

Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave (TMG)

Guía Rápida

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD



Índice

1. Definición de Trastorno Mental Grave	2
2. Recomendaciones	5
Intervenciones psicológicas	5
Intervenciones sociales	7
Intervenciones de nivel de servicios	9
Intervenciones con subpoblaciones específicas	9
Anexo 1. Niveles de evidencia y grados de recomendación	11

1. Definición de Trastorno Mental Grave

Existen diversas formas de definir el trastorno mental grave. En esta GPC se ha utilizado la de mayor consenso en la bibliografía, que contempla tres dimensiones: diagnóstico clínico, duración del trastorno (cronicidad) y el nivel de discapacidad social, familiar y laboral de la persona afectada.

Crterios diagnósticos

Incluye los trastornos psicóticos (excluyendo los orgánicos). Todas las categorías diagnósticas incluidas en TMG tienen la consideración de psicóticas, en sentido amplio. Se entiende por tal no solo la presencia de síntomas positivos y negativos, sino también un patrón de relaciones gravemente alterado, un comportamiento inadecuado al contexto o una afectividad inapropiada grave, que impliquen una percepción distorsionada de la realidad. Se incluirá a las personas que cumplen los criterios diagnósticos de por lo menos una de las siguientes categorías diagnósticas de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10:

1. Trastornos esquizofrénicos (F20.x)
2. Trastorno esquizotípico (F21)
3. Trastornos delirantes persistentes (F22)
4. Trastornos delirantes inducidos (F24)
5. Trastornos esquizoafectivos (F25)
6. Otros trastornos psicóticos no orgánicos (F28 y F29)
7. Trastorno bipolar (F31.x)
8. Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3)
9. Trastornos depresivos graves recurrentes (F33)
10. Trastorno obsesivo compulsivo (F42)

Duración de la enfermedad

Se ha utilizado como criterio para establecer el TMG una evolución de trastorno de 2 años ó más, o deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento en los últimos 6 meses (abandono de roles sociales y riesgo de cronicación), aunque remitan los síntomas.

El criterio de duración del trastorno intenta discriminar al grupo de personas que presentan trastornos de duración prolongada y descartar los casos que, aunque puedan presentar síntomas o diagnósticos de gravedad, aún tienen un tiempo corto de evolución y por tanto un pronóstico todavía no muy claro. Los criterios del NIMH definen como alternativa los siguientes criterios:

1. Haber recibido tratamiento psiquiátrico más intensivo que el ambulatorio más de una vez a lo largo de la vida.
2. Haber recibido apoyo residencial continuo distinto a la hospitalización por un tiempo suficiente como para haber interrumpido significativamente la situación vital.

Desde el punto de vista de duración de la enfermedad, el grupo elaborador de esta GPC considerará como válido cualquiera de los criterios citados asumiendo que, la dimensión de duración de la enfermedad es la que más debilidades presenta de las tres y, que muchas de las intervenciones recogidas en esta guía son aplicables a pacientes en estadios iniciales de sus trastornos y que en sentido estricto no entrarían en el concepto de TMG. Esta GPC se mantendrá atenta a la consistencia de este criterio en futuras revisiones.

Presencia de discapacidad

Definida mediante la afectación de moderada a severa del funcionamiento personal, laboral, social y familiar, y que se mide a través de diferentes escalas, como la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG), con puntuaciones <50; y la escala de evaluación de la discapacidad de la OMS (DAS-I), con puntuaciones >3 en todos sus ítems.

Según la definición del NIMH, está discapacidad produce limitaciones funcionales en actividades importantes de la vida y al menos incluye dos de los siguientes criterios de forma continua o intermitente:

1. Desempleo, o empleo protegido o apoyado, habilidades claramente limitadas o historia laboral pobre.
2. Necesidad de apoyo económico público para mantenerse fuera del hospital y es posible que precise apoyo para procurarse dicha ayuda.
3. Dificultades para establecer o mantener sistemas de apoyo social personal.

4. Necesidad de ayuda en habilidades de la vida diaria, como higiene, preparación de alimentos o gestión económica.
5. Conducta social inapropiada que determina la intervención del Sistema de Salud Mental o del Sistema Judicial.

En formulaciones más recientes esta discapacidad puede ser definida mediante la afectación de moderada a severa del funcionamiento laboral, social y familiar, y medida a través de la EEAG, utilizando como punto de corte la puntuación correspondiente a afectación leve (≤ 70) en los casos menos restrictivos, o el de moderado (< 50), que indica importante severidad de los síntomas, con afectación grave en el funcionamiento y competencia social.

Las personas a las que va dirigida esta GPC son personas que sufren trastorno mental grave y reúnen estas tres dimensiones de clasificación anteriormente descritas.

2. Recomendaciones

El significado de los distintos grados de recomendación puede consultarse en el Anexo 1.

Intervenciones psicológicas

Terapia cognitivo-conductual

C	En las personas con TMG, el tratamiento cognitivo-conductual se puede utilizar combinado con tratamiento estándar, para disminuir la sintomatología positiva fundamentalmente las alucinaciones.
C	A las personas con TMG y sintomatología positiva persistente, se les puede ofertar una intervención psicológica de orientación cognitivo-conductual específica para esta patología, de duración prolongada (mas de un año), con el objetivo de mejorar la sintomatología persistente.
C	Incorporar la terapia cognitiva a las estrategias dirigidas a prevenir las recaídas de sintomatología depresiva en personas con TMG y diagnóstico de trastorno bipolar.
B	Cuando el objetivo principal de la intervención en las personas con TMG sea la mejora del funcionamiento social, es aconsejable incorporar el entrenamiento en habilidades sociales.

Terapia interpersonal

C	Las estrategias dirigidas a prevenir recaídas en personas con TMG y diagnóstico de trastorno bipolar deberían valorar el incorporar la terapia interpersonal y de ritmo social (IPSRT) al tratamiento.
---	--

Intervenciones familiares

B	A las personas con TMG y diagnóstico de trastorno esquizofrénico y relacionados y a sus familias, se recomienda ofrecer intervención familiar como parte integrada del tratamiento.
---	---

B	En las intervenciones familiares que se realizan con personas con TMG y diagnóstico de trastorno esquizofrénico y relacionados, se recomienda la intervención en formato unifamiliar.
B	La duración recomendada en las intervenciones familiares dirigidas a personas con TMG y diagnóstico de trastorno esquizofrénico y relacionados debe ser de al menos 6 meses y/o 10 o más sesiones.
A	Hay que ofrecer programas de intervención psicosocial que incluyan intervención familiar con componente psicoeducativo y técnicas de afrontamiento y entrenamiento en habilidades sociales, añadido al tratamiento estándar a las personas con TMG y diagnóstico de psicosis no afectivas.
B	A los familiares y cuidadores de personas con TMG y diagnóstico de trastorno bipolar, se les debe ofrecer programas psicoeducativos grupales, que incluyan información y estrategias de afrontamiento que permitan la discusión en un clima emocional distendido.

Intervenciones psicoeducativas

A	Hay que proporcionar información de calidad sobre el diagnóstico y el tratamiento, dar apoyo y estrategias de manejo a las personas con TMG y diagnóstico de trastorno esquizofrénico y relacionados, a los familiares y a las personas con las que convivan.
A	En los programas psicoeducativos que se oferten a las personas con TMG y diagnóstico de trastorno esquizofrénico y relacionados, se deberá incorporar a la familia.
B	Los programas psicoeducativos grupales dirigidos a las personas con TMG y diagnóstico de trastorno bipolar deberán incorporar técnicas psicológicas específicas, realizarse en un periodo relativamente estable de su trastorno y siempre como complemento al tratamiento psicofarmacológico.
✓	Los programas psicoeducativos para personas con TMG deberán estar integrados como una intervención complementaria en un plan de tratamiento individualizado, de duración proporcional con los objetivos propuestos, considerando un mínimo de 9 meses de duración del programa intensivo y la necesidad de sesiones de recuerdo indefinidas.

Rehabilitación cognitiva

B	A las personas con TMG y diagnóstico de esquizofrenia y relacionados que presenten deterioro cognitivo se debe ofertar programas de rehabilitación cognitiva.
B	Los programas de rehabilitación cognitiva dirigidos a personas con TMG y deterioro cognitivo deben de estar integrados en programas más amplios de rehabilitación psicosocial.
C	De los programas o intervenciones de rehabilitación cognitiva dirigidos a personas con TMG, se recomienda optar por aquellos que incluyan o vengán acompañados de intervenciones “compensadoras”, es decir de cambios de estrategia, y entrenamiento en habilidades o técnicas de afrontamiento.

Intervenciones sociales

Programas de habilidades para la vida diaria

✓	Los programas de entrenamiento en habilidades de la vida diaria podrán ser ofertados a personas con TMG con el objetivo de mejorar su autonomía personal y su calidad de vida.
---	--

Programas residenciales en la comunidad

D	En personas con TMG y necesidad de apoyo para el mantenimiento del alojamiento es aconsejable que la oferta de programas residenciales comunitarios se incluya dentro de programas psicosociales más amplios.
---	---

Programas dirigidos al ocio y al tiempo libre

D	A las personas con TMG y deficiencias percibidas en las relaciones sociales deberían seguir programas de ocio y tiempo libre comunitarios.
✓	En el seguimiento del programa terapéutico individualizado, se aconseja evaluar de forma sistemática la necesidad del uso de programas de tiempo libre y ofrecerlos a las personas con TMG que así los requieran.

Programas dirigidos al empleo

A	Son necesarios los programas de empleo protegido para las personas con TMG que expresen deseo de volver a trabajar o conseguir un primer empleo. Se recomiendan los programas basados en modelos de colocación con un entrenamiento previo corto, colocación inmediata, y con apoyo individual frecuente.
C	Los programas de empleo protegido dirigido a la búsqueda de empleo normalizado no deben ser los únicos programas relacionados con actividad laboral que se ofrezcan a personas con TMG.
D	Sería recomendable que los centros de rehabilitación psicosocial que atiendan a las personas con TMG y diagnóstico de trastorno esquizofrénico y relacionados, incluyan programas de integración laboral.
B	Cuando se oferten programas de inserción laboral a personas con TMG, hay que evaluar y tener en cuenta las preferencias sobre el tipo de trabajo a realizar.
B	En las personas con TMG y diagnóstico de trastorno esquizofrénico y relacionados con historia de fracaso laboral previo, sería conveniente incorporar la rehabilitación cognitiva como componente en los programas dirigidos al empleo en los que vayan a participar.
✓	Los equipos de Salud Mental, en coordinación con las instituciones y otros agentes sociales implicados, deberán orientar hacia todo tipo de recursos laborales, orientados a la producción y ocupación remunerada, y adaptados a las oportunidades locales de empleo. Igualmente, deberán estar orientadas hacia intervenciones que pongan en marcha diferentes dispositivos, adaptados a las necesidades y al nivel de capacidad de las personas con TMG, para incrementar las expectativas de ocupación estable y productiva.

Otras intervenciones terapéuticas

C	Se podrá ofertar musicoterapia y arteterapia a personas con TMG y trastorno esquizofrénico y relacionados como complemento terapéutico de otro tipo de intervenciones.
---	--

Intervenciones de nivel de servicios

B	Cuando las personas con TMG precisen un número elevado de reingresos en unidades de corta estancia, y/o existan antecedentes de dificultades de vinculación a los servicios con el consiguiente riesgo de recaída o crisis social (como por ejemplo pasar a convertirse en “sin hogar”) es aconsejable proporcionar equipos de tratamiento asertivo comunitario.
✓	Se debe favorecer la continuidad del tratamiento mediante la integración y coordinación de la utilización de los distintos recursos por parte de las personas con TMG, manteniendo una continuidad de cuidados e intervenciones y de relaciones psicoterapéuticas establecidas.
✓	Se ha de mantener la asistencia desde la perspectiva del centro de salud mental comunitario como configuración de prestación de servicios más implantada en nuestro medio, basado en el trabajo en equipo, en la integración de servicios y sin perder la perspectiva de poder integrar otras formas de configurar los servicios que se puedan desarrollar
✓	Cuando las necesidades de las personas con TMG no pueden ser cubiertas desde el centro de salud comunitario se debe dar continuidad a la asistencia desde unidades que proporcionen cuidados de día, y cuya actividad se estructure en torno a los principios de la rehabilitación psicosocial, sea cual sea la denominación del recurso (Centros de Día, de Rehabilitación Psicosocial, etc.)
✓	Se puede ofrecer un nivel de cuidados para las personas con TMG cuyas necesidades no pueden ser atendidas desde recursos que proporcionen cuidados de día en recursos residenciales de orientación rehabilitadora sea cual sea la denominación del recurso (unidades hospitalarias de rehabilitación, unidades de media estancia, comunidades terapéuticas, etc.)

Intervenciones con subpoblaciones específicas

TMG con diagnóstico final

B	Las personas con TMG con diagnóstico dual deben seguir programas de intervención psicosocial y programas de tratamiento de drogodependencias, ambos de modo integrado o en paralelo.
---	--

B	Los programas de tratamiento que se ofrecen a los TMG con diagnóstico dual deberán de tener un carácter multicomponente, ser intensivos y prolongados.
C	En personas con TMG con diagnóstico dual y en situación de sin hogar, los programas de tratamiento deberían incorporar el alojamiento protegido como prestación.
✓	Cuando la atención a las personas con TMG y diagnóstico dual se realice en paralelo, es necesario garantizar una continuidad de cuidados y la coordinación entre los diferentes niveles sanitarios y sociales.

TMG “sin hogar”

A	En las personas con TMG y “sin hogar” que precisen atención psiquiátrica e intervención psicosocial, se recomienda que ambas les sean suministradas conjuntamente mediante programas integrados en los que se ofrezca alojamiento/ programa residencial.
C	Cuando no haya abuso de sustancias activo, sería recomendable proporcionar alojamiento grupal a las personas con TMG y “sin hogar” incluidos en programas integrados de intervención.
C	Cuando no sea posible la utilización de programas de alojamiento y apoyo en la intervención psicosocial integrada de las personas con TMG “sin hogar”, se debería ofertar la intervención de un equipo de tratamiento asertivo comunitario.

TMG y nivel intelectual bajo/retraso mental

B	En las personas con TMG y nivel intelectual bajo, y en presencia de síntomas productivos persistentes, es recomendable el indicar la terapia cognitivo-conductual adaptada a esa condición.
✓	Para mejorar el diagnóstico de los trastornos psiquiátricos incluidos en el concepto de TMG en personas con nivel intelectual bajo, se deberán utilizar criterios adaptados e instrumentos específicos y validados.

Anexo 1. Niveles de evidencia y grados de recomendaciones

Niveles de evidencia y grados de recomendación de SIGN para estudios de intervención

Niveles de evidencia	
1++	Metaanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Metaanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgos.
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgos.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.
Grados de recomendación	
A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1++ o 1+.
C	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2+ directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada de estudios clasificados como 2++.
D	Evidencia científica de nivel 3 o 4; o evidencia científica extrapolada de estudios clasificados como 2+.

Los estudios clasificados como 1- y 2- no deberían usarse en el proceso de elaboración de recomendaciones por su alta posibilidad de sesgo.

Buena práctica clínica *

√ Práctica recomendada basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor.

** En ocasiones el grupo elaborador se percata de algún aspecto práctico importante sobre el que se quiere hacer énfasis y para el cual no existe, probablemente, ninguna evidencia que lo soporte. En general estos casos tienen que ver con algún aspecto del tratamiento considerado buena práctica clínica y que nadie cuestionaría habitualmente. Estos aspectos son valorados como puntos de buena práctica clínica. Estos mensajes no son una alternativa a las recomendaciones basadas en la evidencia, sino que deben considerarse únicamente cuando no existe otra manera de destacar dicho aspecto.*

