

Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave

NOTA:

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Las recomendaciones que contiene han de ser consideradas con precaución teniendo en cuenta que está pendiente evaluar su vigencia.

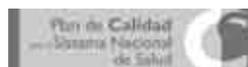
Versión resumida

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS
MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave

Versión resumida

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS
MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL



Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Esta GPC es una ayuda a la toma de decisiones en la atención sanitaria. No es de obligado cumplimiento ni sustituye al juicio clínico del personal sanitario.

Edición: 2009
Edita: Ministerio de Ciencia e Innovación
NIPO: 477-09-049-4
ISBN: 978-84-613-3370-7
Depósito legal: Z-3401-09
Imprime: Arpirelieve

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Esta GPC ha sido financiada mediante el convenio suscrito por el Instituto de Salud Carlos III, organismo autónomo del Ministerio de Ciencia e Innovación, y el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (I+CS), en el marco de colaboración previsto en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social.

Esta guía debe citarse:

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N° 2007/05.

Índice

Presentación	7
Autoría y colaboraciones	9
1. Introducción	13
2. Definición de trastorno mental grave	15
3. Intervenciones rehabilitadoras de tipo psicosocial	19
3.1. Intervenciones psicológicas	19
3.1.1. Terapia cognitivo-conductual	19
3.1.2. Psicoterapias psicodinámicas y abordaje psicoanalítico	25
3.1.3. Terapia interpersonal	26
3.1.4. Terapia de apoyo	27
3.1.5. Intervenciones familiares	28
3.1.6. Intervenciones psicoeducativas	36
3.1.7. Rehabilitación cognitiva	39
3.1.8. Otras psicoterapias	41
3.2. Intervenciones sociales	44
3.2.1. Programas de habilidades para la vida diaria	44
3.2.2. Programas residenciales en la comunidad	45
3.2.3. Programas dirigidos al ocio y tiempo libre	46
3.2.4. Programas dirigidos al empleo	47
3.2.5. Otras intervenciones terapéuticas	52
3.3. Intervenciones de nivel de servicios	54
3.3.1. Centros de día y/o centros de rehabilitación psicosocial	56
3.3.2. Centro de salud mental comunitario	56
3.3.3. Tratamiento asertivo comunitario	57
3.3.4. ICM (<i>Intensive Case Management</i>)	57
3.3.5. Hospitales de día no agudos	58
3.3.6. <i>Case management</i>	58

3.4.	Intervenciones con subpoblaciones específicas	59
3.4.1.	TMG con diagnóstico dual	59
3.4.2.	TMG “sin hogar”	61
3.4.3.	TMG y nivel intelectual bajo/retraso mental	64
Anexos		67
A1.	Niveles de evidencia y grados de recomendación. Sistema modificado de SIGN	68
A2.	Información para personas con TMG y sus familias	69
A3.	Abreviaturas	93
A4.	Glosario	94
A5.	Declaración de interés	96
Bibliografía		98

Presentación

La práctica asistencial es cada vez más compleja debido a diversos factores entre los que se encuentran, el aumento importante de la información científica de la que disponemos.

La ciencia, algo que se encuentra en permanente cambio, requiere permanente actualización llevando al clínico a estar constantemente actualizando sus conocimientos, objetivos e intervenciones para poder cubrir las necesidades de la población. Ello lleva consigo a que el profesional tiene que enfrentarse diariamente a la situación de tomar decisiones clínicas, cada vez más complejas, generadas por esos constantes cambios y por las necesidades y expectativas que se generan en la sociedad.

En el año 2003, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS) creó el Proyecto GuíaSalud con el objeto de la mejora en la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia científica, a través de actividades de formación y de la configuración de un registro de guías de práctica clínica (GPC). Desde entonces, el Proyecto GuíaSalud, financiado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, ha evaluado decenas de GPC, de acuerdo con criterios explícitos generados por su comité científico, las ha registrado y difundido a través de Internet.

A principios del año 2006 la Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, elaboró el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud desplegado en 12 estrategias. El propósito de este Plan es el incrementar la cohesión del SNS y ayudar a garantizar la máxima calidad de la atención sanitaria a todos los ciudadanos con independencia de su lugar de residencia.

Este Plan incluye la elaboración de GPC por diferentes agencias y grupos de expertas y expertos en patologías prevalentes relacionadas con las estrategias de salud.

En el año 2007, se renovó dicho proyecto y la guía de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave es el resultado de este encargo. Esta guía sigue la metodología común de elaboración de guías para el SNS, que se elaboró con un esfuerzo colectivo de consenso y coordinación entre los grupos expertos en GPC en nuestro país.

El Trastorno Mental Grave (TMG) engloba diversos diagnósticos psiquiátricos con cierta persistencia en el tiempo y que presentan graves dificultades en el funcionamiento personal y social como consecuencia de la enfermedad, reduciendo la calidad de vida de la persona afectada. Esta situación implica la necesidad de trabajar diversas áreas de la persona, haciendo preciso incorporar otras intervenciones psicoterapéuticas y

psicosociales, además de la farmacológica, lo que genera un considerable consumo de recursos sociosanitarios, ocasionando un importante impacto económico.

Esta guía de práctica clínica aborda todos estos aspectos en la persona adulta que sufre este trastorno y es el resultado del trabajo de un equipo multidisciplinar de profesionales pertenecientes al ámbito social, sanitario y laboral, que han dedicado muchas horas en la elaboración de las recomendaciones.

Esta guía pretende dar respuesta a muchas de las preguntas que plantea la asistencia del día a día con las personas que sufren trastorno mental grave, las cuales vienen dadas en forma de recomendaciones elaboradas de forma sistemática con la mejor evidencia científica disponible, la experiencia de los profesionales del grupo elaborador de la guía y teniendo en cuenta las necesidades de los usuarios y familiares de las personas que sufren TMG.

Esperamos que esta guía promueva en las personas que sufren TMG y sus familiares el control de los síntomas y la superación de la enfermedad, promoviendo que la persona con TMG y sus familias puedan recobrar y llevar una vida significativa, digna y satisfactoria, siendo este el objetivo que nos anima.

PABLO RIVERO CORTE

D. G. de la Agencia de Calidad del SNS

Autoría y colaboraciones

Grupo de trabajo de la GPC de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave

Concepción de la Cámara Izquierdo. Médico Especialista en Psiquiatría
Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”. Zaragoza.

Francisco José Caro Rebollo. Médico Especialista en Psiquiatría
Hospital Universitario “Miguel Servet”. Zaragoza.

Milagros Escusa Julián. Enfermera. Unidad Corta Estancia
de Psiquiatría. Hospital “Obispo Polanco”. Teruel.

Francisco José Galán Calvo. Trabajador Social
Fundación Ramón Rey Ardid. Zaragoza.

Laura Gracia López. Psicóloga
Centro de Atención a Minusválidos Psíquicos.
Instituto Aragonés de Servicios Sociales. Zaragoza.

Andrés Martín Gracia. Médico Especialista en Psiquiatría
Centro de Rehabilitación Psicosocial Ntra. Sra. del Pilar. Zaragoza.

Miguel Martínez Roig. Médico Especialista en Psiquiatría
Centro de Salud Mental Actur Sur. Zaragoza.

Pedro Pibernat Deulofeu. Terapeuta Laboral
Fundación Agustín Serrate. Huesca.

M.^a Esther Samaniego Díaz de Corcuera. Enfermera
Fundación Ramón Rey Ardid. Zaragoza.

Ana Vallespí Cantabrana. Psicóloga clínica
Centro de Salud Mental Actur-Sur. Zaragoza.

María José Vicente Edo. Enfermera
Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Zaragoza.

Coordinación

Área clínica

Francisco José Caro Rebollo. Médico Especialista en Psiquiatría
Hospital Universitario “Miguel Servet”. Zaragoza.

Miguel Martínez Roig. Médico Especialista en Psiquiatría
Centro de Salud Mental Actur Sur. Zaragoza.

Área metodológica

Juan Ignacio Martín Sánchez. Médico Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Zaragoza.

María José Vicente Edo. Enfermera
Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Zaragoza.

Colaboradores

Documentalista

Irene Muñoz Guajardo. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.
Zaragoza.

Otras colaboraciones

Carlos Albiñana Rodríguez. Documentalista. Zaragoza.

José M.^a Mengual Gil. Médico Especialista en Pediatría
Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Zaragoza. Coordinación logística

Asociación Aragonesa Pro Salud Mental (ASAPME)
Federación de Asociaciones Aragonesas Pro Salud Mental
(FEAFES-ARAGON) Zaragoza.

Colaboración experta

José M.^a Álvarez Martínez. Psicólogo Clínico
Hospital Universitario “Río Hortega”. Valladolid.

Fernando Cañas de Paz. Médico Especialista en Psiquiatría
Hospital “Dr. R. Lafora”. Madrid.

M.^a Consuelo Carballal Balsa. Enfermera
Subdirección Xeral de Saúde Mental y Drogodependencias.
Santiago de Compostela. A Coruña.

Alberto Fernández Liria. Médico Especialista en Psiquiatría
Hospital Universitario “Príncipe de Asturias”.
Alcalá de Henares. Madrid.

Daniel Navarro Bayón. Psicólogo. Fundación Socio-Sanitaria
de Castilla-La Mancha para la Integración Socio-Laboral
del Enfermo Mental (FISLEM). Toledo.

Antonio Lobo Satué. Médico Especialista en Psiquiatría
Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”. Zaragoza.

Lilisbeth Perestelo Pérez. Psicóloga Clínica
Servicio de Evaluación y Planificación de la Dirección del Servicio Canario
de la Salud. Santa Cruz de Tenerife.

Revisión externa

- Miguel Bernardo Arroyo.** Médico Especialista en Psiquiatría
Hospital Clínic. Barcelona.
- Manuel Camacho Laraña.** Médico Especialista en Psiquiatría
Universidad de Sevilla. Sevilla.
- Julián Carretero Román.** Enfermero Especialista en Salud Mental
Hospital “Infanta Leonor”. Madrid.
- Carlos Cuevas Yust.** Psicólogo clínico
Hospital “Virgen del Rocío”. Sevilla.
- Begoña Iriarte Campo.** Psicóloga Clínica
Asociación Bizitegi. Bilbao.
- Juan Fco. Jiménez Estévez.** Psicólogo clínico
Hospital Universitario “San Cecilio”. Granada.
- José Manuel Lalana Cuenca.** Médico Especialista en Psiquiatría
Centro de Salud Mental Pirineos. Huesca.
- Marcelino López Álvarez.** Médico Especialista en Psiquiatría
Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con
Enfermedad Mental (FAISEM). Sevilla.
- Mercedes Serrano Miguel.** Trabajadora Social
Centre d’Higiene Mental Les Corts. Barcelona.
- Catalina Sureda García.** Enfermera
Unitat Comunitària de Rehabilitació. Palma de Mallorca.
- José Juan Uriarte Uriarte.** Médico Especialista en Psiquiatría
Hospital de Zamudio. Zamudio. Bizkaia.
- Oscar Vallina Fernández.** Psicólogo clínico
Hospital Sierrallana. Torrelavega Cantabria.

Sociedades colaboradoras

- Asociación Aragonesa de Salud Mental**
Asociación Española de Neuropsiquiatría
Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental
Sociedad Española de Psiquiatría
Asociación Aragonesa de Rehabilitación Psicosocial
Sociedad Aragonesa y Riojana de Psiquiatría
- Miembros de estas sociedades han participado en calidad de autores, colaboradores expertos o revisores externos de la GPC.

Declaración de interés: Todos los miembros del Grupo de Trabajo, así como las personas que han participado en calidad de colaboradores expertos o revisores externos, han realizado la declaración de interés que se presenta en el anexo 5.

1. Introducción

Este documento es la versión resumida de la *Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave* (TMG) y recoge únicamente el contenido clínico y las recomendaciones realizadas. Existe una versión completa del documento en formato electrónico y que se puede acceder a través de (<http://www.guiasalud.es>), en donde se incluye además la metodología utilizada, síntesis de la evidencia encontrada, aspectos relativos a la difusión e implementación de la guía, recomendaciones de investigación futura, y un apartado dirigido a personas que padecen TMG y sus familiares.

Los trastornos mentales son un problema de primera magnitud, por su elevada prevalencia y por el impacto de sufrimiento y desestructuración en las personas, sus familias y su entorno más cercano¹. Se puede afirmar que en España, excluyendo los trastornos causados por el uso indebido de sustancias, al menos el 9% de la población padece un trastorno mental en la actualidad, y algo más del 15% lo padecerá a lo largo de su vida. Se prevé que estas cifras se incrementarán en el futuro².

Mejorar la atención a la salud mental en España es uno de los objetivos estratégicos del Ministerio de Sanidad y Consumo, y desde la Agencia de Calidad del Ministerio, en coordinación con las Comunidades Autónomas, las sociedades científicas y las asociaciones de familiares, se ha elaborado el informe *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2006)*, en el que se pretende dar respuesta a las necesidades sanitarias que en materia de salud mental tiene la población. Una de las sugerencias que se recoge es “la protocolización de los siguientes procesos de atención: trastorno mental común del adulto, trastorno mental grave del adulto, trastorno mental grave de la edad avanzada, trastorno mental grave de la personalidad, trastorno mental común en la infancia y adolescencia, trastorno mental grave infantojuvenil y trastorno generalizado del desarrollo”³.

Los términos “trastorno mental grave” o “trastorno mental severo (TMS)” son de amplia implantación en nuestro medio y proceden del anglosajón *Severe Mental Illness*, que esta siendo sustituido por el de *Severe and Persistent Mental Illness*, término que hace referencia a un constructo teórico que aglutina una serie de condiciones clínicas con una elevada prevalencia y gran repercusión en la práctica asistencial, y que vendría a coincidir con el de cronicidad, con connotaciones más positivas¹. Así mismo, en el informe *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2006)*³ se señala la necesidad de diferenciarlo del “Trastorno Mental Común” e incluye entre las buenas prácticas la intervenciones destinadas a integrar la atención a las personas con TMG.

Todas las definiciones de TMG² hacen referencia —además de referirse al diagnóstico clínico y a la duración del trastorno— al funcionamiento social, familiar y laboral de la persona afectada. La definición que alcanza un mayor grado de consenso es la que formuló el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH) en 1987, que define a este colectivo como *“un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social”*⁴.

A pesar de que las intervenciones farmacológicas han constituido el tratamiento principal de las personas con TMG desde su introducción en los años cincuenta, el control parcial y limitado de la sintomatología, los efectos secundarios a corto y a largo plazo, y la pobre adherencia al tratamiento de un porcentaje no desdeñable de personas afectadas plantean la necesidad de utilizar un enfoque más amplio, en el que el tratamiento farmacológico se complementa con otras intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales, que se han de coordinar y aplicar de manera eficiente para conseguir una recuperación de los episodios agudos y del déficit funcional durante los episodios y entre ellos.

La atención a las personas con TMG requiere la integración de distintos niveles de atención y diferentes tipos de intervención que forman un conjunto inseparable, y que se integran en nuevos objetivos: autonomía, calidad de vida, bienestar personal y participación social en torno al concepto de recuperación personal. De esta manera la atención a la enfermedad mental no se reduce ahora solo a la aminoración de síntomas sino que debe hacer frente a las diversas necesidades consecuentes. La atención a estas personas exige, en definitiva, integrar las intervenciones psicofarmacológicas y las intervenciones psicosociales en una red de salud mental formada por equipos interdisciplinarios.

Este guía no incluye ninguna intervención farmacológica en el tratamiento del trastorno mental grave.

2. 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^{2,5}, que contempla tres dimensiones: diagnóstico clínico, duración del trastorno (cronicidad) y el nivel de discapacidad social, familiar y laboral de la persona afectada.

Criterios 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 sólo 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 (OMS, 1992):

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

Duración de la enfermedad

Se ha utilizado como criterio para establecer el TMG una evolución de trastorno de 2 años o más, o deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento en los últimos 6 meses (abandono de roles sociales y riesgo de cronificación) 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 NIMH⁴ definen como alternativa los siguientes criterios:

- Haber recibido tratamiento psiquiátrico más intensivo que el ambulatorio más de una vez a lo largo de la vida.
- 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 NIMH⁴, esta discapacidad produce limitaciones funcionales en actividades importantes de la vida y al menos incluye dos de los siguientes criterios de forma continua o intermitente:

- Desempleo, o empleo protegido o apoyado, habilidades claramente limitadas o historia laboral pobre.
- Necesidad de apoyo económico público para mantenerse fuera del hospital y es posible que precise apoyo para procurarse dicha ayuda.
- Dificultades para establecer o mantener sistemas de apoyo social personal.
- Necesidad de ayuda en habilidades de la vida diaria, como higiene, preparación de alimentos o gestión económica.
- Conducta social inapropiada que determina la asistencia psiquiátrica 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 EEAG⁷, 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.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización

3. Intervenciones rehabilitadoras de tipo psicosocial

3.1. Intervenciones psicológicas

3.1.1. Terapia cognitivo-conductual

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es una intervención psicológica que parte del supuesto de que la actividad cognitiva determina el comportamiento. Dentro de ella existen muchas diferencias al enfocar los aspectos cognitivos, ya que unos se centran en estructuras, creencias o supuestos básicos como principales entidades causales de las emociones y la conducta^{8,9} y otros en procesos tales como solución de problemas, distorsiones cognitivas¹⁰, o contenidos del pensamiento: autoinstrucciones, pensamientos automáticos, etc.^{9,11}.

Entrenamiento en habilidades sociales

Se entiende como habilidades sociales las capacidades de respuesta específica, necesaria para un desempeño social efectivo¹². Por lo tanto, las habilidades sociales son un conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás y que generalmente resuelve los problemas de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas¹³.

El entrenamiento en habilidades sociales consiste en técnicas de aprendizaje conductual que permiten a las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales incapacitantes adquirir un manejo interpersonal de la enfermedad y habilidades de vida independiente para mejorar su funcionamiento en la comunidad¹⁴. El modelo postula que la competencia social se basa en un conjunto de tres habilidades: la percepción social o habilidades de recepción, la cognición social o habilidades de procesamiento y la respuesta conductual o habilidades de expresión¹⁵.

Terapia de resolución de problemas en personas con TMG y diagnóstico de trastorno esquizofrénico y relacionados

La terapia de resolución de problemas es considerada como una forma breve y focalizada de psicoterapia. Implica la realización de un número reducido de sesiones prácticas en las que el terapeuta estructura un proceso con los

pacientes para identificar sus problemas más inmediatos, diseñan tareas acordadas y maneras de resolverlos. La terapia de resolución de problemas tiene componentes cognitivos y conductuales, y trata de establecer un vínculo inicialmente entre los síntomas y las dificultades prácticas para desarrollarse en varias etapas: explicación sobre la terapia y su fundamento, identificación y descomposición del problema, establecer objetivos asequibles, generar soluciones, evaluarlas, implementarlas y evaluar el resultado de la solución implementada.

Pregunta para responder

- ¿Es efectiva la intervención psicológica basada en la terapia cognitivo-conductual (TCC) en el tratamiento de las personas con TMG?

Los estudios encontrados analizan la efectividad de la TCC o bien orientada a personas con TMG y diagnóstico de trastorno esquizofrénico y relacionados o dirigida a población con TMG y diagnóstico de trastorno bipolar. No se han encontrado estudios que discriminen intervenciones psicosociales para trastorno obsesivo compulsivo grave o trastorno mental grave como única población.

Terapia cognitivo-conductual (TCC) para personas con TMG y diagnóstico de trastorno esquizofrénico y relacionados

RS (1-)

Jones *et al.*¹⁶ realizan una revisión en la que se evalúa la eficacia de la TCC frente a otro tipo de intervenciones (estándar o psicoterapia de apoyo).

De todos los ECA incluidos en la revisión de Jones *et al.*¹⁶, los obtenidos para responder este apartado provienen solamente de 9 ECA¹⁷⁻²⁵. El equipo elaborador de esta GPC decidió excluir el resto de los ECA de esta revisión por considerar que no aportaban datos de interés al tema de la pregunta.

Los resultados de este estudio indican que, cuando se compara la TCC y tratamiento estándar (TE) *vs.* solamente tratamiento estándar, no hay indicios de que se reduzcan las recaídas o reingresos a medio o largo plazo, se produzca una mejoría de la convicción de las creencias delirantes y haya una mejora en la calidad de vida.

En relación al estado global, no se observó que hubiese una mejoría a corto y medio pero sí a

largo plazo. Tampoco se observaron mejoras en relación a los síntomas generales a corto y medio plazo, pero sí a largo plazo (a los 18 meses de la intervención).

Lo mismo sucede respecto al funcionamiento social en lo que se refiere a retraimiento, conducta interpersonal e independencia en el desempeño y competencia, que no hay diferencias entre ambas intervenciones, pero sí que se ha encontrado efecto positivo a favor de la TCC para las conductas prosociales.

También se ha observado que la TCC y TE mejora los síntomas específicos en el caso de las alucinaciones a largo plazo, los síntomas positivos, negativos, globales y estado clínico, aunque en este último caso, dejó de ser efectivo después de haber transcurrido un año de tratamiento.

Al comparar el TCC y TE vs. psicoterapia de apoyo no se encuentran diferencias entre ambas intervenciones en relación a las ratios de recaídas, mejoría de síntomas positivos y negativos, y mejoría clínica. Sin embargo, tampoco se han hallado diferencias en cuanto a los síntomas generales a corto plazo, pero sí a medio plazo.

Respecto a los delirios y alucinaciones, cuando se compara la TCC con otras intervenciones psicológicas, no se observa mejoría respecto a los delirios, pero sí respecto a las alucinaciones.

En la GPC de Esquizofrenia del NICE²⁶ (total 13 ECA incluidos) todos los participantes incluidos en los estudios recibieron antipsicóticos además de la intervención correspondiente, y el tratamiento cognitivo-conductual fue ofrecido mayoritariamente a las personas con más tiempo de evolución de la enfermedad o más resistentes al tratamiento.

RS (1+)

Los resultados aportados al comparar TCC con el TE indican que, no hay suficiente evidencia que muestre una mejoría de las recaídas durante el tratamiento, ni a los 12 meses ni a los 2 años después de haberlo finalizado. Sin embargo, cuando el programa de TCC dura más de 3 meses se reducen las recaídas. También se señala que la TCC mejora el estado mental (síntomatología persistente) después del tratamiento.

RS (1-) En la misma guía de la NICE se indica también que hay limitada evidencia que muestre que la TCC reduce los síntomas al final del tratamiento, y que produzca una mejoría en el funcionamiento social.

Finalmente señalan que no hay pruebas que demuestren que con la TCC se mejoren los síntomas al final del tratamiento o a los 9–12 meses después de haberlo finalizado; o que se reduzcan los síntomas persistentes a los 9 meses de seguimiento.

RS (1-) En el metanálisis de Zimmermann *et al.*²⁷, se compara el TCC vs. grupo control (lista de espera, tratamiento usual u otro tratamiento terapéutico). Los resultados muestran que se encuentra un mayor beneficio en la reducción de los síntomas positivos en pacientes con episodios agudos que en pacientes crónicos.

Entrenamiento en habilidades sociales en personas con TMG y diagnóstico de trastorno esquizofrénico y relacionados

RS (1-) En este subpartado se tuvo en cuenta las aportaciones de la GPC de Esquizofrenia del NICE²⁶, que incluye la revisión de Pilling *et al.*²⁸, a la que se le añade un ECA¹⁷. Los resultados de estos estudios indican que la TCC, cuando se compara con el TE o con otros tratamientos, no reducen las recaídas o reingresos, además de que no hay suficiente evidencia que señale que el entrenamiento en habilidades sociales mejore la calidad de vida.

RS (1+) En el trabajo de Kurtz y Mueser²⁹ se evalúan los efectos de las habilidades sociales en personas con esquizofrenia o trastornos esquizoafectivos y se comparan con otras terapias activas o intervención estándar. Un entrenamiento en las habilidades sociales, para ser considerado una intervención, debía incluir unas técnicas conductuales como instrucciones sobre habilidades, *role play*, entrenamientos, y *feedback* positivo o negativo.

Los datos mostrados indican que el entrenamiento en habilidades sociales produce una mejora en las habilidades de la vida diaria, funcionamiento social, síntomas negativos y recaídas, cuando se compara con otras terapias activas.

Terapia de resolución de problemas en personas con TMG y diagnóstico de trastorno esquizofrénico y relacionados

Xia *et al.*³⁰ evalúan la efectividad de la terapia de resolución de problemas y la comparan con otras terapias equivalentes o con la atención habitual a personas con esquizofrenia.

Los datos aportados muestran que no se detectaron diferencias entre ambas intervenciones en relación a capacidad de resolución de problemas, conductas agresivas, interacción con el personal profesional y con los compañeros. Tampoco hubo diferencias en cuanto al número de ingresos.

RS (1+)

Entrevista motivacional

El objeto del estudio de algunos de los ECA³¹⁻³⁵ de la revisión de Cleary *et al.*³⁶ era valorar el efecto de la entrevista motivacional (como parte o no de la TCC) en la reducción de consumo de sustancias en personas con TMG (esquizofrenia, trastorno bipolar o depresión).

ECA (1-)

Estos autores señalan que cuando se incluye la entrevista motivacional en la TCC y se compara con el tratamiento estándar, no se encontraron diferencias entre ambas intervenciones respecto a la reducción del uso de sustancias en personas que consumen drogas ni a los 3 ni a los 6 meses de la intervención; ni tampoco se encontró mejoría en el estado mental. Sin embargo, cuando se compara con el tratamiento estándar, la entrevista motivacional parece ser eficaz respecto a la abstinencia de alcohol a los 6 meses de la intervención y en la consecución de un mayor porcentaje de seguimiento tras la intervención. Respecto a la mejora en el estado mental, no hay diferencias entre ambas intervenciones.

Terapia cognitivo-conductual (TCC) para personas con TMG y diagnóstico de trastorno bipolar (TB)

Para este grupo de población, Beynon *et al.*³⁷ indica que no hay diferencias entre la TCC y el TE en la reducción de reingresos hospitalarios.

ECA (1-)

ECA (1+)

En la GPC de trastorno bipolar del NICE³⁸, que incluye 5 estudios (uno de ellos no publicado)³⁹⁻⁴², la mayoría de las muestras estaban formadas por pacientes eutímicos que se mantenían bien con medicación.

Los resultados aportados por los ECA subrayan que no hay diferencias entre la TCC y TE en cuanto a prevenir recaídas maníacas, pero sí para evitar recaídas depresivas a favor de la TCC. También informan de que cuando se compara la TCC y TE con solamente el TE, disminuyen los reingresos y las recaídas a los 6, 12 y 30 meses de haber comenzado el tratamiento. Sin embargo, no se han hallado diferencias que determinen que intervención es más efectiva en relación al funcionamiento social ni a los 6, 18 ó 24 meses de seguimiento.

Recomendaciones

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 (más 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.
	No existe evidencia suficiente como para realizar recomendaciones en el área de resolución de problemas para personas con TMG y diagnóstico de trastorno esquizofrénico y relacionados.

3.1.2. Psicoterapias psicodinámicas y abordaje psicoanalítico

En la terapia individual se aplican principios psicoanalíticos evolucionados desde los principios teórico-técnicos básicos del tratamiento psicoanalítico; por lo que, normalmente, el tratamiento se denomina psicoterapia psicodinámica o de orientación psicoanalítica. La parte central de estos tratamientos son el análisis de la transferencia que surge en la relación entre el paciente y el terapeuta, la observación de las reacciones contratransferenciales y los procesos relacionados con este fenómeno. Los estudios deben de estar orientados hacia las necesidades de los pacientes y son las necesidades del paciente y no las del investigador las que deben constituir el punto de partida⁴³. En los tratamientos psicológicos para las psicosis se indica que los abordajes psicodinámicos y psicoanalíticos aunque difieren también tienen campos comunes⁴⁴.

Pregunta para responder

- ¿Son efectivas la psicoterapia psicodinámica y el abordaje psicoanalítico en el tratamiento de las personas con TMG?

El beneficio de las intervenciones psicodinámicas o psicoanalíticas para el tratamiento de la esquizofrenia ha sido y es largamente debatido debido a que la evidencia científica existente es muy escasa y de baja calidad.

Existe el programa *Patient Outcomes Research Team* (PORT)⁴⁵ de esquizofrenia en el que se recopila la literatura científica sobre la eficacia de los tratamientos y examina las prácticas y las implicaciones de su variabilidad en la calidad sanitaria.

También ha habido algún intento en la revisión sistemática de Malmberg y Fenton⁴⁶ en la que se comparan los efectos de la psicoterapia psicodinámica individual o el psicoanálisis con el tratamiento estándar (que puede incluir solamente medicación, psicoterapia de adaptación a la realidad o psicoterapia de grupo) y con ninguna intervención en las personas con esquizofrenia o TMG, sin poder determinar la efectividad de estas intervenciones.

Leichsenring *et al.*⁴⁷ publican un metanálisis en el que se evalúa la efectividad de la psicoterapia psicodinámica de larga duración pero no aportan datos sobre psicosis ni trastorno bipolar que es la población de estudio en esta guía.

Estos trabajos no aportan ningún resultado claro y concluyente sobre la efectividad o no de esta intervención debido a la ausencia de evidencia.

Recomendaciones

No se ha encontrado suficiente evidencia para efectuar recomendaciones relacionadas con la psicoterapia psicodinámica y abordaje psicoanalítico en el tratamiento de las personas con TMG

3.1.3. Terapia interpersonal

El estilo de vida o los ritmos sociales de las personas con trastorno bipolar estabilizadas son diferentes de los de las personas que no padecen la enfermedad³⁸. La *Interpersonal and Social Rhythm Therapy (IPSRT)* es una adaptación de la psicoterapia interpersonal que parte de la base de que la estabilidad y regularidad de la rutina social y las relaciones interpersonales actúan como factor protector en los trastornos del ánimo. El tratamiento se centra en la relación entre los síntomas del ánimo, la calidad de las relaciones y roles sociales, y la importancia de mantener con regularidad las rutinas diarias e identificar y gestionar los potenciales desencadenantes del ritmo circadiano o biológico⁴⁸.

Pregunta para responder

- ¿Es efectiva la terapia interpersonal en el tratamiento de las personas con TMG?

Terapia interpersonal para personas que sufren TMG y diagnóstico de trastorno bipolar

ECA (1+)

Frank *et al.*⁴⁸ realizan un ECA cruzado en dos fases, en el que se aleatoriza a los participantes en cuatro estrategias de tratamiento diferentes. Los resultados que aportan apuntan que cuando se compara la IPSRT con el ICM (*intensive clinical management*) aplicada a las personas con diagnóstico de trastorno bipolar en fase aguda, están más tiempo sin episodios afectivos ($P = 0,01$).

Opinión de expertos (4)

Sin embargo, cuando Scott, Colom y Vieta⁴⁹ reanalizan los resultados del estudio de Frank *et al.*⁴⁸ en el que se compara ICM vs. IPSRT, señalan que no hay diferencias estadísticamente significativas en las ratios de recaídas, en aquellos que recibieron el mismo tratamiento en ambas fases (aguda y mantenimiento).

Recomendaciones

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.
---	--

3.1.4. Terapia de apoyo

Hay diferentes tipos de psicoterapias que se pueden utilizar en el tratamiento de personas con esquizofrenia y que están basadas en modelos teóricos y técnicos diferentes. A pesar de estas diferencias, todas comparten una serie de factores, como que la intervención tiene que tener cierta duración y formato, y que se tiene que establecer una relación terapéutica con el paciente.

Según la GPC de Esquizofrenia del NICE²⁶, “terapia de apoyo o *counselling*” se define como la intervención psicológica en la cual “la intervención es facilitativa, no dirigida ni centrada en la relación terapéutica, con un contenido de sesiones determinadas por el usuario”. Para que se considere terapia de apoyo, este tipo de intervención no tiene que cumplir los criterios de los otros tipos de intervenciones psicológicas (TCC, psicoanálisis, etc.).

Preguntas para responder

- ¿Es efectiva la terapia de apoyo en el tratamiento de las personas con TMG?

En la revisión realizada por Buckley *et al.*⁵⁰ en la que se evalúa la efectividad de la terapia de apoyo en personas con TMG y diagnóstico de trastorno esquizofrénico y relacionados en comparación con la atención estándar (tratamiento que se recibe en el medio habitual, que incluye las preferencias de los pacientes, el criterio de los profesionales y la disponibilidad de los recursos) u otros tratamientos (TCC, psicoeducación, intervención familiar, programa de rehabilitación social, etc.) indican que no hay evidencia de que la utilización de la terapia de apoyo o *counselling* mejore las ratios de hospitalización.

RS (1-)

En la GPC de esquizofrenia de la NICE²⁶ en donde se compara la terapia de apoyo o *counselling* frente a tratamiento estándar, también se concluye que tampoco hay evidencia entre este tipo de intervención y

RS (1-)

el tratamiento estándar en relación a recaídas, estado mental y muerte. Además en esta misma guía se sugiere que hay insuficientes datos para determinar que la terapia de apoyo o *counselling*, cuando se compara con cualquier otra terapia psicológica o psicosocial, mejore el índice de recaídas, el estado mental, disminuya los casos de muerte o se produzca una reducción de los síntomas positivos.

RS (1-)

Buckley *et al.*⁵⁰ además señala que cuando se compara terapia de apoyo o *counselling* con TCC en relación al funcionamiento general, los resultados son positivos a favor de la TCC.

Recomendaciones

No se ha encontrado suficiente evidencia para efectuar recomendaciones relacionadas con la terapia de apoyo o <i>counselling</i> en personas con TMG.

3.1.5. Intervenciones familiares

Parece que existe un consenso general de que el TMG puede afectar de manera considerable las relaciones en las familias de las personas que sufren la enfermedad, y que las relaciones familiares también pueden afectar de algún modo el curso de la enfermedad.

Las personas con esquizofrenia provenientes de familias con altos niveles de “emoción expresada”, es decir, que muestran altos niveles de sobreprotección, criticismo y hostilidad y bajos niveles de calidez, tienen más probabilidad de recaída que aquellas personas con el mismo tipo de trastorno, pero con niveles de “emoción expresada” menores dentro de la familia²⁶.

En la actualidad, hay una gran variedad de métodos para ayudar a las personas con enfermedades mentales y a sus familias a gestionar de una forma más efectiva la enfermedad.

Se ha revisado las intervenciones psicosociales y las pruebas que existen acerca de su eficacia en las personas con TMG en cuanto a su aplicación aislada frente al tratamiento estándar u otras intervenciones; no obstante a lo largo de la revisión se han encontrado estudios en los que el grupo experimental recibe dos o más intervenciones. La cuestión de cómo deben combinarse estas intervenciones, no solo entre sí sino también añadidas a otro tipo de intervenciones, está directamente relacionada con la necesidad de inte-

grar tratamientos y con el debate de la delimitación artificial entre tratamiento y rehabilitación.

Para algunos autores existe acuerdo internacional sobre la necesidad de ofertar en el tratamiento de los pacientes con trastorno esquizofrénico y relacionados una combinación de tres intervenciones que resultan esenciales: dosis óptimas de medicación antipsicótica, educación de usuarios y sus cuidadores para un afrontamiento más efectivo del estrés ambiental, y tratamiento asertivo comunitario que ayude a resolver necesidades sociales y crisis, incluida la exacerbación sintomática⁵¹. A pesar de las evidencias que lo soportan, pocos son los planes de salud mental que proveen estos programas de manera rutinaria.

Sin embargo, para otros autores, es la combinación de intervención familiar, entrenamiento en habilidades sociales y el tratamiento farmacológico la que puede ser el tratamiento adecuado para evitar recaídas⁵².

Preguntas para responder

- ¿Las intervenciones familiares en sus diferentes formatos presentan beneficios frente a la no intervención, u otros tipos de intervención psicosocial, en personas con TMG?
- ¿En qué momento del curso de la enfermedad es más adecuado iniciar la intervención familiar para personas con TMG y sus familias?
- ¿Cuál es el marco temporal más adecuado de los programas y/o sesiones de intervenciones familiares para personas con TMG y sus familias?

Intervención familiar (IF) para personas con TMG y diagnóstico de trastorno esquizofrénico y relacionados

RS (1+)

En la GPC de Esquizofrenia del NICE²⁶ se evalúa la intervención familiar comparada con otras intervenciones, diferentes formatos (individual, grupal o multifamiliar), y la duración y frecuencia de las intervenciones. Consideran como intervención familiar las sesiones que se realizan con la familia y con un apoyo específico basado en principios sistémicos, cognitivo-conductuales y/o psicoanalíticos. Las intervenciones que se incluyen deben tener un contenido psicoeducacional, trabajo orientado al “tratamiento de crisis”, y una duración de 6 semanas como mínimo.

Los resultados que muestran indican que la intervención familiar comparada con otras intervenciones (tratamiento estándar, psicoeducación, apoyo familiar, psicoterapia de apoyo, etc.) parece reducir las recaídas durante el tratamiento y a los 4-15 meses de haberlo finalizado. Además indican que no hay diferencias entre ambas intervenciones en la reducción de reingresos hospitalarios a los 2 años de haber finalizado el tratamiento.

En relación a la duración de las intervenciones, señalan que cuando el programa es proporcionado por un periodo de 6 meses o superior, o por más de 10 sesiones planificadas, hay evidencia de que la intervención familiar reduce las recaídas a los 4-15 meses de seguimiento después del tratamiento. Respecto al formato, también se menciona que no hay diferencias entre la intervención unifamiliar y multifamiliar respecto a las recaídas y señalan que cuando se incluye a la persona afectada por la enfermedad en las intervenciones familiares se reducen los niveles de recaídas.

En algunos de los ECA incluidos en la GPC de esquizofrenia de la NICE señalan que no se han hallado diferencias que determinen que la intervención familiar mejore el funcionamiento social, reduzcan los niveles de síntomas negativos⁵³ o los síntomas persistentes a los 12 meses de tratamiento⁵⁴.

RS (1-)

En la revisión que hace Pharoah *et al.*⁵⁵ de las intervenciones familiares en personas con esquizofrenia, se analiza la efectividad de la intervención familiar y la compara con el tratamiento estándar (entendido como niveles habituales de intervención psiquiátrica que incluye tratamiento farmacológico). En los estudios incluidos en esta revisión, las terapias familiares tienen algún componente educativo con el objetivo de mejorar la atmósfera familiar y reducir la recurrencia de la esquizofrenia. Los resultados señalan que el efecto de la intervención familiar en los usuarios y cuidadores produjo un mejor cumplimiento con la medicación en los pacientes cuyos familiares habían recibido intervención familiar de más de 5 sesiones. Además se redujeron los niveles de emoción expresada dentro de las familias y mejoró la calidad de vida. Sin embargo, no se ha encontrado suficiente evidencia que indique que la intervención familiar reduzca los índices de suicidio.

En relación al número de sesiones adecuado para que la intervención familiar sea efectiva, hacen referencia a que la intervención familiar de menos de 5 sesiones o de número desconocido de sesiones, redujo significativamente las recaídas a 1 año, a 2, 3 y 10 años de seguimiento. Además, continúan diciendo que la intervención familiar, cuando es de más de 5 sesiones, se reducen los ingresos hospitalarios a los 18 meses de seguimiento.

Algunos ECA incluidos en la RS de Pharoah además señalan que no hay diferencias entre la intervención unifamiliar y multifamiliar en relación a la adherencia al tratamiento farmacológico⁵⁶, que las personas que recibieron intervención familiar multifamiliar pudieron llevar una vida más independiente que las que no lo recibieron⁵⁷, y que no se han hallado diferencias entre la intervención familiar conductual y la intervención de apoyo familiar de más de 5 sesiones respecto a reingresos hospitalarios⁵⁸.

En el estudio de Bressi *et al.*⁵⁹ se comparó la efectividad de la terapia familiar sistémica y tratamiento estándar frente al tratamiento estándar (que consistía solamente en tratamiento farmacológico) en personas con esquizofrenia, en relación a reingresos, recaídas y adherencia al tratamiento, y con un periodo de seguimiento de dos años. La intervención familiar consistía en una serie de 12 sesiones con familiares, de 1,5 horas de duración, una vez al mes y durante un año. Encontraron que las personas que reciben terapia familiar sistémica obtenían una mejoría respecto a los reingresos, recaídas y adherencia al tratamiento; sin embargo, esta mejoría no se mantenía a los 2 años de seguimiento.

ECA (1-)

En nuestro entorno, en el estudio de Montero *et al.*⁶⁰ se comparan dos técnicas de terapia familiar, una intervención en formato grupal (grupo de familias) y otra individual de corte cognitivo-conductual aplicadas a personas con diagnóstico de esquizofrenia y sus familias durante 12 meses (semanalmente los primeros 6 meses, cada dos semanas los siguientes 3 meses y mensualmente los últimos 3 meses de intervención). Los resultados encontrados señalan que la terapia familiar individual de enfoque conductual mejora los resultados de funcionamiento social, las dosis de medicación antipsicótica y los síntomas psicóticos que la terapia grupal.

ECA (1-)

Intervenciones familiares combinadas con otras intervenciones

ECA (1+)

El *Optimal Treatment Project* (OTP)⁶¹, en el que participan 18 países, se crea para evaluar los efectos y los costes de la aplicación de estrategias terapéuticas basadas en la evidencia a lo largo de un período de 5 años.

Los resultados que aportan a los dos años de seguimiento provenientes de pacientes con diagnóstico de psicosis no afectivas de inicio reciente, y con un mayoría de más de 10 años de evolución de la enfermedad, indican que el tratamiento psicosocial combinado produce mejorías del 40% en la valoración de la gravedad clínica, funcionamiento social y estrés percibido por el cuidador en la valoración a 24 meses; y consigue un 25% más de casos de recuperación completa en un periodo de 24 meses. También se señala que en un 25% de los casos de esquizofrenia de inicio reciente (<10 años de evolución) y en el 40% de los casos crónicos (>10 años) el tratamiento psicosocial combinado aplicado durante 24 meses no consigue ningún tipo de mejoría⁶².

ECA (1++)

En el trabajo de Hogarty *et al.*⁵² que incluye personas con diagnóstico de trastorno esquizofrénico o esquizoafectivo procedentes de hogares con elevada emoción expresada, se evalúan cuatro condiciones de tratamiento: psicoeducación familiar y tratamiento farmacológico (PF+FCO); entrenamiento en habilidades sociales y tratamiento farmacológico (HHSS+FCO); psicoeducación familiar, entrenamiento en habilidades sociales y tratamiento farmacológico (PF+HHSS+FCO), y tratamiento farmacológico (FCO).

Los resultados señalan que la intervención familiar, consistente en terapia familiar de corte psicoeducativo y afrontamiento del estrés, el entrenamiento en habilidades sociales así como dirigidos a personas con trastorno esquizofrénico provenientes de hogares con emoción expresada elevada, reducen a la mitad las tasas de recaída observadas en el grupo control en 12 meses. Ambas intervenciones presentan un efecto sinérgico evitando las recaídas. Este efecto fue independiente del grado de adherencia al tratamiento y, en el grupo en el que fue alta las recaídas, la terapia familiar se mostró aún más eficaz en disminuirlas.

Los mismos autores publican los resultados del mismo estudio a los dos años de tratamiento e indican que se observa un desvanecimiento del efecto del entrenamiento en habilidades sociales en disminuir las recaídas observando porcentajes similares a los del grupo control, pero no al de terapia familiar.

Finalmente concluyen que pese a las intervenciones psicosociales, casi la totalidad de los pacientes no cumplidores con el tratamiento farmacológico recayeron en 24 meses de seguimiento del estudio⁶³.

En el estudio español de Lemos *et al.*^{52,64} someten a comprobación la efectividad de los programas de terapia psicosocial, que consisten en psicoeducación y terapia psicológica integrada –IPT de Brenner y Roder^{65,66}– para pacientes, y psicoeducación y terapia familiar (mejora de la comunicación, resolución de problemas y manejo del estrés) para los familiares, añadidos al tratamiento farmacológico. El objetivo de estas intervenciones es la prevención de recaídas, control de los síntomas y la mejora funcional de los pacientes con trastorno esquizofrénico tras un seguimiento de 4 años.

Los hallazgos encontrados indican que la intervención psicosocial combinada de pacientes y familiares consigue mejorías clínicas superiores al grupo control, manteniéndose dicho efecto durante 4 años. También encontraron que a los 4 años de seguimiento, el estado clínico y el funcionamiento social de las personas que siguieron una intervención psicosocial combinada fueron similares al grupo control, pero aquellas consiguieron un 40% menos de recaídas.

ECA (1-)

Intervención familiar para personas con TMG y diagnóstico de trastorno bipolar

En cuanto a las personas que sufren TMG y diagnóstico de trastorno bipolar, la GPC de Trastorno Bipolar del NICE³⁸ analiza diferentes formatos de intervención familiar y los comparan con otras intervenciones o con tratamiento estándar. Consideran intervención familiar las sesiones que se realizan con la familia y con un apoyo específico basado en principios sistémicos, cognitivo-conductuales

y/o psicoanalíticos. Las intervenciones que se incluyen deben tener un contenido psicoeducacional, y/o trabajo orientado al “tratamiento de crisis”.

ECA (1-)

Uno de los estudios incluidos en esta GPC de la NICE señala que la intervención familiar favorece la remisión de los síntomas a los 3 meses y a los 15 meses. Sin embargo, no está claro si la intervención empezó durante la fase aguda, subaguda o estable de la enfermedad⁶⁷. Sin embargo, otro de los estudios también incluidos es esa guía indica que, cuando el paciente se encuentra en fase aguda, no se ha encontrado que la intervención familiar individual sea más efectiva que la intervención multifamiliar respecto a la mejoría en los síntomas al final del tratamiento (28 meses)⁶⁸.

ECA (1-)

En los ECA incluidos en la RS de Justo *et al.*⁶⁹ se analiza la efectividad de la intervención familiar frente a la no intervención u otras intervenciones psicosociales en personas que sufren trastorno bipolar. Todas las personas estaban tomando medicación en el momento del estudio y las intervenciones psicosociales familiares incluían cualquier tipo de terapia psicológica o método psicoeducativo (acerca de la enfermedad y las posibles estrategias para hacer frente a la misma) para el tratamiento de las personas y sus familias o cuidadores (parejas o familiares de un persona con trastorno bipolar, o grupo de familias de diferentes personas con trastornos bipolar, con la asistencia de la persona con trastorno bipolar o sin ella). También incluyen las terapias de pareja y las terapias con grupos de familias. Los resultados de algunos de los ECA de esta revisión muestran que no se han hallado diferencias entre la intervención psicosocial familiar y la intervención individual en relación a recaídas, reingresos y adherencia al tratamiento⁷⁰; y que los pacientes cuyos familiares siguieron un programa psicoeducativo grupal presentaron un periodo de tiempo hasta cualquier recurrencia de tipo hipomaniaca o maniaca, significativamente mayor que los del grupo control, presentando también un 42% de recaídas comparado con el 66% del grupo control⁷¹.

Otros de los estudios también incluidos en la revisión de Justo *et al.* se compara la intervención familiar frente a la no intervención, los resultados que se muestran indican que no se han encontrado diferencias en la

mejoría clínica ni al final del tratamiento ni a los 6 meses de seguimiento⁷². Tampoco se ha encontrado diferencias en la adherencia al tratamiento y además se ha observado un mayor aumento de niveles de ansiedad entre las personas que recibieron la intervención familiar⁷³.

Tampoco ha habido diferencias al comparar la intervención psicoeducativa grupal multifamiliar frente a ninguna intervención, respecto a la recuperación del paciente al final del estudio (28 meses); ni se ha observado diferencias entre la terapia familiar sistémica centrada en la resolución de problemas y la terapia grupal psicoeducativa multifamiliar respecto a la recuperación al final del estudio (28 meses)⁷⁴.

En cuanto a las relaciones en el ámbito familiar (expresividad, cohesión y conflicto), no se han hallado diferencias entre los grupos de intervención familiar de psicoeducación para cuidadores y la no intervención⁷¹, ni tampoco entre los grupos de intervención familiar de psicoeducación conyugal para parejas y la no intervención⁷³.

Cuando se compara la intervención familiar con el tratamiento en crisis, Miklowitz *et al.*⁷⁵ indican que se reducen las recaídas a los 24 meses y que además se observa una mejoría en la adherencia al tratamiento.

ECA (1-)

Reinares *et al.*⁷⁶ llevaron a cabo un estudio con el objetivo de valorar la eficacia de un grupo de intervención psicoeducativa para familiares de personas con diagnóstico de trastorno bipolar en fase eutímica y con un seguimiento de 12 meses. Los resultados que obtuvieron señalan que la psicoeducación en formato grupal de familiares de personas con trastorno bipolar en fase eutímica, parece disminuir el número de recaídas, en particular hipomaniacas y maniacas, y prolonga el tiempo hasta las mismas.

ECA (1+)

Recomendaciones

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 ó 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.

3.1.6. Intervenciones psicoeducativas

El abordaje de corte psicoeducativo es utilizado frecuentemente en la intervención con el paciente afecto de trastorno esquizofrénico y trastorno bipolar, tanto a nivel hospitalario como ambulatorio. Esta intervención implica la transmisión de información sobre la enfermedad a paciente y familiares, que no siempre se lleva a cabo de forma estructurada y la inclusión de los familiares no es una práctica habitual. Es importante conocer la efectividad de estas intervenciones, que son habituales en la práctica.

La protocolización y estandarización de esta intervención (por ejemplo, inclusión de contenidos en un manual, con un encuadre temporal determinado) puede ser un motivo de no aceptación de la intervención para un subgrupo no desdeñable de pacientes, sobre todo si no se adapta el contenido, al momento evolutivo del trastorno, o al estado actitudinal del paciente. También hay que tener en cuenta que cuando la presentación es más interactiva, incorpora más componentes conductuales y el contenido se comprende y acepta mejor, se optimiza el impacto de la intervención.

El proporcionar información adecuada sobre el trastorno con el objetivo de mejorar el manejo de la misma, por parte del paciente o sus familiares, es un acto que se realiza desde el momento de la derivación, en los momentos en los que se decide el ingreso, cuando se propone y prescribe el tratamiento, o cuando se aconseja seguir tratamiento farmacológico, o cuando se realiza una revisión periódica, etc..., por lo que un buen conocimiento de la efectividad de esta intervención puede ayudar a mejorar la utilización de los recursos y la práctica clínica.

Preguntas para responder

- ¿Son efectivas las intervenciones psicoeducativas en personas con TMG?
- ¿Qué componentes resultan clave en las intervenciones psicoeducativas en personas con TMG?
- ¿Qué nivel de intervención psicoeducativa —individual, grupal o familiar— es el más adecuado?

La revisión realizada por Lincoln *et al.*⁷⁷ fue diseñada con el objetivo de evaluar la eficacia de la psicoeducación dirigida solo a usuarios y la dirigida a usuarios y familias. Entre los resultados se encontró que cuando la psicoeducación es comparada con la no intervención o intervención no específica, no produce un descenso significativo de recaídas o reingresos, una mejoría de síntomas o del funcionamiento social, o mejora de la adherencia al tratamiento, pero si mejora el conocimiento de la enfermedad en personas con esquizofrenia. Cuando en la intervención psicoeducativa se incorpora a la familia de personas con esquizofrenia, se reducen las recaídas o los reingresos.

RS (1+)

Bauml *et al.*⁷⁸ realizaron un estudio en el ámbito europeo cuyo objetivo era valorar la efectividad de la intervención psicoeducativa bifocal paralela y su efecto a largo plazo. Encontraron que los efectos de la psicoeducación grupal a usuarios y a familiares en paralelo reduce el número de reingresos, siendo los efectos observables hasta 7 años después de la intervención.

ECA (1+)

La GPC de trastorno bipolar del NICE³⁸ incluye estudios de Colom *et al.*^{79,80} donde se compara el efecto de un programa psicoeducativo grupal complejo (incluye psicoeducación sobre el trastorno bipolar y entrenamiento en mejora de la comunicación y en resolución de problemas) con un grupo control de intervención de apoyo no directivo complementario al tratamiento psicofarmacológico. Los resultados obtenidos parecen indicar que reducen el número de recaídas a los 2 años en personas con trastorno bipolar. Sin embargo, no hay evidencia que indique que reduce el número de reingresos.

ECA (1+)

ECA (1+)

Perry *et al.*⁸¹ compararon un programa psicoeducativo individual en personas que sufren trastorno bipolar e incorporaba entrenamiento en reconocimiento de pródromos y tratamiento farmacológico frente al tratamiento farmacológico solamente. Estos autores encontraron que la intervención psicoeducativa que incorporó entrenamiento en reconocimiento de pródromos redujo las recaídas en fase maníaca pero no en la fase depresiva, y que además disminuyó el número de hospitalizaciones.

Recomendaciones

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.

3.1.7. Rehabilitación cognitiva

Un elevado porcentaje de las personas que sufren de esquizofrenia muestran un bajo rendimiento en diferentes aspectos del procesamiento cognitivo, como la velocidad de procesamiento, el mantenimiento de la atención, la memoria de trabajo, el aprendizaje verbal, el funcionamiento cognitivo o la cognición social. Estas alteraciones cognitivas limitan el aprendizaje en otras intervenciones psicosociales y programas de rehabilitación, así como en el funcionamiento social y laboral.

Por lo tanto, la rehabilitación cognitiva consiste en una “intervención con el objetivo de mejorar el funcionamiento cognitivo, aplicando la práctica repetida de tareas cognitivas o el entrenamiento de estrategias para compensar los déficit cognitivos”⁸². A lo largo de la pasada década se han venido desarrollando distintos abordajes de entrenamiento cognitivo para mejorar los déficit cognitivos en pacientes esquizofrénicos, que han seguido distintos métodos.

Preguntas para responder

- ¿Las intervenciones de rehabilitación cognitiva son eficaces en personas con TMG y deterioro cognitivo?
- ¿Qué formato de estas intervenciones es el más adecuado para personas con TMG y deterioro cognitivo?

En la GPC de Esquizofrenia del NICE²⁶ se indica que no se encontró evidencia suficiente como para sugerir que *cognitive remediation* mejorara las funciones cognitivas o que mejorara los síntomas en personas con esquizofrenia. Sin embargo, parece existir un solapamiento de los estudios incluidos entre la GPC de esquizofrenia del NICE y los artículos de McGurk *et al.*⁸³ y Krabbendam y Alemán⁸⁴, con mayor capacidad de inclusión de estudios en estos dos últimos quizás por aplicar criterios menos restrictivos.

En el estudio de McGurk *et al.*⁸³ se evalúa una intervención psicosocial destinada a mejorar la función cognitiva. La evaluación incluía medidas neuropsicológicas que tuvieran el potencial de reflejar generalización, más que evaluar la tarea entrenada. Los datos que obtuvieron muestran que la rehabilitación cognitiva mejora la cognición global, el funcionamiento psicosocial y los síntomas; manteniéndose estos efectos a los 8 meses de seguimiento.

RS (1+)

Los programas de rehabilitación cognitiva que proporcionaron rehabilitación psiquiátrica adyuvante, mostraron mejorías en las funciones psicosociales ($p < 0,01$) a diferencia de los que no la proporcionaron.

RS (1+)

Krabbendam y Aleman⁸⁴ analizan la efectividad de *cognitive remediation* en pacientes con esquizofrenia. Los datos obtenidos sugieren que la rehabilitación cognitiva puede mejorar el desarrollo de tareas, pero no se ha detectado diferencia en la mejoría cognitiva en función del número de sesiones (si son < 15 sesiones vs. > 15 sesiones) ($p=0,978$).

En relación al tipo de entrenamiento, las intervenciones que incluyen diseño de estrategias (compensadoras) ofrecieron mejores resultados que las que no lo hacían o que las basadas en repetición (rehabilitador) para el área de funcionamiento psicosocial pero no para el área cognitiva.

RS (1+)

Roder *et al.*⁶⁶ realizan un estudio en la que comparan *Integrated psychological therapy* (IPT) (programa que combina intervención neuro-cognitiva con enfoques en habilidades sociales en personas con esquizofrenia) frente a tratamiento estándar y/o atención placebo. Estos autores señalan que el IPT fue superior para el efecto global de la terapia durante el tratamiento ($p < 0,01$) y en la fase de seguimiento (a los 8 meses) ($p < 0,05$). Además, los pacientes que recibieron IPT, mostraron mejoría en los dominios de neurocognición, funcionamiento psicosocial y psicopatología ($p < 0,01$).

RS (1-)

Sin embargo, los pacientes que recibieron solamente subprogramas de IPT de diferenciación cognitiva, percepción social y comunicación verbal obtuvieron mayores efectos en el dominio neurocognitivo y efectos menores en el de funcionamiento psicosocial⁶⁶.

ECA (1++)

El único ECA incluido en esta pregunta es el de Hogarty *et al.*⁸⁵ en donde recoge datos de pacientes con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, y compara *cognitive enhancement therapy* (CET) con terapia de apoyo enriquecida siendo tratados durante 2 años. Los pacientes que participaron en el estudio estaban establistados y cumplían criterios de discapacidad social-cognitiva y neurocognitiva.

Los resultados de este estudio indican que hay mayor efecto a favor de CET, en cuanto a las medidas de velocidad de procesamiento ($p = 0,012$), cognición social ($p = 0,002$), estilo cognitivo ($p = 0,007$), y ajuste social ($p = 0,006$), pero no para neurocognición ($p = 0,195$). También se indica que el efecto se mantiene 36 meses después de la finalización de la intervención.

Recomendaciones

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.

3.1.8. Otras psicoterapias: terapia morita, dramaterapia, terapia de distracción e hipnosis

Terapia morita para personas que sufren TMG

La terapia morita es una psicoterapia sistemática basada en la psicología oriental. Esta terapia fue creada para el tratamiento de las neurosis, y se ha ampliado para el uso en la esquizofrenia, aunque, hasta la fecha, su efectividad no se ha comprobado sistemáticamente. La terapia incluye un programa conductual estructurado para promover las relaciones con los demás y, en consecuencia, un mayor funcionamiento social.

Técnicas de distracción para personas que sufren TMG

Las técnicas de distracción se consideraron estrategias de afrontamiento que incluyen métodos para desviar la atención. Puede tratarse de una técnica de distracción pasiva, como mirar la televisión, escuchar música, utilizar

auriculares o practicar relajación. Alternativamente, la distracción puede involucrar actividades, como tocar un instrumento, escribir, leer, practicar jardinería, caminar o realizar cualquier tipo de ejercicio. Otras técnicas de distracción incluyen la socialización, la supresión de pensamientos no deseados y la resolución de problemas para los eventos futuros⁸⁶.

Dramaterapia para personas que sufren TMG

La dramaterapia es una forma de tratamiento que promueve la espontaneidad y la creatividad. Puede promover la expresión emocional, pero no necesariamente requiere que el participante comprenda su enfermedad o actitud psicológica.

Hipnosis para personas que sufren TMG

La American Psychological Association define hipnosis como el “procedimiento durante el cual un profesional o investigador de la salud sugiere a un cliente, paciente o sujeto cambios en las sensaciones, percepciones, pensamientos o conducta”⁸⁷.

Pregunta para responder

- ¿Son efectivas la terapia morita, la dramaterapia, la terapia de distracción o la hipnosis en personas con TMG?

Terapia Morita

RS (1-)

En el estudio de He *et al.*⁸⁸ se analiza los efectos de la terapia morita en ámbitos hospitalarios para las personas con TMG y diagnóstico de trastorno esquizofrénico y relacionados y los compara con la atención estándar (consistente en tratamiento farmacológico). Los resultados se agruparon a corto plazo (hasta 12 semanas), a medio plazo (13–52 semanas), y a largo plazo (> 52 semanas).

Los resultados obtenidos indican que no hay diferencias entre ambas intervenciones en relación a la mejora de los síntomas negativos a corto pero si a medio plazo a favor de la terapia morita. También se han encontrado resultados favorables a favor de la terapia morita en relación al estado mental a medio plazo y a la capacidad de realizar actividades de la vida diaria (funcionamiento social) a corto y medio plazo.

Técnicas de distracción

Crawford-Walker *et al.*⁸⁹ examinaron los efectos clínicos de las técnicas de distracción para la desviación de la atención de las alucinaciones en las personas con esquizofrenia o enfermedades similares a la esquizofrenia, y lo comparan con la atención estándar (tipo de atención que una persona recibiría habitualmente y que incluye intervenciones como medicación, hospitalización, utilización del personal de enfermería psiquiátrica comunitaria u hospital de día), otros tratamientos psicológicos (terapia de resolución de problemas, psicoeducación, terapia cognitivo-conductual, terapia familiar o psicoterapia psicodinámica) o tratamientos sociales (incluyen los entrenamientos en habilidades sociales y para la vida).

RS (1-)

Se encontraron con que no hay diferencias entre las diversas intervenciones en relación a la mejoría en el estado mental a corto plazo.

Dramaterapia

En el trabajo de Ruddy *et al.*⁹⁰, que incluyen 5 ECA, en 2 de ellos se compara la dramaterapia con tratamiento estándar (atención hospitalaria habitual) en pacientes hospitalizados que sufren de esquizofrenia. Los resultados indican que no existió ningún hallazgo concluyente sobre los daños o beneficios de la dramaterapia para los pacientes hospitalizados con esquizofrenia en relación al estado mental⁹¹, pero sí se encontraron que mejora los niveles de autoestima a favor del grupo de psicodrama⁹².

ECA (1-)

Hipnosis

Respecto a la hipnosis, Izquierdo y Khan⁸⁷ evaluaron el efecto de la hipnosis en pacientes con esquizofrenia y la compararon con el tratamiento estándar (el nivel normal de atención psiquiátrica que se proporciona en el área donde se realiza el ensayo: medicación, hospitalizaciones, intervención familiar, etc.). Los hallazgos encontrados indican que no hay evidencia de que la hipnosis mejore el estado mental.

ECA (1-)

Recomendaciones

No se ha encontrado suficiente evidencia para efectuar recomendaciones relacionadas con la terapia morita, dramaterapia, terapia de distracción e hipnosis en el tratamiento de las personas con TMG.

3.2. Intervenciones sociales

Son intervenciones, actividades y estructuras de apoyo comunitario con el objetivo de facilitar la integración social en el entorno. Las intervenciones sociales incluyen diferentes tipos de estrategias y programas. En esta GPC se contempla los programas para la vida diaria, programas residenciales en la comunidad y programas dirigidos al ocio y tiempo libre.

Pregunta para responder

- ¿Los programas de inserción social —programas de habilidades para la vida diaria, programas residenciales en la comunidad, o programas dirigidos al ocio y tiempo libre— mejoran la evolución de la enfermedad y la calidad de vida en personas con TMG?

3.2.1. Programas de habilidades para la vida diaria

Los programas de entrenamiento en habilidades de la vida diaria a los que se refiere este apartado son las habilidades instrumentales en las cuales se pueden incluir desde el autocuidado, el manejo del dinero, la organización de la casa, habilidades domésticas, hasta las habilidades interpersonales. El objetivo de adquirir estas habilidades es facilitar la rehabilitación, mantenimiento y adaptación de las personas con TMG a su entorno habitual, y que, dentro de las posibilidades de cada individuo, puedan llevar una vida más autónoma.

RS (1-)

En el estudio realizado por Tungpunkom y Nicol⁹³ se evalúa la efectividad de los programas de entrenamiento en habilidades de la vida diaria, comparándolos con programas estándar u otros programas en personas con trastorno mental grave. Los resultados encontrados parecen indicar que no hay diferencias entre ambas intervenciones respecto a las actividades domésticas, autocuidado, síntomas positivos, síntomas negativos, psicopatología general y calidad de vida.

3.2.2. Programas residenciales en la comunidad

Estos programas consisten en alojamientos alternativos donde residen las personas afectadas de TMG de manera transitoria o definitiva cuyo objetivo es formarles en aquellas habilidades necesarias para su adaptación a la vida cotidiana de forma autónoma, en la medida de lo posible. En estos espacios estructurados se les proporciona un medio en el que se les intenta compensar sus deficiencias, tanto personales como sociales, con el objetivo de mejorar la salud física, los autocuidados, la responsabilidad con el tratamiento, el funcionamiento cognitivo, el funcionamiento social y la participación en actividades comunitarias, evitando recaídas, reingresos y uso de servicios sanitarios.

La literatura distingue dos tipos de enfoque: el alojamiento asistido (*supported housing*), en el que el alojamiento independiente en la comunidad viene acompañado de apoyo y seguimiento por servicios de salud mental comunitarios, y el *continuum* residencial en el que, desde el mismo servicio o agencia que proporciona la atención clínica, la persona es ubicada progresivamente en niveles de distintas intensidades de apoyo y supervisión^{94,95}. Los programas residenciales más habituales en España son los pisos autónomos, los pisos supervisados, las miniresidencias y las plazas supervisadas en pensiones y el alojamiento en familias alternativas⁹⁶. Todo dentro de un modelo funcional sociosanitario coordinado.

Hay una revisión de Chilvers *et al.*⁹⁷, que no aporta datos debido a que no encontraron ningún estudio que cumpliera los criterios de inclusión establecidos en la revisión.

Aunque no se han encontrado datos provenientes de revisiones sistemáticas o ensayos clínicos controlados que aporten alguna prueba, hay información que indica que los distintos programas residenciales son capaces de mantener en la comunidad a un número considerable de personas con TMG como ocurre en el trabajo realizado por Fakhoury *et al.*⁹⁸.

Estos autores evalúan la efectividad de los programas residenciales comunitarios para pacientes de TMG. En este estudio se encuentran resultados positivos en cuanto a la mejora del funcionamiento y la integración social, y mayor satisfacción de los pacientes en comparación con los pacientes de unidades de media y larga estancia.

Descriptivo (3)

En el contexto español, el estudio transversal y descriptivo de López *et al.*⁹⁹⁻¹⁰³, se analiza el programa residencial comunitario para personas con TMG en Andalucía. En este trabajo se evaluó la practica totalidad de dispositivos y residentes adscritos al mismo (16 casas hogar, 67 pisos, y 399 residentes). Los resultados de este trabajo, entre otros, indican que existe mejoría en la satisfacción del usuario con el alojamiento supervisado y se incrementa la adherencia al tratamiento farmacológico.

3.2.3. Programas dirigidos al ocio y tiempo libre

El objetivo de estos programas es ayudar a la recuperación de la persona con TMG fomentando las relaciones sociales y el uso del tiempo libre, propiciando la participación en ambientes comunitarios, y las actividades de encuentro, vacaciones y actividades de enriquecimiento personal.

Estas actividades son en sí a la vez una herramienta y un resultado en cuanto a que la integración social es un componente de la calidad de vida y ésta uno de los resultados a obtener con las intervenciones psicosociales¹⁰⁴. Este concepto de “rehabilitación recreativa” ha sido propuesto como contrapunto a otras intervenciones rehabilitadoras instrumentales, como la laboral o la residencial, y su característica distintiva es estar diseñada para la propia satisfacción¹⁰⁵.

Antes y después (3)

No se ha encontrado ninguna RS o ECA que haga referencia a la importancia de la integración social a través de alternativas que organicen el ocio y tiempo libre como estudio sistematizado. Existe un estudio longitudinal de Petryshen *et al.*¹⁰⁶ en el que se mide la efectividad de un programa de ocio y tiempo libre dirigido a individuos de 18 a 65 años aislados socialmente, con trastorno mental grave, y con un periodo de seguimiento de un año. El estudio tiene ciertas limitaciones respecto al tamaño de la muestra, el hecho de que no existe grupo ni terapia de comparación, y que se aplica a personas con niveles altos de motivación. Los resultados indican que se han encontrado diferencias a favor de los programas de ocio y tiempo libre en cuanto a satisfacción general de vida, disminución de la soledad, fomento de la autoestima, satisfacción con las relaciones sociales, satisfacción con las actividades de ocio y funcionamiento social.

Recomendaciones

√	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.
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 mas amplios.
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.

3.2.4. Programas dirigidos al empleo

En las últimas décadas en todos los planes de atención de salud mental los programas y dispositivos orientados al empleo de las personas con TMG son considerados estratégicos y forman parte de los objetivos básicos de la rehabilitación.

La inserción laboral es un instrumento para lograr la plena integración social, en condiciones de autonomía personal y de participación en la comunidad; y responde también a un derecho, a una cuestión ética derivada de la permanente exclusión del mercado de trabajo. Es admitida la necesidad de que los programas puestos en marcha para la inserción laboral deben de integrar en su método los aspectos de atención sanitaria, social y no sólo los de formación profesional.

En el proceso de recuperación, el trabajo ya no es sólo una actividad que desarrolla competencias generalizables y mejora el funcionamiento personal, sino que es un elemento para el intercambio social y la autonomía económica. La remuneración y el salario, es considerado un elemento motivacional clave para que una persona se mantenga en un puesto de trabajo. En cualquier caso, fruto de las diferentes experiencias, es común poner el énfasis en la motivación y la elección personal y el tomar en consideración, desde el primer momento los intereses y objetivos personales.

A pesar de la evidente necesidad de estos recursos, no existe una práctica generalizada ni homologada. Los recursos de inserción laboral tienen

diferente tipología, y la experiencia es diversa entre los diferentes países. Ello es debido a las diferencias entre los sistemas de servicios sanitarios y sociales, la diferente normativa que regula el acceso al empleo, las diferencias socioculturales y del propio mercado laboral.

A modo de análisis se puede constatar que existen dos enfoques al abordar una intervención en rehabilitación laboral. Una es “entrenar y colocar” (*train-then-place* o *supported employment*) que pone el énfasis en la estabilidad y en la recuperación de habilidades en programas previos que permitan una posterior generalización. La otra, “coloca y entrena” (*place-then-train*) que pone el énfasis en la ocupación inmediata de un puesto de trabajo, activándose en él los programas de aprendizaje y seguimiento¹⁰⁷.

Las diferentes formulaciones orientadas a la inserción laboral se pueden agrupar en tres tipos de programas instrumentales: el empleo con apoyo, las empresas sociales y la rehabilitación vocacional¹⁰⁸. Estos programas no son concepciones antagónicas sino que pueden ser complementarias y responder a diferentes grados de dificultad tanto individual (estabilidad, empleo previo a la enfermedad, habilidad laboral y social...), como de disponibilidad de recursos profesionales, como a situaciones derivadas del mercado laboral.

De este modo se puede considerar que las intervenciones que esta GPC abordará incluyen no solo los empleos protegidos, las intervenciones de rehabilitación laboral que incluyen talleres protegidos, centros especiales de empleo, etc., sino también incluyen los de apoyo al empleo.

Pregunta para responder

- ¿Qué formato de intervención sobre el empleo mejora la inserción laboral de las personas con TMG?

En la revisión sistemática elaborada por Crowther *et al.*¹⁰⁹, que incluye 18 ECA¹¹⁰⁻¹²⁷, está diseñada para evaluar los efectos del entrenamiento prevocacional (EPV) y el empleo protegido (EP) entre ellos, y *vs.* tratamiento estándar (en hospital o comunidad) (TE).

ECA (1-)

Cuando se compara el EPV *vs.* TE no se ha hallado suficiente evidencia para determinar si el entrenamiento prevocacional confiere un beneficio adicional a las expectativas laborales de las personas con TMG en relación al mantenimiento de empleo competitivo^{110,112,113,115,116}, y a las horas trabajadas por mes¹¹³. Sin embargo, el EPV favorece la obtención de cualquier

forma de empleo¹¹⁰ y además, la incorporación de pago al EPV produce una mejora limitada pero significativa de los resultados¹¹⁴

En cuanto al nivel de participación de los usuarios, parece que no hay diferencias entre ambas intervenciones, así como tampoco en la mejora de los porcentajes de finalización de los programas, ni en las ratios de reingresos hospitalarios¹⁰⁹.

RS (1+)

Al comparar el EPV frente a EPV y alternativas (clubhouse, refuerzo económico, intervención psicológica, empleo transaccional) los hallazgos encontrados parecen indicar que no hay diferencias entre EPV (modelo *clubhouse*) y TE en relación a la consecución de empleo competitivo, y que hay menos reingresos hospitalarios en el grupo que participó en EPV-*clubhouse* que en el que recibió tratamiento estándar¹¹².

ECA (1-)

En adición a esto, también se observó que los participantes en el grupo de trabajo protegido remunerado presentaron mayor permanencia, menor número de reingresos hospitalarios y menores puntuaciones en síntomas que los que recibieron solamente EPV¹¹⁸.

ECA (1+)

Además, aquellos que recibieron EPV y intervención psicológica añadida presentaron diferencias a favor de conseguir “cualquier forma de empleo” y “cualquier forma de empleo o educación al final del estudio”, pero no mejoría clínica¹²⁰.

Finalmente, los usuarios con empleo transicional con entrada acelerada no consiguieron mejores datos de empleo que los usuarios con empleo transicional con entrada gradual, pero sí que ganaron más dinero¹²¹

Respecto al EP vs. TE se observó que el grupo de EP mostró un mayor número significativo de personas en empleo competitivo a los 24 y 36 meses, y también mostró una mayor probabilidad que el grupo de TE de estar en cualquier tipo de empleo y de ganar más dinero¹²². No obstante, el EP no mostró diferencias significativas en relación al grupo control en las ratios de participación ni en el número de reingresos¹²².

ECA (1+)

Al comparar el empleo protegido (EP) (incluyendo empleo y apoyo individual “*individual placement and support*”, EP-IPS) vs. entrenamiento prevocacional (EPV) los resultados obtenidos indican que existe una

RS (1+)

fuerte evidencia de que EP (incluyendo EP-IPS) es superior a EPV en la mejora de las expectativas de empleo competitivo y horas trabajadas por semana ¹⁰⁹.

ECA (1+)

También se encontró que las personas en empleo protegido trabajaron más horas en trabajo competitivo que las que recibieron EPV¹²⁵, y ganan más dinero que los que están en entrenamiento pre-vocacional^{123,124,126,127}.

Sin embargo, no hay diferencias entre ambos programas en relación al funcionamiento global¹²³.

RS (1++)

Bond *et al.* ¹²⁸ realizan un estudio, con el objetivo de evaluar la eficacia del modelo de empleo y apoyo individual (*Individual Placement and Support*, IPS) en la consecución de empleo competitivo en pacientes con TMG. Los resultados indican que el modelo EP-IPS consigue una mayor rapidez en la obtención del primer empleo y el doble de tiempo con trabajo al año, manteniendo además más tiempo el trabajo competitivo.

ECA (1+)

Asimismo Mueser *et al.*¹²⁹ examinan las relaciones de preferencias, satisfacción y mantenimiento entre IPS, un programa de rehabilitación psiquiátrica y el tratamiento estándar. Se encontró que las personas incluidas en el programa empleo y apoyo individual (*individual placement and support*, IPS) en las que fueron satisfechas sus preferencias laborales, obtuvieron mayor probabilidad de empleo competitivo, cualquier tipo de trabajo remunerado, mayores niveles de satisfacción, y mayor duración del empleo que en aquellas personas en las que el empleo no coincidió con sus preferencias.

ECA (1+)

McGurk *et al.*¹³⁰ realiza un estudio en personas con TMG y con historia previa de fracaso laboral, donde fueron asignadas aleatoriamente o a un programa de empleo protegido o a otro programa de empleo potenciado con entrenamiento cognitivo. Los resultados obtenidos indican que los pacientes en el programa de empleo protegido con entrenamiento cognitivo obtuvieron mayor acceso al empleo (69% vs. 14%), mantuvieron más empleos, trabajaron más semanas, más horas y con mejores salarios que los pacientes a los que sólo se les ofreció solamente empleo protegido.

Un estudio multicéntrico estadounidense diseñado para comparar el coste-eficacia de los actuales antipsicóticos atípicos y convencionales (CATIE), evaluó en personas TMG con diagnóstico de trastorno esquizofrénico, la relación existente al inicio del estudio entre la participación en empleo competitivo u otras actividades vocacionales, y la disponibilidad de servicios de rehabilitación psicosocial. En este estudio se indica que la mayor participación en servicios de rehabilitación laboral estaba asociada con la participación en empleo competitivo ($p < 0,05$), y en mayor grado con empleo no competitivo ($p < 0,0001$)¹³¹.

Observacional (3)

Otro estudio multicéntrico (con un seguimiento de 18 meses) llevado a cabo en seis sedes europeas y realizado en personas con TMG, tenía como objetivo el valorar la eficacia del programa IPS en Europa y, examinar si sus efectos se ven modificados por el estado local de los mercados laborales y las prestaciones sociales. Los resultados obtenidos señalan que las personas incluidas en programas de empleo protegido y entrenamiento prevocacional presentan una mayor probabilidad de haber trabajado, tener un menor número de abandonos y reingresos. Las tasas locales de empleo también afectan la efectividad de los programas de empleo protegido¹³².

ECA (1+)

Recomendaciones

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, dirigidos 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.

3.2.5. Otras intervenciones terapéuticas: arteterapia y musicoterapia

La musicoterapia y la arteterapia son intervenciones creativas, utilizadas, junto a otras formas de tratamiento más comunes, en el tratamiento y el proceso rehabilitador de las personas con trastorno mental grave. Permanece vivo el debate acerca de que si el aspecto curativo de este tipo de intervenciones reside en el proceso de hacer música o arte, o en la propia relación que se establece entre el terapeuta y el paciente, o en una interacción entre ambos elementos.

Musicoterapia para personas que sufren TMG

La musicoterapia es “un proceso sistemático de intervención en el cual el terapeuta ayuda a promover la salud del paciente mediante experiencias musicales y las relaciones que se desarrollan por medio de ellas, como fuerzas dinámicas de cambio”¹³³. A menudo se percibe como un método psicoterapéutico, en el sentido de que aborda procesos intra e intersíquicos a través de la interacción con la música como medio de comunicación y expresión. El objetivo de la terapia es ayudar a las personas con enfermedades mentales graves a desarrollar relaciones y abordar cuestiones que quizás no puedan desarrollar o abordar mediante palabras.

Arteterapia para personas que sufren TMG

Según la British Association of Art Therapists, en la arteterapia se hace uso de materiales artísticos para la autoexpresión y la reflexión, en presencia de un arteterapeuta entrenado. El objetivo general de los profesionales es permitir

que el paciente logre un cambio y crezca a nivel personal, mediante el uso de materiales artísticos, en un ambiente seguro y facilitador¹³⁴. La arteterapia permite al paciente explorar su mundo interior de una manera no amenazadora, a través de una relación terapéutica y del uso de materiales artísticos. Se desarrolló principalmente en unidades psiquiátricas de adultos y se diseñó para trabajar con personas en las que la psicoterapia verbal sería imposible.

Pregunta para responder

- ¿Las intervenciones terapéuticas, como arteterapia y musicoterapia, mejoran la evolución de la enfermedad y la calidad de vida en personas con TMG?

Musicoterapia

En el estudio de Gold *et al.*¹³⁵, en el que se incluyen 4 ECA¹³⁶⁻¹³⁹, se examinan los efectos de la musicoterapia en personas con esquizofrenia, a corto plazo (duración menor a 20 sesiones) y a medio plazo (duración de 20 o más sesiones). ECA (1-)

Los resultados obtenidos indican que la musicoterapia como complemento al TE *vs.* TE mejora el estado global a medio plazo, y que las intervenciones de musicoterapia de más de 20 sesiones mejoran el estado mental y el funcionamiento social de las personas con esquizofrenia¹³⁶. También se observó que la musicoterapia produce un efecto positivo en la mejoría de los síntomas negativos de las personas con esquizofrenia^{136,138,139}. Sin embargo, no se mostraron diferencias entre ambas intervenciones en relación a la satisfacción del paciente a medio plazo¹³⁷ o a la mejora la calidad de vida¹³⁹.

Arteterapia

Ruddy *et al.*¹⁴⁰ comparan la arteterapia y el tratamiento estándar con la atención estándar solamente, en personas con esquizofrenia. Solamente 2 estudios cumplieron los criterios de inclusión en esta revisión. Los resultados indican que la arteterapia puede producir una mejora en el estado mental de las personas con esquizofrenia. Sin embargo, no hay diferencias en cuanto al funcionamiento social o la mejora de la calidad de vida. RS (1-)

Recomendaciones

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

3.3. Intervenciones de nivel de servicios

Los distintos modelos de atención comunitaria parten de la necesidad de ayudar a las personas con TMG a acceder a los recursos sanitarios y de coordinar las distintas intervenciones. Tras un proceso mundial de desinstitutionalización se han desarrollado una serie de servicios comunitarios (centros de Salud Mental comunitarios-CSMC, centros de día, etc.)²⁶, que serán objeto de revisión en este apartado. En España, este proceso vino de la mano de la Ley General de Sanidad¹⁴¹ y supuso la emergencia de una nueva cultura asistencial, caracterizada por el desplazamiento del centro de la atención desde el hospital psiquiátrico/manicomio a la comunidad⁵.

Los equipos multidisciplinares e interdisciplinares (equipos de salud mental comunitarios, ESMC), caracterizados por la implicación de todas las categorías de profesionales de cuidado de salud mental (enfermería, psicología, psiquiatría, terapia ocupacional y trabajo social), se han convertido en la forma más prevalente de organización del trabajo en Europa y Estados Unidos. Los ESMC en su forma más elemental proveen todo el abanico de intervenciones, incluidas las aportaciones de psiquiatría, psicología, enfermería, trabajo social y terapia ocupacional, para un área geográfica de referencia, priorizando a los adultos con TMG¹⁴².

El desarrollo de servicios adicionales en la comunidad ha tenido la consecuencia de incrementar la complejidad a la que los pacientes con TMG se enfrentan para acceder a servicios que antes estaban disponibles en el hospital, y precisamente algunos de los problemas de esta población es la escasa iniciativa, la dificultad para solicitar ayuda y los problemas para vincularse a servicios comunitarios. El reconocimiento de la necesidad de coordinar estos diferentes servicios es lo que hizo surgir el *Case Management* (CM) y, consecuentemente una nueva profesión sanitaria: la de encargado/a de caso¹⁴³. De este modo, en los últimos 20 años se han generado otros tipos de servicios como intervención en crisis, atención domiciliaria, rehabilitación laboral, intervención precoz y tratamiento asertivo comunitario (TAC).

En las últimas dos décadas han surgido una serie de sistemas de *Case Management*¹⁴³. El primero de los enfoques fue el de “agente” que no cum-

ple funciones clínicas ni es necesario que posea habilidades en ese sentido. El modelo “clínico” de CM fue desarrollado reconociendo este hecho y tratando de dotar al encargado de funciones clínicas con habilidades en áreas como psicoeducación y psicoterapia. En los setenta se creó un programa comunitario como alternativa al hospital, Programa para tratamiento asertivo comunitario (*Program for Assertive Community Treatment*), que se ha convertido en un abordaje terapéutico amplio y que va más allá del sistema de agente o el sistema clínico¹⁴⁴. Estos equipos han sido denominados en Reino Unido *Assertive Outreach Teams*.

El modelo ICM (*intensive case management*) fue desarrollado para cubrir las necesidades de los pacientes altamente frecuentadores, disminuyendo la ratio de personal/pacientes propia del CM de agente y acercándola a límites similares a los del TAC. La diferencia con éste estriba en que en el TAC los casos son compartidos por el equipo, mientras que en el ICM se mantienen en asignación individual al encargado de caso, como en el CM agente. Modificaciones sucesivas han dado lugar a modelos como el de fortaleza o como el rehabilitador, otorgando mayor papel a las preferencias del paciente y a sus capacidades.

En este capítulo, y en general en esta GPC no se abordan cuestiones relacionadas con el tratamiento agudo (hospitalario) de los pacientes y con las alternativas (comunitarias), como equipos de resolución de crisis, tratamientos domiciliarios u hospitales de día.

Con el objetivo de unificar terminología en esta GPC se adoptará los términos utilizados en las Recomendaciones de Rehabilitación de la Asociación Española de Neuropsiquiatría⁵, y se referirá a:

- Centros de Rehabilitación Psicosocial, equivalente a las funciones de Centro de Día
- Unidades Hospitalarias de Rehabilitación, equivalente a Unidades de Media estancia, Comunidades terapéuticas, etc.

Pregunta para responder

- ¿Qué sistema de provisión de servicios —centros de día y/o centros de rehabilitación psicosocial, centros de Salud Mental comunitarios, tratamiento asertivo comunitario, *Intensive Case Management* (ICM), hospitales de día no agudos, o *Case Management* (CM)— es más efectivo en personas con TMG?

3.3.1. Centros de día y/o centros de rehabilitación psicosocial

Existe una revisión sistemática (Catthy *et al.*)¹⁴⁵, publicada posteriormente a la GPC del NICE²⁶, que a pesar de haberse identificado más de 300 citas, no se encontraron ECA que evalúen los centros de día no médicos con lo que no se puede determinar su eficacia.

3.3.2. Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC)

RS (1-) En la GPC de Esquizofrenia del NICE²⁶, se abordan distintas intervenciones de nivel de servicios procedentes del ECA de Merson *et al.*¹⁴³. Además, existe la RS elaborada por Malone *et al.*¹⁴⁶ en donde compararon estos centros con un servicio hospitalario estándar que generalmente evaluó a pacientes en consultorios y ambulatorios, con menor énfasis sobre el trabajo multidisciplinario. Los resultados aportados por ambos estudios indican que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre CSMC y TE en la reducción de los ingresos hospitalarios, ni en la pérdida de contacto en la población atendida en el CSMC. Tampoco se obtuvieron diferencias entre CSMC y TE en relación a las ratios de fallecimiento¹⁴⁶

RS (1-) También se indica que no está claro que el CSMC se asocie a una mejora en relación al funcionamiento social cuando se compara con el TE^{26,26}. Sin embargo, si que parece haber un menor número de personas insatisfechas en el grupo de CSMC que el TE¹⁴⁶.

ECA (1-) En el estudio de Merson *et al.*¹⁴³ parece no haber diferencias entre CSMC y TE respecto a la evolución del estado mental en la población atendida en CSMC.

Respecto a TAC, ICM, Hospitales de día no agudos y CM, existe una discrepancia ya clásica en la literatura referente a si existe o no reducción de hospitalización.

3.3.3. Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC)

Los datos aportados por la GPC de esquizofrenia de la NICE²⁶ parecen indicar que cuando se compara el TAC con el TE hay una mayor probabilidad de permanecer en contacto con los servicios, de que se reduzcan los ingresos hospitalarios, disminuya el uso de camas, descienda el riesgo de convertirse en “sin hogar”, haya más probabilidad de vivir independiente, exista un descenso del riesgo de estar desempleado y se produzca una mejora del estado mental. RS (1++)

En otros estudios incluidos también se observa de que el TAC está asociado a un incremento de satisfacción con los servicios, y además, las personas “sin hogar” que reciben TAC tienen probabilidades de experimentar mejoras clínicamente significativas en calidad de vida²⁶. RS (1-)

3.3.4. *Intensive Case Management* (ICM)

En la GPC de esquizofrenia de la NICE²⁶ se señala que no hay diferencias entre el ICM y *Case Management*, en relación a las pérdidas de contacto con su encargada de caso, a la mejora de las tasas de reingreso, el estado mental o el funcionamiento social. RS (1+)

Otros estudios incluidos también señalan que no hay evidencia que indique que el ICM mejore la adherencia al tratamiento. Sin embargo, el ICM se asocia a un incremento de contacto con los servicios cuando se compara con el CM.

En el estudio de Burns *et al.*¹⁴⁷, posterior a la GPC de esquizofrenia de la NICE²⁶, se evaluó la eficacia del ICM para prevenir hospitalizaciones frente al tratamiento estándar o frente al CM de baja intensidad. Los resultados indican que el ICM parece funcionar mejor cuando los participantes tienden a usar mucho los cuidados hospitalarios. Cuando el uso de servicios de un hospital es elevado, el ICM puede reducirlo no produciéndose efecto cuando el uso de cuidados hospitalarios es bajo. RS (1+)

Respecto a los equipos de ICM organizados de acuerdo al modelo TAC tuvieron más probabilidades de reducir el uso de cuidados hospitalarios, pero este hallazgo no se encontró al analizar los niveles de personal recomendados para TAC.

3.3.5. Hospitales de día no agudos

RS (1+) Los datos obtenidos de la GPC de esquizofrenia de la NICE²⁶ señalan que no hay diferencias entre los hospitales de día no agudos y el tratamiento ambulatorio para personas con TMG, en cuanto a tasas de reingreso, estado mental y funcionamiento social.

3.3.6. Case Management (CM)

RS (1+) En la revisión de Marshall *et al.*¹⁴⁸ se analizó la efectividad del CM frente a la atención estándar en personas con TMG. Los resultados arrojados indican que las personas que reciben *Case Management* tienen más probabilidades de permanecer en contacto con los servicios y mejorar el cumplimiento de la medicación. También se señala que parece no haber diferencias en cuanto al funcionamiento social, mejoría del estado mental, calidad de vida, y tasas de encarcelamiento.

Recomendaciones

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 CSMC 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 CSMC 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.).

3.4. Intervenciones con subpoblaciones específicas

3.4.1. TMG con diagnóstico dual

Por diferentes razones, el abuso de sustancias es una comorbilidad frecuente en personas con TMG y conlleva un empeoramiento del cuadro clínico, de su manejo clínico y de su pronóstico. Entre las consecuencias del diagnóstico dual tenemos el aumento de la no adherencia y los abandonos del tratamiento, mayores recaídas, suicidios, contagios de enfermedades víricas vía parenteral, abandonos del hogar, conductas disruptivas con agresión, problemas legales, menores recursos económicos y menor apoyo social³⁶.

Los tratamientos psiquiátricos y de drogodependencias han estado tradicionalmente separados y pueden diferir en supuestos teóricos y modos de implementación. Allí donde las redes de Salud Mental y Drogodependencias han estado o están separadas administrativamente, el tratamiento psiquiátrico o psicosocial del TMG y los programas de tratamiento a las drogodependencias se han ofertado separadamente, de una forma paralela o secuencial, ambas con posibilidad de no ser optimizadas, al tener que negociar el paciente con dos equipos separados. En otras ocasiones, la presencia de ambos diagnósticos comprometía la asistencia en paralelo, requiriendo la atemperación o control del “otro problema” por una red, para la incorporación a la segunda (control de la toxicomanía para poder incorporarse a programas específicos de rehabilitación psicosocial “sin” el hándicap de la toxicomanía activa; o, por el contrario, rechazo en unidades de deshabitación hasta la consecución de una estabilidad clínica).

Por estas razones, se está cuestionando la efectividad de los programas integrados para el tratamiento o reducción del abuso de sustancias en pacientes con TMG. El objetivo es conocer las pruebas de la importancia de la provisión de los programas de tratamiento de adicciones y los programas de rehabilitación psicosocial por un solo equipo coordinado para la consecución de los objetivos de ambos programas.

En algunos de los estudios evaluados, la intervención del grupo control excede lo que en nuestro medio sería tratamiento estándar, lo que favorecería la no aparición de diferencias entre las intervenciones comparadas. También se ha encontrado ausencia de datos provenientes de estudios de calidad que muestren que los tratamientos integrados son más efectivos que los tratamientos no integrados, aunque ambas intervenciones muestran eficacia comparadas con el tratamiento estándar para los pacientes TMG duales.

Otro aspecto relevante es que estos trabajos científicos provienen exclusivamente de países anglosajones y generan dudas sobre la extrapolación a nuestro medio, ya que no existen equipos/programas de tratamiento asertivo comunitario integrados para patología dual; aunque sí existen equipos de tratamiento integrado.

Pregunta para responder

- ¿Qué tipo de tratamiento muestra mayores beneficios en personas con TMG y abuso de sustancias, integrado o en paralelo?

RS (1+)

En el estudio de Cleary *et al.*³⁶ se valora el efecto de las intervenciones psicosociales en la reducción de consumo de sustancias en pacientes con TMG. Los datos aportados por este trabajo indican que no hay diferencias entre el tratamiento integrado a largo plazo (36 meses) y el tratamiento estándar (que incluía las mismas intervenciones, excepto el tratamiento asertivo comunitario, que no eran desarrolladas de manera coordinada por el mismo equipo, sino por diferentes equipos). Tampoco hay diferencias entre el tratamiento a largo plazo (36 meses) integrado y el tratamiento estándar en relación al abandono del tratamiento y rehospitalizaciones.

ECA (1-)

Morse *et al.*¹⁴⁹ realizaron un estudio en personas con TMG y abuso de sustancias y “sin hogar”. El objetivo era evaluar el programa de TAC integrado o TAC estándar con tratamiento estándar. Se encontraron que no había diferencias entre el TAC integrado y el TAC estándar en cuanto a satisfacción y a la estabilidad de

alojamiento a los 24 meses, aunque sí entre ambas intervenciones al compararlo con el tratamiento estándar.

Finalmente Cheng *et al.*¹⁵⁰ que evalúa la intervención integrada con alojamiento protegido en un centro médico de atención a veteranos “sin hogar” con diagnóstico de TMG y/o abuso de sustancias (sin especificar los porcentajes de diagnósticos psiquiátricos y de abuso de sustancias de la muestra), señala que el abordaje integrado de servicios clínicos y alojamiento con apoyo mejora el consumo de sustancias cuando se compara con el tratamiento estándar.

ECA (1-)

También indican que, parece más favorable el abordaje integrado de servicios clínicos y alojamiento con apoyo comparado con CM y con tratamiento estándar, en la reducción de tiempo de estancia en las instituciones.

Recomendaciones

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 oferten 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.

3.4.2. TMG “sin hogar”

El término “sin hogar” (*homeless*) hace referencia a una mezcla de estados que incluye a los que no tienen literalmente techo (*rooflessness*), los que no tienen domicilio estable (*houselessness*) o los que viven en condiciones precarias o inadecuadas¹⁵¹.

La prevalencia de esquizofrenia en personas sin hogar es variable, aunque los estudios de más calidad han establecido la prevalencia en esta población en un rango de entre 4% y 16%. Las tasas más altas correspondían a los subgrupos más jóvenes, a las mujeres y a los crónicamente sin hogar. En el año 2002, una revisión concluyó que la esquizofrenia es de 7 a 10 veces mayor en personas sin hogar que en población con alojamiento estable¹⁵². Dentro de esta revisión se incluyen datos de un estudio español en el que se ofrecen cifras situadas en el rango más bajo¹⁵³. Una revisión más reciente¹⁵⁴ ofrece en sus resultados una heterogeneidad mayor, con cifras de 12% de prevalencia media de trastorno psicótico en un rango de 2,8%–42,3%. Otro dato importante es que, de esta población, solo un tercio recibe tratamiento¹⁵¹.

La atención a las personas “sin hogar” y que padecen TMG se basa en la unión de los servicios que prestan alojamiento y los que prestan atención clínica; esta unión tiene dos enfoques: el enfoque tradicional, denominado en la literatura anglosajona modelo de *continuum housing*, se basa en la oferta de una gama de alojamientos proporcionados por el mismo equipo que proporciona la atención clínica, favoreciendo la progresión del usuario hacia alojamientos más independientes a medida que gana estabilidad clínica. Enfoques más modernos (*supported housing*) proponen considerar el alojamiento de forma independiente a la estabilidad clínica, basándose en alojamientos comunitarios normalizados y servicios clínicos independientes que dan apoyo cuando son requeridos¹⁵. Existen por otra parte propuestas en las que se da preferencia al alojamiento (*housing first*), sin requisitos previos de estabilidad clínica o no consumo de tóxicos¹⁵⁵.

La atención clínica para el subgrupo de pacientes “sin hogar” puede ser estructurada en tres tipos de programas e intervenciones que se solapan¹⁵⁶:

- Servicios de alcance destinados a personas “sin hogar” resistentes a buscar tratamiento por sí mismas.
- Servicios de *Case Management* y TAC que se basan en las relaciones personalizadas como medio de acceder a los servicios.
- Alojamientos y trabajo comunitario para facilitar la estabilidad en el alojamiento.

Especial atención merece el TAC como forma de abordar el problema. En este apartado se hará referencia a las modalidades específicas de TAC destinadas a tratar con personas “sin hogar”. A menudo estos programas de TAC presentan modificaciones del programa original para abordar las necesidades específicas de este subgrupo de pacientes¹⁵⁵.

Pregunta para responder

- ¿Qué intervención es más eficaz en personas con TMG y “sin hogar”?

En el estudio de McHugo *et al.*⁹⁵ se analizan 2 programas comunitarios de ICM (*Intensive Case Management*) que se diferencian en el enfoque de la intervención del alojamiento (integrados vs. paralelos). Los resultados indican que los pacientes que están en un sistema de alojamiento integrado (alojamiento + servicios clínicos) pasan menos tiempo sin hogar, más tiempo en residencia estable y en apartamento propio, presentan menos severidad de síntomas psiquiátricos y muestran mayor satisfacción general de vida que los participantes en el programa paralelo.

ECA (1++)

Tsemberis *et al.*¹⁵⁷ asignan la muestra a estudiar al grupo de continuidad de cuidados (alojamiento y atención clínica siguiendo modelo *continuum*), o al alojamiento sin condicionantes clínicos (modelo *housing first*). Se encuentra que los pacientes que acceden a un alojamiento sin condicionantes previos (modelo *housing first*) descienden más rápidamente en las tasas de permanecer en el estatus de “sin hogar” y permanecen más tiempo con alojamiento estable que los que han de pasar por un periodo de sobriedad y aceptación de tratamiento.

ECA (1+)

En la revisión de Coldwell y Bender¹⁵⁸ se compara el TAC frente a *Case Management* estándar o tratamiento estándar en personas con TMG “sin hogar”. Los resultados aportados indican que el TAC reduce el estado de “sin hogar” en un 37%, en comparación con CM, y que reduce los síntomas psiquiátricos. Sin embargo, no reduce las tasas de hospitalización.

RS (1++)

En la otra revisión de Nelson *et al.*¹⁵⁹ en donde se comparan TAC, *Case Management* y alojamiento con apoyo entre sí, se señala que los mejores resultados en estabilidad de alojamiento los obtienen los programas que incluyen alojamiento con apoyo, seguido del TAC.

RS (1-)

Finalmente, en el estudio de Caplan *et al.*¹⁶⁰ se aleatoriza la muestra (todos reciben ICM), y asigna a un programa residencial de alojamiento individual sin personal clínico o a alojamientos de 6 a 10 residentes, con habitación individual y personal clínico asignado. Los resultados parecen indicar que vivir en grupo mejora las funciones ejecutivas, especialmente en pacientes sin abuso de sustancias.

ECA (1-)

Recomendaciones

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” incluido 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.

3.4.3. TMG y nivel intelectual bajo/retraso mental

Parece haber un acuerdo general sobre la elevada prevalencia de trastornos mentales en la población con discapacidad intelectual o retraso mental (entendido como la persona cuyo coeficiente intelectual se encuentra en 70 o por debajo de 70)¹⁶¹, a la vez que un menor acceso a los servicios especializados de salud mental. Varios factores pueden estar interfiriendo en ello; uno de ellos puede ser la percepción por parte de los profesionales de que las intervenciones psicológicas pueden ser ineficaces debido a los déficit cognitivos y las limitaciones verbales¹⁶².

Por otra parte, el adecuado diagnóstico de los síntomas, síndromes y entidades nosológicas en esta población puede estar limitado por el uso de los actuales criterios de clasificación diagnóstica. Más concretamente, el diagnóstico de trastornos psicóticos (trastornos esquizofrénicos y relacionados, incluidos en TMG) está dificultado por el problema de distinguir las verdaderas alucinaciones de otras conductas no patológicas, como hablar solo o hablar con amigos imaginarios. Además, a esto hay que añadir una elevada prevalencia de sintomatología, pero escasa capacidad de detección (falta de criterios diagnósticos e instrumentos adaptados y validados para esta población) de trastornos psiquiátricos mayores. Por ello se ha propuesto que el uso de criterios e instrumentos diagnósticos adaptados al retraso mental¹⁶³ podría mejorar la fiabilidad de los diagnósticos en esta población.

Pregunta para responder

- ¿Qué tratamiento psicosocial es más efectivo en personas con TMG y nivel intelectual bajo?

De acuerdo al estudio de Martín *et al.*¹⁶⁴, en el que se compara la efectividad del modelo TAC con el tratamiento comunitario estándar para el tratamiento de la enfermedad mental en retraso mental (RM) leve-moderado y TMG, no se hallaron diferencias entre el TAC y el tratamiento estándar. Sin embargo, si que se han observado resultados favorables en ambos tratamientos en cuanto a cubrir necesidades, mejorar la carga de cuidados y el nivel de funcionamiento de esta población. Respecto a la calidad de vida, incluso los resultados fueron favorables para el tratamiento estándar.

ECA (1+)

Debido a la poca evidencia encontrada se optó por incluir el estudio de Haddock *et al.*¹⁶⁵ en donde las personas que se describen padecen RM leve y esquizofrenia (están en tratamiento con antipsicóticos), y trastornos sensorceptivos crónicos y resistentes. En este trabajo se describe la viabilidad de la terapia cognitivo-conductual adaptada a esta población, incluyendo 2 casos en los que se integró intervención familiar. Los resultados de este estudio parecen indicar que la terapia cognitivo conductual adaptada, individual o con intervención familiar, es efectiva en población con nivel intelectual bajo y esquizofrenia, y puede ser eficaz como terapia complementaria en el tratamiento de la sintomatología psicótica crónica y resistente al tratamiento antipsicótico.

Serie de casos (3)

Recomendaciones

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.

Anexos

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

Anexo 1. Niveles de evidencia y grados de recomendación de SIGN¹⁶⁶

Niveles de evidencia

- 1++ Metanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
- 1+ Metanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
- 1- Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo.
- 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 metanálisis, 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++ ó 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 desde estudios clasificados como 2++.
- D Evidencia científica de nivel 3 ó 4; o evidencia científica extrapolada desde 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.

Anexo 2. Información para personas con TMG y sus familias

1. ¿Qué es una Guía de Práctica Clínica?

Este documento es un apartado esencial dentro de la composición de una Guía de Práctica Clínica (GPC), incluye aquellos contenidos que los autores creen que pueden ser importantes para las personas interesadas, con el objeto de poder tener información y ayudar a manejarse con y en este problema de salud.

Una GPC es un instrumento científico, formado por un conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática, basadas en la mejor evidencia disponible, con el objetivo de ayudar a clínicos y pacientes a tomar decisiones. Tiene como finalidad el disminuir la variabilidad de la práctica clínica aportando información resumida. Cada recomendación se realiza en base a la calidad científica de los estudios y publicaciones, experiencia de los profesionales y de las preferencias de los usuarios. Decidir qué preguntas sobre las intervenciones psicosociales en TMG son pertinentes y se quieren contestar, buscar la información, resumir los datos y consensuar el contenido final ha sido el trabajo del grupo elaborador de la Guía en los últimos meses.

Esta GPC ha sido financiada mediante el convenio suscrito por el Instituto de Salud Carlos III, organismo perteneciente al Ministerio de Ciencia e Innovación, y el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, en el marco de colaboración previsto en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud.

La GPC no es un sustituto del conocimiento científico y la formación continuada de los profesionales sobre el tema, sino que es parte del mismo, una herramienta más para la toma de decisiones cuando se presenten dudas. Para los usuarios y familiares es una herramienta que puede servirles para poder conocer las características de las diferentes intervenciones. En ocasiones, nuestras intuiciones, conocimiento práctico y sentido común no coinciden con las conclusiones de la guía. Esto puede deberse a la carencia de conocimientos en este área del saber o simplemente a la ausencia de estudios de buena calidad diseñados para poder contestar nuestros problemas. La aplicación de nuestros conocimientos en aquellos problemas donde no haya pruebas o evidencias de la efectividad de las intervenciones es donde el clínico y el usuario debe decidir que decisiones tomar ante un problema de salud concreto, en un escenario o condiciones concretas y frente a una persona única.

Esta guía de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave (TMG) presenta dificultades añadidas para su realización, al no responder a las necesidades de conocimiento sobre un trastorno mental único y

definido, por la falta de consenso sobre el significado de las técnicas y actividades incluidas como Intervenciones Psicosociales y las distintas definiciones del concepto de Trastorno Mental Grave.

La mayoría de la documentación y evidencia científica encontrada se refiere los trastornos psicóticos afectivos y no afectivos, trastorno esquizofrénico y relacionados, trastorno bipolar y trastornos afectivos graves y persistentes, así específicamente definidos o enmarcados todos ellos en el concepto de Trastorno Mental Grave.

Existen otras GPC que tienen como objeto trastornos psiquiátricos específicos y se pueden encontrar en www.guiasalud.es.

2. Qué es el TMG

Cuando nos referimos a Trastorno Mental Grave (TMG) nos estamos refiriendo a un conjunto de diagnósticos clínicos que entran en el grupo de las psicosis (fundamentalmente Trastorno Esquizofrénico y Trastorno Bipolar), pero también otros diagnósticos relacionados.

Para que las personas con estos diagnósticos puedan ser consideradas como pertenecientes al grupo de los TMG se deben además cumplir otros dos requisitos: persistencia en el tiempo (por consenso 2 años) y presentar graves dificultades en el funcionamiento personal y social debidas a esta enfermedad.

De este modo se puede afirmar que no todas las personas que han sido diagnosticadas de una psicosis (como por ejemplo la esquizofrenia) entran en el grupo del TMG y que no todas las personas con TMG padecen una esquizofrenia. Tal y como se ha señalado, se necesita además del diagnóstico, la persistencia del trastorno en el tiempo y que exista discapacidad.

3. Por qué hablamos de enfoque bio-psico-social

Las intervenciones farmacológicas han sido el tratamiento principal de las personas con TMG desde su introducción en los años 50. Sin embargo, el control parcial y limitado de la sintomatología con la medicación, las dificultades para que determinados pacientes se ajusten a las pautas farmacológicas, la necesidad de trabajar áreas como la conciencia de enfermedad, los efectos secundarios a corto y a largo plazo, las dificultades en la convivencia y la dificultad para realizar una actividad productiva y ser autónomos, entre otros, plantean la necesidad de utilizar un enfoque más amplio que el tratamiento farmacológico, un enfoque que permita incluir las vertientes biológicas, psicológica y social del tratamiento (“enfoque bio-psico-social”). Así, es preciso incorporar otras intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales que en muchos aspectos vienen a incluirse en el concepto de Rehabilitación Psicosocial.

El objetivo de estas intervenciones y este enfoque no es otro que la mejora del funcionamiento personal y social y de la calidad de vida de las personas que sufren un TMG, así como el apoyo a su integración. Esto implica ir más allá del control de los síntomas y plantear la superación de la enfermedad, es decir promover que la persona con TMG pueda llevar una vida significativa y satisfactoria, que pueda definir sus propios objetivos y que encuentre en los profesionales ayuda para desarrollarlos. Este concepto ha sido denominado recuperación en la literatura científica y se convierte a la vez en una vía y un objetivo a trabajar con cada paciente.

Estos programas, enmarcados en un enfoque bio-psico-social y encaminados por y hacia la *recuperación*, tienen su máxima expresión en la Salud Mental Comunitaria que pretende atender al paciente en su medio habitual como contraposición a la atención hospitalaria (hospital psiquiátrico). Como se hace referencia en otros capítulos de este manual, este modelo comunitario es consecuencia directa de las modificaciones en la atención a la enfermedad mental en las últimas décadas y que promueven un cambio desde el Hospital psiquiátrico a la comunidad y que han sido reflejados entre otros documentos, en la Ley General de Sanidad y el documento de Estrategias del SNS.

4. Marco normativo y legal

Constitución Española de 1978

En el artículo 43 reconoce el derecho a la protección de la salud. Además, en su artículo 49 insta a los poderes públicos a realizar una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada.

Ley General de Sanidad (Ley 14/1986)

Es la ley que da respuesta al requerimiento constitucional de “reconocimiento del derecho a obtener las prestaciones del sistema sanitario a todos los ciudadanos y a los extranjeros residentes en España, y establecer los principios y criterios que permitan conferir al nuevo sistema sanitario unas características generales y comunes que sean fundamento de los servicios sanitarios en todo el territorio del Estado”.

Características:

- El eje del modelo son las Comunidades Autónomas.
- Concepción integral de la salud
- Promoción de la salud/prevenición de la enfermedad
- Participación comunitaria
- Área de Salud como núcleo básico de los Servicios de Salud

Dentro de las orientaciones fundamentales de esta ley está la de promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente (Capítulo primero, art. 6).

Esta ley también recoge los derechos (Capítulo primero, art. 10) y obligaciones (Capítulo primero, art. 11) fundamentales de los usuarios, estando algunos apartados derogados y desarrollados por la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente.

La Salud Mental tiene un capítulo específico (el Capítulo III del Título Primero), donde se expone como base “la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas, potenciando la atención en ámbito comunitario y los recursos asistenciales ambulatorios e indicando que la atención en régimen de hospitalización si así se requiriera, se realice en unidades psiquiátricas de los hospitales generales”. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.

(http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?coleccion=iberlex&id=1986/10499)

Las Leyes de Salud de las distintas Comunidades Autónomas

Son las que se encargarán, junto con el Estado y demás Administraciones públicas competentes, de organizar y desarrollar todas las acciones sanitarias. Los diferentes estatutos tienen reconocidos amplias competencias en materia de sanidad.

Ley básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información de documentación clínica (Ley 41/2002 de 14 de noviembre). Esta ley tiene por objeto la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica.

(http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?coleccion=iberlex&id=2002/22188).

Resolución de Naciones Unidas 46/119 de diciembre de 1991 para la defensa de los derechos de los enfermos mentales.

En ella se reconoce el derecho a la no discriminación laboral, sanitaria, institucional y social de estas personas.

Declaración de Madrid de 1996

Desarrollada por Asociación Psiquiátrica Mundial, se señalan las directrices éticas que deben regir entre paciente y psiquiatra, evitando la actitud compasiva u orientada exclusivamente a evitar las lesiones a sí mismo o violencia a terceros.

El **Real Decreto 63/1995**, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, establece las prestaciones sanitarias facilitadas directamente a las personas por el Sistema Nacional de Salud. En concreto, incluye en uno de sus apartados, la atención a la salud mental y a la asistencia psiquiátrica, que abarca diagnóstico clínico, la psicofarmacoterapia y la psicoterapia individual, de grupo o familiar y, en su caso, la hospitalización.

Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Aprobada por el consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 11 de diciembre de 2006.

En este documento encontramos objetivos generales, específicos y recomendaciones que tienen como objeto la mejora de la prevención y asistencia del Trastorno Mental Grave, una de las líneas de atención prioritarias para el Ministerio. Así mismo, existen diversos planes comunitarios, que exponen líneas de desarrollo de la Salud Mental, e incluyen la atención al paciente con TMG.

Ley de Enjuiciamiento Civil y Código Civil: regulan dos procedimientos de interés en Salud Mental:

1. El “*internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico*” está regulado por la Ley de Enjuiciamiento Civil (Ley 1/2000 de 7 de enero). El artículo 763 concierne a Salud Mental, regulando dicho procedimiento. Se trata del internamiento de una persona que no esté en condiciones de decidir por sí misma por razón de su estado psíquico, como medida terapéutica necesaria indicada por personal facultativo, aplicada con criterios restrictivos y de la menor duración posible.

Dado que supone una privación del derecho fundamental de la libertad personal, la regulación está dirigida a garantizar, entre otros, dicho derecho, por lo que todo internamiento precisa de autorización judicial (la autorización será previa al internamiento, salvo que por razones de urgencia sea necesaria la adopción inmediata de la medida). Dentro de los plazos marcados por la ley, “el tribunal oír a la persona afectada por la decisión, al Mi-

nisterio Fiscal y a cualquier otra persona cuya comparecencia estime conveniente o le sea solicitada por el afectado por la medida. Además, y sin perjuicio de que pueda practicar cualquier otra prueba que estime relevante para el caso, el tribunal deberá examinar por sí mismo a la persona de cuyo internamiento se trate y oír el dictamen de un facultativo por él designado. En todas las actuaciones, la persona afectada por la medida de internamiento podrá disponer de representación y defensa en los términos señalados en el artículo 758 de la presente Ley”.

Se trata de un procedimiento civil y en virtud de motivos estrictamente médicos.

(http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?coleccion=iberlex&id=2000/00323)

Existen varios protocolos publicados que exponen el procedimiento de internamiento involuntario. Aunque pueden diferir en algún punto en los distintos servicios de salud, la mayoría coinciden en líneas generales en los casos de urgencia:

- Abordaje inicial por los servicios de Urgencias generales o de Atención Primaria (a petición de la familia o de personas cercanas que detecten una descompensación grave del paciente, sin que éste acepte abordaje de su situación clínica)
- Con apoyo de fuerzas de seguridad si fuera necesario, y
- Traslado a un hospital de referencia con urgencias psiquiátricas, donde se decide la procedencia o no del ingreso, siguiendo la normativa del artículo 763 de la LEC antes referido.

2. La Incapacitación Civil y la Tutela

La Incapacitación es el mecanismo jurídico previsto para aquellos casos en que enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico impiden a una persona gobernarse por sí mismo, teniendo como objetivo la protección de los intereses y derechos del incapacitado, tanto a nivel personal como con fin patrimonial. Su regulación jurídica se recoge en los artículos 199-214 y siguientes del Código Civil y 756 a 763 del Enjuiciamiento Civil. La declaración de incapacitación compete al Juez de Primera Instancia, en virtud de la comprobación de las causas que causan incapacidad. Son causa de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impiden a la persona gobernarse a sí mismo (art. 200) y, en el caso de los menores, cuando dicha causa se prevé que persistirá después de la mayoría de edad (art. 201).

Están legitimados para iniciar el proceso de incapacitación:

- el cónyuge o descendientes.
- y en su defecto ascendientes o hermanos del presunto incapaz.
- el Ministerio Fiscal cuando las personas mencionadas no existieran o no la hubieran solicitado.

Cualquier persona está facultada para poner en conocimiento del Ministerio Fiscal los hechos que puedan ser determinantes de la incapacitación.

La incapacitación de menores de edad, sólo podrá ser promovida por quienes ejerzan la patria potestad o la tutela.

Dicho proceso da lugar a una sentencia judicial, que determinará la extensión y los límites de esta, así como la tutela o guarda a que haya de quedar sometido el incapacitado.

- Tutela: necesitará la asistencia del tutor para cualquier actividad.
- Curatela: necesita de la asistencia del tutor sólo para aquellos actos que se establezcan en la sentencia.

La sentencia de incapacitación no impedirá, que sobrevinidas nuevas circunstancias, puedan dejar sin efecto o modificar el alcance de la incapacitación.

La tutela es consecuencia de un proceso de incapacitación, en la que se establece, y se constituye como un deber que se establece en beneficio del tutelado, siempre bajo la supervisión de la autoridad judicial. La tutela es una institución jurídica que tiene por objeto la guarda y protección de la persona y los bienes del incapacitado.

El tutor es el representante del incapacitado. Pueden serlo:

- El cónyuge, hijos, padres o hermanos.
- Cualquier persona física que considere idónea el Juez.
- Personas jurídicas sin ánimo de lucro, entre cuyos fines figure la protección de incapacitados. Entre estas personas jurídicas se encuentra la Comunidad Autónoma.

3. *Otra Normativa sobre Incapacitación y Tutela:*

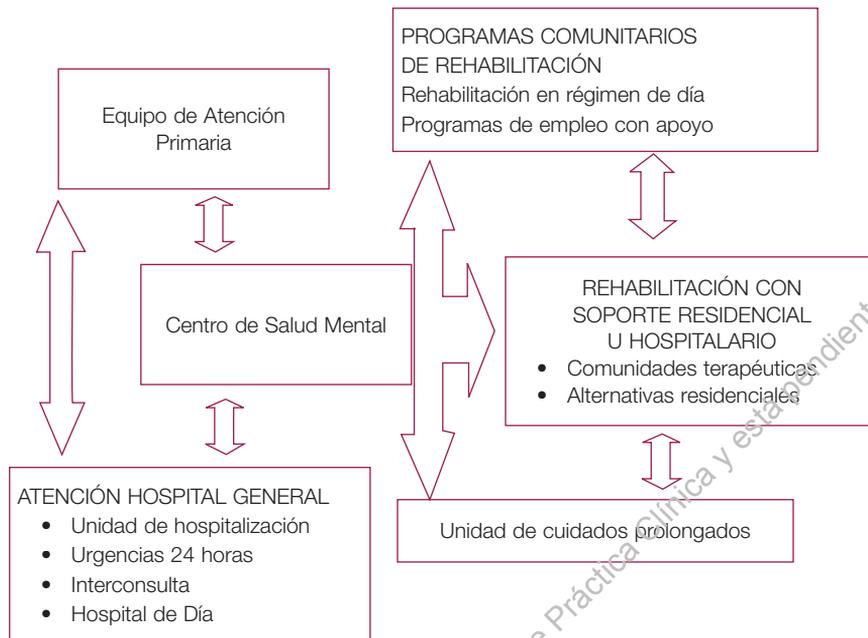
- Creación de la Comisión de Tutela y Defensa Judicial de Adultos (Decreto 168/ 1998, de 6 de octubre).
- Protección Patrimonial de las personas con discapacidad (Ley 41/ 2003 de 18 de noviembre).
- Actualización de la Comisión de Tutela y Defensa Judicial de Adultos (Decreto 13/ 2004 de 27 de febrero).

5. Recursos y dispositivos terapéuticos

Tal como recomienda el Plan estratégico de Salud Mental 2006, todos los ciudadanos que lo precisen deben de tener acceso a un programa de rehabilitación, debiendo tener a su disposición en su territorio (Zona Básica de Salud, Sector Sanitario o Comunidad Autónoma) los siguientes dispositivos:

- Unidad/ Centro/ Servicio de Salud Mental Comunitaria
- Unidad de hospitalización en hospital general
- Atención a urgencias 24 horas al día
- Interconsulta y Enlace en los hospitales generales
- Hospitalización de Día para adultos
- Hospitalización de Día infanto-juvenil
- Hospitalización infanto-juvenil en hospital general y/o pediátrico
- Programas comunitarios de rehabilitación (incluyendo programas de seguimiento comunitario y/o programas de tratamiento comunitario asertivo o similares)
- Rehabilitación en régimen de día
- Rehabilitación con soporte residencial u hospitalario
- Unidad de cuidados prolongados
- Comunidad terapéutica para adultos
- Comunidad terapéutica para adolescentes
- Alternativas residenciales con gradación de apoyo y actividad terapéutica o rehabilitadora
- Programa de atención a domicilio
- Hospitalización (atención intensiva) domiciliaria
- Atención comunitaria 24 horas (incluyendo programas de seguimiento comunitario y/o programas de TAC o similares)
- Programas de empleo con apoyo.

Las personas con TMG pueden utilizar estos recursos en distintos momentos de su enfermedad, en algunos casos sucesivamente, en otros simultáneamente. La forma en como se coordinan las intervenciones y en que circunstancias se utiliza uno u otro recurso puede variar de una Comunidad Autónoma a otra, pero en cualquier caso mantiene una serie de constantes que se dirigen a lo que se denomina la continuidad de cuidados y que se basan en situar al Centro de Salud Mental Comunitaria en el eje de la toma de decisiones respecto a cada paciente y a que no haya interrupciones o cambios bruscos en el nivel e intensidad de los cuidados.



La coordinación de estos recursos y dispositivos debe ofrecer una serie de intervenciones psicosociales (objetivo de esta GPC) que deben estar accesibles a usuarios y familiares y que son los siguientes:

- Psicoeducación o intervenciones estándar que incluyan información sobre el trastorno, el tratamiento, entrenamiento en resolución de problemas y mejora de la comunicación, incluyendo en ellas a familiares o cuidadores.
- Programas de intervención familiar –unifamiliar o multifamiliar– dirigidas a la incorporación de la familia en el tratamiento, con un modelo psicoeducativo, con entrenamiento en resolución de problemas, manejo del estrés y mejora de las habilidades de comunicación.
- Programas de Terapia Cognitivo-Conductual específicos para la sintomatología persistente (positiva y negativa).
- Programas de intervención comunitaria – en forma de Seguimiento de Casos y Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario – para aquellas personas con TMG con múltiples reingresos o escasa adherencia al seguimiento.
- Programas terapéuticos que incluyan alojamiento alternativo para los TMG complicados con otras situaciones: sin hogar, elevada dificultad de convivencia familiar, ingreso psiquiátrico prolongado, ausencia de recursos o reingresos frecuentes.

- Programas de evaluación e inserción laboral para todas las personas que deseen trabajar, recomendando el “Empleo con Apoyo” si el objetivo es el empleo competitivo y “Empleo Protegido” y “Programas Ocupacionales” para el resto de objetivos ocupacionales.

6. Prestaciones sociales para personas con trastorno mental grave

Lo primero es definir el alcance de esta perspectiva del tratamiento, para lo que hay que señalar que, en la intervención social, el concepto de rehabilitación hace referencia a la mejora de capacidades o habilidades, al conjunto de apoyos o condiciones necesarias para que una persona se mantenga con un nivel de funcionamiento determinado, incluyendo tanto el mejorar como el mantener o evitar una situación peor que se prolongue cuanto más temporalmente.

Su objeto de actuación no es sólo el individuo concreto que tiene una enfermedad mental grave de larga evolución, sino que abarca a la persona y su contexto. El trabajo rehabilitador se enfoca por tanto, además de hacia el usuario, hacia la familia, amigos, apoyos, entorno social y cualquier otro elemento relevante para cumplir los objetivos de intervención fijados en ese proceso individualizado.

Importancia de los recursos sanitarios y la coordinación con la atención social

Los Servicios de Salud Mental en cualquiera de sus formas, atendiendo a la particularidad de desarrollo en las diferentes Comunidades Autónomas (centros de salud mental, servicios de salud mental, equipos de salud mental, unidades de salud mental, o cualquier acepción similar) son el eje que articula la atención a las personas con enfermedad mental grave y por tanto los primeros y últimos responsables de los tratamientos y los que deben asegurar la continuidad de cuidados. Por tanto, los que deben encaminar a la atención con el resto de dispositivos sociales pero fundamentarlos en la atención específica de dar por confirmada que la atención se ha de realizar bajo este principio de continuidad.

Como definir la continuidad de cuidados

Los Programas de Continuidad de Cuidados de los Servicios de Salud Mental están destinados a facilitar a la persona incluida en los mismos las prestaciones de tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo comunitario más adecuadas a su patología y a su momento vital.

Esta continuidad de cuidados debe manifestarse a través de la articulación concreta de acciones que se pueden distribuir de forma general en los siguientes grupos de intervención:

- Servicios o centros de salud mental
- Servicios sociales generales o de base
- Hospitales
- Atención primaria de salud
- Recursos específicos de rehabilitación en salud mental
- Otros recursos que estén vinculados a la situación del usuario y que complementen sus necesidades de atención y promoción de la autonomía
- Asociaciones de familiares y usuarios
- Recursos normalizados

Definición de qué es el sistema de prestación de servicios sociales

Es el conjunto de servicios y prestaciones que insertándose con otros elementos del Bienestar Social, tiene como finalidad:

- La promoción y desarrollo pleno de todas las personas y grupos dentro de la sociedad, para la obtención de un mayor bienestar social y mejor calidad de vida, en el entorno de la convivencia.
- Prevenir y eliminar las causas que conducen a la exclusión y marginación social.
- Todo ello a través de las estructuras y servicios públicos de la Administración del Estado, de las Comunidades Autónomas y de las Corporaciones Locales.

Sistemas de protección social

En virtud de lo reflejado en la propia Constitución, nuestro país es un Estado Social y de Derecho que garantiza a través de sus sistemas de protección ciertas garantías a sus ciudadanos a través de estructuras básicas que garanticen derechos básicos, como la salud, el empleo o la vivienda a través de procesos de redistribución solidaria, fundamentados en las rentas del trabajo y las aportaciones de cada una de las personas. Este proceso se realiza a través de las estructuras que se fundamentan en Instituto Nacional de la Seguridad Social, que de forma directa o por transferencia competencial a las comunidades autónomas se encarga de la distribución de dichas prestaciones.

El Instituto Nacional de la Seguridad Social es una Entidad Gestora adscrita al Ministerio de Trabajo e Inmigración, con personalidad jurídica propia, que tiene encomendada la gestión y administración de las prestacio-

nes económicas del sistema público de Seguridad Social y el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria, con independencia de que la legislación aplicable tenga naturaleza nacional o internacional.

Sus competencias son el reconocimiento, gestión y control de prestaciones, que en el caso de una persona afectada por un Trastorno Mental Grave podría ser susceptible de los siguientes:

- Jubilación: en el caso de que tenga los requisitos de cotización y de cantidades específicas vinculadas a la vida laboral del afectado.
- Incapacidad permanente: de igual modo que en la jubilación pero en este caso sin haber superado la edad de la misma y concurrir dificultades concretas para el desempeño de un puesto de trabajo adecuado a su condición formativa, en el caso de que sea para el trabajo habitual, o para todo tipo de trabajo, en el caso de que no pueda desempeñar un rol laboral adecuado.
- Muerte y supervivencia (viudedad, orfandad, en favor de familiares y auxilio por defunción): en los casos en los que la persona pierde un familiar y tiene reconocida la situación de que la legislación aplicable derecho a la prestación por orfandad, con independencia de la edad.
- Incapacidad temporal: en caso de que la persona esté trabajando y necesite interrumpir temporalmente su empleo por concurrencia de una enfermedad.
- Maternidad.
- Riesgo durante el embarazo.
- Prestaciones familiares (hijo a cargo, nacimiento de tercer o sucesivos hijos y parto múltiple (nivel contributivo y no contributivo).
- Indemnizaciones económicas derivadas de lesiones permanentes no invalidantes.
- El reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria.

Cada uno de las prestaciones que se detallan ha de entenderse como procesos complementarios a los establecidos en la atención sanitaria y que permiten ciertas garantías de protección a la persona afectada por un Trastorno Mental Grave, para permitir cierto grado de autonomía y solvencia social.

Es importante señalar la posibilidad implícita de reconocer la condición de discapacidad de una persona con un problema de salud mental en tanto que tiene mermada su condición de obrar, su capacidad y su autonomía. Estas dificultades se pueden reconocer a través de la adquisición, a través de los Servicios Sociales Especializados, de cada una de las comunidades autónomas, del correspondiente certificado de minusvalía. Esta condi-

ción viene reflejada procedimentalmente en la Ley de Integración Social del Minusválido y que como proceso básico para su adquisición sería:

1. Existencia de una enfermedad incapacitante, de reconocida cronicidad.
2. Informe preceptivo de la misma por facultativo que realice apreciación diagnóstica y señale las dificultades específicas.
3. Informe preceptivo de Trabajo Social que haga referencia a las dificultades y necesidades de concurrencia social o de apoyo de tercera persona, que valore el entorno de la persona y las consecuencias sociales de la patología concreta que afecta a la persona.
4. Solicitud al órgano correspondiente de valoración de dicho caso. Los equipos de los Centros Base de los servicios Sociales serán los que recojan la demanda. El equipo de valoración competencial en cada comunidad autónoma elevará el correspondiente dictamen y la persona tendrá la condición reconocida de minusvalía, de forma temporal o definitiva.

En virtud de este reconocimiento, la persona afectada por un Trastorno Mental Grave, puede beneficiarse de otros sistemas de cobertura social:

- Si el porcentaje es superior al 33 % de minusvalía tendrá reconocida la condición, y podrá disponer de ventajas de índole fiscal.
- Si su condición de discapacidad supera el 65 %, y no ha cotizado suficiente tiempo como para tener una prestación contributiva, podrá disponer de una renta económica de carácter no contributivo, fijada por cada comunidad autónoma.

El marco de referencia de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, reconoce entre sus principios la universalidad en el acceso de todas las personas en situación de dependencia, en condiciones de igualdad efectiva y no discriminación. De igual modo reconoce en la propia definición de la situación de dependencia las características concretas de las personas que pertenecen al colectivo de afectados por una enfermedad mental señalando que dependencia es “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”. La valoración y el acceso a estas prestaciones está regulado por cada Comunidad Autónoma.

(http://www.segsocial.es/Internet_1/LaSeguridadSocial/Quienessomos/InstitutoNacionalde29413/index.htm)

Funciones de los profesionales de los servicios sociales

Algunas competencias que se atribuyen a las profesionales de los servicios sociales y que sirven de articulación con los espacios sanitarios serían:

- Llevar a cabo tareas de valoración e intervención social con los usuarios derivados y sus familias.
- Realizar las coordinaciones con los diferentes recursos de la red socio-sanitaria (Servicios Sociales Generales, dispositivos formativos, laborales, etc.).
- Asistir y formar parte de las Comisiones de Rehabilitación de la zona de referencia si éstas existen.
- Participar en los grupos de trabajo del de cada uno de los espacios definidos.
- Realizar la evaluación de las familias, dentro del protocolo de evaluación de cada dispositivo.
- Llevar a cabo los seguimientos de los usuarios asignados.
- Informar y orientar a los usuarios sobre recursos, especialmente los que supongan una mayor normalización e integración: formativos, laborales, educativos, de ocio...
- Detectar nuevos recursos y encargarse de la recopilación de los ya existentes.
- Coordinarse con las Asociaciones de Familiares y Usuarios de las Áreas de referencia del Centro de Rehabilitación, así como con otro tipo de asociaciones de participación ciudadana.

Normativa específica

- LEY 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las bases del régimen local. (BOE nº 80, de 3 de abril de 1985) por la que se hace referencia a las competencias específicas de atención ligadas a las administración de ámbito local : ayuntamientos, comarcas, mancomunidades, cabildos, provincias y otro tipo de estructuras administrativas de similar constitución)
http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?coleccion=iberlex&id=2003/03596
- LEY de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (con especial referencia a las personas con problemas de salud mental) Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia
<http://www.imsersomayores.csic.es/landing-pages/ley-autonomia-personal.html>
- LEY 13/1982 de 7 de Abril, de Integración Social de los Minusválidos.
http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/l13-1982.html

7. El estigma y el trastorno mental grave y cómo afrontarlo

A pesar de los avances en el desarrollo de los derechos humanos, un análisis de los comportamientos sociales indica que persisten las actitudes discriminatorias hacia las personas que sufren una enfermedad mental, en especial si es grave, fruto de estereotipias y prejuicios que son una barrera, a veces infranqueable, para el desarrollo de sus derechos como ciudadano, para su integración social, y añaden nuevos sufrimientos no atribuibles a la propia enfermedad.

- **Las estereotipias** son definiciones sobre la enfermedad y su evolución consecuencia de análisis parciales o creencias erróneas: la incurabilidad, la imprevisión en sus actos, la no responsabilidad, la ausencia de intereses, la incapacidad de tomar decisiones y se califica toda una vida por un diagnóstico o por los síntomas en un momento de crisis.
- **Los prejuicios** son actitudes irracionales derivadas de aquellas creencias: miedo, desprecio, agresividad, anulación del otro, paternalismo, etc.
- **Los comportamientos discriminatorios:** acciones de exclusión social, segregación, no acceso a los servicios, al trabajo, al disfrute de los beneficios culturales, de ocio, de enriquecimiento personal, etc.

El estigma es la huella que estas creencias, actitudes y comportamientos dejan en la persona que sufre la enfermedad y en la familia. El estigma tiene su origen social en tiempos remotos, y por ello su superación es lenta y sigue influyendo en mayor o menor medida en todos los ámbitos sociales: familiares, vecindario, trabajo, medios de comunicación y también en los ámbitos sanitarios y profesionales de la salud mental.

Así, la persona tiene que trabajar para superar la enfermedad en una situación precaria, de empobrecimiento personal que compromete los avances del proceso de recuperación. En su conjunto, el colectivo de afectados no tienen ningún poder de contratación, de influencia: ni en el trabajo, ni en su entorno y a veces ni en los servicios. Esta es una de las razones de la escasa dotación de recursos en los presupuestos y del lento desarrollo de los servicios.

Afrontar la lucha contra la estigmatización

La lucha contra el estigma supone adoptar un cambio consciente y activo de perspectiva: la del respeto a los derechos humanos, a la dignidad personal y al derecho de las personas con TMG al desarrollo de sus potencialidades, y a contribuir con sus aportaciones a la sociedad. Trabajar en esta dirección es una de las responsabilidades básicas de la Administración, del sistema de

servicios sanitarios y sociales, de la familia y del entorno social y es en esta dirección en la que se están dando avances.

Apoyo a la persona afectada

Este cambio de perspectiva es ineficaz si no cuenta con la persona que sufre la enfermedad, en tanto que esta debe superar la interiorización de aquellas creencias negativas sobre sí misma (auto-estigma). Las experiencias positivas en este campo indican que los avances se dan cuando van simultáneas:

- la toma de conciencia de las propias dificultades (psicoeducación)
- el desarrollo de las capacidades individuales (autoestima)
- el conocimiento de los derechos propios
- la toma de decisiones de acuerdo con sus intereses y preferencias (*Empowerment*) (autoafirmación),

y cuando se integra este enfoque de manera precoz y continuada en los programas de atención y rehabilitación, contando con la familia y situando la acción anti-estigma en los ámbitos propios de la vida (residencia, trabajo, ocio...), procurando la colaboración del entorno.

La persona puede dejar su rol de enfermo e integrar roles significativos pasando a ser un vecino/a, un trabajador/a, un ciudadano/a que se relaciona, que se divierte etc. y tiene su propio proyecto de vida. El conocimiento cercano en el entorno y el intercambio social estable aminoran el rechazo.

El impacto de la enfermedad en una familia presenta en sus inicios características de tragedia, a la que no es ajeno el estigma. Es por ello que, desde el primer momento, debe integrarse a la familia de forma activa en los procesos de información y en los programas de rehabilitación estableciendo estrategias adecuadas a la manera que cada familia tiene de afrontar la enfermedad.

Declaraciones Programáticas: En todos los países democráticos, y en especial en el entorno europeo, existen declaraciones programáticas que promueven políticas transversales de la lucha contra la estigmatización que contienen los principios a tener en cuenta en la legislación vigente de cada país.

Europa:

- *“Conclusiones del Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores” de junio de 2003, sobre la lucha contra la estigmatización y la discriminación en relación con la enfermedad mental*
- *“Declaración europea de salud mental”. Conferencia Ministerial de la OMS. Helsinki Enero de 2005*
- *Libro Verde “Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental” Comisión de las Comunidades Europeas COM(14.10.2005) 484 pag 11*

- *“De la exclusión a la inclusión. El camino hacia la promoción de la inclusión social de las personas con problemas de salud mental en Europa” Mental Health Europe 2008 Trad FEAFES*

En España

- *“Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud”. Línea estratégica 1 “Promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental” Ministerio de Sanidad 2007*
- *“Modelo de atención a personas con enfermedad mental grave” Ministerio de trabajo y asuntos sociales Catálogo General de Publicaciones Oficiales Capítulo 15: Lucha contra el estigma social.*

Gestión de los servicios: La primera medida anti-estigma corresponde a la Administración como:

- proveedora de servicios de calidad, accesibles, universales, no masificados y orientados a la recuperación que incorporen de manera decisiva los avances en el tratamiento, rehabilitación e integración social,
- y liderando la puesta en marcha de campañas de sensibilización y extremando la vigilancia sobre el respeto a la dignidad de la persona tanto en el conjunto de la administración del estado como de la asistencia sanitaria en particular.

Integrar el enfoque anti-estigma en los planes comunitarios

En los últimos años se han dado grandes avances en la lucha contra el estigma. Han tomado protagonismo los movimientos asociativos familiares y las asociaciones de autoayuda y el movimiento de usuarios, también el de profesionales. Y se incorporan a este esfuerzo el propio tejido social (administración local, ONGs, asociacionismo vecinal...).

Un componente principal es la información (conocimiento) tanto procedente de los medios profesionales especializados como a través de campañas de sensibilización. Es necesario combinar la información y las campañas de sensibilización con procesos de interacción social que persistan en acciones visibles en la sociedad. Una estrategia de información debe ser transversal, significativa y continuada y llegar a todo el tejido social: a la administración pública, a la judicatura, al sistema sanitario, social, educativo, cultural, laboral (empresarios, sindicatos), vecinal, y a los medios de comunicación. Una forma efectiva es la presencia y participación directa de las personas afectadas y sus familias en las campañas de educación y sensibilización...

- *“MENTALIZATE. Campaña informativa sobre la enfermedad mental” (<http://www.feafescyl.org>)*

- *Salud mental y medios de comunicación: guía de estilo* Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES) 2003
- *Salud mental y medios de comunicación: manual para entidades* Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES) 2003

Por otra parte, los profesionales de salud mental no son ajenos al estigma y deben revisar su actuación eliminando toda actitud que lo promueva:

- Incluir en los servicios protocolos de actuación revisables que garanticen el respeto a la dignidad y los derechos de la persona: derecho a ser atendido, a elegir entre opciones, a ser informado de los derechos, del funcionamiento de los servicios, del programa a seguir y sus objetivos.
- Usar modelos completos de la evaluación continuada con la participación activa del propio afectado y de su familia evitando las estereotipias en el diagnóstico, la utilización de tratamientos indiscriminados, la rutinización e incorporando estrategias de manejo del estigma que incluyan a la familia.
- Ser agentes divulgadores en la lucha contra el estigma.
- Utilizar los recursos de la red normalizada para las actividades formativas, culturales, de ocio y diversión, los de participación ciudadana.
- Crear estructuras intermedias grupales que sean mediadoras para facilitar la participación en la comunidad: grupos de teatro, artísticos, coros, grupos deportivos.
- Crear una imagen de calidad de los dispositivos intermedios y que participen en la red social.
- Promover la participación activa del usuario en los servicios de rehabilitadores.
- Promover entre los propios afectados y sus familias las actividades de autoayuda en grupo, el intercambio de experiencias personales y el movimiento asociativo. Por pequeñas que sean las experiencias tienen el valor de proyectarse a toda la sociedad.

8. El papel de las asociaciones de usuarios y de familiares

Las Asociaciones de Familiares y Usuarios han supuesto un importante avance en los últimos 30 años tanto por las aportaciones en el desarrollo de una perspectiva antes no reconocida, identificar las necesidades y derechos

de las personas con trastorno mental grave, como por las tareas de información, apoyo y reivindicación que realizan. Gracias a estas organizaciones, muy ligadas a la atención comunitaria de la Salud Mental, se ha conseguido impulsar la creación de nuevos recursos asistenciales en respuesta a la desinstitutionalización psiquiátrica en muchos países.

Las familias, siendo en muchas ocasiones el único apoyo o el soporte más directo que tienen las personas con TMG, han pasado a formar parte activa en el proceso terapéutico de rehabilitación o recuperación, y a ser consideradas como un agente terapéutico más. Obviar su implicación en el desarrollo e implementación de los programas de atención, sería ignorar las necesidades para mejorar la calidad de vida de las personas afectadas. Su contribución en la lucha contra el estigma de la enfermedad mental, la reivindicación de la accesibilidad a los recursos sanitarios y sociales dentro de los parámetros de igualdad y de reconocimiento de la plena ciudadanía de las personas con TMG, ha sido y es fundamental para seguir avanzando en el logro de estos objetivos.

La creación y consolidación en todo el territorio español de grupos de psicoeducación o escuela de familias, ha permitido proporcionar a las familias la información y estrategias necesarias para afrontar las dificultades que supone la convivencia con un familiar diagnosticado de TMG. Los grupos entre iguales, o grupos de ayuda mutua, también han resultado efectivos y gratificantes para las familias. El método de formación *Prospect*, por ejemplo, un programa utilizado en diferentes países europeos y que fue promovido por EUFAMI (Federación Europea de Familias de Personas con Enfermedad Mental), se perfila como un instrumento de unión y formación para los tres grupos implicados: personas con enfermedad mental, familiares y profesionales de la salud mental. El papel de estos grupos, en el ámbito internacional, abarca no sólo actividades de ayuda mutua y otros servicios, sino también defensa de los derechos e intereses del colectivo, educación a la comunidad, influir en los planificadores de políticas de Salud Mental, denunciar el estigma y la discriminación y reivindicación de la mejora de los servicios.

Los grupos de personas con enfermedad mental, que en muchos países se identifican como grupos de consumidores o usuarios, siguen, en sus orígenes, una dinámica similar a las organizaciones de familiares, aunque más tardía. Progresivamente van desempeñando un papel más influyente en las políticas asistenciales y legislativas, así como el desarrollo de acciones de ayuda a otras personas con enfermedad mental. Estas agrupaciones han destacado por su papel educativo y de sensibilización social, por actuaciones de denuncia de prácticas percibidas de forma negativa y de protección de sus derechos, y por el desarrollo y gestión de servicios de ayuda.

En 1983 se crea en España la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES) como or-

ganización estatal para agrupar y representar al conjunto del movimiento asociativo de familiares y personas con enfermedad mental. En junio de 1990 se celebra el primer Congreso Europeo de Familiares, que conlleva la fundación de EUFAMI en 1992.

Podemos resumir las principales tareas y aportaciones de estas organizaciones:

1. Colaboración en la elaboración de políticas asistenciales, planificadoras y legislación

En el ámbito político, los movimientos asociativos de familiares y personas con enfermedad mental tienen una función histórica de reivindicación de mejoras en la atención a las personas con enfermedad mental. Actualmente, estos movimientos, en Europa y en otros países, tienen también una función activa en el diseño, desarrollo y evaluación de políticas, como señala la Organización Mundial de la Salud (OMS) y como se recoge en las actuaciones de la Comisión Europea (Libro Verde de la Salud Mental y la futura Estrategia Europea en Salud Mental). También es conocido su papel en la regulación del Tratamiento Ambulatorio Involuntario (TAI) y en la Ley de Promoción y Prevención de la Autonomía y Atención a la Dependencia, entre otros.

2. Proveedores de servicios

Los movimientos asociativos se caracterizan también por desarrollar servicios de apoyo. En algunos países, como en Francia o en Irlanda, los servicios prestados por el movimiento asociativo se centran en grupos de apoyo y formación, servicios de información y acciones de sensibilización, reivindicación y denuncia. En España, al igual que en Gran Bretaña, se gestionan distintos servicios de carácter social o sociosanitario, que contribuyen a cubrir las necesidades de usuarios y familiares donde los recursos públicos son insuficientes. En ellos se ofrecen una serie de servicios básicos, que van desde la información y orientación, sensibilización y promoción de la salud mental, asesoría jurídica a programas de psicoeducación, grupos de ayuda mutua, actividades de respiro familiar y programas de atención domiciliaria.

Otros servicios se basan en la organización de actividades enmarcadas en el proceso de rehabilitación psicosocial, rehabilitación laboral y programas de actividades de ocio y tiempo libre, así como en la gestión de los recursos que las pueden llevar a cabo.

3. Sensibilización social

Constituye uno de los pilares del movimiento asociativo. Las actividades divulgativas y de sensibilización social que organizan y promueven

estas organizaciones se asumen como tarea fundamental tanto por las propias organizaciones como por parte de los profesionales y políticos, gestores y planificadores. Existen múltiples iniciativas y proyectos que tienen como fin la sensibilización social, desde la promoción y prevención de la salud mental, al abordaje de la discriminación y los prejuicios hacia la enfermedad mental y las personas que la padecen. Se intenta promover que las administraciones públicas (estatales, regionales o locales) asuman estas iniciativas a través de actuaciones de sensibilización a colectivos específicos (estudiantes, profesionales, medios de comunicación, empresarios...). Iniciativas a destacar por su impacto son el programa “*La esquizofrenia abre las puertas*” y la campaña “*Zeroestigma*”, promovida por EUFAMI en 2004. Igualmente importante es el trabajo realizado con los medios de comunicación social a través de la Guía de Estilo para Medios de Comunicación, editada por FEAFES, o la participación en estudios sobre el estigma (proyecto acoso y discriminación sufridos por personas con enfermedad mental en el ámbito de los servicios de salud promovido por Salud Mental Europa, MHE).

Sigue siendo necesario aunar y coordinar esfuerzos de los diferentes actores que intervienen en el tratamiento integrado de las personas con TMG y el apoyo a sus familiares. El fin no es otro que garantizar la continuidad asistencial que precisan estas personas, con las técnicas y estrategias terapéuticas más efectivas, que proporcionen el soporte individualizado y lo más normalizado posible.

9. Direcciones y web de interés

Asociaciones nacionales

Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental

Agrupación de federaciones y asociaciones de personas con enfermedad mental y a sus familiares de todo el territorio nacional. Las direcciones de contacto de las asociaciones adscritas en cada Comunidad Autónoma se pueden consultar en su página web.

<http://www.feafes.com>

feafes@feafes.com

C/ Hernández Más, 20 – 24. 28053 - Madrid

Tfno: 91 507 92 48 Fax: 91 785 70 76

Asociación Española de Neuropsiquiatría

<http://www.aen.es>

aen@aen.es

C/ Magallanes, 1 Sótano 2 local 4. 28015 - Madrid

Tfno: 636 72 55 99 Fax: 91 847 31 82

Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología

<http://www.aepcp.net/>

aepcp@aepcp.net

C/ Beato Gálvez nº3 , pta 4. 46003 - Valencia

Asociación Española de Patología Dual (AEPD)

<http://www.patologiadual.es/>

asociacion@patologiadual.es

C/ Londres, 17. 28028 - Madrid

Tfno: 91 361 2600. Fax: 91 355 9208

Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental

<http://www.anesm.net/>

anesm1@gmail.com

C/ Gallur Nº 451, local 5. 28047 - Madrid

Tfno: 91 465 75 61. Fax: 91 465 94 58

Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial (FEARP)

<http://www.fearp.org/>

Hospital de Zamudio.

Arteaga Auzoa 45. 48170 - Zamudio, Bizkaia

Sociodrogalcohol. Sociedad Científica Española de Estudio sobre el alcohol, el alcoholismo y las otras toxicomanías

<http://www.sociodrogalcohol.org/>

Avda Valldarriba, 180. 08023 - Barcelona

Tfno: 93 210 38 54. Fax: 93 210 38 54

Sociedad Española de Medicina Psicosomática

<http://www.semp.org.es/>

sempsecretaria@wanadoo.es

Avda San Juan Bosco 15. 50009 - Zaragoza

Sociedad Española de Psicogeriatría

<http://www.sepg.es/>

jacb@ugr.es

Cátedra de Psiquiatría. Facultad de Medicina.

Avda. de Ramón y Cajal, s/n. 47011 - Valladolid

Sociedad Española de Psiquiatría

<http://www.sepsiq.org/>

sep@sepsiq.es

C/ Arturo Soria, 311 1º B. 28033 – Madrid

Tfno: 91 383 41 45. Fax: 91 302 05 56

Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (SEPB)

<http://www.sepb.es/>

info@sepb.es

C/ Arturo Soria 311, 1º B. 28033 - Madrid

Tfno: 91 383 41 45

Sociedad Española de Psiquiatría Legal

<http://www.psiquiatrialegal.org/>

Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEYPNA)

<http://www.seypna.com>

seypna@seypna.com

C/ Monte Esquinza, 24 - 4º izq., 28010 – Madrid

Tfno: 91 319 24 61. Fax: 91 319 24 61

Asociaciones internacionales

World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders / Asociación Mundial para la Esquizofrenia y Trastornos Relacionados

<http://world-schizophrenia.org>

<http://espanol.world-schizophrenia.org> (en español)

World Psychiatric Association

<http://www.wpanet.org/>

Federación Europea de Familiares de Personas con Enfermedad Mental

<http://www.eufami.org>

Asociación Americana de Enfermería de Psiquiatría

<http://www.apna.org>

HORATIO. Asociación Europea de Enfermería de Psiquiatría

<http://www.horatio-web.eu/>

The European Psychiatric Association

<http://www.aep.lu/>

Asociación Mundial para la Rehabilitación Psicosocial

<http://www.wapr2009.org/index.htm>

World Federation for Mental Health

<http://www.wfmh.org/>

Mental Health Europe

<http://www.mhe-sme.org>

National Alliance on Mental Illness

<http://www.nami.org>

http://www.nami.org/Content/NavigationMenu/Inform_Yourself/NAMI_en_espa%C3%B1ol/NAMI_en_espa%C3%B1ol.htm

American Psychiatric Association

<http://www.psych.org/>

Asociación Psiquiátrica de América Latina

<http://www.apalweb.org>

Otras webs

Web Esquizofrenia

<http://www.esquizo.com/>

Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental

<http://www.fepsm.org>

Asociación de Trastorno Obsesivo-Compulsivo

<http://www.asociaciontoc.org>

Programa de Prevención de las Psicosis

<http://www.p3-info.es/>

Web psiquiatría

www.psiquiatria.com

Web psiquiatría

www.psiquiatria24x7.com

Anexo 3. Abreviaturas

CET	<i>Cognitive enhancement therapy</i>
CSMC	Centro de salud mental comunitario
ECA	Ensayo clínico aleatorio
EP	Empleo protegido
EP-IPS	Empleo protegido y apoyo individual
EPV	Entrenamiento prevocacional
GPC	Guía de práctica clínica
ICM	<i>Intensive case management</i>
IPS	<i>Individual placement and support</i>
IPSRT	Terapia interpersonal y de ritmo social
IPT	<i>Integrated psychological therapy</i>
NICE	<i>National institute for health and clinical excellence</i>
NIMH	Instituto nacional de salud mental de estados unidos
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPT	<i>Optimal treatment project</i>
P	Probabilidad de que el resultado sea debido al azar
PF	Psicoeducación familiar
PORT	<i>Patient outcomes research team</i>
RM	Retraso mental
RS	Revisión sistemática
SIGN	<i>Scottish intercollegiate guidelines network</i>
TAC	Tratamiento asertivo comunitario
TB	Trastorno bipolar
TCC	Terapia cognitivo-conductual
TE	Tratamiento estándar
TMG	Trastorno mental grave

Anexo 4. Glosario

Adherencia terapéutica: Implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado.

Centros de rehabilitación psicosocial: recurso específico, dirigido a la población con trastornos psiquiátricos graves y crónicos que presentan dificultades en su funcionamiento psicosocial y en su integración en la comunidad. La finalidad es ofrecer programas de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario que faciliten la mejora de su nivel de autonomía y funcionamiento, así como apoyar su mantenimiento e integración social en la comunidad, en las mejores condiciones posibles de normalización, independencia y calidad de vida.

Colaboradores expertos: Profesional clínico con conocimientos y experiencia en el tema objeto de la GPC e idealmente con prestigio en el ámbito en el que se desarrolla la guía. Participa en delimitar las preguntas clínicas iniciales y revisar las recomendaciones¹⁶⁷.

Comorbilidad en psiquiatría: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la comorbilidad o diagnóstico dual como la coexistencia en el mismo individuo de un trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y de un trastorno psiquiátrico.

Conductas prosociales: Actos realizados en beneficio de otras personas; maneras de responder a estas con simpatía, condolencia, cooperación, ayuda, rescate, confortamiento y entrega o generosidad.

Discapacidad: Según la OMS «Dentro de la experiencia de la salud, una discapacidad es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.»

Ensayo clínico aleatorio: Estudio experimental en el que los participantes son asignados de forma aleatoria (al azar) a recibir un tratamiento o intervención entre 2 o más opciones posibles.

Grupo Control: Grupo control en un ensayo clínico es el grupo que no ha recibido la intervención de interés y que sirve como patrón de comparación para valorar los efectos de un tratamiento.

Grupo experimental: En un ensayo clínico, el grupo que recibe el tratamiento que se desea evaluar, en contraposición al grupo de referencia, que recibe placebo o bien un tratamiento activo ya conocido, aceptado y establecido.

Interdisciplinar: Se realiza con la colaboración de varias disciplinas.

Multidisciplinares: Que abarca o afecta a varias disciplinas.

Nivel de evidencia: Clasificación jerárquica de la evidencia según el rigor científico del diseño de los estudios.

Recaída: Incremento de síntomas de la enfermedad tras un periodo de reducción o supresión de los mismos. Puede ser definido de forma operativa como equivalente a “rehospitalización”, incremento en la intensidad de los cuidados incremento de la gravedad psicopatológica, como disminución del funcionamiento social o incluso como necesidad de cambio en la atención clínica.

Revisores externos: Profesional clínico con conocimientos y experiencia en el tema objeto de la GPC e idealmente con prestigio en el ámbito en que se desarrolla la guía. Participa únicamente en la fase final de la guía, revisando el borrador provisional de la GPC¹⁶⁷.

Tratamiento estándar (o usual): Tratamiento que se recibe en el medio habitual que incluye medicación, hospitalización, cuidados de enfermería y que está condicionado por las preferencias personales de las personas, el criterio de los profesionales y la disponibilidad de los recursos.

Unidad hospitalaria de rehabilitación: dispositivo sanitario de carácter hospitalario diseñado para cumplir funciones integradas de tratamiento, rehabilitación y contención.

Anexo 5. Declaración de interés

Todos los miembros del grupo elaborador, colaboradores expertos y revisores externos han declarado ausencia de conflicto de interés.

Milagros Escusa Julián, Francisco Galán Calvo, Laura Gracia López, Pedro Pibernat Deulofeu, Ana Vallespí Cantabrana, Juan Ignacio Martín Sánchez, María José Vicente Edo, José M^a Álvarez Martínez, Daniel Navarro Bayón, Antonio Lobo Satué, Julián Carretero Román, Carlos Cuevas Yust, Begoña Iriarte Campo, Juan Francisco Jiménez Estévez, José Manuel Lalana Cuenca, Marcelino López Álvarez, Mercedes Serrano Miguel, Catalina Sureda García, Oscar Vallina Fernández, han declarado ausencia de intereses.

Francisco Caro Rebollo ha recibido financiación de Janssen, Boehringer Ingelheim, Lundbeck, GSK y Novartis para acudir a reuniones, cursos y congresos. Ha obtenido honorarios como ponente a conferencias y cursos de Janssen. También ha recibido apoyo económico por participar en proyectos de investigación de Bristol Myers-Squibb, AstraZeneca, Esteve / Novartis, Janssen, Lilly.

Concepción de la Cámara Izquierdo ha recibido financiación económica para reuniones, cursos y congresos de Esteve, Boehringer, Pfizer, Janssen, Almirall, Boehringer Ingelheim. También ha obtenido honorarios como ponente a conferencias y cursos de Andrómaco, Bexal y Janssen.

Andrés Martín Gracia ha recibido financiación para reuniones, congresos y asistencias a cursos de Boehringer Ingelheim, GSK, Janssen y honorarios como ponente a conferencias y cursos de Pfizer y Lilly. También ha recibido financiación para programas educativos o cursos de Janssen.

Miguel Martínez Roig ha obtenido financiación para participar en reuniones, congresos y cursos de Almirall, Janssen, Lundbeck, Lilly, Boehringer, Bristol-Myer, Wyeth. También ha recibido apoyo económico por participar en proyectos investigación de Lilly, Pfizer y Janssen.

M^a Esther Samaniego de Corcuera ha recibido financiación para participar en reuniones, congresos y cursos de Lilly.

Fernando Cañas de Paz ha recibido financiación de Servier, Lundbeck y Janssen para acudir a reuniones, cursos y congresos, y por participar en proyectos de investigación. También ha percibido honorarios como ponente de Janssen, BMS y por consultoría para Janssen.

M^a Consuelo Carballal Balsa ha recibido financiación para participar en cursos, conferencias y reuniones de Janssen.

Alberto Fernández Liria ha recibido apoyo de Janssen para participar en conferencias y honorarios como ponente de Lilly, Bristol-Myers Squibb, Wyeth y Lundbeck. También ha recibido financiación por participar en proyectos de investigación de Wyeth, Pharma Consult Services

Miguel Bernardo Arroyo ha recibido honorarios como ponente por parte de Lilly, BMS, Wyeth, Janssen y Pfizer. También ha recibido ayuda económica para la financiación de investigaciones de BMS y de programas educativos o cursos de Pfizer.

Manuel Camacho Laraña ha percibido apoyo económico para financiar su participación en conferencias de Janssen, Lilly y GSK; y honorarios como ponente de GSK y AstraZeneca.

Juan José Uriarte Uriarte ha obtenido financiación para participar en un congreso y en un proyecto de investigación de AstraZeneca.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y esta requiere su actualización

Bibliografía

- 1 Parabiagli A, Bonetto C, Ruggeri M, Lasalvia A, Leese M. Severe and persistent mental illness: a useful definition for prioritizing community-based mental health service interventions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006;41(6): 457-63.
- 2 Schinnar AP, Rothbard AB, Kanter R, Jung YS. An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *Am J Psychiatry.* 1990;147(12):1602-8.
- 3 Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
- 4 National Institute of Mental Health. Towards a model for a comprehensive community based mental health system. Washington DC: NIMH; 1987.
- 5 Gisbert C, Arias P, Camps C, Cifre A, Chicharro F, Fernández J, et al. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo: situación actual y recomendaciones. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2002. Cuadernos Técnicos, n. 6.
- 6 CIE-10 Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10ª ed. rev. Washington: Organización Mundial de la Salud; 2003.
- 7 Barrowclough C, Haddock G, Lobban F, Jones S, Siddle R, Roberts C, et al. Group cognitive-behavioural therapy for schizophrenia: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2006;189:527-32.
- 8 Ellis A. Reason and emotion in psychotherapy. New York: Lile Stuart; 1962.
- 9 Beck AT. Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International University Press; 1976.
- 10 D'Zurita TJ. Problem-solving therapy: a social competence approach to clinical interventions. New York: Springer; 1986.
- 11 Meichenbaum D. Cognitive behavior modification: an integrative approach. New York: Plenum Press; 2008.
- 12 Bellack AS, Mueser KT. Psychosocial treatment for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1993;19(2):317-36.
- 13 Caballo VE. Manual de evaluación y entrenamiento de habilidades sociales. 6ª ed. Madrid: Siglo XXI de España; 2005.
- 14 Kopelowicz A, Liberman RP, Zarate R. Recent advances in social skills training for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2006;32 Suppl 1:S12-23.
- 15 Bellack AS. Skills training for people with severe mental illness. *Psychiatr Rehabil J.* 2004;27(4):375-91.
- 16 Jones C, Cormac I, Silveira da Mota Neto JI, Campbell C. Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;(4):CD000524.
- 17 Daniels L. A group cognitive-behavioral and process-oriented approach to treating the social impairment and negative symptoms associated with chronic mental illness. *J Psychother Pract Res.* 1998;7(2):167-76.
- 18 Drury V, Birchwood M, Cochrane R. Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial: III. Five-year follow-up. *Br J Psychiatry.* 2000;177:8-14.

- 19 Haddock G, Tarrier N, Morrison AP, Hopkins R, Drake R, Lewis S. A pilot study evaluating the effectiveness of individual inpatient cognitive-behavioural therapy in early psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1999;34(5): 254-8.
- 20 Pinto A, La PS, Mennella R, Giorgio D, DeSimone L. Cognitive-behavioral therapy and clozapine for clients with treatment-refractory schizophrenia. *Psychiatr Serv.* 1999;50(7):901-4.
- 21 Tarrier N, Wittkowski A, Kinney C, McCarthy E, Morris J, Humphreys L. Durability of the effects of cognitive-behavioural therapy in the treatment of chronic schizophrenia: 12-month follow-up. *Br J Psychiatry.* 1999;174:500-4.
- 22 Kemp R, Kirov G, Everitt B, Hayward P, David A. Randomised controlled trial of compliance therapy: 18-month follow-up. *Br J Psychiatry.* 1998;172(5): 413-9.
- 23 Kuipers E, Fowler D, Garety P, Chisholm D, Freeman D, Dunn G, et al. London-east Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis: III. Follow-up and economic evaluation at 18 months. *Br J Psychiatry.* 1998;173:61-8.
- 24 Gumley A, O'Grady M, McNay L, Reilly J, Power K, Norrie J. Early intervention for relapse in schizophrenia: results of a 12-month randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy. *Psychol Med.* 2003;33(3):419-31.
- 25 Durham RC, Guthrie M, Morton RV, Reid DA, Ireliving LR, Fowler D, et al. Tayside-Fife clinical trial of cognitive-behavioural therapy for medication-resistant psychotic symptoms. Results to 3-month follow-up. *Br J Psychiatry.* 2003;182:303-11.
- 26 NICE, National Collaborating Centre for Mental Health. Schizophrenia: full national clinical guideline on core interventions in primary and secondary care. London: Gaskell, The Royal College of Psychiatrists; 2003.
- 27 Zimmermann G, Favrod J, Tieu VH, Pomini V. The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: a meta-analysis. *Schizophr Res.* 2005;77(1):1-9.
- 28 Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Martindale B, et al. Psychological treatments in schizophrenia: II. Meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychol Med.* 2002;32(5):783-91.
- 29 Kurtz MM, Mueser KT. A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. *J Consult Clin Psychol.* 2008;76(3):491-504.
- 30 Xia J, Li C. Problem solving skills for schizophrenia. *Cochrane Database of Syst Rev.* 2007;(2):CD006365.
- 31 Graeber DA, Moyers TB, Griffith G, Guajardo E, Tonigan S. A pilot study comparing motivational interviewing and an educational intervention in patients with schizophrenia and alcohol use disorders. *Community Ment Health J.* 2003;39(3):189-202.
- 32 Hickman ME. The effects of personal feedback on alcohol intake in dually diagnosed clients: an empirical study of William R. Miller's motivational enhancement therapy [tesis doctoral]. Bloomington: Indiana University; 1997.
- 33 Swanson AJ, Pantalon MV, Cohen KR. Motivational interviewing and treatment adherence among psychiatric and dually diagnosed patients. *J Nerv Ment Dis.* 1999;187(10):630-5.

- 34 Barrowclough C, Haddock G, TARRIER N, Lewis SW, Moring J, O'Brien R, et al. Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *Am J Psychiatry*. 2001;158:1706-13.
- 35 Baker A, Lewin T, Reichler H, Clancy R, Carr V, Garrett R, et al. Evaluation of a motivational interview for substance use within psychiatric in-patient services. *Addiction*. 2002;97(10):1329-37.
- 36 Cleary M, Hunt G, Matheson S, Siegfried N, Walter G. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(1):CD001088.
- 37 Beynon S, Soares-Weiser K, Woolacott N, Duffy S, Geddes JR. Psychosocial interventions for the prevention of relapse in bipolar disorder: systematic review of controlled trials. *Br J Psychiatry*. 2008;192(1):5-11.
- 38 NICE. Bipolar disorder: the management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2006. NICE Clinical Guideline.
- 39 Lam DH, Bright J, Jones S, Hayward P, Schuck N, Chisholm D, et al. Cognitive therapy for bipolar illness: a pilot study of relapse prevention. *Cognit Ther Res*. 2000;24:503-20.
- 40 Lam DH, Watkins ER, Hayward P, Bright J, Wright K, Kerr N, et al. A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: outcome of the first year. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(2):145-52.
- 41 Scott J, Garland A, Moorhead S. A pilot study of cognitive therapy in bipolar disorders. *Psychol Med*. 2001;31(3):459-67.
- 42 Scott J, Paykel E, Morriss R, Bentall R, Kinderman P, Johnson T, et al. Cognitive-behavioural therapy for severe and recurrent bipolar disorders: randomised controlled trial 9. *Br J Psychiatry*. 2006;188:313-20.
- 43 Alanen YO. La esquizofrenia: sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente. Madrid: Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis; 2003.
- 44 Bachmann S, Resch F, Mundt C. Psychological treatments for psychosis: history and overview. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*. 2003;31(1):155-76.
- 45 Lehman AF, Kreyenbuhl J, Buchanan RW, Dickerson FB, Dixon LB, Goldberg R, et al. The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): updated treatment recommendations 2003. *Schizophr Bull*. 2004;30(2):193-217.
- 46 Malmberg L, Fenton M. Individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia and severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(2):CD001360.
- 47 Leichsenring F, Rabung S. Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *JAMA*. 2008;300(13):1551-65.
- 48 Frank E, Kupfer DJ, Thase ME, Mallinger AG, Swartz HA, Fagiolini AM, et al. Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(9):996-1004.
- 49 Scott J, Colom F, Vieta E. A meta-analysis of relapse rates with adjunctive psychological therapies compared to usual psychiatric treatment for bipolar disorders. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2007;10(1):123-9.

- 50 Buckley LA, Pettit T, Adams CE. Supportive therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(3):CD004716.
- 51 Lehman AF. Vocational rehabilitation in schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1995;21(4):645-56.
- 52 Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, Kornblith SJ, Greenwald DP, Javna CD, et al. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: I. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Arch Gen Psychiatry.* 1986;43(7):633-42.
- 53 Barrowclough C, Tarrrier N, Lewis S, Sellwood W, Mainwaring J, Quinn J, et al. Randomised controlled effectiveness trial of a needs-based psychosocial intervention service for carers of people with schizophrenia. *Br J Psychiatry.* 1999;174:505-11.
- 54 Dyck DG, Short RA, Hendryx MS, Norell D, Myers M, Patterson T, et al. Management of negative symptoms among patients with schizophrenia attending multiple-family groups. *Psychiatr Serv.* 2000;51(4):513-9.
- 55 Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;(4):CD000088.
- 56 McFarlane WR, Lukens E, Link B, Dushay R, Deakins SA, Newmark M, et al. Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry.* 1995;52(8):679-87.
- 57 Leff J, Berkowitz R, Shavit N, Strachan A, Glass I, Vaughn C. A trial of family therapy v. a relatives group for schizophrenia. *Br J Psychiatry.* 1989;154:58-66.
- 58 Schooler NR, Keith SJ, Severe JB, Matthews SM, Bellack AS, Glick ID, et al. Relapse and rehospitalization during maintenance treatment of schizophrenia: the effects of dose reduction and family treatment. *Arch Gen Psychiatry.* 1997;54(5):453-63.
- 59 Bressi C, Manenti S, Frongia P, Porcellana M, Invernizzi G. Systemic family therapy in schizophrenia: a randomized clinical trial of effectiveness. *Psychother Psychosom.* 2008;77(1):43-9.
- 60 Montero I, Asencio A, Hernandez I, Masanet MJ, Lacruz M, Bellver F, et al. Two strategies for family intervention in schizophrenia: a randomized trial in a Mediterranean environment. *Schizophr Bull.* 2001;27(4):661-70.
- 61 Falloon IR. Optimal treatment for psychosis in an international multisite demonstration project. Optimal Treatment Project Collaborators. *Psychiatr Serv.* 1999;50(5):615-8.
- 62 Falloon IR, Montero I, Sungur M, Mastroeni A, Malm U, Economou M, et al. Implementation of evidence-based treatment for schizophrenic disorders: two-year outcome of an international field trial of optimal treatment. *World Psychiatry.* 2004;3(2):104-9.
- 63 Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, Kornblith SJ, Greenwald DP, Ulrich RF, et al. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: II. Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. Environmental-Personal Indicators in the Course of Schizophrenia (EPICS) Research Group. *Arch Gen Psychiatry.* 1991;48(4):340-7.
- 64 Lemos S, Vallina O, García Saiz A, Gutiérrez Pérez AM, Alonso Sánchez M, Ortega JA. Evaluación de la efectividad de la terapia psicológica integrada en

- la evolución a largo plazo de pacientes con esquizofrenia. *Actas Esp Psiquiatr.* 2004;32(3):166-77.
- 65 Brenner HD, Roder V, Hodel B, Kienzle N. *Integrated Psychological Therapy for Schizophrenic Patients (IPT)*. Seattle: Hogrefe & Huber; 1994.
- 66 Roder V, Mueller DR, Mueser KT, Brenner HD. Integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia: is it effective? *Schizophr Bull.* 2006;32 Suppl 1: S81-93.
- 67 Miklowitz DJ, Simoneau TL, George EL, Richards JA, Kalbag A, Sachs-Ericsson N, et al. Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biol Psychiatry.* 2000;48(6):582-92.
- 68 Miller IW, Solomon DA, Ryan CE, Keitner GI. Does adjunctive family therapy enhance recovery from bipolar I mood episodes? *J Affect Disord.* 2004;82(3): 431-6.
- 69 Justo LP, Soares BG, Calil HM. Family interventions for bipolar disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(4):CD005167.
- 70 Goldstein MJ, Rea MM, Miklowitz DJ. Family factors related to the course and outcome of bipolar disorder. En: Mundt C, Goldstein MJ, Hahlweg K, editors. *Interpersonal factors in affective disorders*. London: Royal College of Psychiatrists; 1996. p. 193-203.
- 71 Reinares M, Vieta E, Colom F, Martínez-Arán A, Torrent C, Comes M, et al. Impact of a psychoeducational family intervention on caregivers of stabilized bipolar patients. *Psychother Psychosom.* 2004;73(5):312-9.
- 72 Clarkin JF, Glick ID, Haas GL, Spencer JH, Lewis AB, Peyser J, et al. A randomized clinical trial of inpatient family intervention: V. Results for affective disorders. *J Affect Disord.* 1990;18(1):17-28.
- 73 van Gent EM, Zwart FM. Psychoeducation of partners of bipolar-manic patients. *J Affect Disord.* 1991;21(1):15-8.
- 74 Ryan CE, Keitner GI, Solomon DA, Kelley JE, Miller IW. Factors related to a good, poor, or fluctuating course of bipolar disorder. 156th Annual Meeting of the American Psychiatric Association, May 17-22. San Francisco CA 2003.
- 75 Miklowitz DJ, Simoneau TL, Sachs-Ericsson N, Warner R, Suddath R. Family risk indicators in the course of bipolar affective disorder. En: Mundt C, Goldstein MJ, Hahlweg K, Fiedler P, editors. *Interpersonal factors in the origin and course of affective disorders*. London: Gaskell Books; 1996. p. 204-17.
- 76 Reinares M, Colom F, Sánchez-Moreno J, Torrent C, Martínez-Arán A, Comes M, et al. Impact of caregiver group psychoeducation on the course and outcome of bipolar patients in remission: a randomized controlled trial. *Bipolar Disord.* 2008;10(4):511-9.
- 77 Lincoln TM, Wilhelm K, Nestoriuc Y. Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis. *Schizophr Res.* 2007;96(1-3):232-45.
- 78 Bäuml J, Pitschel-Walz G, Volz A, Engel RR, Kissling W. Psychoeducation in schizophrenia: 7-year follow-up concerning rehospitalization and days in hospital in the Munich psychosis information project study. *J Clin Psychiatry.* 2007;68(6):854-61.
- 79 Colom F, Vieta E, Martínez-Arán A, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A, et al. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the pro-

- phylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(4):402-7.
- 80 Colom F, Vieta E, Reinares M, Martinez-Aran A, Torrent C, Goikolea JM, et al. Psychoeducation efficacy in bipolar disorders: beyond compliance enhancement. *J Clin Psychiatry*. 2003;64(9):1101-5.
- 81 Perry A, Tarrrier N, Morriss R, McCarthy E, Limb K. Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *BMJ*. 1999;318(7177):149-53.
- 82 Pfammatter M, Junghan UM, Brenner HD. Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses. *Schizophr Bull*. 2006;32 Suppl 1:S64-80.
- 83 McGurk SR, Twamley EW, Sitzler DI, McHugo GJ, Mueser KT. A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2007;164(12):1791-802.
- 84 Krabbendam L, Aleman A. Cognitive rehabilitation in schizophrenia: a quantitative analysis of controlled studies. *Psychopharmacology (Berl)*. 2003;169(3-4):376-82.
- 85 Hogarty GE, Greenwald DP, Eack SM. Durability and mechanism of effects of cognitive enhancement therapy. *Psychiatr Serv*. 2006;57(12):1751-7.
- 86 Carr V. Patients' techniques for coping with schizophrenia: an exploratory study. *Br J Med Psychol*. 1988;61(Pt 4):339-52.
- 87 Izquierdo SA, Khan M. Hypnosis for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(3):CD004160.
- 88 He Y, Li C. Morita therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(1):CD006346.
- 89 Crawford-Walker CJ, King A, Chan S. Distraction techniques for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(1):CD004717.
- 90 Ruddy RA, Dent BK. Drama therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(1):CD005378.
- 91 Qu Y, Li Y, Xiao G. The efficacy of dramatherapy in chronic schizophrenia. *Chinese Journal of Psychiatry*. 2000;33(4):237-9.
- 92 Zhou Y, Tang W. A controlled study of psychodrama to improve self-esteem in patients with schizophrenia. *Chinese Mental Health Journal*. 2002;(16):669-71.
- 93 Tungpunkom P, Nicol M. Life skills programmes for chronic mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(2):CD000381.
- 94 Rog DJ. The evidence on supported housing. *Psychiatr Rehabil J*. 2004;27(4):334-44.
- 95 McHugo GJ, Bebout RR, Harris M, Cleghorn S, Herring G, Xie H, et al. A randomized controlled trial of integrated versus parallel housing services for homeless adults with severe mental illness. *Schizophr Bull*. 2004;30(4):969-82.
- 96 Rodríguez A, Munoz M, Panadero S. Descripción de una red de recursos de atención social para personas con enfermedad mental grave y crónica: el caso de la Comunidad de Madrid. *Rehabilitación Psicosocial*. 2007;4(1-2):41-8.
- 97 Chilvers R, Macdonald GM, Hayes AA. Supported housing for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(4):CD000453.
- 98 Fakhoury WKH, Murray A, Shepherd G, Priebe S. Research in supported housing. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002;37(7):301-15.

- 99 López M, Laviana M, García-Cubillana P, Fernández L, Moreno B, Maestro JC. Evaluación del programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía (I): descripción general del programa y del estudio. *Rehabil Psicosoc.* 2005;2(1):2-15.
- 100 López M, García-Cubillana P, Fernández L, Laviana M, Maestro JC, Moreno B. Evaluación del programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía (II): características de los dispositivos residenciales. *Rehabil Psicosoc.* 2005;2(1):16-27.
- 101 López M, Fernández L, García-Cubillana P, Moreno B, Jimeno V, Laviana M. Evaluación del programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía (III): características sociodemográficas, clínicas y de uso de servicios de los residentes. *Rehabil Psicosoc.* 2005;2(1):28-46.
- 102 López M, García-Cubillana P, Laviana M, Fernández M, Fernández L, Maestro JC. Evaluación del programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía (IV): perfiles funcionales y redes sociales de los residentes. *Rehabil Psicosoc.* 2005;2(2):44-55.
- 103 López M, García-Cubillana P, López A, Fernández L, Laviana M, Moreno B. Evaluación del programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía (V): actitudes y grado de satisfacción de los residentes. *Rehabil Psicosoc.* 2005;2(2):55-63.
- 104 Ware NC, Hopper K, Tugenberg T, Dickey B, Fisher D. A theory of social integration as quality of life. *Psychiatr Serv.* 2008;59(1):27-33.
- 105 Rudnick A. Psychiatric leisure rehabilitation: conceptualization and illustration. *Psychiatr Rehabil J.* 2005;29(1):63-5.
- 106 Petryshen PM, Hawkins JD, Fronchak TA. An evaluation of the social recreation component of a community mental health program. *Psychiatr Rehabil J.* 2001;24(3):293-8.
- 107 Boardman J, Grove B, Perkins R, Shepherd G. Work and employment for people with psychiatric disabilities. *Br J Psychiatry.* 2003;182:467-8.
- 108 López M, Laviana M, Álvarez F, González S, Fernández M, Vera MP. Actividad productiva y empleo de personas con trastorno mental severo: algunas propuestas de actuación basadas en la información disponible. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2004;89:31-65.
- 109 Crowther R, Marshall M, Bond G, Huxley P. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001;(2):CD003680.
- 110 Becker RE. An evaluation of a rehabilitation program for chronically hospitalised psychiatric patients. *Soc Psychiatry.* 1967;2:32-8.
- 111 Griffiths RD. Rehabilitation of chronic psychotic patients. An assessment of their psychological handicap, an evaluation of the effectiveness of rehabilitation, and observations of the factors which predict outcome. *Psychol Med.* 1974;4(3):316-25.
- 112 Beard J, Pitt MA, Fisher S, Goertzel V. Evaluating the effectiveness of a psychiatric rehabilitation program. *Am J Orthopsychiatry.* 1963;33:701-12.
- 113 Walker R, Winick W, Frost ES, Lieberman JM. Social restoration of hospitalised psychiatric patients through a program of special employment in industry. *Rehabilit Lit.* 1969;30:297-303.
- 114 Kuldau JM, Dirks SJ. Controlled evaluation of a hospital-originated community transitional system. *Arch Gen Psychiatry.* 1977;34:1331-40.

- 115 Dincin J, Witheridge TF. Psychiatric rehabilitation as a deterrent to recidivism. *Hosp Community Psychiatry*. 1982;33:645-50.
- 116 Okpaku SO, Anderson KH, Sibulkin AE, Butler JS, Bickman L. The effectiveness of a multidisciplinary case management intervention on the employment of SSDI applicants and beneficiaries. *Psychiatr Rehabil J*. 1997;20:34-41.
- 117 Wolkon GH, Karmen M, Tanaka HT. Evaluation of a social rehabilitation program for recently released psychiatric patients. *Community Ment Health J*. 1971;7:312-22.
- 118 Bell MD, Milstein RM, Lysaker P. Pay as an incentive in work participation by patients with severe mental illness. *Hosp Community Psychiatry*. 1993;(44):684-6.
- 119 Kline MN, Hoisington V. Placing the psychiatrically disabled: a look at work values. *Rehabil Couns Bull*. 1981;366-9.
- 120 Blankertz L, Robinson S. Adding a vocational focus to mental health rehabilitation. *Psychiatr Serv*. 1996;47:1216-22.
- 121 Bond GR, Dincin J. Accelerating entry into transitional employment in a psychosocial rehabilitation agency. *Rehabil Psychol*. 1986;31:143-55.
- 122 Chandler D, Meisel J, McGowen M, Mintz J, Madison K. Client outcomes in two model capitated integrated service agencies. *Psychiatr Serv*. 1996;47(2):175-80.
- 123 Drake RE, Becker DR, Biesanz JC, Torrey WC, McHugo GJ, Wyzik PF. Rehabilitative day treatment vs. supported employment: I. Vocational outcomes. *Community Ment Health J*. 1994;30:519-32.
- 124 Drake RE, Becker DR, Clark RE, Mueser KT. Research on the individual placement and support model of supported employment. *Psychiatr Q*. 1999;70(4):289-301.
- 125 Gervy R, Bedell JR. Psychological assesment and treatment of persons with severe mental disorders. Supported employment in vocational rehabilitation. Washington DC: Taylor & Francis; 1994. p. 170-5.
- 126 Bond GR, Dietzen LJ, Vogler K, Kautin CH, McGrew JH, Miller D. Toward a framework for evaluating cost and benefits of psychiatric rehabilitation. *J Vocat Rehabil*. 1995;5:75-88.
- 127 McFarlane WR, Dushay RA, Deakins SM, Stastny P, Lukens EP, Toran J, et al. Employment outcomes in family-aided assertive community treatment. *Am J Orthopsychiatry*. 2000;70(2):203-14.
- 128 Bond GR, Drake RE, Becker DR. An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatr Rehabil J*. 2008;31(4):280-90.
- 129 Mueser KT, Becker DR, Wolfe R. Supported employment, job preferences, job tenure and satisfaction. *J Ment Health*. 2001;10(4):411-7.
- 130 McGurk SR, Mueser KT, Feldman K, Wolfe R, Pascaris A. Cognitive training for supported employment: 2-3 year outcomes of a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2007;164:437-41.
- 131 Rosenheck R, Leslie D, Keefe R, McEvoy J, Swartz M, Perkins D, et al. Barriers to employment for people with schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2006;163(3):411-7.
- 132 Burns T, Catty J, Becker T, Drake RE, Fioritti A, Knapp M, et al. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2007;370(9593):1146-52.

- 133 Bruscia K. Defining music therapy. 2ª ed. Barcelona: Gilsum; 1998.
- 134 Edwards D. Art therapy: creative therapies in practice. London: Sage; 2004.
- 135 Gold C, Heldal TO, Dahle T, Wigram T. Music therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;(2):CD004025.
- 136 Yang WZ, Li Z, Weng YZ, Zhang HY, Ma B, Yang WY, et al. Psychosocial rehabilitation effects of music therapy in chronic schizophrenia. *Hong Kong Journal of Psychiatry.* 1998;8(1):38-40.
- 137 Maratos A, Crawford M. Composing ourselves: what role might music therapy have in promoting recovery from acute schizophrenia?. London West Mental Health R&D Consortium's 9th annual Conference. 2004.
- 138 Tang W, Yao X, Zheng Z. Rehabilitative effect of music therapy for residual schizophrenia. A one-month randomised controlled trial in Shanghai. *Br J Psychiatry Suppl.* 1994;(24):38-44.
- 139 Ulrich G. De toegevoegde waarde van groepsmuziektherapie bij schizofrene patiënten: een gerandomiseerd onderzoek. Heerlen: Open Universiteit; 2005.
- 140 Ruddy R, Milnes D. Art therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;(4):CD003728.
- 141 Ley General de Sanidad. Ley 14/1986 de 29 de abril. *Boletín Oficial del Estado*, nº 102, (29-04-1986).
- 142 Tyrer P, Evans K, Gandhi N, Lamont A, Harrison-Read P, Johnson T. Randomised controlled trial of two models of care for discharged psychiatric patients. *BMJ.* 1998;316(7125):106-9.
- 143 Merson S, Tyrer P, Onyett S, Lack S, Birkett J, Lynch S, et al. Early intervention in psychiatric emergencies: a controlled clinical trial. *Lancet.* 1992;339(8805):1311-4.
- 144 Gater R, Goldberg D, Jackson G, Jennett N, Lowson K, Ratcliffe J, et al. The care of patients with chronic schizophrenia: a comparison between two services. *Psychol Med.* 1997;27(6):1325-36.
- 145 Catty JS, Bunstead Z, Burns T, Comas A. Day centres for severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(1):CD001710.
- 146 Malone D, Newson-Howes G, Simmonds S, Marriot S, Tyrer P. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(3):CD000270.
- 147 Burns T, Catty J, Dash M, Roberts C, Lockwood A, Marshall M. Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression. *BMJ.* 2007;335(7615):336.
- 148 Marshall M, Gray A, Lockwood A, Green R. Case management for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 1998;(2):CD000050.
- 149 Morse GA, Calsyn RJ, Dean KW, Helminiak TW, Wolff N, Drake RE, et al. Treating homeless clients with severe mental illness and substance use disorders: costs and outcomes. *Community Ment Health J.* 2006;42(4):377-404.
- 150 Cheng AL, Lin H, Kaspro W, Rosenheck RA. Impact of supported housing on clinical outcomes: analysis of a randomized trial using multiple imputation technique. *J Nerv Ment Dis.* 2007;195(1):83-8.
- 151 Wright NM, Tompkins CN. How can health services effectively meet the health needs of homeless people? *Br J Gen Pract.* 2006;56(525):286-93.
- 152 Folsom D, Jeste DV. Schizophrenia in homeless persons: a systematic review of the literature. *Acta Psychiatr Scand.* 2002;105(6):404-13.

- 153 Vázquez C, Muñoz M, Sanz J. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R mental disorders among the homeless in Madrid: a European study using the CIDI. *Acta Psychiatr Scand.* 1997;95(6):523-30.
- 154 Fazel S, Khosla V, Doll H, Geddes J. The Prevalence of Mental Disorders among the Homeless in Western Countries: Systematic Review and Meta-Regression Analysis. *PLoS Med.* 2008;5(12):e225.
- 155 Tsemberis SJ, Moran L, Shinn M, Asmussen SM, Shern DL. Consumer preference programs for individuals who are homeless and have psychiatric disabilities: a drop-in center and a supported housing program. *Am J Community Psychol.* 2003;32:305-17.
- 156 Rosenheck R. Cost-effectiveness of services for mentally ill homeless people: the application of research to policy and practice. *Am J Psychiatry.* 2000;157(10):1563-70.
- 157 Tsemberis S, Gulcur L, Nakae M. Housing First, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *Am J Public Health.* 2004;94:651-6.
- 158 Coldwell CM, Bender WS. The effectiveness of assertive community treatment for homeless populations with severe mental illness: a meta-analysis. *Am J Psychiatry.* 2007;164(3):393-9.
- 159 Nelson G, Aubry T, Lafrance A. A review of the literature on the effectiveness of housing and support, assertive community treatment, and intensive case management interventions for persons with mental illness who have been homeless. *Am J Orthopsychiatry.* 2007;77(3):350-61.
- 160 Caplan B, Schutt RK, Turner WM, Goldfinger SM, Seidman LJ. Change in neurocognition by housing type and substance abuse among formerly homeless seriously mentally ill persons. *Schizophr Res.* 2006;83(1):77-86.
- 161 Wechsler D. WAIS III: test de inteligencia para adultos: manual técnico. Buenos Aires: Paidós; 2002.
- 162 Hurley AD. Individual psychotherapy with mentally retarded individuals: a review and call for research. *Res Dev Disabil.* 1989;10(3):261-75.
- 163 Royal College of Psychiatrists. DC-LD: diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation. London: Gaskell; 2001.
- 164 Martin G, Costello H, Leese M, Slade M, Bouras N, Higgins S, et al. An exploratory study of assertive community treatment for people with intellectual disability and psychiatric disorders: Conceptual, clinical, and service issues. *J Intellect Disabil Res.* 2005;49(7):516-24.
- 165 Haddock G, Lobban F, Hatton C, Carson R. Cognitive-behaviour therapy for people with psychosis and mild intellectual disabilities: a case series. *Clin Psychol Psychother.* 2004;11(4):282-98.
- 166 Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 50: a guideline developer's handbook. Edinburgh: SIGN; 2008.
- 167 Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud: manual metodológico. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud I+CS; 2007. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N° 2006/01.



P.V.P.: 10 €