2004). Un enfoque empírico de la recuperación de la esquizofrenia: definir la recuperación e identificar los factores que pueden facilitarla. *Rehabilitación Psicosocial*, 1, 12-29.
- Liberman, R., P. (1993). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Martínez Roca.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO (2007). Modelo de intervención a las personas con enfermedad mental grave. Madrid: IMSERSO.
- National Institute for Mental Health and Clinical Excellence (2008). *Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care (update)*. London: National practice guideline.
- Navarro, D. y Carrasco, O. (2010). Características psicopatológicas y de funcionamiento social en personas con Trastorno Mental Grave: un estudio descriptivo. *Rehabilitación Psicosocial*, 7, 11-25.
- Pastor, A., Blanco, A. y Navarro, D. (Eds.) (2010). *Manual de Rehabilitación del Trastorno Mental Grave*. Madrid: Síntesis.
- Solano, E., Perona, S., Santolaya, F. y Vallina, O. (2004). *Tratamientos Psicológicos y recursos utilizados en la esquizofrenia, Tomo I, II*. Valencia: Colegio Oficial de Psicólogos.
- Roder, V., Brenner, H. D., Kienzle, N. y Fuentes, I. (2007). *Terapia psicológica integrada para la esquizofrenia*. Granada: Alborán.
- Rodríguez, A. (1997). *Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Pirámide.
- Soriana, J. A., Liberman, R. P., Kopelwicz, A. y Cangas A. J. (2009). *Habilidades Sociales para vivir de*

forma independiente. Módulo de implicación de las familias en servicios de salud mental. Granada: Alborán.

Vallina, O., Lemos, S. y Fernández, M. P. (2010). Gestión y práctica clínica en rehabilitación de la esquizofrenia basada en la evidencia. En A. Pastor, A. Blanco y D. Navarro (Eds.). *Manual de Rehabilitación del Trastorno Mental Grave.* (pp 567-600). Madrid: Síntesis.

Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Journal of abnormal psychology*, 86, 103-126.

Manuscrito recibido: 18/12/2010

Revisión recibida: 09/06/2011

Manuscrito aceptado: 28/09/2011